

Wissenschaftlicher Blick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff

ZUKUNFT DER PFLEGE:
Was bringt die neue Gesetzgebung?

Veranstaltung der BARMER GEK
am 22. September 2016 in Hanau

Prof. Dr. Heinz Rothgang

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

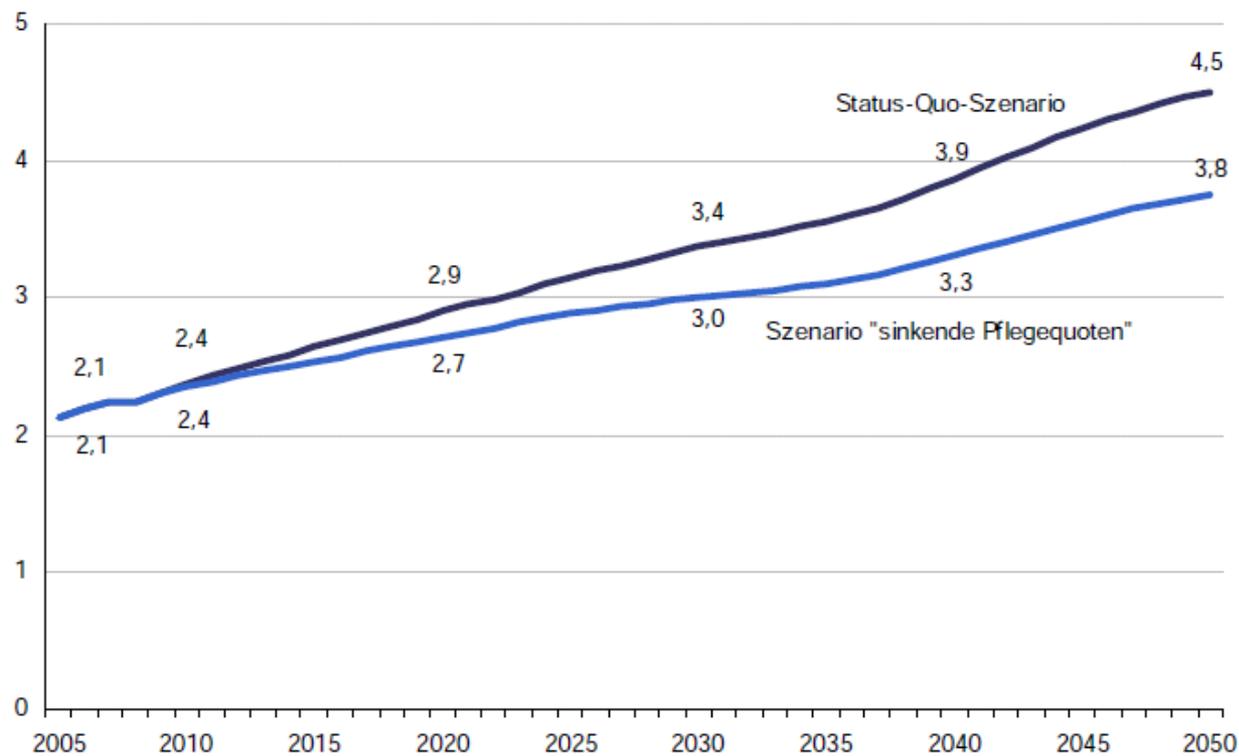
- I. Zahl der Pflegebedürftigen
- II. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das NBA
- III. Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige
- IV. Status quo-Sicherung für Pflegeheime
- V. Vom Pflegebedürftigkeitsbegriff zum Pflegebegriff
- VI. Fazit: Eine erstaunlich großzügige Reform mit verbleibendem Implementationsbedarf

- I. Zahl der Pflegebedürftigen
 1. Vorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes
 2. Aktualisierte Berechnung im Pflegereport 2015
 3. Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs
- II. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das NBA
- III. Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige
- IV. Status quo-Sicherung für Pflegeheime
- V. Vom Pflegebedürftigkeitsbegriff zum Pflegebegriff
- VI. Eine erstaunlich großzügige Reform mit verbleibendem Implementationsbedarf

I.1 Zukünftige Zahl der Pflegebedürftigen

Abbildung 12: Pflegebedürftige insgesamt in Deutschland von 2005 bis 2050
– Vergleich Status-Quo-Szenario und Szenario „sinkende Pflegequote“

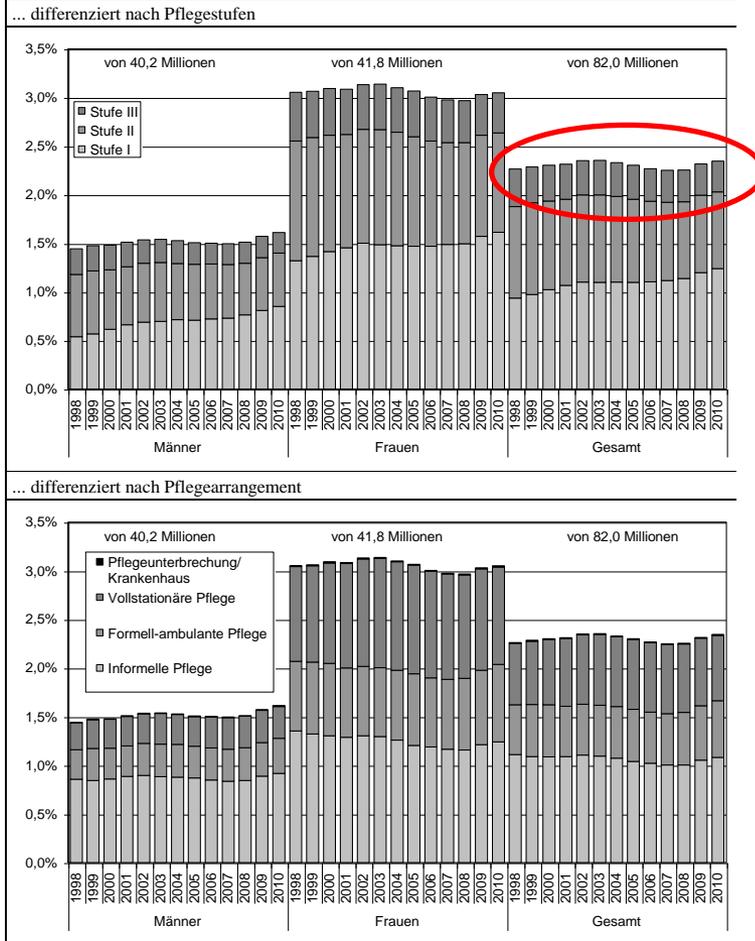
in Millionen



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010

I.1 Zukünftige Zahl der Pflegebedürftigen

Abbildung 30: Zeitreihe der Prävalenzen; Standardisiert auf die Bevölkerung Deutschlands des Jahres 2008



