



## BARMER GEK Pflegereport 2015

Pressekonferenz der BARMER GEK

Berlin, 17. November 2015

### Teilnehmer:

**Dr. med. Christoph Straub**

Vorsitzender des Vorstandes, BARMER GEK

**Prof. Dr. Heinz Rothgang**

SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik  
Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung, Uni Bremen,  
Studienautor

**Axel Wunsch**

Pressesprecher der BARMER GEK (Moderation)

### → PRESSESTELLE

Axel-Springer-Str. 44 • 10969 Berlin

[www.barmer-gek.de/presse](http://www.barmer-gek.de/presse)  
[presse@barmer-gek.de](mailto:presse@barmer-gek.de)

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

Sunna Gieseke  
Tel.: 0800 33 20 60 44 30 20  
[sunna.gieseke@barmer-gek.de](mailto:sunna.gieseke@barmer-gek.de)



Berlin, 17. November 2015



## **BARMER GEK Pflegereport 2015**

### **Zahl der Pflegebedürftigen steigt stärker als erwartet**

Die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland steigt stärker als bisher vorausgesagt. Im Jahr 2060 werden geschätzt 4,52 Millionen Menschen gepflegt werden. Das sind 221.000 mehr, als bisherige Prognosen erwarten ließen. Den größten Anteil daran werden pflegebedürftige Männer mit 176.000 stellen. Dies geht aus dem neuen BARMER GEK Pflegereport hervor, der heute in Berlin vorgestellt wurde und erstmals die Effekte des Zensus 2011 in der Pflegeversicherung mit früheren Modellrechnungen vergleicht. Die Studie zeigt zugleich, dass der Anteil hochbetagter Pflegebedürftiger drastisch wachsen wird. 60 Prozent der pflegebedürftigen Männer und 70 Prozent der pflegebedürftigen Frauen werden im Jahr 2060 85 Jahre oder älter sein. Heute liegen die entsprechenden Werte bei 30 beziehungsweise 50 Prozent. „Aufgrund der drastischen Alterung der Pflegebedürftigen und ihrer steigenden Zahl sind weitere Pflegereformen vorprogrammiert“, sagte Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK.

### **Pflegereform weitreichend und entschlossen**

Der Report zeigt, dass die Kapazitäten in der ambulanten und stationären Pflege schneller gewachsen sind als die Zahl der Pflegebedürftigen. So sei die Zahl der Pflegebedürftigen in den Jahren 1999 bis 2013 um etwa 30 Prozent gestiegen, die Bettenzahl im stationären Bereich dagegen um 39,9 Prozent und die Zahl der Pflegedienstbeschäftigten, in Vollzeitäquivalenten gerechnet, sogar um 70 Prozent. Der aktuellen Pflegereform der Bundesregierung stellt Straub ein gutes Zeugnis aus. Mit dem Pflegestärkungsgesetz II werde ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt und zugleich eine der Schwächen der Sozialen Pflegeversicherung beseitigt. Zugleich sei die Reform entschlossen und weitreichend. Weder in der ambulanten noch in der stationären Pflege solle beim Übergang in das neue System von Pflegegraden und Begutachtung ein bisher Pflegebedürftiger schlechter gestellt werden. In der stationären Pflege bringe die Reform mit einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen eine wichtige Innovation. Straub: „Die einheitlichen Eigenanteile sind ein wichtiges sozialpolitisches Signal. Sie verhindern künftig Konflikte zwischen Angehörigen und Pflegeheimen, wenn ein Pflegebedürftiger höher gestuft

### **→ PRESSESTELLE**

Axel-Springer-Str. 44 • 10969 Berlin

[www.barmer-gek.de/presse](http://www.barmer-gek.de/presse)  
[presse@barmer-gek.de](mailto:presse@barmer-gek.de)

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

Sunna Gieseke  
Tel.: 0800 33 20 60 44 30 20  
[sunna.gieseke@barmer-gek.de](mailto:sunna.gieseke@barmer-gek.de)





werden muss.“ Außerdem biete die Neuregelung mehr Transparenz.

### **Hilfen für pflegende Angehörige verstärken**

Straub wies zugleich auf die zunehmende Belastung der Familien der Pflegebedürftigen durch die Pflege hin. Es müsse deshalb mehr Unterstützung für pflegende Angehörige geben, um Überforderungen zu vermeiden. Pflegebedürftige wollten möglichst lange zu Hause gepflegt werden, daher seien auch mehr präventive Angebote für die Pflegenden nötig. Pflege findet immer mehr zu Hause statt. So sank der Anteil vollstationärer Pflege zwischen den Jahren 2005 und 2013 von 31,8 auf 29,1 Prozent. Zugleich müssen sowohl Frauen als auch Männer häufiger mit Pflegebedürftigkeit rechnen. Von den im Jahr 2013 Verstorbenen waren bereits drei Viertel der Frauen und 57 Prozent der Männer pflegebedürftig. Auch die Dauer der Pflege weitet sich laut Pflegereport der BARMER GEK aus. Von den Männern waren 22 Prozent und von den Frauen sogar 41 Prozent vor ihrem Tod im Jahr 2013 länger als zwei Jahre gepflegt worden. Straub: „Angesichts der zunehmenden Pflegebedürftigkeit ist es umso wichtiger, pflegenden Angehörigen über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehende Hilfen zu bieten.“ Die BARMER GEK biete hier mit Kompaktseminaren wie dem Projekt PAUSE, mit Videos zum Pflegealltag oder mit Internetportalen wie [www.pflegen-und-leben.de](http://www.pflegen-und-leben.de) gute Angebote für pflegende Angehörige.

### **Frauen stärker an Pflege beteiligt**

Studienautor Prof. Dr. Heinz Rothgang verwies darauf, dass die heutige Pflege von rund 1,87 Millionen Menschen im häuslichen Umfeld von rund 3,7 Millionen Angehörigen geleistet werde. Ein Drittel davon seien Männer. Pflegende Frauen widmeten sich überwiegend im Alter von 40 bis 75 und damit fünf Jahre früher als Männer der Pflege. Werden Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gepflegt, also beispielsweise Demenzkranke, sind die pflegenden Frauen und Männer bereits deutlich älter. Die Pflege Demenzkranker ist zudem deutlich zeitaufwändiger. Sie beträgt bei einem Drittel der Betroffenen zwischen vier und acht Stunden täglich, bei einem weiteren Drittel sogar zwischen acht und zwölf Stunden. Bei anderen Pflegebedürftigen dominiere ein relativ geringer täglicher Aufwand von ein bis zwei Stunden. „Frauen sind nicht nur durch ihren größeren Anteil an der Bevölkerung, sondern auch durch ihren größeren Pflegeumfang stärker an der Pflege beteiligt als Männer“, so Rothgang.



## Daten aus dem BARMER GEK Pflegereport 2015

**Kapazitäten:** Die Kapazitäten in der ambulanten und stationären Versorgung sind in den Jahren 1999 bis 2013 deutlich schneller angestiegen als die Zahl der Pflegebedürftigen. Während diese um rund 30 Prozent zunahm, hat das Pflegedienstpersonal, gerechnet in Vollzeitäquivalenten, um knapp 70 Prozent zugenommen. Dieser Anstieg ist vor allem auf Teilzeit- und geringfügig Beschäftigte zurückzuführen. Im stationären Bereich ist die Bettenzahl um 39,9 Prozent gestiegen. Die Anzahl der stationären Pflegeeinrichtungen stieg im gleichen Zeitraum um 47,1 Prozent. Der Kapazitätsausbau hat dazu geführt, bekannte Versorgungsdefizite im ambulanten Bereich und Wartelisten im stationären abzubauen.

**Verteilung auf Pflegestufen:** Der Anteil der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I nahm kontinuierlich zu, von 46,3 Prozent im Jahr 1999 auf 56,1 Prozent im Jahr 2013. Die Anteile in Pflegestufe III nahmen von 14,5 Prozent auf 11,9 Prozent und in Pflegestufe II von 39,2 auf 32,0 Prozent ab. Die „Pflebelast“ je Pflegebedürftigen nimmt also ab.

**Finanzentwicklung:** Die Einnahmen der Pflegeversicherung stiegen von 8,41 Milliarden Euro im Jahr 1995 auf 25,91 Milliarden Euro im Jahr 2014 an. Diese Anstiege sind primär auf mehrere Anhebungen des Beitragssatzes zurückzuführen. Mit dem Pflegestärkungsgesetz II wird der Beitragssatz zum 1. Januar 2017 auf 2,55 beziehungsweise 2,8 Prozent (für Kinderlose) ansteigen. Bei den Ausgaben handelt es sich überwiegend um Leistungsausgaben – der Anteil der Verwaltungskosten lag 2014 bei lediglich 3,3 Prozent der Gesamtausgaben. Die jüngsten Ausgabensteigerungen in den Jahren 2008 bis 2014 sind vor allem auf die Anhebung der Leistungssätze, Leistungsausdehnung bzw. neue Leistungstatbestände für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zurückzuführen. Dementsprechend ist der Anteil der Ausgaben an den zusätzlichen Betreuungsleistungen von ein Prozent im Jahr 2009 auf zwei Prozent im Jahr 2014 gestiegen. Von den Leistungsausgaben entfallen 42 Prozent auf die vollstationäre Pflege. Die Ausgaben für Pflegegeld betragen 25 Prozent und für Pflegesachleistungen im ambulanten Bereich 15 Prozent.

**Mehr Informationen:** [www.barmer-gek.de/546456](http://www.barmer-gek.de/546456)



## Service für Redaktionen

Die folgenden Motive können Redaktionen kostenfrei nutzen unter dem Quellenhinweis „dpa/picture alliance“. Die Motive stehen symbolhaft für die steigende Zahl an hoch betagten pflegebedürftigen Menschen bis zum Jahr 2060.



# **Statement**

von Dr. med. Christoph Straub  
Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK

anlässlich der Pressekonferenz  
zur Vorstellung des Pflegereports 2015 der BARMER GEK  
am 17. November 2015 in Berlin

Wir stellen Ihnen heute den neuen Pflegereport der BARMER GEK vor. Die erste wichtige Botschaft daraus ist: Die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland steigt stärker als erwartet und Pflegebedürftige werden deutlich älter. Zweite Botschaft: Die Bundesregierung hat mit dem Pflegestärkungsgesetz II entschlossen eine weitreichende Reform auf den Weg gebracht. Sie beseitigt eine der Schwächen der Sozialen Pflegeversicherung. Sie sorgt zugleich dafür, dass mit dem Übergang zu einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff niemand schlechter gestellt wird. Die dritte Botschaft lautet: Pflege dauert immer länger, und wir müssen in Zukunft mehr präventiv dafür tun, damit die pflegenden Angehörigen, die die Hauptlast der Pflege tragen, nicht überfordert werden.

Erstmals können wir die Effekte des neuen Zensus 2011 mit früheren Modellrechnungen vergleichen und darlegen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland bis zum Jahr 2060 stärker steigen wird, als bislang angenommen. Ihre Zahl wird um 221.000 höher liegen. Das sind etwa fünf Prozent mehr gegenüber bisherigen Schätzungen. Insgesamt werden im Jahr 2060 voraussichtlich 4,52 Millionen Menschen pflegebedürftig sein. Aktuell sind es 2,6 Millionen. Ursache dafür, dass die Zahl der Pflegebedürftigen im Zeitverlauf steigt, ist ein schon lange bekannter Effekt. Mit steigendem Alter wird es immer wahrscheinlicher, dass wir pflegebedürftig sind. Bis wir 50 Jahre alt sind, liegt die Wahrscheinlichkeit bei 0,5 Prozent. Ab einem Alter von 90 Jahren beträgt sie bei Männern 45 und für Frauen sogar etwa 65 Prozent. Dadurch, dass zukünftig immer mehr Menschen ein hohes und sehr hohes Lebensalter erreichen, kommt es zu diesem deutlichen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen. Dass es heute eine merklich höhere Prognose gibt als noch vor einem Jahr, liegt daran, dass in früheren Vorausberechnungen der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung unterschätzt wurde. Jetzt, auf Basis des Zensus 2011, kommen wir zu den neuen, höheren Zahlen. Übrigens beginnt diese Wirkung schon heute. Bereits für das Jahr 2015 ist von etwa 40.000 mehr Pflegebedürftigen auszugehen.

Der Zuwachs an Pflegebedürftigen gegenüber der alten Vorausberechnung rekrutiert sich vor allem aus Männern. Von den zusätzlichen 221.000 Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2060 sind 176.000 Männer. Insgesamt ist von einer drastischen Alterung der Pflegebedürftigen auszugehen, die sich insbesondere ab dem Jahr 2040 deutlich verstärkt. Während heute noch 30 Prozent aller pflegebedürftigen Männer älter als 85 Jahre sind, wird deren Anteil bis zum Jahr 2060 auf knapp 60 Prozent steigen. Unter den pflegebedürftigen Frauen ist heute jede Zweite hochbetagt, im Jahr 2060 werden 70 Prozent über 85 Jahre alt sein. Künftige Pflegereformen müssen daher rechtzeitig für adäquate Versorgungsstrukturen sorgen.

Unser Report zeigt eine bislang in der Öffentlichkeit kaum wahrgenommene Entwicklung. Er weist nach, dass in den Jahren von 1999 bis 2013 die Kapazitäten der ambulanten und stationären Pflege deutlich stärker gestiegen sind als die Zahl der Pflegebedürftigen. Ihre Zahl wuchs um 30 Prozent. Dagegen stieg, um nur ein Beispiel zu nennen, die Bettenzahl in stationären Pflegeeinrichtungen um 39,9 Prozent. Dadurch konnten Versorgungslücken bei der häuslichen Pflege des Nachts und am Wochenende geschlossen und Wartelisten für Pflegeheime abgebaut werden. Soll das inzwischen erreichte Niveau gehalten werden, muss die Zahl der Pflegekräfte entsprechend steigen, und das bei einem sinkenden Potenzial an Erwerbspersonen.

Das Pflegestärkungsgesetz II ist eine gute Reform. Das Kernelement der Reform ist der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff. Er wird, entgegen mancher Erwartungen, sehr entschlossen und weitreichend umgesetzt. Das neue Begutachtungsassessment macht mehr Menschen die Pflegeversicherung zugänglich. Bislang nur Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zugedachte Leistungen werden auf alle ausgedehnt, indem sie im Pflegestärkungsgesetz II beibehalten wurden.

Auch die Umstellung von den Pflegestufen auf die künftigen Pflegegrade bringt für fast alle derzeit bereits Pflegebedürftigen Verbesserungen. Bestandsschutzregelungen sorgen dafür, dass kein heutiger Heimbewohner durch die Umstellung auf Pflegegrade schlechter gestellt wird. Im ambulanten Bereich werden zum Umstellungszeitpunkt 95 Prozent der Leistungsbezieher besser gestellt und niemand schlechter. Selbst bei langfristiger Betrachtung wird es nur wenige geben, die mit dem neuen System schlechter dastehen als mit dem heutigen.

Im stationären Bereich gibt es mit den einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen eine wichtige Innovation. Dadurch werden die neuen Pflegebedürftigen zwar schlechter gestellt, die nach dem alten System in Pflegestufe I eingestuft worden wären. Sie müssen künftig höhere Eigenanteile im Pflegeheim bezahlen. Für die Bewohner in Pflegestufe III ergibt sich jedoch ein bedeutsamer Vorteil. Sie werden durch die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile entlastet. Damit verschwindet zugleich ein Konflikt, der bislang immer dann aufgetreten ist, wenn ein Pflegeheimbewohner eine höhere Pflegestufe bekommen sollte und die Angehörigen dann deutlich höhere Eigenanteile fürchten mussten. Das ist sozialpolitisch sinnvoll, weil es die Menschen mit dem höchsten Pflegebedarf entlastet. Außerdem führt die neue Regelung zu mehr Transparenz.



