

BARMER GEK Pflegereport 2014: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger

**Vorstellung des BARMER GEK Pflegereports 2014
am 10.3.2015 in Stuttgart**

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. PSG I: Leistungsverbesserungen
3. PSG I: Leistungsdynamisierung
4. PSG I: 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.2 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 Sachleistungsansprüche auf niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote birgt Gefahr der Dequalifizierung der Pflege

I.3 Leistungsdynamisierung

- 1995-2008: Wertverlust der Pflegeleistungen von 20-25%
- Dieser Wertverlust wird durch die erfolgten Dynamisierungsschritte (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 zu ersetzen.
- Eine Anpassung gemäß $\frac{2}{3}$ Lohn- und $\frac{1}{3}$ Preisentwicklung ist bei zukünftig steigenden Reallöhnen dabei sinnvoll

I.4 Pflegevorsorgefonds

Der Pflegevorsorgefonds ist fehlerhaft konzipiert:

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

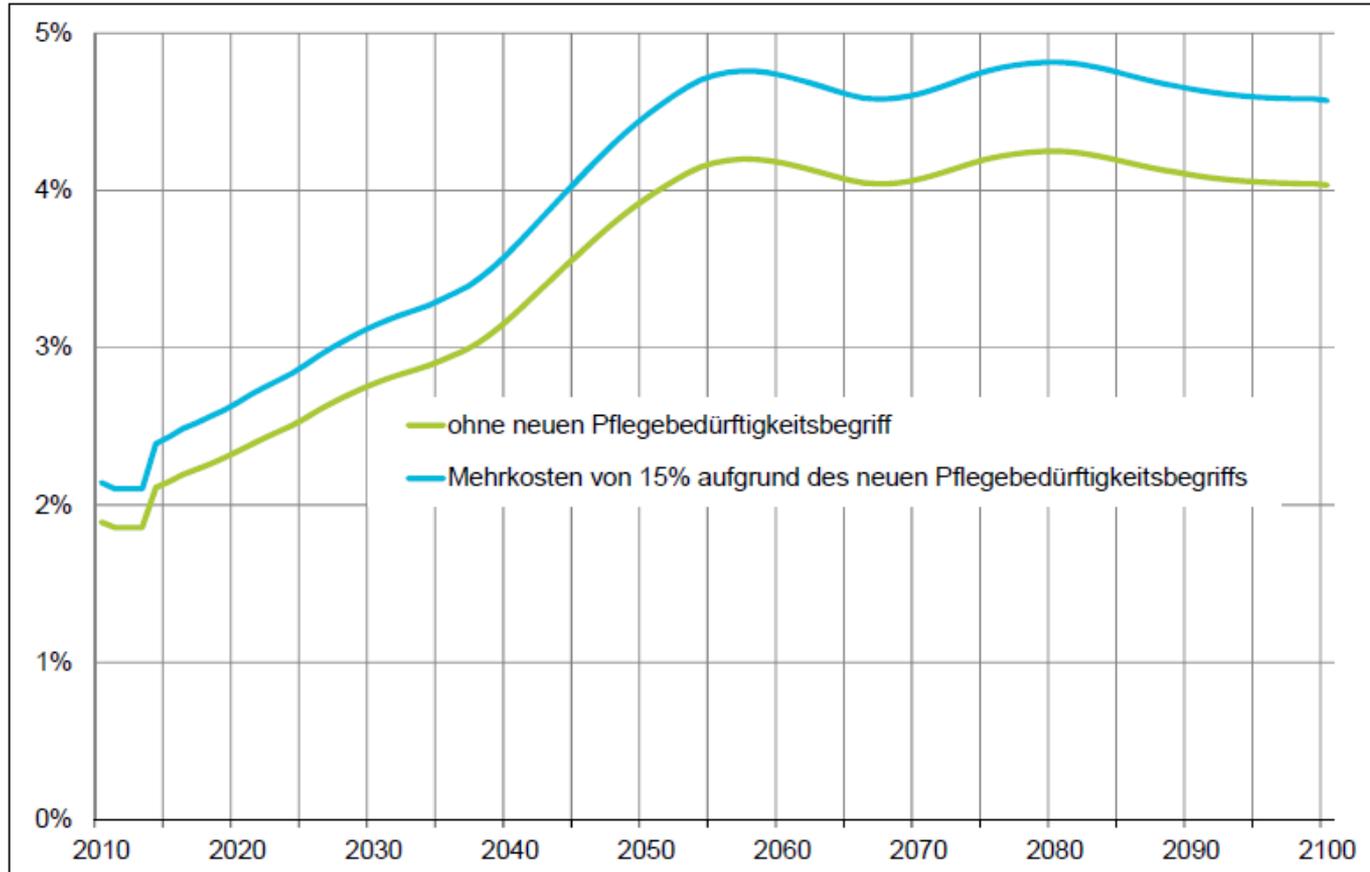
- Auch bei verschiedenen Kombinationen von Verzinsung und Grundlohnsummenwachstum bleibt der Effekt auf ca. 0,1 Beitragssatzpunkte begrenzt

