

Paradigmenwechsel in der Pflege – was für eine echte Reform nottut

Veranstaltung „Pflege im Alter: Was muss sich ändern?“

der SPD Landesorganisation Bremen am 25.9.2018 in Bremen

Prof. Dr. Heinz Rothgang

SOCIUM - Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

Universität Bremen

Vorbemerkung

- I. Ausgangspunkt: Pflege wird teurer werden
- II. Problem: Eigenanteile drohen unfinanzierbar zu werden
- III. Lösungen

Vorbemerkung

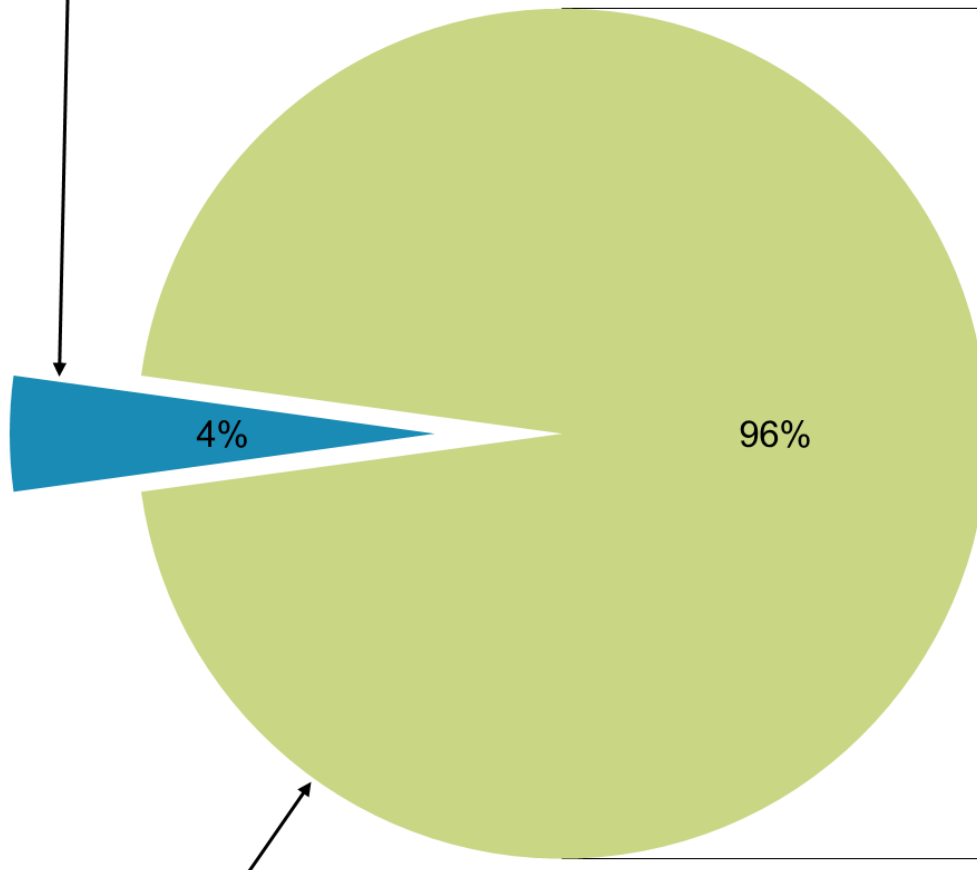
- I. Ausgangspunkt: Pflege wird teurer werden
- II. Problem: Eigenanteile drohen unfinanzierbar zu werden
- III. Lösungen

