

PSG II: Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff – Wunsch und Wirklichkeit

Fachtag Komplexträger
der Curacon GmbH
am 28. Juni in Frankfurt

Prof. Dr. Heinz Rothgang

SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen
Wissenschaftsschwerpunkt Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen

- I. Was bisher geschah: Der Weg zur Reform
- II. Das PSG II und der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff
- III. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff: Wunsch und Wirklichkeit
- IV. Auswirkungen auf die stationäre Pflege
- V. Aktuelle Modellrechnungen aus NRW
- VI. Fazit

I. Was bisher geschah: Der Weg zur Reform

1. Ausgangsprobleme
2. Beiräte und Gesetzgebungsprozess
3. Erprobungsstudien
4. PSG II und PSG III

II. Das PSG II und der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff

III. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff: Wunsch und Wirklichkeit

IV. Auswirkungen auf die stationäre Pflege

V. Aktuelle Modellrechnungen aus NRW

VI. Fazit

I.1 Pflegebedürftigkeitsbegriff – Ausgangsproblem

- Bei Einführung der Pflegeversicherung hat Kostenkontrolle hohe Priorität → möglichst enger Pflegebedürftigkeitsbegriff
 - BMA leugnet zunächst problematische Folgen für Menschen mit Demenz (z.B. 1. Bericht der Bundesregierung ...)
 - Seit Ende der 1990er Jahr: BMGS erkennt Probleme des engen Pflegebedürftigkeitsbegriffs an:
 - keine Berücksichtigung des allgemeinen Betreuungsbedarfs bei Einstufung => Demente erhalten niedrige oder keine Pflegestufe trotz erheblichem Betreuungsaufwand
 - Unzureichende Berücksichtigung des Teilhabebedarfs
- Reformbedarf!

I.1 Pflegebedürftigkeitsbegriff – Prozessverlauf

- Paralleler Verlauf zweier Prozesse
 - a) Entwicklung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2006 bis 2015)
 - b) Leistungsverbesserung für PEA (2002, 2008, 2013)
- Durch mehrfache Leistungsverbesserungen ist das ursprüngliche Problem schon zu großen Teilen gelöst, die Reform muss aber trotzdem kommen, weil sie angekündigt ist
- Durch die mehrfachen Leistungsverbesserungen werden Tatbestände geschaffen, die dann bei der Reform berücksichtigt werden müssen
 - die Reform wird teurer als sie ohne diese Leistungsverbesserungen gewesen wäre (z.B. PNG und Leistungen nach § 123 SGB XI)

I.2 Gesetzgebungsprozess: PfIEG und PfWG

1. Reformschritt: Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (2002)

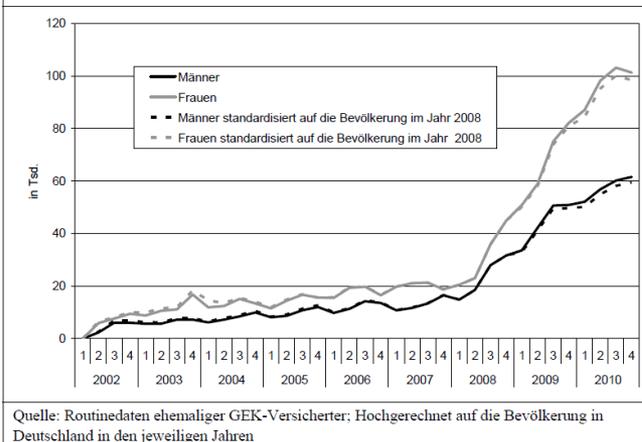
- Zusätzliche Leistungen bei Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz bis zu 460 € im Jahr
- Problem: äußerst geringe Inanspruchnahme.

2. Reformschritt: Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008)

- Erhöhung der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI auf bis zu 2.400 € p.a. und Ausdehnung auf „Stufe 0“
- Effekte: Ausdehnung der Inanspruchnahme (Faktor 4-5), aber
- keine systematische Lösung

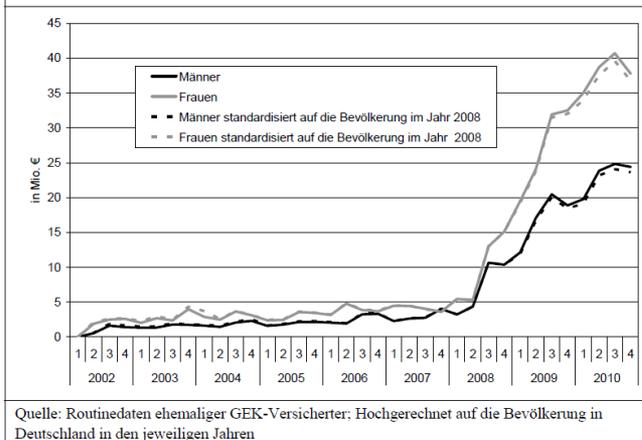
I.2 Gesetzgebungsprozess: PfIEG und PfWG

Abbildung 60: Anzahl der Personen mit zusätzlichen Betreuungsleistungen in Deutschland im jeweiligen Quartal – Zeitreihe der Jahre 2002–2010



Quelle: Routinedaten ehemaliger GEK-Versicherter; Hochgerechnet auf die Bevölkerung in Deutschland in den jeweiligen Jahren

Abbildung 63: Aufsummierte Ausgaben für Betreuungsleistungen in Deutschland im jeweiligen Quartal – Zeitreihe der Jahre 2002–2010



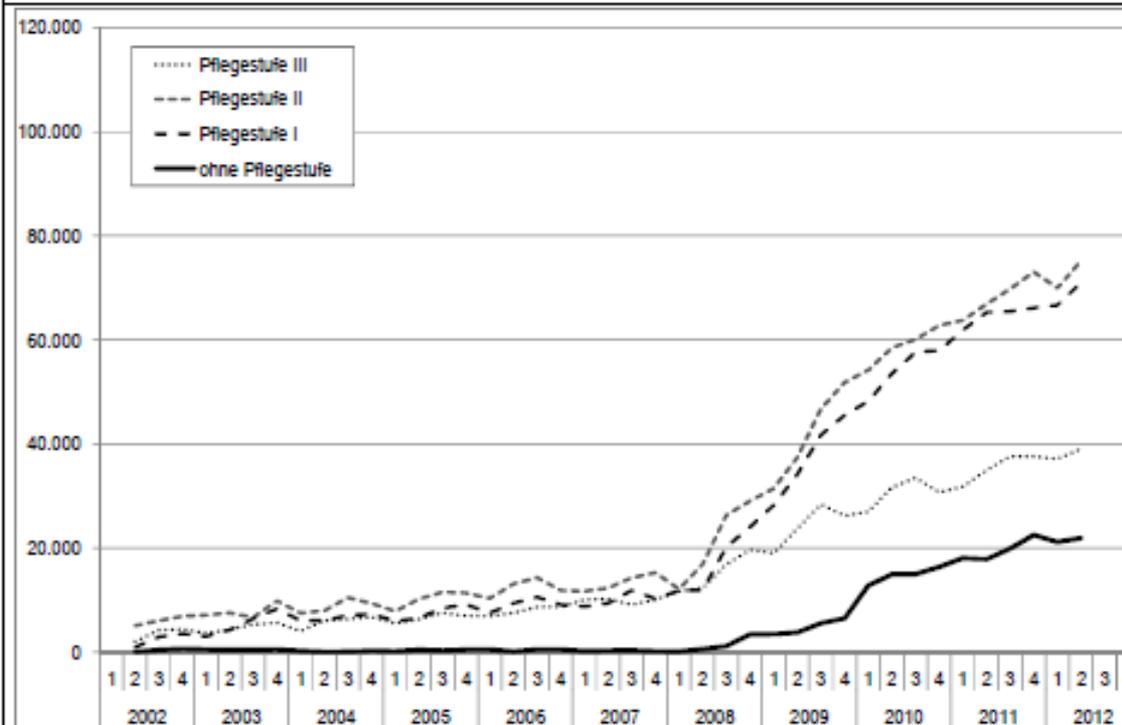
Quelle: Routinedaten ehemaliger GEK-Versicherter; Hochgerechnet auf die Bevölkerung in Deutschland in den jeweiligen Jahren

Quelle: BARMER GEK Pflegereport 2011, S. 214, 219

- Ausgabenentwicklung:
 - 2. Quartal 2008: < 10 Mio. €
 - 3. Quartal 2010: 65,5 Mio. €
 - Quartalsdurchschnitte 2007 auf 3. Quartal 2010: *Verzehnfachung der Ausgaben*
- Fallzahlentwicklung:
 - 2. Quartal 2008: 41 Tsd.
 - 3. Quartal 2010: 163 Tsd.
 - Quartalsdurchschnitte 2007 auf 3. Quartal 2010: *Verfünffachung der Fälle*
- Weniger als 10% der Fälle sind ohne Pflegestufe!

I.2 Gesetzgebungsprozess: PfIEG und PfWG

Abbildung 52: Personen mit zusätzlichen Betreuungsleistungen in Deutschland im jeweiligen Quartal der Jahre 2002–2012 – nach Pflegestufen



Quelle: Routinedaten vormals GEK-Versicherter; nach Alter und Geschlecht hochgerechnet auf die Bevölkerung in Deutschland in den jeweiligen Jahren

Anmerkung: Siehe Fußnote 73, S. 193

Quelle: BARMER GEK Pflegereport 2013, S.198

I.2 Gesetzgebungsprozess: PfIEG und PfWG

Tabelle 23: Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung (in Mrd. €)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Einnahmen										
Beitragseinnahmen	17,38	18,36	17,86	19,61	21,19	21,64	22,13	22,92	24,86	
Sonstige Einnahmen	0,12	0,13	0,16	0,16	0,12	0,14	0,11	0,13	0,09	
Einnahme insgesamt	17,49	18,49	18,02	19,77	21,31	21,78	22,24	23,04	24,69	
Ausgaben										
Leistungsausgaben	16,98	17,14	17,45	18,20	19,33	20,43	20,89	21,85	23,17	
Davon										
Geldleistung	4,05	4,02	4,03	4,24	4,47	4,67	4,74	5,08	5,69	
Pflegesachleistung	2,40	2,42	2,47	2,60	2,75	2,91	2,98	3,11	3,37	
Pflegeurlaub	0,19	0,21	0,24	0,29	0,34	0,40	0,44	0,50	0,59	
Tages-/Nachtpflege	0,08	0,09	0,09	0,11	0,15	0,18	0,21	0,25	0,28	
Zusätzl. Betreuungsleistung	0,02	0,03	0,03	0,06	0,19	0,28	0,33	0,38	0,44	0,48

Quelle: BARMER GEK Pflegereport 2014, S.121

I.2 Beirat und PNG

3. Reformschritt: Erarbeitung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (2006-2009)

- Einsetzung eines Beirats beim BMG 2006
- Modellvorhaben zur Erarbeitung eines neuen Assessment-Verfahrens durch Pflegekassen (→ NBA)
- Zwei Berichte des Beirats in der 1. Jahreshälfte 2009
- Vorschlag eines NBA und eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs
- Keine Empfehlungen zur leistungsrechtlichen Hinterlegung

4. Reformschritt (2012/3): Leistungsverbesserungen im Vorgriff auf neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (im PNG)

I.2 Leistungserhöhungen durch das PNG

Tabelle 1: Leistungsverbesserungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (in Euro / Monat)

	Pflegestufe 0	Pflegestufe I	Pflegestufe II
Pflegesachleistung	225	215	150
Pflegegeld	120	70	85
Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung	172,5	142,5	117,5
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	1.550		
Quelle: § 123 SGB XI			

I.2 Inanspruchnahme der Zusatzleistungen des PNG in der SPV

Tabelle 2: Leistungsempfänger von Leistungen nach § 123 SGB XI				
	Pflegestufe 0	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Insgesamt
Pflegesachleistung	9.014	20.534	15.746	45.294
Pflegegeld	52.368	143.913	105.509	301.790
Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung	7.242	48.925	53.698	109.865
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	1.586	12.285	15.497	29.368
Insgesamt (ohne Verhinderungspflege)	68.624	213.372	174.953	456.949
Quelle: (BMG 2014d)				

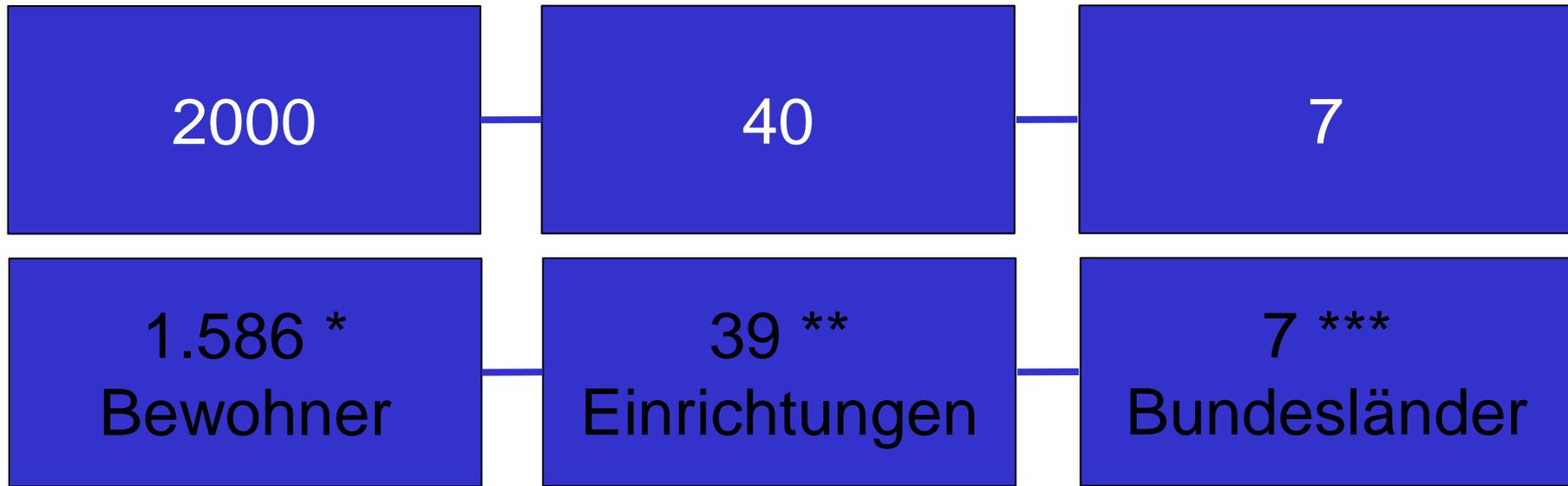
I.2 Zweiter Beirat und PSG I

3. Reformschritt: Erarbeitung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (2006-2009)
 - Einsetzung eines Beirats beim BMG 2006
 - Modellvorhaben zur Erarbeitung eines neuen Assessment-Verfahrens durch Pflegekassen (→ NBA)
 - Zwei Berichte des Beirats in der 1. Jahreshälfte 2009
4. Reformschritt (2012): Leistungsverbesserungen im Vorgriff auf neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (im PNG)
5. Reformschritt: Wiedereinsetzen des Beirats zum 1.3.2012. Übergabe des Berichts am 27.6.13.
6. Reformschritt: Pflegestärkungsgesetz I: Leistungsverbesserungen ab dem 1.1.2015