Auch wenn die Reform also gelungen ist, bleibt vieles zu tun. Ein wichtiges Anliegen ist es uns, die pflegenden Angehörigen zu stärken. Das auch mit Blick darauf, dass die Pflege zu Hause oft über viele Jahre andauert. Ambulante vor stationärer Pflege ist eines der zentralen Ziele der Pflegeversicherung, und der Trend der letzten Jahre geht klar in diese Richtung. Umso wichtiger sind neben entsprechenden Leistungen der Pflegekasse wie etwa wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, umfangreichen Informationen und niedrigschwelligen Angeboten der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege auch Hilfen, die es pflegenden Angehörigen erleichtern, auf die eigene Gesundheit zu achten. Natürlich gehört dazu der Wille, solche Angebote anzunehmen. Vor allem aber müssen wir überlegen, wo wir den Zugang zur Hilfe erleichtern. Kompaktseminare wie das Projekt PAUSE, Videos zum Pflegealltag oder Internetportale wie [www.pflegen-und-leben.de](http://www.pflegen-und-leben.de) mit ihrer psychologischen Unterstützung sind gute Ansätze.

Pflege insgesamt bleibt ein Politikfeld mit stetigem Handlungsdruck, nicht nur wegen der steigenden Zahl Pflegebedürftiger, sondern auch wegen vieler anderer gut bekannter Reformbaustellen wie etwa die Qualitätssicherung und die langfristige Absicherung des Pflegefachkräftebedarfs.

# Statement

von Prof. Dr. Heinz Rothgang  
SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der  
Universität Bremen

anlässlich der Pressekonferenz  
zur Vorstellung des Pflegereports 2015 der BARMER GEK  
am 17. November 2015 in Berlin

# **I. PFLEGEN ZU HAUSE**

## **1. Es gibt noch zu wenig altengerechten Wohnraum**

Gemäß einer Studie des Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) aus dem Jahr 2011 sind weniger als 8 % der Haushalte, in denen mindestens ein Pflegebedürftiger wohnt, weitgehend barrierefrei. Zugrunde gelegt sind dabei aber sehr hohe fachliche Anforderungen. Die Situation stellt sich anders dar, wenn auf die subjektiv von den Bewohnern angegebene Altengerechtigkeit abgestellt wird. Nach Selbsteinschätzungen der im sozio-ökonomischen Panel Befragten ist etwa die Hälfte der Wohnungen, in denen mindestens ein Pflegebedürftiger wohnt, altengerecht und barrierefrei. Der Anteilswert liegt also sehr viel höher als beim KDA. Dennoch gilt im Umkehrschluss, dass die Hälfte der Wohnungen, in denen Pflegebedürftige leben, nicht altengerecht ist. Bei der Interpretation dieser Werte ist zudem zu beachten, dass die Pflegebedürftigen, die aufgrund einer nicht altengerechten Wohnung in vollstationärer Pflege sind, in der Befragung nicht erfasst sind. Weiterhin scheint die Inanspruchnahme von Pflegediensten kompensatorisch für nicht altengerechten Wohnungen zu wirken, da der Anteil der in altengerechten Wohnungen Lebenden unter den Sachleistungsempfängern niedriger ist als unter den Geldleistungsempfängern. Dies könnte darauf hindeuten, dass eine unzureichende Wohnungsausstattung zur Einschaltung formeller Pflege führt. Insgesamt wird damit deutlich, dass es zu wenig altengerechte Wohnungen gibt und dieser Mangel zu einer kompensatorischen Inanspruchnahme von Pflegediensten oder zu einem Heimeintritt führen kann.

## **2. Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen sind hilfreich, werden aber nur selten genutzt**

Um den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu fördern, gewährt die Pflegeversicherung Zuschüsse zum Umbau der Wohnung, deren maximale Höhe zum 1.1.2015 von 2.557 Euro auf 4.000 Euro angehoben wurde. Gemäß eigener Hochrechnungen aus den Routinedaten der BARMER GEK werden diese Leistungen derzeit im Jahr von rund 65 Tsd. Pflegebedürftigen genutzt. Bezogen auf alle Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege entspricht das einem Anteilswert von etwa 3,5 %.

Um sowohl die Nutzung wohnumfeldverbessernder Maßnahmen als auch die Gründe für die Nichtnutzung dieses Angebots vertiefend analysieren zu können, wurden je 2.500 pflegebedürftige Versicherte der BARMER GEK, die im Jahr 2014 einen Zuschuss der Pflegeversicherung zu einer wohnumfeldverbessernden Maßnahme erhalten haben, und 2.500 Versicherte, die keinen Zuschuss erhalten haben, angeschrieben. Insgesamt 1.850 Fragebögen konnten in die Auswertung eingeschlossen werden (Rücklauf: 37 %).

Die sechs gemäß der Befragung am häufigsten genutzten Leistungen waren (in dieser Reihenfolge): Dusche, Treppenlift, Handlauf, WC, Haltegriff, Rampe. Zwischen 95,7 % (Leistung: Rampe) und 99,6 % (Leistung: Treppenlift) der Befragten bewerten die jeweilige Leistung dabei als sehr hilfreich.

Bei 72 % der durchgeführten Umbaumaßnahmen mussten die Pflegebedürftigen selbst zuzahlen. Hätte zum Zeitpunkt der Befragung bereits der aktuelle Höchstbetrag gegolten, läge dieser Wert nur bei 47 %. Blieben zuvor rund ein gutes Viertel der Nutzer zuzahlungsfrei, wäre es nach heutigem Rechtsstand gut die Hälfte. Der Einbau eines

Handlaufs oder eines Haltegriffs und der WC-Umbau sind damit jetzt fast immer zuzahlungsfrei. Gemäß der Befragungsergebnisse fallen bei 20 % der Einbauten einer Rampe und bei 40 % der Duschumbauten auch nach der Anhebung des Zuschusses weiterhin Eigenanteile an. Eine Sonderstellung nimmt bezüglich des Eigenanteils der Einbau eines Treppenliftes ein. Auch nach Anhebung des Zuschusses ist diese Maßnahme zu mehr als 90 % mit einem Eigenanteil verbunden, der in der Hälfte der Fälle auch nach Erhöhung des Zuschusses bei mindestens 7.000 Euro liegt.

### **3. Leistungen zur Wohnumfeldverbesserung sind nicht allen Versicherten bekannt**

Obwohl die Hälfte der Wohnungen, in denen Pflegebedürftige leben, auch von diesen als nicht barrierefrei eingestuft werden und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen von den Nutzern durchgängig sehr positiv bewertet werden, werden entsprechende Leistungen nur in begrenztem Umfang genutzt. Ein Grund hierfür ist im zu geringen Kenntnisstand der Pflegebedürftigen zu sehen. Informationen der Kassen über die Möglichkeit wohnumfeldverbessernder Maßnahmen kommen nicht bei allen Pflegebedürftigen an: Nur etwa die Hälfte der 1.127 befragten Versicherten, die eine entsprechende Maßnahme durchgeführt haben, hat den Rat, einen Antrag auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen zu stellen, von offizieller Seite (Pflegekasse, MDK, Pflegestützpunkt oder Pflegedienst) erhalten. Ein Drittel derjenigen, die diese Leistungen (noch) nicht genutzt haben, gab zudem an, nicht zu wissen, dass die Pflegeversicherung Zuschüsse für Umbaumaßnahmen bezahlt, und 9,4 % dieser 723 Befragten haben Wohnraumanpassungen privat finanziert – obwohl sie durch ihre Beitragszahlung Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung erworben haben. Hier bestehen noch unübersehbare Informationslücken, die zu schließen nicht nur einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung liefern, sondern auch den Vorrang der häuslichen Pflege stärken könnte.

## **II. PFLEGEPOLITIK**

### **1. Das Pflegestärkungsgesetz II ist eine erstaunlich großzügige Reform**

Nach einem mehr als zehnjährigen Reformprozess ist letzten Freitag die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom Deutschen Bundestag beschlossen worden. Damit wird einer der Geburtsfehler der Pflegeversicherung, die zu enge Definition der Zugangsvoraussetzungen für Pflegeversicherungsleistungen, behoben. Die Umsetzung der Reform im Zweiten Pflegestärkungsgesetz erweist sich dabei in mehrfacher Hinsicht als erstaunlich großzügig: Erstens wurde die Bewertungssystematik des Neuen Begutachtungsassessments gegenüber den Empfehlungen des Expertenbeirats an mehreren Stellen so verändert, dass mehr Personen als pflegebedürftig gelten und gleichzeitig mehr Personen in höhere Pflegegrade gelangen. Zweitens wurde auch für die Überleitung der bereits anerkannten Pflegebedürftigen von Pflegestufen in Pflegegrade von den drei Vorschlägen des Expertenbeirates wiederum der großzügigste gewählt. Drittens wurden Bestandsschutzregeln definiert, die sicherstellen, dass praktisch niemand durch die Überleitung ins neue System schlechter gestellt wird. Schließlich wurden die Leistungshöhen für die neuen Pflegegrade so festgelegt,

dass die im Pflege-Neuausrichtungsgesetz 2013 ausdrücklich als Übergangsleistungen charakterisierten Leistungen nunmehr dauerhaft gewährt werden und das nicht nur für die Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, sondern für alle Pflegebedürftigen. Im Ergebnis werden im ambulanten Bereich zum Umstellungszeitpunkt mehr als 95 % der dann Leistung Beziehenden besser gestellt und niemand schlechter. Auch die Mehrheit der derzeitigen Heimbewohner steht nach der Reform besser da: Für sie sinkt der Betrag, den sie selbst aufbringen müssen, während eine Bestandsschutzregel auch hier dafür sorgt, dass niemand schlechter gestellt wird.

Bei den Neufällen wird es dagegen Pflegebedürftige geben, die sich ohne Reform besser stehen würden. Dieser Anteil liegt in der häuslichen Pflege allerdings bei nur etwa 15%, während in der stationären Pflege alle die betroffen sind, die ansonsten in Pflegestufe I gekommen wären. Bei den derzeitigen Neufällen ist das mehr als ein Drittel.

## **2. Der einheitliche Eigenanteil im Pflegeheim ist eine echte Innovation**

Während die vom Pflegebedürftigen in Pflegeheimen selbst aufzubringenden Finanzierungsbeiträge zu den Pflegekosten derzeit mit der Pflegestufe steigen, sind diese Eigenanteile in Zukunft für alle Heimbewohner der Pflegegrade 2 bis 5 identisch. Aus diesem Grund müssen ab 2017 neue Bewohner, die ansonsten in Pflegestufe I eingestuft worden wären, höhere Eigenanteile zahlen, während die Bewohner, die in Pflegestufe III eingestuft worden wären, niedrigere zahlen und sich die Situation für die Bewohner, die in Pflegestufe II eingestuft worden wären, wenig ändert. Damit wird im Vergleich zum Status quo ein Umverteilungssystem zwischen den Heimbewohnern eingeführt, das mehrere Vorteile hat. Der konstante Eigenanteil löst den im alten Recht bestehenden Konflikt zwischen Einrichtungen, die von einer Höherstufung profitieren, und Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, die bei Höherstufung höhere Eigenanteile zahlen mussten. Er schafft zudem mehr Planungssicherheit für die Bewohner und deren Angehörige bei Einzug in ein Pflegeheim. Bislang mussten diese immer befürchten, dass der Eigenanteil deutlich steigen würde, falls sich der Zustand des Bewohners verschlechtert und eine höhere Pflegestufe zuerkannt wird. Diese Gefahr besteht nach der Umsetzung des PSG II nicht mehr. Auch sozialpolitisch ist der konstante Eigenanteil zu begrüßen, da damit der alte Zustand, nach dem ausgerechnet die Personen mit dem höchsten Pflegebedarf den höchsten Eigenanteil tragen mussten, abgelöst wird. Schließlich führt der einheitliche Eigenanteil auch zu mehr Markttransparenz, da anhand eines Parameters, des einheitlichen Eigenanteils, nunmehr geprüft werden kann, welche Zuzahlungen für Pflegekosten auf einen potentiellen Heimbewohner – auch im Laufe des Heimaufenthalts – zukommen. Die Einführung des konstanten Eigenanteils ist somit eine echte Innovation, die Umverteilungseffekte zwischen Heimbewohnern verschiedener Pflegegrade auslöst, die aber sachgerecht sind.

## **3. Die Mehrausgaben der Reform kommen den Pflegebedürftigen und den ambulanten Pflegediensten zugute, nicht aber den Pflegeheimen**

Werden die Differenzen aus neuen und alten Leistungssätzen der Pflegeversicherung mit den Fallzahlen des Jahres 2014 multipliziert, ergibt sich ein Hinweis auf die Nutznießer der Reform. Nach dieser Berechnung steigen die Ausgaben für Pflegegeld um insgesamt 2 Mrd. Euro, die unmittelbar den Pflegebedürftigen und den Angehörigen zugute kommen. Im Sach-

leistungsbereich ergeben sich Mehrausgaben von 1,2 Mrd. Euro, die nachfragewirksam sind. Auch im stationären Bereich kommt es demnach zu Mehrausgaben im Umfang von etwa 1,4 Mrd. Euro, die die Eigenanteile der Pflegebedürftigen und die Ausgaben der Sozialhilfeträger reduzieren, nicht aber zu Mehreinnahmen der Einrichtungen führen. Zudem entstehen durch den Bestandsschutz für Heimbewohner weitere Ausgaben, deren Volumen vom Bundesgesundheitsministerium mit 0,8 Milliarden Euro angesetzt wird.

#### **4. Die Pflegereform ist insgesamt gelungen – trotzdem bleibt noch viel zu tun**

Die Pflegereform ist zum Teil mit Heilserwartungen überfrachtet, die zu Enttäuschungen führen können. So werden zwar die Minutenwerte bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit durch das neue Begutachtungsassessment abgeschafft, das hat aber nichts mit einer „Minutenpflege“ im Sinne von Akkordpflege zu tun. Minutenpflege in diesem Sinne wird durch das Vergütungsrecht geschaffen – und das wird durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht berührt, da dieser nur das Leistungsrecht verändert. Wer also von der Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs die Abschaffung der Minutenpflege erwartet, verwechselt zwei verschiedene Rechtsbereiche. Ebenso wenig führt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff automatisch zu einem anderen Pflegebegriff, also zu einer anderen Form der Pflege. Auch derzeit muss Pflege auf dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse erfolgen – unabhängig vom Verfahren zur Ermittlung der Leistungsansprüche. Nach Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ändert sich bei der Leistungserbringung daher zunächst nichts. Soll das erweiterte Pflegeverständnis, das das Neue Begutachtungsassessment prägt, in den Pflegealltag einziehen, muss dies von den Vertragspartnern festgelegt werden, etwa in den Rahmenverträgen gemäß § 75 SGB XI. Von selbst geschieht hier nichts.

Daneben gibt es eine Reihe von „Baustellen“, die im PSG II gar nicht thematisiert werden. Dazu gehören die weitere Förderung von Rehabilitation bei Pflege, die mittel- und langfristige Sicherung eines ausreichenden Angebots an Pflegekräften und die nachhaltige Finanzierung. Themen, die im PSG II angesprochen, aber noch nicht geregelt sind, umfassen u. a. die Qualitätssicherung und ein Personalbemessungsverfahren. Auch nach der Reform bleibt also noch viel zu tun.

### **III. AKTUELLE UND ZUKÜNFTIGE ENTWICKLUNGEN**

#### **1. Die Zahl der Pflegebedürftigen wird schneller steigen als bislang angenommen und wird daher 2060 um 221.000 höher liegen als erwartet**

2011 wurde vom Statistischen Bundesamt ein neuer Zensus durchgeführt. Gemäß den Ergebnissen dieses Zensus wurde die Bevölkerungszahl bislang überschätzt, etwa bei den hochaltrigen Männern. Werden die Pflegebedürftigen nun auf die korrekten Bevölkerungszahlen bezogen, ergeben sich höhere Pflegequoten. Eine erstmals in diesem Report vorgenommene vergleichende Berechnung nach altem und neuem Zensus zeigt, dass der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen bislang unterschätzt wurde. 2060 wird die Zahl der Pflegebedürftigen daher – bei einer geringeren Gesamtbevölkerung – um gut 220 Tsd. höher liegen als bislang angenommen.