Vorbemerkung

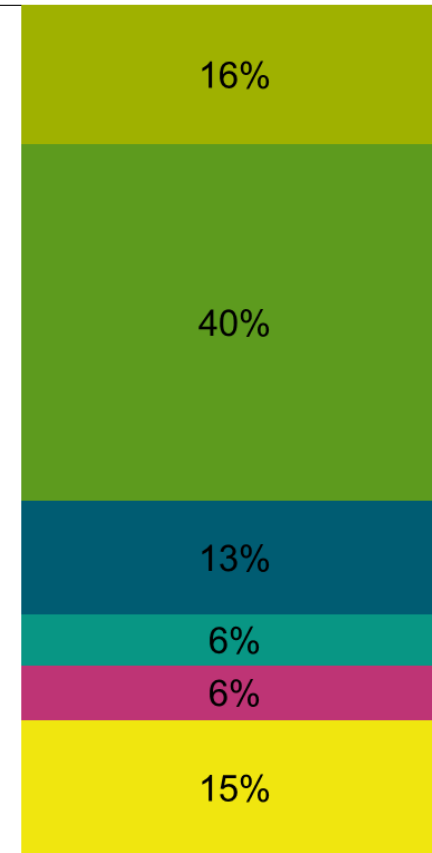
- In der letzten Legislaturperiode gab es die größte Pflegereform seit Einführung der Pflegeversicherung
 - Leistungsverbesserung für mehr als 95% der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege