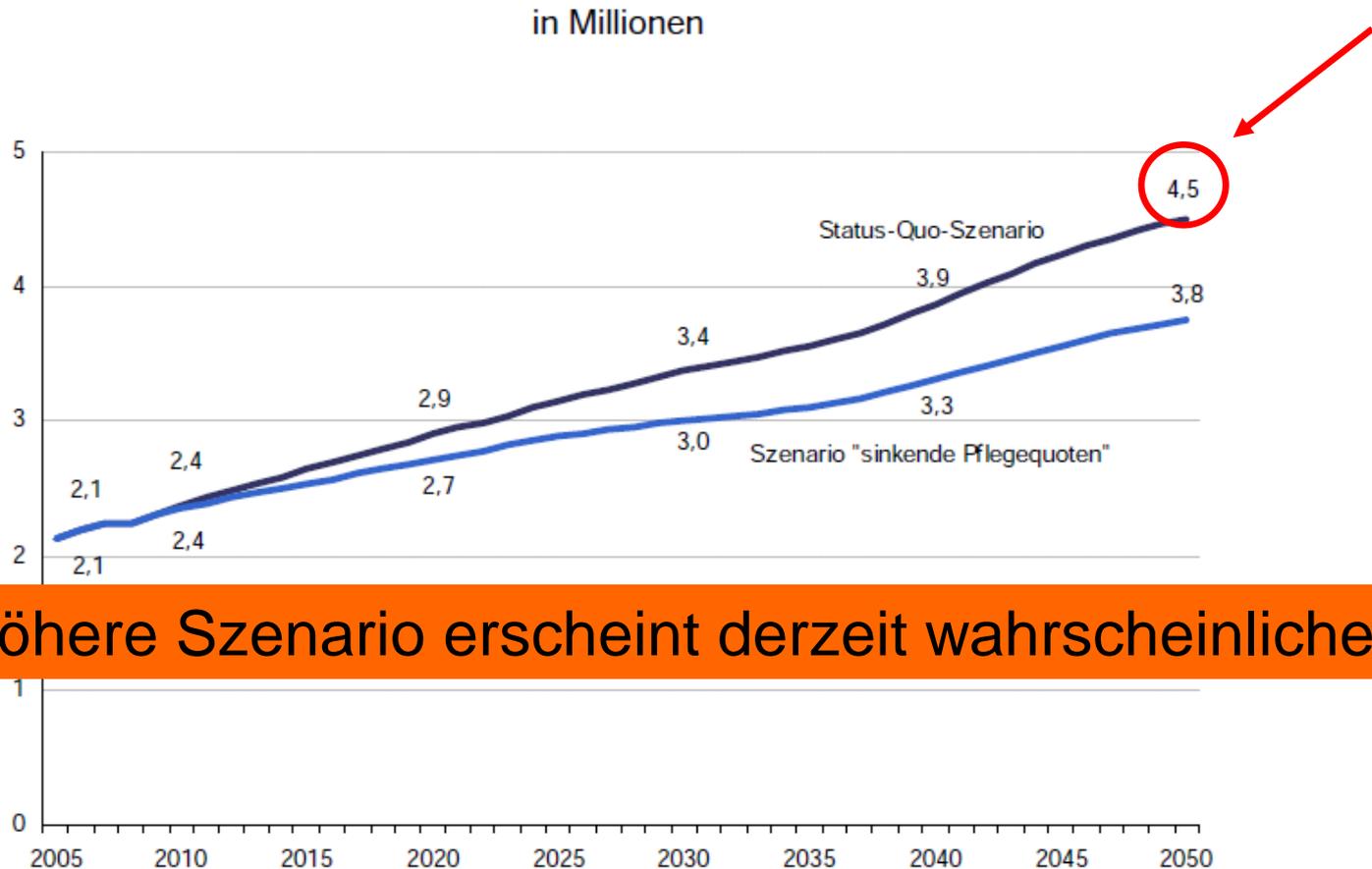
Quelle: GEK-Routinedaten

BARMER GEK Pflegereport 2011: 133

- 1998-2010: Altersspezifische Pflegehäufigkeiten bleiben im Wesentlichen unverändert.
- Differenziert nach Pflegestufen:
 - Anstieg der Prävalenzen in Stufe I
 - Sinkende Prävalenzen in Stufe II und III
- Differenziert nach Pflegeform:
 - Sinkende Prävalenz für informelle Pflege (insbes. Frauen)