I.3 Pflegevorsorgefonds

Der Pflegevorsorgefonds ist fehlerhaft konzipiert:

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 fehlerhaft konzipiert:

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

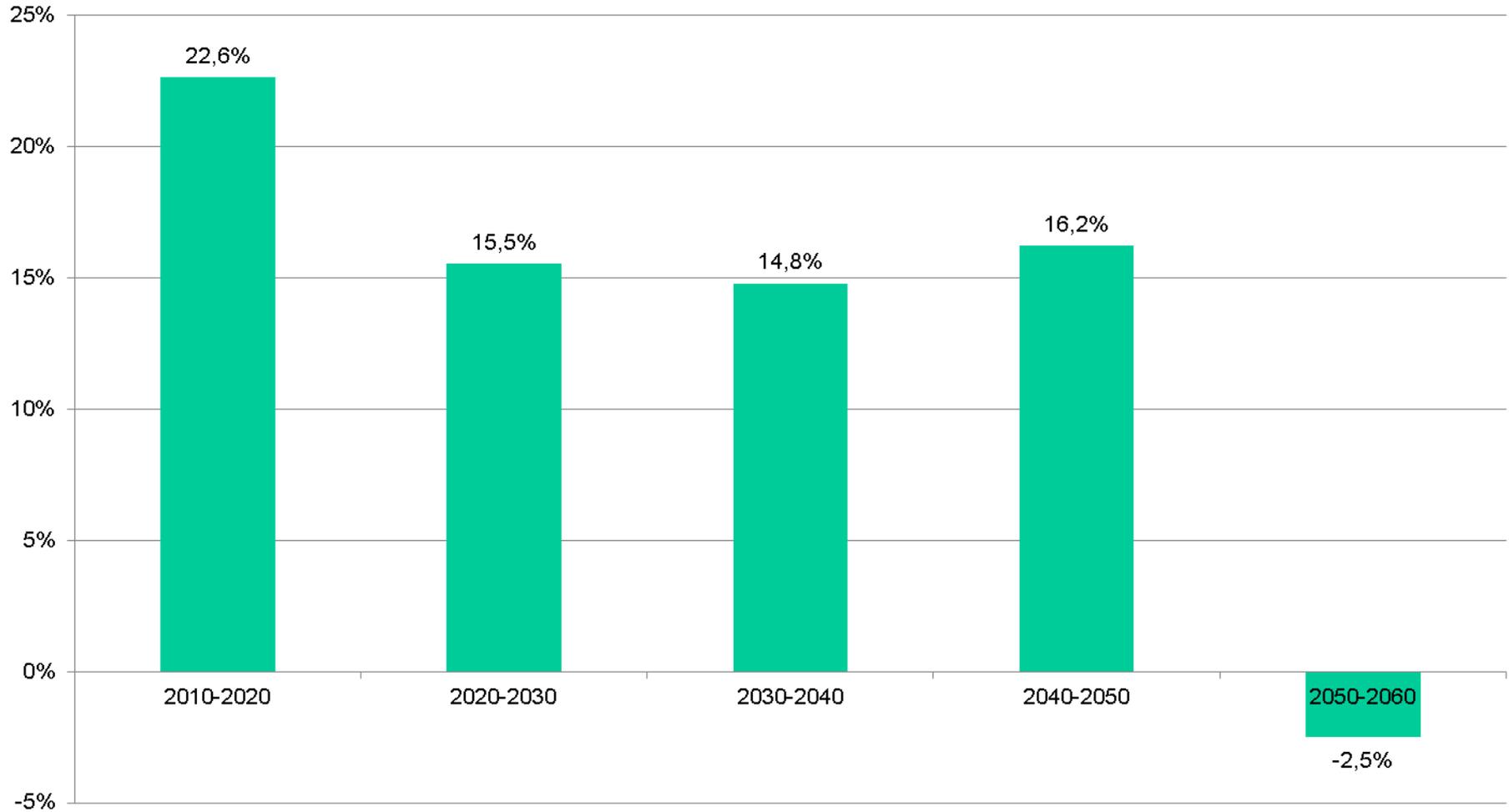
II. Aktuelle und zukünftige Entwicklungen