I.3 Erprobungsstudien

- Praktikabilitätsstudie des MDS
 - Aufwandsstudie der Universität Bremen: Evaluation von Versorgungsaufwänden in stationären Pflegeeinrichtungen (EVIS)
- Endberichte wurden im Frühjahr 2015 vorgelegt und sind in der Schriftenreihe des GKV-SV veröffentlicht (Kimmel et al. 2015; Rothgang et al. 2015)

I.3 EVIS-Studie: Studiendesign und Studienverlauf



* MW = 44 Bew./Einrichtung

MAX = 56 Bewohner

MIN = 19 Bewohner

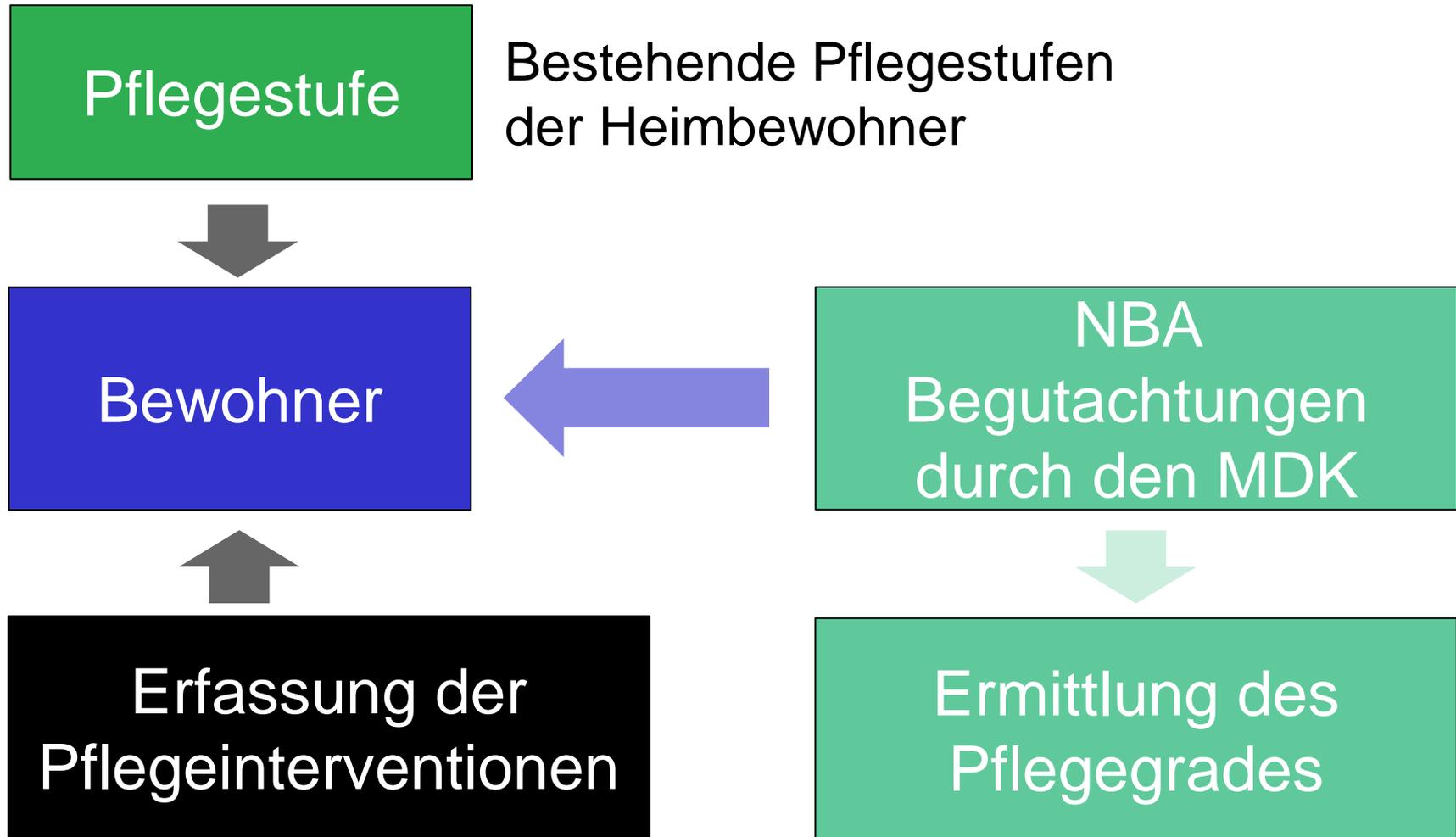
** 40 Eingeworben

4 kurzfristig
abgesprungen

3 nachrekrutiert

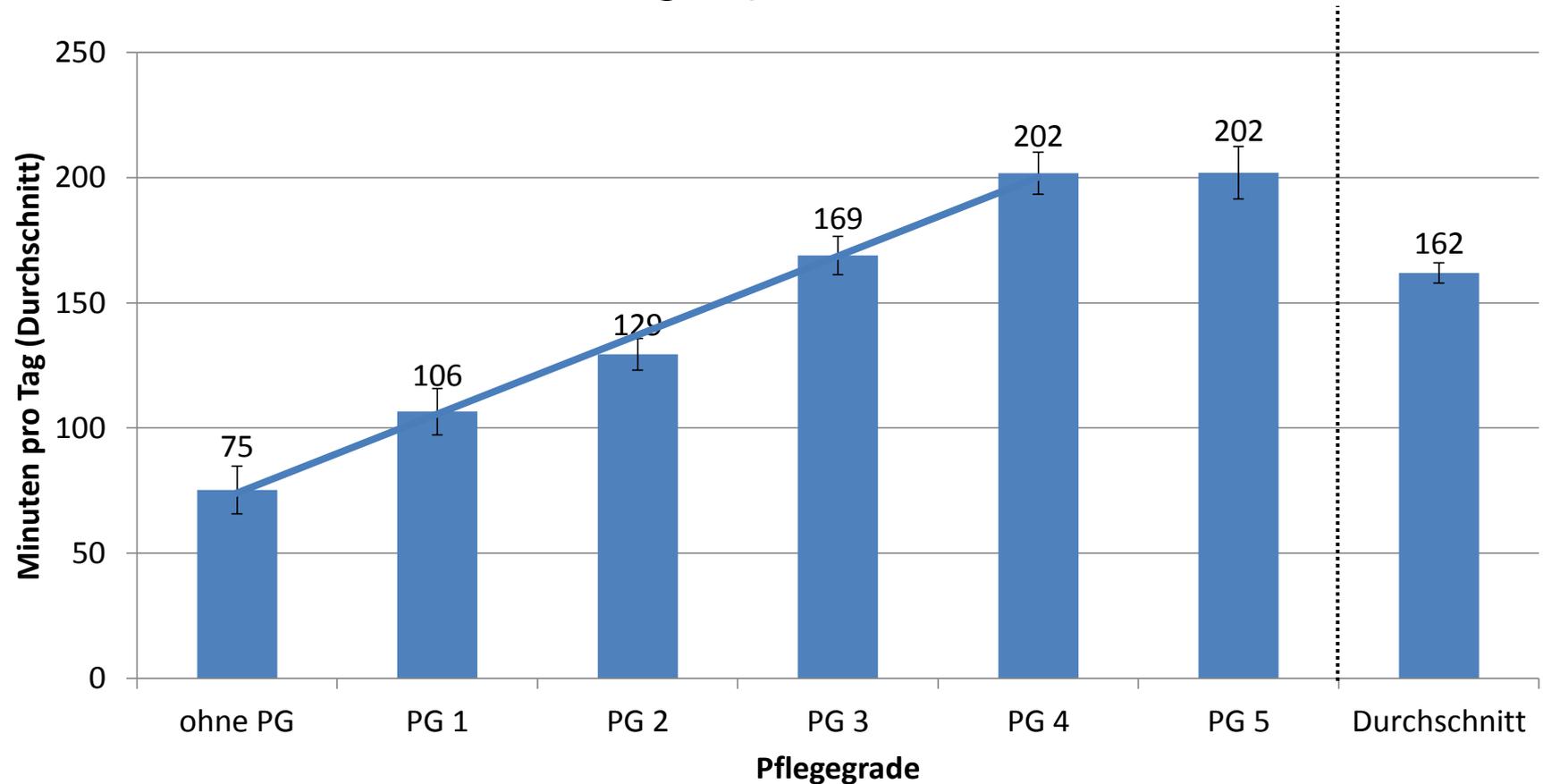
*** Mecklenburg-
Vorpommern, Bremen,
Niedersachsen,
Rheinland-Pfalz, Baden-
Württemberg, Nordrhein-
Westfalen, Saarland

I.3 EVIS-Studie: Methodisches Vorgehen



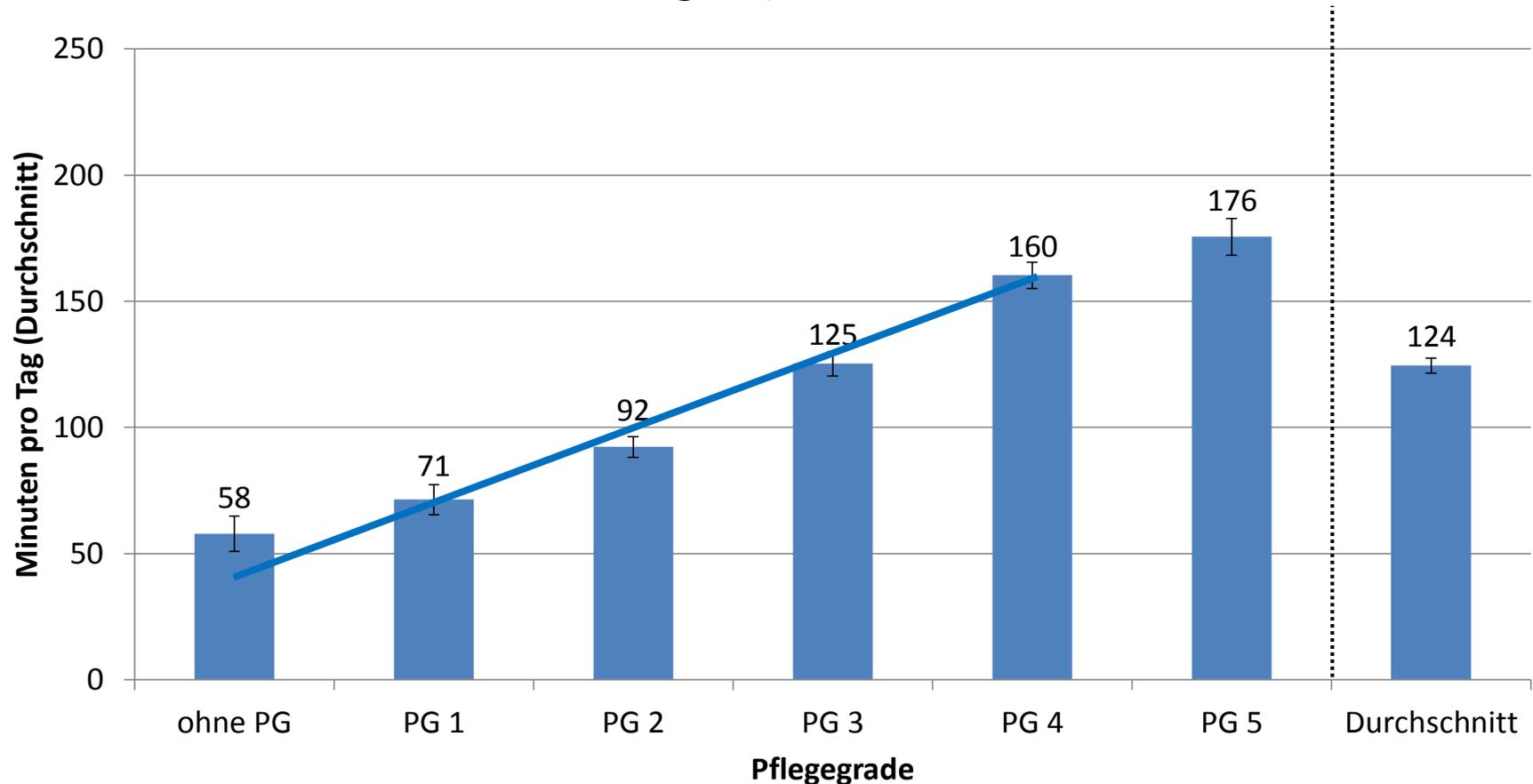
I.3 EVIS-Studie: Zentrale Ergebnisse

Durchschnittliche Versorgungszeiten nach **Pflegegraden**
(N = 1.586, bewohnerbezogen)



