

# report bremen

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Dez. 2009

# ersatzkassen

## Die Krankenversicherung braucht gleiche Startchancen und einen fairen Wettbewerb

Mit der Vorlage ihres Koalitionsvertrages hat die neue Bundesregierung ihre Absicht unterstrichen, im Gesundheitswesen einen weitgehenden Umbau einzuleiten. Die aktuelle finanzielle Situation im Bundeshaushalt dürfte jedoch allzu weit reichenden Plänen eine Absage erteilen. Insbesondere die Wünsche des kleinen Koalitionspartners FDP kosten viel Geld. Und das ist nicht da. Im Gegenteil: Im nächsten Jahr wird das Defizit im Gesundheitswesen voraussichtlich 7,5 Milliarden Euro ausmachen. Vor diesem Hintergrund hat die Mitgliederversammlung des Verbandes der Ersatzkassen rasche Reformen angemahnt.

Die gesetzliche Krankenversicherung braucht eine verlässliche Finanzierung. Die Entscheidung der Bundesregierung, im nächsten Jahr zusätzlich 3,9 Milliarden Euro in den Gesundheitsfonds zu geben, ist richtig, wird aber nicht ausreichen, das Defizit zu decken. Zusatzbeiträge werden unausweichlich sein. Dies betonte auch Christian Zahn, Vorsitzender des vdek, auf der Mitgliederversammlung des Verbandes Anfang Dezember

### In dieser Ausgabe:

- Die Pflege bekommt Noten – MDK-Prüfergebnisse werden veröffentlicht
- Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgung in Bremen gestartet
- Kostensteigerung im Rettungsdienst um 46 Prozent!
- Studie der Bremer Uni: Deutsche leben länger und altern gesünder

in Berlin. Für die anstehenden Reformen forderte er Augenmaß. Insbesondere bei der notwendigen Korrektur des Finanzausgleichs müsse darauf geachtet werden, dass die durch Gesundheitsfonds und krankheitsorientiertem Ausgleich zwischen den Krankenkassen entstandenen Übersteuerungen korrigiert und neue Fehlverteilungen vermieden werden. Die Verteilungssystematik im Finanzausgleich hatte den wirtschaftlich gesunden Ersatzkassen massiv Finanzmittel entzogen und

Richtung AOKn gelenkt. Ein Ausgleichssystem aber, dass einigen Kassen ungerechtfertigte Vorteile auf Kosten anderer verschafft, ist ungerecht und muss geändert werden. „Es sei gut, so Zahn, dass die Regierung dies anfassen und den Krankenkassen gleiche Startchancen geben will.“

Außerdem sei es zu begrüßen, dass die Bundesregierung den Krankenkassen wieder mehr Gestaltungsfreiheiten geben möchte. Hier würde sich nach Jahren zunehmender Vereinheitlichung und Verstaatlichung ein wünschenswerter Richtungswechsel anbahnen. Gestaltungsfreiheiten auf der Beitragsseite müssen Gestaltungsfreiheiten auf der Vertragsseite gegenüberstehen. Nur im Wettbewerb kann bei Ärzten und Krankenhäusern das Beste für die Versicherten herausgeholt werden. Monopolartige Strukturen auf der Seite der Leistungserbringer, wie sie nach heutigem Recht bei der hausarztzentrierten Versorgung gegeben sind, führen zu schlechten Verträgen und machen die Versorgung teurer. Qualitätsverbesserungen sind auf dem Weg nicht zu erzielen. Zahn: „Diese Verschwendung sollten wir uns nicht leisten.“

