

Zukunft der Pflege gestalten

**Fachgespräch der AWO Brandenburg
am 9.4.2019 in Potsdam**

Prof. Dr. Heinz Rothgang
SOCIUM - Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik
Universität Bremen

I. Einführung

- Einführung der Pflegeversicherung 1995 war großer sozialpolitischer Erfolg
- Voraussetzung für Einführung waren (faule) Kompromisse, deren Folgen jetzt korrigiert werden müssen
 - Enger Pflegebedürftigkeitsbegriff → mit PSG II korrigiert
 - Duales Versicherungssystem auch in der Langzeitpflege
 - Starre Sektorentrennung
 - Fehlende Leistungsdynamisierung
 - Falsche Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege
- Aktuelle Reformbedarfe resultieren überwiegend daraus
 - Sektorentrennung
 - Pflegenotstand
 - Finanzreform

Inhalt

- I. Sektorentrennung
- II. Pflegenotstand
- III. Finanzreform
- IV. Fazit

Inhalt

I. Sektorentrennung

II. Pflegenotstand

III. Finanzreform

IV. Fazit

I. Problematik der Sektorentrennung

- Trennung in ambulanten und stationären Sektor:
 - leistungsrechtlich (unterschiedliche Leistungshöhen nach SGB XI)
 - leistungserbringungsrechtlich (unterschiedliche Entgelte) und
 - ordnungsrechtlich (organisatorische und qualifikatorische Vorgaben)
- Trennung hemmt die Entwicklung innovativer Versorgungsmodelle und zwingt Modelle in einen der beiden Sektoren
- Pflegebedürftige treffen ihre Wahl für Versorgungsmodell nicht rein präferenzgesteuert, sondern auch aufgrund unterschiedlicher leistungsrechtlicher Regelungen
- Informelle Hilfenetzwerke brechen ab, sobald stationäre Pflege gewählt wird

I. Lösung: Aufhebung der Sektorentrennung

- Trennung der Leistungen nach „Wohnen“ und „Pflege“
- Formelle Pflegeleistungen werden gleichbehandelt unabhängig vom Ort der Leistungserbringung:
 - Leistungsrechtlich: Gleiche Leistungsbeträge im SGB XI

I. Leistungsangleichung ist leichter möglich

Tabelle 1: Leistungshöhen nach Inkrafttreten der Pflegeversicherung (€ / Monat)

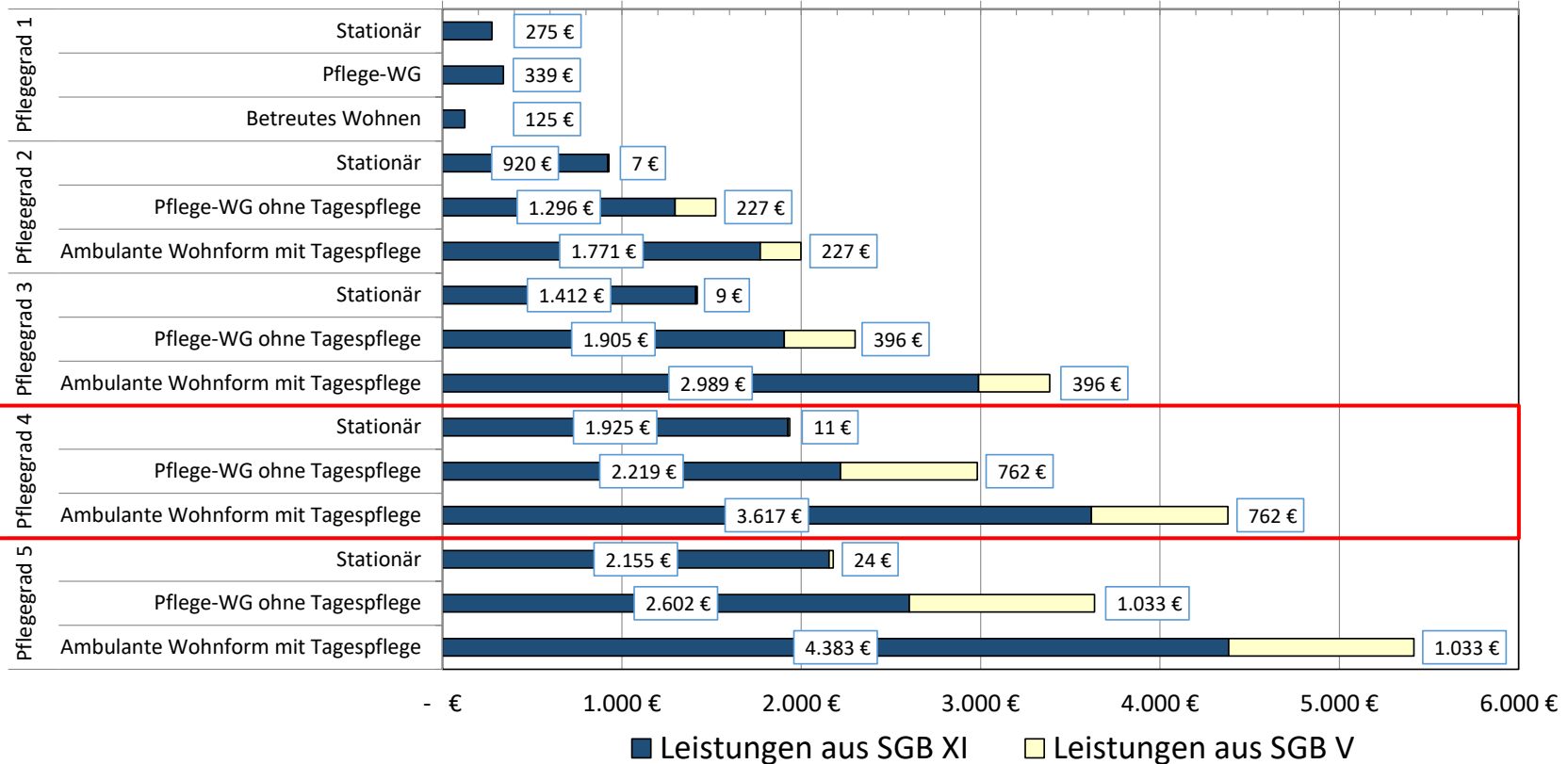
	(1) Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI)	(2) Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)	(3) = (2) – (1) Differenz der Beträge	(4) = (3) / (2) Differenz der Beträge als Anteil
Pflegestufe I	384	1.023	639	62%
Pflegestufe II	921	1.279	358	28%
Pflegestufe III	1.432	1.432	0	0%
Härtefälle	1.918	1.688	-230	-14%

Tabelle 2: Leistungshöhen nach Inkrafttreten des PSG II (€ / Monat)

	(1) Pflegesachleistungen	(2) Vollstationäre Pflege	(3) = (2) – (1) Differenz der Beträge	(4) = (3) / (2) Differenz der Beträge als Anteil
Pflegegrad 1	125	125	0	0
Pflegegrad 2	689	770	81	11 %
Pflegegrad 3	1.298	1.262	-36	3 %
Pflegegrad 4	1.612	1.775	163	-9 %
Pflegegrad 5	1.995	2.005	10	0 %

I. Leistungsangleichung ist leichter möglich

Vergleich der Einnahmepotenziale ausgewählter ambulanter und stationärer Pflegekonzepte aus Leistungen der Sozialversicherung (SGB XI und SGB V)



HKP-Leistungen sind aus BARMER Routinedaten für 2016 ermittelt. Die Zuordnung der Leistungen für häusliche Krankenpflege nach Pflegegraden wurde aus den vorliegenden Pflegestufen und dem PEA-Merkmal (eingeschränkte Alltagskompetenz). Dementsprechend konnten für Pflegegrad 1 keine HKP-Leistungen zugeordnet werden.

I. Lösung: Aufhebung der Sektorentrennung

- Trennung der Leistungen nach „Wohnen“ und „Pflege“
- Formelle Pflegeleistungen werden gleichbehandelt unabhängig vom Ort der Leistungserbringung:
 - Leistungsrechtlich: Gleiche Leistungsbeträge im SGB XI
 - Leistungserbringungsrechtlich: Modularisierung der Leistungen und gleiche Entgelte für gleiche Module unabhängig vom Ort der Leistungserbringung
 - Ordnungsrechtlich: Einheitliches Qualitätssicherungs- und (organisatorische und qualifikatorische Vorgaben)
- Zu- und Abwahloptionen in „Heimen“ ermöglichen die Einbeziehung von Familie und Zivilgesellschaft auch in diesem Setting und wird bei den Pflegesätzen berücksichtigt → Wider die „Profi-Falle“

Inhalt

I. Sektorentrennung

II. Pflegenotstand

1. Aktuelle Arbeitsmarktsituation
2. Projektionen für die Langzeitpflege
3. Konsequenz: Steigerung der Attraktivität der formellen Pflege

III. Finanzreform

IV. Fazit

II.1 Pflegenotstand

- Bereits heute herrscht Pflegenotstand.
 - Im Jahresdurchschnitt 2017:
 - 31 Tsd. offenen Stellen in der Altenpflege
 - Arbeitslosenquote für Pflegefachkräfte von 0,7%
 - Auf jeden Arbeitssuchenden kommen 5 offene Stellen
 - Pflegeheime haben wieder Wartelisten, ambulante Pflegedienste weisen Pflegebedürftige ab – aufgrund von Personal-mangel

Fachkräfte und Spezialisten Altenpflege Dezember 2017



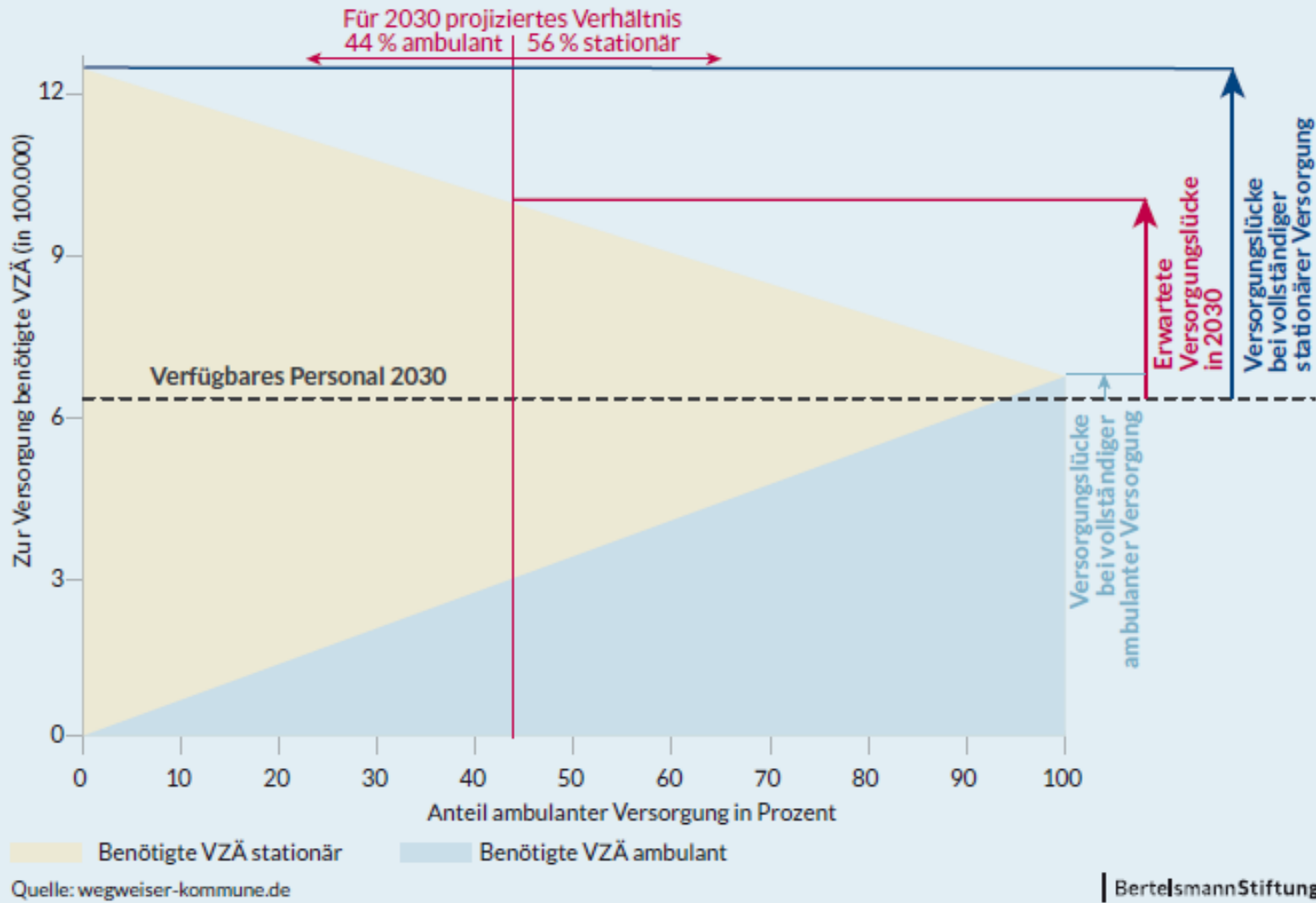
Datenquelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