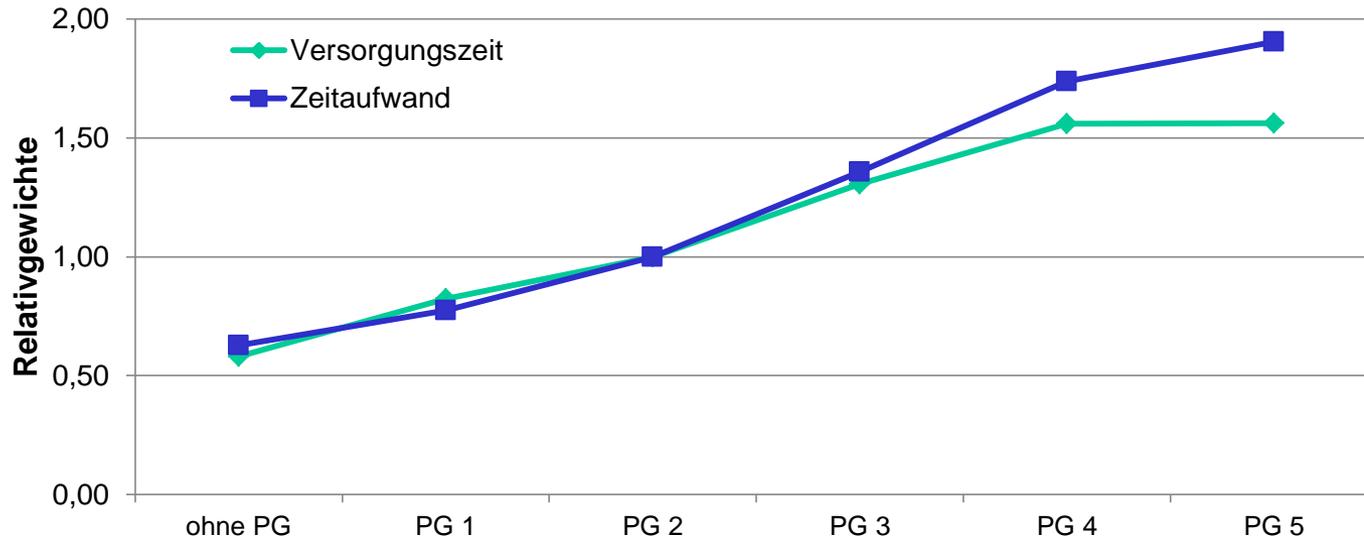
I.3 EVIS-Studie: Zentrale Ergebnisse

Durchschnittliche Zeitaufwände nach **Pflegegraden**
(N = 1.586, mitarbeiterbezogen)



I.3 EVIS-Studie: Zentrale Ergebnisse

Relativgewichte der Pflegegrade



	Versorgungszeiten	Zeitaufwände	Relativgewichte (Versorgungszeiten)	Relativgewichte (Zeitaufwände)
ohne PG	75	58	0,581	0,628
PG 1	106	71	0,823	0,774
PG 2	129	92	1,000	1,000
PG 3	169	125	1,305	1,357
PG 4	202	160	1,559	1,737
PG 5	202	176	1,561	1,903
Durchschnitt	162	124		

Das NBA „funktioniert“: Die Höhe der Versorgungsaufwände korrespondiert mit den Pflegegraden

- Mit steigendem Pflegegrad steigt auch der Versorgungsaufwand, die Steigerung ist linear für Pflegegrad 1 bis 4
- Die Gesamtaufwände bei Pflegegrad 4 und 5 unterscheiden sich nicht.
 - Aufwände für Grundpflege steigen, solche für Betreuung sinken
 - In Mitarbeiterperspektive zeigen sich Unterschiede zwischen Pflegegrad 4 und 5, die aber geringer sind als zwischen den anderen Pflegegraden
 - Für die Leistungsgestaltung nimmt der Pflegegrad 5 eine besondere Rolle ein.
- Auch ohne Pflegegrad ist der Versorgungsaufwand hoch (Sockelbetrag), der Anstieg ist eher flach
- **Die Relation der Mittelwerte liefert damit wichtige Hinweise für die Gestaltung des Leistungsrechts für die neuen Pflegegrade**

I.3 Offene Fragen am Ende der Studien:

- Bewertungssystematik: Soll die Bewertungssystematik bleiben wie sie ist oder produziert sie zu viele „Verlierer“?
- Überleitung: Wie soll übergleitet werden? Einfacher oder doppelter Stufensprung?
- Bestandsschutz: Wie soll er ausgestaltet werden?
- Leistungshöhen: Wie sollen die Leistungen im ambulanten und stationären Bereich hinterlegt werden?

➤ **Antworten im PSG II**

- Inzwischen:
 - Referentenentwurf zum PSG III,
 - Entwurf der Begutachtungsrichtlinie
 - Zeitplanung zum Personalbemessungsverfahren,
 - Regelungen zu Überleitung von Pflegesätzen und –personal (§ 92c)

Inhalt

- I. Was bisher geschah: Der Weg zur Reform
- II. Das PSG II und der Neue Pflegebedürftigkeitsbegriff**
 1. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das Neue Begutachtungsassessment (NBA)
 2. Die Bewertungssystematik des NBA
 3. Die Überleitungsregeln: Von Pflegestufen zu Pflegegraden
 4. Leistungshöhen bei häuslicher Pflege
 5. Leistungshöhen bei stationärer Pflege
 6. Pflegesätze und einheitliche Eigenanteile
- III. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff: Wunsch und Wirklichkeit
- IV. Auswirkungen auf die stationäre Pflege
- V. Aktuelle Modellrechnungen aus NRW
- VI. Fazit

II.1 Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff: modulare Struktur

Einstufungsrelevante Module des Begutachtungsassessments

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung
5. Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte
7. Außerhäusliche Aktivitäten
8. Haushaltsführung

Modul 1	Mobilität	10%
Module 2 & 3	Kognition und Verhalten	15%
Modul 4	Selbstversorgung	40%
Modul 5	Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen	20%
Modul 6	Gestaltung des Alltagslebens, soziale Kontakte	15%

II.1 Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

- Vorteile
 - Systematische Erfassung bisher vernachlässigter Dimensionen
 - Gerechtere Allokation knapper Ressourcen
 - Umfassendes Assessment als Grundlage weiterer Pflegeplanung
 - Verbesserte Begutachtung für Kinder
 - Besondere Berücksichtigung von Reha-Bedarfen
 - Reliabilität und Praktikabilität erfolgreich getestet
- Probleme
 - Bewertungssystematik ist überkomplex

II.2 Die Bewertungssystematik: Von Items zu Punkten

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Ziffer	Kriterien	selbstän- dig	überwie- gend selb- ständig	überwiegend unselbstän- dig	unselbstän- dig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbe- reichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

- Für jedes Modul werden Punktschichten gebildet, wobei
 - teilweise eine Gewichtung vorgenommen und
 - teilweise klassiert wird.

II.2 Die Bewertungssystematik

Tabelle 1: Punktsummen, Grade der Beeinträchtigung und Scorewerte in den Modulen

		Grade der Beeinträchtigung					Gewicht des Moduls in %
		0	1	2	3	4	
		(keiner)	(gering)	(erheblich)	(schwer)	(schwerster)	
Modul 1: Mobilität	Punktsumme	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15	10
	Scorewert	0	2,5	5	7,5	10	
Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Punktsumme	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33	15
	Scorewert	0	3,75	7,5	11,25	15	
Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Punktsumme	0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65	15
	Scorewert	0	3,75	7,5	11,25	15	
Modul 4: Selbstversorgung	Punktsumme	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 60	40
	Scorewert	0	10	20	30	40	
Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen	Punktsumme	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15	20
	Scorewert	0	5	10	15	20	
Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	Punktsumme	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18	15
	Scorewert	0	3,75	7,5	11,25	15	

Anmerkung: Scorewert = Grad der Beeinträchtigung multipliziert mit dem Modulgewicht (in %) dividiert durch 4.

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf BMG 2015.

II.2 Die Bewertungssystematik

Tabelle 1: Punktsummen, Grade der Beeinträchtigung und Scorewerte in den Modulen

		Grade der Beeinträchtigung					Gewicht des Moduls in %
		0	1	2	3	4	
		(keiner)	(gering)	(erheblich)	(schwer)	(schwerster)	
Modul 1: Mobilität	Punktsumme	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15	10
	Scorewert	0	2,5	5	7,5	10	
Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Punktsumme	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33	15
	Scorewert	0	3,75	7,5	11,25	15	
Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Punktsumme	0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65	15
	Scorewert	0	3,75	7,5	11,25	15	
Modul 4: Selbstversorgung	Punktsumme	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 60	40
	Scorewert	0	10	20	30	40	
Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen	Punktsumme	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15	20
	Scorewert	0	5	10	15	20	
Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	Punktsumme	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18	15
	Scorewert	0	3,75	7,5	11,25	15	

Anmerkung: Scorewert = Grad der Beeinträchtigung multipliziert mit dem Modulgewicht (in %) dividiert durch 4.

Quelle: Eigene Darstellung basierend auf BMG 2015.

II.2 Die Bewertungssystematik

Tabelle 1: Schwellenwerte der Grade der Beeinträchtigung in der ursprünglichen Bewertungssystematik des Expertenbeirats

	Gewicht	Grad der Beeinträchtigung									
		0		1		2		3		4	
		von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis
Modul 1	10%	0	1	2	3	4	6	7	9	10	15
Modul 2	15%	0	1	2	5	6	10	11	16	17	33
Modul 3		0	0	1	2	3	4	5	6	7	45
Modul 4	40%	0	3	4	9	10	24	25	39	40	57
Modul 5	20%	0	0	1	1	2	3	4	5	6	12
Modul 6	15%	0	1	2	3	4	6	7	11	12	18

Quelle: BMG 2013.

Tabelle 2: Schwellenwerte der Grade der Beeinträchtigung im PSG

	Gewicht	Grad der Beeinträchtigung									
		0		1		2		3		4	
		von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis
Modul 1	10%	0	1	2	3	4	5	6	9	10	15
Modul 2	15%	0	1	2	5	6	10	11	16	17	33
Modul 3		0	0	1	2	3	4	5	6	7	45
Modul 4	40%	0	2	3	7	8	18	19	36	37	57
Modul 5	20%	0	0	1	1	2	3	4	5	6	12
Modul 6	15%	0	0	1	3	4	6	7	11	12	18

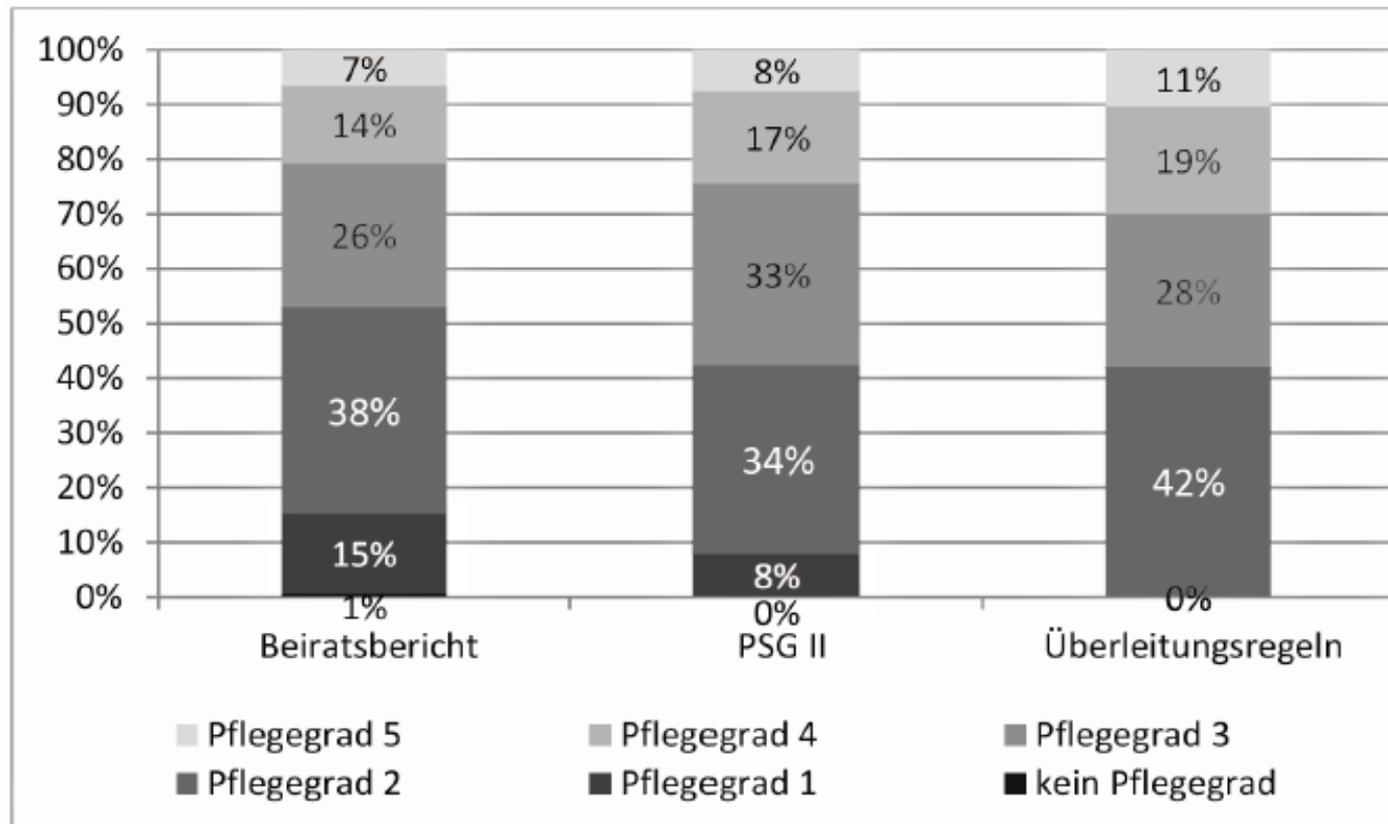
Quelle: BMG 2015.

II.2 Die Bewertungssystematik: Pflegegrade und Scorewerte

	Beiratssystematik	Aktuelle Systematik
Pflegegrad 1	15 bis unter 30	12,5 bis unter 27
Pflegegrad 2	30 bis unter 50	27 bis unter 47,5
Pflegegrad 3	50 bis unter 70	47,5 bis unter 70
Pflegegrad 4	70 bis unter 90	70 bis unter 90
Pflegegrad 5	90 und mehr	90 und mehr

II.3 Überleitungsregeln

Abbildung 1: Pflegegradverteilung in der Stichprobe der Erprobungsstudie nach Bewertungssystematik gemäß ...



Quellen: eigene Berechnungen basierend auf BMG 2013, Kimmel et al. 2015, BMG 2015.

