

Paradigmenwechsel in der Pflege – was für eine echte Reform nottut

Strategieforum 2018 der Evangelischen Bank

am 15.11.2018 in Berlin

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

Vorbemerkung

- Juni 2017: Vorlage des Gutachtens von Heinz Rothgang und Thomas Kalwitzki für die Initiative Pro-Pflegereform
→ <https://www.pro-pflegereform.de/gutachten/>



Vorbemerkung

- Juni 2017: Vorlage des Gutachtens von Heinz Rothgang und Thomas Kalwitzki für die Initiative Pro-Pflegereform
→ <https://www.pro-pflegereform.de/gutachten/>
- Gutachten betrachtet zwei Reformperspektiven
 - Leistungserbringung: Aufhebung der Sektorentrennung zwischen ambulant und stationär
 - Finanzierung: Sockel-Spitze-Tausch

Vorbemerkung

- Juni 2017: Vorlage des Gutachtens von Heinz Rothgang und Thomas Kalwitzki für die Initiative Pro-Pflegereform
→ <https://www.pro-pflegereform.de/gutachten/>
- Gutachten betrachtet zwei Reformperspektiven
 - Leistungserbringung: Aufhebung der Sektorentrennung zwischen ambulant und stationär
 - Finanzierung: Sockel-Spitze-Tausch
- Durch Kombination dieser Perspektiven ergeben sich drei Reformszenarien

Vorbemerkung

		Sektorale Fragmentierung	
		beibehalten	aufheben
Leistungsrecht	Pauschale, gedeckelte Leistungen der Pflegeversicherung (Status quo)	Status quo	Szenario 1: Pauschale, gedeckelte Versicherungsleistungen bei modularisierter (Heim)Vergütung
	Reform: Individuell bedarfsgerechte Versicherungsleistungen bei pauschalem Eigenanteil der Pflegebedürftigen	Szenario 2: Individuell bedarfsgerechte Versicherungsleistungen bei pauschaler, sektoral differenzierter Vergütung	Szenario 3: Individuell bedarfsgerechte Versicherungsleistungen bei modularisierter (Heim)Vergütung

- Umfinanzierung der Medizinischen Behandlungspflege ist für beide Szenarien notwendig bzw. hilfreich

Inhalt

- I. Aufhebung der Sektorengrenzen
- II. Warum eine Finanzreform notwendig ist
- III. Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege
- IV. Sockel-Spitze-Tausch
- V. Sockel-Spitze-Tausch ohne Sektorengrenzen
- VI. Fazit

Inhalt

- I. Aufhebung der Sektorengrenzen
- II. Warum eine Finanzreform notwendig ist
- III. Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege
- IV. Sockel-Spitze-Tausch
- V. Fazit

