



## BARMER GEK Pflegereport 2016

Pressekonferenz der BARMER GEK

Berlin, 24. November 2016

### 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

**Athanasios Drougias**

Unternehmenssprecher 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)



# PRESSEMITTEILUNG

Berlin, 24. November 2016



## **BARMER GEK Pflegereport 2016**

### **Postleitzahl beeinflusst Art der Pflege in Deutschland**

Wie Menschen in Deutschland gepflegt werden, hängt vom Wohnort der Pflegebedürftigen ab. Das geht aus dem neuen Pflegereport der BARMER GEK hervor, der heute in Berlin vorgestellt wurde. Demnach sind die massiven regionalen Unterschiede in der Pflege Konsequenz des Angebots vor Ort. Je mehr Pflegedienste oder Pflegeheime es gibt, desto mehr Betroffene werden von ihnen betreut. „Die Menschen bekommen offenbar nicht immer die Pflege, die sie brauchen, sondern die, die vor Ort verfügbar ist“, betonte Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK. Damit Betroffene die Pflege erhalten, die für sie individuell am sinnvollsten sei, forderte Straub ein Mehr an transparenter und unkompliziert abrufbarer Informationsangebote sowie flächendeckend greifende Unterstützungsleistungen insbesondere durch die Pflegekassen. Die so genannten Pflegestützpunkte könnten offenbar diese Art der Hilfen nicht bieten. Straub: „Das Konzept der Pflegestützpunkte ist gescheitert. Sie gehen klar am Bedarf der Betroffenen vorbei.“ Nötig seien stattdessen noch mehr niedrigschwellige mobile und häusliche Angebote und Unterstützungsleistungen für alle Versicherten. So hätten sich insbesondere Familiengesundheitspfleger bewährt.

### **Spitzenreiter Schleswig-Holstein und Brandenburg**

Der aktuelle Pflegereport der BARMER GEK weist große regionale Unterschiede in der Pflege aus. So spielt die Pflege in Heimen die größte Rolle in Schleswig-Holstein. Hier werden 40,5 Prozent der Pflegebedürftigen stationär gepflegt. Dementsprechend ist die Kapazität an Plätzen in Pflegeheimen mit 49,2 pro 100 Pflegebedürftigen die höchste im Bundesgebiet. Zum Vergleich: In Brandenburg sind lediglich 26,9 Plätze pro 100 Pflegebedürftige verfügbar. Dagegen werden in diesem Bundesland die meisten Menschen durch ambulante Pflegedienste oder allein durch die Familie versorgt. Bei dem Anteil der Pflegedienste wird Brandenburg (28,5 Prozent) nur von Hamburg (29,2), Sachsen (29,0) und Bremen (28,7) geringfügig übertroffen. Beeinflusst wird die Form der Pflege außerdem von der Einkommenshöhe der Pflegebedürftigen und davon, wie gut familiäre Netzwerke eine Pflege zu Hause bewältigen können oder überhaupt wollen.

### **→ 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)





Bei geringem Einkommen reduzieren die privaten Zuzahlungen die Wahrscheinlichkeit, dass ein Pflegebedürftiger im Heim gepflegt wird.

### **Zahl Pflegebedürftiger steigt unterschiedlich**

Während in Bayern, Baden-Württemberg und Hessen sowie in Berlin, Hamburg und Bremen zwischen den Jahren 2050 und 2060 die Zahl der Pflegebedürftigen steigen wird, sind in den ostdeutschen Bundesländern ausnahmslos deutliche Rückgänge zu erwarten. Zugleich wird sich der Anteil Hochbetagter deutlich erhöhen. Bis zum Jahr 2060 werden drei von vier pflegebedürftigen Männern 80 Jahre und älter sein, von den pflegebedürftigen Frauen knapp 85 Prozent.

### **Niedrigschwellige Angebote für alle Betroffenen**

Straub kritisierte, dass Pflegebedürftigen und deren Angehörigen nicht genügend niedrigschwellige Angebote zur Verfügung stünden. Der BARMER GEK Chef forderte Länder und Kommunen auf, gemeinsam mit den Pflegekassen in einen strukturierten Austausch zu gehen. Ziel müsste die regelmäßige Analyse der konkreten Pflegebedarfe in den Regionen sein und das Erarbeiten passgenauer Angebote, die Pflegebedürftige und deren Familien unbürokratisch abrufen könnten. Ein Forum für diesen Austausch seien regionale Pflegekonferenzen. Sie könnten auf den individuellen Pflegebedarf in der Region vor Ort eingehen und entsprechend notwendige Angebote der Pflegekassen und anderer Träger erarbeiten. Straub: „Praxisnahe Angebote müssten auch dazu führen, dass sich Betroffene vor Ort besser vernetzen können, um gegenseitig von Erfahrungen zu profitieren.“

### **Gute Pflegeunterstützung für alle Betroffenen sicherstellen**

Die Pflegekassen sind vor allem als Impulsgeber für gute Ideen gefordert.“ So biete die BARMER GEK bislang als einzige Kasse eine individuelle Beratung durch Familiengesundheitspfleger. Vor allem Kurse für pflegende Angehörige seien besonders sinnvoll, da dabei nicht nur wichtiges Wissen vermittelt, sondern auch ein Austausch der Betroffenen untereinander ermöglicht werde. „Eine effiziente Pflegeunterstützung sollte aber nicht nur von der Mitgliedschaft in einer bestimmten Krankenkasse abhängig sein. Wir müssen dafür sorgen, dass alle Betroffenen in schwierigen Lebenssituationen uneingeschränkt die Unterstützung erhalten, die sie benötigen“, so Straub.



### **Pflegestärkungsgesetz II kostet 7,2 Milliarden Euro im Jahr 2017**

Studienautor Prof. Dr. Heinz Rothgang von der Universität Bremen bezifferte die Kosten des Pflegestärkungsgesetzes II mit rund 7,2 Milliarden Euro allein für das Jahr 2017. Diese entstehen vor allem durch Mehrausgaben für Pflegegeld, Pflegesachleistungen und die vollstationäre Pflege. „Auch wenn die volkswirtschaftliche Entwicklung nur schwer abgeschätzt werden kann, so dürfte sich insgesamt in der Pflegeversicherung im Jahr 2017 ein Defizit ergeben, das deren Mittelbestand um mehr als drei Milliarden Euro reduziert“, so Rothgang. Während die beiden bereits eingeführten Pflegestärkungsgesetze die Pflegeversicherung weiterentwickelt hätten, werde das aktuell im Gesetzgebungsprozess befindliche Pflegestärkungsgesetz III vor allem „Nacharbeiten“ beinhalten. So ist es laut Rothgang notwendig, den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Sozialhilfe anzuwenden.



## Aus dem BARMER GEK Pflegereport 2016

- **Übernahme von Pflegetätigkeiten:** Im Jahr 2013 kümmerten sich rund 3,5 Millionen Personen um die häusliche Pflege von zirka 1,87 Millionen Pflegebedürftigen. Der Anteil der pflegenden Männer an allen Männern im Alter von mindestens 18 Jahren betrug in Westdeutschland 4,2 Prozent und der der pflegenden Frauen 6,6 Prozent. In Ostdeutschland lagen die Anteile von pflegenden Männern und Frauen mit 5,6 Prozent bzw. 8,0 Prozent genau 1,4 Prozentpunkte höher (S.16).
- **Mehrkosten:** Die Mehrkosten von 7,2 Milliarden Euro, die durch das Pflegestärkungsgesetz II allein im Jahr 2017 entstehen, fallen durch 13 verschiedene Positionen an. Allein beim Pflegegeld entstehen Zusatzausgaben von 2,274 Milliarden Euro, gefolgt von den Pflegesachleistungen mit 1,417 Milliarden Euro. Die stationäre Pflege schlägt mit zusätzlichen 1,35 Milliarden Euro zu Buche (S.50).
- **Pflegebedürftigkeit nach Leistung:** Die Anzahl der Pflegebedürftigen wird in jeder Leistungsart immer größer. Während im Jahr 1996 nur 944.000 Personen Pflegegeld bezogen, waren es im Jahr 2015 bereits 1.33 Millionen. Bei der Pflegesachleistung gab es im selben Zeitraum einen Anstieg von 106.000 auf 181.000 Bezieher und bei der Kombinationsleistung von 135.000 auf 408.000 Betroffene. Die Zahl derer, die vollstationäre Pflege erhielten, erhöhte sich von 355.000 auf 677.000 Frauen, Männer und Kinder (S.72).
- **Unterschiede zwischen den Bundesländern:** Die Zahl der Pflegebedürftigen hat sich zwischen den Jahren 1999 und 2013 höchst unterschiedlich entwickelt. In Schleswig-Holstein stieg sie um 8,8 Prozent von 76.000 auf 83.000 Betroffene an. In Brandenburg dagegen erhöhte sie sich um 60,0 Prozent von 64.000 auf 103.000 (S.75 u. 76).
- **Verlauf der Pflege:** Je länger die Betroffenen pflegebedürftig sind, desto wahrscheinlicher ist die Inanspruchnahme professioneller Hilfe. Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit müssen nur elf Prozent aller Betroffenen sofort in die vollstationäre Pflege. Nach vier Jahren leben nur noch 38 Prozent aller Pflegebedürftigen. Von diesen wiederum befinden sich dann 29 Prozent in vollstationärer Pflege (S. 165).



## Service für Redaktionen

Diese Bilder können Redaktionen kostenfrei für ihre Berichterstattung nutzen. Wir schlagen folgende Bildunterschriften vor:



„Auf der Suche nach passgenauen Pflegeangeboten können regionale Pflegekonferenzen vor Ort gute Dienste leisten (Bildnachweis: Fotolia.com Lotharnahler\_animaflora (Montage)).“



„Pflege zu Hause braucht individuelle Unterstützung. (Bildnachweis: picture alliance)“

Mehr Informationen unter [www.barmer-gek.de/547912](http://www.barmer-gek.de/547912)



# Statement

von Dr. med. Christoph Straub  
Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK

anlässlich der Pressekonferenz  
zur Vorstellung des Pflegereports 2016 der BARMER GEK  
am 24. November 2016 in Berlin

Wenige Wochen vor erneuten wichtigen Veränderungen für die fast drei Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland präsentieren wir Ihnen den BARMER GEK Pflegerreport 2016. Der Report belegt, dass Pflege vielschichtiger wird. Sie wird männlicher und älter. Sie ist vor allem regional unterschiedlich, was nicht ausschließlich auf die medizinisch-pflegerischen Bedarfe zurückzuführen ist, sondern stark von der vorhandenen Angebotsstruktur vor Ort abhängig. Wichtiger denn je sind deshalb transparente und unkompliziert abrufbare Informationsangebote, um Pflegebedürftige und deren Angehörige in die Lage zu versetzen, die für sie richtigen Pflegeangebote zu wählen. Die so genannten Pflegestützpunkte können offenbar diese Art der Unterstützung nicht bieten. Das Konzept der Pflegestützpunkte geht am Bedarf und an den Bedürfnissen Betroffenen vorbei. Nötig sind stattdessen noch mehr niedrighschwellige Angebote für alle Versicherten.