II.4 Leistungshöhen im ambulanten Bereich

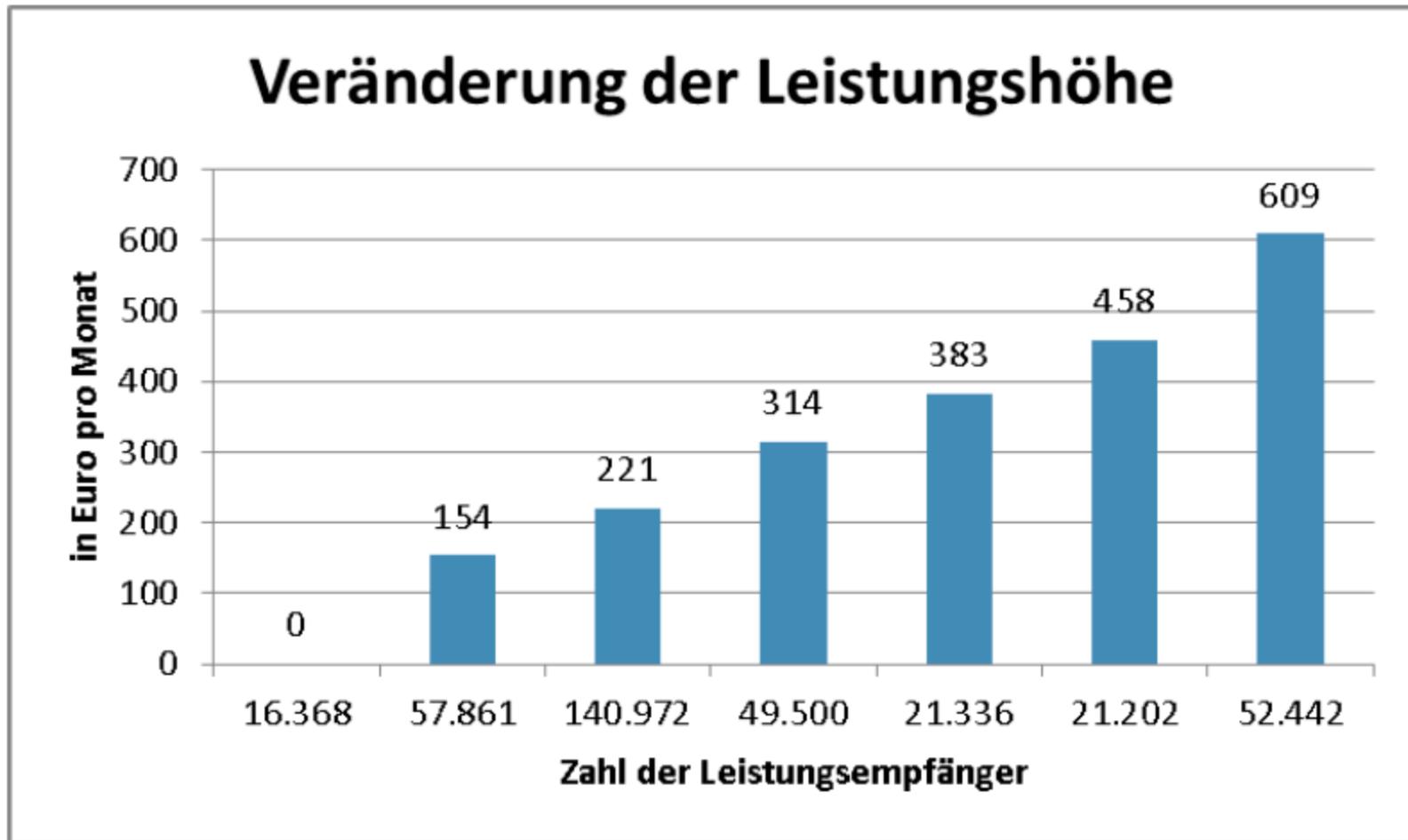
Tabelle 4: Leistungshöhen für Pflegesachleistung² (N=360 Tsd.)

Personenzahl 2014	Einstufung alt	Leistungsbeitrag alt (§ 36 + § 123)	Leistungsbeitrag neu (§ 36)	Einstufung Überleitung	Differenz der Leistungsbeiträge
21.202	Stufe 0 +EA	231	689	PG 2	458
140.972	Stufe I	468	689	PG 2	221
52.442	Stufe I + EA	689	1298	PG 3	609
57.861	Stufe II	1144	1298	PG 3	154
49.500	Stufe II + EA	1298	1612	PG 4	314
14.224 ³	Stufe III	1612	1612	PG 4	0
21.336.	Stufe III + EA	1612	1995	PG 5	383
2.144	Härtefälle	1995	1995	PG 5	0
	Härtefälle + EA	1995	1995	PG 5	0

Werden die Personenzahlen mit der Differenz der Leistungsbeiträge multipliziert, ergibt sich eine zusätzliche Nachfrage im Umfang von 1,2 Mrd. Euro!

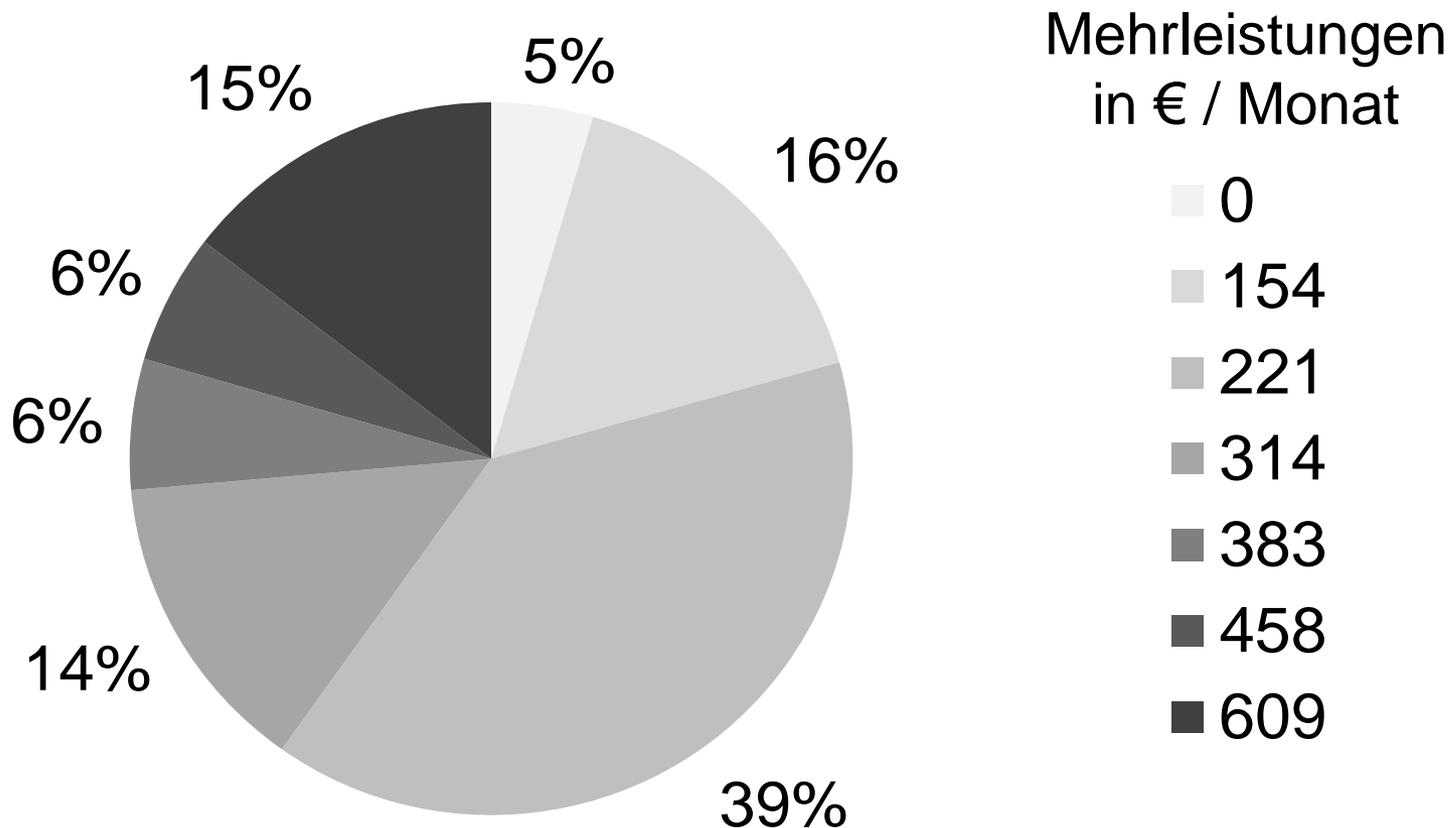
II.4 Leistungshöhen im ambulanten Bereich

Abbildung 2: Leistungsanhebungen für Pflegesachleistungsempfänger



II.4 Leistungshöhen im ambulanten Bereich

Erhöhung der Leistungssätze bei Pflegesachleistungen



II.4 Leistungshöhen im ambulanten Bereich

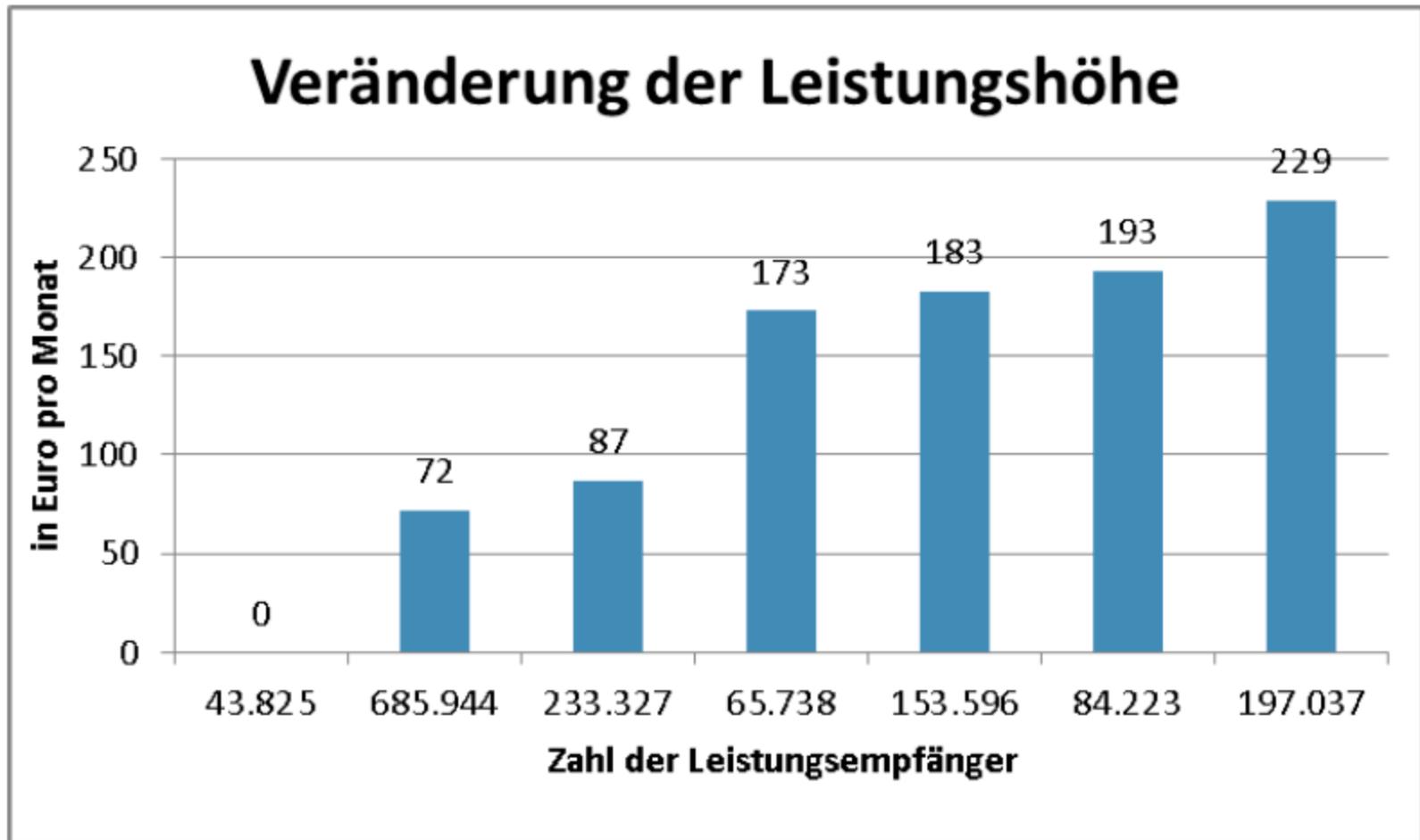
Tabelle 5: Leistungshöhen für Pflegegeld (N=1,464 Mio.)

Personenzahl 2014	Einstufung alt	Leistungsbeitrag alt (§ 37 + § 123)	Leistungsbeitrag neu (§ 37)	Einstufung Überleitung	Differenz der Leistungsbeiträge
84.223	Stufe 0 + EA	123	316	PG 2	193
685.944	Stufe I	244	316	PG 2	72
197.037	Stufe I + EA	316	545	PG 3	229
233.327	Stufe II	458	545	PG 3	87
153.596	Stufe II + EA	545	728	PG 4	183
43.825	Stufe III	728	728	PG 4	0
65.738	Stufe III + EA	728	901	PG 5	173

Werden die Personenzahlen mit der Differenz der Leistungsbeiträge multipliziert, ergibt sich ein zusätzliches Pflegegeldvolumen von 2 Mrd. Euro!