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

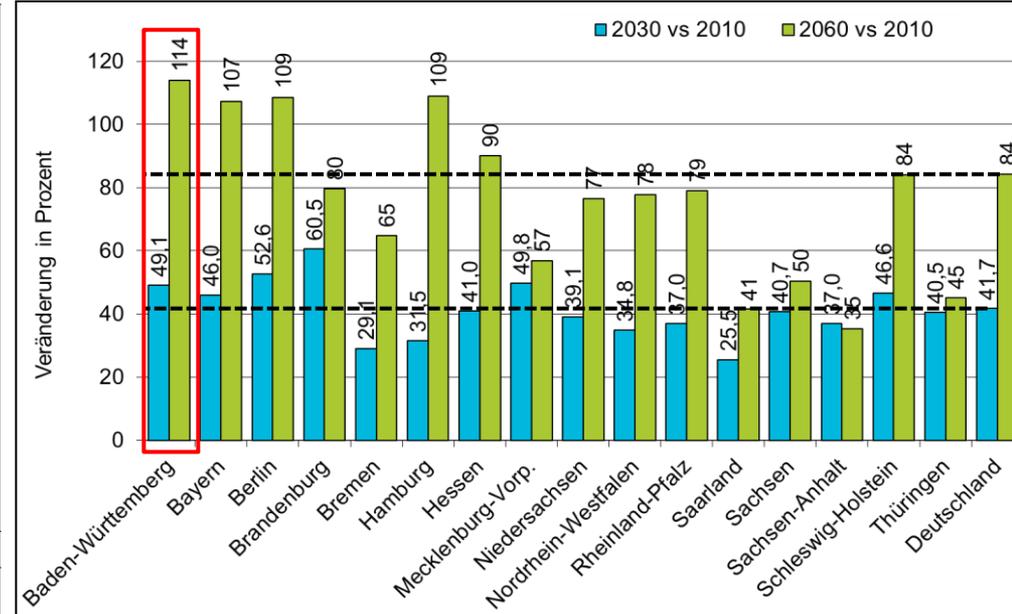
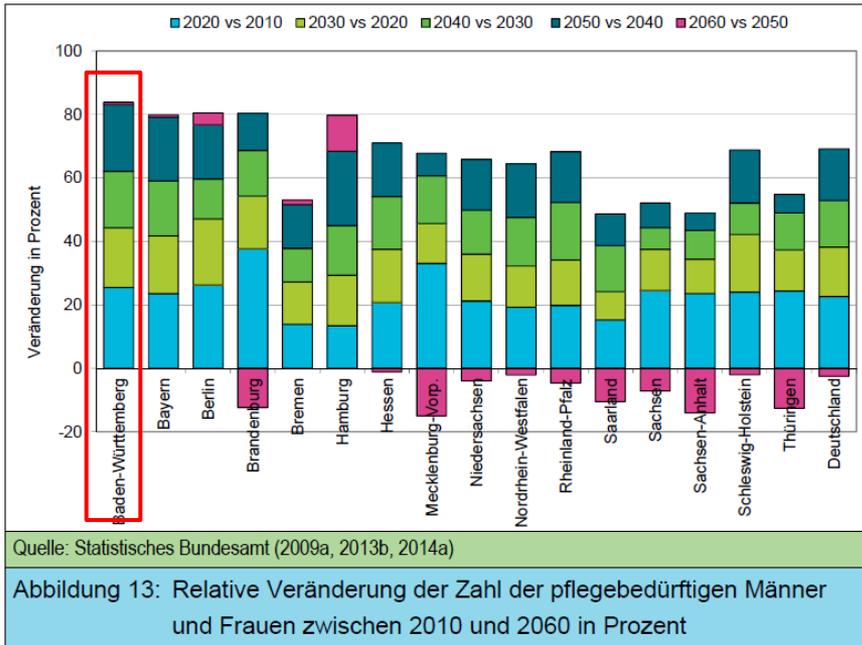
III. Zahnmedizinische Versorgung Pflegebedürftiger