I.1 Zukünftige Zahl der Pflegebedürftigen

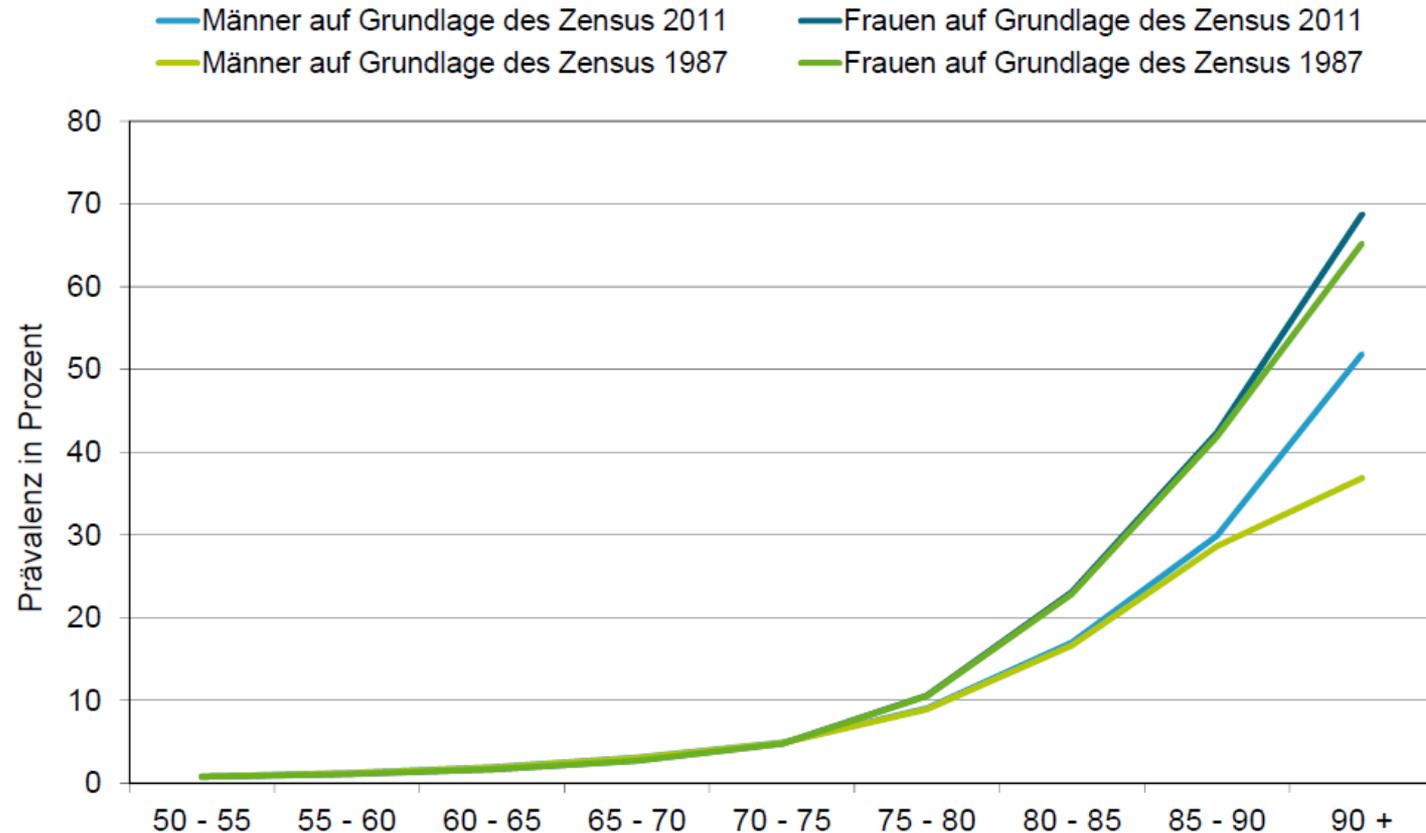
Abbildung 12: Pflegebedürftige insgesamt in Deutschland von 2005 bis 2050
– Vergleich Status-Quo-Szenario und Szenario „sinkende Pflegequote“



→ Das höhere Szenario erscheint derzeit wahrscheinlicher

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010

I.2 Neue Berechnungen zur zukünftigen Zahl Pflegebedürftiger



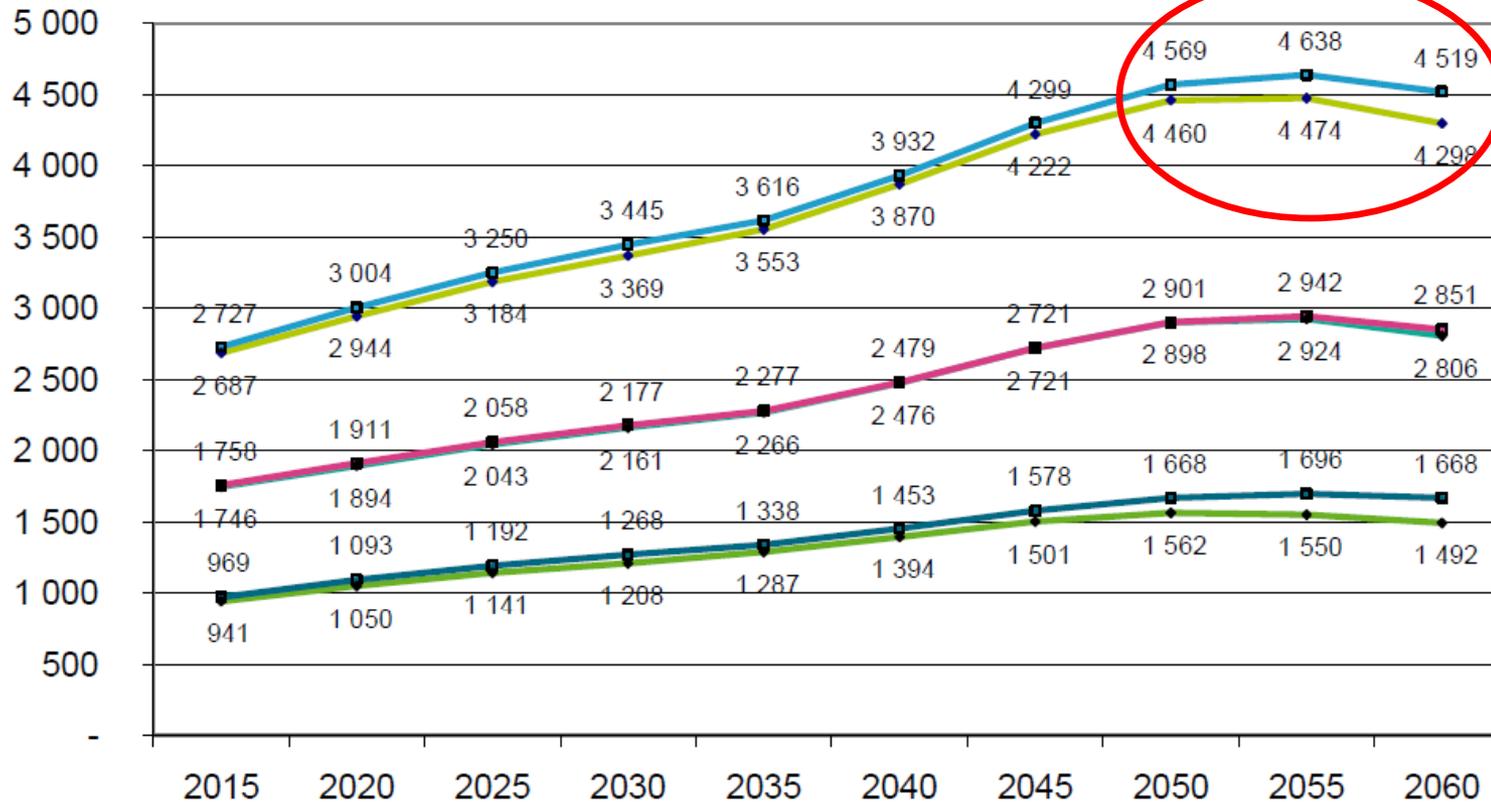
Quelle: Rothgang et al. 2015: BARMER GEK Pflegereport 2015: 86