II.2 Pflegenotstand

- Zahl der Pflegebedürftigen steigt weiter – bei sinkendem Erwerbspersonenpotential
 - Erwartete Steigerung der Pflegebedürftigenzahlen: 80%
 - Erwerbspersonenpotential geht um ein Viertel zurück
 - Anteil der Erwerbstätigen, die in der Langzeitpflege arbeiten, muss sich verdoppeln, um heutige Betreuungsrelationen zu erhalten
 - Wird nicht reagiert, wächst die Personallücke der Beschäftigten in der Langzeitpflege von 2013 bis 2035 um 350 Tsd. Vollzeitäquivalente

II.2 Zusätzliche Versorgungslücke in der Langzeitpflege 2030

ABBILDUNG 6 Zusätzliche Versorgungslücke in Abhängigkeit vom Anteil ambulanter formeller Pflege



350 Tsd.
Beschäftigte
in der Lang-
zeitpflege
(VZÄ)

Quelle: Rothgang
et al. 2015

II.3 Lösung: Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs

Wie soll die Versorgung zukünftig sichergestellt werden?

- Informelle Pflege?
 - Heute schon wird die Hälfte der Pflegebedürftigen ohne Beteiligung von formell Pflegenden versorgt
 - Es wird schwer genug sein, das aufrecht zu erhalten bei
 - sinkendem (Schwieger)töchterpotential
 - reduzierter Pflegebereitschaft von Familien
 - höherer Frauenerwerbstätigkeit
 - regionaler Mobilität
 - Migration?
 - Ähnliche demographische Entwicklung in OECD-Ländern
→ Verschiebung des Problems in andere Länder
 - Zeitversetzte Alterung auch in Schwellenländern (z.B. China)
 - Kulturelle Unterschiede
- **Formelle Pflege muss attraktiver werden**

II.3 Lösung: Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs

Wie soll die Versorgung zukünftig sichergestellt werden?

- Formelle Pflege muss attraktiver werden
 - a. Arbeitsbedingungen
 - b. Personalausstattung
 - c. Entlohnung

II.3a Arbeitsbedingungen in der Pflege

- Arbeitsbedingungen werden von Pflegenden als unzureichend beschrieben mit negativen Folgen für die Versorgung und für die Pflegenden, die nicht ihrem Berufsethos gemäß pflegen können.
- Arbeitsbelastungen sind in der Wahrnehmung der Betroffenen in den letzten Jahren gestiegen.

II.3a Pflege-Thermometer 2018



Abbildung 25: Arbeitsplatzbezogene Anforderungen für Pflegekräfte

II.3a Pflege-Thermometer 2018

Auswirkungen Personal (2017 gegenüber 2016)

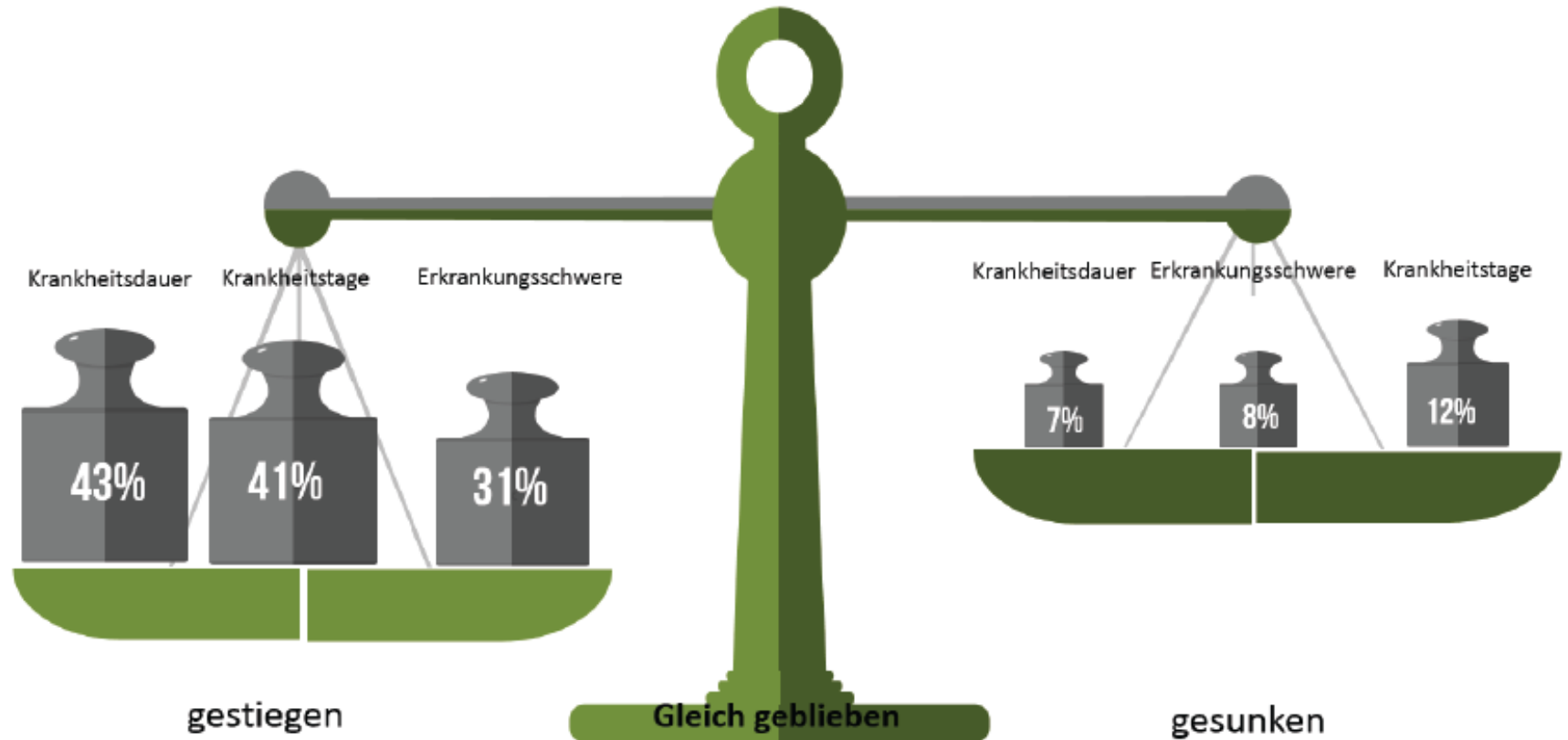


Abbildung 26: Gesundheitsbezogene Belastungen von Pflegekräften

II.3a Arbeitsbedingungen

- Arbeitsbedingungen werden von Pflegenden als unzureichend beschrieben mit negativen Folgen für die Versorgung und für die Pflegenden, die nicht ihrem Berufsethos gemäß pflegen können.
- Arbeitsbelastungen sind in der Wahrnehmung der Betroffenen in den letzten Jahren gestiegen
- Pflegekräfte fühlen sich gehetzt.