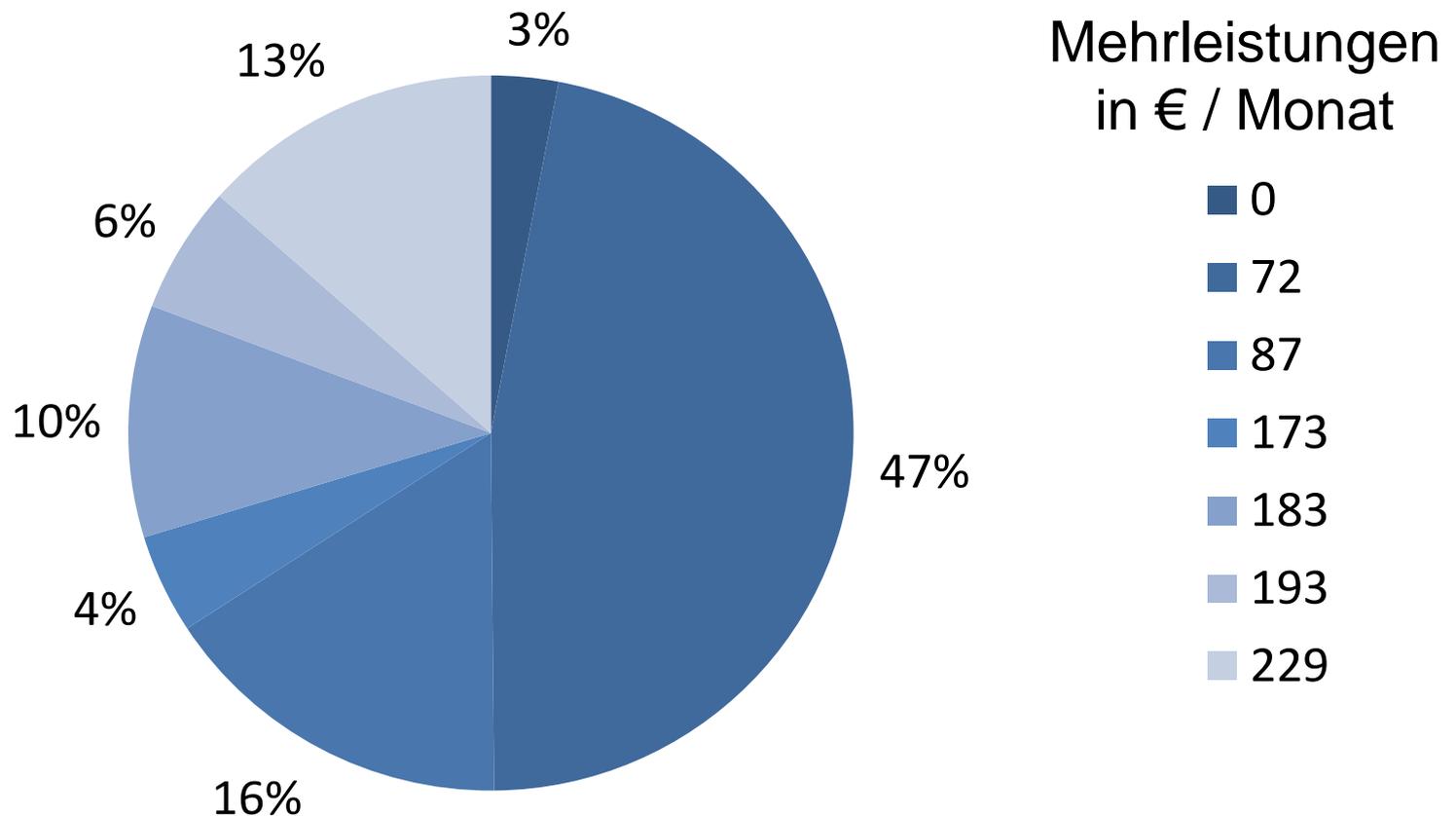
II.4 Leistungshöhen im ambulanten Bereich

Abbildung 3: Leistungsanhebungen für Pflegegeldempfänger



II.4 Leistungshöhen im ambulanten Bereich

Erhöhung der Leistungssätze beim Pflegegeld



II.5 Festlegung der Leistungen im stationären Bereich

- Im ambulanten Bereich orientieren sich die Leistungshöhen am Status quo. Im stationären Bereich folgen sie einer anderen Logik
- Ziel ist
 - Einheitlicher Eigenanteil, der in der Summe nicht größer sein soll als derzeitige Eigenanteile
 - Pflegeversicherungsleistungen + einheitlichem Eigenanteil sollen Aufwandsrelation entsprechen
 - Budgetneutrale Umrechnung der erwarteten Einnahmen aus Pflegesätzen für 31.12.2016
- Es gibt nur bestimmte Kombinationen von Pflegeversicherungsleistungen und Eigenanteilen, die diese Bedingungen erfüllen

II.5 Festlegung der Leistungen im stationären Bereich

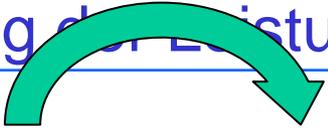
	(1)	(2)	(3) = (1)+(2)	(4)	(5)
Pflegegrad	Pflegeversicherungsleistung	Einheitlicher Eigenanteil	Pflegesatz	Pflegesatzrelationen	EVIS-Relationen
PG2	770	580	1350	1	1
PG3	1262	580	1842	1,364	1,357
PG4	1775	580	2355	1,744	1,737
PG5	2005	580	2585	1,915	1,903

- **BMG-Rechnung**

- ist ausgegangen von Gesamtsumme der pflegebedingten Einnahmen einer Durchschnittseinrichtung aus dem Jahre 2011
- hat darauf eine – beträchtliche – Steigerung bis zum Jahr 2017 angewandt
- Die Summe durch aufwandsgewichtete Bewohnerzahl geteilt und so Pflegesatz für Pflegegrad 2 ermittelt
- Die Pflegegrade für die anderen Pflegegrade daraus ermittelt
- Einen einheitlichen Eigenanteil angesetzt und dann die Leistungen nach § 43 SGB XI errechnet.

+ X

II.5 Festlegung der Leistungen im stationären Bereich



	(1)	(2)	(3) = (1)+(2)	(4)	(5)
Pflegegrad	Pflegeversicherungsleistung	Einheitlicher Eigenanteil	Pflegesatz	Pflegesatzrelationen	EVIS-Relationen
PG2	770	580	1350	1	1
PG3	1262	580	1842	1,364	1,357
PG4	1775	580	2355	1,744	1,737
PG5	2005	580	2585	1,915	1,903

• BMG-Rechnung

- X

- 
- ist ausgegangen von Gesamtsumme der pflegebedingten Einnahmen einer Durchschnittseinrichtung aus dem Jahre 2011
 - hat darauf eine – beträchtliche – Steigerung bis zum Jahr 2017 angewandt
 - Die Summe durch aufwandsgewichtete Bewohnerzahl geteilt und so Pflegesatz für Pflegegrad 2 ermittelt
 - Die Pflegegrade für die anderen Pflegegrade daraus ermittelt
 - Einen einheitlichen Eigenanteil angesetzt und dann die Leistungen nach § 43 SGB XI errechnet.

II.5 Leistungshöhen in der stationären Pflege

- Pflegeversicherungsleistungen sind z.T. niedriger als vorher, insgesamt sind die Ausgaben der Pflegeversicherung aber höher

II.5 Leistungshöhen in der stationären Pflege

Tabelle 3.7 Leistungshöhen bei stationärer Pflege (in €/Monat)⁹

Personenzahl 2014	Einstufung alt	Leistungs- betrag alt	Leistungs- betrag neu	Einstufung Überleitung	Differenz der Leistungs- beträge
136.175	PS I	1.064	770	PG 2	-294
116.001	PS I + EA	1.064	1.262	PG 3	198
77.156	PS II	1.330	1.262	PG 3	-68
198.400	PS II + EA	1.330	1.775	PG 4	445
7.164	PS III	1.612	1.775	PG 4	163
136.117	PS III + EA	1.612	2.005	PG 5	393
358	Härtefall	1.995	2.005	PG 5	10
6.802	Härtefall+EA	1.995	2.005	PG 5	10

Quellen: SGB XI idF nach PSG I, BMG (2015a)

- Mehrausgaben bezogen auf die Fallzahl 2014: **1,4 Mrd. €**
- Mehrausgaben führen nicht zu Mehreinnahmen der Heime, sondern entlasten Pflegebedürftigen und Sozialhilfeträger

II.5 Leistungshöhen in der stationären Pflege

- Pflegeversicherungsleistungen sind z.T. niedriger als vorher, insgesamt sind die Ausgaben der Pflegeversicherung aber höher
- Relevant ist für Versicherte aber nicht die Höhe der Leistungen, sondern der Eigenanteil. Auch der ist aber für Pflegebedürftige der Pflegestufe I höher

II.5 Leistungshöhen in der stationären Pflege

Tabelle 3.8 Leistungshöhen und Eigenanteil bei stationärer Pflege
(in €/Monat)

Einstufung alt	Leistungs- betrag alt	Durch- schnittlicher Eigenanteil alt	Leistungs- betrag neu	Durch- schnittlicher Eigenanteil neu	Einstufung Überleitung
PS I	1.064	391	770	580	PG 2
PS I + EA	1.064	391	1.262	580	PG 3
PS II	1.330	596	1.262	580	PG 3
PS II + EA	1.330	596	1.775	580	PG 4
PS III	1.612	815	1.775	580	PG 4
PS III + EA	1.612	815	2.005	580	PG 5

Quellen: Statistisches Bundesamt (2015d), SGB XI idF nach PSG I, BMG (2015a) (eigene Berechnung)

II.5 Leistungshöhen in der stationären Pflege

- Pflegeversicherungsleistungen sind z.T. niedriger als vorher, insgesamt sind die Ausgaben der Pflegeversicherung aber höher
- Relevant ist für Versicherte aber nicht die Höhe der Leistungen, sondern der Eigenanteil. Auch der ist aber für Pflegebedürftige der Pflegestufe I höher
- Für „Altfälle“ wird dies durch Bestandsschutz ausgeglichen. Die Ausgaben hierfür werden vom BMG mit 800 Mio. € angesetzt. Dieser Ansatz ist sehr optimistisch.

II.5 Leistungshöhen in der stationären Pflege

- **Neufälle**, die sonst in Stufe I wären, stellen sich durch die Reform schlechter. Ursache ist der „einheitliche Eigenanteil“, der zu einer Umverteilung zwischen Heimbewohnern führt.
- Dieser einheitliche Eigenanteil ist eine echte Innovation mit vielen Vorteilen:
 1. Konflikt in Heimen über Höherstufung wird aufgelöst
 2. Sozialpolitisch fragwürdige höhere Belastung der Schwerstpflegebedürftigen wird abgeschafft
 3. Schaffung von Sicherheit, dass sich der Eigenanteil bei Pflegegradveränderung nicht erhöht
 4. Höhere Transparenz, da Eigenanteil in einem Parameter sichtbar ist
 5. Höhere Anreize für ambulante Pflege bei niedrigen Pflegegraden
- Die Umverteilung lässt sich also gut begründen.

II.6 Pflegesätze

- Für die Umstellung der Pflegesätze ist vorgesehen
 1. Individualverhandlungen (§ 92c SGB XI)
 2. Vereinfachtes Verfahren mit „Zuschlag“ (§ 92c SGB XI)
 3. Überleitungsverfahren (§§ 92d und 92e SGB XI)
- Flächendeckende Individualverhandlungen sind nicht möglich, aber inzwischen haben schon 7 Länder Vereinbarungen nach vereinfachtem Verfahren getroffen. Alle anderen stehen in Verhandlung
- Auch Vereinbarungen nach dem vereinfachten Verfahren orientieren sich am Überleitungsverfahren. Allerdings mit verschiedenen Varianten für einen Zuschlag

II.6 Stand der Umsetzung in den Ländern (Stand: Ende April 16)

Bundesland	Stand	Stichtag	Zuschlag	Regelung zum Personalbestand
Baden-Württemberg	in Verhandlung			Regelungen zum Personal sollen nach aktuellem Stand rahmenvertraglich vereinbart werden.
Bayern	Beschluss der Landespflegesatzkommission	unterschiedliche Regelungen je nach Verhandlungzeitpunkt (u.a. Durchschnitt aus Belegung 30.4. und 31.5.)	Allgemeiner Zuschlag für voraussichtliche Personal- und Sachkostensteigerungen (Verhandlung) zzgl. PSG II-Zuschlag (0 % - 3,7 %, abhängig von PEA-Anteil)	Die überleiteten Personalschlüssel werden in die Pflegesatzvereinbarung ab 01.01.2017 überführt. Anm.: unabhängig davon erfolgt ggf. ab 2016 die Erhöhung der Personalausstattung für die „sonstigen Dienste“
Berlin	in Verhandlung	1.6.		Personalrichtwertverbesserung (zusätzlich 3,27 VK)
Brandenburg	in Verhandlung			LE fordern personellen Mehrbedarf ca. 7 VK (Modell 80-Betten-Haus), ab 01.01.2017 2 VK, jedes weitere Quartal in 2017 eine weitere VK sowie weiterer Zuschlag für Strukturveränderungen
Bremen	in Verhandlung	Vorverlegung wird erwogen	Es werden ein allgemeiner Zuschlag und ein vom PEA-Anteil abhängiger Zuschlag (Risikozuschlag) diskutiert.	Leistungsträger fordern, dass der Einrichtungsträger bei Gewährung eines Risikozuschlags mindestens das Stichtagspersonal hält, auch wenn nach den ermittelten Personalschlüsseln ein Absenken möglich wäre.
Hamburg	geeint (unter Gremienvorbehalt)	30.4.	keiner	Umstellung auf neue Personalrichtwerte auf Basis der gemeldeten Bewohnerstruktur zum Stichtag
Hessen	in Verhandlung	durchschnittliche Belegung (über 2 Monate)	Es wird ein vom PEA-Anteil abhängiger Zuschlag diskutiert.	Es soll ein neuer Personalschlüssel vereinbart werden.
Niedersachsen	Beschluss der Pflegesatzkommission		1,3 % - 3,7 % (abhängig von PEA-Anteil)	Übergangsverfahren ohne Präjudiz für Folge- bzw. Rahmenvertragsverhandlungen
Nordrhein-Westfalen	in Verhandlung			Geplanter Personalausschlag von 1:40 mit einer Steigerung im Pflegebereich von 6,8 % für alle VV in 2017 und 2018. Die Sozialhilfe verfolgt das Ziel einer Steigerung von max. 3,4 % nur für 2017. Der nächste Verhandlungstermin ist der 26.04.2016. Im Anschluss daran muss ggf. eine Entscheidung durch die Schiedsstelle herbeigeführt werden.
Mecklenburg-Vorpommern	Beschluss der Pflegesatzkommission	30.9.	In 2016 auslaufende PSV: 0,5 % der GLS für 6 Monate zzgl. 0,456 % je weiterer Monat Laufzeit; andere: 0,25 % pro Monat	pflegestufenunabhängiger Personalausschlag 1:50 (soll in Rahmenvertrag einfließen)
Saarland	geeint (unter Gremienvorbehalt)			Allgemeiner Zuschlag (2,35 %) für voraussichtliche Personal- und Sachkostensteigerungen (gilt auch für Unterkunft und Verpflegung), zzgl. PSG II-Zuschlag (2,85 %)
Sachsen	in Verhandlung	unterjährige Stichtage werden erwogen	Es werden ein allgemeiner Zuschlag und ein Risikozuschlag diskutiert.	Es werden Personalverbesserungen diskutiert. Ein Beschlussantrag (ca. 12 % Budgeterhöhung mit Personalverbesserung von 1 VK je 60 Betten) wurde am 23.2. durch die LE abgelehnt.
Sachsen-Anhalt	in Verhandlung			Es werden ein allgemeiner Zuschlag und ein Risikozuschlag diskutiert.
Schleswig-Holstein	Beschluss der Pflegesatzkommission für ein vereinfachtes Verfahren 2016 zur pauschalen Überleitung in 2017			Allgemeiner Zuschlag (Personal: 2,5 %; Fremdleistungen: 1 %; Sachkosten: 1 %)
Thüringen	Beschluss der Pflegesatzkommission			5 % Risikozuschlag
Rheinland-Pfalz	in Verhandlung			Übergangsverfahren ohne Präjudiz für Folge- bzw. Rahmenvertragsverhandlungen optional: zusätzliches Personal bis zu einem pflegestufenunabhängigen Schlüssel von 1:2,6 (ohne Anrechnung auf die Fachkraftquote); ist vorzuzulassen und nachzuweisen
				Einrichtungsindividuelle Überleitung der Personalschlüssel als Übergangsverfahren ohne Präjudiz für Folge- bzw. Rahmenvertragsverhandlungen
Legende GLS: Grundlohnsummensteigerung 2016 LE: Leistungserbringer PEA-Anteil: Anteil der Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI PSV: Pflegesatzvereinbarung VV: Vergütungsvereinbarung				