Quelle: Statistisches Bundesamt (2012, 2014a, 2015d)

Abbildung 4.10 Pflegeprävalenzen im Jahr 2011 auf Grundlage des Zensus 2011 und der Bevölkerungsfortschreibung des Zensus 1987

I.2 Neue Berechnungen zur zukünftigen Zahl Pflegebedürftiger

- ◆ Männer und Frauen auf Grundlage des Zensus 1987
- ◆ Männer und Frauen auf Grundlage des Zensus 2011
- ◆ Männer auf Grundlage des Zensus 1987
- ◆ Männer auf Grundlage des Zensus 2011
- ◆ Frauen auf Grundlage des Zensus 1987
- ◆ Frauen auf Grundlage des Zensus 2011



Differenz 2060:
221 Tsd. davon
176 Tsd. Männer

Quelle: Rothgang
et al. 2015:
BARMER GEK
Pflegerport
2015: 87

Quelle: Eigene Berechnungen basierend auf Statistisches Bundesamt (2009b, 2013a, 2015b)

I.3 Pflegebedürftigenzahl nach neuem Pflegebedürftigkeitsbegriff

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff führt

- zu einer anderen Einstufung der Personen die auch heute schon Leistungen beziehen
 - zu einer anderen Einstufung von Neufällen, die auch sonst Leistungen erhalten hätten
 - zu einem Leistungsanspruch für Personen, die bisher keine Leistungen erhalten hätten → Pflegegrad 1
 - Geschätzte zusätzliche Leistungsempfänger
 - 2017: 500 Tsd.
 - 2050: 900 Tsd.
- **In den 2050er Jahren wird ein Wert von 5,5 Mio. erreicht**

Inhalt

- I. Zahl der Pflegebedürftigen
- II. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das NBA**
 1. Modulare Struktur
 2. Vorteile des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs
 3. Die Bewertungssystematik des NBA
 4. Die Überleitungsregeln: Von Pflegestufen zu Pflegegraden
- III. Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige
- IV. Status quo-Sicherung für Pflegeheime
- V. Vom Pflegebedürftigkeitsbegriff zum Pflegebegriff
- VI. Fazit: Eine erstaunlich großzügige Reform mit verbleibendem Implementationsbedarf

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.2 Vorteile des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff

- 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

II.3 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 Punktsummen gebildet, wobei
 - teilweise eine Gewichtung vorgenommen und
 - teilweise klassiert wird.

II.3 Die Bewertungssystematik: Von Punkten zu Graden der Beeinträchtigung

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.3 Die Bewertungssystematik: Änderung der Schwellenwerte I

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

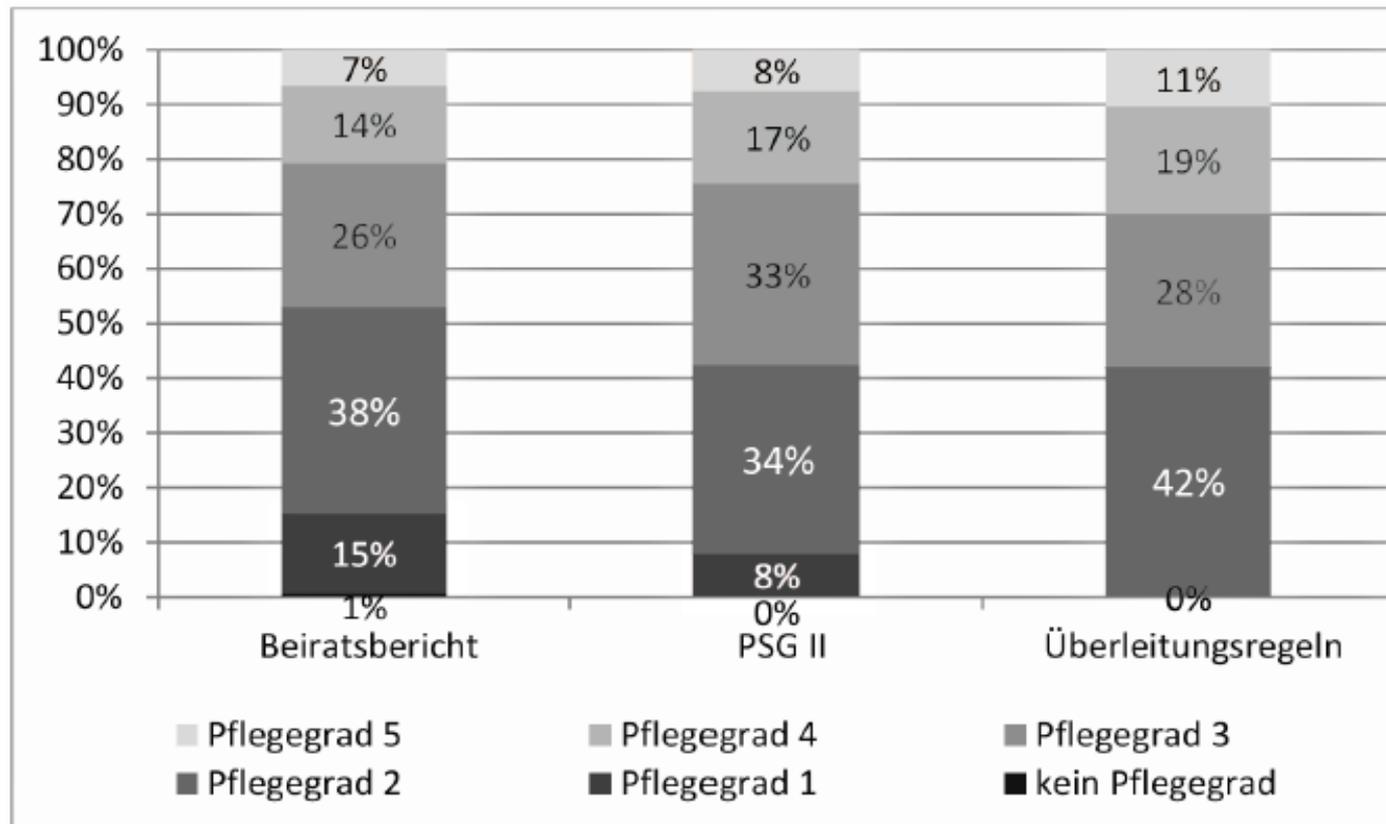
Quelle: BMG 2015.