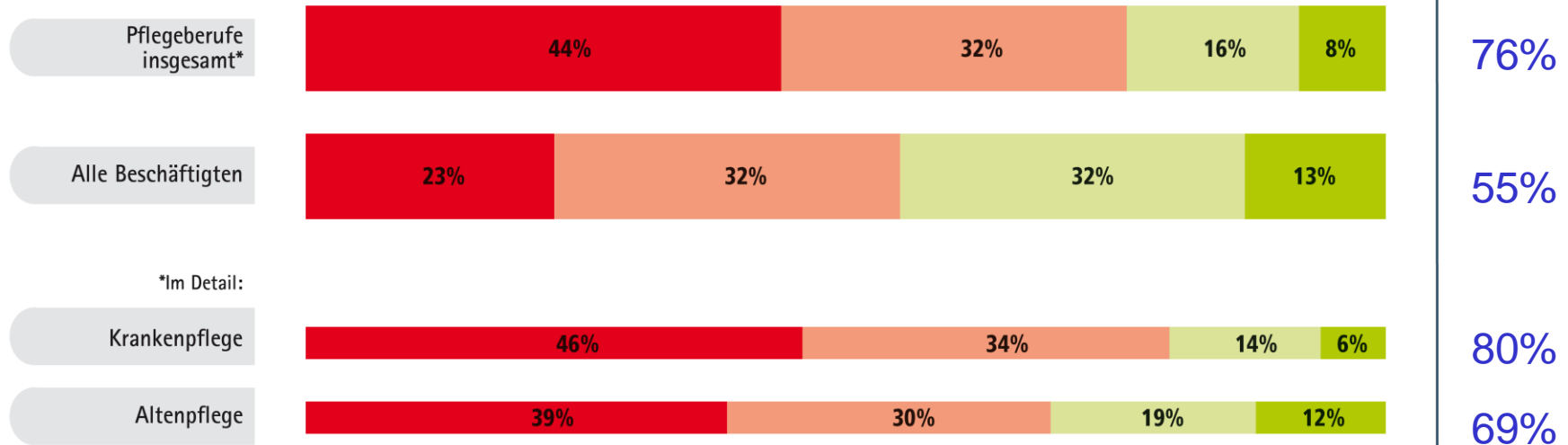
II.3a Arbeitsbedingungen: Zeitdruck

Abb. 4

Arbeitshetze im Pflegebereich

»Wie häufig fühlen Sie sich bei der Arbeit gehetzt oder stehen unter Zeitdruck?«

Sehr häufig Oft Selten Nie



© Institut DGB-Index Gute Arbeit · Quelle: DGB-Index Gute Arbeit 2012-2017



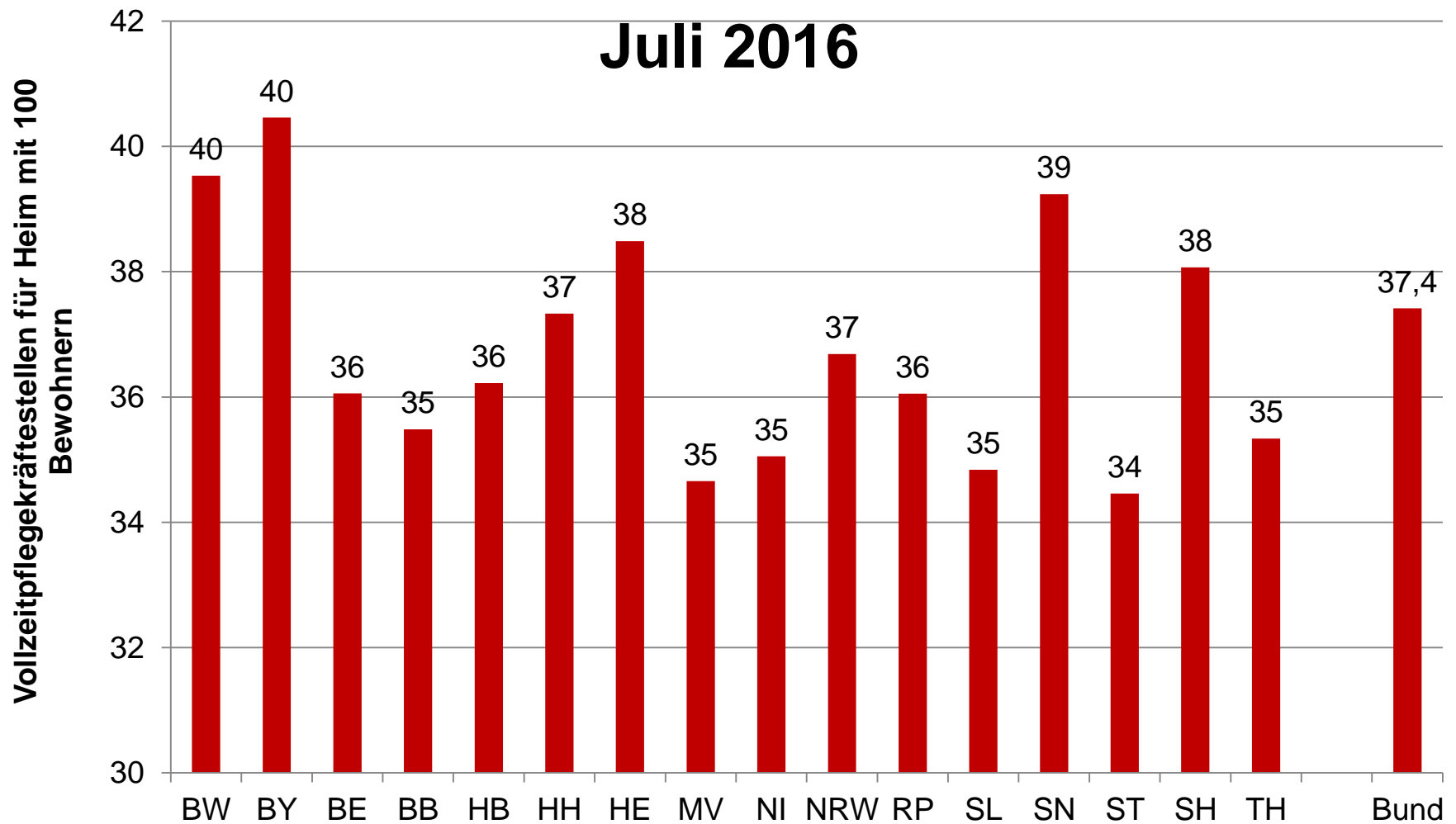
II.3a Arbeitsbedingungen

- Arbeitsbedingungen werden von Pflegenden als unzureichend beschrieben mit negativen Folgen für die Versorgung und für die Pflegenden, die nicht ihrem Berufsethos gemäß pflegen können.
 - Arbeitsbelastungen sind in der Wahrnehmung der Betroffenen in den letzten Jahren gestiegen
 - Pflegekräfte fühlen sich gehetzt.
 - Unzureichende Arbeitsbedingungen (Überlastung, Personalunterbesetzung, Pflege, die dem eigenen Berufsethos widerspricht) sind Hauptgrund für Berufsaustritte (NEXT-Studie)
- **Verbesserung der Personalausstattung ist angezeigt**

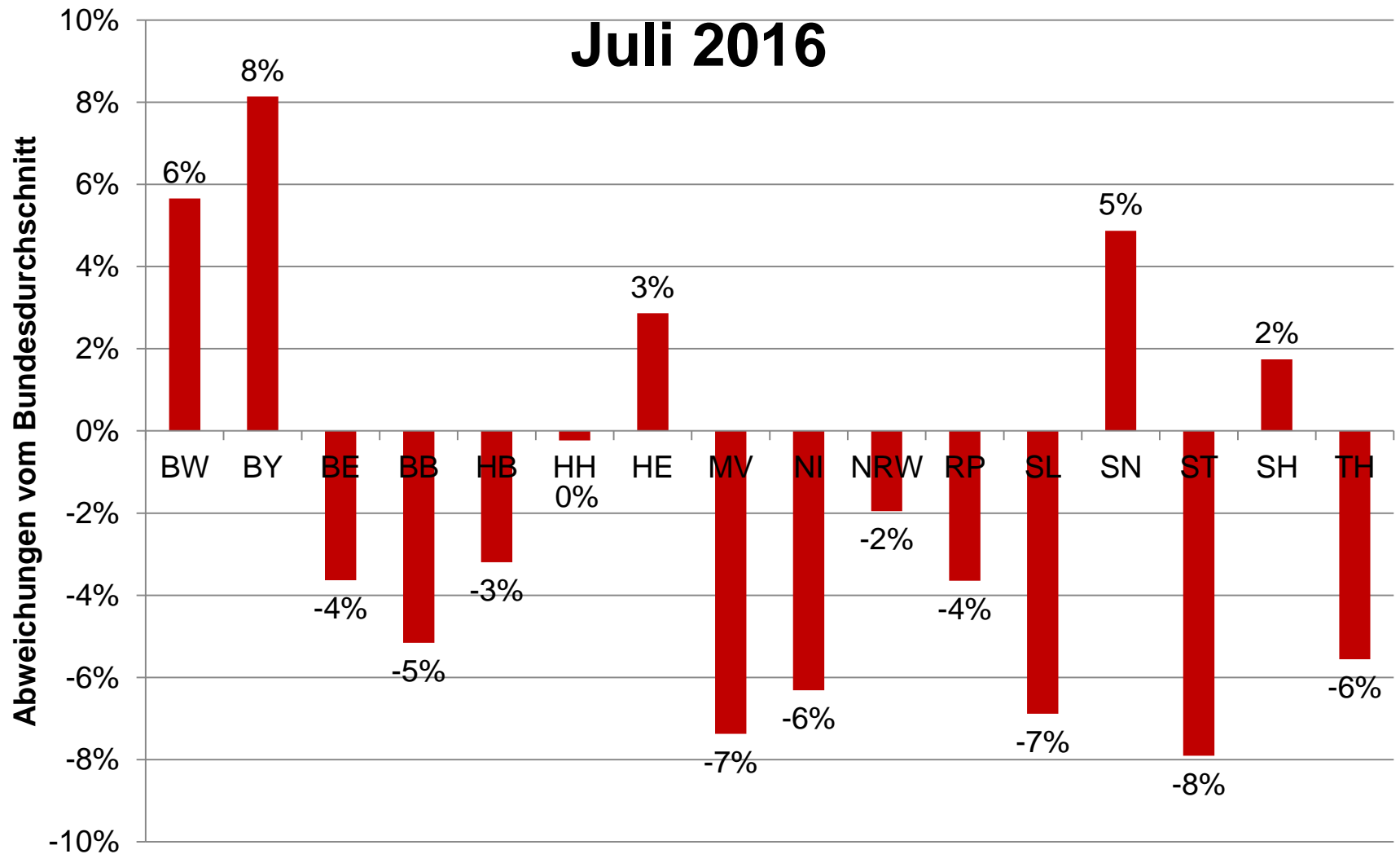
II.3b Personalausstattung

- Personalziffern zwischen den Ländern unterscheiden sich erheblich → ohne nachvollziehbare Begründung

II.3b Personalausstattung



II.3b Personalausstattung



II.3b Personalausstattung

- Personalziffern zwischen den Ländern unterscheiden sich erheblich → ohne nachvollziehbare Begründung
 - Personalausstattung wird häufig als zu niedrig beschrieben
 - Fachgerechte Pflege gilt als gefährdet
 - Schlechte Arbeitsbedingungen sind der Hauptgrund für Ausscheiden aus dem Pflegeberuf
 - Pflegenotstand wird verschärft
- **Mögliche Lösung: Einführung eines Personalbemessungsverfahrens gemäß § 113c SGB XI**

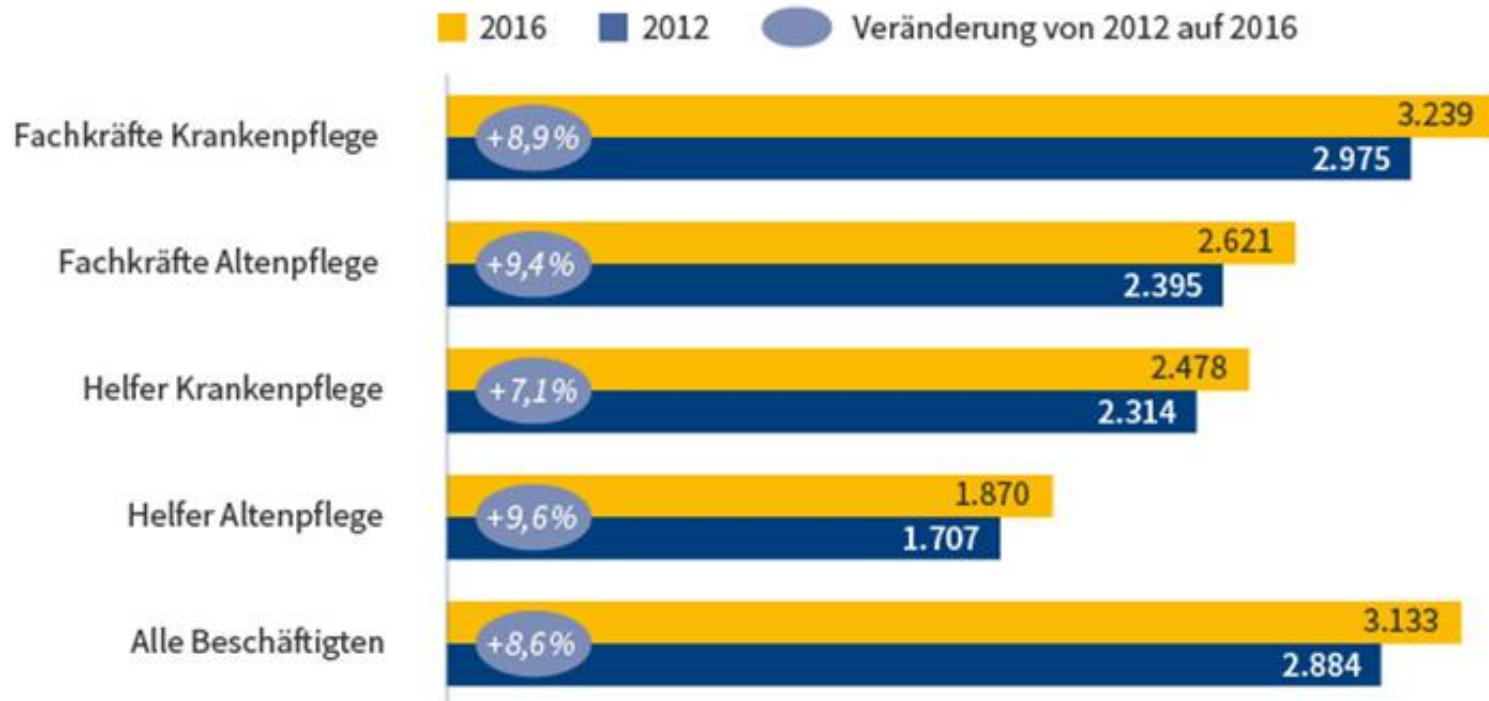
II.3c Entlohnung

- Fachkräfte in der Krankenpflege verdienen nicht schlecht – in der *Altenpflege* aber deutlich weniger
- KrankenpflegehelferInnen verdienen fast so viel wie Fachkräfte in der Altenpflege

II.3c Entlohnung (IAB 2016)

Abb. 1: Monatliche Bruttoentgelte¹ von Pflegekräften

in Euro



¹ von sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (in Vollzeit, ohne Auszubildende) im Jahresdurchschnitt, Medianwerte.