Ausgangspunkt unserer Forderung sind die massiven regionalen Unterschiede in der Art der Pflege. Zugespitzt könnte man sagen, dass die Versorgungsform auch von der Postleitzahl abhängt. So werden 40,5 Prozent der Pflegebedürftigen in Schleswig-Holstein in Heimen betreut. Dort nimmt die stationäre Pflege die größte Rolle ein. In den meisten anderen Regionen liegt sie nahe am Bundesdurchschnitt von 29,1 Prozent. Die geringste Bedeutung hat sie in Brandenburg mit 22,9 Prozent. Ambulante Pflege ist vor allem in den Stadtstaaten Hamburg und Bremen sowie in Ostdeutschland verbreitet. In Hamburg werden 29,2 Prozent und in Sachsen 29 Prozent der Pflegebedürftigen ambulant versorgt, dicht gefolgt von Bremen, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern. In den verbleibenden westdeutschen Bundesländern liegen die Anteile weitgehend unter dem Bundesdurchschnitt von 23,5 Prozent.

Auch das individuelle Einkommen und die Belastbarkeit der familiären Netzwerke beeinflussen die Art der Pflege. Wer ein geringeres Einkommen hat, kommt seltener in ein Pflegeheim. Grund sind die oft hohen privaten Zuzahlungen teilweise hat. Daneben spielt eine Rolle, wie gut die Familie Pflegebedürftigkeit auffangen kann und will. Die Wahrscheinlichkeit für eine Heimpflege sinkt, wenn es ein stabiles Netzwerk aus Familie und Freunden gibt. Die ausschließliche Pflege durch Angehörige erfolgt verstärkt in der Mitte Deutschlands, in Hessen, Rheinland-Pfalz sowie Berlin mit einem Anteil von jeweils etwa 50 Prozent. Im Vergleich dazu liegt dieser Anteil in Sachsen oder Schleswig-Holstein um etwa zehn Prozentpunkte niedriger.

Wir erwarten in den kommenden Jahrzehnten unterschiedliche Entwicklungen bei der Zahl der Pflegebedürftigen in den Bundesländern. Bis zum Jahr 2060 wird die Zahl der Pflegebedürftigen nach heutiger Definition bundesweit von 2,755 Millionen im Jahr 2015 auf 4,532 Millionen und damit um 64,5 Prozent steigen. Der Anstieg fällt für die pflegebedürftigen Männer höher aus. Er beträgt im Jahr 2060 gut 71 Prozent. Das ist ein Plus von 700.000. Pflege wird also männlicher. Bei den Frauen liegt er bei 60,8 Prozent. Das entspricht einem Zuwachs von einer Million. Die maximale Zahl an Pflegebedürftigen wird in den Bundesländern zu unterschiedlichen Zeiten



erreicht. Während in Bayern, Baden-Württemberg und Hessen sowie in Berlin, Hamburg und Bremen noch zwischen den Jahren 2050 und 2060 die Zahl steigt, werden in den ostdeutschen Bundesländern deutliche Rückgänge feststellbar sein. Hinzu kommt ein weiterer Aspekt durch die hochaltrigen Pflegebedürftigen. Im Jahr 2015 waren etwa 50 Prozent aller pflegebedürftigen Männer 80 Jahre und älter. Deren Anteil erhöht sich bis zum Jahr 2060 auf knapp 75 Prozent. Auch pflegebedürftige Frauen werden tendenziell immer älter. Während im Jahr 2015 ihr Anteil im Alter von 80 Jahren und darüber bereits bei etwa 70 Prozent lag, wächst er auf knapp 85 Prozent bis zum Jahr 2060.

Wir sehen also bei einer insgesamt positiven Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung eine sehr differenzierte Entwicklung in den Ländern und Kommunen. Wie bereits gesagt, das System der im Jahr 2008 eingeführten Pflegestützpunkte kann den tatsächlichen Bedarf an individuellen Hilfen und Unterstützungsleistungen nicht liefern. Pflegebedürftigen und deren Angehörigen bekommen nicht genügend niedrigschwellige Angebote zur Verfügung gestellt. Wir fordern Länder und Kommunen auf, gemeinsam mit den Pflegekassen in einen strukturierten Austausch zu gehen. Ziel müsste die regelmäßige Analyse der konkreten Pflegebedarfe in den Regionen sein und das Erarbeiten passgenauer Angebote, die Pflegebedürftige und deren Familien unbürokratisch abrufen könnten. Ein Forum für diesen Austausch sind regionale Pflegekonferenzen, an denen unter anderem Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen, Kommunen und Sozialhilfeträger beteiligt sind. Sie können auf den individuellen Pflegebedarf in der Region vor Ort eingehen und entsprechend notwendige Angebote der Pflegekassen und anderer Träger erarbeiten. Praxisnahe Angebote müssen auch dazu führen, dass sich Betroffene vor Ort vernetzen können, um gegenseitig von Erfahrungen zu profitieren. Die Pflegekassen sind vor allem als Impulsgeber für gute Ideen gefordert.

Wie sehen die Bedarfe denn konkret aus? Unsere Erfahrung ist, dass der Informationsbedarf von Angehörigen Pflegebedürftiger vor allem am Telefon, online und zu Hause gestillt werden muss. Dementsprechend beraten wir seit dem Jahr 2014 pflegende Angehörige auf dem Onlineportal „pflegen-und-leben.de“. Die Idee stammt von der BARMER GEK, umgesetzt haben wir sie mit DAK und TK. Inzwischen ist auch die hkk dabei. Gute Ideen gehören auch in der Pflege „auf die Straße“. Ein instruktives Beispiel ist die Beratung pflegender Angehöriger zu Hause. Wir haben seit Längerem einen Vertrag mit dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe. Er ermöglicht, dass Familiengesundheitspfleger zu den Pflegebedürftigen nach Hause kommen. Sie beraten dort auf einem Niveau weit über dem normaler Beratung im Pflegestützpunkt. Denn der Familiengesundheitspfleger sieht vor Ort, in welcher Situation gepflegt werden muss, erkennt Schwachstellen und Bedarfe. Bei all dem sollten wir nicht vergessen, dass auch pflegende Angehörige dringend Unterstützung benötigen. Vor allem müssen sie auf ihre Gesundheit achten und auf sich selber aufpassen. In Nordrhein-Westfalen haben wir mit dem Projekt „PAUSE“ begonnen. „PAUSE“ steht für „Pflegende Angehörige unterstützen, stärken, entlasten“. Es war ein Modellprojekt, das die BARMER GEK – als einzige

gesetzliche Krankenkasse – und das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen gefördert haben. Daraus sind mittlerweile kompakte Seminare entstanden. In wenigen Tagen vermitteln wir damit den Angehörigen nicht nur wichtige Infos, wie sie besser mit der Belastung Pflege umgehen können, wir vermitteln ihnen zudem Zeit zum Luft holen. Solche individuellen Angebote verschaffen Sicherheit im Pflegealltag.

Die große Pflegereform zeigt Wirkung –  
Es bleibt aber noch viel zu tun

# Statement

von Prof. Dr. Heinz Rothgang

SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der  
Universität Bremen

anlässlich der Pressekonferenz

zur Vorstellung des Pflegereports 2016 der BARMER GEK

am 24. November 2016 in Berlin

Mit der Verabschiedung des PSG III im Dezember dieses Jahres wird die größte Pflegereform seit Einführung der Pflegeversicherung ihren vorläufigen Abschluss finden. Während die Effekte der ersten Stufen dieser Reform, d. h. insbesondere des 2013 in Kraft getretenen PNG und des 2015 in Kraft getretenen PSG I bereits bewertet werden können, tritt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff als Kern der Reform erst am 1.1.2017 in Kraft. Dennoch können auch jetzt schon Aussagen insbesondere über die Finanzfolgen des PSG II und die Effekte auf die stationäre Versorgung getroffen werden.

## **I. Erste Reformstufen zeigen Wirkung**

### **1. Steigerung der Pflegebedürftigenzahlen ist auch auf PNG und PSG I zurückzuführen**

Bereits im Pflege-Neuausrichtungsgesetz (2012) und dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (2015) wurden – neben vielen kleineren Veränderungen – vor allem die Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA), das sind insbesondere Menschen mit Demenz, verbessert. Als pflegebedürftig in Stufe I und II anerkannte PEA haben dabei nach § 123 SGB XI Anspruch auf erhöhte Leistungssätze bei Pflegegeld und Pflegesachleistungen, und auch nicht pflegebedürftige PEA haben nun erstmals Zugang zu diesen Leistungen. Insgesamt rund eine halbe Million Versicherte der Sozialen Pflegeversicherung haben davon 2015 profitiert.

Die Leistungsverbesserungen zielen dabei vor allem auf niedrigere Pflegestufen und das ambulante Setting. Die Wirkungen dieser Reformen zeigen sich auch bei den Prävalenzen und Inzidenzen insgesamt, die ohne die Beachtung der Reformfolgen leicht falsch interpretiert werden können. So kann die Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger nicht mehr – wie in der Vergangenheit – nur auf die Alterung der Gesellschaft zurückgeführt werden, sondern auch auf steigende Pflegequoten pro Altersgruppe. Steigende *altersspezifische Prävalenzen* könnten auf höhere Morbidität zurückgeführt werden. Das ist aber wenig wahrscheinlich. Vielmehr zeigen vertiefende Analysen, dass die Steigung der altersspezifischen Prävalenzen insbesondere in Pflegestufe "0" und – abgeschwächt – in Pflegestufe I auftritt. Das legt nahe, dass hier nicht eine veränderte Morbidität abgebildet wird, sondern ein Effekt der Reformen.

Das bestätigt auch die *Antragsstatistik*, die nach Inkrafttreten der Reformen eine Erhöhung der Antragstellerzahlen verzeichnet. Zusätzliche Antragsteller, die zunächst nur Leistungen für Pflegestufe "0" erlangen wollten, werden dabei teilweise in Pflegestufe I eingestuft und erhöhen auch dort die Prävalenz.

In noch höherem Ausmaß als bei der Prävalenz sind diese Effekte bei der Betrachtung der *Inzidenz* zu erkennen, die nur die Neufälle enthält und daher sensibler auf Veränderungen im Antragstellerverhalten reagiert. Bei der Inzidenz, ebenso wie bei der Prävalenz, zeigt sich weiterhin, dass altersspezifische Steigerungen nur in ambulanten Settings auftreten. Auch dies kennzeichnet die höheren Fallzahlen als Reformfolgen, da nur in diesen Settings Leistungsverbesserungen vorgenommen wurden.

## **2. Pflege wird bunter: Ergänzungs- und Ersatzleistungen spielen eine größere Rolle – Lerneffekte sind erkennbar**

Die Wirkung der Reformen zeigt sich auch in der Entwicklung der Anteile häuslicher Pflege und der Inanspruchnahme der *Ergänzungs- und Ersatzleistungen* wie teilstationäre Pflege und Verhinderungspflege. Die Voraussetzungen für die Nutzung dieser Leistungen wurden in den genannten Reformgesetzen flexibilisiert. Diese Flexibilisierungen dürften ursächlich dafür sein, dass diese Leistungsarten eine besonders hohe Zunahme erfahren haben. So haben sich die Nutzung der teilstationären Pflege und der Verhinderungspflege im Zeitraum von 2012 bis 2015 fast verdoppelt. Es sind also genau die Leistungsarten, die im Hinblick auf die Versorgung von PEA und durch die Flexibilisierung besonders attraktiv gemacht wurden.