I. Aufhebung der Sektorentrennung: Problem

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

I. Aufhebung der Sektorentrennung: Lösung

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

I. Leistungsangleichung ist leichter möglich

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

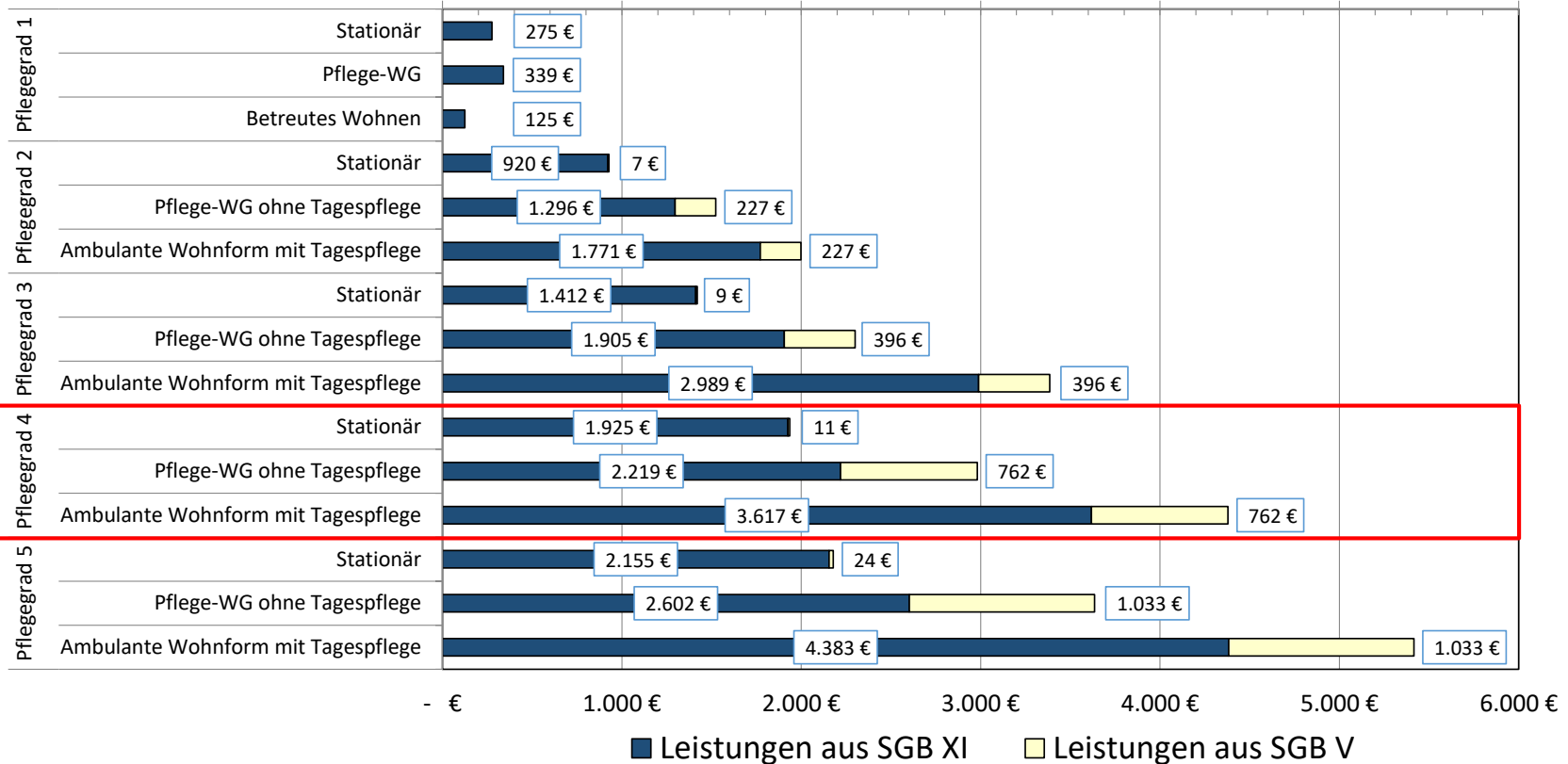
	(1) Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI)	(2) Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)	(3) = (2) – (1) Differenz der Beträge	(4) = (3) / (2) Differenz der Beträge als Anteil
Pflegestufe I	384	1.023	639	62%
Pflegestufe II	921	1.279	358	28%
Pflegestufe III	1.432	1.432	0	0%
Härtefälle	1.918	1.688	-230	-14%

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

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

I. Leistungsangleichung ist leichter möglich

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



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

I. Aufhebung der Sektorentrennung: Lösung

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

Inhalt

- I. Aufhebung der Sektorengrenzen
- II. Warum eine Finanzreform notwendig ist**
- III. Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege
- IV. Sockel-Spitze-Tausch
 1. Grundidee
 2. Ausgestaltungsoptionen
 3. Implikationen
- V. Sockel-Spitze-Tausch ohne Sektorengrenzen
- VI. Fazit

II. Warum eine Reform notwendig ist

Die Notwendigkeit einer Systemreform ergibt sich aus

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

II.1 Entwicklung der Eigenanteile

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

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

(Gesetzesbegründung: PflegeVG-E, S. 115)

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

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

II.1 Entwicklung der Eigenanteile

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

II.1 Entwicklung der Eigenanteile: 1996-1999

Tabelle 3: Pflegevergütung und Eigenanteile in den 1990er Jahren

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

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

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

II.1 Entwicklung der Eigenanteile

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

II.1 Entwicklung der Eigenanteile: 1999-2017

Tabelle 2: Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten in vollstationärer Pflege

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

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

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

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

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

II.1 Entwicklung der Eigenanteile

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

II.1 Zukünftige Entwicklung der Eigenanteile

- Nächste planmäßige Leistungsdynamisierung ist 2020/21
→ in den nächsten Jahren werden die Eigenanteile weiter steigen
- Geplante Maßnahmen zur Verbesserung der Entlohnung von Pflegekräften führen zu höheren Eigenanteilen
- Verbesserung der Personalstruktur führt zu höheren Eigenanteilen.
- Beide Maßnahme sind notwendig, um die Attraktivität des Pflegeberufs zu erhöhen und so den Pflegenotstand abzuwenden!