## **2. Die Lebenszeitprävalenz für Pflegebedürftigkeit steigt weiter, Pflegebedürftigkeit dauert für viele länger an**

Langfristige Trends zeigen nicht nur eine steigende Zahl Pflegebedürftiger, sondern auch einen steigenden Anteil Verstorbener, die jemals in ihrem Leben pflegebedürftig waren (Lebenszeitprävalenz). Lagen diese Raten hochgerechnet auf die Sterbepopulation in Deutschland 2010 noch bei 52,8 % (Männer) bzw. 72,5 % (Frauen), sind sie innerhalb von nur vier Jahren bis 2014 auf 56,7 % (Männer) bzw. 74,2 % (Frauen) um insgesamt 3,9 Prozentpunkte (Männer) bzw. 1,7 Prozentpunkte (Frauen) gestiegen. Mehr denn je ist Pflegebedürftigkeit damit ein allgemeines Lebensrisiko, das uns alle angeht.

Wichtig ist aber nicht nur das Risiko, überhaupt jemals pflegebedürftig zu werden, sondern auch die Frage nach der Dauer dieser Pflegebedürftigkeit. Bezogen auf alle Pflegebedürftigen ergibt sich dabei eine durchschnittliche Pflegedauer von mehr als 6 Jahren. Dieser Wert wird allerdings durch jüngere Behinderte beeinflusst, die mehrere Jahrzehnte in Pflegebedürftigkeit verbringen. Tritt die Pflegebedürftigkeit im Alter von mindestens 60 Jahren auf, ist die Dauer daher deutlich kürzer und beträgt im Durchschnitt 4,4 Jahre, wobei die Dauer bei Frauen (4,9 Jahre) die der Männer (3,6 Jahre) um 1,3 Jahre übertrifft. Auch diese Werte werden noch stark durch die Fälle mit sehr langer Dauer beeinflusst. Wird daher die Verteilung der Pflegedauern betrachtet, zeigt sich, dass bei etwa 40 % der Pflegebedürftigen, bei denen die Pflegebedürftigkeit im Alter von mindestens 60 Jahren auftritt, eine Dauer von weniger als 2 Jahren zu beobachten ist, bei 20 % eine zwischen 2 und 4 Jahren, immerhin 40 % aber auch eine Dauer von mehr als 4 Jahren aufweisen.

## **3. Die Zukunft des Erfolgsmodells Pflege ist gefährdet**

Seit Einführung der Pflegeversicherung sind die Pflegekapazitäten im ambulanten und stationären Sektor deutlich schneller gewachsen als die Zahl der Pflegebedürftigen. Stieg die Zahl der Pflegebedürftigen von 1999 bis 2013 um 30 %, ist die Zahl der vollstationären Pflegeheimplätze um 40 % gestiegen und die Zahl der in der ambulanten Langzeitpflege tätigen Pflegekräfte (in Vollzeitäquivalenten) sogar um 70 %. Dieser Kapazitätsausbau hat dazu geführt, dass Wartelisten für Pflegeheimplätze und fehlende ambulante Versorgungsangebote am Wochenende und nachts derzeit der Vergangenheit angehören. Für die Zukunft ist dieser erreichte Stand aber gefährdet. Steigt die Zahl der Pflegebedürftigen in den nächsten vier Dekaden um 80 %, sinkt das Erwerbspersonenpotential im gleichen Zeitraum um ein Viertel. Um die derzeitige Relation von Pflegekräften pro Pflegebedürftigem beizubehalten, muss sich der Anteil der in der Pflege Beschäftigten an der Erwerbsbevölkerung daher mehr als verdoppeln. Hierfür sind erhebliche Anstrengungen erforderlich, die derzeit noch nicht einmal ansatzweise erkennbar sind.

# **BARMER GEK Pflegereport 2015: Pflegen zuhause**

**Vorstellung des BARMER GEK Pflegereports 2015  
am 17.11.2015 in Berlin**

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



# Ausgewählte Ergebnisse der heutigen Präsentation

---

- I. Pflegepolitik
- II. Aktuelle und zukünftige Entwicklungen
- III. Pflegen zuhause

# Ausgewählte Ergebnisse der heutigen Präsentation

---

## I. Pflegepolitik: Das PSG II

1. Großzügige Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs
2. Auswirkungen in häuslicher Pflege
3. Auswirkungen in stationärer Pflege

## II. Aktuelle und zukünftige Entwicklungen

## III. Pflegen zuhause

## I.1 PSG II – ein bemerkenswert großzügiges Gesetz

---

### **PSG II-Regelungen sind sehr großzügig**

- Schwellenwerte der Bewertungssystematik wurden nach unten korrigiert, so dass mehr Antragsteller Leistungen erhalten und dabei in höhere Pflegegrade gelangen

# I.1 Schwellenwertanpassung für Grade der Beeinträchtigung

**Tabelle 3.3** Schwellenwerte der Grade der Beeinträchtigung in der ursprünglichen Bewertungssystematik des Expertenbeirats

	Gewicht	Grad der Beeinträchtigung									
		0		1		2		3		4	
		von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis
Modul 1	10 %	0	1	2	3	4	6	7	9	10	15
Modul 2	15 % <sup>1)</sup>	0	1	2	5	6	10	11	16	17	33
Modul 3	15 % <sup>1)</sup>	0	0	1	2	3	4	5	6	7	45
Modul 4	40 %	0	3	4	9	10	24	25	39	40	57
Modul 5	20 %	0	0	1	1	2	3	4	5	6	12
Modul 6	15 %	0	1	2	3	4	6	7	11	12	18

Quelle: BMG (2013)

<sup>1)</sup> Da durch die Maximierung nur entweder Modul 2 oder Modul 3 einbezogen wird, kommt es in der Summe der Gewichte zu über 100%.

**Tabelle 3.4** Schwellenwerte der Grade der Beeinträchtigung im PSG II

	Gewicht	Grad der Beeinträchtigung									
		0		1		2		3		4	
		von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis
Modul 1	10 %	0	1	2	3	4	5	6	9	10	15
Modul 2	15 % <sup>1)</sup>	0	1	2	5	6	10	11	16	17	33
Modul 3	15 % <sup>1)</sup>	0	0	1	2	3	4	5	6	7	45
Modul 4	40 %	0	2	3	7	8	18	19	36	37	57
Modul 5	20 %	0	0	1	1	2	3	4	5	6	12
Modul 6	15 %	0	0	1	3	4	6	7	11	12	18

Quelle: BMG (2015a)

<sup>1)</sup> Da durch die Maximierung nur entweder Modul 2 oder Modul 3 einbezogen wird, kommt es in der Summe der Gewichte zu über 100%.

- Die Punktskizzen für die einzelnen Module werden in Grade der Beeinträchtigung klassiert
- Die Schwellenwerte für die Module 1,4 und 6 wurden gegenüber dem Beiratsbericht abgesenkt
- Im Ergebnis ergibt sich ein höherer Scorewert für Antragsteller

## I.1 Schwellenwertanpassung für Pflegegrade

**Tabelle 3.2** Pflegegrade und Scorewerte

Pflegegrad	Kein PG	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Gesamtscore PSG II	0 bis unter 12,5	12,5 bis unter 27	27 bis unter 47,5	47,5 bis unter 70	70 bis unter 90	90 bis 100
Nachrichtlich: Gesamtscore Beiratsbericht	0 - 14	15 - 29	30 - 49	50 - 69	70 - 89	90 - 100

Quellen: BMG (2013, 2015a)

- Die Schwellenwerte für die Pflegegrade 1-3 wurden gegenüber der Beiratssystematik abgesenkt
- Im Ergebnis gelangen Antragsteller mit dem gleichen Scorewert in teilweise höhere Pflegegrade

# I.1 Veränderung in der Pflegegradverteilung durch Anpassung

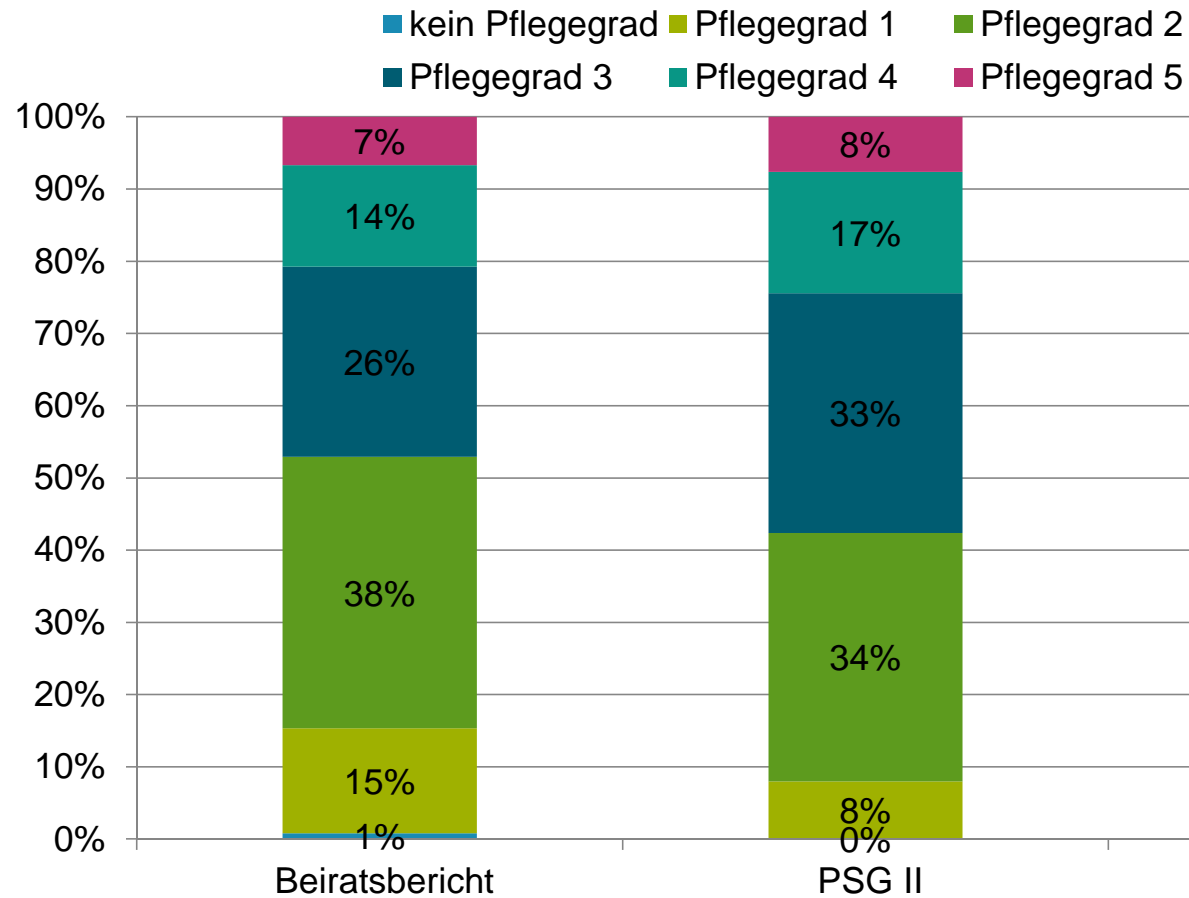


Abbildung 3.1 Pflegegradverteilung in der Stichprobe der Erprobungsstudie nach Bewertungssystematik gemäß Beiratsbericht und PSG II

## I.1 PSG II – ein bemerkenswert großzügiges Gesetz

---

### **PSG II-Regelungen sind sehr großzügig**

- Schwellenwerte der Bewertungssystematik wurden nach unten korrigiert, so dass mehr Antragsteller Leistungen erhalten und dabei in höhere Pflegegrade gelangen
- Von den vorgeschlagenen Überleitungsvorschriften für PEA wurde die großzügigste gewählt, der „doppelte Stufensprung“

# I.1 Veränderungen der Pflegegradverteilung

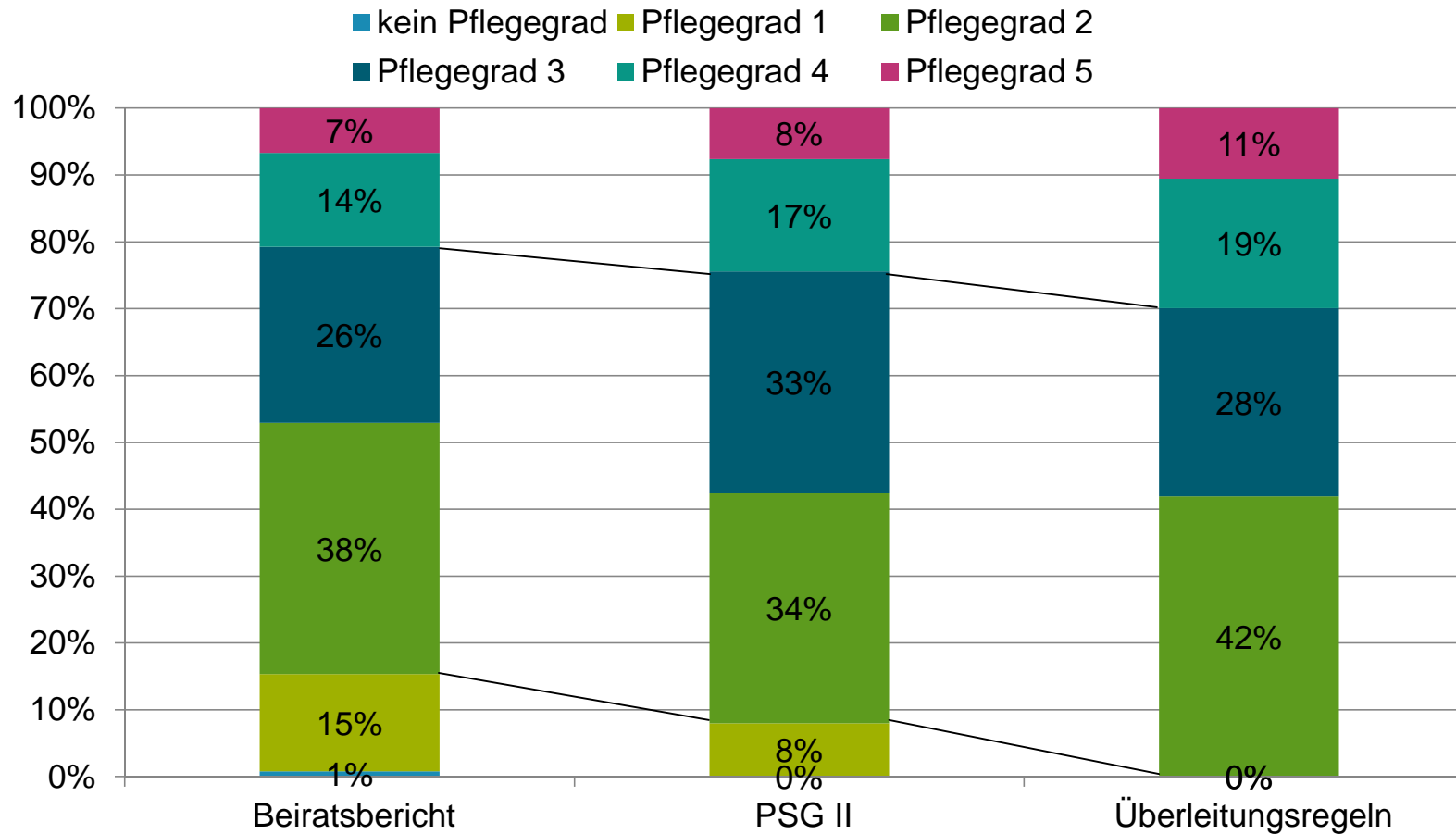


Abbildung 3.1 Pflegegradverteilung in der Stichprobe der Erprobungsstudie nach Bewertungssystematik gemäß Beiratsbericht, PSG II und Überleitungsregeln