Diese Leistungen werden in der Regel nicht unmittelbar nach Beginn der Pflegebedürftigkeit in Anspruch genommen. Wer Verhinderungs- und Tagepflege aber einmal in Anspruch genommen hat, nutzt sie sehr wahrscheinlich wieder. Drei Viertel von denen, die im ersten Jahr schon die Tages- und Nachtpflege genutzt hatten, nutzten diese durchgängig in jedem Jahr, und die Hälfte derer, die im ersten Jahr die Verhinderungspflege genutzt haben, nutzen diese durchgängig in jedem Jahr. Von denjenigen, die im vierten Jahr Verhinderungspflege oder Tages- und Nachtpflege nutzen, tun dies jeweils rund 70 Prozent mindestens zum zweiten Mal. Gelingt es im Rahmen der Pflegeberatung Pflegebedürftige von einer probeweisen Nutzung der Zusatzleistungen zu überzeugen, besteht deshalb eine hohe Chance, dass diese Leistung auch weiterhin genutzt und so häusliche Arrangements entlasten werden.

## **3. Verbesserungen der ärztlichen Versorgung zeigen sich kaum – wohl aber der zahnärztlichen Versorgung in Pflegeheimen**

Ebenfalls explizit mit dem PNG und dem PSG I angestrebt wurde die Stärkung der (*fach*)-*ärztlichen*, aber insbesondere der *zahnärztlichen Versorgung* Pflegebedürftiger, die vor allem in stationärer Versorgung zu einer Erhöhung der Versorgungsdichte geführt hat. Dabei hat sich die Versorgung durch *Allgemeinärzte* in den Jahren 2011-2015 nicht wesentlich verändert – weder im Hinblick auf die Versorgung unterschiedlicher Altersklassen noch im Hinblick auf

verschiedene Pflegearrangements. Bei *Orthopäden und Nervenärzten* hingegen sind leichte Anstiege in den Versorgungsgraden bei Pflegebedürftigen festzustellen, die sich insbesondere im Pflegeheim zeigen. Deutlichere Anreizsteigerungen gab es in der *zahnärztlichen Versorgung*. Insgesamt zeigt sich aber auch hier nur in der Versorgung im Pflegeheim eine deutlich höhere Steigerung der Versorgungsanteile als in der Gesamtbevölkerung. Festgestellte Entwicklungen beispielsweise bei Pflegegeldbeziehern liegen dagegen im Trend der Gesamtbevölkerung.

## **II. Das PSG II ist ein sehr großzügiges, aber auch ein sehr teures Gesetz**

Durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird die wesentliche Grundlage zur Leistungsberechtigung in der Pflegeversicherung novelliert. Hierdurch wird die – seit ihrer Einführung kritisierte – Ungleichbehandlung von Pflegebedarfen, die in Folge kognitiver oder somatischer Einschränkungen entstehen, aufgehoben. Dies führt dazu, dass eine größere Anzahl von Personen als pflegebedürftig anerkannt wird und alle Pflegebedürftigen anders eingestuft werden. In der konkreten Gesetzesausgestaltung sind dabei durchgängig für die Pflegebedürftigen *großzügige Festsetzungen* erfolgt. Dies gilt sowohl für die individuellen Zuordnungen zu Pflegegraden durch das Neue Begutachtungsassessment (NBA), die konkreten Leistungshöhen in den entsprechenden Pflegegraden, als auch für die impliziten und expliziten Bestandschutzregelungen. Dies führt jedoch auch dazu, dass das PSG II zu *erheblichen Mehrausgaben* der Pflegeversicherung führen wird. Für das Jahr 2017 sind hierdurch in den Hauptleistungsarten Pflegegeld, Pflegesachleistungen und vollstationäre Pflege zusätzliche Ausgaben von etwa 5 Mrd. Euro zu erwarten. Hinzu kommen in diesem Zeitraum weitere zwei Milliarden Euro, die aus Ergänzungs-, Ersatz- und Nebenleistungen sowie Bestandsschutz entstehen. Diese erheblichen Leistungssteigerungen gleichen in etwa den Kaufkraftverlust der Versicherungsleistungen aus, der seit Einführung der Pflegeversicherung durch fehlende (bis 2008) und begrenzte (ab 2008) Leistungshöhendynamisierung entstanden ist.

Zur Finanzierung stehen die Mehreinnahmen aufgrund der Beitragssatzsteigerung von 0,2 Beitragssatzpunkten zur Verfügung. Das entspricht etwa 2,6 Milliarden Euro. Gleichzeitig hat die Pflegeversicherung 2015 Überschüsse produziert. Ein – allerdings geringerer – Überschuss wäre nach altem Recht auch für 2017 zu erwarten. Werden diese Mehreinnahmen und Überschüsse den Mehrausgaben gegenübergestellt, verbleibt für 2017 aber ein strukturelles Defizit von mehr als drei Milliarden Euro.

### **III. In den Pflegeheimen ändert sich zunächst nichts – eine Verbesserung der Personalschlüssel bleibt Aufgabe bis 2020**

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erfordert auch eine Umstellung der Heimvergütungen, da sich die Pflegesätze bislang auf Pflegestufen beziehen, die es im nächsten Jahr nicht mehr gibt. Im PSG II sind entsprechende Formeln hinterlegt, die diese Umrechnung budgetneutral ermöglichen. Die im PSG II festgesetzten neuen Leistungen führen zwar zu erheblichen Mehrausgaben der Pflegeversicherung, die jedoch zunächst ausschließlich zur Entlastung der Pflegebedürftigen (und subsidiär der Sozialhilfeträger) führen. Die Einnahmen der Pflegeeinrichtungen bleiben davon unberührt. Insofern werden Erwartungen, dass die Mehrausgaben für stationäre Pflege etwa zu einem höheren Personalschlüssel in Heimen führen, zunächst enttäuscht. Allerdings sieht das PSG II die Möglichkeit vor, auf Länderebene Regelungen zu treffen, die Zuschläge zu einer budgetneutralen Umrechnung der Pflegesätze vorsehen. Davon haben alle Länder Gebrauch gemacht, und die weit überwiegende Mehrzahl der Heime stellt nach dieser Variante um. Dabei kommt es zu Einnahmesteigerungen, die im Durchschnitt bei drei bis vier Prozent liegen dürften. Diese – begrenzten – Mehreinnahmen sind aber allein schon erforderlich, um den von uns so bezeichneten "Zwillingseffekt" zu kompensieren. Dieser beruht darauf, dass die derzeitigen Bewohner tendenziell „zu hoch“ übergeleitet werden. Werden sie im Zeitverlauf dann durch quasi identische Bewohner ersetzt, die tendenziell niedriger eingestuft werden, kommt es zu Einnahmerückgängen bei unverändertem Pflegeaufwand. Die auf Länderebene vereinbarten Regelungen sind im Durchschnitt ausreichend, um diesen Effekt für zwei Jahre zu kompensieren. In diesem Zeitraum sollte es zu erneuten Verhandlungen gekommen sein. Das durchschnittliche Pflegeheim muss aufgrund der Reform ceteris paribus, d.h. insbesondere bei gleicher Belegung, also nicht mit Umsatzeinbußen rechnen. Eine nachhaltige Verbesserung der Personalschlüssel und des Personaleinsatzes in stationären Einrichtungen ist als unmittelbare Reformfolge aber ebenfalls nicht zu erwarten. Derartige Verbesserungen müssen im Rahmen der Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens bis 2020 erfolgen.

### **IV. Regionale Unterschiede in der Pflege bleiben groß – Pflege muss regional gedacht werden**

Die regionalen Unterschiede in der Pflege sind beachtlich. Das bezieht sich auf die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen, die Versorgungsformen und zukünftige Personallücken.

So liegt die erwartete *Fallzahlsteigerung* im Zeitraum von 2015 bis 2060 in Berlin mit 105 Prozent viermal so hoch wie in Sachsen-Anhalt (26 Prozent). War die Fallzahlsteigerung in Ostdeutschland in der Vergangenheit besonders hoch und ist sie auch in dieser Dekade noch überdurchschnittlich, fällt sie in den Folgedekaden deutlich unter den Bundesdurchschnitt zurück.

Unterschiedlich sind auch die *Pflegekapazitäten*: Pro Pflegebedürftigem gibt es in Schleswig-Holstein doppelt so viele Pflegeheimplätze wie in Brandenburg. Dabei liegen die Heimkapazitäten in allen westdeutschen Flächenländern über dem Bundesdurchschnitt und in vier der fünf ostdeutschen Länder (Ausnahme: Sachsen) unter dem Bundesdurchschnitt. Umgekehrt sind die Kapazitäten ambulanter Pflegedienste (gemessen als Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten in Vollzeitäquivalenten pro Pflegebedürftigem) in allen westdeutschen Flächenländern unterdurchschnittlich, in allen ostdeutschen Ländern überdurchschnittlich, werden aber noch übertroffen von den drei Stadtstaaten. Dabei handelt es sich aber nicht um reine Substitutionsbeziehungen innerhalb der formellen Pflege, da sich auch der Anteil der informellen Pflege zwischen den Ländern unterscheidet.

Eine steigende Zahl Pflegebedürftiger bei gleichzeitig sinkendem Erwerbspersonenpotential führt – bei einem als gleich unterstellten Anteil der Erwerbstätigen, die in der Pflege arbeiten – zu einer (zusätzlichen) personellen Versorgungslücke an Beschäftigten in der Pflege, die von 2013 bis 2030 auf rund 350.000 Vollzeitäquivalente anwächst. Relativ zu ihrer Beschäftigtenzahl in der Langzeitpflege (gemessen in Vollzeitäquivalenten im Jahr 2013) weisen die ostdeutschen Bundesländer größere relative Versorgungslücken auf als die westdeutschen Bundesländer. So beträgt die höchste berechnete Versorgungslücke in Brandenburg 75,3 Prozent der Beschäftigtenzahl des Jahre 2013. Auf Rang zwei bis vier folgen die ostdeutschen Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und Sachsen-Anhalt, deren relative Versorgungslücke mindestens zehn Prozentpunkte über dem bundesdeutschen Durchschnitt von 50 Prozent liegt.

Die großen Unterschiede in den Versorgungsstrukturen zeigen, dass deren Weiterentwicklung kleinräumig gedacht werden muss, da nur so die vorhandenen Strukturen, von denen auszugehen ist, in den Blick genommen werden können.