II.3 Die Bewertungssystematik: Änderung der Schwellenwerte II

	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.4 Die Bewertungssystematik: Effekte der 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.

Inhalt

- I. Zahl der Pflegebedürftigen
- II. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das NBA
- III. Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige**
 1. Pflegesachleistungen
 2. Pflegegeld
 3. Vollstationäre Pflege
 4. Ausgabensteigerung
- IV. Status quo-Sicherung für Pflegeheime
- V. Vom Pflegebedürftigkeitsbegriff zum Pflegebegriff
- VI. Fazit: Eine erstaunlich großzügige Reform mit verbleibendem Implementationsbedarf

III.1 Leistungshöhen im ambulanten Bereich: Sachleistungen

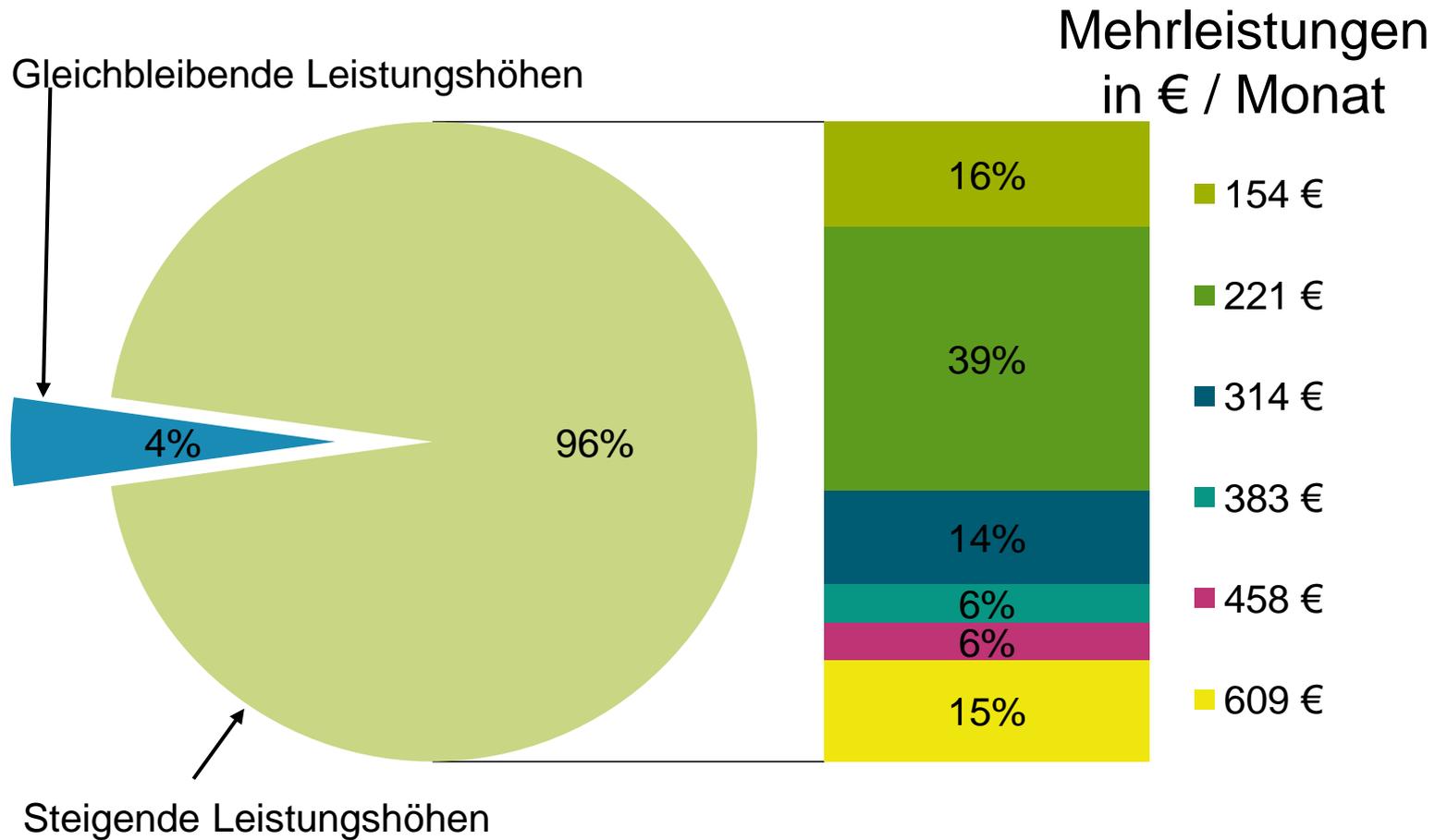
Personenzahl 2015	Einstufung alt	Leistungs- betrag alt (§ 36 + § 123)	Leistungs- betrag neu (§ 36)	Einstufung Überleitung	Differenz der Leistungs- beträge
21.370	PS 0 + EA	231	689	PG 2	458
151.540	PS I	468	689	PG 2	221
58.488	PS I + EA	689	1.298	PG 3	609
60.750	PS II	1.144	1.298	PG 3	154
53.800	PS II + EA	1.298	1.612	PG 4	314
14.940	PS III	1.612	1.612	PG 4	0
22.411	PS III + EA	1.612	1.995	PG 5	383
2.171	Härtefall (+EA)	1.995	1.995	PG 5	0

III.1 Leistungshöhen im ambulanten Bereich: Sachleistungen

Personenzahl 2015	Einstufung alt	Leistungs- betrag alt (§ 36 + § 123)	Leistungs- betrag neu (§ 36)	Einstufung Überleitung	Differenz der Leistungs- beträge
21.370	PS 0 + EA	231	689	PG 2	458
151.540	PS I	468	689	PG 2	221
58.488	PS I + EA	689	1.298	PG 3	609
60.750	PS II	1.144	1.298	PG 3	154
53.800	PS II + EA	1.298	1.612	PG 4	314
14.940	PS III	1.612	1.612	PG 4	0
22.411	PS III + EA	1.612	1.995	PG 5	383
2.171	Härtefall (+EA)	1.995	1.995	PG 5	0

Werden die Personenzahlen (N=385 Tsd.) mit der Differenz der Leistungsbeträge multipliziert, ergibt sich eine zusätzliche Nachfrage im Umfang von **1,4 Mrd. Euro!**