Im Koalitionsvertrag selbst finden sich nur wenige vage Aussagen zur Kostenbegrenzung und Ausgabensteuerung. Nicht nur die schwierige Finanzlage, auch der anhaltende medizinisch-technische Fort-

schritt und die älter werdende Bevölkerung erfordern permanent neue Ideen, wie die Versorgung auf die Bedürfnisse der Menschen optimal ausgerichtet und zugleich effizient organisiert werden kann. Hier sind alle Beteiligten gefordert. Vor diesem Hintergrund erscheint es hochproblematisch, die Arbeitgeber aus der finanziellen Verantwortung für ein effizientes Gesundheitswesen entlassen zu wollen. Mit der Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags würde aber genau dies geschehen. Kein Arbeitgeber wird mehr Interesse an der Begrenzung der Ausgaben haben, wenn seine Beitragszahlung von Kostensteigerungen unberührt bleibt. Diese gehen dann voll zulasten der Versicherten. Die sozialpolitische Balance zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern – jahrzehntelang Markenzeichen der sozialen Marktwirtschaft und Grundlage für wirtschaftlichen Erfolg und soziale Stabilität in der Bundesrepublik – gerät so in eine Schiefelage. Aber auch unter nüchternen wirtschaftlichen Gesichtspunkten erscheint die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags fragwürdig. Spätestens in den Tarifverhandlungen werden die steigenden Kosten für die gesundheitliche Versorgung die Arbeitgeber wieder einholen. Deshalb ist es besser, bereits im Vorfeld mitzuwirken, dass die Kosten des Gesundheitswesens im vertretbaren Rahmen bleiben. Eine gerechte Verteilung der Finanzierungslasten zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern ist dafür der beste Weg.



Karl L. Nagel, Leiter der vdek-Landesvertretung Bremen

## DER KOMMENTAR

Augenmaß und fundierte Entscheidungen sind das, was die Ersatzkassen von der Koalition erwarten. Der Lobbyismus im Gesundheitswesen ist vielfältig und einflussreich. Das trifft nicht nur auf das bekannte Beispiel der Pharmaindustrie zu. Last und Verantwortung für die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung müssen daher auf möglichst viele Schultern verteilt werden, damit eine Interessenallianz ausufernden Kosten entgegentreten kann. Wenn Versicherte, Arbeitgeber und der Staat an der Finanzierung und damit an der Entwicklung der Kosten beteiligt sind, können dem ständigen Ruf nach mehr Geld auch Forderungen nach Einsparung und strukturellen Veränderungen entgegengesetzt werden. Schon seit einiger Zeit haben Wissenschaft, Industrie und Kongressanbieter den Gesundheitssektor als Markt entdeckt – „Gesundheitswirtschaft“ nennt sich diese neue Branche. Bundesweit werden Kongresse angeboten und Netzwerke gegründet, um gemeinsam zu heben, was dieser Markt verspricht. Schreckensszenarien von horrenden Kosten durch die demografische Ent-

wicklung sind dabei Wasser auf die Mühlen derer, die durch die Öffnung der Gesundheitsversorgung zum freien Markt eine Verbesserung der Versorgung versprechen. Das Max-Planck-Institut hat kürzlich festgestellt, dass die Trendhochrechnungen zur Geburtenrate korrigiert werden müssen, da das Verschieben der Familiengründung diese zeitweise extrem niedrig hat ausfallen lassen. Das „Altersheim Deutschland“, das von den Medien gern heraufbeschworen wird, wird es so wohl nicht geben. Und selbst die Pflegebedürftigkeit unterliegt überraschenden Entwicklungen, die erst durch eine genaue Analyse erkennbar sind, wie unser Beitrag auf Seite 7 zeigt. Zwei Aspekte die deutlich machen, wie wichtig Augenmaß und eine genaue Analyse der Situation sind.