# **BARMER GEK Pflegereport 2016: Pflegen zuhause**

**Vorstellung des BARMER GEK Pflegereports 2016  
am 24.11.2016 in Berlin**

Prof. Dr. Heinz Rothgang  
Thomas Kalwitzki, Dr. Rolf Müller, Rebecca Runte, Dr. Rainer Unger,  
SOCIUM - Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik  
Universität Bremen

# Ausgewählte Ergebnisse der heutigen Präsentation

---

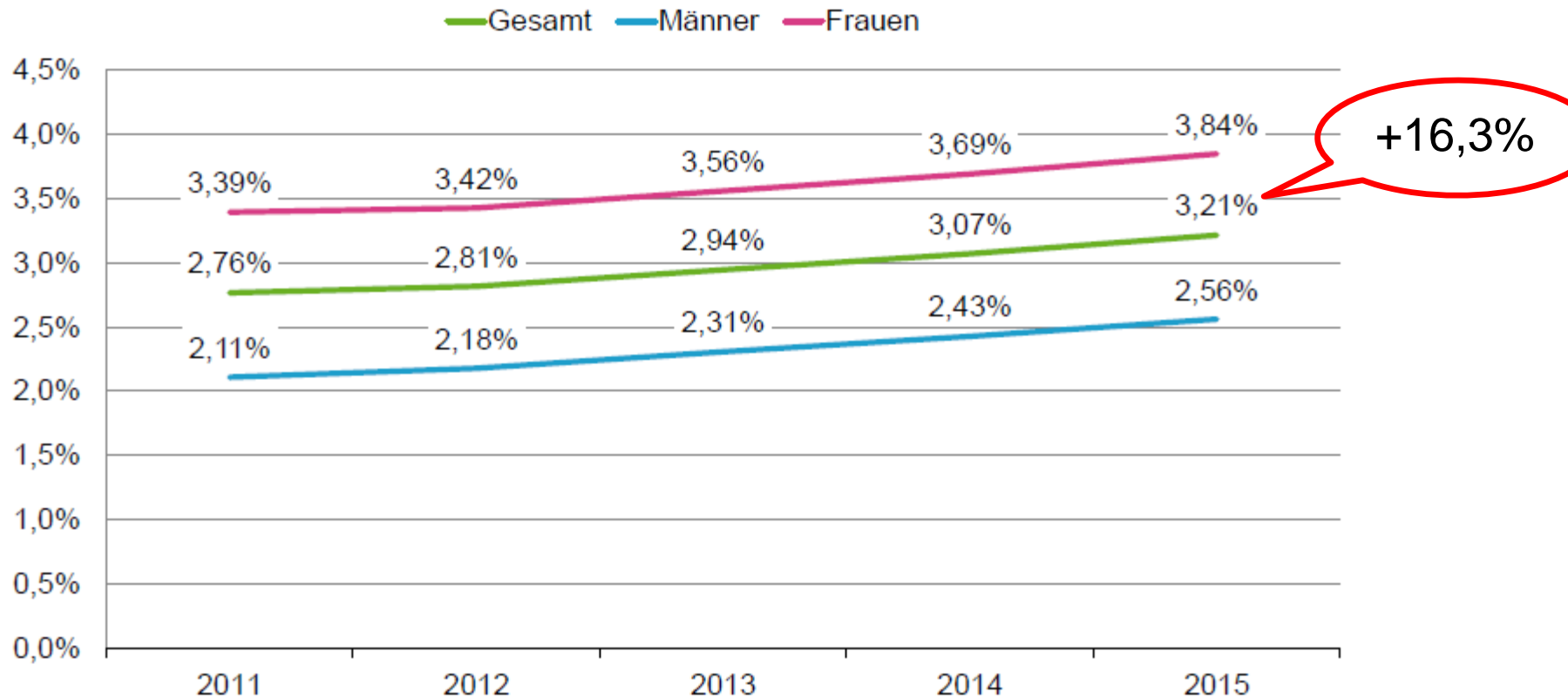
- I. Effekte des PNG und PSG I
- II. Kosten des PSG II
- III. Effekte des PSG II in Pflegeheimen
- IV. Regionale Unterschiede in der Pflege

# Ausgewählte Ergebnisse der heutigen Präsentation

---

- I. Effekte des PNG und PSG I
- II. Kosten des PSG II
- III. Effekte des PSG II in Pflegeheimen
- IV. Regionale Unterschiede in der Pflege

# I. Effekte des PNG und PSG I: Prävalenzen



Quelle: Daten der BARMER GEK - Hochrechnung auf die BRD-Bevölkerung

Abbildung 21: Prävalenz der Leistungsberechtigung in den Jahren 2011-2015 im Durchschnittsmonat

## I. Effekte des PNG und PSG I: Prävalenzen

---

- Die steigende Zahl Pflegebedürftiger kann auf die Alterung der Gesellschaft und/oder steigende Pflegequoten (Prävalenzen) pro Altersgruppe zurückgeführt werden.
- In der Vergangenheit blieben die altersstandardisierten Prävalenzen weitgehend konstant, von 2011-2015 sind sie hingegen ebenfalls gestiegen.
- Diese Steigerung ist aber keine Folge höherer Morbidität, sondern eine Folge der ersten Reformschritte, die auf Leistungsverbesserung für niedrige Pflegestufen und ambulante Leistungen abzielen.
- Entsprechend sind die Prävalenzsteigerungen in Stufe 0 und I und insbesondere bei teilstationärer Pflege und Verhinderungspflege festzustellen.

# I. Effekte des PNG und PSG I: Prävalenzen

	Stufe 0	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Insgesamt
2011	0,07	1,44	0,89	0,38	2,76
2015	0,19	1,68	0,95	0,39	3,21
Differenz	0,12	0,24	0,06	0,01	0,45
relative Differenz	171%	17%	7%	3%	16%

	Pflege- geld	Pflege- sachlei- stungen	Teil- stationär	Verhin- derungs- pflege*	Kurzzeit- pflege	Voll- stationär	Insgesamt
2011	1,19	0,65	0,06	0,22	0,05	0,78	2,76
2015	1,46	0,82	0,11	0,39	0,07	0,83	3,21
Differenz	0,27	0,17	0,04	0,16	0,02	0,04	0,45
relative Differenz	23%	25%	71%	73%	37%	6%	16%

\*Ausgangsjahr 2012

# Ausgewählte Ergebnisse der heutigen Präsentation

---

- I. Effekte des PNG und PSG I
- II. Kosten des PSG II**
- III. Effekte des PSG II in Pflegeheimen
- IV. Regionale Unterschiede in der Pflege

## II. Kosten des PSG II: „Bestandsfälle“ in der SPV 2017

Tabelle 7: Zur Berechnung der Mehrausgaben der Hauptleistungsarten verwendete Zahl der Leistungsempfänger

Pflegestufe	Pflegegeld	Pflegesachleistungen	Vollstationäre Pflege	Insgesamt
PS 0 + EA	113.798	21.998	10.145	145.941
PS I	721.541	155.994	151.098	1.028.633
PS I + EA	221.208	60.207	128.714	410.129
PS II	239.135	62.536	81.915	383.586
PS II + EA	169.050	55.381	182.326	406.757
PS III	37.500	12.688	15.752	65.940
PS III + EA	76.136	25.761	115.509	217.406
Härtefälle		2.235	7.803	10.038
<b>Insgesamt</b>	<b>1.578.368</b>	<b>396.800</b>	<b>693.262</b>	<b>2.668.430</b>

Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage der Daten der Sozialen Pflegeversicherung (BMG 2016c, 2016d)



## II. Kosten des PSG II: Leistungsdifferenzen pro Monat

Tabelle 8: Veränderung der monatlichen Leistungsansprüche

Pflegestufe	Pflegegeld in €	Pflegesachleistungen in €	Vollstationäre Pflege in €
PS 0 + EA	193	458	770
PS I	72	221	-294
PS I + EA	229	609	198
PS II	87	154	-68
PS II + EA	183	314	445
PS III	0	0	163
PS III + EA	173	383	393
Härtefälle		0	10

## II. Kosten des PSG II: Mehrkosten im Jahr 2017

Tabelle 9: Mehrkosten im Jahr 2017 aufgrund des PSG II

Position	Mehrkosten im Jahr 2017 für...	Betrag (in Mrd. €)
1	Pflegegeld	2,274
2	Pflegesachleistungen	1,417
3	Stationäre Pflege	1,350
4	Stationären Bestandschutz	0,287
5	Leistungen nach § 43a SGB XI	0,204
6	Rentenversicherung für Pflegepersonen	0,407
7	Entlastungsbetrag	0,415
8	Personen in PG 1	0,130
9	Verhinderungspflege	0,180
10	Tages- und Nachtpflege	0,095
11	Betreuung nach § 87b SGB XI	0,120
12	Verwaltungskosten und MDK	0,175
13	Wechselwirkungen bei übrigen Leistungen	0,145
	SUMME	7,199

5,532

1,667

Quelle: Eigene Berechnung auf Grundlage der Angaben im Gesetzentwurf der Bundesregierung zum PSG II (BT-Drs. 18/5926)

## II. Kosten des PSG II: Strukturelles Defizit

### Strukturelles Defizit im Jahr 2017 aufgrund des PSG II

	Posten	In Mrd. €
(1)	Mehrausgaben 2017 (vorausberechnet)	7,199
(2)	Mehreinnahmen 2017 wegen Beitragssatzerhöhung (nach Faustformel Juni 2016)	2,600
(3)	Mehreinnahmen 2017 bei Steigerung der Grundlohnsumme um 3% für 1,5 Jahre	0,117
(4)	Überschuss 2015	1,680
(5)	Überschuss 2017 nach altem Recht (geschätzt: 50% des Wertes 2015)	0,840
(6) =(1)-(2)-(3)-(5)	Strukturelles Defizit 2017	3,642

- Auch unter Berücksichtigung von Unsicherheiten und nicht berücksichtigten kleineren Effekten ist für 2017 mit Reformkosten von gut 7 Mrd. und einem Defizit von mehr als 3 Mrd. Euro zu rechnen.

# Ausgewählte Ergebnisse der heutigen Präsentation

---

- I. Effekte des PNG und PSG I
- II. Kosten des PSG II
- III. Effekte des PSG II in Pflegeheimen**
- IV. Regionale Unterschiede in der Pflege

### III. Effekte des PSG II im Pflegeheim: neue Pflegesätze

---

- Durch Einführung der neuen Pflegegrade im PSG II entfallen auch weitere Grundlagen für Pflegesätze im Pflegeheim
- Zur Umstellung der Pflegesätze gibt es
  - eine Auffangregelung nach § 92e → budgetneutrale Überleitung
  - die Möglichkeit zur Vereinbarung auf Landesebene nach § 92c mit Zuschlägen
- Berechnet wurden
  - Durchschnittliche neue Pflegesätze nach beiden Umstellungsvarianten mit einem Zuschlagsfaktor von 3,5% für § 92c
  - Durchschnittlicher einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE) nach beiden Umstellungsvarianten
  - Auswirkungen des sogenannten „Zwillingeffektes“

### III. Effekte des PSG II im Pflegeheim: Pflegesätze

Tabelle 3: Vergütungsstruktur 2013 und 2016

Pflegestufe	Pflegesatz 2013	Pflegesatz 2016
PS I	46,51 €	48,56 €
PS II	61,69 €	64,52 €
PS III	77,80 €	80,85 €

