

18.12.2013

BARMER GEK Pflegereport 2013 in Berlin vorgestellt



Der diesjährige Report untersucht Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit.

„Rehabilitation vor Pflegebedürftigkeit“ ist einer der zentralen Grundsätze seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1994. Über das Ausmaß der Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit sowie ihre Wirksamkeit ist dennoch wenig bekannt. Dem versucht der BARMER GEK Pflegereport abzuhelpen, der in diesem Jahr zum sechsten Mal von einer Arbeitsgruppe des ZeS unter Leitung von Heinz Rothgang erarbeitet und heute auf der Bundespressekonferenz vorgestellt wurde. Die Autoren des Pflegereports untersuchen jährlich das Leistungsgeschehen in der Pflege und diskutieren zentrale Weiterentwicklungen in der Pflegeversicherung. Wesentliche Datengrundlagen sind die Pflegestatistik als Vollerhebung der rund 2,5 Mio. Pflegebedürftigen und die Routinedaten der BARMER GEK, die rund 10 Prozent der Bevölkerung abbilden.

Kurzdarstellung ausgewählter Ergebnisse des Reports:

Rehabilitation vor Pflege funktioniert – Rehabilitation bei Pflege weniger

Vor Feststellung von Pflegebedürftigkeit findet in erhöhtem Ausmaß Rehabilitation statt. Bei rund 15 Prozent der Pflegebedürftigen im Alter von über 65 Jahren wird im Jahr vor dem Pflegeeintritt

mindestens eine medizinische Rehabilitation durchgeführt, der überwiegende Anteil dabei im Quartal vor Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Es werden also erkennbare Anstrengungen unternommen, diese zu verhindern. Im Rahmen der Pflegebegutachtung werden dagegen nur wenige Rehabilitationsempfehlungen ausgesprochen – teils aufgrund von Schwächen im Verfahren. Hier sind Anpassungen notwendig, aber auch bereits angestoßen. Im Anschluss an den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit sinkt dann die Quote der medizinischen Rehabilitationen auf rund 7 Prozent im nachfolgenden Jahr. Dabei liegt diese Quote deutlich über der Reha-Empfehlungsquote bei der Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit. Dies zeigt, dass Rehabilitation nicht nur aufgrund dieser Begutachtung erfolgt, sondern auch in den nachfolgenden Monaten Anträge gestellt werden. Im Vergleich zu den nicht pflegebedürftigen Personen erhalten pflegebedürftige Personen dennoch nur halb so viel medizinische Rehabilitationen – unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und einer Reihe ausgewählter Diagnosen, die eng im Zusammenhang mit Pflege und Rehabilitation stehen.

Langfristige Sicherung eines ausreichenden Leistungsniveaus ist nur in der Sozialversicherung möglich – der „Pflege-Bahr“ ist keine Lösung

Die Pflegeversicherung ist – anders als die Krankenversicherung – ein Teilleistungssystem. Um der resultierenden Absicherungslücke entgegenzutreten, wurde im Pflege-Neuausrichtungsgesetz eine Zulagenförderung für ergänzende Pflegeversicherungen („Pflege-Bahr“) eingeführt. Bis zum Oktober 2013 wurden allerdings nur rund 330.000 Versicherungsverträge abgeschlossen. Damit blieb die Zahl der Vertragsabschlüsse bisher weit hinter den – bereits bescheidenen – Erwartungen der Bundesregierung (1,5 Mio. Versicherungsverträge im Jahr 2013) zurück. Auch in Zukunft ist nicht zu erwarten, dass mehr als eine kleine Bevölkerungsminderheit entsprechende Verträge abschließt, die u.a. wegen der Gefahr der adversen Selektion für die Versicherungsnehmer unattraktiv sind. Verbraucherschützer warnen daher einhellig vor diesen Verträgen. Letztlich kann im Rahmen einer kapitalgedeckten Privatversicherung sowieso nur ein nominaler Leistungsbetrag versichert werden. Diesen sinnvoll zu bestimmen, ist aber unmöglich, da unbekannt ist, wie sich die Pflegekosten und die Leistungen der obligatorischen Pflegeversicherung in dem mehrere Dekaden umfassenden Zeitraum entwickeln, der typischerweise zwischen Abschluss der Versicherung und dem Auftreten von Pflegebedürftigkeit liegt. Eine substantielle Absicherung des Pflegerisikos ist daher nur in einem umlagefinanzierten Versicherungssystem möglich, bei dem die Leistungen angemessen dynamisiert werden. Es ist daher von größter Bedeutung, die Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung und der Privaten Pflegepflichtversicherung regelgebunden und in ausreichendem Umfang zu dynamisieren, um einen Realwertverfall dieser Leistungen zu verhindern. Umso bedauerlicher ist es, dass eine nachhaltige Leistungsdynamisierung im Koalitionsvertrag nicht vorgesehen ist.