Entlastungseffekte bei den Pflegesachleistungen

Gleichbleibende Leistungshöhen



Steigende Leistungshöhen

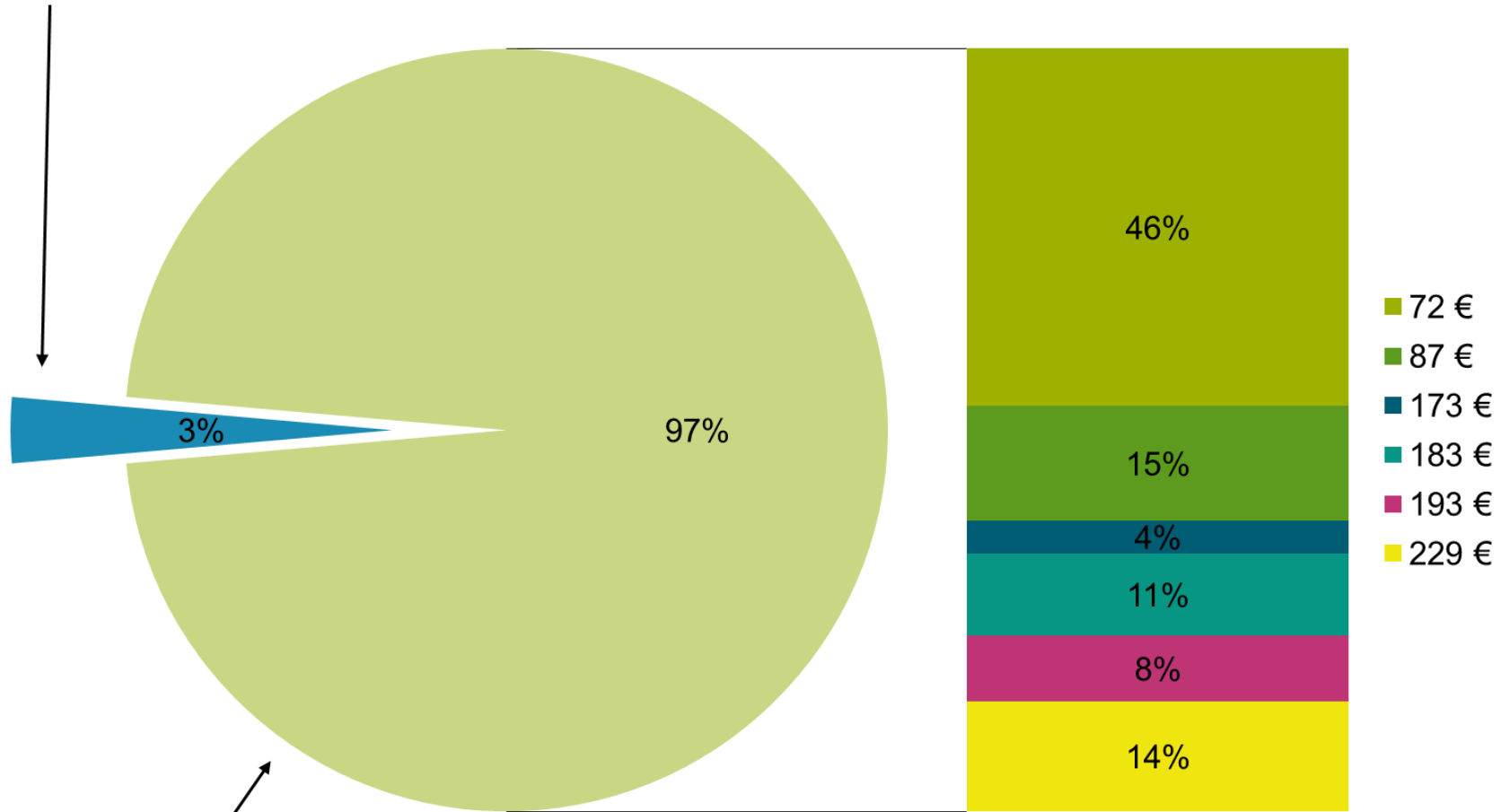


- 154 €
- 221 €
- 314 €
- 383 €
- 458 €
- 609 €

Quelle: eigene Berechnungen basierend auf der Zahl der Pflegebedürftigen 2016, ihrer Pflegestufen und der Überleitungsregelungen im SGB XI

Entlastungseffekte beim Pflegegeld

Gleichbleibende Leistungshöhen



Steigende Leistungshöhen

Quelle: eigene Berechnungen basierend auf der Zahl der Pflegebedürftigen 2016, ihrer Pflegestufen und der Überleitungsregelungen im SGB XI

Vorbemerkung

- In der letzten Legislaturperiode gab es die größte Pflegereform seit Einführung der Pflegeversicherung
 - Leistungsverbesserung für mehr als 95% der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege
 - Leistungsverbesserung für ein Drittel der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen
 - Verbesserung der Personalausstattung in Pflegeheimen
 - Insgesamt Mehrausgaben von 7 Mrd. Euro
 - Es ist sehr wohl schon etwas passiert!
- Dennoch bleibt die Langzeitpflege ein zentrales Reformthema auch für diese Legislaturperiode

Vorbemerkung

- I. Ausgangspunkt: Pflege wird teurer werden
 1. Bestehender und vorausberechneter Pflegenotstand
 2. Steigerung der Attraktivität des Berufs führt zu höheren Pflegesätzen
- II. Problem: Eigenanteile drohen unfinanzierbar zu werden
- III. Lösungen

I. Ausgangspunkt: Pflegenotstand

- Bereits heute herrscht Pflegenotstand
 - 31 Tsd. offenen Stellen in der Altenpflege im Jahresdurchschnitt 2017
 - Arbeitslosenquote von 0,7%
 - Auf jeden Arbeitssuchenden kommen 5 offene Stellen
 - Heime haben wieder Wartelisten, ambulante Pflegedienste weisen Pflegebedürftige ab – aufgrund von Personalmangel
- 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 Pflege arbeiten muss sich verdoppeln, um heutige Betreuungsrelationen zu erhalten
 - Wird nicht reagiert, wächst die Personallücke der Beschäftigten in der Pflege von 2013 bis 2035 um 350 Tsd. Vollzeitäquivalente