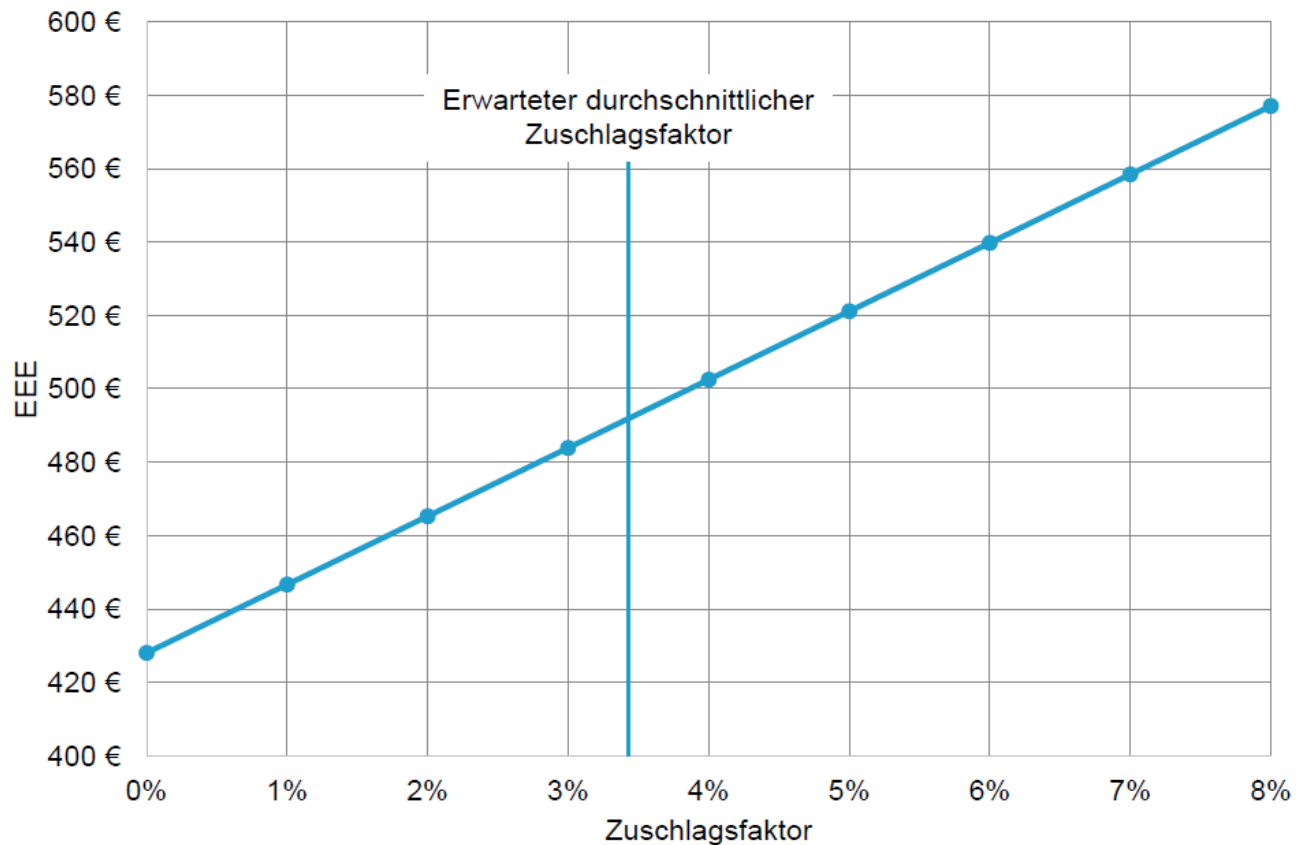
Quelle: Eigene Berechnungen auf Grundlage von Rothgang et al. (2015b) und Statistisches Bundesamt (2015c)

Tabelle 4: Bundesdurchschnittliche tägliche Vergütungen und monatliche EEE 2017 sowie zugehörige Bewohnerzahl

Pflegegrad	Bewohnerzahl	Pflegesatz / EEE bei Überleitung gemäß § 92e	Pflegesatz / EEE bei Überleitung gemäß § 92c
PG 1		30,74 €	32,41 €
PG 2	151.098	39,41 €	41,55 €
PG 3	210.629	55,59 €	57,74 €
PG 4	199.014	72,47 €	74,61 €
PG 5	122.375	80,03 €	82,18 €
EEE für alle		427,98 €	493,21 €

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Tabelle 2 und der Tabelle 3

# III. Effekte des PSG II im Pflegeheim: Pflegesätze



Quelle: Eigene Berechnungen

Abbildung 1: Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil in Abhängigkeit von der Höhe des Zuschlagsfaktors nach § 92c SGB XI

### III. Effekte des PSG II im Pflegeheim: Eigenanteil

Tabelle 5: Veränderung der monatlichen durchschnittlichen Eigenanteile aufgrund der Pflegereform

Pflegestufe	(1) Hochgerechneter Eigenanteil 2017 nach altem Recht	(2) EEE bei Umstellung nach § 92e	(3) EEE bei Umstellung nach § 92c	(4)=(2)-(1) Veränderung des EEE bei Umstellung nach § 92e	(5)=(3)-(1) Veränderung des EEE bei Umstellung nach § 92c
PS I	412	428	493	16	81
PS II	631	428	493	-203	-138
PS III	846	428	493	-418	-352

Quelle: Eigene Berechnungen

- Je nach Umstellungsvariante liegt der durchschnittliche zu erwartende EEE bei 400-500 Euro. Allerdings ist die Streuung beachtlich.
- Für Bewohner, die ansonsten in Pflegestufe II und III gekommen wären, ergibt sich eine große Entlastung, für diejenigen, die ansonsten in Pflegestufe I wären, nur eine geringe Belastung.

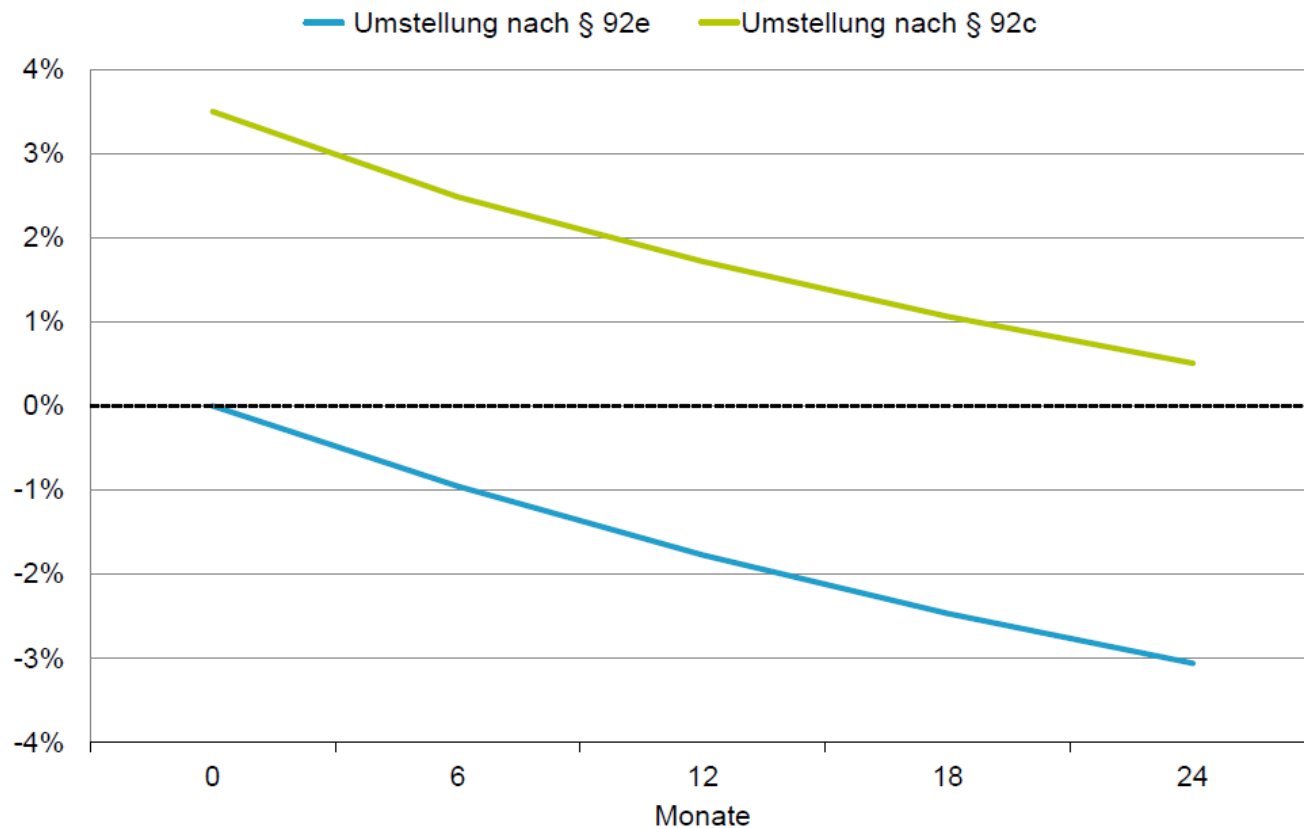


### III. Effekte des PSG II im Pflegeheim: Zwillingsseffekt

---

- Bestehende Bewohner werden in neue Pflegegrade übergeleitet – ohne neue Begutachtung.
- Überleitung ist sehr großzügig und führt zu höherer Pflegegradstruktur als bei Neueinstufung.
- Werden versterbende Bewohner jetzt durch quasi identische neue Fälle („Zwillinge“) ersetzt, resultiert eine niedrigere Pflegegradstruktur und damit insgesamt niedrigere Entgelte für das Heim – trotz gleichem Aufwand.
- Zwillingsseffekt führt bei Umstellung nach § 92e über 2 Jahre zu einem Budgetverlust von 1-5%, im Mittel von 3,5%.

# III. Effekte des PSG II im Pflegeheim: Zwillingsseffekt



Quelle: Eigene Berechnungen

Abbildung 2: Entwicklung der Einrichtungserlöse im Zeitverlauf nach x Monaten

# Ausgewählte Ergebnisse der heutigen Präsentation

---

- I. Effekte des PNG und PSG I
- II. Kosten des PSG II
- III. Effekte des PSG II in Pflegeheimen
- IV. Regionale Unterschiede in der Pflege**
  1. Zahl der Pflegebedürftigen
  2. Inanspruchnahme
  3. Kapazitäten ambulant
  4. Kapazitäten stationär
  5. Zusammenhang von Kapazitäten und Inanspruchnahme

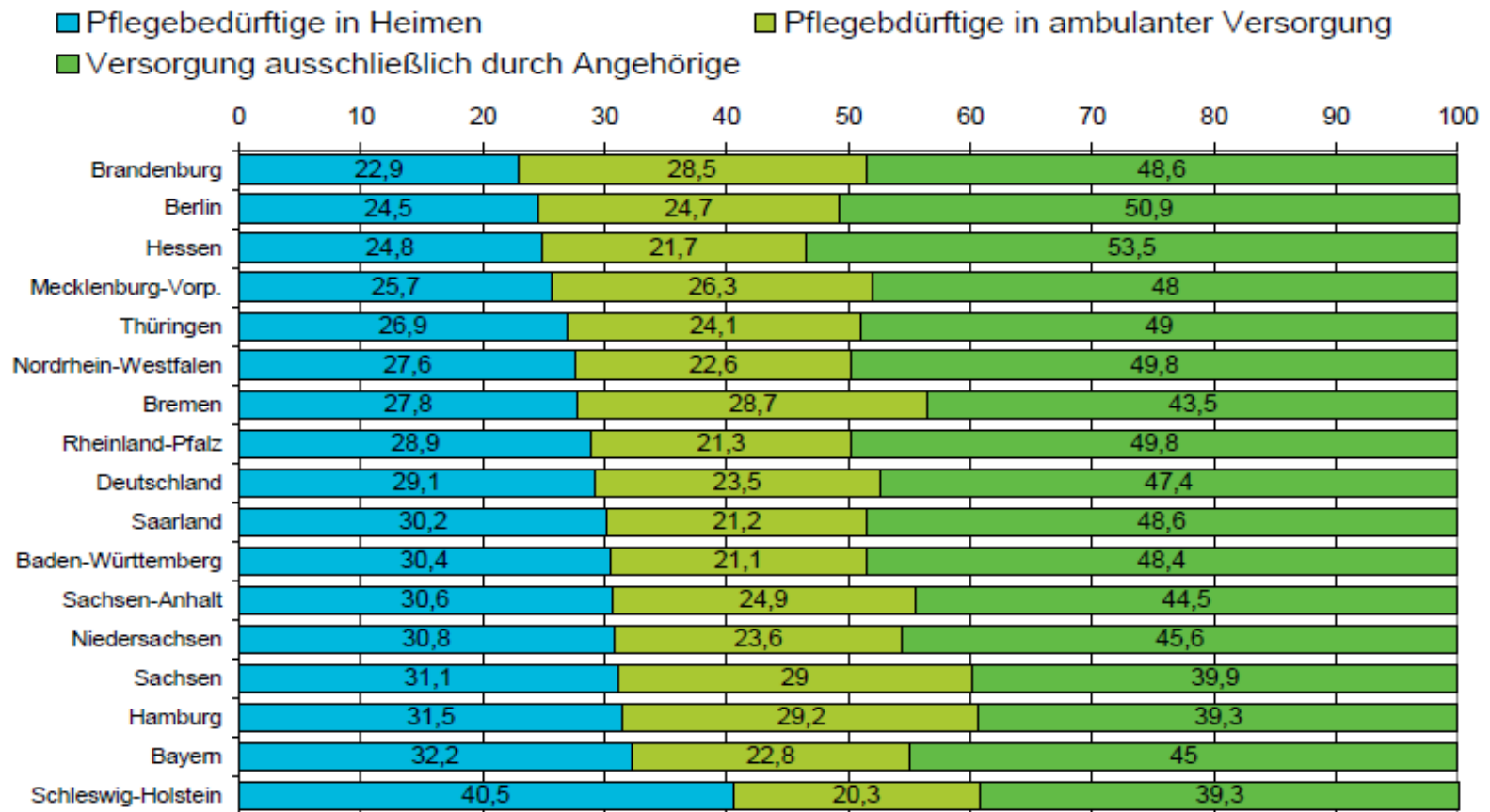
## IV. Regionale Unterschiede: Zahl der Pflegebedürftigen