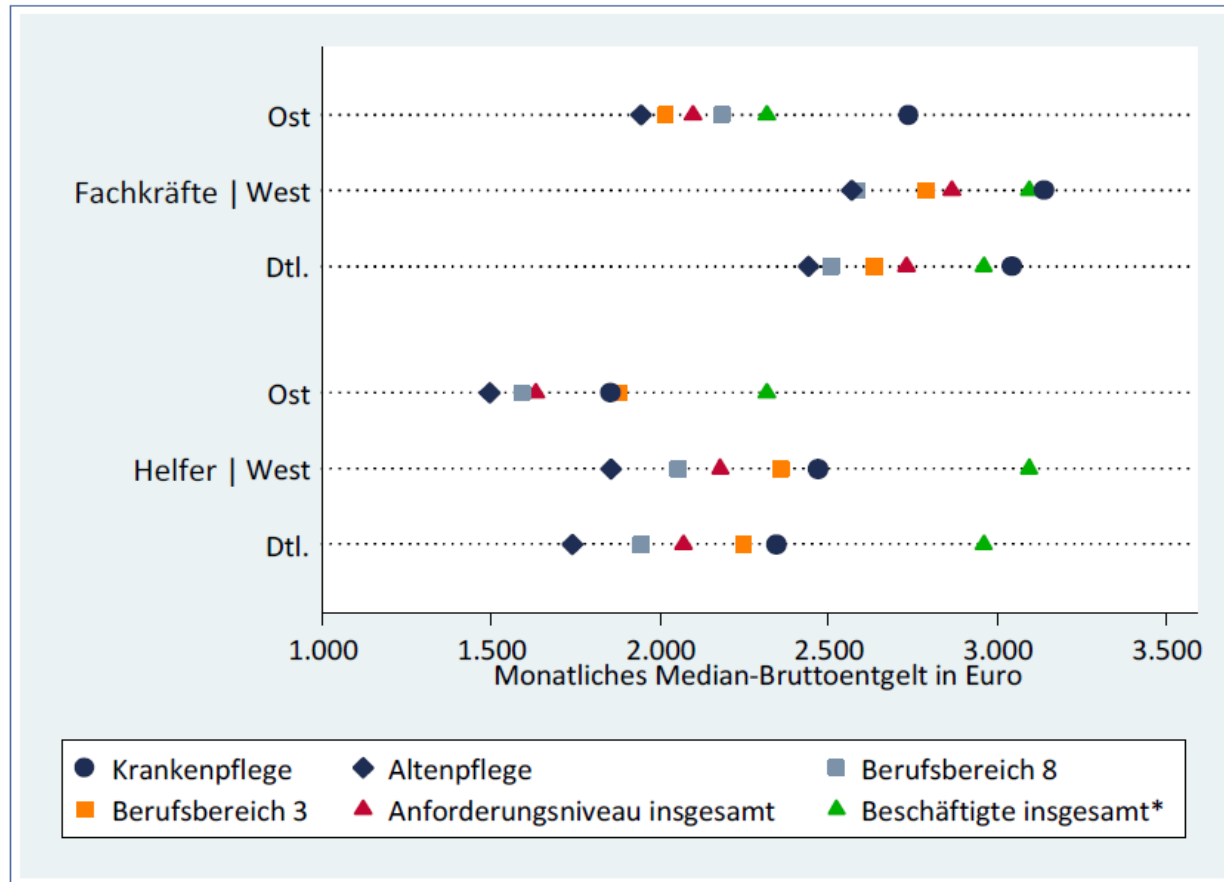
Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen. © IAB

II.3c Entlohnung

- Pflegefachkräfte verdienen nicht schlecht – in der Altenpflege aber deutlich weniger
- KrankenpflegehelferInnen verdienen fast so viel wie Fachkräfte in der Altenpflege
- Krankenpflegefachkräfte verdienen sogar mehr als andere Fachkräfte – Altenfachkräfte weniger

II.3c Entgelte im Vergleich (IAB 2015) – Laumann-Studie)

Abbildung 5: Monatliche Median-Bruttoentgelte in den Pflegeberufen und ausgewählten Vergleichsgruppen (in Euro, 2013)



Berufsbereich 3:
Bau, Architektur,
Vermessung und
Gebäudetechnik

Berufsbereich 8:
Gesundheit,
Soziales, Lehre und
Erziehung

* Beschäftigte insgesamt über alle Anforderungsniveaus hinweg.

Anm.: Daten vor der Revision der Beschäftigungsstatistik; Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ohne Auszubildende in Vollzeit.

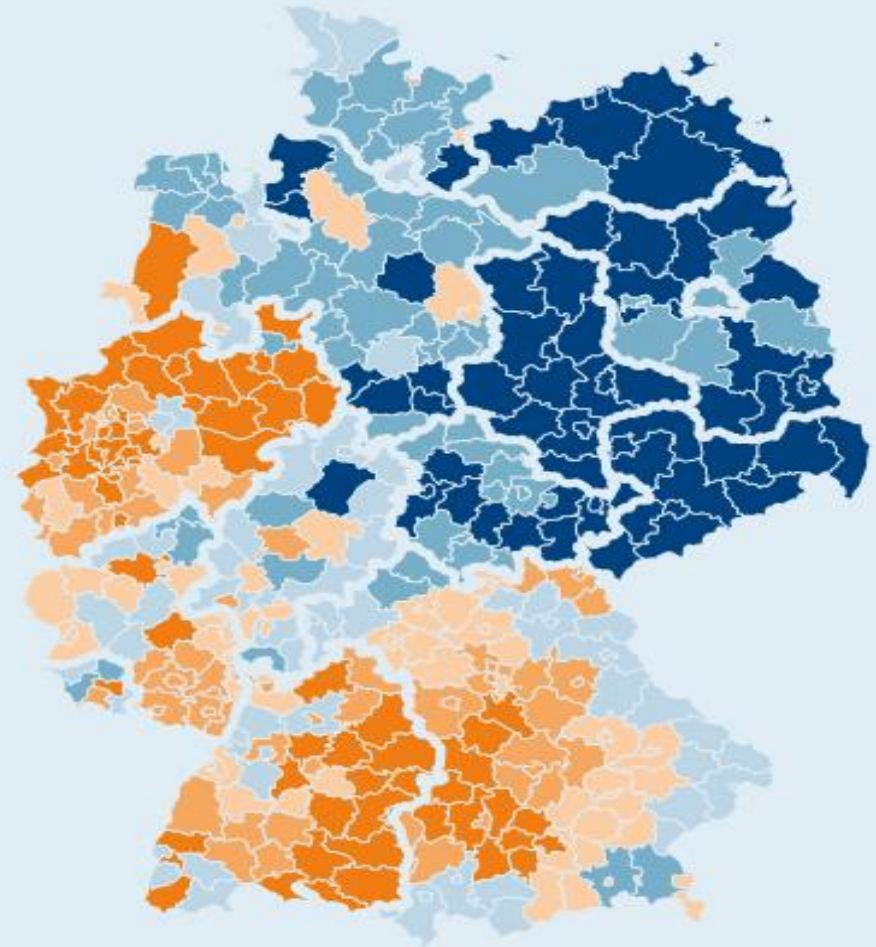
Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

II.3c Entlohnung

- Pflegefachkräfte verdienen nicht schlecht – in der Altenpflege aber deutlich weniger
- KrankenpflegehelferInnen verdienen fast so viel wie Fachkräfte in der Altenpflege
- Krankenpflegefachkräfte verdienen sogar mehr als andere Fachkräfte – Altenfachkräfte weniger
- Zudem sind regionale Unterschiede beachtlich

II.3c Entgelte, regional

Abbildung 22: **Monatliches Bruttoarbeitsentgelt in der Pflegewirtschaft**



Euro – Stadt- und Landkreise (402)

>1714 – 2113 (67) >2113 – 2392 (67) >2392 – 2554 (67)
>2554 – 2640 (67) >2640 – 2752 (67) >2752 – 3192 (67)

Quelle: BA: Sonderauswertung der Beschäftigungsstatistik (2013);
Berechnung Prognos AG (2016)

| BertelsmannStiftung

II.3c Entlohnung

- Pflegefachkräfte verdienen nicht schlecht – in der Altenpflege aber deutlich weniger
- KrankenpflegehelferInnen verdienen fast so viel wie Fachkräfte in der Altenpflege
- Krankenpflegefachkräfte verdienen sogar mehr als andere Fachkräfte – Altenfachkräfte weniger
- Zudem sind regionale Unterschiede beachtlich
- **Pflegekräfte halten ihre Entlohnung mehrheitlich für nicht angemessen**

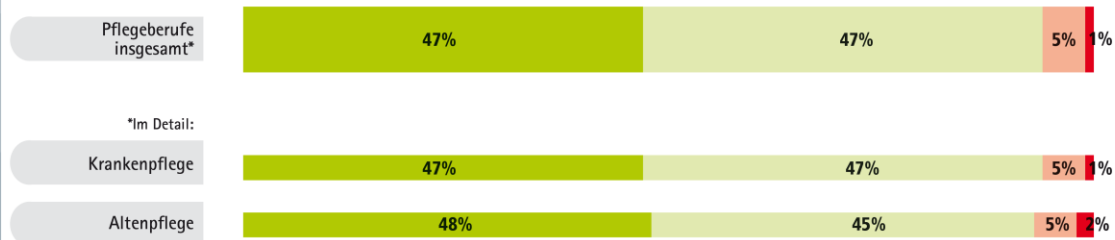
II.3c Zufriedenheit mit der Entlohnung

Abb. 3

Pflegearbeit: Gesellschaftlich außerordentlich nützlich, völlig unangemessen bezahlt – so sehen die Beschäftigten die Lage

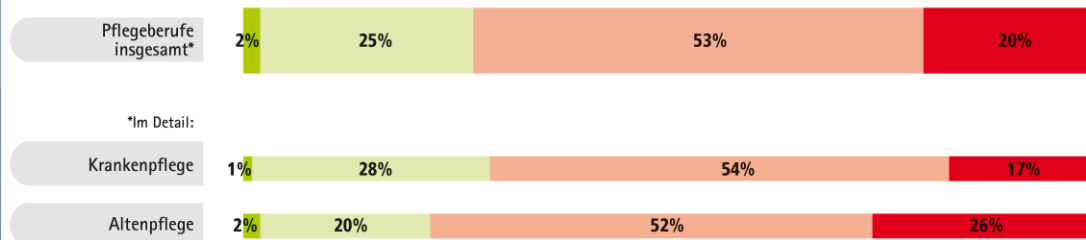
»Haben Sie den Eindruck, dass Sie mit Ihrer Arbeit einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft leisten?«

In sehr hohem Maß In hohem Maß In geringem Maß Gar nicht



»Wenn Sie an Ihre Arbeitsleistung denken, inwieweit halten Sie Ihr Einkommen für angemessen?«

In sehr hohem Maß In hohem Maß In geringem Maß Gar nicht



© Institut DGB-Index Gute Arbeit · Quelle: DGB-Index Gute Arbeit 2012-2017



II.3c Zwischenfazit

- Die Entlohnung ist für Fachkräfte in der Krankenpflege sogar überdurchschnittlich, für Fachkräfte in der Altenpflege dagegen deutlich niedriger
- Pflegekräfte halten ihre Entlohnung – angesichts ihrer Leistung für die Gesellschaft – für unzureichend
- Hauptgründe für Ausstiege aus dem Beruf sind aber die Arbeitsbedingungen
 - Plexit-Monitor von Hartmann: „permanenter Personalmangel (72%) und „generell hohe Arbeitsbelastung“ (57%) als Hauptgründe für berufliche Unzufriedenheit
- Entlohnung ist trotzdem ein zentraler Faktor – insbesondere für die Rekrutierung des Nachwuchses