# Rettungsdienst in Bremen:

## Kostensteigerung um 46 Prozent zulasten der Kassen

**Die Kosten für den Einsatz eines Notarztwagens sollen ab 2010 von 263 auf 384 Euro und die eines Rettungswagens von 209 auf 306 Euro erhöht werden. Diese absurde Kostensteigerung von über 46 Prozent ergibt die Kalkulation des Senators für Inneres und Sport, der für die Organisation des Rettungsdienstes der Stadtgemeinde Bremen zuständig ist.**

Der Rettungsdienst stellt für die Krankenkassen eine Besonderheit dar. Während in sämtlichen anderen Bereichen des Gesundheitswesens die Vergütungen zwischen Kassen und Leistungsanbietern verhandelt werden, setzt die Rettungsdienstgebühren eine dritte Instanz fest – die Stadtgemeinde Bremen. Damit geht jedoch auch die Verpflichtung einher, den Rettungsdienst wirtschaftlich zu gestalten, indem unnötige Kosten vermieden werden. Diese Vorgabe wird aber bereits durch die Praxis missachtet, Kosten für Fehlfahrten auf die Krankenkassen zu verlagern, obwohl die Kassen hierfür nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht zuständig sind. Zum anderen ist problematisch, dass es keine Überprüfung der Arbeitszeit im Rettungsdienst gegeben hat, wie sie vertraglich vereinbart wurde.

### Mit zweierlei Maß

Angesichts massiv steigender Kosten hatten die Krankenkassen bereits 2007 mit dem Innensenator eine Überprüfung der Arbeitszeit bei den Rettungsdienstorganisationen (Deutsches Rotes Kreuz, Arbeiter-Samariter-Bund, Malteser Hilfsdienst) vertraglich vereinbart. Diese wurde bis heute nicht durchgeführt. Stattdessen verkündete Innensenator Mäurer in der Bürgerschaft, dass es zu keiner Arbeitszeitverlängerung über 44 Stunden Bereitschaftsdienst wöchentlich bei den Hilfsorganisationen im Rettungsdienst kommen wird.

Vor dem Hintergrund, dass der Senator von den Beamten der Bremischen Feuerwehr bis vor Kurzem noch einen Bereitschaftsdienst von 56 Stunden wöchentlich verlangt hat, ist das Handeln der Innenbehörde nicht nachvollziehbar. „Hier wird mit zweierlei Maß gemessen“, stellt Torsten Barenborg vom Referat Verträge der vdek-Landesvertretung fest. „Dass die Feuerwehrbeamten eine Absenkung auf eine 48-Stunden-Woche erst gerichtlich durchsetzen mussten, während auf Kosten der Krankenkassen eine exorbitante Gebührenerhöhung beschlossen werden soll, die auf

einem 44-Stunden-Bereitschaftsdienst basiert, ist inkonsequent“, so Barenborg.

Ebenso unverständlich ist es, dass in der Diskussion der Bereitschaftsdienst mit einer normalen Arbeitszeit gleichgesetzt wird. Denn bereits 2005 hat ein unabhängiger Gutachter festgestellt, dass ein erheblicher Teil der Arbeitszeit aus reiner Anwesenheitszeit besteht. Damals war die Einigung auf 44 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit ein vorübergehender Kompromiss, der eine Überprüfung der Anhebung auf 48 Stunden beinhaltete – einer Arbeitszeit, die im Rettungsdienst weitgehend Standard ist. Bemerkenswert ist zudem, dass das Einsatzaufkommen seit Erstellung des Gutachtens nochmals deutlich gesunken ist, weil der Rettungsdienst seit 2007 nur noch Notfalleinsätze und keine Krankentransporte mehr durchführt.

### Keine Kontrolle der Kosten

Die Krankenkassen kritisieren grundsätzlich die Praxis der Kostenfestsetzung, da hier willkürlich Preise festgelegt werden, zu deren Einhaltung die Leistungserbringer noch nicht einmal verpflichtet sind. So kommt es regelmäßig zu Überschreitungen, die durch ein verbindliches Kostenbudget zwischen Kostenträgern und Rettungsdienstträgern zu vermeiden wären. Daher haben die Krankenkassen eine Stellungnahme zu allen problematischen Aspekten der Gebührenkalkulation in Bremen verfasst – bisher ohne Resonanz der Innenbehörde.

Angesichts des enormen Anstiegs der Gebühren aufgrund der Verletzung geltenden Rechts und der Nichteinhaltung vertraglicher Vereinbarungen erwägen die Krankenkassen, eine Normenkontrollklage zu führen, sollte das Innenressort nicht auf die Kritikpunkte der Kassen eingehen.