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

Wie die Berechnungen im BARMER GEK Pflegereport zeigen, profitiert die Private Pflegepflichtversicherung von der mehrfachen Risikoselektion zu Lasten der Sozialversicherung: Die Privatversicherten haben nicht nur höhere Einkommen, sondern auch erheblich niedrigere altersspezifische Pflegeprävalenzen. Zudem sind Männer, die eine niedrigere Pflegehäufigkeit

haben, überdurchschnittlich vertreten. Schließlich ist auch die Altersstruktur der Versicherten deutlich günstiger. Im Ergebnis liegen die Leistungsausgaben pro Versichertem in der Sozialen Pflegeversicherung daher – bei gleichem Leistungsanspruch und gleichen Begutachungskriterien – viermal so hoch wie in der Privaten Pflegeversicherung. Auch bei Berücksichtigung der Beihilfeleistungen, auf die etwa die Hälfte der Privatversicherten einen Anspruch hat, liegen die Ausgaben pro Sozialversicherten noch zwei- bis dreimal so hoch wie pro Privatversichertem. Würden die Privatversicherten eine eigene Sozialversicherung nach den Regeln der Sozialen Pflegeversicherung betreiben, läge der Beitragssatz deshalb nur bei einem Fünftel des zum Budgetausgleich notwendigen Beitragssatzes in der Sozialen Pflegeversicherung. Es kommt so zu einer Benachteiligung der Sozialversicherten, die unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten nicht gerechtfertigt werden kann. Schließlich hat das Bundesverfassungsgericht die Pflegeversicherung zu Recht als „Pflegevolksversicherung in der Gestalt zweier Versicherungszweige“ bezeichnet, so dass ein Risikoausgleich zwingend erscheint. Ein Ausgleich der ungleich verteilten Risiken wäre am leichtesten in Form einer integrierten Pflegeversicherung zu realisieren, die die gesamte Bevölkerung umfasst. Sollte sich dies nicht realisieren lassen, weil der politische Wille dazu fehlt, könnten die Folgen der Risikoselektion durch Schaffung eines Finanzausgleichs zwischen Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung ausgeglichen werden. Während eine entsprechende Absichtserklärung im Koalitionsvertrag der großen Koalition 2005 enthalten war, ist sie im aktuellen Koalitionsvertrag leider nicht zu finden.

Eigenanteil bei der Finanzierung von Pflegeleistungen steigt weiter

Bei den Leistungen der Pflegeversicherung handelt es sich um pauschalisierte bzw. gedeckelte Leistungen, die nicht bedarfsdeckend sind. Aufgrund der bis 2007 fehlenden und seitdem unzureichenden Leistungsdynamisierung steigen die Eigenanteile an den Pflegekosten, die vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen sind, weiter an. In der stationären Pflege übersteigt inzwischen der insgesamt aufzubringende Eigenanteil die Pflegeversicherungsleistungen in allen Pflegestufen deutlich, und auch bei den rein pflegebedingten Kosten, die gemäß der ursprünglichen Planung bei Einführung der Pflegeversicherung vollständig von der Versicherung übernommen werden sollten, betrugen die durchschnittlichen Eigenanteile Ende 2011 bereits monatlich 346 Euro (Pflegestufe I), 532 Euro (Pflegestufe II) bzw. 760 Euro (Pflegestufe III).

Mehr Informationen:

[Barmer GEK Pflegereport 2013](#)

[Barmer GEK Pressemappe zum Pflegereport 2013](#)

Kontakt:

[Prof. Dr. Heinz Rothgang](#)

SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

Mary-Somerville-Straße 3

28359 Bremen

Tel.: +49 421 218-58557

E-Mail: rothgang@uni-bremen.de

[Dr. Rainer Unger](#)

SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik
Mary-Somerville-Straße 3
28359 Bremen
Tel.: +49 421 218-58553
E-Mail: rainer.unger@uni-bremen.de

[Dr. rer. pol. Rolf Müller](#)

SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik
Mary-Somerville-Straße 3
28359 Bremen
Tel.: +49 421 218-58554
E-Mail: rmint@uni-bremen.de