III.1 Erhöhung der Leistungssätze bei Pflegesachleistungen



III.2 Leistungshöhen im ambulanten Bereich: Pflegegeld

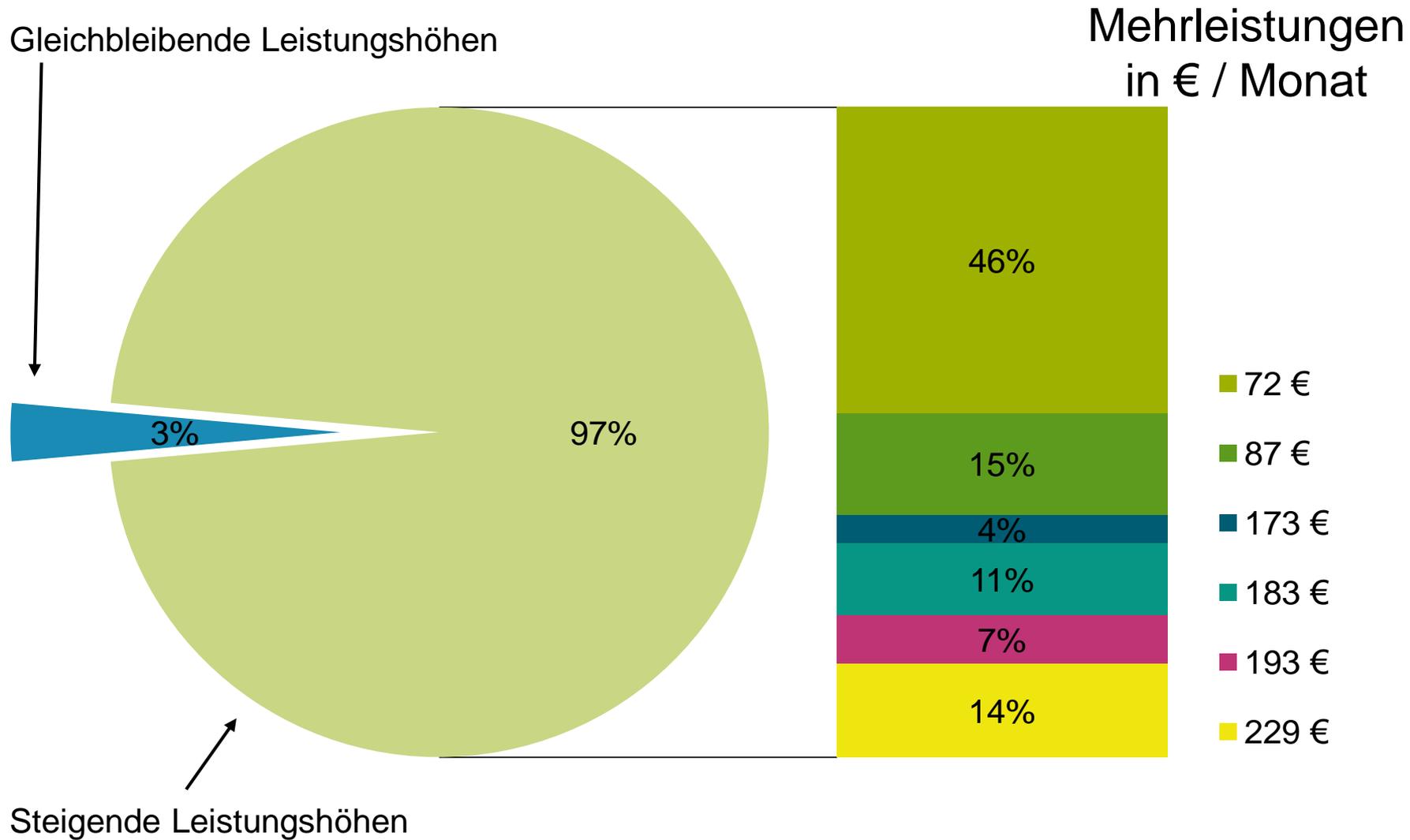
Personenzahl 2015	Einstufung alt	Leistungs- betrag alt (§ 37 + § 123)	Leistungs- betrag neu (§ 37)	Einstufung Überleitung	Differenz der Leistungs- beträge
110.549	PS 0 + EA	123	316	PG 2	193
700.939	PS I	244	316	PG 2	72
214.892	PS I + EA	316	545	PG 3	229
232.307	PS II	458	545	PG 3	87
164.224	PS II + EA	545	728	PG 4	183
44.156	PS III	728	728	PG 4	0
66.235	PS III + EA	728	901	PG 5	173

III.2 Leistungshöhen im ambulanten Bereich: Pflegegeld

Personenzahl 2015	Einstufung alt	Leistungs- betrag alt (§ 37 + § 123)	Leistungs- betrag neu (§ 37)	Einstufung Überleitung	Differenz der Leistungs- beträge
110.549	PS 0 + EA	123	316	PG 2	193
700.939	PS I	244	316	PG 2	72
214.892	PS I + EA	316	545	PG 3	229
232.307	PS II	458	545	PG 3	87
164.224	PS II + EA	545	728	PG 4	183
44.156	PS III	728	728	PG 4	0
66.235	PS III + EA	728	901	PG 5	173

Werden die Personenzahlen (N=1,53 Mio.) mit der Differenz der Leistungsbeträge multipliziert, ergibt sich ein zusätzliches Pflegegeldvolumen von **2,2 Mrd. Euro!**

III.2 Erhöhung der Leistungssätze beim Pflegegeld



III.3 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

III.3 Festlegung der Leistungen im stationären Bereich

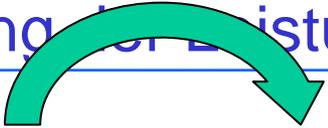
	(1)	(2)	(3) = (1)+(2)	(4)	(5)
Pflegegrad	Pflegeversicherungsleistung	Einheitlicher Eigenanteil	Pflegesatz	Pflegesatzrelationen	EVIS-Relationen
PG2	770	580	1350	1	1
PG3	1262	580	1842	1,364	1,357
PG4	1775	580	2355	1,744	1,737
PG5	2005	580	2585	1,915	1,903

- **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

III.3 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.