Kosten für Rettungsdienst steigen

# Die Pflege in Bremen bekommt Noten

## Verband der Ersatzkassen veröffentlicht Prüfergebnisse

Wer auf der Suche nach einer geeigneten ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung ist, dem hilft das Internetportal [www.pflegelotse.de](http://www.pflegelotse.de). Der Verband der Ersatzkassen hat dieses Internetportal entwickelt, damit Pflegebedürftige und deren Angehörige sich über Angebote vor Ort und bundesweit informieren können. Das Portal informiert immer aktuell über derzeit 12.672 ambulante und 10.293 stationäre Pflegeeinrichtungen und stellt Informationen über deren Größe, Kosten, Ausstattung, Lage, besondere Ausrichtung sowie die Kontaktdaten zur Verfügung.

Wählt man auf der Suchmaske einen Postleitzahlenumkreis aus, werden alle Einrichtungen angezeigt, mit denen die Pflegekassen Verträge für die Versorgung ihrer Versicherten abgeschlossen haben. Angegeben sind die Anzahl der Plätze, die besondere Ausrichtung, die Kosten für unterschiedliche Pflegestufen und die notwendige Zuzahlung, die die Bewohner, neben der Kostenübernahme durch die Pflegekasse, übernehmen müssen. Diese Funktionen des Pflegelotsen können bereits seit September dieses Jahres genutzt werden.

Seit Anfang Dezember ist nun eine weitere Funktion des Internetportals hinzugekommen. Seit dem werden die Einrichtungen nach ihrer Qualität benotet und die Ergebnisse über den Pflegelotsen der Ersatzkassen veröffentlicht.

### Transparenz der Qualität

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz hat der Gesetzgeber die Grundlage dafür gelegt, dass mehr Transparenz über die Qualität in den Pflegeeinrichtungen herrscht. Pflegebedürftige und Angehörige sollen wissen dürfen, wie die Einrichtungen bei den Prüfungen durch den MDK bewertet werden. Die Landesverbände der Pflegekassen müssen diese Bewertung in geeigneter Form veröffentlichen. So sollen bis Ende 2010 alle stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einmal geprüft und die Ergebnisse veröffentlicht werden – eine Aktualisierung soll jährlich erfolgen.

Die Kriterien für die Bewertung wurden durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen mit den Organisationen der Pflegeeinrichtungen, der Krankenkassen und der Sozialämter vereinbart.

Bevor die Noten einer Pflegeeinrichtung veröffentlicht werden, hat diese vier Wochen Zeit, das Prüfergebnis zu kommentieren und zusätzliche Angaben, zum Beispiel zu speziellen Angeboten der Einrichtung, zu machen.

### Bundeseinheitliche Bewertung

Da es wenig sinnvoll ist, einen kompletten Prüfbericht des MDK zu veröffentlichen, wurde ein Muster entwickelt, nach dem die Prüfberichte ausgewertet und benotet werden. Die Aufgabe der Umwandlung eines solchen Berichts in eine laienverständliche Bewertung übernimmt die sogenannte Daten-clearingstelle, die für die Berichte aus allen Bundesländern zuständig ist. Dabei ergeben sich die Noten von „sehr gut“ bis „mangelhaft“ bei der stationären Pflege aus der Beurteilung von 82 ausgetesteten Kriterien aus den Bereichen:

- Pflege und medizinische Versorgung
- Umgang mit demenzkranken Bewohnern
- Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung
- Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene
- Befragung der Bewohner

Damit werden alle wichtigen Aspekte der Pflege, vom Ernährungszustand, der Sturzprophylaxe und der Dekubitusvorbeugung bis zur sozialen Betreuung und Alltagsgestaltung, einbezogen.