Inhalt

I. Sektorentrennung

II. Pflegenotstand

III. Finanzreform

1. Warum eine Finanzreform notwendig ist
2. Lösungsoption I: Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege
3. Lösungsoption II: Sockel-Spitze-Tausch
4. Lösungsoption III: Steuerfinanzierung
5. Lösungsoption IV: Bürgerversicherung

IV. Fazit

III.1 Warum eine Reform notwendig ist

Die Notwendigkeit einer Systemreform ergibt sich aus

1. steigenden Eigenanteilen, die die finanziellen Möglichkeiten der Heimbewohner übersteigen und
2. der fehlenden Lebensstandardsicherung der Pflegebedürftigen

III.1 Entwicklung der Eigenanteile

- Ziel bei Einführung der Pflegeversicherung war, dass die Pflegeversicherungsleistungen im Durchschnitt ausreichen, um die Pflegekosten zu finanzieren:

„Die Pflegekasse ... trägt ... den pflegebedingten Aufwand für die im Einzelfall erforderlichen Leistungen der Grundpflege, der aktivierenden Pflege und für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, soweit letztere nicht von den Krankenkassen oder anderen Leistungsträgern zu tragen sind“

(Gesetzesbegründung: PflegeVG-E, S. 115)

„Die Pflegeversicherung ... soll eine Grundversorgung sicherstellen, die im Regelfall ausreicht, die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken“

(1. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung (1997), S. 8f.)

III.1 Entwicklung der Eigenanteile

- Ziel bei Einführung der Pflegeversicherung war, dass die Pflegeversicherungsleistungen im Durchschnitt ausreichen, um die Pflegekosten zu finanzieren.
- 1996 haben die Versicherungsleistungen ausgereicht, um die durchschnittlichen Pflegesätze (zumindest in Stufe I und II) zu finanzieren.

III.1 Entwicklung der Eigenanteile: 1996-1999

Tabelle 3: Pflegevergütung und Eigenanteile in den 1990er Jahren

Jahr		Pflegevergütung			Eigenanteil an Pflegevergütung			Belegungsanteile ¹			Durchschnittlicher Eigenanteil
		Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe I	Stufe II	Stufe III	
1996	Rheinland	906	1.268	1.903	-117	-10	471	30%	46%	25%	77
1998	Rheinland	976	1.363	2.037	-47	85	605	30%	46%	25%	174
1999	NRW	1.156	1.582	2.281	133	303	850	30%	46%	25%	388
1999	Bund	1.156	1.521	1.977	133	242	545	32%	45%	23%	277

Anmerkung: Die für 1999 in NRW erhobenen Belegungsanteile wurden für das Rheinland für die Jahre 1996 und 1998 in den Berechnungen zugrunde gelegt. Die Werte für 1996 beziehen sich auf den 30. Juni, die für 1998 auf den 1. Januar und die für 1999 auf den 15. Dezember.

Quellen: Roth/Rothgang 1999; Statistisches Bundesamt 2002: 13.

III.1 Entwicklung der Eigenanteile

- Ziel bei Einführung der Pflegeversicherung war, dass die Pflegeversicherungsleistungen im Durchschnitt ausreichen, um die Pflegekosten zu finanzieren.
- 1996 haben die Versicherungsleistungen ausgereicht, um die durchschnittlichen Pflegesätze (zumindest in Stufe I und II) zu finanzieren.
- Die fehlende / unzureichende Dynamisierung bis heute hat zu permanent steigenden Eigenanteilen geführt – und das PSG II hat nur sehr gering und temporär entlastet.

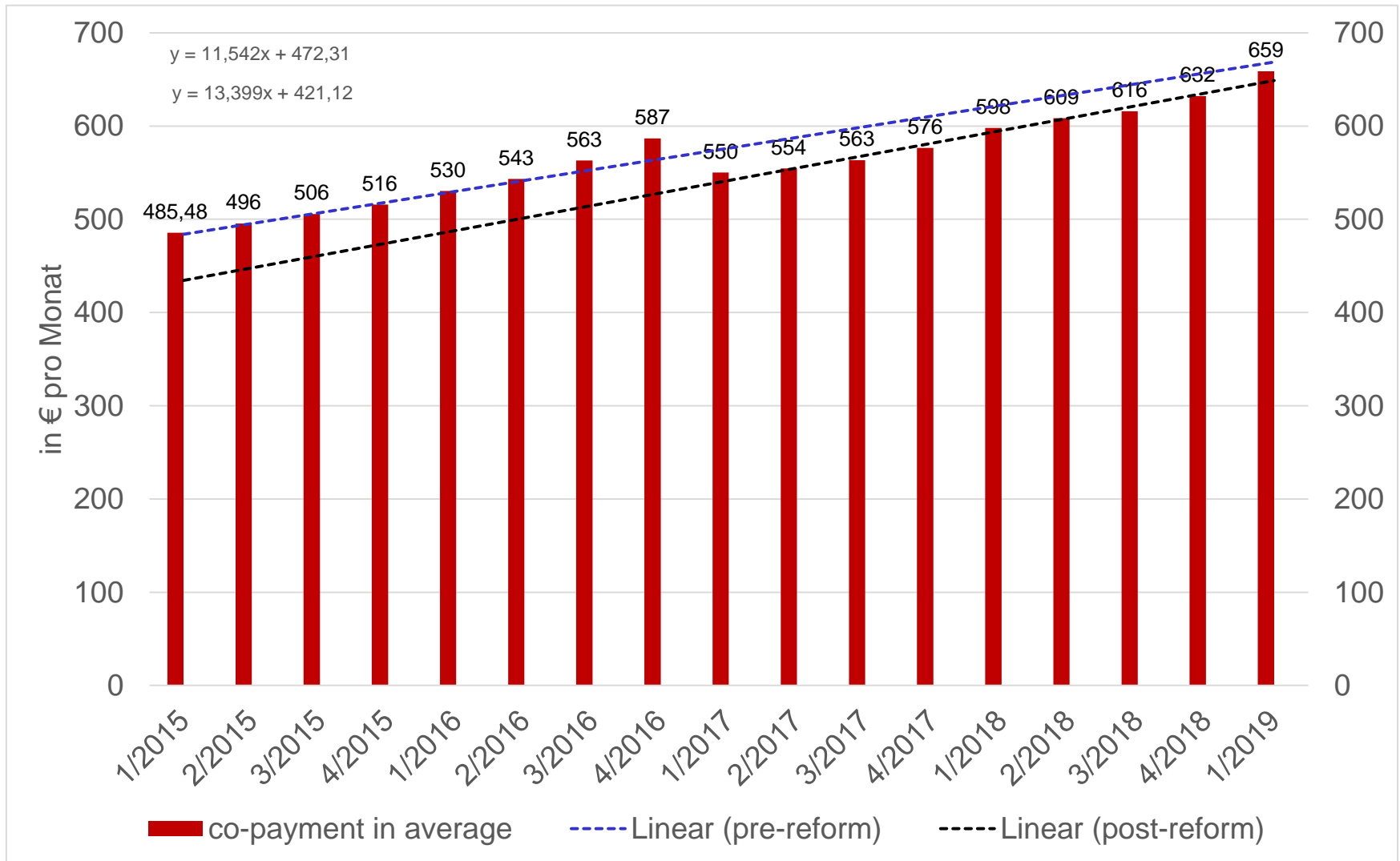
III.1 Entwicklung der Eigenanteile: 1999-2017

Tabelle 2: Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten in vollstationärer Pflege

Jahr	Pflegevergütung			Eigenanteil an Pflegevergütung			Belegungsanteile			Durchschnittlicher Eigenanteil	
	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe I	Stufe II	Stufe III		
1999	1.156	1.521	1.977	133	242	545	32%	45%	23%		277
2001	1.186	1.582	2.008	163	303	576	33%	45%	22%		316
2003	1.247	1.673	2.099	224	394	667	34%	45%	21%		394
2005	1.277	1.702	2.128	254	423	696	35%	44%	21%		422
2007	1.307	1.733	2.158	284	454	726	36%	43%	21%		449
2009	1.362	1.792	2.249	339	513	779	38%	42%	20%		502
2011	1.369	1.811	2.278	346	532	768	39%	41%	20%		507
2013	1.414	1.875	2.365	391	596	815	39%	41%	20%		560
2015	1.490	1.973	2.485	426	643	873	40%	40%	20%		602

Quellen: Eigene Berechnungen auf Basis der Angaben der Pflegestatistik für 2009-2015.

III.1 Entwicklung der Eigenanteile: 2015-2019



III.1 Entwicklung der Eigenanteile: Status quo

Tabelle 1: Vom Pflegebedürftigen zu tragenden Teile der Heimvergütung pro Monat

Bundesland	EEE	U&V	IK	EEE + U&V	EEE+ U&V+IK
Baden-Württemberg	778	746	334	1.524	1.858
Bayern	728	621	364	1.349	1.713
Berlin	863	576	362	1.440	1.802
Brandenburg	503	576	302	1.079	1.381
Bremen	474	727	525	1.201	1.725
Hamburg	612	743	496	1.355	1.850
Hessen	592	624	467	1.217	1.684
Mecklenburg-Vorpommern	306	536	300	842	1.142
Nordrhein-Westfalen	766	967	520	1.733	2.252
Niedersachsen	352	561	408	913	1.321
Rheinland-Pfalz	669	815	411	1.485	1.895
Saarland	869	819	506	1.688	2.194
Sachsen	312	531	288	843	1.131
Sachsen-Anhalt	303	531	273	834	1.107
Schleswig-Holstein	293	681	466	974	1.439
Thüringen	234	684	289	918	1.206
Deutschland	587	703	401	1.290	1.691

- Je nach Bundesland sind die durchschnittlichen Eigenanteile deutlich höher
- Auf Einrichtungsebene gibt es noch stärkere Abweichungen nach oben

Quelle: Rothgang et al. 2017: 31, basierend auf Daten von 11.129 vollstationären Pflegeeinrichtungen gemäß Angaben im Pflegelotsen, freundlicherweise zur Verfügung gestellt vom vdek.

III.1 Entwicklung der Eigenanteile

- Ziel bei Einführung der Pflegeversicherung war, dass die Pflegeversicherungsleistungen im Durchschnitt ausreichen, um die Pflegekosten zu finanzieren
- 1996 haben die Versicherungsleistungen ausgereicht, um die durchschnittlichen Pflegesätze (zumindest in Stufe I und II) zu finanzieren
- Die fehlende / unzureichende Dynamisierung bis heute hat zu permanent steigenden Eigenanteilen geführt – und das PSG II hat nur sehr gering und temporär entlastet.
- Kommt es zu Lohn- und Personalmengensteigerungen werden die Eigenanteile deutlich steigen, da die Dynamisierungsregeln des § 30 SGB XI dafür nicht ausgelegt sind

III.1 Zukünftige Entwicklung der Eigenanteile

- Nächste planmäßige Leistungsdynamisierung ist 2020/21
→ in den nächsten Jahren werden die Eigenanteile weiter steigen
- Geplante Maßnahmen zur Verbesserung der Entlohnung von Pflegekräften führen zu höheren Pflegekosten
- Verbesserung der Personalstruktur führt zu höheren Pflegekosten.
- Beide Maßnahme sind notwendig, um die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen und so den Pflegenotstand abzuwenden.
- **Wenn nichts an der Finanzarchitektur der Pflegeversicherung geändert wird, explodieren die Eigenanteile**

III.1 Fehlende Lebensstandardsicherung

- Der deutsche Sozialstaat klassifiziert im internationalen Vergleich als „konservativer Sozialstaat“.
- Ziel eines konservativen Sozialstaats ist nicht nur die die Armutsvermeidung (liberaler Sozialstaat) und auch nicht nur die Umverteilung (sozialdemokratischer Sozialstaat), sondern die Lebensstandardsicherung.
- Lebensstandardsicherung impliziert, dass sich „Leistung lohnt“ und der einmal erreichte soziale Status gegen soziale Risiken abgedeckt wird.
- Bei Alter und Krankheit ist dies dem Grunde nach gewährleistet, bei Pflege nicht.