Tabelle 18: Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen Personen bis 2060 nach Bundesland in Tsd. und Wachstumsrate 2015-2060

Land	2015	2020	2030	2040	2050	2060	2015-2060
Baden-Württemberg	314	350	410	479	577	584	86 %
Bayern	344	381	449	525	631	645	88 %
Berlin	119	136	163	181	211	229	92 %
Brandenburg	110	126	146	166	184	167	52 %
Bremen	23	25	28	31	35	36	57 %
Hamburg	52	56	63	70	86	96	85 %
Hessen	214	235	271	314	368	372	74 %
Mecklenburg-Vorp.	77	87	97	110	118	103	34 %
Niedersachsen	301	330	378	429	497	482	60 %
Nordrhein-Westfalen	608	662	740	845	985	974	60 %
Rheinland-Pfalz	123	134	152	179	208	198	61 %
Saarland	35	38	42	47	52	47	34 %
Sachsen	157	172	191	201	215	203	29 %
Sachsen-Anhalt	97	106	115	124	131	115	19 %
Schleswig-Holstein	87	97	116	128	148	147	69 %
Thüringen	91	100	111	122	129	116	27 %
Deutschland	2.755	3.033	3.472	3.956	4.586	4.532	65 %

Quelle: Berechnungen auf Basis von (Statistisches Bundesamt 2015a, 2015b, 2016d)

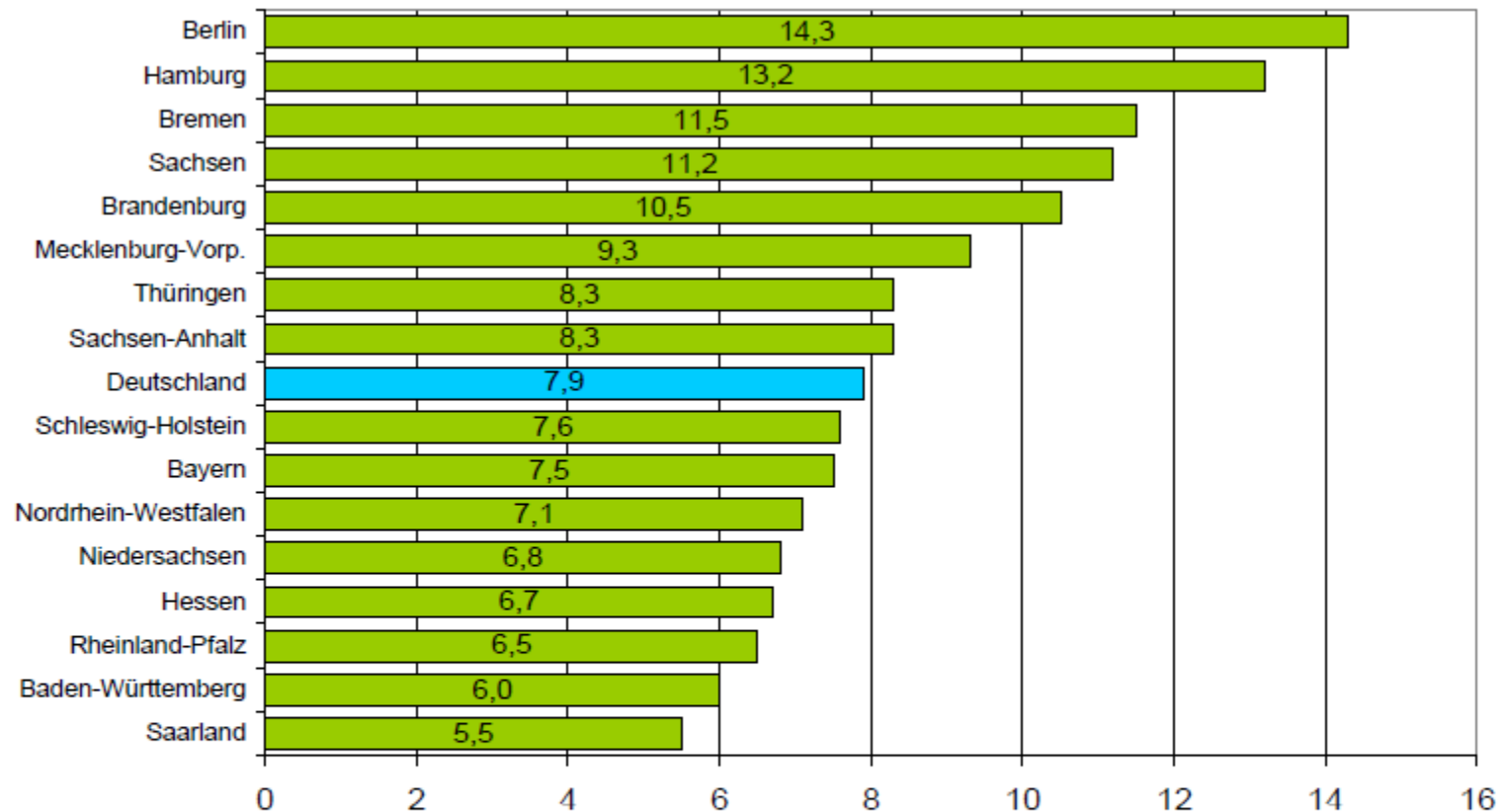
# IV. Regionale Unterschiede: Versorgungsarten



Quellen: Statistisches Bundesamt (2016b)

Abbildung 13: Versorgungsarten nach Bundesländern

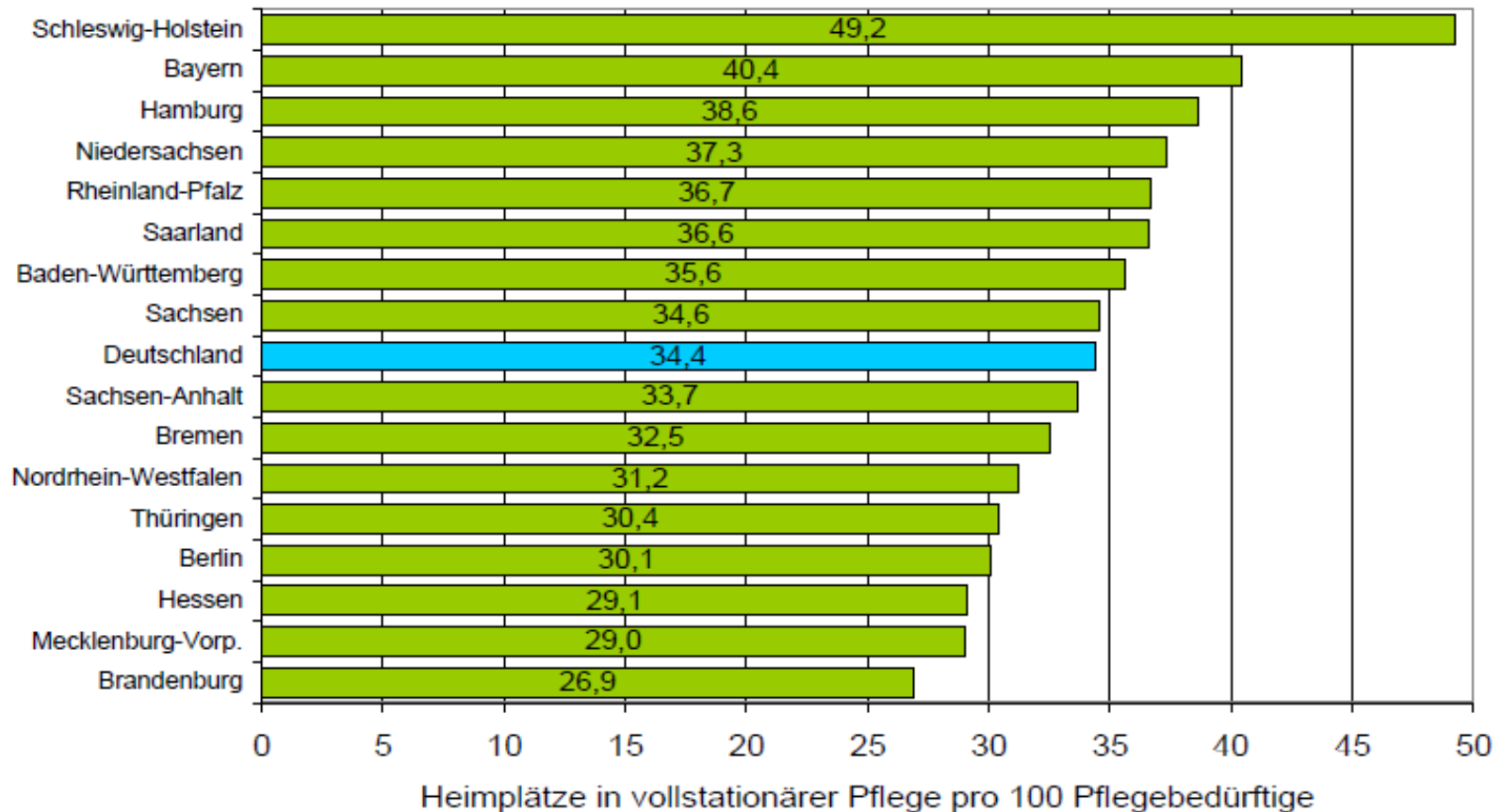
## IV. Regionale Unterschiede: Kapazitäten ambulant



Quellen: Tabelle 16 und Tabelle 24

Abbildung 14: Kapazitäten der ambulanten Pflegedienste nach Bundesland im Jahr 2013 (Vollzeitäquivalente je 100 Pflegebedürftige)