## I.1 PSG II – ein bemerkenswert großzügiges Gesetz

---

### **PSG II-Regelungen sind sehr großzügig**

- Schwellenwerte der Bewertungssystematik wurden nach unten korrigiert, so dass mehr Antragsteller Leistungen erhalten und dabei in höhere Pflegegrade gelangen
- Von den vorgeschlagenen Überleitungsvorschriften für PEA wurde die großzügigste gewählt, der „doppelte Stufensprung“
- Als Übergangsregelung eingeführte Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz werden nun dauerhaft allen Pflegebedürftigen gewährt
- Weitgehende Bestandsschutzregeln garantieren, dass kein bisheriger Leistungsempfänger schlechter gestellt wird

## I.2 Auswirkungen in häuslicher Pflege

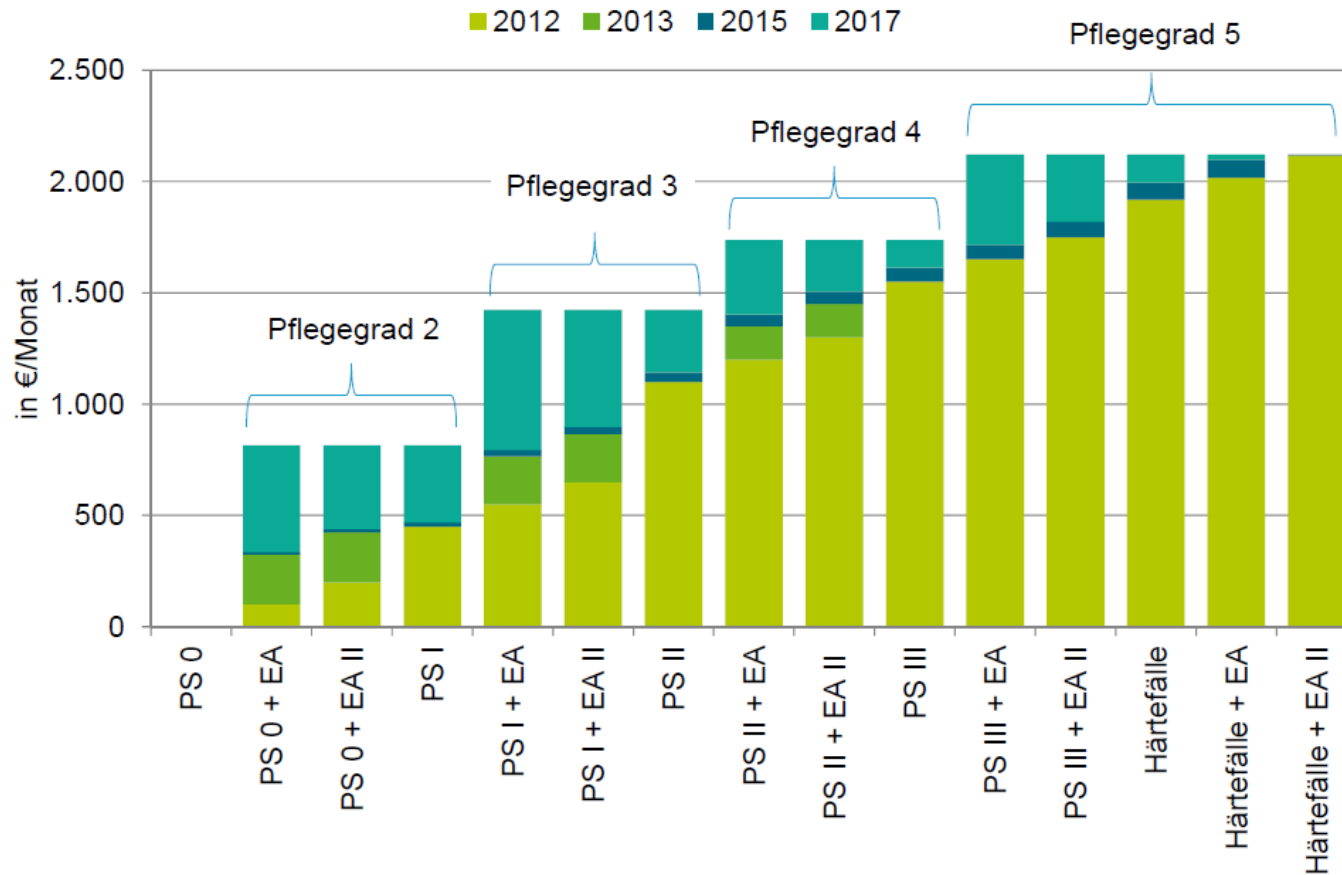
**Tabelle 3.5** Leistungshöhen für Pflegesachleistungen (in €/Monat)<sup>5</sup>

Personenzahl 2014	Einstufung alt	Leistungs- betrag alt (§ 36 + § 123)	Leistungs- betrag neu (§ 36)	Einstufung Überleitung	Differenz der Leistungs- beträge
21.202	PS 0 + EA	231	689	PG 2	458
140.972	PS I	468	689	PG 2	221
52.442	PS I + EA	689	1.298	PG 3	609
57.861	PS II	1.144	1.298	PG 3	154
49.500	PS II + EA	1.298	1.612	PG 4	314
14.224 <sup>6</sup>	PS III	1.612	1.612	PG 4	0
21.336	PS III + EA	1.612	1.995	PG 5	383
2.144	Härtefall	1.995	1.995	PG 5	0
	Härtefall + EA	1.995	1.995	PG 5	0

Quellen: SGB XI idF nach PSG I, BMG (2015a, 2015b)

- Mehrausgaben bezogen auf die Fallzahl 2014: **1,2 Mrd. €**
- Neufälle ab 2017: 17% erhalten weniger Leistungen als ohne Reform

## I.2 Auswirkungen in häuslicher Pflege: Pflegesachleistungen



**Abbildung 3.3** Leistungshöhen für Pflegesachleistungsempfänger (inklusive zusätzlicher Betreuungsleistungen gemäß § 45b SGB XI)<sup>8</sup>

## I.2 Auswirkungen in häuslicher Pflege

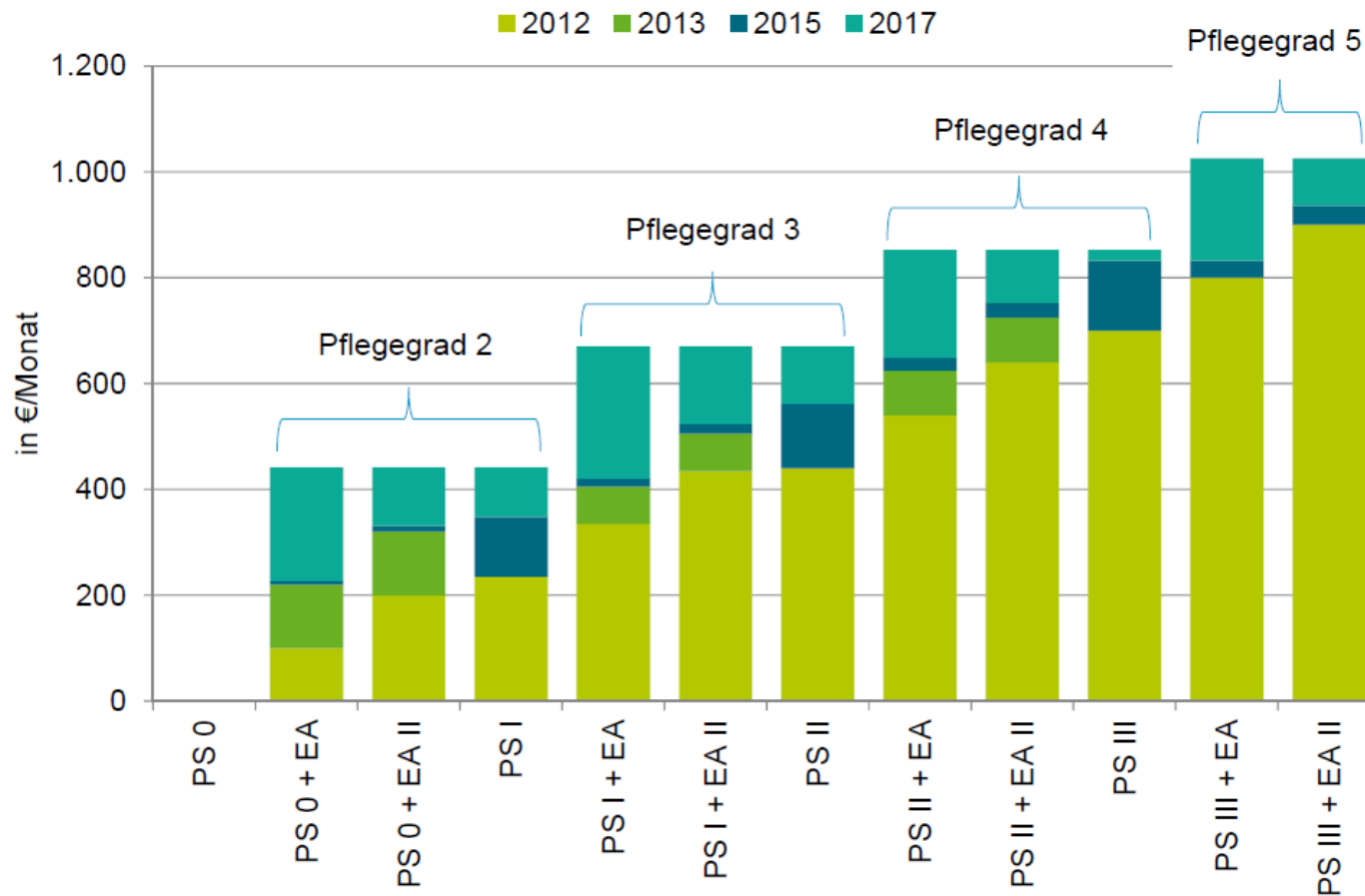
**Tabelle 3.6** Leistungshöhen für Pflegegeld (in €/Monat)

Personenzahl 2014	Einstufung alt	Leistungs- betrag alt (§ 37 + § 123)	Leistungs- betrag neu (§ 37)	Einstufung Überleitung	Differenz der Leistungs- beträge
84.223	PS 0 + EA	123	316	PG 2	193
685.944	PS I	244	316	PG 2	72
197.037	PS I + EA	316	545	PG 3	229
233.327	PS II	458	545	PG 3	87
153.596	PS II + EA	545	728	PG 4	183
43.825	PS III	728	728	PG 4	0
65.738	PS III + EA	728	901	PG 5	173

Quellen: SGB XI idF nach PSG I, BMG (2015a, 2015b)

- Mehrausgaben bezogen auf die Fallzahl 2014: **2 Mrd. €**
- Neufälle ab 2017: 14% erhalten weniger Leistungen als ohne Reform

## I.2 Auswirkungen in häuslicher Pflege: Pflegegeld



**Abbildung 3.5** Leistungshöhen für Pflegegeldbezieher (inklusive zusätzlicher Betreuungsleistungen gemäß § 45b SGB XI)

## I.3 Auswirkungen in der stationären Pflege

---

- Pflegeversicherungsleistungen sind z.T. niedriger als vorher, insgesamt sind die Ausgaben der Pflegeversicherung aber höher

## I.3 Auswirkungen in der stationären Pflege

**Tabelle 3.7** Leistungshöhen bei stationärer Pflege (in €/Monat)<sup>9</sup>

Personenzahl 2014	Einstufung alt	Leistungs- betrag alt	Leistungs- betrag neu	Einstufung Überleitung	Differenz der Leistungs- beträge
136.175	PS I	1.064	770	PG 2	-294
116.001	PS I + EA	1.064	1.262	PG 3	198
77.156	PS II	1.330	1.262	PG 3	-68
198.400	PS II + EA	1.330	1.775	PG 4	445
7.164	PS III	1.612	1.775	PG 4	163
136.117	PS III + EA	1.612	2.005	PG 5	393
358	Härtefall	1.995	2.005	PG 5	10
6.802	Härtefall+EA	1.995	2.005	PG 5	10

Quellen: SGB XI idF nach PSG I, BMG (2015a)

- Mehrausgaben bezogen auf die Fallzahl 2014: **1,4 Mrd. €**
- Mehrausgaben führen nicht zu Mehreinnahmen der Heime, sondern entlasten Pflegebedürftigen und Sozialhilfeträger

## I.3 Auswirkungen in der stationären Pflege

---

- Pflegeversicherungsleistungen sind z.T. niedriger als vorher, insgesamt sind die Ausgaben der Pflegeversicherung aber höher
- Relevant ist für Versicherte aber nicht die Höhe der Leistungen, sondern der Eigenanteil. Auch der ist aber für Pflegebedürftige der Pflegestufe I höher



## I.3 Auswirkungen in der stationären Pflege

**Tabelle 3.8** Leistungshöhen und Eigenanteil bei stationärer Pflege  
(in €/Monat)

Einstufung alt	Leistungs- betrag alt	Durch- schnittlicher Eigenanteil alt	Leistungs- betrag neu	Durch- schnittlicher Eigenanteil neu	Einstufung Überleitung
PS I	1.064	391	770	580	PG 2
PS I + EA	1.064	391	1.262	580	PG 3
PS II	1.330	596	1.262	580	PG 3
PS II + EA	1.330	596	1.775	580	PG 4
PS III	1.612	815	1.775	580	PG 4
PS III + EA	1.612	815	2.005	580	PG 5

Quellen: Statistisches Bundesamt (2015d), SGB XI idF nach PSG I, BMG (2015a) (eigene Berechnung)

## I.3 Auswirkungen in der stationären Pflege

---

- Pflegeversicherungsleistungen sind z.T. niedriger als vorher, insgesamt sind die Ausgaben der Pflegeversicherung aber höher
- Relevant ist für Versicherte aber nicht die Höhe der Leistungen, sondern der Eigenanteil. Auch der ist aber für Pflegebedürftige der Pflegestufe I höher
- Für „Altfälle“ wird dies durch Bestandsschutz ausgeglichen. Die Ausgaben hierfür werden vom BMG mit 800 Mio. € angesetzt. Dieser Ansatz ist sehr optimistisch.

## I.3 Auswirkungen in der stationären Pflege

---

- Neufälle, die sonst in Stufe I wären, stellen sich durch die Reform schlechter. Ursache ist der „einheitliche Eigenanteil“, der zu einer Umverteilung zwischen Heimbewohnern führt.
- Dieser einheitliche Eigenanteil ist eine echte Innovation mit vielen Vorteilen:
  1. Konflikt in Heimen über Höherstufung wird aufgelöst
  2. Sozialpolitisch fragwürdige höhere Belastung der Schwerstpflegebedürftigen wird abgeschafft
  3. Schaffung von Sicherheit, dass sich Eigenanteil bei Pflegegradveränderung nicht erhöht
  4. Höhere Transparenz, da Eigenanteil in einem Parameter sichtbar ist
  5. Höhere Anreize für ambulante Pflege bei niedrigen Pflegegraden
- Die Umverteilung lässt sich also gut begründen.