II.6 Pflegesätze

- Bei der Überleitungsregelung (§ 92e SGB XI) werden die alten Entgeltsummen budgetneutral in neue Pflegesätze umgerechnet. Die Umrechnung erfolgt so, dass die Pflegesätze der neuen Pflegegrade zuzüglich der einheitlichen Eigenanteile die Aufwandsrelationen aus der EVIS-Studie abbilden. So liegt der Pflegesatz des PG 5 in einer Durchschnittseinrichtung 1,9 mal so hoch wie der in PG 2.

II.6 Mehr Personal in Heimen?



Der Beauftragte der Bundesregierung
für die Belange der Patientinnen und Patienten
sowie Bevollmächtigter für Pflege

Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes in stationären Pflegeeinrichtungen

II.6 Mehr Personal in Heimen?

Ich erwarte daher von allen Vereinbarungspartnern auf Landesebene, die bisherigen Personalschlüssel in den Landesrahmenverträgen als veraltet anzusehen. Sie orientieren sich an einem defizitbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der Ende 2016 Geschichte sein wird. In den individuellen Pflegesatzverhandlungen und in den Verhandlungen der Landespflegesatzkommissionen für 2017 müssen jetzt neue, angemessene Personalschlüssel vereinbart werden, die dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff entsprechen.

Geld für mehr Leistungen – und damit auch für mehr Personal – ist vorhanden: U.a. für die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird der Beitragssatz um weitere 0,2 Prozentpunkte angehoben. Für die stationäre Pflege werden durch die zweite Pflegereform jährlich 330 Millionen Euro zusätzlich bereitgestellt. Hinzu kommen zusätzliche Bestandsschutzkosten im vollstationären Bereich von rund 800 Millionen Euro im Zeitraum von vier Jahren. Dieses Geld darf nicht einfach wirkungslos versickern.

Inhalt

- I. Was bisher geschah: Der Weg zur Reform
- II. Das PSG II und der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff
- III. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff: Wunsch und Wirklichkeit**
- IV. Auswirkungen auf die stationäre Pflege
- V. Aktuelle Modellrechnungen aus NRW
- VI. Fazit

III. PSG II: Wunsch und Wirklichkeit (1/4)

- Mythos I: Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erhalten Menschen mit Demenz erstmals angemessene Pflegeversicherungsleistungen
- Realität:
 - 2006 war tatsächlich eine eklatante Benachteiligung von Menschen mit Demenz zu beobachten
 - Durch die Leistungsausweitungen für PEA im PfWG und im PNG ist diese Ungleichbehandlung zu erheblichen Teilen aufgehoben
- Die Gefahr durch nur noch geringfügige Verbesserungen zu enttäuschen, wurde durch großzügige Regelungen gebannt:
 - Absenkung von Schwellenwerten in der Bewertungssystematik
 - Großzügige Leistungen im ambulanten Bereich
 - Überleitung mit doppeltem Stufensprung

III. PSG II: Wunsch und Wirklichkeit (2/4)

- Mythos II: Der neue Pflegebedürftigkeit führt zu einer Erhöhung von 3 auf 5 Stufen
- Realität:
 - Durch Kombination der drei Pflegestufen plus Härtefälle mit dem Merkmal EA gibt es derzeit bis zu 14 Abstufungen
 - Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff führt diese Abstufungen wieder auf 5 zurück und bewirkt so eine Vereinheitlichung

Vereinheitlichung in häuslicher Pflege: Pflegesachleistungen

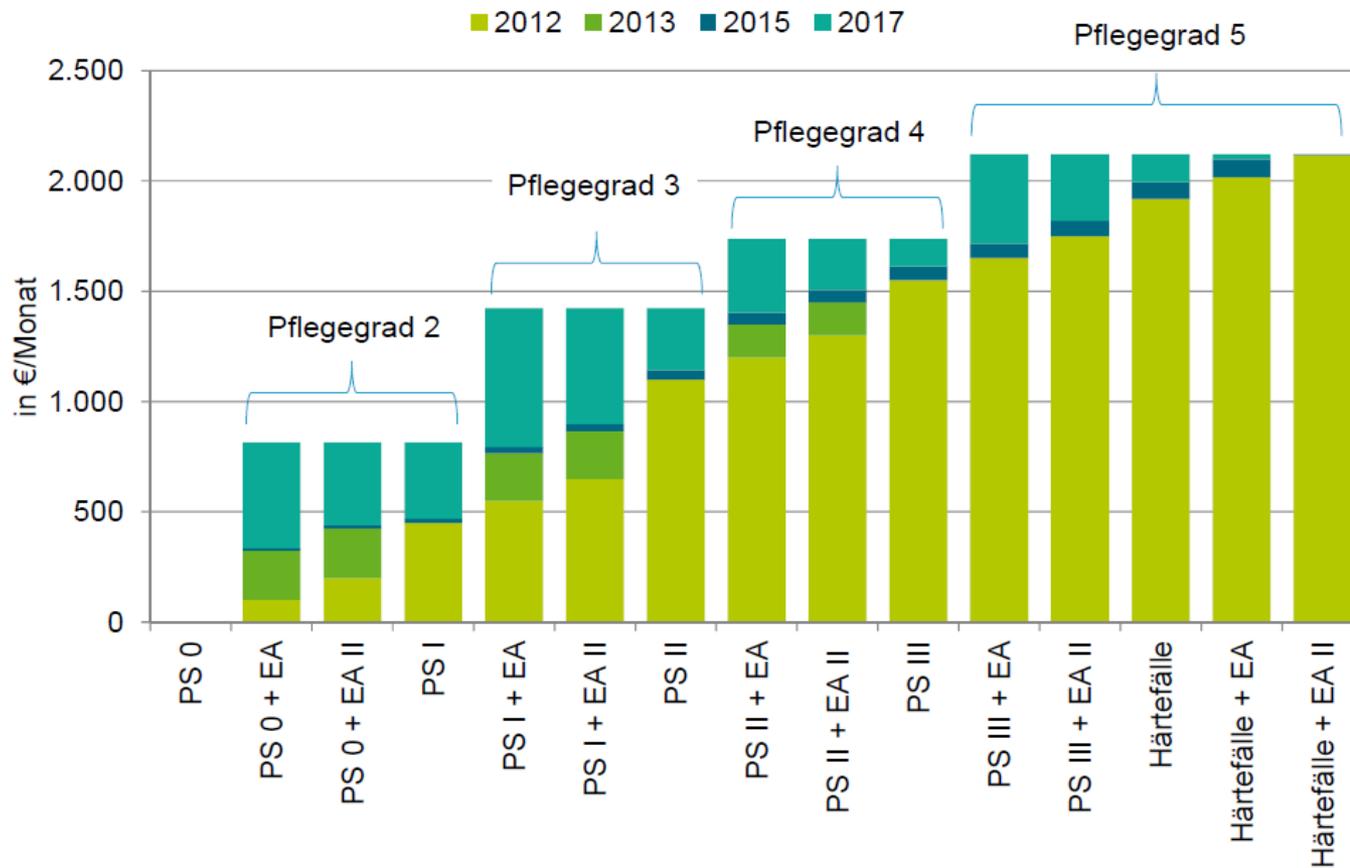


Abbildung 3.3 Leistungshöhen für Pflegesachleistungsempfänger (inklusive zusätzlicher Betreuungsleistungen gemäß § 45b SGB XI)⁸

Vereinheitlichung in häuslicher Pflege: Pflegegeld

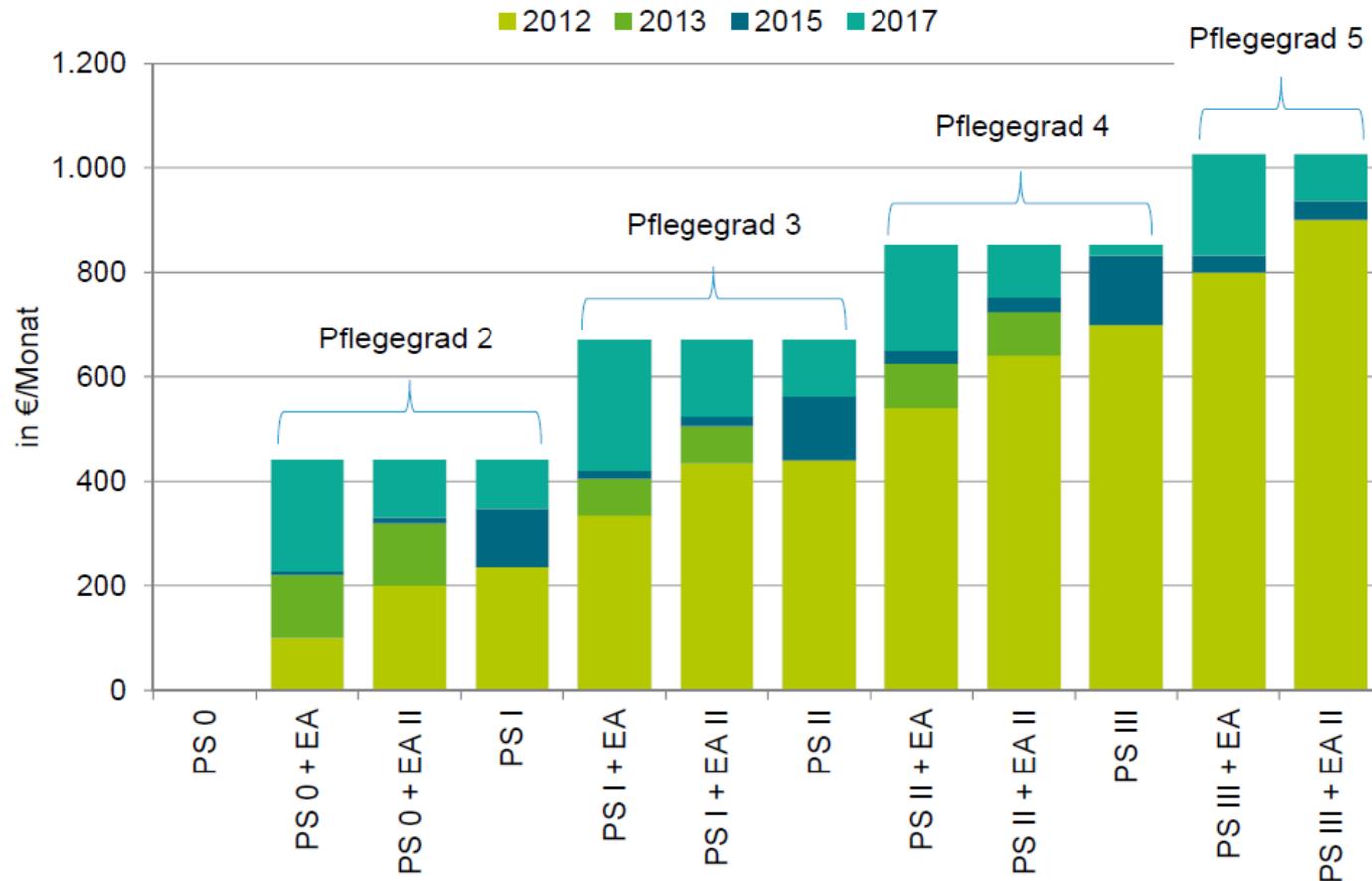


Abbildung 3.5 Leistungshöhen für Pflegegeldbezieher (inklusive zusätzlicher Betreuungsleistungen gemäß § 45b SGB XI)

III. PSG II: Wunsch und Wirklichkeit (3/4)

- Mythos III: Der neue Pflegebedürftigkeit führt zur Abschaffung der „Minutenpflege“
 - Realität:
 - „Minutenpflege“ im Sinne von „Akkordpflege“ wird durch das Leistungserbringungsrecht, durch die Vergütung, geschaffen. Diese wird durch das NBA nicht berührt.
 - Das NBA schafft „Minutenwerte“ lediglich im Leistungsrecht ab.
- Die „Minutenpflege“ muss an einer anderen Stelle bekämpft werden**

III. PSG II: Wunsch und Wirklichkeit (4/4)

- Mythos IV: Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff führt zu einem neuen Pflegeverständnis
- Realität:
 - Das NBA ist lediglich ein Instrument zur Feststellung von Leistungsansprüchen. Das Leistungserbringungsrecht ist nicht betroffen.
 - Auch derzeit muss Pflege auf dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse erfolgen – unabhängig vom Verfahren zur Ermittlung der Leistungsansprüche
 - Nach Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ändert sich bei der Leistungserbringung daher zunächst nichts