III.3 Leistungshöhen in der stationären Pflege

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

III.3 Leistungshöhen in der stationären Pflege

Personenzahl 2015	Einstufung alt	Leistungs- betrag alt	Leistungs- betrag neu	Einstufung Überleitung	Differenz der Leistungs- beträge
9.855	PS 0 + EA	0	770	PG 2	770
134.664	PS I	1.064	770	PG 2	-294
114.714	PS I + EA	1.064	1.262	PG 3	198
75.555	PS II	1.330	1.262	PG 3	-68
194.284	PS II + EA	1.330	1.775	PG 4	445
6.997	PS III	1.612	1.775	PG 4	163
132.935	PS III + EA	1.612	2.005	PG 5	393
7.580	Härtefall (+EA)	1.995	2.005	PG 5	10

- Mehrausgaben bezogen auf die Fallzahl 2015: **1,4 Mrd. €**
- Mehrausgaben führen nicht zu Mehreinnahmen der Heime, sondern entlasten Pflegebedürftigen und Sozialhilfeträger

III.3 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

III.3 Eigenanteil in der stationären Pflege

Einstufung alt	Leistungs- betrag alt	Durch- schnittlicher Eigenanteil 2013	Leistungs- betrag neu	Angesetzter durchschnitt- licher Eigen- anteil 2017	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)

III.3 Eigenanteil in der stationären Pflege

Einstufung alt	Leistungsbetrag alt	Hochgerechneter durchschnittlicher Eigenanteil 2017	Leistungsbetrag neu	Angesetzter durchschnittlicher Eigenanteil 2017	Einstufung Überleitung
PS I	1.064	417	770	580	PG 2
PS I + EA	1.064	417	1.262	580	PG 3
PS II	1.330	638	1.262	580	PG 3
PS II + EA	1.330	638	1.775	580	PG 4
PS III	1.612	853	1.775	580	PG 4
PS III + EA	1.612	853	2.005	580	PG 5

III.3 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. € für 4 Jahre angesetzt. Dieser Ansatz ist sehr optimistisch.

III.3 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.

III.4 Mehrausgaben für Leistungsverbesserungen

- Für 2017 ergeben sich folgende Mehrausgaben
 - Pflegegeld: 1,4 Mrd. Euro
 - Pflegesachleistungen 2,2 Mrd. Euro
 - Stationäre Pflege 1,4 Mrd. Euro
 - Bestandsschutz stationär 0,2 Mrd. Euro
 - Ausgabensteigerung § 43a 0,25 Mrd. Euro
 - Rentenversicherung 0,39 Mrd. Euro
 - Entlastungsbetrag 0,42 Mrd. Euro
 - Ausgaben für neuen PG 1 0,13 Mrd. Euro
 - Verhinderungspflege 0,18 Mrd. Euro
 - Tages- und Nachtpflege 0,10 Mrd. Euro
 - Ausgabensteigerung § 87b 0,12 Mrd. Euro
 - Verwaltungskosten + MDK 0,12 Mrd. Euro
 - Mehrausgaben insgesamt: **6,9 Mrd. €**
→ sehr großzügige Reform
 - Mehreinnahmen 2017: 2,5 Mrd. €
Einnahmeüberschuss 2015: 1,68 Mrd. €
Insgesamt **4,18 Mrd. €**
- 5,0 Mrd. €**
- 1,9 Mrd. €**
- Saldo: - 2,7 Mrd.**

Inhalt

- I. Zahl der Pflegebedürftigen
- II. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das NBA
- III. Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige
- IV. Status quo-Sicherung für Pflegeheime**
 1. Berechnung des neuen Pflegesatzes
 2. Zwillingsseffekt
 3. Veränderung der Pflegegradstruktur
 4. Pflegegradmanagement
- V. Vom Pflegebedürftigkeitsbegriff zum Pflegebegriff
- VI. Fazit: Eine erstaunlich großzügige Reform mit verbleibendem Implementationsbedarf

IV.1 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 die meisten 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

IV.1 Pflegesätze

- Bei der Überleitungsregelung (§ 92e SGB XI) werden die alten Entgeltsummen budgetneutral in neue Pflegesätze umgerechnet.
- Bei einem angesetzten EEE von 580 € ergeben sich dabei im Wesentlichen die EVIS-Relationen

IV.1 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

IV.1 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.

IV.1 Mehr Personal in Heimen?

Ich erwarte daher von allen Vereinbarungspartnern auf Landesebene, die bisherigen Personal-

Die Mehrausgaben kommen vollständig den Pflegebedürftigen und – in Teilen – den Sozialhilfeträgern zugute, weil sie zur Absenkung bzw. Stabilisierung der Eigenanteile genutzt werden. Hiermit kann **nicht** mehr Personal finanziert werden.
wahrscheinlicher

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.

IV.1 Pflegesätze

- Bei der Überleitungsregelung (§ 92e SGB XI) werden die alten Entgeltsummen budgetneutral in neue Pflegesätze umgerechnet.
- Bei einem angesetzten EEE von 580 € ergeben sich dabei im Wesentlichen die EVIS-Relationen
- Nur bei einer Überleitung nach § 92c SGB XI kommen Zuschläge hinzu, die personalwirksam sind. Diese sind aber auch notwendig zur Finanzierung des „Zwillingseffekts“

IV.2 Refinanzierungslücke durch „Zwillingseffekt“

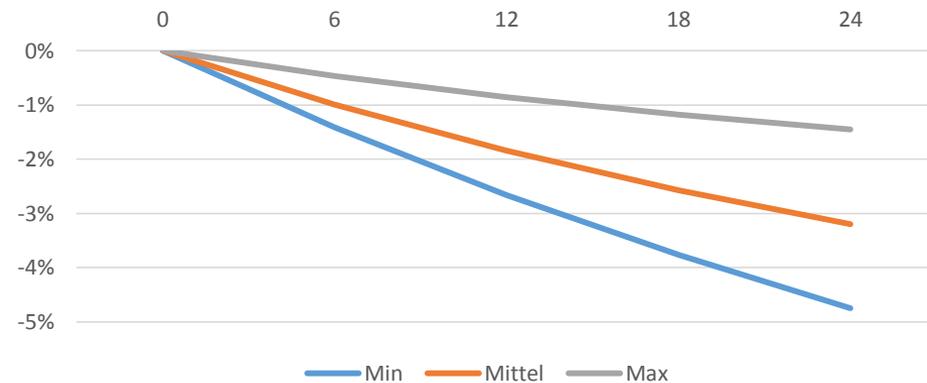
- Ermittlung der neuen Pflegesätze erfolgt bei Überleitung zum Umstellungszeitpunkt (§ 92e SGB XI) budgetneutral
- Die neuen Pflegesätze ergeben sich als Quotient aus altem Budget und bedarfsgewichteter Bewohnerzahl
- Je höher die Pflegegradstruktur ist, desto geringer sind die Pflegesätze
- Die großzügigen 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 6%.