## I.3 Auswirkungen in der stationären Pflege

---

### **Auswirkungen für die Heime**

- Pflegesätze werden zum 1.1.2017 budgetneutral auf Pflegegrade umgestellt mittels Division des Budgets durch pflegegradadjustierte Bewohnerzahl
- Die resultierenden Relationen sind aufwandsgerecht gemäß der Ergebnisse der EVIS-Studie
- Bewohner werden „zu hoch“ übergeleitet. Das führt zu niedrigen Pflegesätzen. Werden Bewohner durch identische Neufälle ersetzt, sinken die Einnahmen c.p. bei gleichem Aufwand → Refinanzierungslücke im Umfang von 2,5 – 6%.
- Absolut werden die Heimbudgets aber nicht sinken, da die Zahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen und deren Pflegegradstruktur steigen wird

# Ausgewählte Ergebnisse der heutigen Präsentation

---

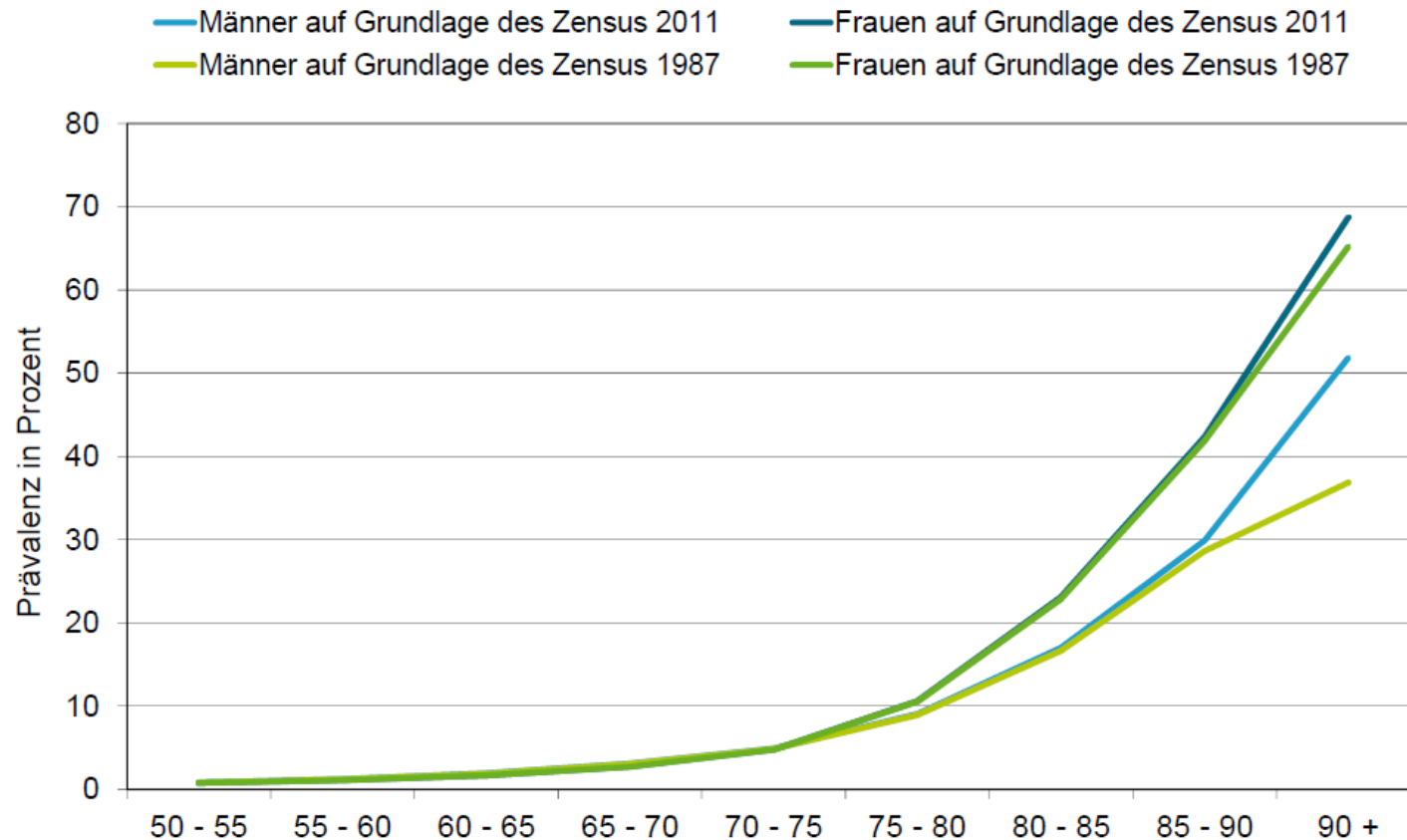
## I. Pflegepolitik

## II. Aktuelle und zukünftige Entwicklungen

1. Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen bisher unterschätzt
2. Altersstruktur der Pflegebedürftigen verschiebt sich
3. Pflegekapazitäten sind gestiegen – Erfolge sind aber gefährdet
4. Lebenszeitprävalenz steigt weiter
5. Pflegedauern steigen im Durchschnitt, streuen aber stark

## III. Wohnen zuhause

## II.1 Neue Berechnungen zur zukünftigen Zahl Pflegebedürftiger

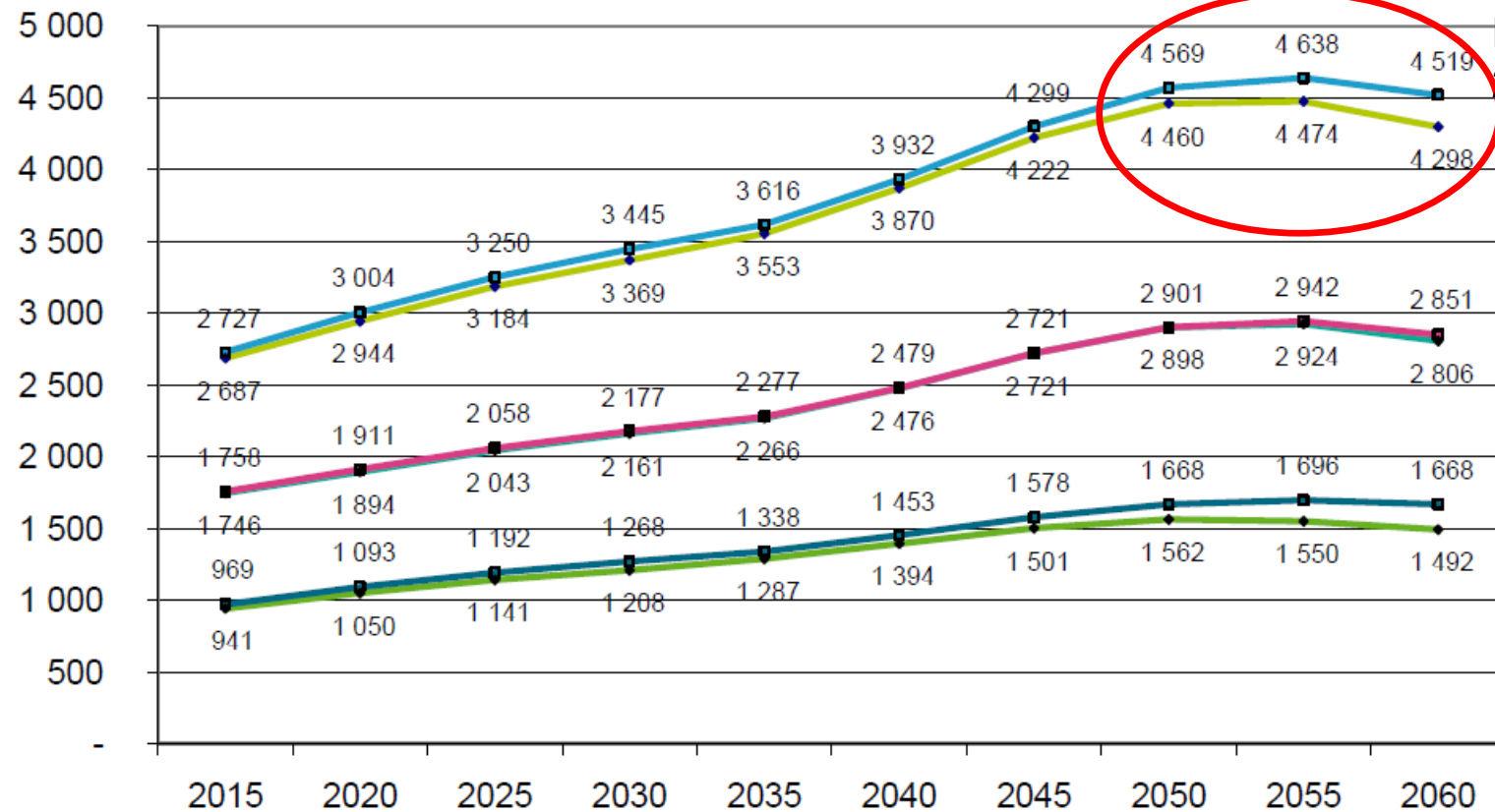


Quelle: Statistisches Bundesamt (2012, 2014a, 2015d)

**Abbildung 4.10** Pflegeprävalenzen im Jahr 2011 auf Grundlage des Zensus 2011 und der Bevölkerungsfortschreibung des Zensus 1987

## II.1 Neue Berechnungen zur zukünftigen Zahl Pflegebedürftiger

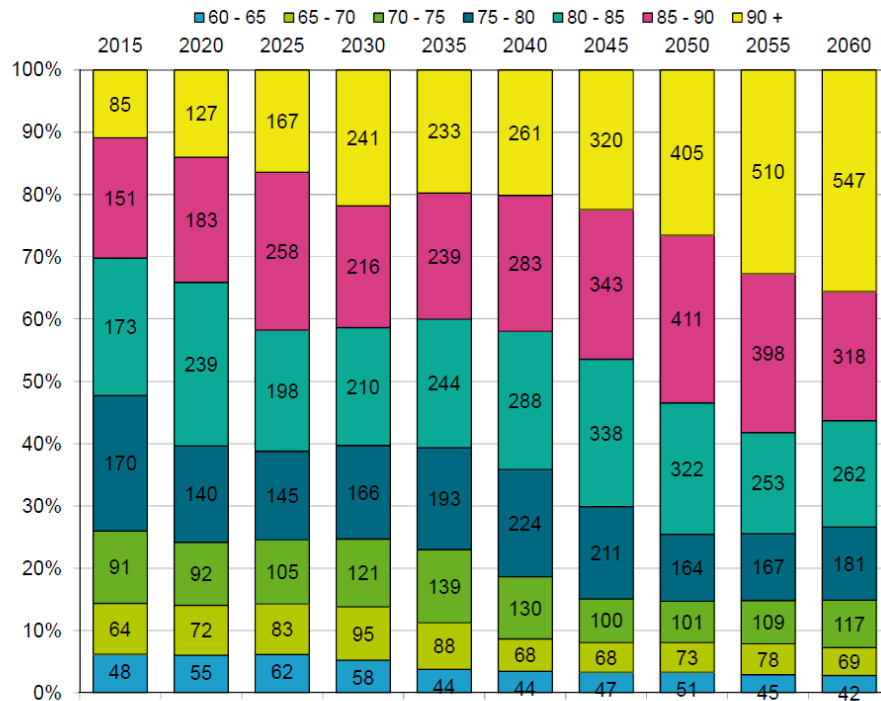
- ◆ Männer und Frauen auf Grundlage des Zensus 1987
- ◆ Männer auf Grundlage des Zensus 1987
- ◆ Frauen auf Grundlage des Zensus 1987
- ◆ Männer und Frauen auf Grundlage des Zensus 2011
- ◆ Männer auf Grundlage des Zensus 2011
- ◆ Frauen auf Grundlage des Zensus 2011



Differenz 2060:  
221 Tsd. davon  
176 Tsd. Männer

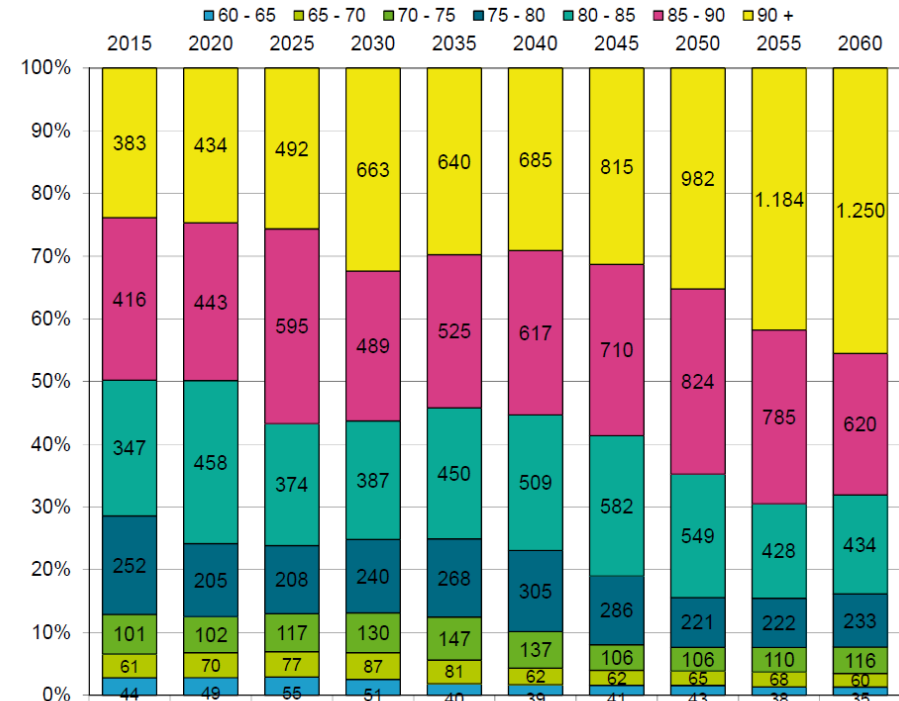
Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf Statistisches Bundesamt (2009b, 2013a, 2015b)

## II.2 Altersstruktur der Pflegebedürftigen verschiebt sich



Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf Statistisches Bundesamt (2009b, 2013a, 2015b)

**Abbildung 4.12** Verteilung der pflegebedürftigen Männer nach Altersgruppen und Jahr in Prozent (Pflegebedürftige in Tsd.)



Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf Statistisches Bundesamt (2009b, 2013a, 2015b)

**Abbildung 4.13** Verteilung der pflegebedürftigen Frauen nach Altersgruppen und Jahr in Prozent (Pflegebedürftige in Tsd.)