→ Soll das erweiterte Pflegeverständnis, das das NBA prägt, in den Pflegealltag einziehen, muss dies von den Vertragspartnern festgelegt werden (z.B. § 75 SGB XI)

Inhalt

- I. Was bisher geschah: Der Weg zur Reform
- II. Das PSG II und der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff
- III. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff: Wunsch und Wirklichkeit
- IV. Auswirkungen auf die stationäre Pflege**
- V. Aktuelle Modellrechnungen aus NRW
- VI. Fazit

IV. Auswirkungen auf die ambulante Pflege

1. Die Ausgaben der Pflegeversicherung steigen vor allem im ambulanten Bereich, aber auch für stationäre Pflege

- Im *ambulanten Bereich* ergibt sich bei konstantem Inanspruchnahmeverhalten für die „Altfälle“
 - eine Zusatznachfrage nach Sachleistungen im Umfang von 1,2 Mrd. €
 - zusätzliches Pflegegeld im Umfang von 2 Mrd. Euro
- Für „Neufälle“ ergibt sich eine etwas niedrigere Pflegegradstruktur. Trotzdem bleibt es bei einer erheblichen Steigerung des Marktvolumens

IV. Auswirkungen auf die stationäre Pflege

1. Die Ausgaben der Pflegeversicherung steigen vor allem im ambulanten Bereich, aber auch für stationäre Pflege

- Im *stationären Bereich* entstehen für „Altfälle“ Mehrausgaben im Umfang von 1,4 Mrd. Euro als Produkt aus Leistungshöhen­differenz und jeweiligen Fallzahlen. Für Neufälle sinken diese Mehrausgaben wg. anderer Einstufung etwas
- Zusätzlich entstehen Kosten für den Bestandsschutz bei den Eigenanteilen im Umfang von ca. 700 Mio. Euro, die im Zeitverlauf auf Null abgeschmolzen werden.
- Zentral: Diese Ausgaben kommen Pflegebedürftigen/ Sozialhilfeträgern zugute, nicht aber den Einrichtungen

IV. Auswirkungen auf die stationäre Pflege

2. Refinanzierungslücke zum Umstellungszeitpunkt

- Ermittlung der neuen Pflegesätze erfolgt bei Überleitung zum Umstellungszeitpunkt budgetneutral
- Die neuen Pflegesätze ergeben sich als Quotient aus altem Budget und bedarfsgewichteter Bewohnerzahl
- Je höher die Pflegegradstruktur ist, desto geringer sind die Pflegesätze
- Die großzügigen Überleitungsregeln führen dazu, dass das Budget ceteris paribus sinkt, wenn Altfälle durch identische „Zwillinge“ ersetzt werden.
- Bei vollständigem „Austausch“ der Bewohner entstehen rechnerischer Budgeteinbuße von 2,5 - 6%.

IV. Auswirkungen auf die stationäre Pflege

3. Veränderung der Pflegegradstruktur

- Die Eigenanteile steigen in niedrigen Pflegegraden und sinken in hohen Pflegegraden (im Vergleich zum Status quo)
 - Anreize für Heimpflege ändern sich in Richtung auf höhere Pflegegrade (für Neufälle)
 - Pflegebedürftigenbestand wird „hoch“ übergeleitet. Hieraus entsteht tendenziell ein Trend in Richtung Heim (im Bestand)
- Mit Pflegegrad 1 wird eine neue Personengruppe leistungsberechtigt, die bislang überwiegend keine Pflegeversicherungsleistungen erhalten hat.
 - Die Versorgung dieser Personen wird fast ausschließlich ambulant erfolgen.

IV. Auswirkungen auf die stationäre Pflege

4. Nachfragedelle?

- Bisher sind mehr als ein Drittel der Heimbewohner in Pflegestufe I. Diese Personengruppe wird in Zukunft etwa zur Hälfte in Pflegegrad 2 eingestuft
 - Es ist davon auszugehen, dass sich ein Teil dieser Personen für ambulante Pflege entscheidet, weil diese attraktiver geworden ist
 - Aber: Bei Höherstufungen im Zeitverlauf wird Heimpflege auch für die wieder attraktiv.
- **Der Effekt ist weniger bedeutsam als häufig unterstellt, aber dem Grunde nach gegeben**

IV. Auswirkungen auf die stationäre Pflege

5. Pflegegradmanagement

- In der Vergangenheit waren Höherstufungen bei Heimbewohnern häufig konfliktär.
- In Zukunft haben Bewohner/Angehörigen keine finanziellen Nachteile von einer Höherstufung. Diese ist leichter durchsetzbar.
- Eine enges Monitoring und die Etablierung eines Pflegegradmanagements ist sinnvoll und auch zu erwarten

Inhalt

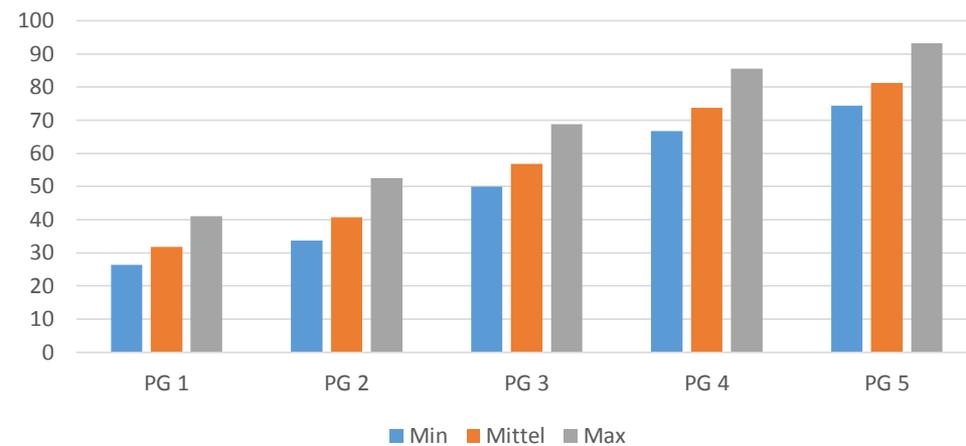
- I. Was bisher geschah: Der Weg zur Reform
- II. Das PSG II und der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff
- III. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff: Wunsch und Wirklichkeit
- IV. Auswirkungen auf die stationäre Pflege
- V. Aktuelle Modellrechnungen aus NRW**
- VI. Fazit

V. Aktuelle Modellrechnungen aus NRW

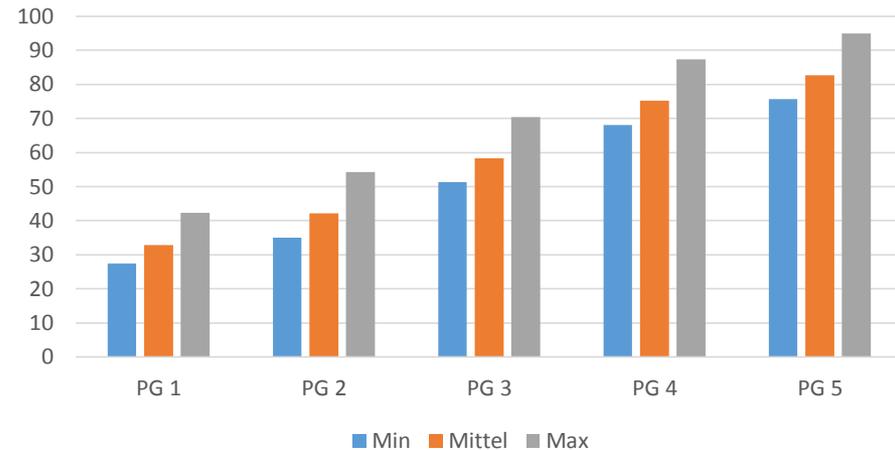
- Einbezogen wurde 49 Einrichtungsdatensätze der Jahre 2014 und 2015
- Alle Einrichtungen sind Curacon-Kunden und befinden sich in NRW
- Berechnet wurde eine Umstellung gemäß
 - § 92e SGB XI und
 - § 92c SGB XI mit pauschalem Zuschlag von 2,3% sowie
 - § 92c SGB XI mit pauschalem Zuschlag von 5,7%

V. Pflegesätze für neue Pflegegrade – 92c mit 2,3% Steigerung

Pflegesätze bei Umstellung nach § 92 e (€/ Tag)

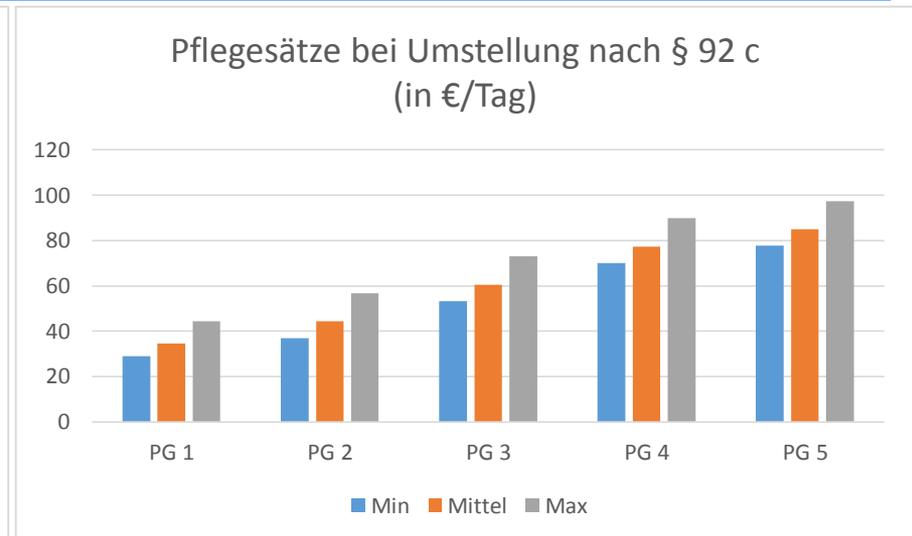
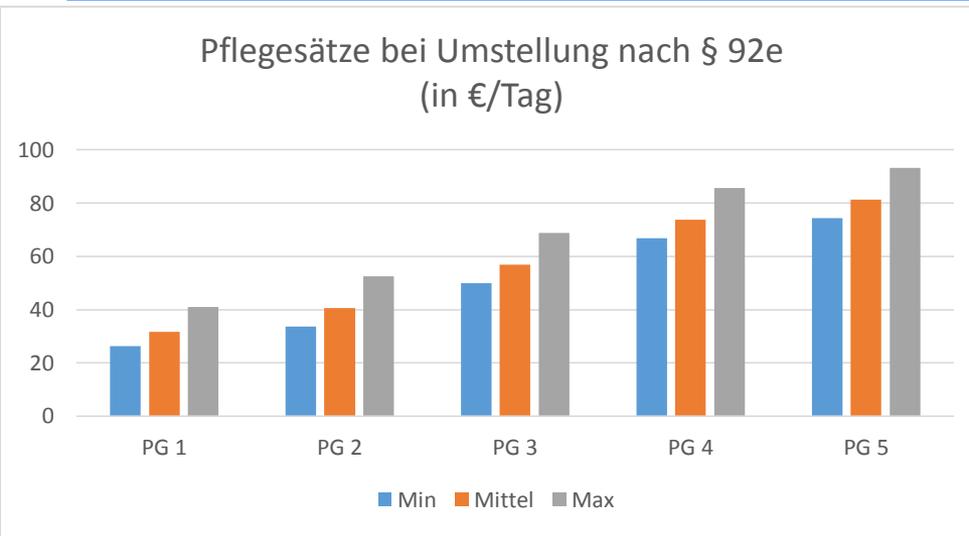


Pflegesätze bei Umstellung nach § 92 c (€/Tag)



- Im Ergebnis der Umstellungen nach § 92c mit 2,3% oder § 92e unterscheiden sich die Pflegesätze pro Tag nur wenig.
- Die Pflegesätze nach § 92c liegen im Mittel – je nach Pflegestufe – von 1,13 € bis 1,46 € höher
- Für eine durchschnittliche Einrichtung mit etwa 90 Plätzen ergeben sich demnach tägliche Mehreinnahmen von etwa 115 €.

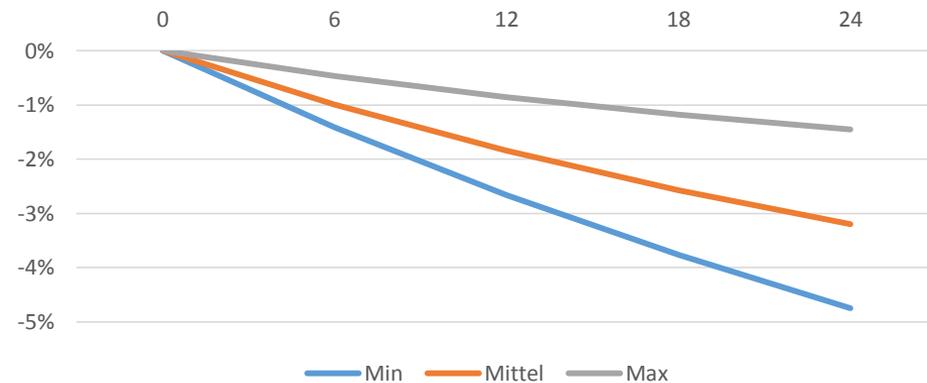
V. Pflegesätze für neue Pflegegrade – 92c mit 5,7% Steigerung



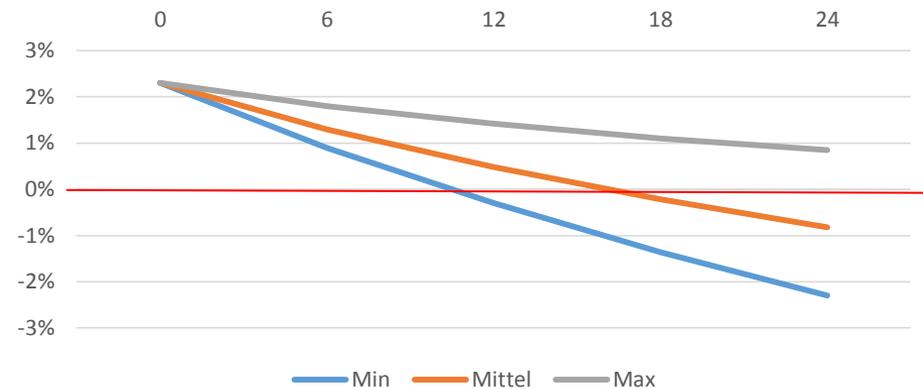
- Im Ergebnis generiert die Umstellung nach § 92c mit einer Steigerung von 5,7% in den Pflegegraden 2-5 durchschnittliche Mehreinnahmen von 3,61 Euro pro Tag.
- Für eine durchschnittliche Einrichtung mit etwa 90 Plätzen ergeben sich demnach tägliche Mehreinnahmen von etwa 325 €.