Das Verfahren wird zunächst für die stationären Pflegeheime durchgeführt und deren Ergebnisse veröffentlicht. Die Bewertung und Veröffentlichung der ambulanten Pflege ist analog zur stationären Pflege aufgebaut und bezieht sich auf unterschiedliche Kriterien aus den Bereichen:

- Pflegerische Leistungen
- Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen
- Dienstleistung und Organisation
- Befragung der Kunden

### Bessere Orientierung

Mit den Strukturdaten, die der Pflegelotse über die Einrichtungen liefert und der Benotung der Qualität können Pflegebedürftige und deren Angehörige sich einfach und schnell einen Überblick über das bestehende Angebot verschaffen und ausgewählte Einrichtungen miteinander vergleichen. Nicht ersetzen soll das Informationsportal die qualifizierte Beratung durch die jeweilige Ersatzkasse. Darüber hinaus zählt natürlich der persönliche Eindruck, den sich Pflegebedürftige oder deren Angehörige von der Einrichtung bei Besuchen, Gesprächen und Begehungen machen sollten.

Mit der Veröffentlichung der Pflegenoten steht erstmals im bundesdeutschen Gesundheitswesen ein transparentes und vergleichendes Bewertungssystem zur Verfügung. Dieses System – mit seinen

Stärken und Schwächen – muss jetzt in der Praxis erprobt, kritisch bewertet und gegebenenfalls angepasst werden. Zukünftig ist es wichtig zu überprüfen, ob die vereinbarte Systematik geeignet ist, Unterschiede in der Qualität von Pflegeheimen darzustellen. Dabei muss beobachtet werden, ob festgestellte Qualitätsdefizite adäquat in den Pflegenoten abgebildet werden und ob sich das in den Gesamt- und Bereichsnoten dargestellte Ergebnis mit der Bewertung erfahrener Prüfer des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen deckt. „Der vdek-Pflegelotse soll als wichtige Informationsquelle weiter ausgebaut und den Bedürfnissen der Nutzer angepasst werden. Damit fördern die Ersatzkassen einen zielgerichteten Qualitätswettbewerb zwischen den Einrichtungen, bei dem auch der Verbraucher künftig mit darüber bestimmt, welche Einrichtung am Markt bestehen bleibt.“, erklärt Oliver Blatt, Abteilungsleiter Gesundheit des vdek.

## SAPV – Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgung

### Neue Versorgungsform für unheilbar Erkrankte in Bremen gestartet

**Die Bremer Krankenkassen haben mit der Zentrale für Private Fürsorge, (ambulanter Pflegeanbieter) und dem Klinikum Links der Weser, einen Vertrag zur ambulanten Versorgung von unheilbar kranken Menschen abgeschlossen.**

Wenn jeder weitere Therapieversuch nur zusätzliches Leid verursacht und keine Heilung mehr möglich ist, werden Patienten palliativmedizinisch behandelt. Das bedeutet, dass nicht mehr die Ursache der Krankheit, sondern nur noch die

Symptome behandelt werden. Bisher gab es die Möglichkeit, diese Zeit im Krankenhaus oder im Bremer hospiz:brücke zu verbringen. Zukünftig können unheilbar kranke Menschen in Bremen auch zu Hause von speziell ausgebildeten Ärzten und Pflegekräften versorgt werden. Ein ambulanter Palliativdienst ist seit Mitte September rund um die Uhr erreichbar und im Einsatz.

Getragen wird dieser Palliativdienst vom Klinikum Links der Weser und der Zentrale für Private Fürsorge, die seit vielen Jahren das hospiz:brücke in Walle betreibt. Während die Zentrale für Private Fürsorge für die pflegerische Begleitung zuständig ist, stellt das Klinikum Links der Weser die speziell ausgebildeten Ärzte und Sozialarbeiter.

Das Pflegeteam des Palliativdienstes wird von zwei Mitarbeiterinnen der Zentrale für Private Fürsorge geleitet. Petra Kämmer und Elke Gasowski sorgen dafür, dass der Dienst immer einsatzbereit ist. Auch Teamgespräche und Fortbildungen werden von ihnen koordiniert. Eine ausführliche Übergabe zwischen den jeweils diensthabenden Teams findet täglich statt.