Exkurs: 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

Pflegeberuf muss attraktiver werden

- Aufstiegschancen → Pflegeberufereformgesetz
 - Bessere Bezahlung → Koalitionsvertrag
 - Höhere Personalschlüssel → Koalitionsvertrag & PSG II
 - Pflexit-Monitor von Hartmann: „permanenter Personalmangel (72%) und „generell hohe Arbeitsbelastung“ (57%) als Hauptgründe für berufliche Unzufriedenheit
 - Personalbemessungsverfahren liegt im Juni 2020 vor
- Pflegesätze werden steigen
- **Wenn nichts geändert wird, explodieren die Eigenanteile**

II.2 Fehlende Lebensstandardsicherung

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

II.2 Fehlende Lebensstandardsicherung

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

Inhalt

- I. Aufhebung der Sektorengrenzen
- II. Warum eine Finanzreform notwendig ist
- III. Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege**
- IV. Sockel-Spitze-Tausch
- V. Sockel-Spitze-Tausch ohne Sektorengrenzen
- VI. Fazit

III. Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege

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

III. Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege

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

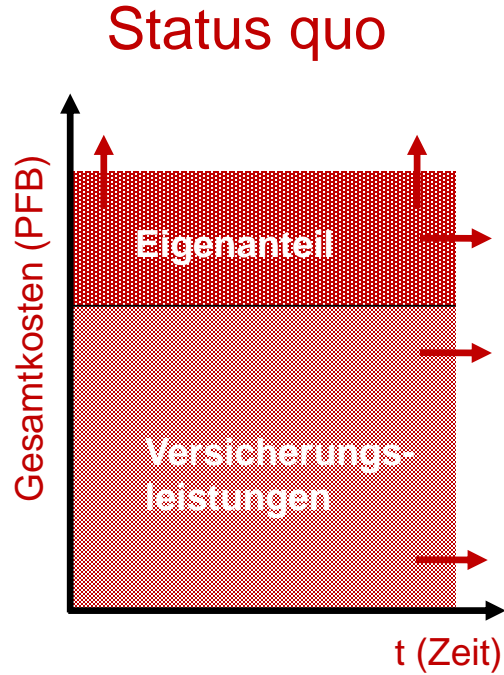
III. Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege

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

Inhalt

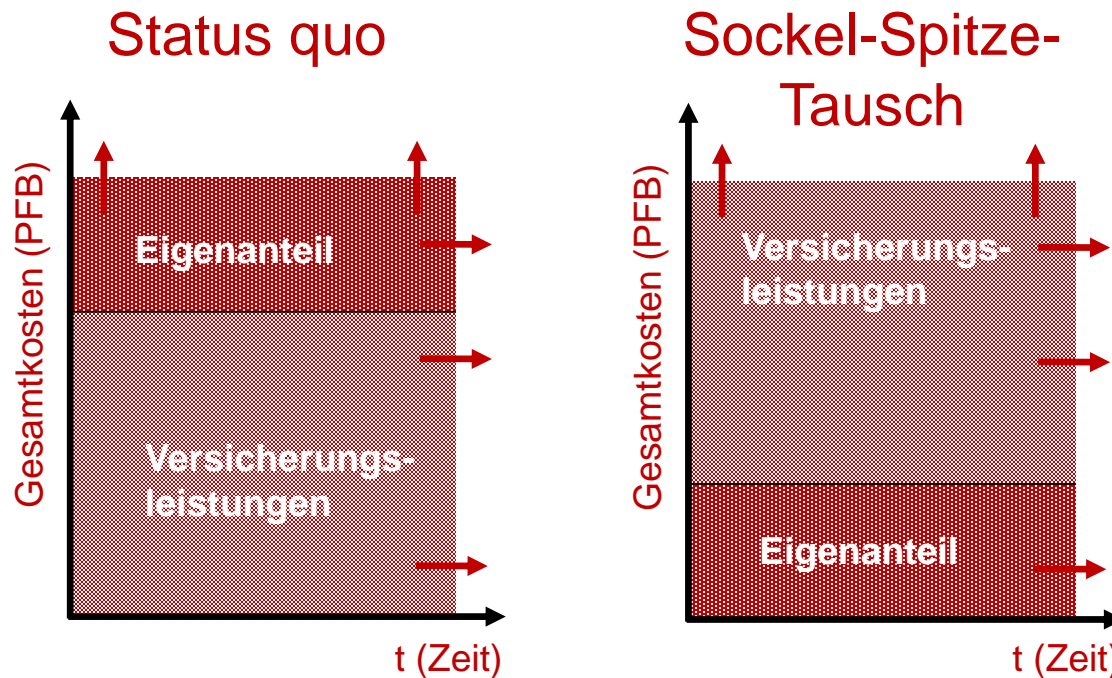
- I. Aufhebung der Sektorengrenzen
- II. Warum eine Finanzreform notwendig ist
- III. Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege
- IV. Sockel-Spitze-Tausch**
 - 1. Grundidee
 - 2. Ausgestaltungsoptionen
 - 3. Implikationen
- V. Sockel-Spitze-Tausch ohne Sektorengrenzen
- VI. Fazit

IV.1 Grundidee des Sockel-Spitze-Tauschs



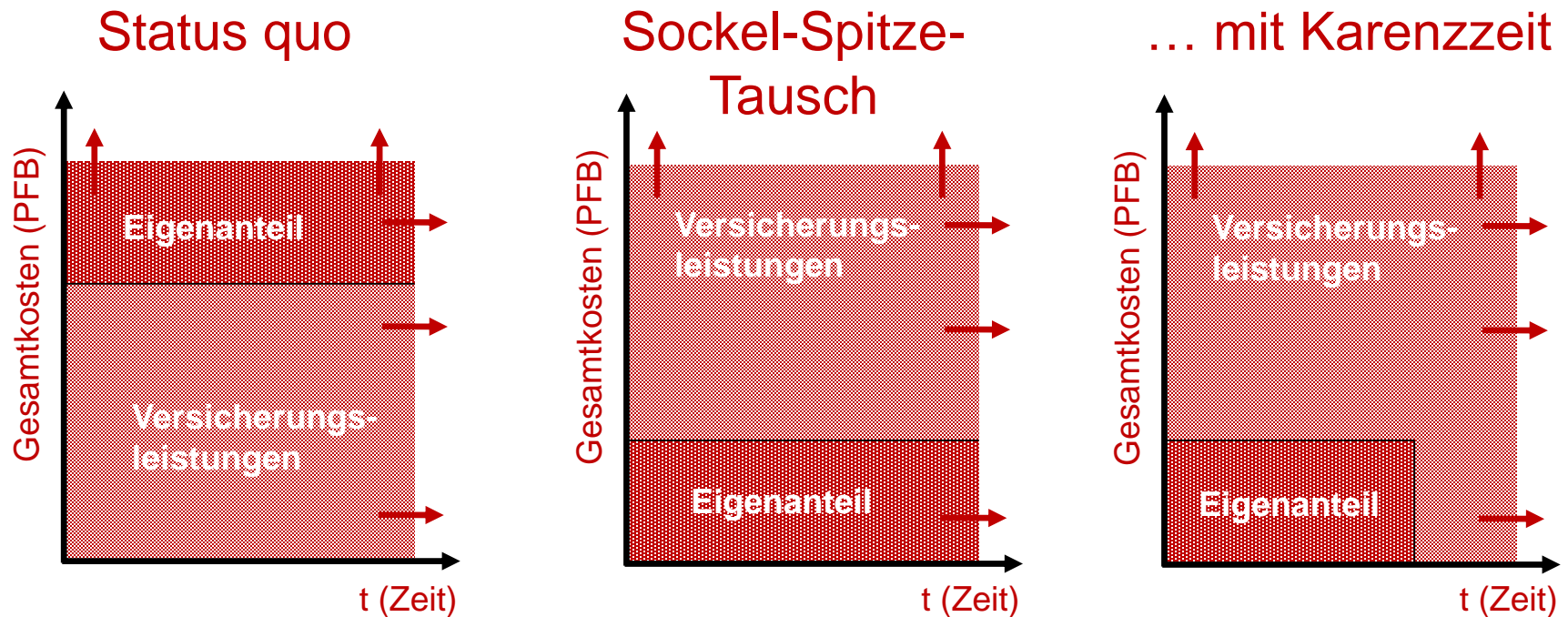
IV.1 Grundidee des Sockel-Spitze-Tauschs