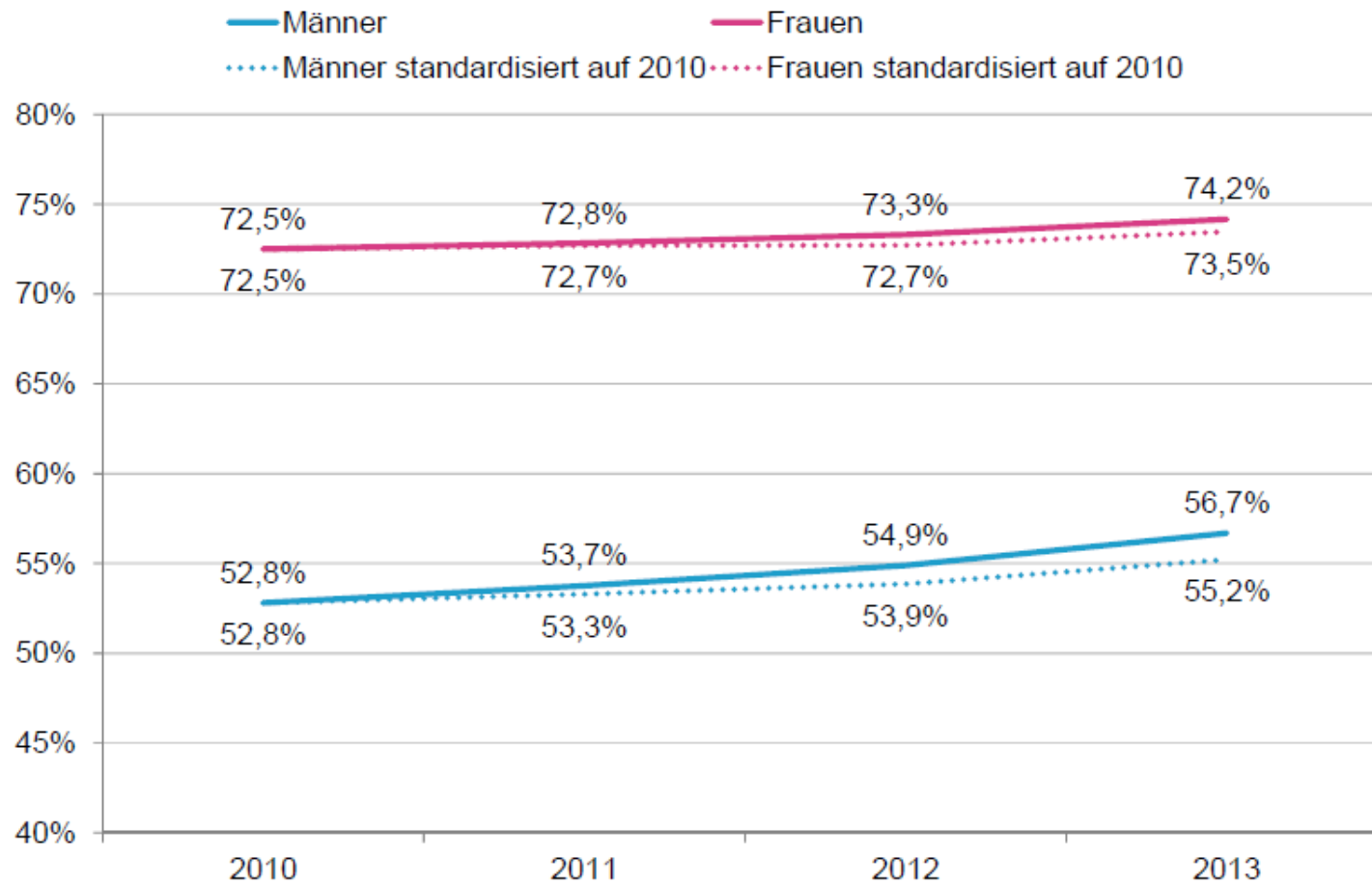
## II.3 Pflegekapazitäten sind gestiegen – Zukunft unsicher

**Tabelle 4.11** Kapazitäten im ambulanten im Vergleich zum stationären Bereich

	Ambulant			Stationär		nachrichtlich Pflege- bedürftige (in Tsd.)
	Pflege- dienste	Beschäf- tigte	Vollzeit- äquivalente	Pflege- heime	Betten	
	Anzahl					
1999	10,8	183,8	125,4	8,9	645,5	2.016
2001	10,6	189,6	130,0	9,2	647,3	2.040
2003	10,6	200,9	134,5	9,7	713,2	2.077
2005	11,0	214,3	140,3	10,4	757,2	2.129
2007	11,5	236,2	155,0	11,0	799,1	2.247
2009	12,0	268,9	176,9	11,6	845,0	2.338
2011	12,3	290,7	192,9	12,4	875,5	2.501
2013	12,7	320,1	213,0	13,0	902,9	2.626
	Veränderung in Prozent					
1999-2001	-2,1	+3,1	+3,6	+3,5	+0,3	+1,2
1999-2003	-1,9	+9,3	+7,3	+10,0	+10,5	+3,0
1999-2005	+1,5	+16,6	+11,9	+17,7	+17,3	+5,6
1999-2007	+6,6	+28,5	+23,6	+24,5	+23,8	+11,4
1999-2009	+11,1	+46,3	+41,0	+31,3	+30,9	+16,0
1999-2011	+14,1	+58,2	+53,8	+39,5	+35,6	+24,1
1999-2013	+17,8	+74,2	+69,9	+47,1	+39,9	+30,0

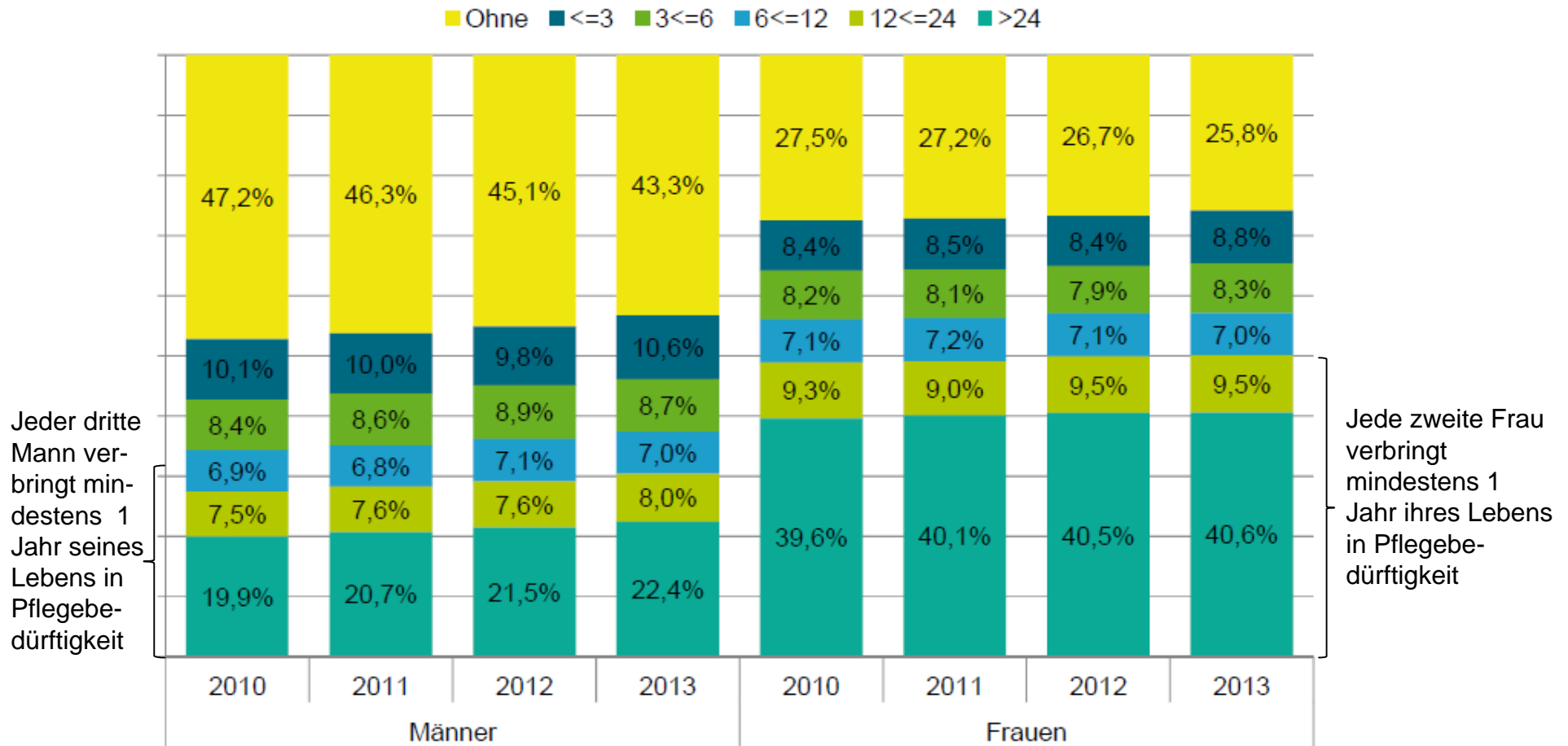
Quelle: Statistisches Bundesamt (2001, 2003, 2005a, 2007c, 2008c, 2011b, 2013a, 2015d)

## II.4 Lebenszeitprävalenzen steigen weiter



**Abbildung 5.3** Anteil Verstorbener mit Pflegeleistungen hochgerechnet auf Verstorbene der BRD des jeweiligen Jahres

## II.4 Dauer der Pflegebedürftigkeit steigt



**Abbildung 5.5** Anteile verstorbener Männer und Frauen nach Pflegedauern in Monaten vor Eintritt des Todes in den Jahren 2011 bis 2013

## II.5 Pflegedauern ab Inzidenz: Modellrechnung

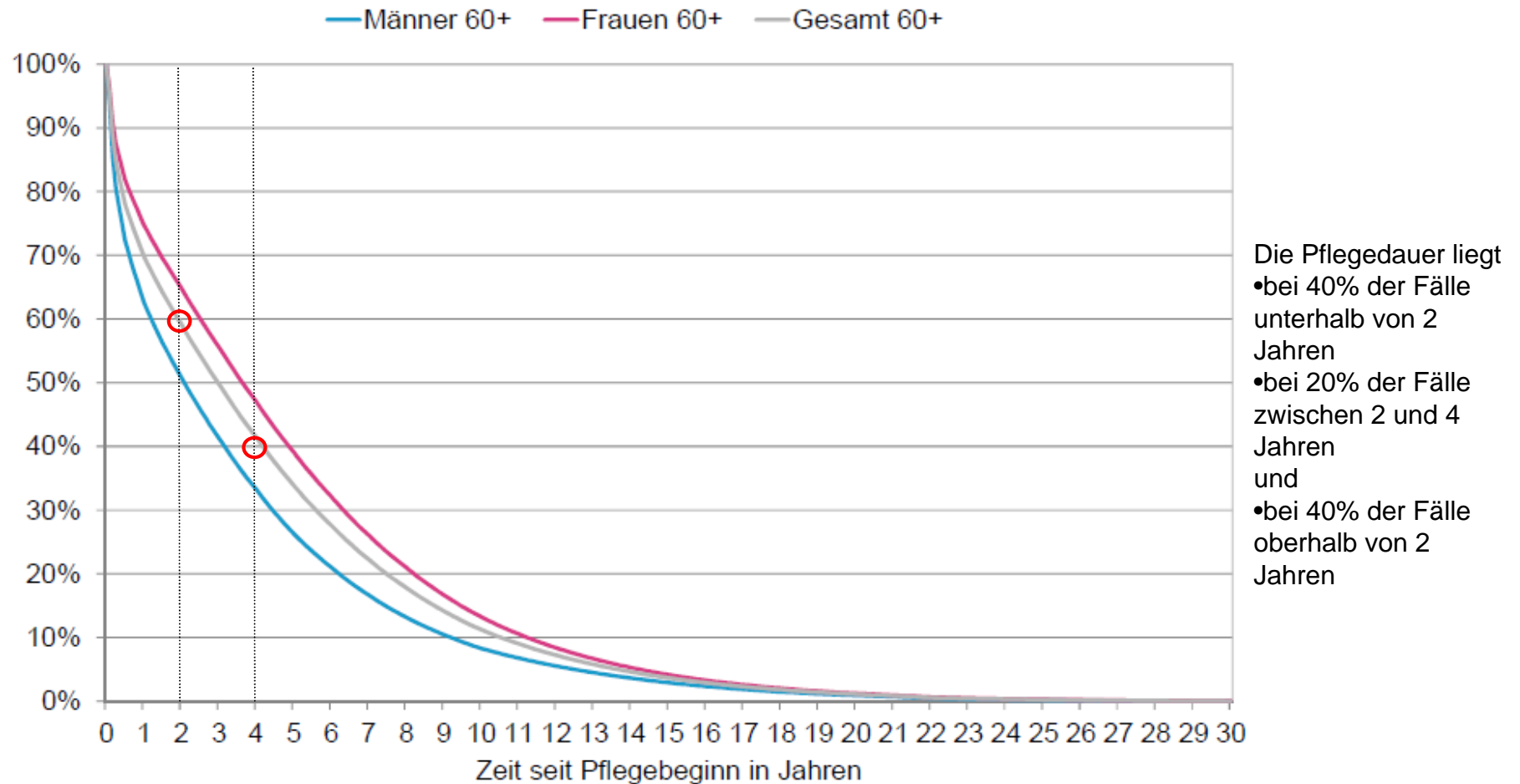


Abbildung 5.6 Überlebensfunktion der Pflegeinzidenzen des Jahres 2013

# Ausgewählte Ergebnisse der heutigen Präsentation

---

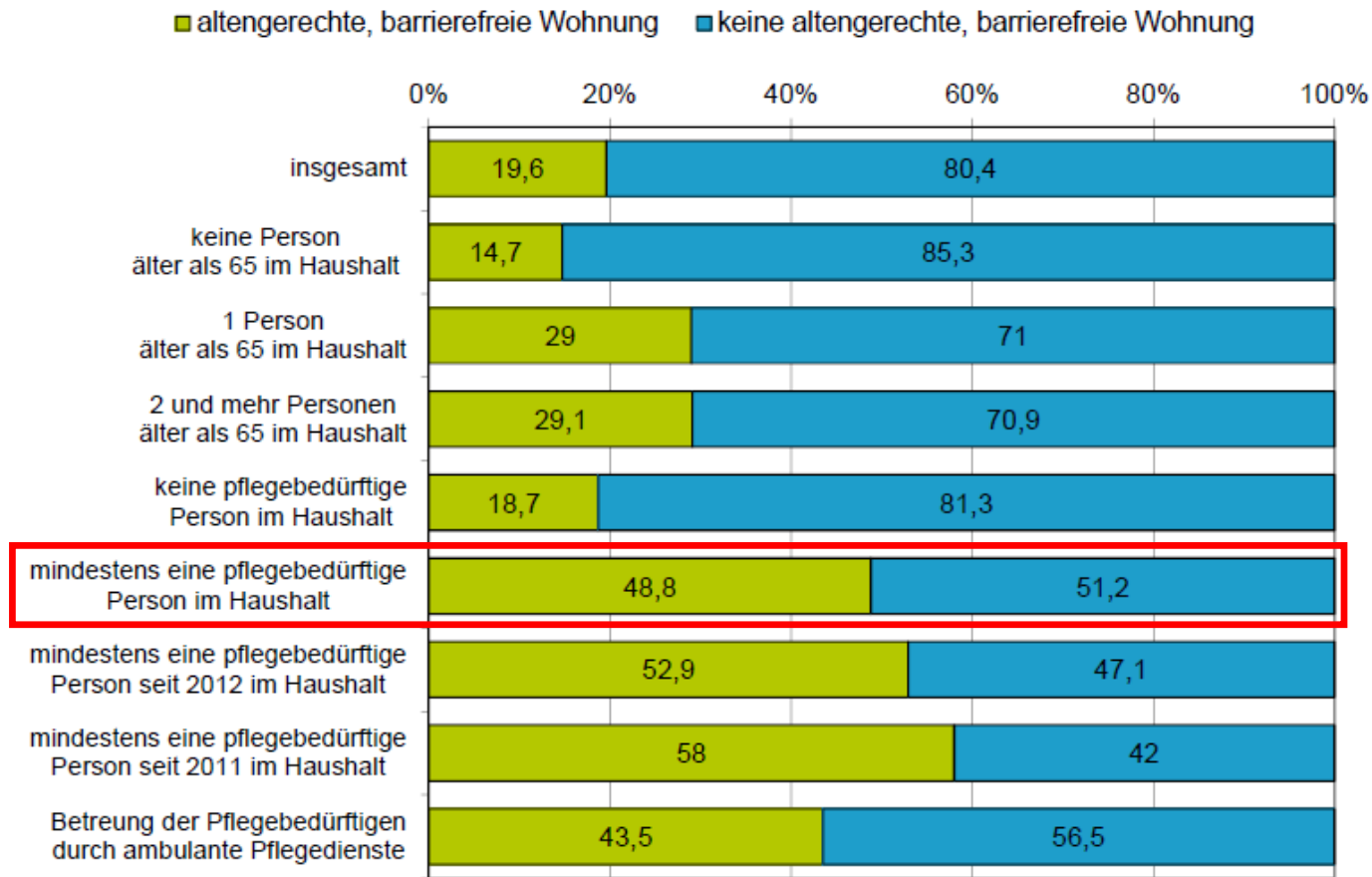
I. Pflegepolitik

II. Aktuelle und zukünftige Entwicklungen

III. Pflegen zuhause

1. Es gibt zu wenig altengerechte Wohnungen
2. Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen sind sehr hilfreich
3. Eigenbeteiligung bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen ist deutlich gesunken
4. Leistungen der Pflegeversicherung sind nicht hinreichend bekannt
5. Fazit zum Wohnungsumbau