II.1 Zukünftige Zahl der Pflegebedürftigen

Wachstum pro Dekade in Deutschland



II.1 Zukünftige Zahl der Pflegebedürftigen



- 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



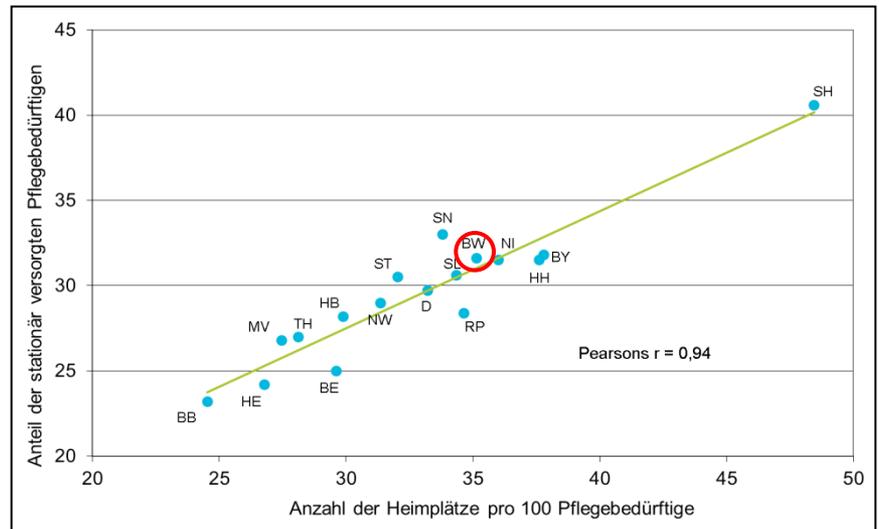
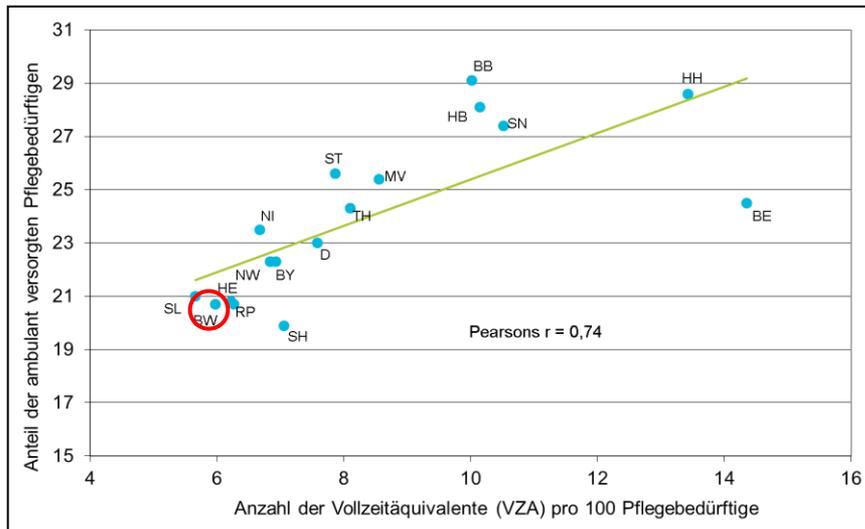
Quelle: Tabelle 16

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



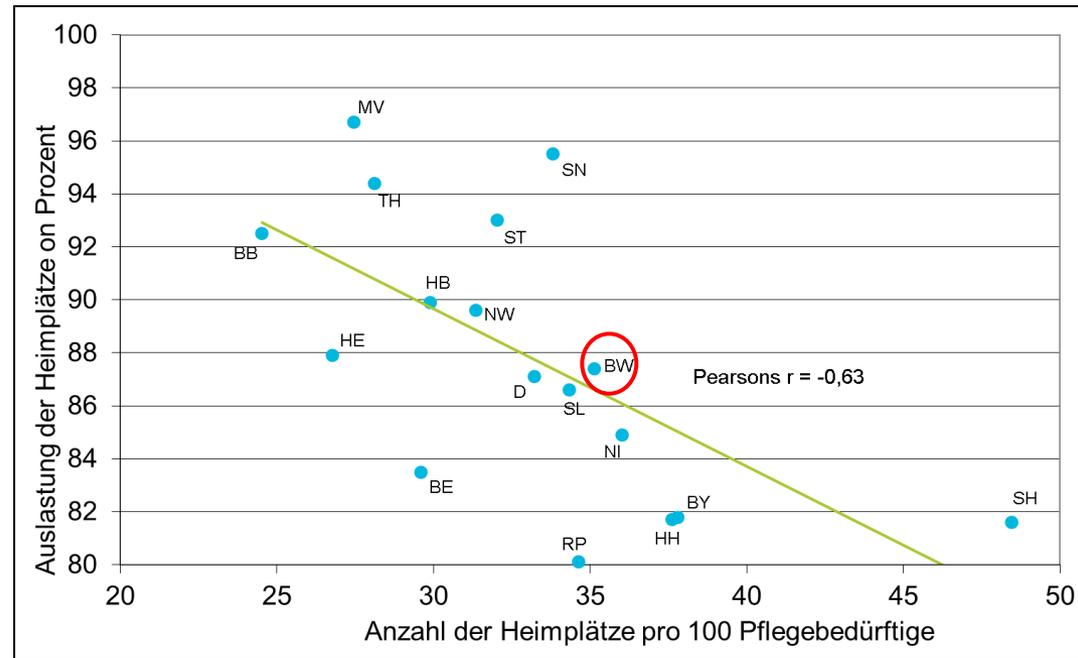
Quelle: Statistisches Bundesamt (2013e)