III.1 Fehlende Lebensstandardsicherung

- Gesetzliche Pflegeversicherung ist Teilleistungssystem. Oberhalb der pauschalen bzw. gedeckelten Leistungen ist der Eigenanteil 100%.
- Lebensstandardsicherung wäre nur möglich, wenn die „Lücke“ durch Sparen oder Versicherung geschlossen werden kann. GAP-Versicherungen sind nicht im Angebot.
- Private Pflegegeldversicherungen können Lücke nicht schließen, weil deren Höhe unbekannt ist.
- Lebensstandardsicherung ist auch bei privater Zusatzversicherung nicht möglich, da die Höhe des Risikos (der Lücke) bei Vertragsabschluss nicht bekannt ist.

III.2 Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege

- Medizinische Behandlungspflege (MBP) gehört systematisch in den „cure“ und nicht in den „care“-Bereich.
- In häuslicher Pflege wird sie als „häusliche Krankenpflege“ sachgerecht von der GKV finanziert.
- In stationärer Pflege ist die „medizinische Behandlungspflege“ in den Leistungssätzen der Pflegeversicherung enthalten.
- Da die Versicherungsleistungen aber deutlich niedriger sind als die Pflegesätze zahlen die Pflegebedürftigen ihre Behandlungspflege de facto selbst.

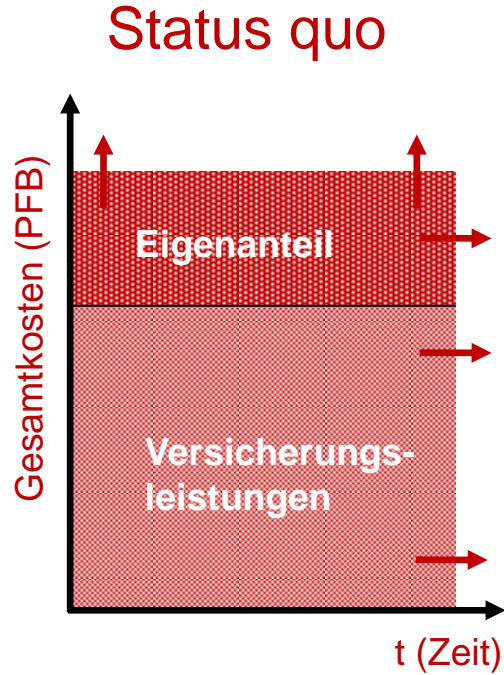
III.2 Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege

- Eine Verlagerung der Finanzierungskompetenz für MBP von der Pflege- in die Krankenversicherung
 - führt zu einer sachgerechten Zuordnung zum „cure“-Bereich
 - beseitigt die Ungleichbehandlung der Settings und ist damit Voraussetzung für eine Aufhebung der Sektorengrenze
 - erhält den Versicherten ihren Versicherungsanspruch.
- Realisierung:
 - Ärzte stellen Verordnung aus
 - Heime erbringen die Leistungen und rechnen mit der Krankenkasse ab
 - Heimentgelte werden um diese Beträge gekürzt
→ Pflegebedürftige werden entlastet

III.2 Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege

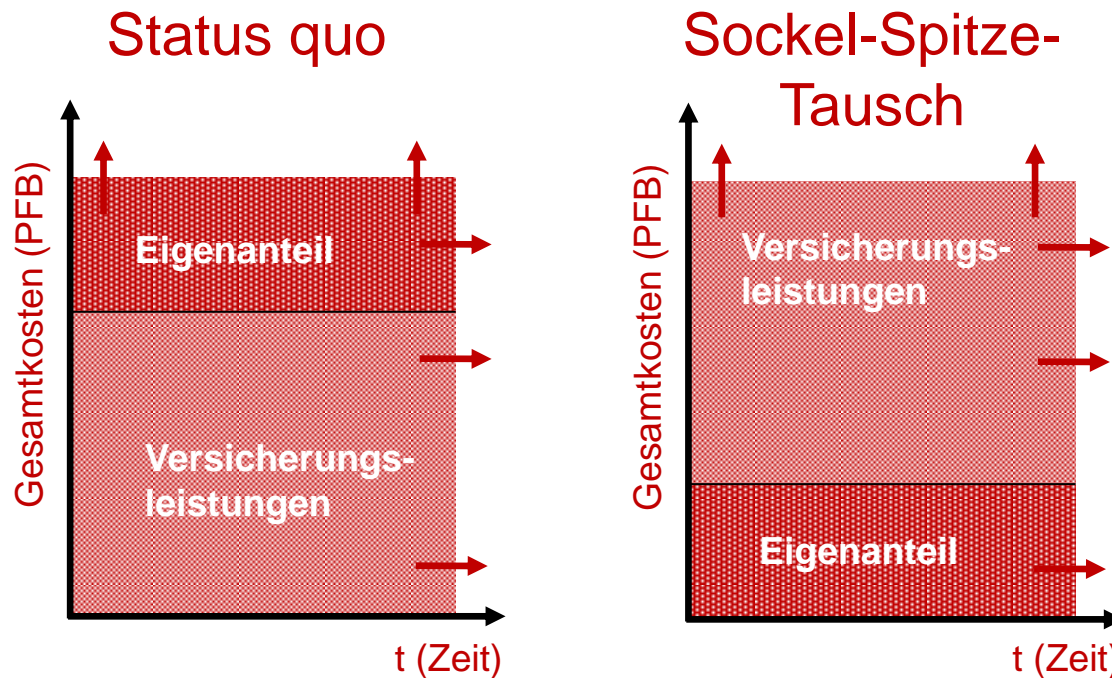
- Ausgaben für medizinische Behandlungspflege werden auf 2-3 Mrd. Euro geschätzt. Durch Umfinanzierung können Heimbewohner um mehr als 200-300 Euro im Monat entlastet werden.
- Die Regelung im Koalitionsvertrag ist wenig geeignet:
 - Kosten für 13 Tsd. Stellen für medizinische Behandlungspflege in Heimen liegen bei 650 Mio. Euro und decken die Kosten der medizinischen Behandlungspflege nur teilweise
 - Es ist sehr unwahrscheinlich, dass die 13 Tsd. Stellen besetzt werden können → Besetzung überwiegend mit Hilfskräften
 - Die Zuflüsse aus der GKV werden nicht zur Entlastung der Heimbewohner eingesetzt, sondern zur Finanzierung gleichwohl notwendiger Personalverbesserungen in Pflegeheimen

III.3 Grundidee des Sockel-Spitze-Tauschs



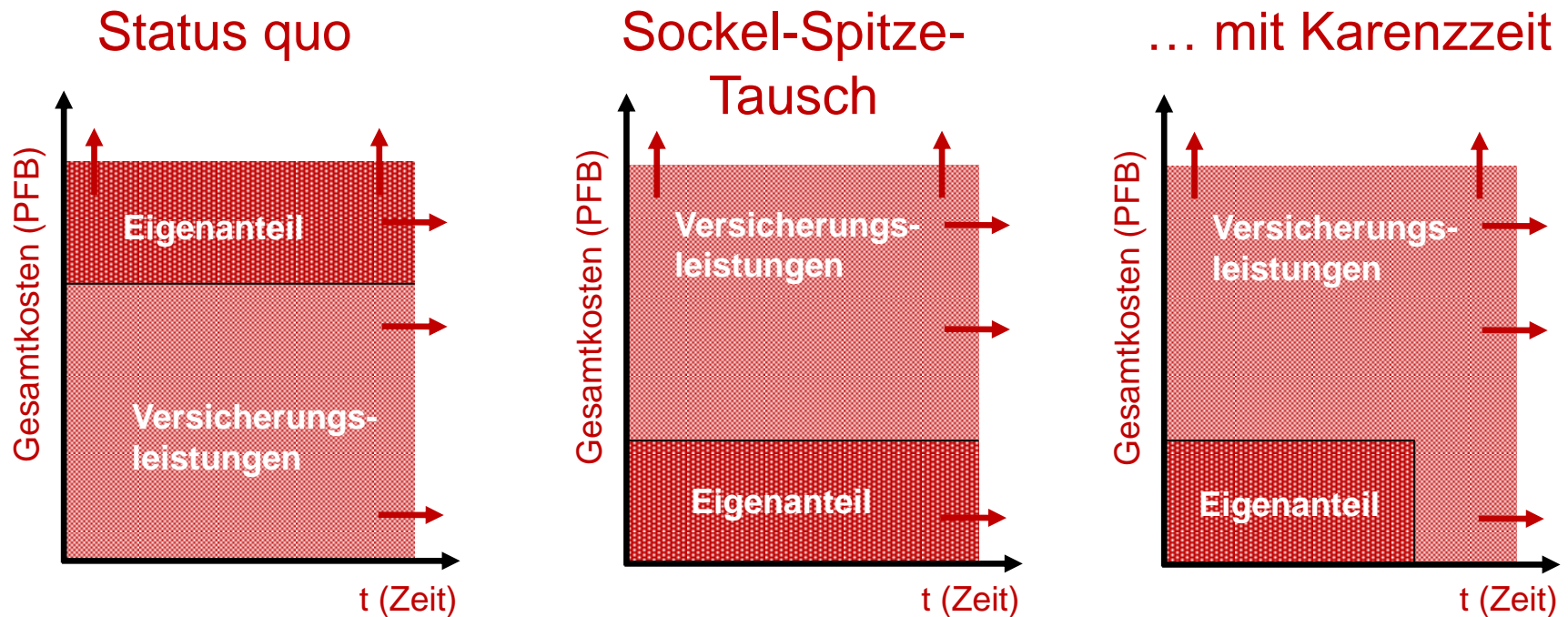
III.3 Grundidee des Sockel-Spitze-Tauschs

- Grundidee: Austausch von Finanzierungssockel und Finanzierungsspitze



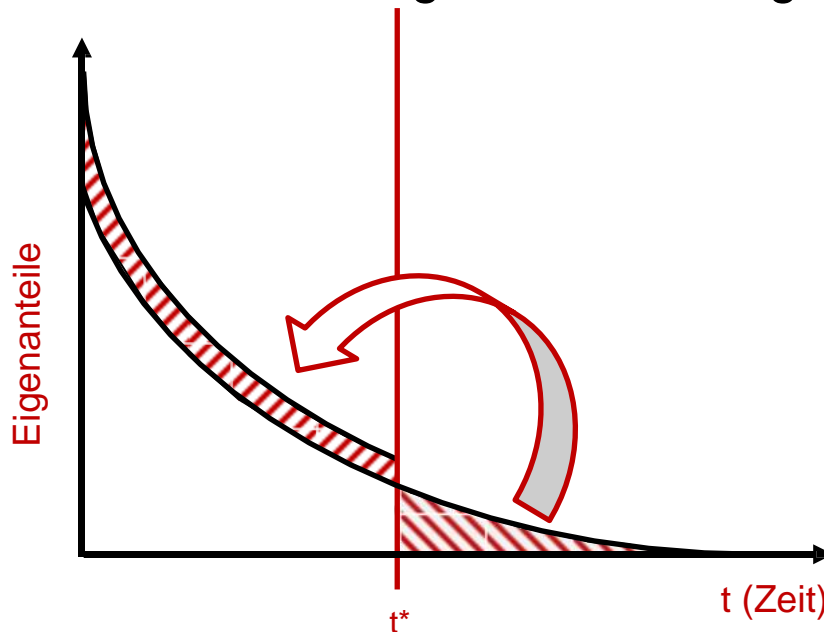
III.3 Grundidee des Sockel-Spitze-Tauschs

- Grundidee: Austausch von Finanzierungssockel und Finanzierungsspitze
- Zur vollständigen Absicherung des Pflegerisikos ist jedoch zusätzlich eine zeitliche Komponente erforderlich.