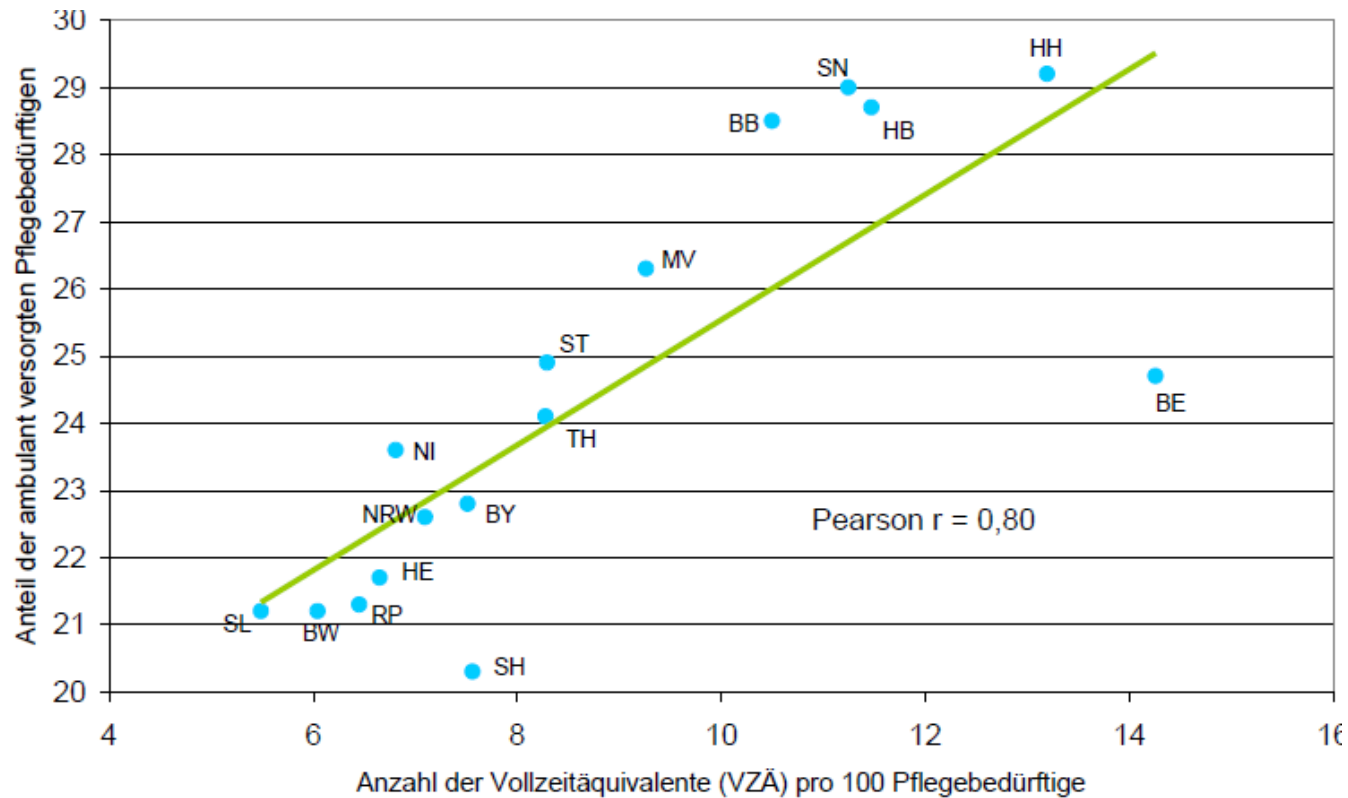
## IV. Regionale Unterschiede: Kapazitäten stationär



Quellen: (Statistisches Bundesamt 2016c, 2016d)

Abbildung 16: Kapazitäten der vollstationären Pflegeeinrichtungen

## IV. Kapazität und Inanspruchnahme: ambulant

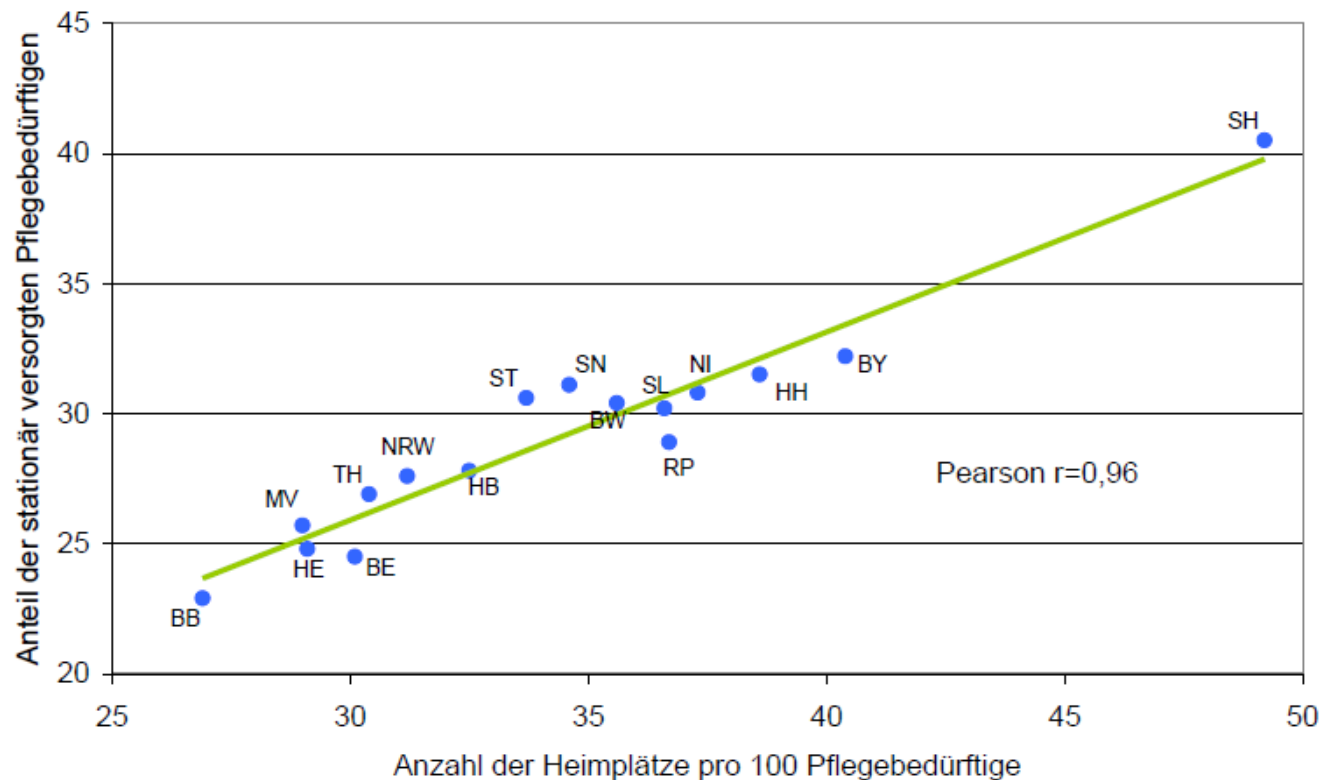


Quellen: Tabelle 15 und Tabelle 16

Abbildung 15: Kapazitäten ambulanter Pflegedienste je 100 Pflegebedürftige nach dem Anteil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen nach Bundesland



## IV. Kapazität und Inanspruchnahme: stationär



Quellen: (Statistisches Bundesamt 2016c, 2016d)

Abbildung 17: Heimkapazitäten in der stationären Pflege im Jahr 2013 nach dem Anteil der stationär versorgten Pflegebedürftigen nach Bundesland

## IV. Zukünftige personelle Versorgungslücke

Tabelle 30: Vollzeitäquivalente (2013 und 2030) in der ambulanten und stationären Versorgung (in Tsd.), Versorgungslücke im Jahr 2030 (in Tsd. und in %), Rang der relativen Versorgungslücke

Land	VZÄ in 2013		VZÄ in 2030 <sup>1)</sup>		Versorgungslücke			Rang
	amb.	stat.	amb.	stat.	amb.	stat.	rel. <sup>2)</sup>	
Schleswig-Holstein	6	22	6	20	3	13	56,3	5
Hamburg	7	10	7	10	1	2	22,4	16
Niedersachsen	20	56	18	50	10	29	51,0	8
Bremen	3	4	2	4	1	1	32,6	15
Nordrhein-West.	43	108	38	96	18	49	43,8	13
Hessen	14	33	13	30	6	16	47,1	12
Rheinland-Pfalz	8	22	7	19	4	11	49,6	10
Baden-Württemberg	19	62	18	58	9	33	51,5	7
Bayern	25	71	24	66	12	37	50,7	9
Saarland	2	7	2	6	1	3	47,2	11
Berlin	16	16	16	17	6	7	40,0	14
Brandenburg	11	13	9	11	7	11	75,3	1
Mecklenburg-Vorpommern	7	10	5	8	5	7	68,7	2
Sachsen	17	26	14	21	9	15	53,9	6
Sachsen-Anhalt	8	16	6	11	4	10	60,9	4
Thüringen	7	14	6	10	4	9	62,7	3
Deutschland	213	491	190	438	99	253	50,1	

<sup>1)</sup> Veränderung gegenüber 2013 aufgrund des Rückgangs des Erwerbspersonenpotentials (auf Bundesebene 10,8 %)

<sup>2)</sup> Versorgungslücke in Relation zur Beschäftigtenzahl (VZÄ) 2013 in Prozent

Quelle: Rothgang et al. (2016b)

## IV. Regionale Unterschiede

---

- Regionale Unterschiede sind schon auf Länderebene groß in Bezug auf
  - Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen
  - Pflegekapazitäten
  - Pflegeformen
  - Zukünftige Versorgungslücke.
- Regionale Unterschiede erfordern Weiterentwicklung der Strukturen auf regionaler Ebene.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Ich freue mich auf Ihre Fragen!