IV.2 Aktuelle Modellrechnungen aus NRW zum Zwillingsseffekt

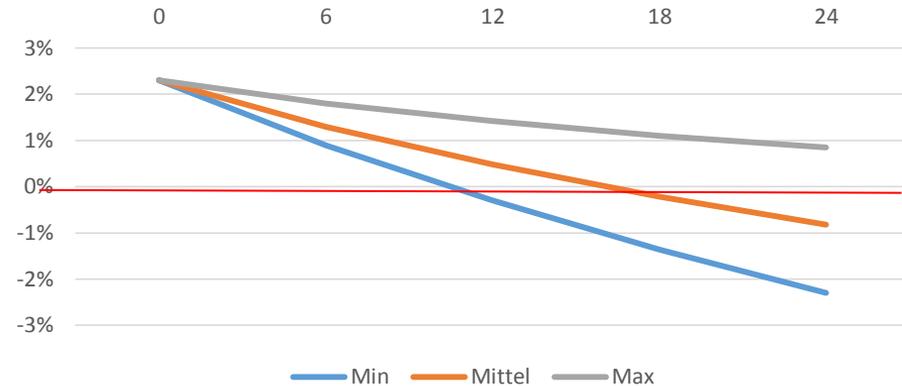
- Einbezogen wurde 49 Einrichtungsdatensätze der Jahre 2014 und 2015
- Alle Einrichtungen sind Curacon-Kunden und befinden sich in NRW
- Berechnet wurde eine Umstellung gemäß
 - § 92e SGB XI
 - § 92c SGB XI mit pauschalem Zuschlag von 5,7% und
 - § 92c SGB XI mit pauschalem Zuschlag von 5,7%

IV. „Zwillingseffekt“ – Umstellung nach §§ 92e bzw. 92c (2,3%)

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

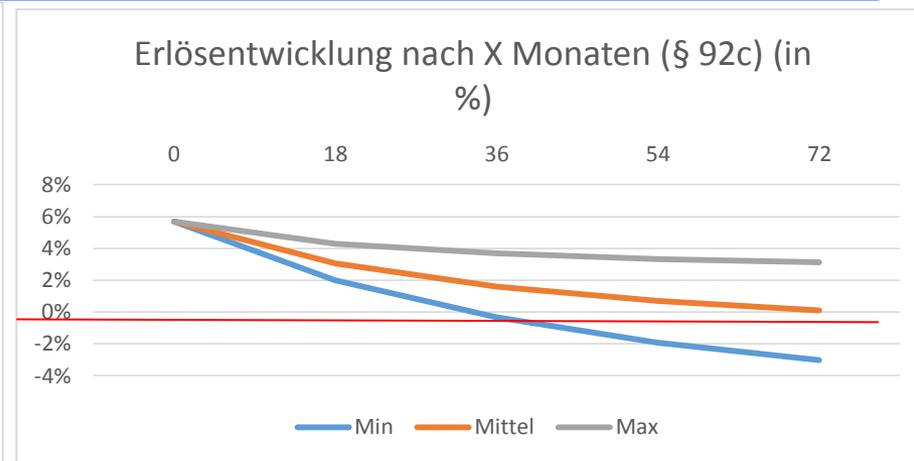
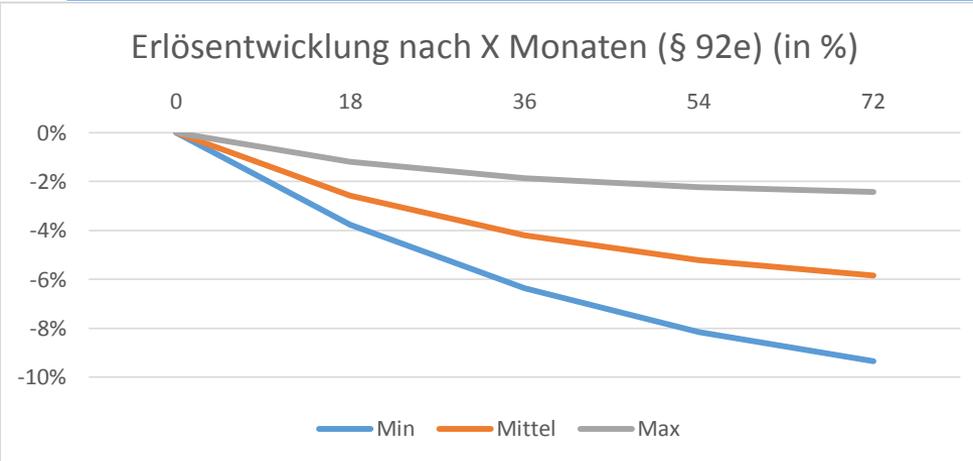


Erlösentwicklung nach X Monaten (§ 92c)



- 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.

IV. „Zwillingseffekt“ – Umstellung nach §§ 92e bzw. 92c (+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.

IV.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.4 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. Zahl der Pflegebedürftigen
- II. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das NBA
- III. Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige
- IV. Status quo-Sicherung für Pflegeheime
- V. Vom Pflegebedürftigkeitsbegriff zum Pflegebegriff
- VI. Fazit: Eine erstaunlich großzügige Reform mit verbleibendem Implementationsbedarf

V. Vom Pflegebedürftigkeitsbegriff zum Pflegebegriff

- Ziel: Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff soll zu einem neuen Pflegeverständnis führen
- 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. Zahl der Pflegebedürftigen
- II. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das NBA
- III. Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige
- IV. Status quo-Sicherung für Pflegeheime
- V. Vom Pflegebedürftigkeitsbegriff zum Pflegebegriff
- VI. Fazit: Eine erstaunlich großzügige Reform mit verbleibendem Implementationsbedarf**

VI. Fazit (1/6)

- Der neue 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 rund zwei Drittel der bisherigen Leistungsempfänger 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 nur insoweit zu einer Verbesserung der Personalschlüsse wie Zuschläge nach § 92c vereinbart werden, die aber auch zum Ausgleich des Zwillingeffekt benötigt werden.

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!