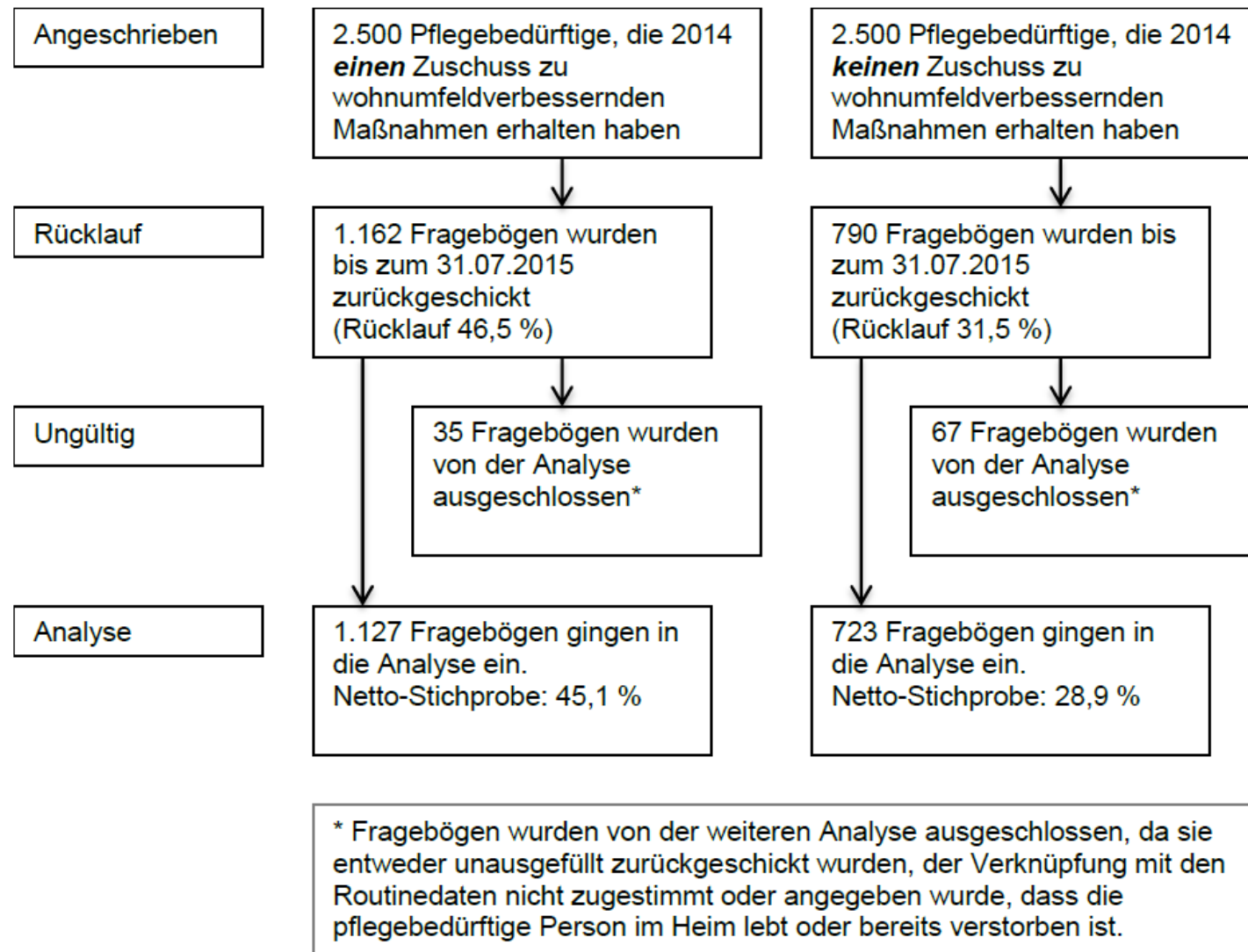
# III.1 Nur die Hälfte der Pflegebedürftigen wohnt altengerecht



Quelle: SOEP, Ergebnisse hochgerechnet auf die Bevölkerung der BRD

**Abbildung 6.1** Anteile altengerechter Wohnungen nach Haushaltstyp im Jahr 2013

## III.2 Eigene Befragung von BARMER GEK-Versicherten



**Abbildung 6.4** Flussdiagramm zur Response der Befragungen zur (Nicht-) Inanspruchnahme wohnumfeldverbessernder Maßnahmen

## III.2 Umbaumaßnahmen sind selten, aber sehr hilfreich

**Tabelle 6.1** Inanspruchnahme wohnumfeldverbessernder Maßnahmen in den Jahren 2012-2014

Jahr	Personen		Maßnahmen Anzahl
	Anzahl	Anteil der Anspruchsberechtigten in %	
2012	58.799	3,2	59.807
2013	72.487	3,9	73.797
2014	68.084	3,7	69.323

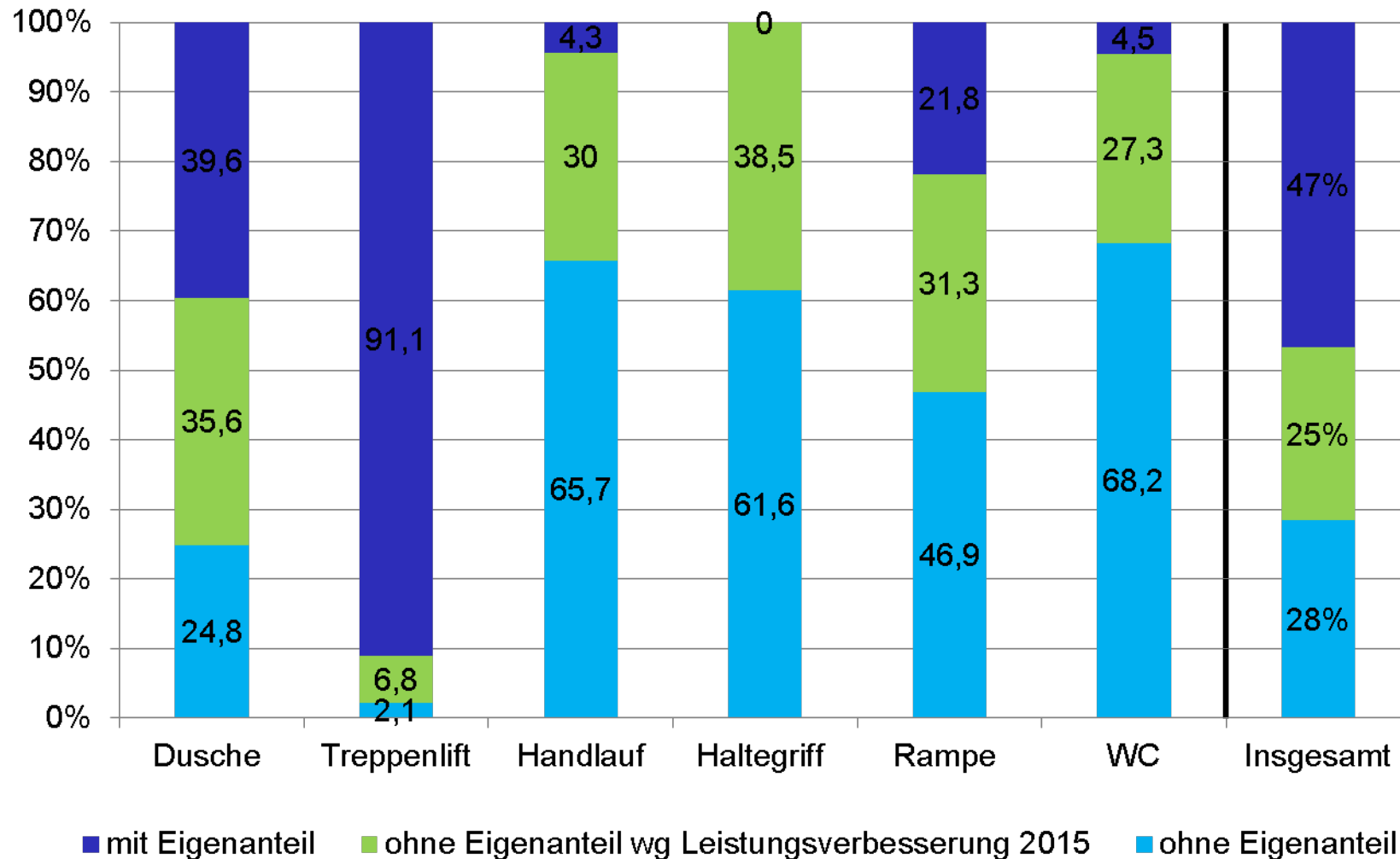
Anmerkung: Daten der BARMER GEK, hochgerechnet auf Deutschland gemäß den Angaben der amtlichen Statistik zu Alter und Geschlecht der Pflegegeld- und Pflegesachleistungsempfänger (Anspruchsberechtigte) des Bundes im Jahr 2013.

**Tabelle 6.3** Bewertung der sechs häufigsten Leistungen (Zeilenprozente)

	Sehr hilfreich	Etwas hilfreich	Weniger hilfreich	Gar nicht hilfreich
Dusche (N=300)	95,7	3,3	0,7	0,3
Treppenlift (N=230)	99,6	0,4		
Handlauf (N=118)	96,6	3,4		
Haltegriff (N=54)	96,3	3,7		
Rampe (N=46)	95,7	2,2	2,2	
WC (N=81)	97,5	2,5		



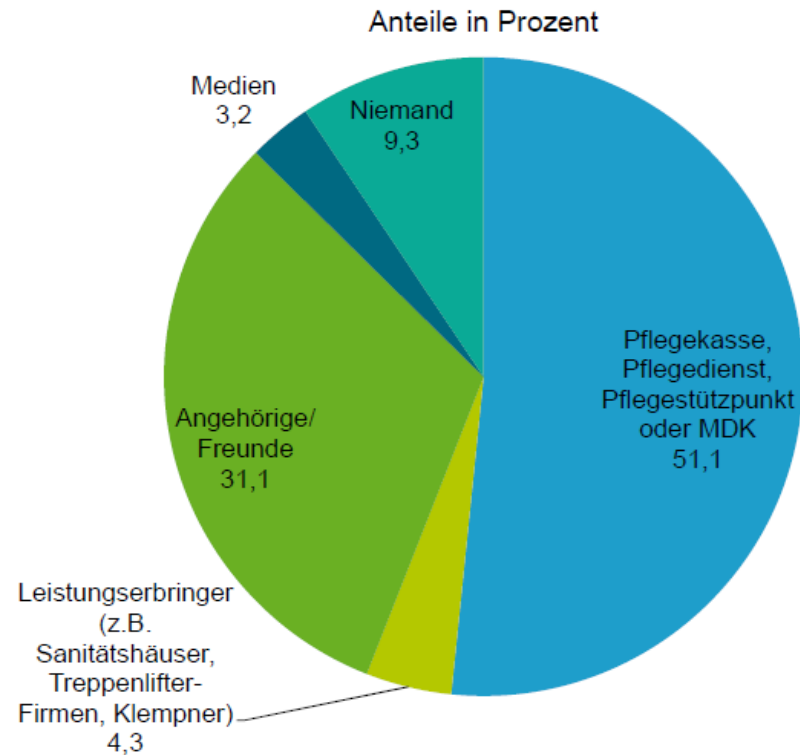
### III.3 Leistungsverbesserung verringert Eigenanteil erheblich



### III.4 Leistungen zum Wohnungsumbau sind (zu) wenig bekannt

- Nur die Hälfte der Befragten, die Wohnungsumbaumaßnahmen durchgeführt haben, haben den Rat dazu von Kasse, MDK oder Pflegestützpunkt erhalten.

## III.4 Leistungen zum Wohnungsumbau sind (zu) wenig bekannt



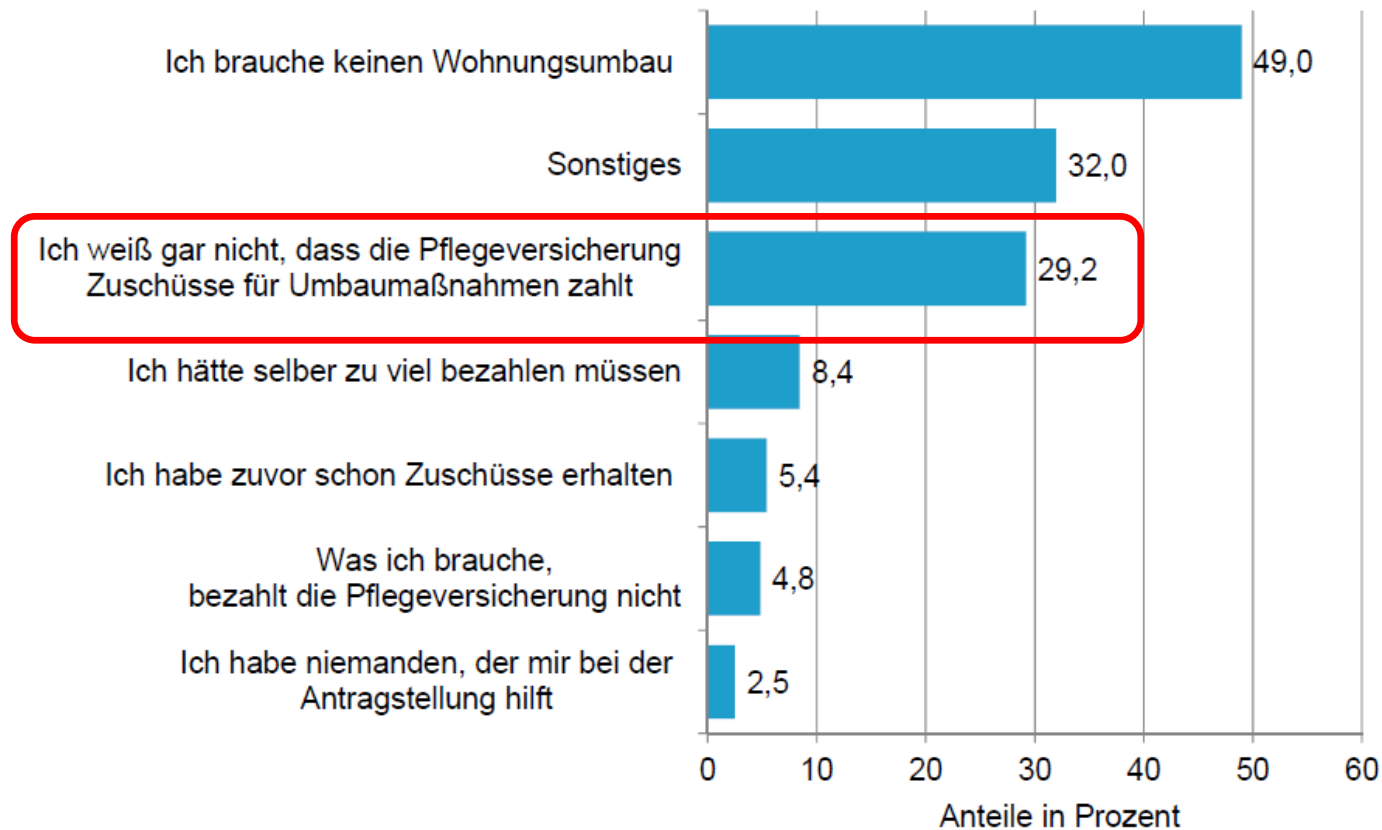
Anmerkung: Ursprünglich waren bei dieser Frage Mehrfachantworten möglich. Wenn angegeben wurde, dass mehrere Ratgebende beteiligt waren, wurden sie nach folgender Reihenfolge hierarchisiert und dargestellt: 1. Kassen, Dienste, Stützpunkte, MDK, 2. Leistungserbringer, 3. Angehörige, 4. Medien, 5. Niemand

**Abbildung 6.7** Hierarchisierter Anteil derjenigen, die den Rat gaben, einen Antrag auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen zu stellen.

### III.4 Leistungen zum Wohnungsumbau sind (zu) wenig bekannt

- Nur die Hälfte der Befragten, die Wohnungsumbaumaßnahmen durchgeführt haben, haben den Rat dazu von Kasse, MDK oder Pflegestützpunkt erhalten.
- 30% derer, die 2014 keinen Antrag auf Wohnungsumbaumaßnahmen gestellt haben, wussten nicht, dass es entsprechende Leistungen der Pflegeversicherung gibt.