III.3 Grundidee des Sockel-Spitze-Tauschs

- Die schraffierte Fläche zeigt die Eigenanteilsausgaben aufgrund von Langlebigkeit, die individuelle Vorsorge durch Sparen praktisch unmöglich machen, die kollektiv aber kalkulierbar und damit versicherbar sind.
- Diese werden nun in einen gleichmäßigen Zuschlag zu den bestehenden Eigenanteilen im gesetzten Zeitraum transformiert



- Der Zeitraum bis t^* kann auch als Karenzzeit angesehen werden, danach entfallen Eigenanteile und die Versicherung übernimmt die gesamten Kosten.

III.3 Einheitlicher oder sektorspezifischer Sockel?

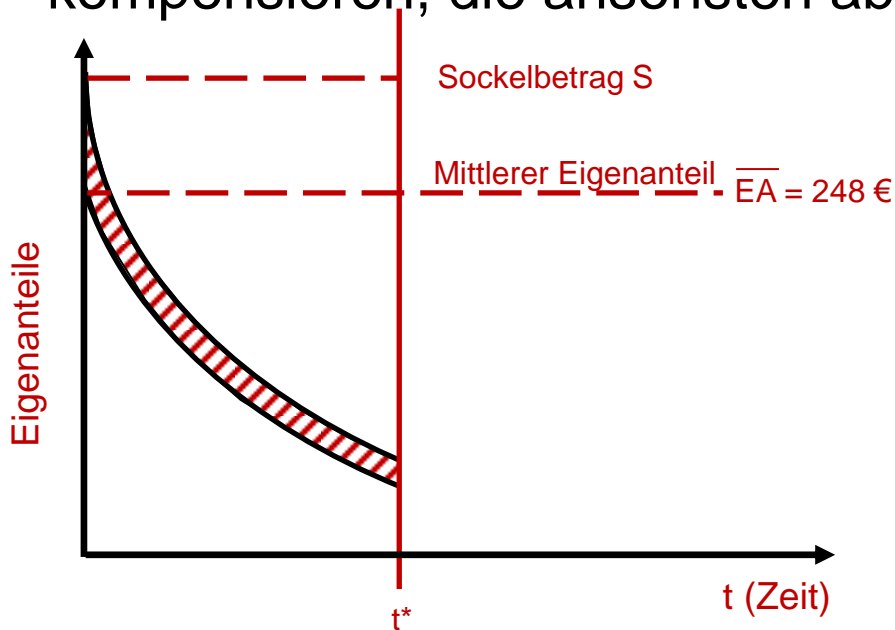
- Der Sockel-Spitze-Tausch kann
 - a) auf den stationären Sektor begrenzt werden
 - b) mit differenzierten Sockelbeträgen für ambulant und stationär umgesetzt werden
 - c) einheitlich für alle Formen der formellen Pflege gelten
- Sektorale Sockel erleichtern die Umsetzung. Soll gleichzeitig die Sektorentrennung aufgehoben werden, kommt nur ein einheitlicher Sockel in Frage

III.3 Höhe des Sockels

- Die Höhe des Sockels kann politisch gesetzt werden:
 - Sockelbetrags entspricht den derzeitigen privat finanzierten Leistungen → Ausgabenneutralität für die SPV

III.3 Höhe des Sockels

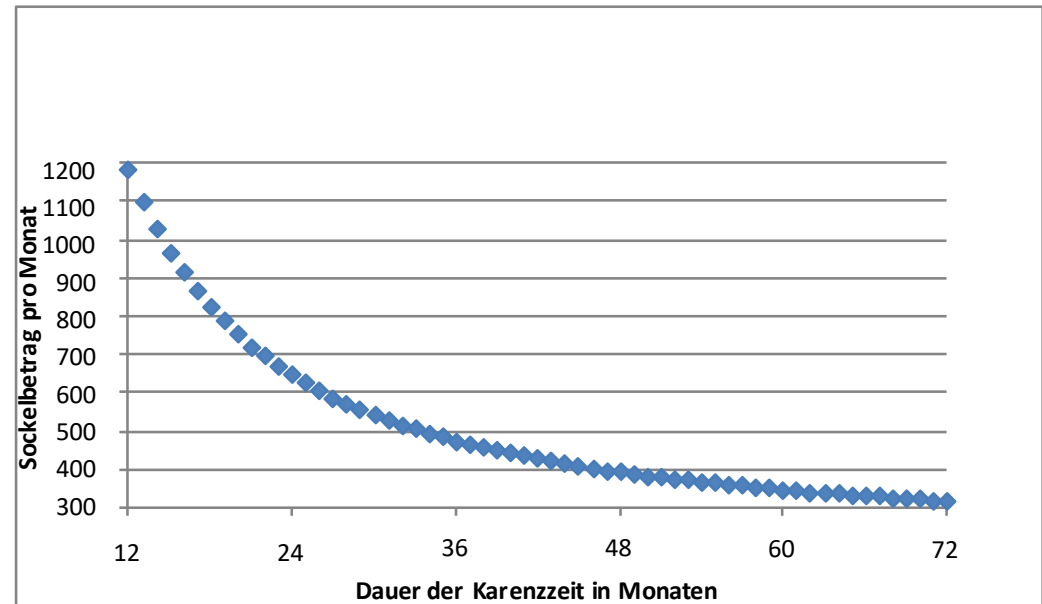
- Die für Pflegebedürftige im Jahr 2017 zu erwartenden durchschnittlichen Eigenanteile liegen bei 580 € / Monat bei stationärer und ca. 125 € in ambulanter Versorgung. Das gewogene Mittel wird hier mit 248 € angesetzt.
- Wird der Betrag addiert, der notwendig ist, um die Zahlungen zu kompensieren, die ansonsten ab t^* anfallen, durch die zeitliche Begrenzung der Eigenanteilszahlung jetzt aber wegfällt, erhöht sich der notwendige monatliche Betrag auf den Sockelbetrag S . Seine Höhe ist abhängig von der Setzung von t^* .



III.3 Vollversicherung mit fixem Eigenanteil

- Modellrechnung:
 - Überlebensdauern in Pflege gemäß Kassendaten
 - Eigenanteile in Heimpflege: 580 Euro
 - Eigenanteile in häuslicher Pflege 125 Euro
 - Gemittelter durchschnittlicher Eigenanteil 248 Euro

t* (in Monaten)	Sockelbetrag (in €)
12	1.182
24	643
36	470
48	388
60	343
72	315



III.3 Vollversicherung mit fixem Eigenanteil

Gemeinsame Annahmen:
Überlebensdauern in Pflege gemäß Kassendaten
Eigenanteile in häuslicher Pflege 125 Euro

Ohne Umfinanzierung MBP
Eigenanteil stationär: 580 Euro
Gemittelter Eigenanteil: 248

t* (in Monaten)	Sockelbetrag (in €)
12	1.182
24	643
36	470
48	388
60	343
72	315

mit Umfinanzierung MBP
Eigenanteil stationär: 350 Euro
gemittelter Eigenanteil: 186

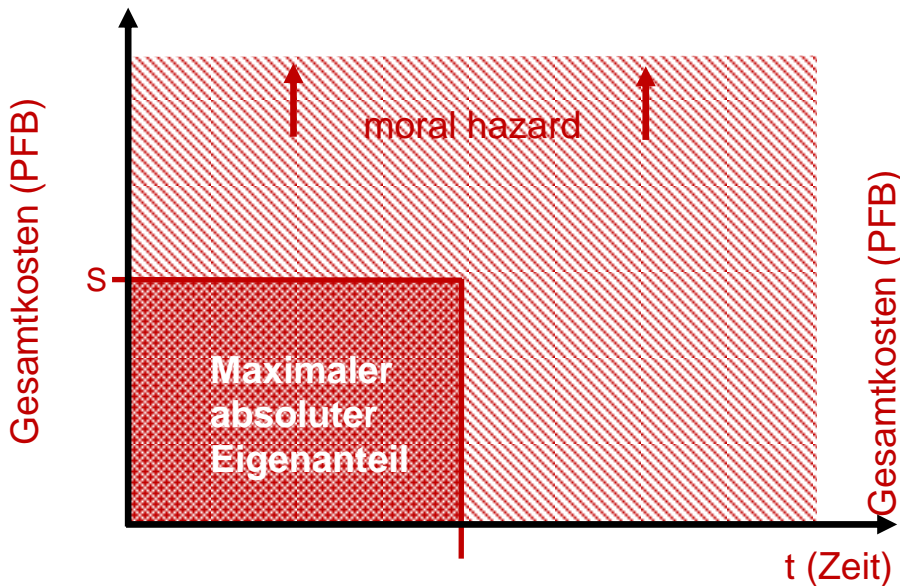
t* (in Monaten)	Sockelbetrag (in €)
12	885
24	482
36	352
48	291
60	257
72	236

III.3 Höhe des Sockels

- Die Höhe des Sockels kann politisch gesetzt werden:
 - Sockelbetrags entspricht den derzeitigen privat finanzierten Leistungen → Ausgabenneutralität für die SPV
 - Sockel von Null → **Vollversicherung**
→ Beitragssatzanstieg: 0,7 Beitragssatzpunkte
 - Jeder Betrag zwischen Null und dem derzeitigen Betrag
- Wichtig ist nur, dass der Sockel zeitlich fix gesetzt wird, um so Planbarkeit zu gewährleisten.
- Das „Risiko“ für Qualitätsverbesserungen (samt Kostenfolgen) trägt dann die Versichertengemeinschaft und nicht mehr die Pflegebedürftigen.

III.3 Implikationen

- Moral hazard ist im Status quo abgefangen durch
 - 100%igen Eigenanteil im stationären Sektor oberhalb der pauschalen Leistungssätze und
 - 50%ige Opportunitätskosten bei Inanspruchnahme von Sachleistungen mit 100%igen Eigenanteil oberhalb der pauschalen Leistungssätze.



- Im Reformszenario entsteht Moral Hazard-Problematik, da die Versicherungsleistungen nach oben offen sind.

III.3 Implikationen

Lösungen für das Problem des moral hazard:

- Bzgl. Anreiz zu teuren Anbietern
 - Einheitspflegesatz auf Landesebene oder
 - Individuelle Preisverhandlungen
 - Unter Veränderung der Verhandlungspositionen: Pflegebedürftige und Sozialhilfeträger haben keinen Anreiz mehr zur Kostenbegrenzung, Pflegekassen haben ein starkes Interesse
 - Der preisbegrenzende Marktmechanismus über Konsumentenentscheidungen entfällt.
 - Wahrscheinlich: Rigidere Preis-/Verhandlungspolitik
- Bzgl. Anreiz zu teurerer Versorgungsform
 - Können nur auftreten, wenn es Unterschiede im Preisniveau zwischen den Versorgungsformen gibt.
 - Dies kann durch Preisgestaltung ausgeschlossen oder kontrolliert werden.