- Grundidee: Austausch von Finanzierungssockel und Finanzierungsspitze



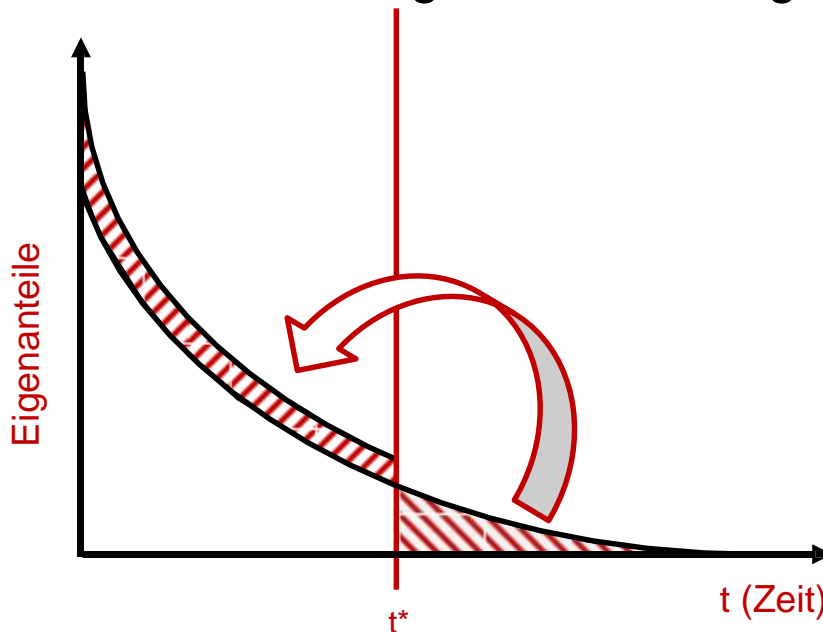
IV.1 Grundidee des Sockel-Spitze-Tauschs

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



IV.1 Grundidee des Sockel-Spitze-Tauschs

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



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

IV.2 Einheitlicher oder sektorspezifischer Sockel

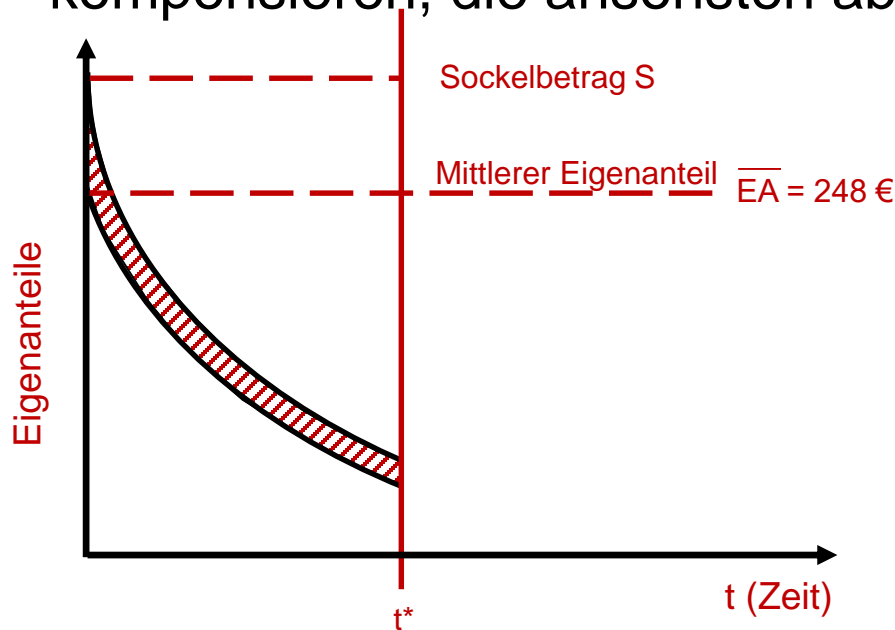
- Der Sockel-Spitze-Tausch kann
 - a) auf den stationären Sektor begrenzt werden
 - b) mit differenzierten Sockelbeträgen für ambulant und stationär umgesetzt werden
 - c) einheitlich für alle Formen der formellen Pflege gelten
- Im Folgenden: nur Betrachtung von c), da nur dies mit der Aufhebung der Sektorentrennung vereinbar ist.