Viele Tätigkeiten, die das Team übernimmt, waren bisher nur in der Klinik möglich. Diese ambulante





Das SAPV-Team (von links): Gaby Heinrichs, Petra Kämmer, Christof Ronge, Walburga Zerull, Dr. Tomas Wolff, Cornelia Bussmann, Silke Scheckel, Elke Gasowski, Peggy Rether-Schulz (Quelle: Zentrale für Private Fürsorge)

Form der speziellen Palliativversorgung bringt nun vielen schwerkranken Patienten Erleichterung. „Der Bedarf für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung hat sich in Situationen gezeigt, in denen Patienten mit bestimmten Diagnosen zurück ins Krankenhaus, auf die Palliativstation oder ins Hospiz mussten, obwohl sie viel lieber zu Hause geblieben wären“, sagt Petra Kämmer. „Natürlich bleibt die Palliativstation im Klinikum Links der Weser auch weiterhin notwendig, aber vieles ist mit qualifizierter ärztlicher und pflegerischer Unterstützung auch in häuslicher Umgebung machbar. Wenn die ärztliche Symptomkontrolle nicht zwingend in der Klinik stattfinden muss, können die Patienten auch zu Hause bleiben.“, so die Pflegefachkraft.

In der Regel geht es bei der SAPV darum, Schmerzen, Übelkeit, Atemnot und andere Symptome zu lindern und die Lebensqualität so lange wie möglich zu erhalten. Palliativmedizinische Versorgung schließt aber auch die psychosoziale Betreuung der Patienten und ihrer Angehörigen mit ein. „Deshalb brauchen wir auch besonders gut ausgebildetes Pflegepersonal mit entsprechender Zusatzausbildung.“, sagt Petra Kämmer.

Die Ausbildung ist für Pflegepersonal und Ärzte gleichermaßen anspruchsvoll. Die zuständigen Mediziner müssen in den vergangenen drei Jahren mindestens 75 Palliativpatienten begleitet haben, die Pflegefachkräfte müssen eine Palliativ-Care Weiterbildung absolviert haben und den Praxiseinsatz in einem Hospiz oder einer Palliativ-Station nachweisen können.

Für das ambulante Team ist auch die gute Zusammenarbeit mit den Hausärzten wichtig, die in der Regel die Patienten zuvor betreut haben und auch weiter betreuen. Dr. Hermes, niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin in Bremen, hat bisher für zwei seiner Patienten die Betreuung durch das Ambulante Palliativteam veranlasst. Er hat die Zusammenarbeit von Anfang an als reibungslos und als Gewinn für seine Patienten schätzen gelernt: „Meine Patienten haben eine erhöhte Sicherheit, weil rund um die Uhr ein Ansprechpartner da ist, der ihre Problematik kennt. Die komplette Versorgung geschieht aus einer Hand“. Entsprechend positiv seien auch die Rückmeldungen, die er bisher erhalten hat.

Die Ersatzkassen in Bremen finanzieren diese neue Leistung, die die bereits bestehenden Versorgungsmöglichkeiten für unheilbar kranke Menschen ergänzt. Der Einsatz kann im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt von einem Arzt/einer Ärztin des Krankenhauses veranlasst werden, die Leistung kann aber auch von den niedergelassenen Ärzten verordnet werden, wenn Patienten zu Hause sind und dort bleiben wollen. Die beteiligten Fachleute gehen davon aus, dass durch das ambulante Team in Bremen zukünftig rund 150 Patientinnen und Patienten jährlich versorgt werden.