I. Ausgangspunkt: Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs

Pflegeberuf muss attraktiver werden

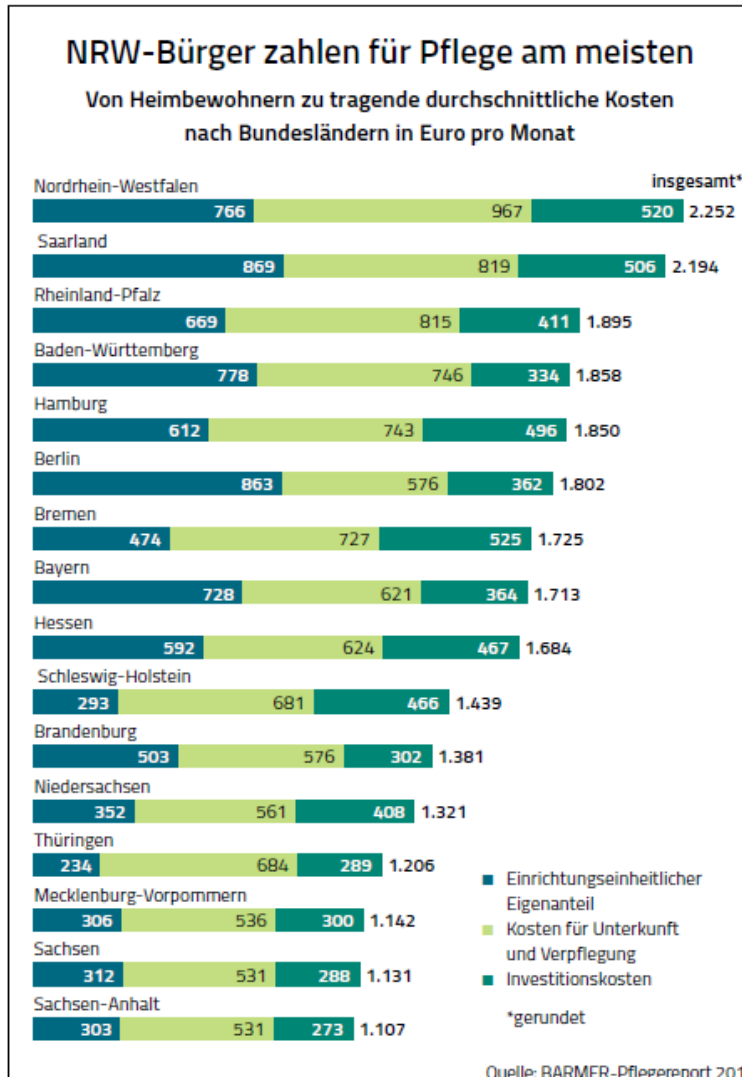
- Aufstiegschancen → Pflegeberufereformgesetz
- Bessere Bezahlung → Koalitionsvertrag
- Höhere Personalschlüssel → Koalitionsvertrag
 - Pflexit-Monitor von Hartmann: „permanenten Personalmangel (72%) und „generell hohe Arbeitsbelastung“ (57%) als Hauptgründe für berufliche Unzufriedenheit
 - Personalbemessungsverfahren
- Pflegesätze werden steigen
- Wenn nichts geändert wird, explodieren die Eigenanteile

Inhalt

Vorbemerkung

- I. Ausgangspunkt: Pflege wird teurer werden
- II. Problem: Eigenanteile drohen unfinanzierbar zu werden**
 1. Entwicklung der Eigenanteile bis heute
 2. Zukünftige Entwicklung
- III. Lösungen

II. Entwicklung der Eigenanteile: Status quo (Mai 2017)



- Bremen liegt bezüglich des EEE auf Rang 10.
- Aufgrund höherer „Hotelkosten“ liegt das Land hinsichtlich des Gesamteigenanteil auf dem 7. Rang
- Nachrichtlich Bund:
 - EEE: 587
 - UV: 703
 - IK: 401
 - Summe 1.691

II. Entwicklung der Eigenanteile: Status quo (Mai 2017)

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

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

II. 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
2017											587

Quellen: Eigene Berechnungen auf Basis der Angaben der Pflegestatistik für 2009-2015; Rothgang et al. 2017: 29, basierend auf Daten von 11.129 vollstationären Pflegeeinrichtungen im Mai 2017, zur Verfügung gestellt vom vdek.

II. Entwicklung der Eigenanteile: 1996-1999

Tabelle 3: Pflegevergütung und Eigenanteile in den 1990er Jahren

Jahr	Rheinland	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.

II. Entwicklung der Eigenanteile: Zukünftige Entwicklung

- 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
- Kommt es zu Lohn- und Personalmengensteigerungen werden die Eigenanteile deutlich steigen, da die Dynamisierungsregeln des § 30 SGB XI dafür nicht ausgelegt sind

Inhalt

Vorbemerkung

- I. Ausgangspunkt: Pflege wird teurer werden
- II. Problem: Eigenanteile drohen unfinanzierbar zu werden
- III. Lösungen**
 1. Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege
 2. Vollversicherung mit fixem Sockelbetrag

III.1 Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege

- Medizinische Behandlungspflege 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.1 Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege

- Eine Verlagerung der Finanzierungskompetenz für medizinische Behandlungspflege 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 Angleichung der Sektoren mit dem Ziel der 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.