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



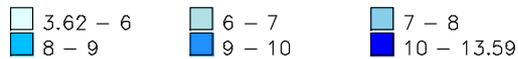
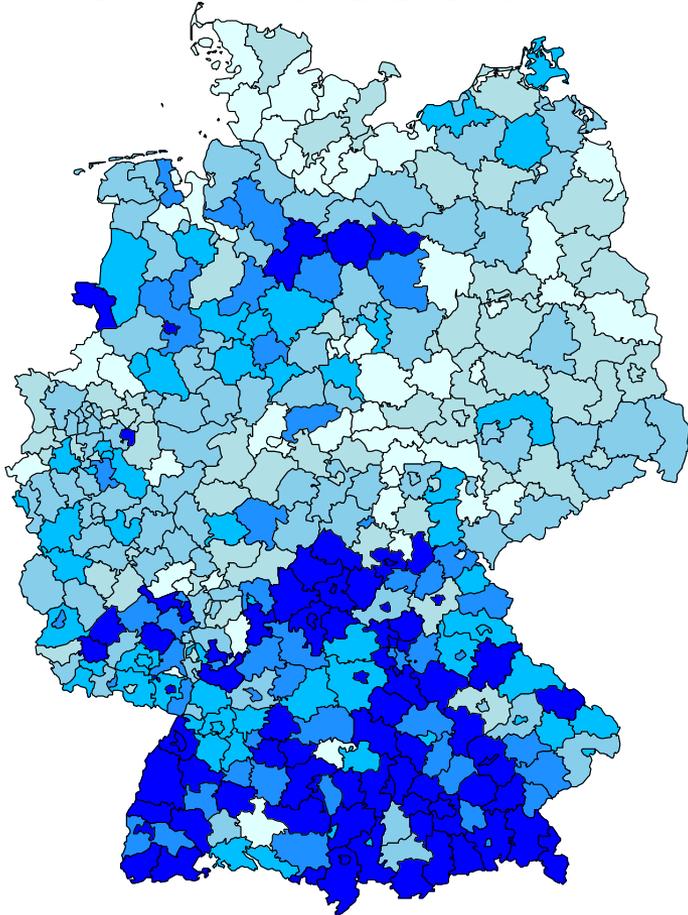
II.2 Pflegeinfrastruktur und Pflegearrangements

- 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 Pflege
- Aber auch:
 - Höhere stationäre Kapazitäten gehen mit einer niedrigeren Auslastung einher

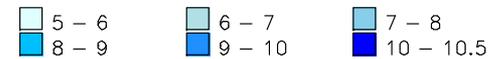
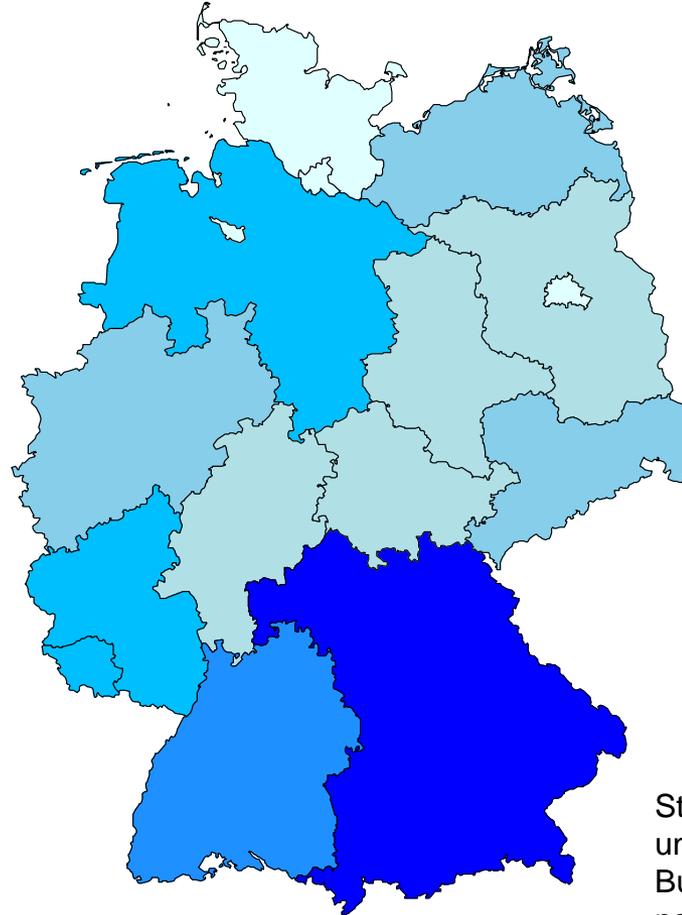