III.3 Implikationen

Lösungen für das Problem des moral hazard:

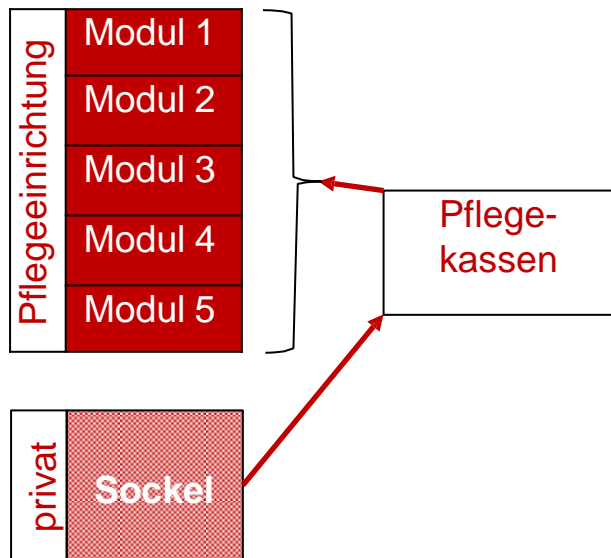
- Bzgl. Anreiz zur Maximierung der Leistungsmenge
 - Betrifft nur den ambulanten Bereich, da Heimpflege in diesem Szenario „all inclusive“ ist.
 - Hier ist nun eine neue Steuerungslogik erforderlich:
 - Begrenzung der maximalen ambulanten Leistungsbeträge auf die Höhe der stationären Leistungsbeträge, etwa auf Landesniveau
oder
 - Individuelle Leistungszuordnung mit direkter individueller Festsetzung der notwendigen (und somit zu finanzierenden) Leistungen

Oberhalb dieser jeweiligen Grenzen ist wieder eine vollständige Selbstbeteiligung zu erbringen.

III.3 Socket-Spitze-Tausch ohne Sektorengrenzen

Zahlungsströme

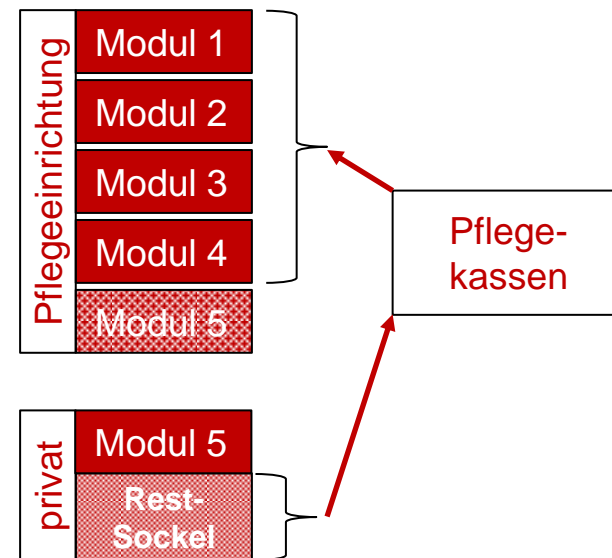
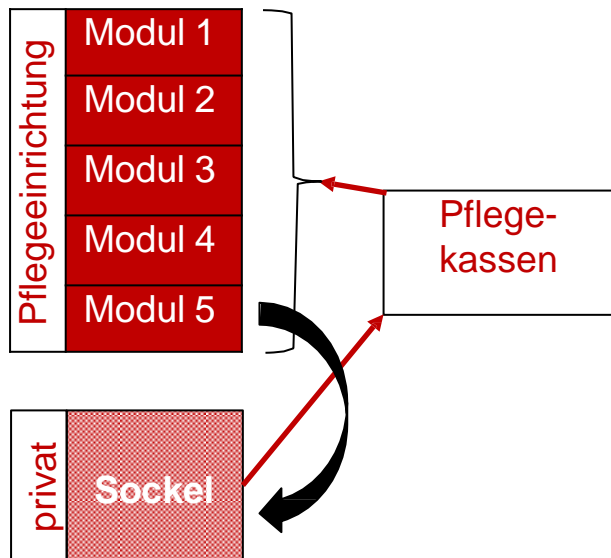
- Die Pflegebedürftigen zahlen den Sockelbetrag an die Kassen.
- Die Kassen finanzieren die bedarfsnotwendigen Module.



III.3 Socket-Spitze-Tausch ohne Sektorengrenzen

Zahlungsströme

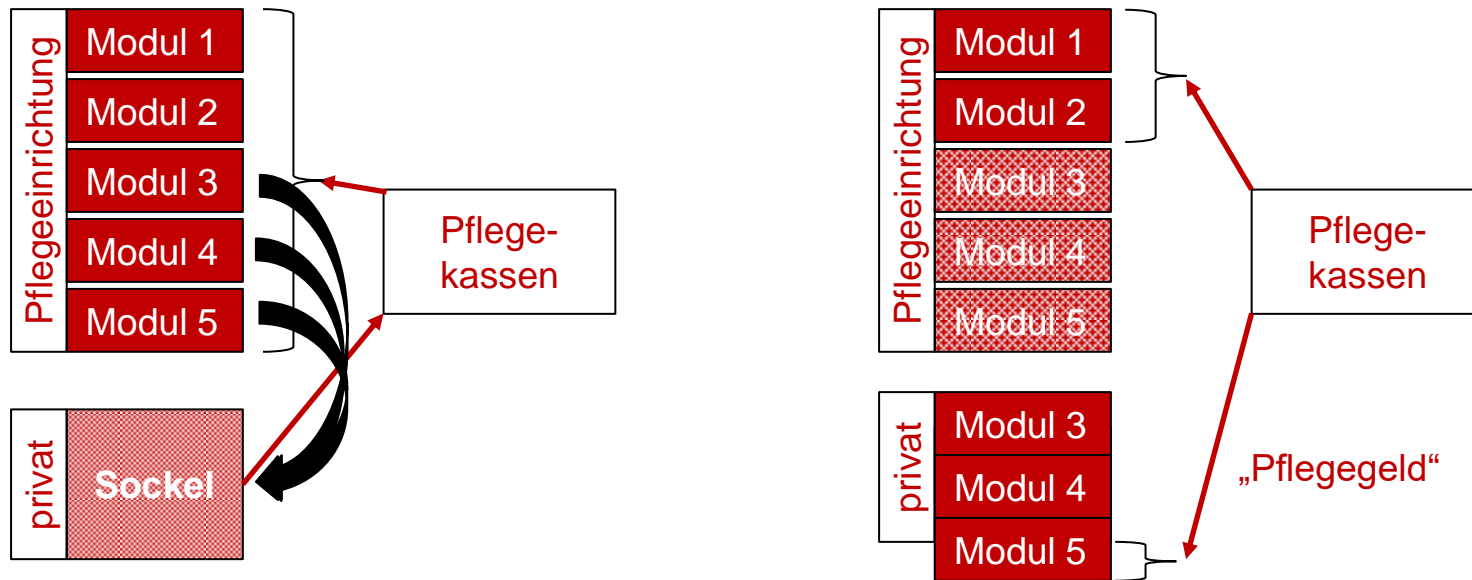
- Die Pflegebedürftigen zahlen den Sockelbetrag an die Kassen.
- Die Kassen finanzieren die bedarfsnotwendigen Module.
- Werden Module informell erbracht, reduziert sich die Vergütung an die Pflegeeinrichtung und die Sockelzahlung entsprechend.



III.3 Socket-Spitze-Tausch ohne Sektorengrenzen

Zahlungsströme

- Die Pflegebedürftigen zahlen den Sockelbetrag an die Kassen.
- Die Kassen finanzieren die als bedarfsnotwendigen Module.
- Werden Module informell erbracht, reduziert sich die Vergütung an die Pflegeeinrichtung und die Sockelzahlung entsprechend
- Übersteigt der Wert informellen Leistungserbringung den Sockelbetrag kommt es zu einer Auszahlung an Pflegebedürftige („Pflegegeld“)



III.4 Steuerfinanzierung

- Forderung nach Steuerzuschuss ist derzeit populär. Aber auch Steuermittel müssen aufgebracht werden.
- Systematische Begründungen über „gesamtgesellschaftliche Aufgaben“ können aber nur begrenzt überzeugen.
- Steuerzuschuss verwässert das Versicherungsprinzip und kann zu Finanzierung nach Kassenlage führen.
- Angesichts der hohen fiskalischen Bedeutung indirekter Steuern ist diese Finanzierung nicht zwingend progressiver als eine Beitragsfinanzierung.
- Wenn Steuermittel eingesetzt werden, könnte dies sinnvoll als „Nachteilsausgleich“ im Sinne des SGB IX erfolgen. Diese Mittel könnten z.B. zur Finanzierung des Sockels verwendet werden.

III.5 Pflegebürgerversicherung

- SPV und PPV sind durch ungleiche Risiken gekennzeichnet:
 - PPV-Versicherte haben eine günstigere Altersverteilung
 - PPV-Versicherte haben ein geringeres altersspezifisches Pflegerisiko
 - Bei gleichen Begutachungskriterien und gleichem Leistungsrecht liegen die Ausgaben pro SPV-Versichertem rund dreimal so hoch wie die eines PPV-Versicherten (unter Berücksichtigung der Beihilfe)
 - Zudem sind die PPV-Versicherten deutlich einkommensstärker (+70%).
- Unter Gerechtigkeitsaspekten ist die daraus resultierende Privilegierung der Privatversicherten nicht zu rechtfertigen.
- Eine Integration der beiden Zweige der „Bürgervolksversicherung“ (Bundesverfassungsgericht) in ein System ist zudem deutlich unkomplizierter als in der Krankenversicherung, da es keine abweichenden Vergütungsordnungen gibt.
- Die Integration der bislang Privatversicherten würde die SPV um rund 0,5 Beitragssatzpunkte entlasten.

Inhalt

I. Sektorentrennung

II. Pflegenotstand

III. Finanzreform

IV. Fazit

IV. Fazit

1. Die strikte Sektorentrennung hemmt die Entstehung innovativer Versorgungsformen und begrenzt zivilgesellschaftliches Engagement im Heim.
2. Eine Modularisierung der Heimvergütung mit der Möglichkeit von Zu- bzw. Abwahl sowie einheitliche leistungs-, leistungserbringungs- und ordnungsrechtliche Regelungen können das verhindern.
3. Derzeitige Ausgestaltung der Pflegeversicherung gewährt keine Lebensstandardsicherung und die Eigenanteile in Pflegeheimen werden dramatisch steigen und zu Überforderung der Heimbewohner führen.

IV. Fazit

4. Die Übertragung der Finanzierungskompetenz für medizinische Behandlungspflege beseitigt eine Ungleichbehandlung und kann die Eigenanteile reduzieren

5. Der „Sockel-Spitze-Tausch“
 - verhindert die finanzielle Überforderung der Heimbewohner
 - ermöglicht Lebensstandardsicherung
 - beseitigt eine Situation, bei der jede Qualitätsverbesserung zu Lasten der Heimbewohner geht
 - verteilt die finanziellen Belastungen aufgrund von Qualitätssteigerungen auf die Schultern vieler Pflegeversicherter und nicht weniger Pflegebedürftiger.

6. Zentrales Problem des Sockel-Spitze-Tauschs ist die moral hazard-Problematik bei häuslicher Pflege.

IV. Fazit

7. Solange an der Sektorentrennung festgehalten wird, kann dieser Problematik durch Obergrenzen in Anlehnung an stationäre Leistungen begegnet werden.
8. Vorteilhafter wäre die individuelle Bedarfsermittlung und Begrenzung der Finanzierung auf diese Bedarfe. Eine individuelle Leistungsbedarfsermittlung mit individuellem Case Management bietet viele weitere Vorteile.
9. Eine Steuerfinanzierung ist nur schwer zu begründen. Werden Steuermittel als Nachteilsausgleich ausgezahlt, kann damit der Sockel finanziert werden.
10. Eine Pflegebürgerversicherung ist normativ gut begründet, reduziert den Beitragssatz und ist relativ leicht umsetzbar.

Schluss

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!