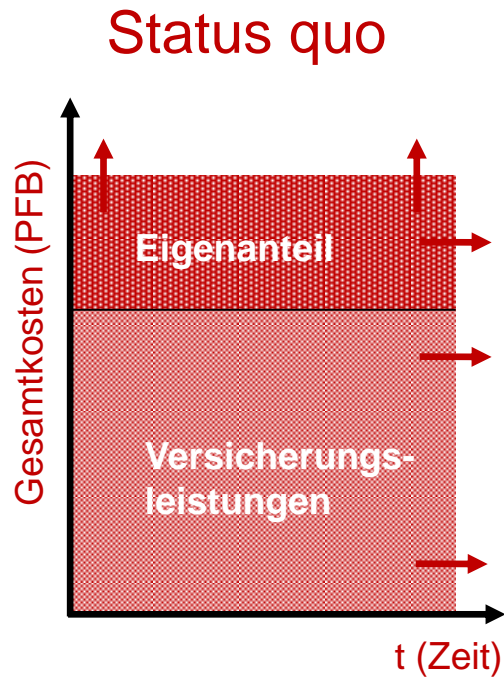
III.1 Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege

- Ausgaben für medizinische Behandlungspflege werden auf mehr als 2 Mrd. Euro geschätzt. Durch Umfinanzierung können Heimbewohner um mehr als 200 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.
 - Die Zuflüsse aus der GKV werden nicht zur Entlastung der Heimbewohner eingesetzt, sondern zur Finanzierung notwendiger Personalverbesserungen, SPV-finanziert sein sollten

III.2 Vollversicherung mit fixem Sockel

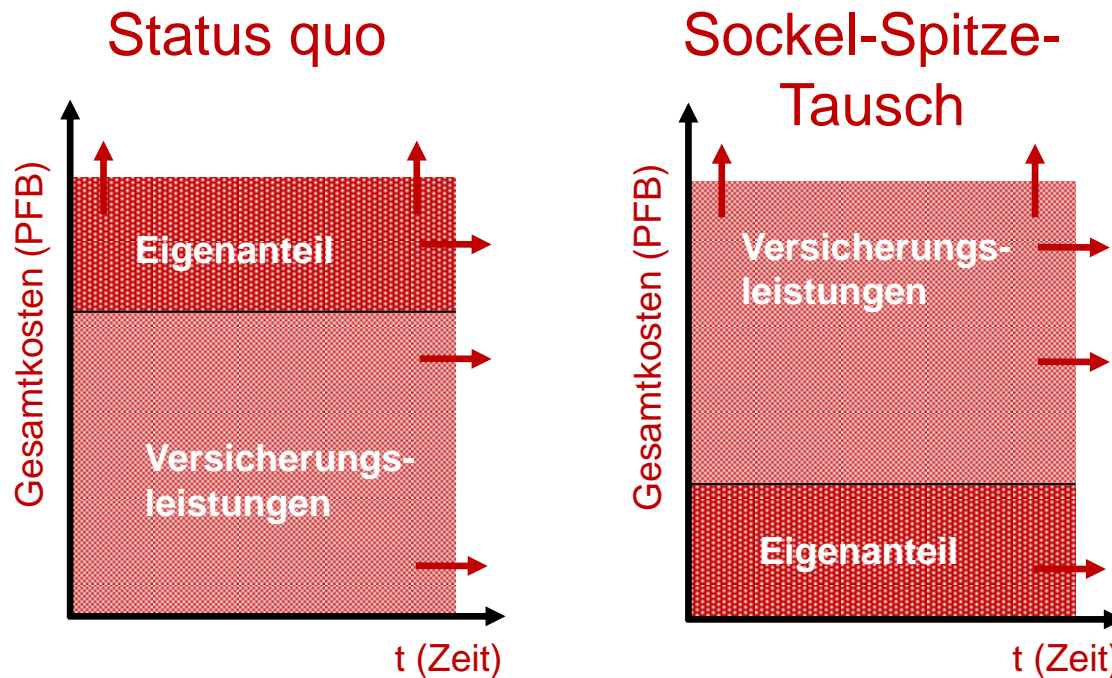
- Status quo
 - In der aktuellen Ausgestaltung der Pflegeversicherung liegt der Eigenanteil der Pflegebedürftigen, der die pauschalen Leistungen des SGB XI übersteigt, bei 100%.
 - Hieraus resultiert ein (monatliches) Kostenrisiko in potentiell unbegrenzter Höhe, das direkt vom Pflegebedarf abhängig ist
 - In Kombination mit der ebenfalls unbekanntem (Über)Lebensdauer entsteht ein unbekanntes absolutes finanzielles Risiko, das privat nicht absicherbar ist – weder durch Ansparen noch durch Zusatzversicherung
- Soll am Ziel einer Lebensstandardsicherung festgehalten werden, ist eine Systemreform notwendig, die verhindert
 - dass die Eigenanteile weiter steigen
 - Qualitätsverbesserungen vollständig zu Lasten der Pflegebedürftigen gehen.