II.3 Geriatrie Rehabilitation

Reha-Quote für geriatrische Patienten
im Alter von 65+ Jahren 2012 - Kreisebene



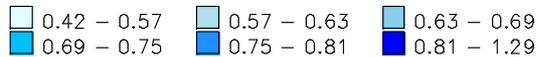
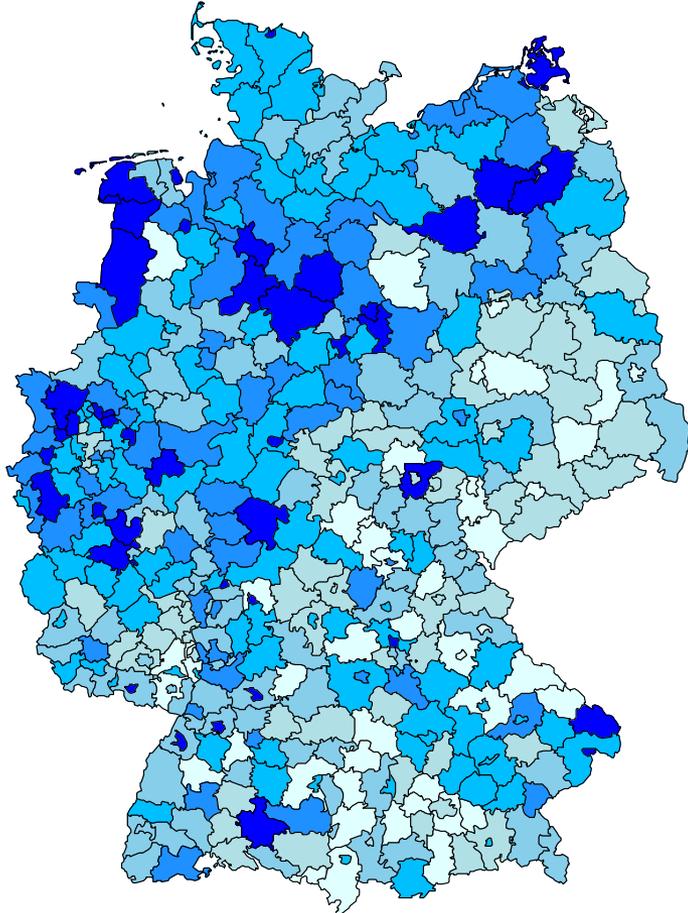
Reha-Quote für geriatrische Patienten
im Alter von 65+ Jahren 2012 Länderebene



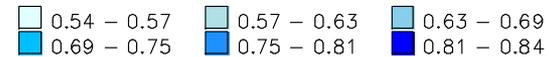
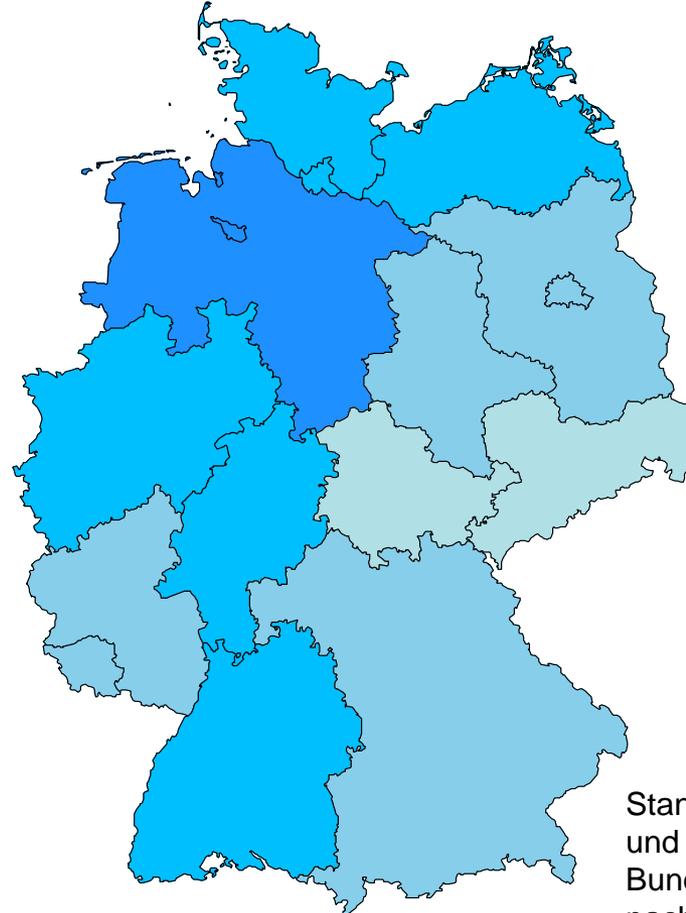
Standardisiert nach Alter
und Geschlecht auf die
Bundesbevölkerung 2011
nach Zensus 2011

II.3 Geriatriische Rehabilitation

Die Inzidenzen der Pflegebedürftigkeit in Prozent der Bevölkerung auf Kreisebene - 2012



Die Inzidenzen der Pflegebedürftigkeit in Prozent der Bevölkerung auf Länderebene - 2012



Standardisiert nach Alter und Geschlecht auf die Bundesbevölkerung 2011 nach Zensus 2011