IV.2 Höhe des Sockels

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

IV.2 Höhe des Sockels

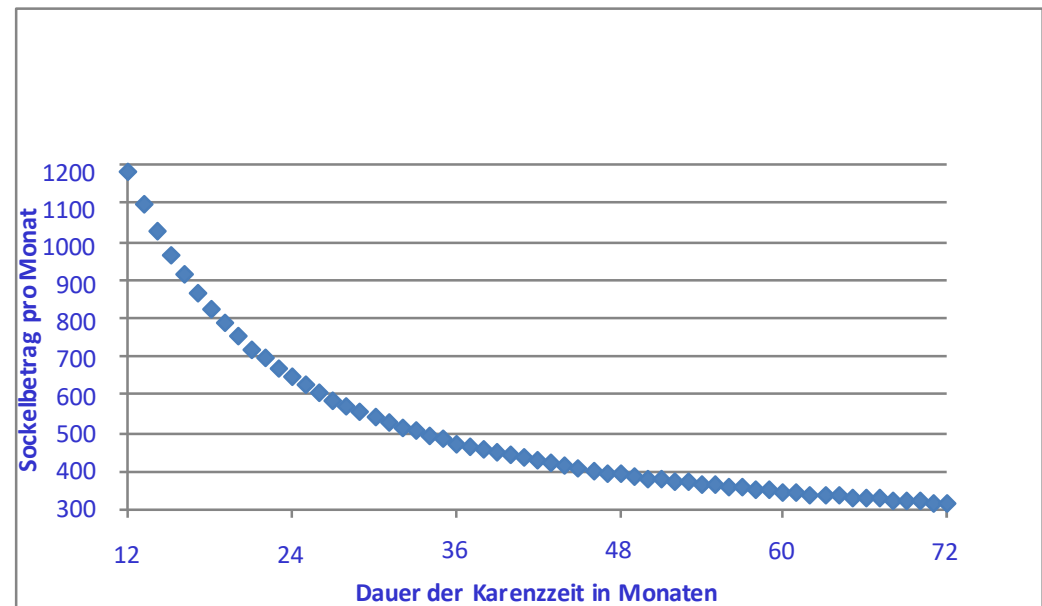
- Die für Pflegebedürftige im Jahr 2017 zu erwartenden durchschnittlichen Eigenanteile liegen bei 580 € / Monat bei stationärer und ca. 125 € in ambulanter Versorgung. Das gewogene Mittel wird hier mit 248 € angesetzt.
- Wird der Betrag addiert, der notwendig ist, um die Zahlungen zu kompensieren, die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