### III.4 Leistungen zum Wohnungsumbau sind (zu) wenig bekannt



Anmerkung: Mehrfachantworten möglich

**Abbildung 6.8** Gründe, warum im Jahr 2014 kein Antrag auf wohnumfeldverbessernde Maßnahmen gestellt wurde (N=723)

### III.4 Leistungen zum Wohnungsumbau sind (zu) wenig bekannt

- Nur die Hälfte der Befragten, die Wohnungsumbaumaßnahmen durchgeführt haben, haben den Rat dazu von Kasse, MDK oder Pflegestützpunkt erhalten.
- 30% derer, die 2014 keinen Antrag auf Wohnungsumbaumaßnahmen gestellt haben wussten nicht, dass es entsprechende Leistungen gibt.
- Fast die Hälfte (45,6%) der Befragten, die auf eigene Rechnung Umbaumaßnahmen finanziert haben (N=68), wussten nicht, dass es Pflegeversicherungsleistungen gibt.

### III.4 Leistungen zum Wohnungsumbau sind (zu) wenig bekannt

- Nur die Hälfte der Befragten, die Wohnungsumbaumaßnahmen durchgeführt haben, haben den Rat dazu von Kasse, MDK oder Pflegestützpunkt erhalten.
- 30% derer, die 2014 keinen Antrag auf Wohnungsumbaumaßnahmen gestellt haben, wussten nicht, dass es entsprechende Leistungen gibt.
- Fast die Hälfte (45,6%) der Befragten, die auf eigene Rechnung Umbaumaßnahmen finanziert haben (N=68), wussten nicht, dass es Pflegeversicherungsleistungen gibt.

## III.5 Fazit zum Wohnungsumbau

---

- Nur die Hälfte der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege lebt in altengerechten Wohnungen → Bedarf für Umbauten
- Die Maßnahmen der Pflegeversicherung werden nur von einer Minderheit genutzt (3,5% derer in häuslicher Pflege)
- Wenn die Maßnahmen genutzt werden, werden sie als sehr nützlich bewertet
- Ein Grund für die geringe Inanspruchnahme sind die Eigenanteile, die durch die Reform 2015 aber gesunken sind
- Ein anderer Grund liegt in der fehlenden Kenntnis über entsprechende Versicherungsleistungen  
→ Möglichkeiten zur Verbesserung



# Schluss

---

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Ich freue mich auf Ihre Fragen!

## BARMER GEK Pflegereport 2015

### → Infografiken

#### → Infografik 1

**Höhere Beträge bei Pflegesachleistungen**

#### → Infografik 2

**Geringerer Eigenanteil für schwerst Pflegebedürftige**

#### → Infografik 3

**Mehr Pflegegeld**

#### → Infografik 4

**Mehr Pflegebedürftige im Jahr 2060 als bisher vorhergesagt**

#### → Infografik 5

**Drastische Alterung der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2060**

#### → Infografik 6

**Einnahmen und Ausgaben steigend**

#### → Infografik 7

**Pflege bleibt hauptsächlich Frauensache**

#### → Infografik 8

**Immer mehr pflegende Frauen sind erwerbstätig**


## Höhere Beträge bei Pflegesachleistungen



Leistungsbetrag bei Inanspruchnahme einer ambulanten Pflegeeinrichtung  
(Pflegesachleistung), monatlich in Euro

Pflegestufe	Pflegegrad	bis 31.12.2016	ab 01.01.2017
0 + EA	2	231	689
I	2	468	689
I + EA	3	689	1.298
II	3	1.144	1.298
II + EA	4	1.298	1.612
III	4	1.612	1.612
III + EA	5	1.612	1.995
Härtefall	5	1.995	1.995
Härtefall + EA	5	1.995	1.995

EA - Eingeschränkte Alltagskompetenz

Quelle: BARMER GEK Pflegereport 2015

Zurück zum Inhalt 

Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter [www.barmer-gek.de](http://www.barmer-gek.de) > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken.   
Auf Wunsch (E-Mail an: [karin.emmel@barmer-gek.de](mailto: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.


## Geringerer Eigenanteil für schwerst Pflegebedürftige



Leistungsbeträge und pflegebedingter Eigenanteil bei stationärer Pflege,  
monatlich in Euro, ohne Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten

Pflegestufe	Pflegegrad	bis 31.12.2016	ab 01.01.2017	Durchschnittlicher Eigenanteil alt	Durchschnittlicher Eigenanteil neu
I	2	1.064	770	391	580
I + EA	3	1.064	1.262	391	580
II	3	1.330	1.262	596	580
II + EA	4	1.330	1.775	596	580
III	4	1.612	1.775	815	580
III + EA	5	1.612	2.005	815	580
Härtefall	5	1.995	2.005	815	580

EA - Eingeschränkte Alltagskompetenz

Quelle: BARMER GEK Pflegereport 2015

Zurück zum Inhalt 

Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter [www.barmer-gek.de](http://www.barmer-gek.de) > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken.   
Auf Wunsch (E-Mail an: [karin.emmel@barmer-gek.de](mailto: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.


## Mehr Pflegegeld



Leistungsbetrag bei Pflegegeld, monatlich in Euro

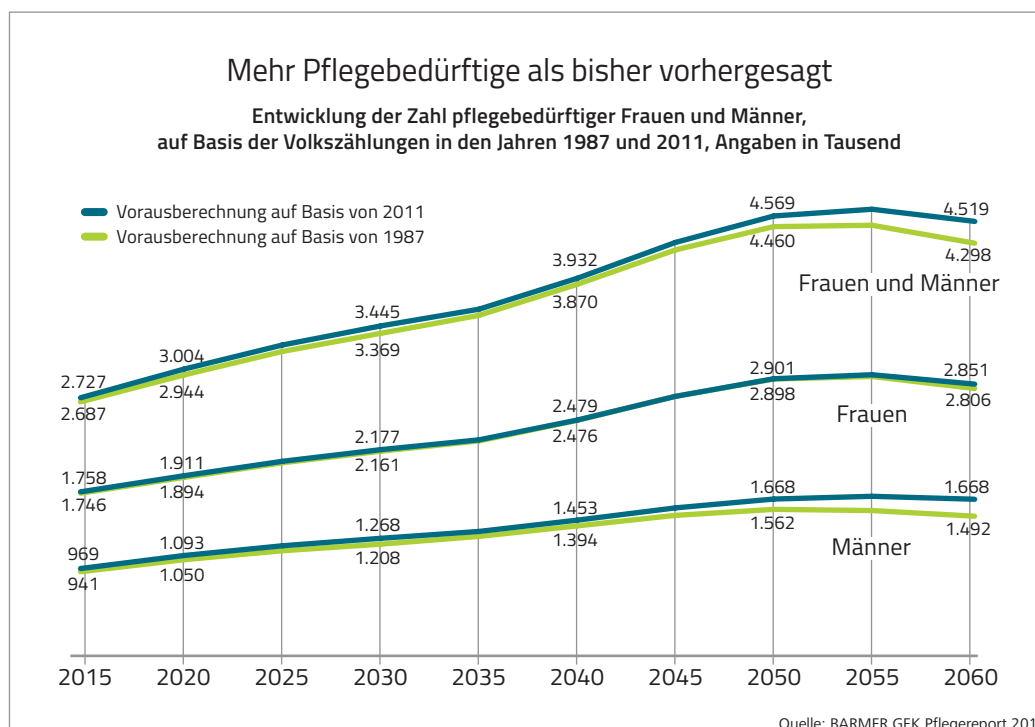
Pflegestufe	Pflegegrad	bis 31.12.2016	ab 01.01.2017
0 + EA	2	123	316
I	2	244	316
I + EA	3	316	545
II	3	458	545
II + EA	4	545	728
III	4	728	728
III + EA	5	728	901

EA - Eingeschränkte Alltagskompetenz

Quelle: BARMER GEK Pflegereport 2015

[Zurück zum Inhalt](#) 

Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter [www.barmer-gek.de](http://www.barmer-gek.de) > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken.   
Auf Wunsch (E-Mail an: [karin.emmel@barmer-gek.de](mailto: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.

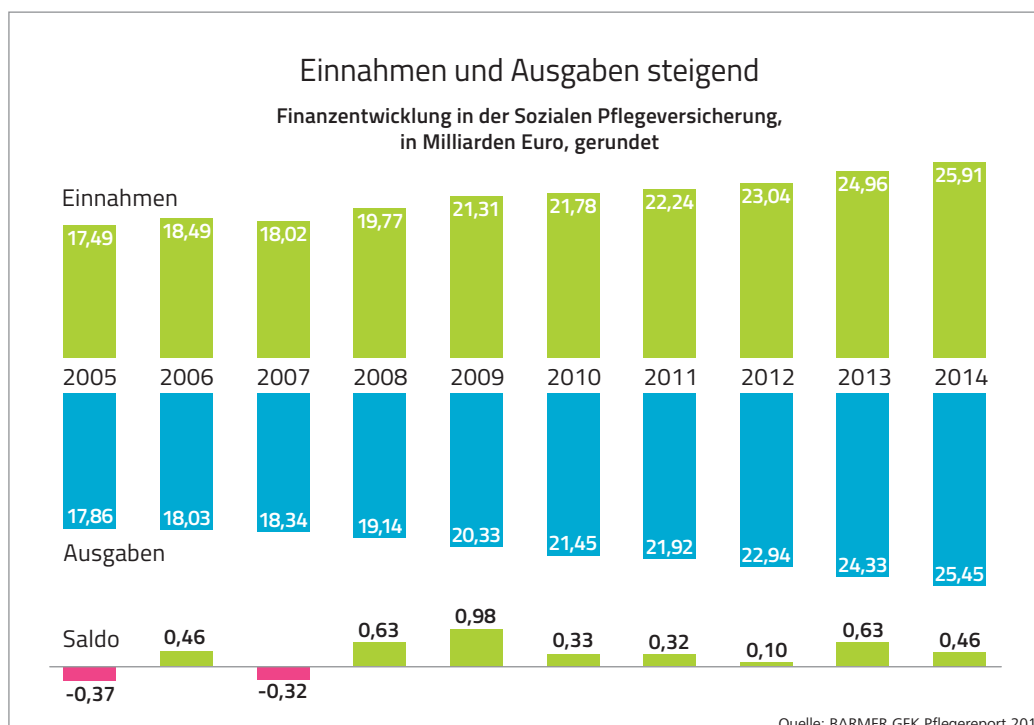


[Zurück zum Inhalt](#)

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

Auf Wunsch (E-Mail an: [karin.emmel@barmer-gek.de](mailto: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.

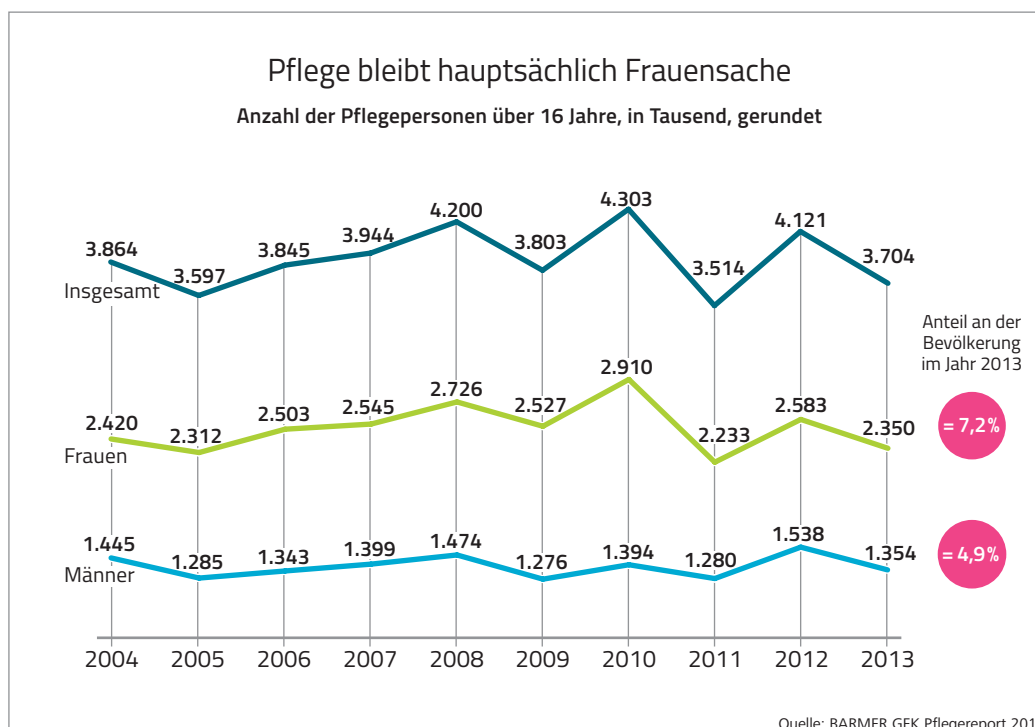




[Zurück zum Inhalt](#)

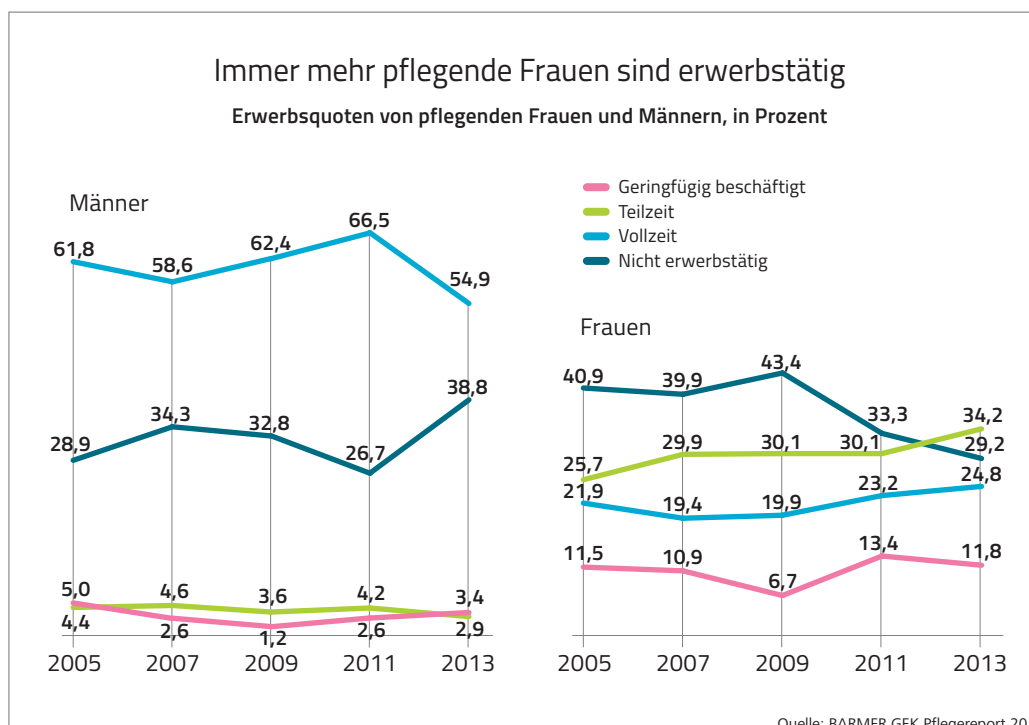
Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter [www.barmer-gek.de](http://www.barmer-gek.de) > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken.   
Auf Wunsch (E-Mail an: [karin.emmel@barmer-gek.de](mailto:karin.emmel@barmer-gek.de) ) auch als editierbare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





[Zurück zum Inhalt](#) ↩

Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter [www.barmer-gek.de](http://www.barmer-gek.de) > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. ↩  
Auf Wunsch (E-Mail an: [karin.emmel@barmer-gek.de](mailto: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.



Zurück zum Inhalt

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

Auf Wunsch (E-Mail an: [karin.emmel@barmer-gek.de](mailto: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.