II.3 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

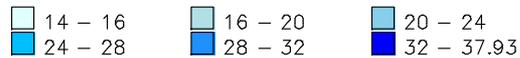
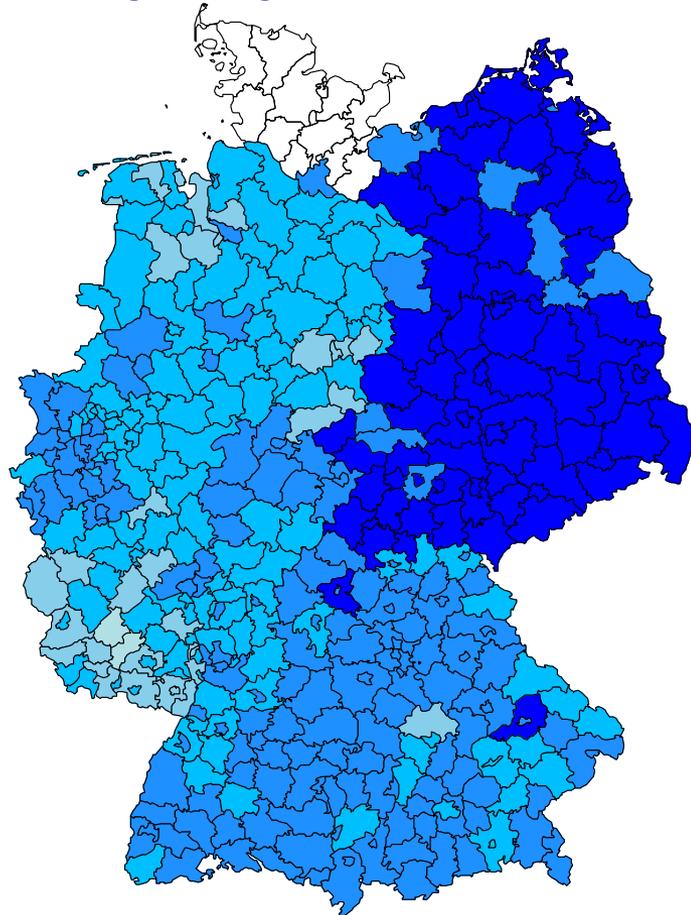
Rot = unterdurchschnittlich hohe Bettenzahl / überdurchschnittliches Pflegerisiko

Ausgewählte Ergebnisse der heutigen Präsentation

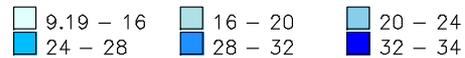
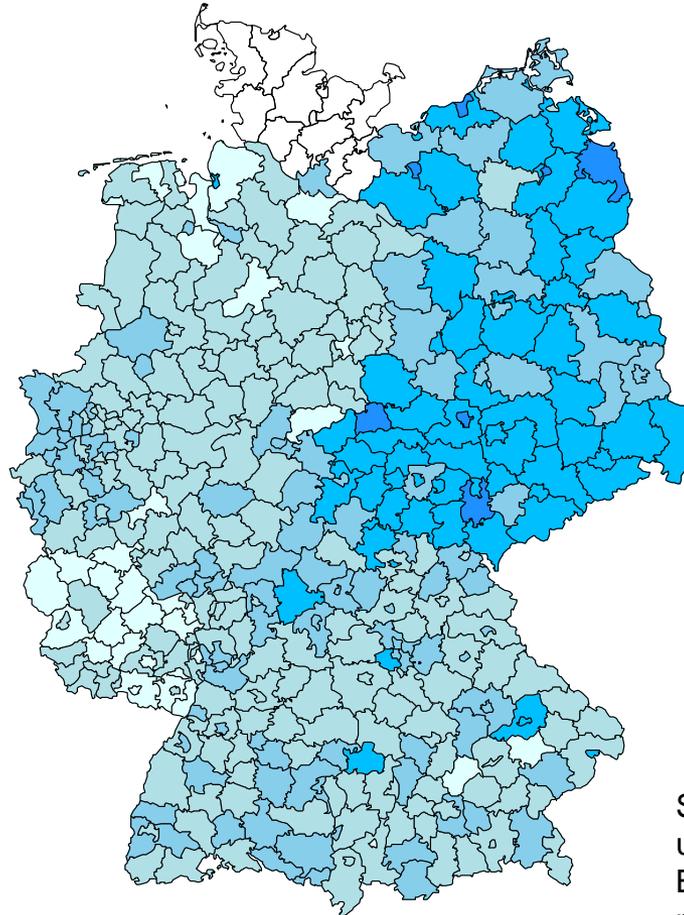
- I. Pflegepolitik
- II. Aktuelle und zukünftige Entwicklungen
- III. Zahnmedizinische Versorgung Pflegebedürftiger**
 1. Regionalisierte Darstellung
 2. Unterversorgung bei Pflegebedürftigen
 3. Anpassungen im Vergütungsrecht
 4. Verbleibende Weiterentwicklungsbedarfe

III.1 Zahnmedizinische Versorgung - regionalisiert

Zahnärztliche Behandlungsquote je Quartal 2012
- Nicht-Pflegebedürftige - Kreisebene