IV.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



IV.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

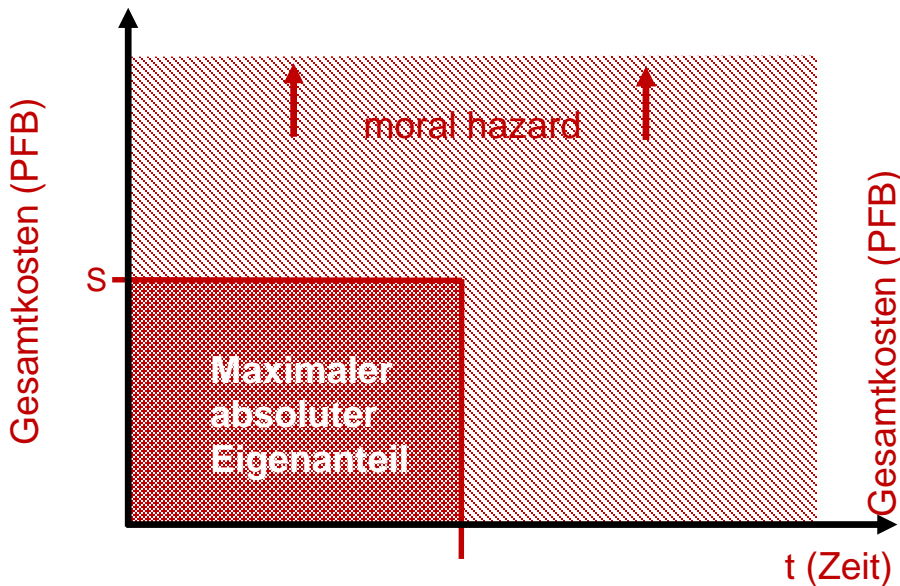
t* (in Monaten)	Sockelbetrag (in €)
12	885
24	482
36	352
48	291
60	257
72	236

IV.2 Höhe des Sockels

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

IV.3 Implikationen

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



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

IV.3 Implikationen

Lösungen für das Problem des moral hazard:

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

IV.3 Implikationen

Lösungen für das Problem des moral hazard:

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

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

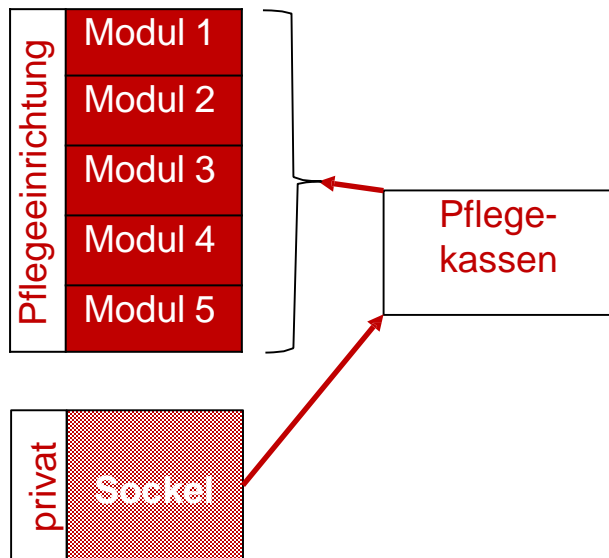
Inhalt

- I. Aufhebung der Sektorengrenzen
- II. Warum eine Finanzreform notwendig ist
- III. Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege
- IV. Sockel-Spitze-Tausch
- V. Sockel-Spitze-Tausch ohne Sektorengrenzen**
- VI. Fazit

V. Socket-Spitze-Tausch ohne Sektorengrenzen

Zahlungsströme

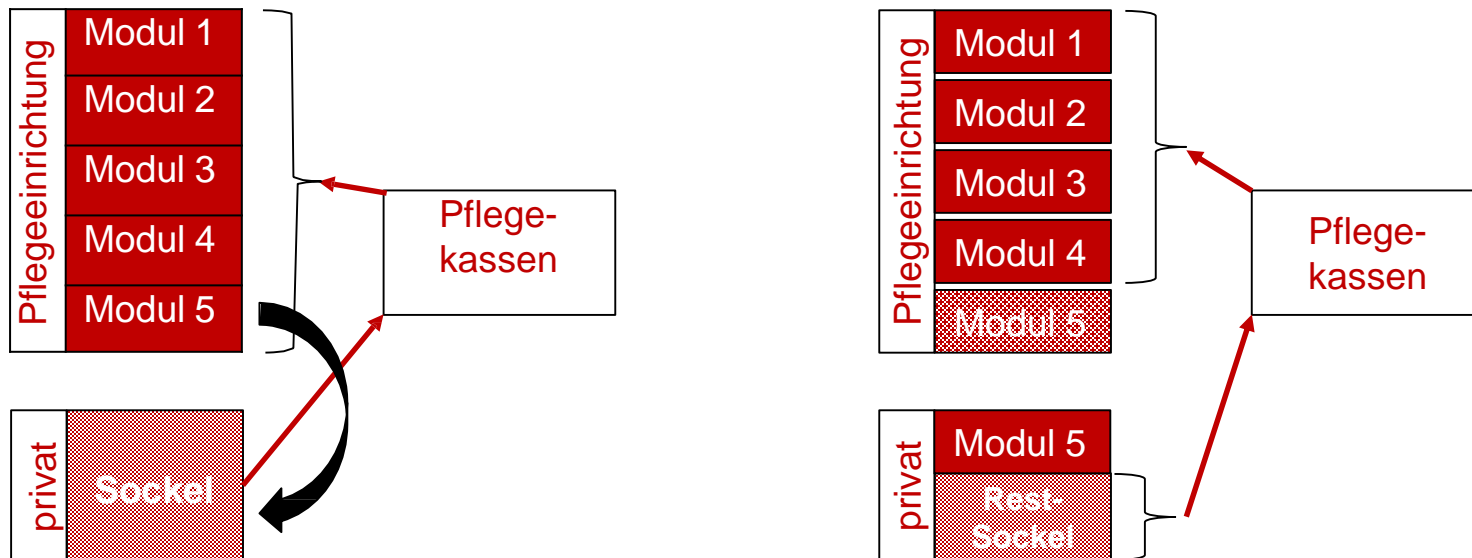
- Die Pflegebedürftigen zahlen den Socketbetrag an die Kassen.
- Die Kassen finanzieren die bedarfsnotwendigen Module.