III.2 Vollversicherung mit fixem Sockel



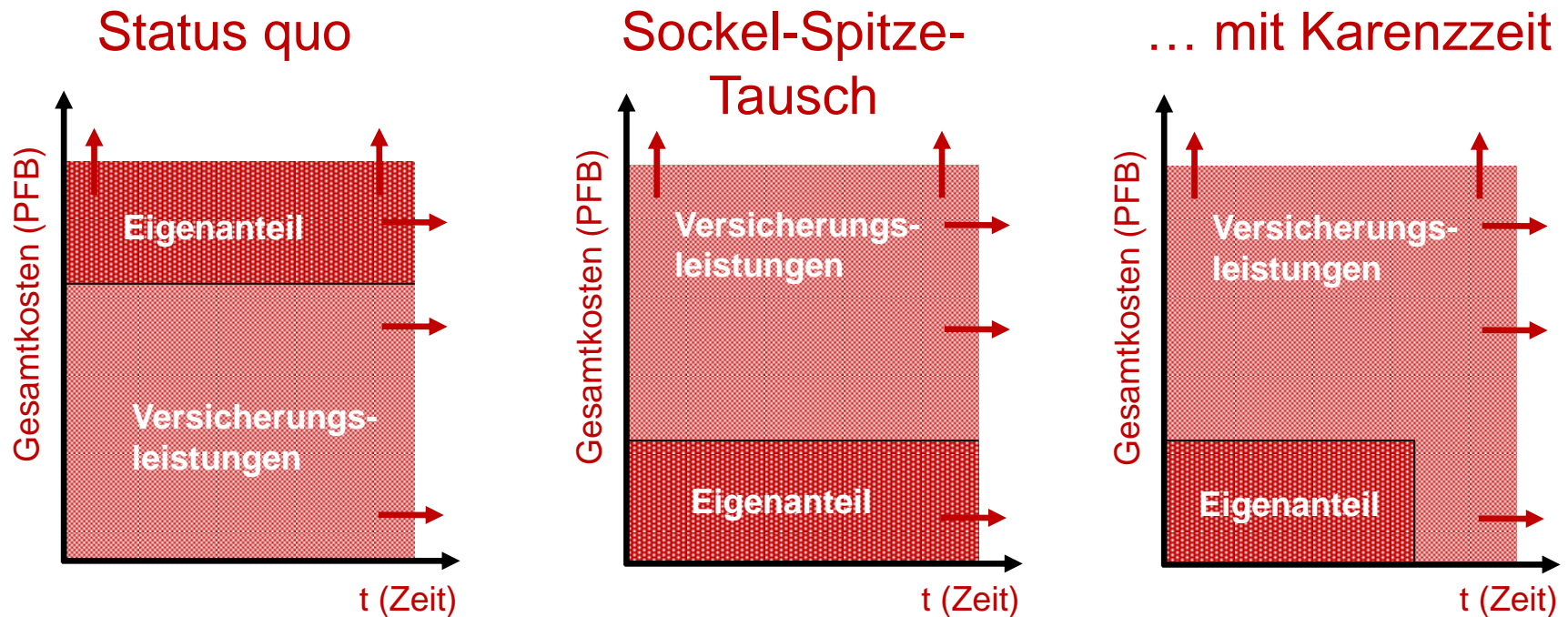
III.2 Vollversicherung mit fixem Sockel

- Grundidee: Austausch von Finanzierungssockel und Finanzierungsspitze



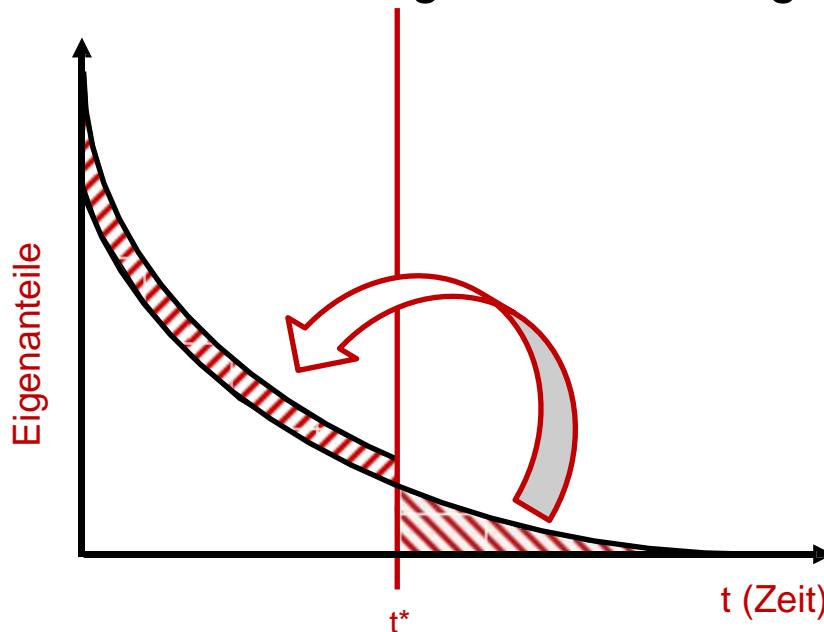
III.2 Vollversicherung mit fixem Sockel

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



III.2 Vollversicherung mit fixem Sockel

- 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.

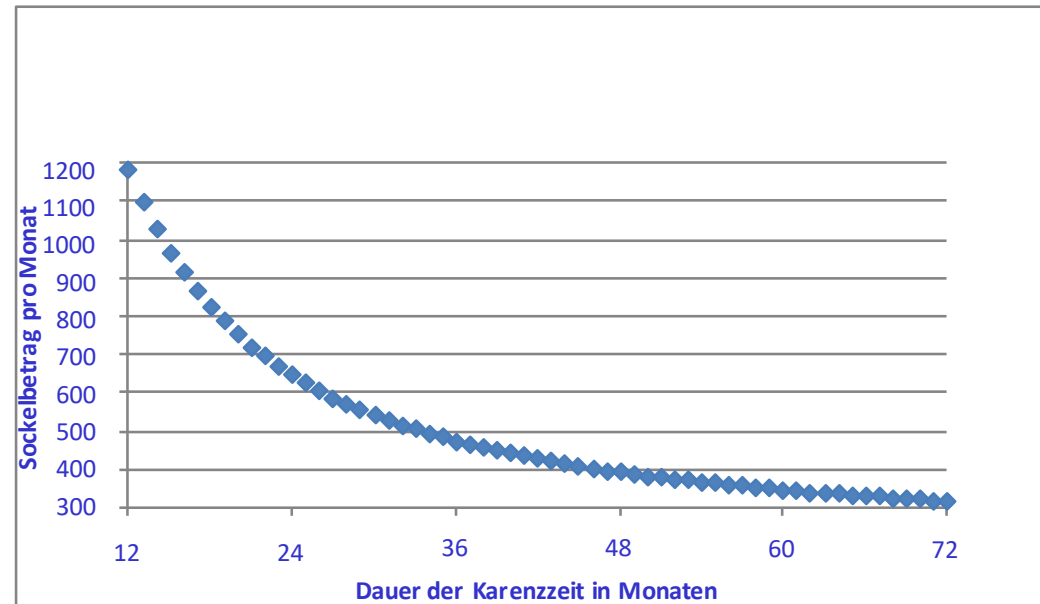
III.2 Vollversicherung mit fixem Eigenanteil

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

III.2 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.2 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.2 Vollversicherung mit fixem Eigenanteil

- Die Höhe des Sockels kann politisch gesetzt werden:
 - Sockelbetrags entspricht den derzeitigen privat finanzierten Leistungen → Ausgabenneutralität für die SPV
 - Sockel von Null → Vollversicherung
→ Beitrassatzanstieg: 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.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!