*Der Ambulante Palliativdienst Bremen ist unter der Telefonnummer 8791545 zu erreichen.*

## Deutsche leben länger und altern gesünder

# Studie der Bremer Uni untersucht Pflegeverläufe

Die Pflege ist durch die demografische Entwicklung ein Thema, zu dessen Entwicklung es viele Schreckensszenarien gibt. Hochrechnungen werden zur Warnung vor dem „Altenheim Deutschland“ – sie schüren die Ängste der Bürger und verursachen großen Handlungsdruck auf die Politik. Tatsache ist, dass die Zahl der Pflegebedürftigen seit 1996 von 1,5 Millionen auf 2,4 Millionen in 2008 gestiegen ist. Wichtig ist allerdings eine fundierte Analyse der Situation anstelle von unreflektierten Hochrechnungen. Der Pflegereport der GEK erscheint in diesem Jahr zum zweiten Mal. Der Hauptautor der Studie, Professor Dr. Heinz Rothgang vom Zentrum für Sozialpolitik in Bremen, hat mit seinem Team die anonymisierten Daten von drei Millionen Versicherten der GEK genutzt. So konnten über einen Zeitraum von 2000 bis Ende 2008 der Verlauf der Pflegebedürftigkeit und die Versorgung der Versicherten analysiert werden. Pflegetrends und auch überraschende Erkenntnisse sind Ergebnis dieser Studie.

### ▼ Herr Professor Rothgang, aus Ihrer Analyse der Versichertendaten der GEK geht eindeutig

**hervor, dass die Zahl der Pflegebedürftigen zunimmt. Ergibt sich somit zwangsläufig ein immer größer werdendes Problem für die Gesellschaft?**



Prof. Dr. Heinz Rothgang vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen

▲ Die Zahl der Pflegebedürftigen ist in der Vergangenheit gestiegen, allein von 1999 bis 2007 um rund 230.000 Personen. Aufgrund des demographischen Wandels ist auch in den nächsten 40 Jahren von einer steigenden Zahl Pflegebedürftiger auszugehen, da die geburtenstarken Jahrgänge der 1960er Jahre erst ab 2040 in das Alter kommen, in dem Pflegebedürftigkeit besonders häufig ist.

Es gibt aber auch gute Nachrichten. So ist der Anteil der Pflegebedürftigen innerhalb einer Altersgruppe in den letzten 8 Jahren konstant geblieben. Hätten wir heute noch dieselbe Altersstruktur wie 1999 wäre die Zahl der Pflegebedürftigen in etwa unverändert. Wird nach Pflegestufen differenziert, zeigt sich sogar eine Verschiebung: Die auf die jeweilige Altersklasse bezogene Prävalenz von Pflegestufe I steigt, während die altersspezifischen Prävalenzen von Pflegestufe II und III sinken. Dies kann als Ausdruck einer geringeren Pflegebedürftigkeit gedeutet werden.

Der größte – und positivste – Effekt zeigt sich allerdings bei den Inzidenzen, also der relativen Häufigkeit dafür, dass Pflegebedürftigkeit neu eintritt. Inzidenzen können aus der amtlichen Statistik nicht abgeleitet werden, weil sie keine Angaben über neu auftretende Fälle enthalten. Erstmals durchgeführte Berechnungen auf Basis der Daten der GEK-Versicherten zeigen dagegen, dass die altersspezifischen Inzidenzen zurückgehen, in den Altersgruppen also die Zahl der neuen Pflegefälle jedes Jahr geringer wird – um etwa 1 Prozent pro Jahr bei den Männern und sogar um 3,6 Prozent pro Jahr bei den Frauen. Von 2000 bis 2008 entspricht das einem Gesamtrückgang um 8 Prozent bei den Männern und 25 Prozent bei den Frauen. Insofern schlägt sich die Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung also auch in einer im Zeitverlauf sinkenden Häufigkeit pflegebedürftig zu werden, nieder. Daneben implizieren die Daten, dass die Überlebenszeit in Pflegebedürftigkeit ansteigt. Auch das ist eine positive Entwicklung.

▼ Die Vorstellung, was bei einsetzender Pflegebedürftigkeit geschieht, ist ja, dass der Bedarf an pflegerischer Zuwendung kontinuierlich größer wird und schließlich bei der höchsten Pflegestufe endet. Hier bringt Ihre Analyse überraschendes zu Tage...