V. „Zwillingseffekt“ – Aufschlag nach § 92c von 2,3%

Erlösentwicklung nach X Monaten (§ 92e) (in %)

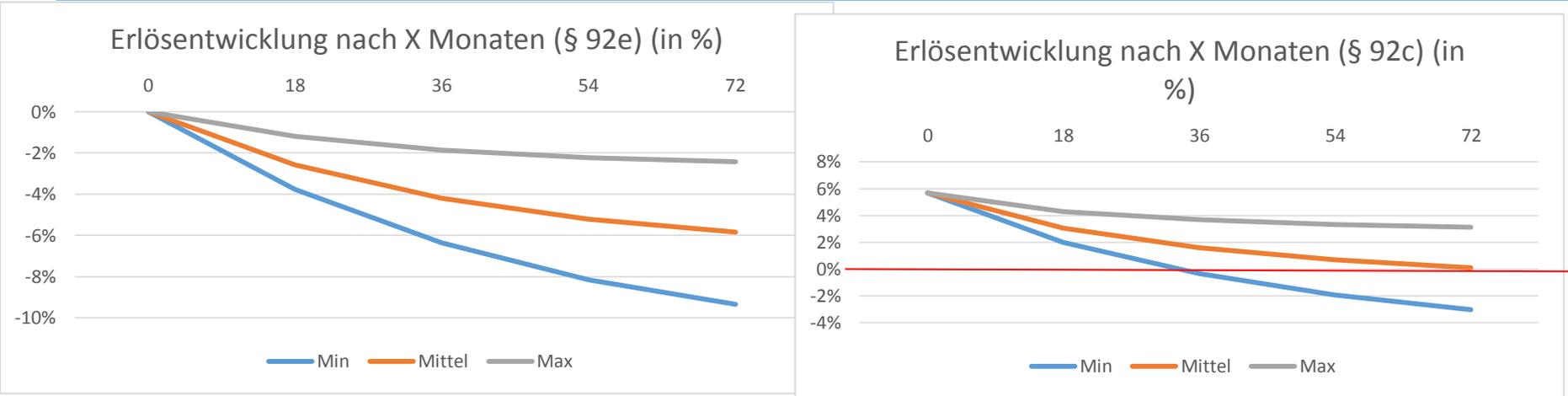


Erlösentwicklung nach X Monaten (§ 92c)



- Im Zeitverlauf (hier 0 bis 24 Monate) sinken die Erlöse in dem Ausmaß, in dem die übergeleiteten Bestandsbewohner durch neue „Zwillinge“ ersetzt werden.
- Über die ersten zwei Jahre nach Umstellungszeitpunkt sinken die Erlöse im Mittel um 3,2% (min -4,75%; max -1,45%).
- Der angenommene Vergütungszuschlag von 2,3% führt dazu, dass schon nach 16 Monaten wieder das Erlösniveau des Umstellungszeitpunktes erreicht wird und danach Defizite auftreten.

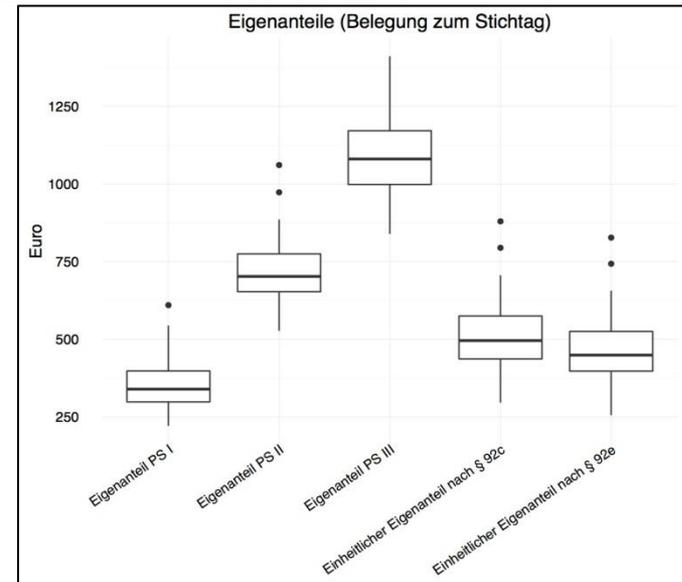
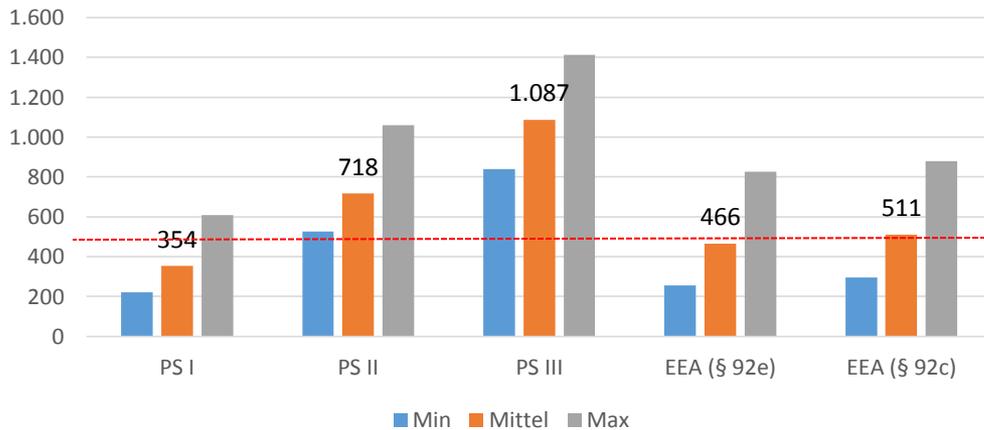
V. „Zwillingseffekt“ – Aufschlag nach § 92c von 5,7%



- Im Zeitverlauf (hier 0 bis 72 Monate) sinken die Erlöse in dem Ausmaß, in dem die übergeleiteten Bestandsbewohner durch neue „Zwillinge“ ersetzt werden. Bei einer Umstellung nach § 92e SGB XI resultiert nach 6 Jahren – ceteris paribus – ein Defizit von 6%.
- Ein angenommene Vergütungszuschlag von 5,7% führt dazu, dass im Mittelwert erst nach 72 Monaten wieder das Erlösniveau des Umstellungszeitpunktes erreicht wird
- Dieser Zuschlag ist damit ausreichend, weil in diesem Zeitraum neue Entgelte verhandelt sein dürften.

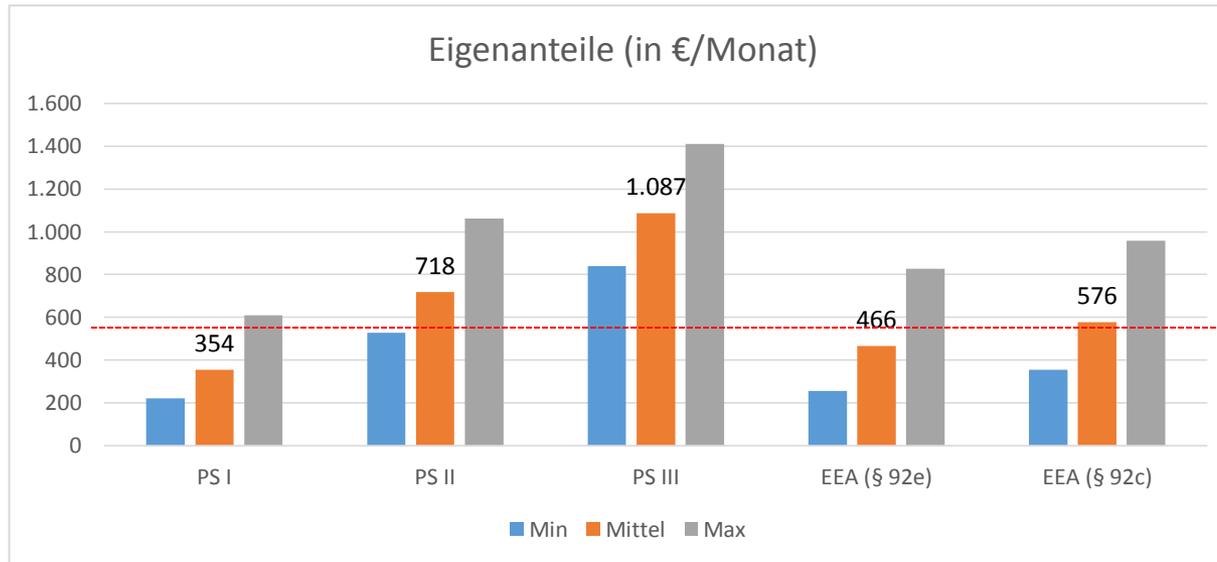
V. Eigenanteile - § 92c Umstellung mit 2,3% Zuschlag

Eigenanteile (in Euro / Monat)



- Die einheitlichen Eigenanteile liegen zwar – wie angenommen – zwischen den alten Eigenanteilen der PS I und PS II, entsprechen jedoch nicht dem Eigenanteil in PS II, sondern liegen deutlich (200 €) darunter.
- Hierbei handelt es sich wahrscheinlich um einen Effekt aus dem allgemein hohen Preisniveau in NRW und deutlich vom Durchschnitt abweichenden Belegungen.
- Letztlich wird die stationäre Versorgung in NRW für die Bestandsbewohner der heutigen PS II und PS III deutlich günstiger werden.

V. Eigenanteile - § 92c Umstellung mit 5,7% Zuschlag



- Die einheitlichen Eigenanteile liegen nunmehr bei Umstellung nach § 92c um 65 Euro höher – mit einem Wert von 576 Euro – fast exakt auf dem vom BMG verwendeten Wert.
- Aufgrund des vorher hohen Preisniveaus in NRW werden dennoch auch die Bewohner in PS II noch um durchschnittlich rd. 140 Euro im Monat entlastet

Inhalt

- I. Was bisher geschah: Der Weg zur Reform
- II. Das PSG II und der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff
- III. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff: Wunsch und Wirklichkeit
- IV. Auswirkungen auf die stationäre Pflege
- V. Aktuelle Modellrechnungen aus NRW
- VI. Fazit**

VI. Fazit (1/6)

- Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff beseitigt einen der Geburtsfehler der Pflegeversicherung: die zu engen, sachlich nicht gerechtfertigten Leistungsvoraussetzungen
- Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird durch das NBA definiert – nicht umgekehrt
- Das NBA ist dem bisherigen Verfahren überlegen, insbesondere durch Erfassung weiterer Dimensionen von Pflegebedürftigkeit. Die Bewertungssystematik ist nur bedingt gelungen

VI. Fazit (2/6)

- Das PSG II ist bemerkenswert großzügig, durch
 - Absenkung der Schwellenwerte bei den Graden der Beeinträchtigung
 - Absenkung der Schwellenwerte bei den Pflegegraden
 - doppelten Stufensprung bei der Überleitung
 - Großzügige Leistungshöhen im ambulanten Bereich
 - Großzügige Bestandsschutzregelungen
- Im Ergebnis wird kein Pflegebedürftiger, der bereits im System ist schlechter gestellt, im ambulanten Bereich werde aber 95% und im stationären zumindest alle in Pflegestufe III besser gestellt.

VI. Fazit (3/6)

- Für die „Neufälle“ ab 2017
 - kommt es im ambulanten Bereich für ca. 15% zu einer Leistungshöhe , die niedriger ist als im alten System.
 - Kommt es für Heimbewohner zu einem höheren Eigenanteil für alle diejenigen, die sonst in Stufe I eingestuft würden. Das sind rund ein Drittel der Heimbewohner. Allerdings kehrt sich dieser Effekt bei möglicher Hochstufung im Pflegeverlauf wieder um.
- Die höheren Belastungen für zukünftige Heimbewohner sind Ausdruck einer Umverteilung innerhalb der Heimbewohnerschaft, die sachgerecht und gut begründet ist. Der einheitliche Eigenanteil ist eine echte Innovation des PSG II.

VI. Fazit (4/6)

- Für Pflegeheime kommt es zu einer budgetneutralen Umstellung der Pflegesätze, die gleichzeitig die Aufwandsrelationen abbildet und damit sachgerecht ist.
- Ein Problematik entsteht allerdings dadurch, dass die Überleitung überschießend ist und die Bewohnerstruktur daher „zu hoch“. Beim Austausch der Bewohnerschaft resultieren ceteris paribus sinkende Entgelte. Dieser Effekt führt dazu, dass – c.p. – die Entgeltsumme sinkt. Durch geeignete Zuschläge kann dem entgegengewirkt werden.
- Die Reform führt nicht zu einer automatische Verbesserung der Personalschlüssel. Die muss in Verhandlungen erkämpft werden. Die Chancen dafür sind aber gut.

VI. Fazit (5/6)

- Das PSG II wird zu einer Steigerung der Nachfrage nach ambulanten Leistungen führen.
- Im Verhältnis von ambulanten und stationären Einrichtungen kommt es zu Substitutionsprozessen, wobei der Pflegegradmix im Heim tendenziell steigt.
- Der teilhabeorientierte Pflegebedürftigkeitsbegriff führt nur dann zu einer anderen Pflege, wenn sich dies auch in den Angeboten und Leistungsmodulen widerspiegelt.

VI. Fazit (6/6)

- PNG, PSG I und PSG II sind die größte Reform der Pflegeversicherung seit ihrer Gründung. Die Reform löst aber nicht **alle** Probleme der Pflegesicherung
- Weitere „große Baustellen“ der Sicherung der pflegerischen Versorgung sind
 - Finanzierung der Pflegeversicherung
 - Sicherung der zukünftigen Personalressourcen → Pflegenotstand
 - Mobilisierung der Zivilgesellschaft → Quartierskonzepte
 - Qualitätssicherung und –entwicklung
- Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff berührt diese Problemlagen nicht

→ Das PSG II ist ein wichtiger Schritt, aber weitere Schritte in Bezug auf andere Probleme müssen folgen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!