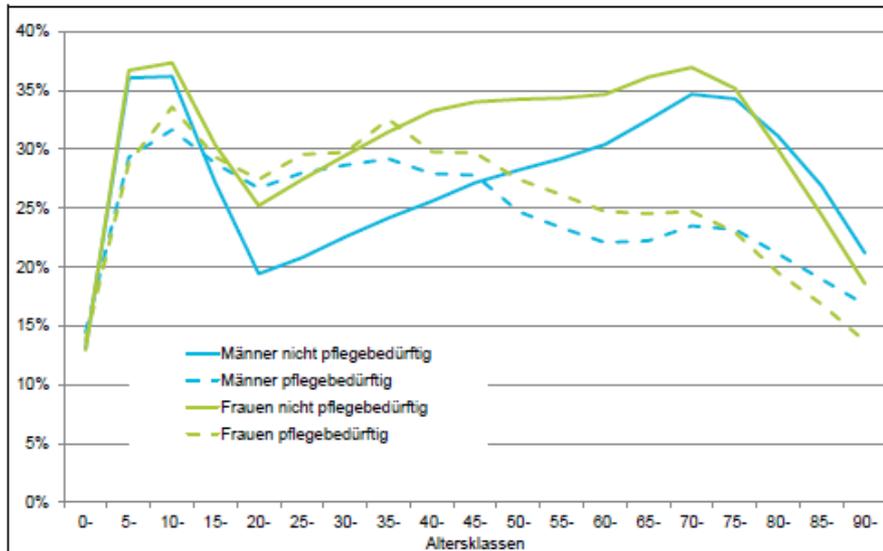


Zahnärztliche Behandlungsquote je Quartal 2012
- Pflegebedürftige - Kreisebene



Standardisiert nach Alter und Geschlecht auf die Bundesbevölkerung 2011 nach Zensus 2011

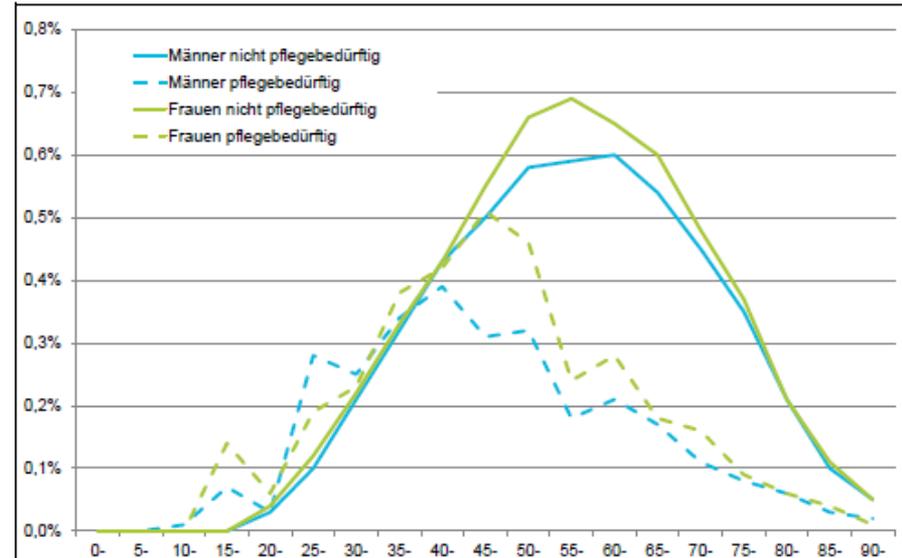
III.2 Zahnmedizinische Unterversorgung von Pflegebedürftigen



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



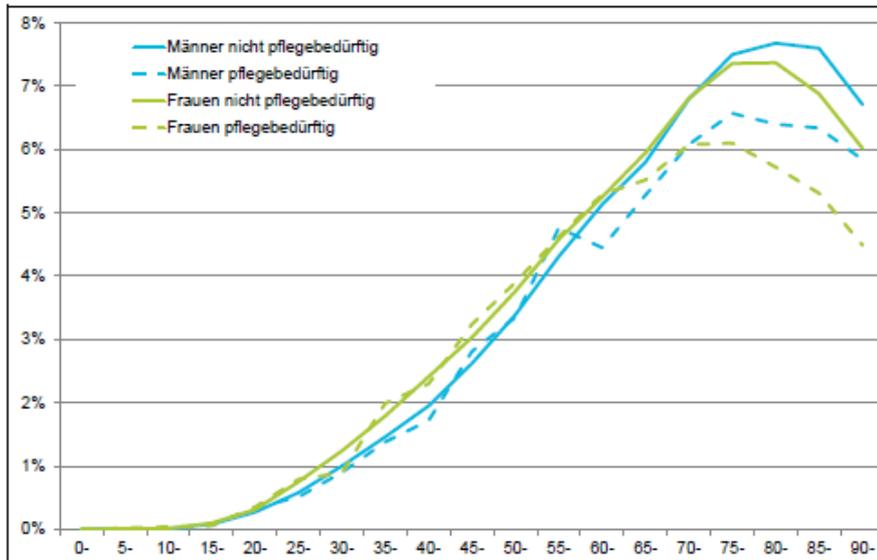
Quelle: Routinedaten BARMER GEK

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)
 - Parodontopathien (BEMA Teil 4) sowie
 - Zahnersatz und Zahnkronen (BEMA Teil 5)

III.2 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.3 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.4 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

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Ich freue mich auf Ihre Fragen!