▲ Ja, tatsächlich durchlebt nur eine Minderheit der Pflegebedürftigen eine „Karriere“ von Pflegestufe I über Pflegestufe II in Pflegestufe III. Bei den von uns untersuchten 1.959 GEK-Versicherten, die im Jahr 2000 erstmals Pflegeleistungen erhalten haben, waren dies nur bei 159 Personen (8,1 Prozent).

Dagegen sind beispielsweise 471 Personen (24,0 Prozent) mit Stufe I in die Pflege gekommen und sind in den 8 Beobachtungsjahren nie in eine höhere Stufe gekommen. Entsprechendes gilt für 448 Personen (22,87 Prozent), die mit Stufe II in die Pflege eingetreten sind. Insgesamt wechselt etwa die Hälfte der Pflegebedürftigen im Beobachtungsfenster nicht die Pflegestufe. Dies impliziert eine bemerkenswerte Stabilität in den Stufen.

Ähnliches zeigt sich übrigens auch bei den Pflegearrangements. Etwa die Hälfte der Pflegebedürftigen bezieht bis zum Tod, beziehungsweise zum Ende des Beobachtungsfensters die Hauptleistungsart, mit der die Pflege begonnen wurde, also Pflegegeld, Pflegesachleistungen oder vollstationäre Pflege.

▼ Welche Schlüsse lassen sich aus den Ergebnissen Ihrer Studie ableiten, was die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland betrifft? (Potenzial für Prävention und Mobilisierung auch bei älteren Menschen, Einfluss auf den Verlauf, Angebote, differenzierte öffentliche Debatte...)

▲ Unsere Analysen zeigen, dass wir mit einer steigenden Zahl Pflegebedürftiger, mit einer Verschiebung der Pflegebedürftigkeit in höhere Altersstufen

und mit einer länger andauernden Pflege rechnen können. Bereits heute altern die Menschen gesünder. Dieser Effekt kann durch geeignete Prävention und Gesundheitsförderung sicherlich noch gesteigert werden. Dennoch wird die Finanzierungslast steigen. Hierfür muss Vorsorge getroffen werden.

Hinsichtlich der Versorgungsarrangements zeigt sich, dass die einmal gewählten Strukturen ein bemerkenswertes Beharrungsvermögen aufweisen. Es ist daher von großer Bedeutung, für diese erstmalige Wahl gute Informationen bereitzustellen und eine stärkere Transparenz hinsichtlich möglicher Unterstützungsangebote zu gewährleisten. Der Beratung Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen gebührt daher hohe Priorität.



## KURZ GEMELDET

In **Selbsthilfegruppen** treffen sich Menschen, die von den unterschiedlichsten Krankheiten betroffen sind, um sich auszutauschen, sich über den neuesten Stand der Behandlung informieren zu lassen und um im Umgang mit der Erkrankung voneinander zu lernen. Für diese Arbeit stellten die Bremer Krankenkassen den Selbsthilfegruppen in diesem Jahr **265.000 Euro** zur Verfügung.

**Zum 1. Januar 2010 fusionieren** die Barmer Ersatzkasse mit der Gmünder Ersatzkasse – GEK und die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK) mit der Hamburg Münchener Krankenkasse. Alle Kassen verbleiben im Verband der Ersatzkassen, dem dann mit über 24 Millionen Versicherten folgende Kassen angehören:

- Barmer GEK
- Techniker Krankenkasse
- Deutsche Angestellten-Krankenkasse
- KKH-Allianz
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- hkk

### IMPRESSUM

Herausgeber:  
Landesvertretung Bremen des vdek  
Bennigsenstraße 2-6 · 28207 Bremen  
Telefon: 04 21 / 16 56 56 · Telefax: 04 21 / 16 56 5-99  
Verantwortlich: Karl L. Nagel · Redaktion: Christiane Sudeck  
E-Mail: LV\_Bremen@vdek.com