## BARMER GEK Pflegereport 2016

### → Infografiken

#### → Infografik 1

Weit mehr pflegebedürftige Frauen als Männer

#### → Infografik 2

In Hessen überwiegend Pflege durch Angehörige

#### → Infografik 3

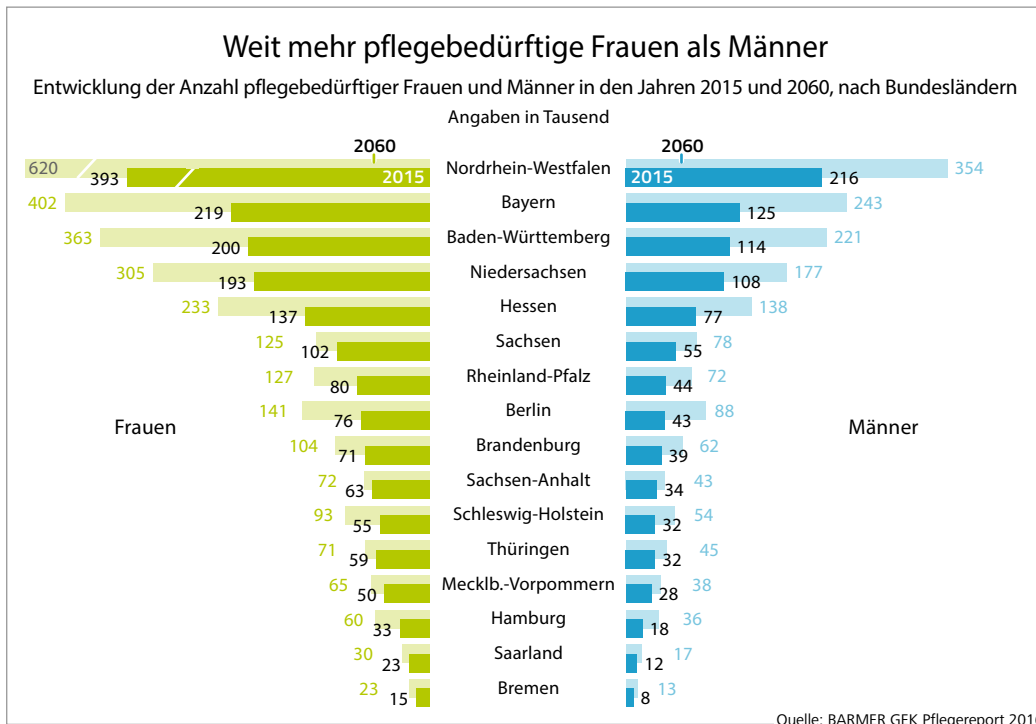
Ambulante Pflege vor allem im Osten

#### → Infografik 4

Heimplätze vor allem in Schleswig-Holstein

#### → Infografik 5

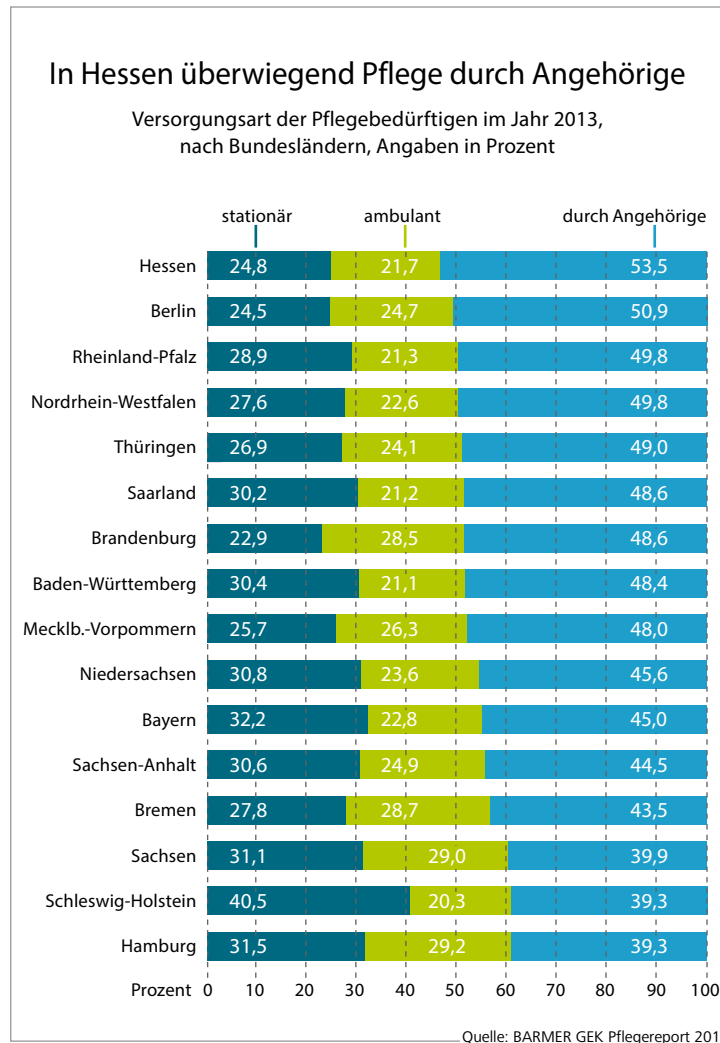
Pflegebedarf verstärkt im Osten



[Zurück zum Inhalt](#)

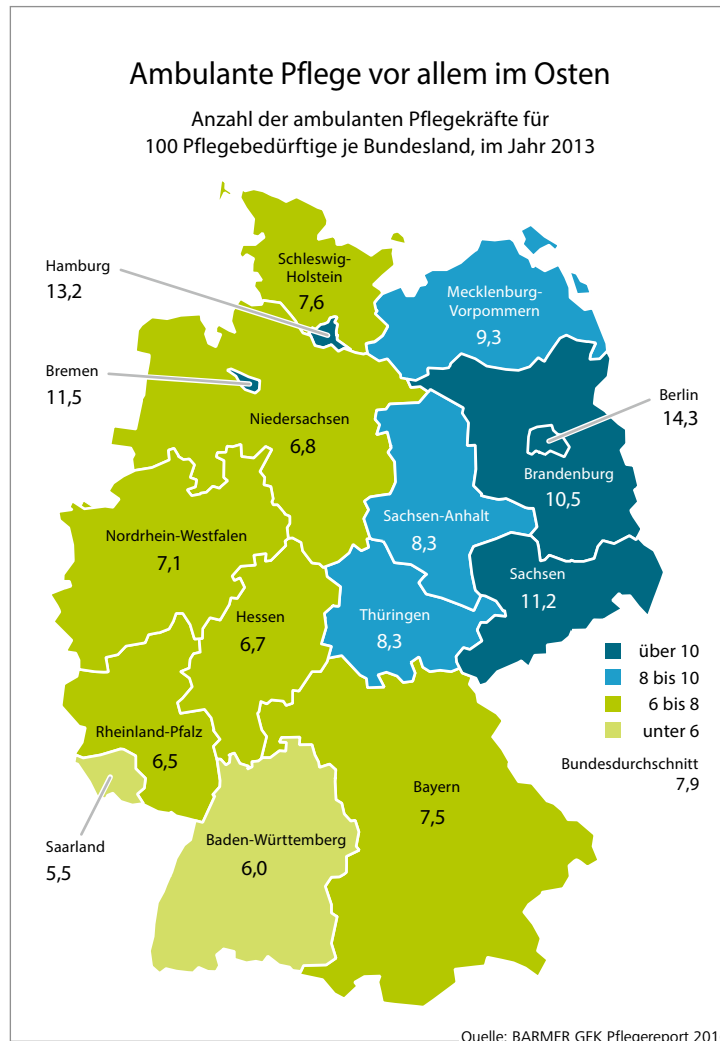
Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter [www.barmer-gek.de](http://www.barmer-gek.de) > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken.

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, Postfach 11 07 04, 10837 Berlin.



[Zurück zum Inhalt](#)

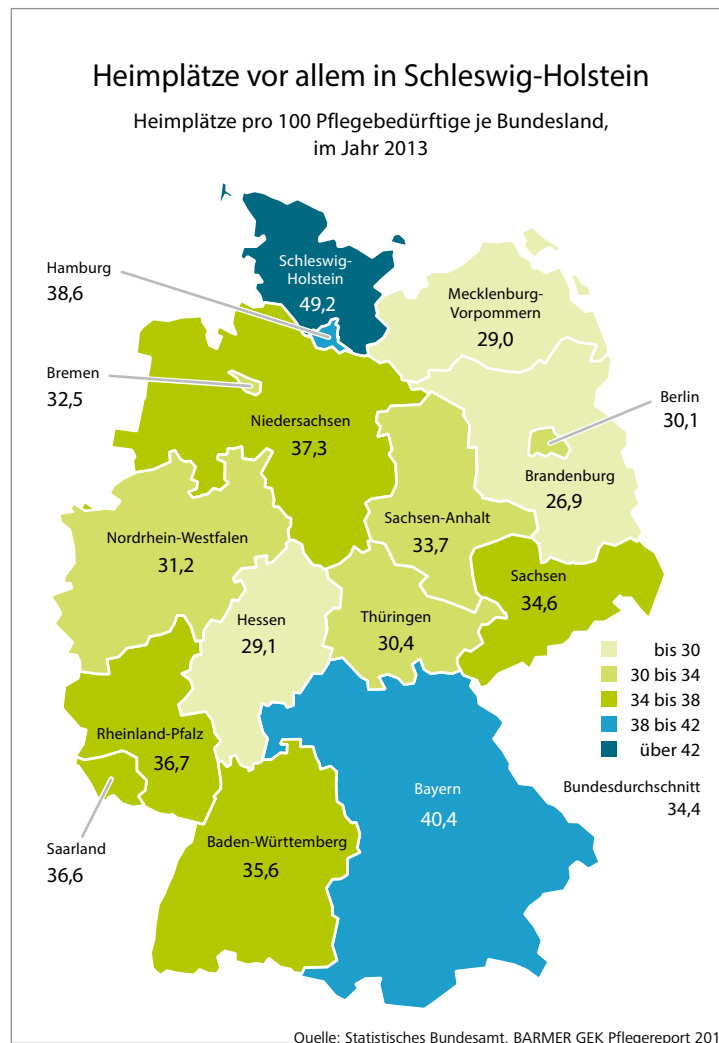
Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter [www.barmer-gek.de](http://www.barmer-gek.de) > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken.   
 Auf Wunsch (E-Mail an: [karin.emmel@barmer-gek.de](mailto:karin.emmel@barmer-gek.de) ) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an:  
 BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, Postfach 11 07 04, 10837 Berlin.



[Zurück zum Inhalt](#) ↩

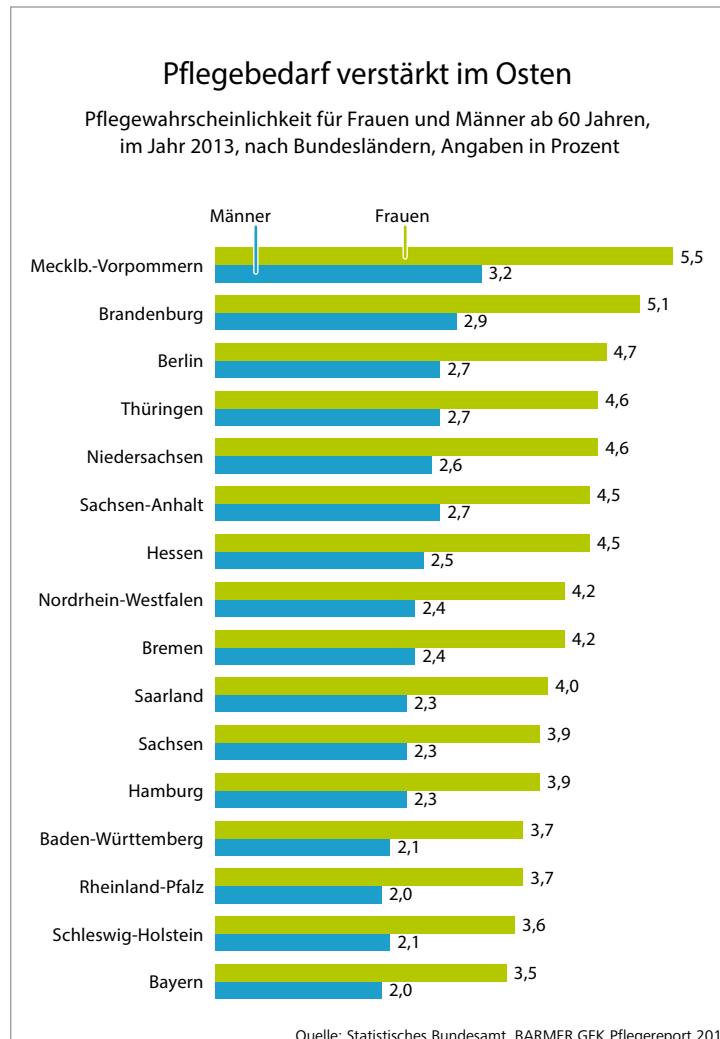
Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter [www.barmer-gek.de](http://www.barmer-gek.de) > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. ↩  
Auf Wunsch (E-Mail an: [karin.emmel@barmer-gek.de](mailto:karin.emmel@barmer-gek.de) ↩) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an:  
BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, Postfach 11 07 04, 10837 Berlin.








[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, Postfach 11 07 04, 10837 Berlin.



[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, Postfach 11 07 04, 10837 Berlin.