V. Socket-Spitze-Tausch ohne Sektorengrenzen

Zahlungsströme

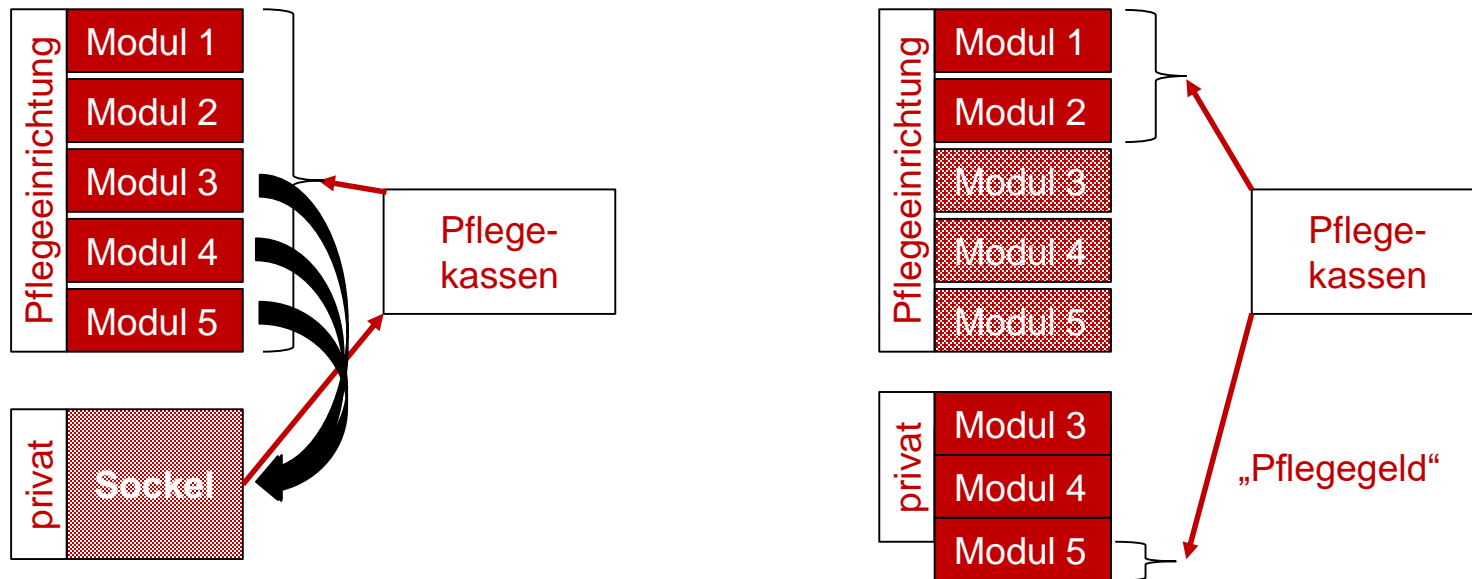
- Die Pflegebedürftigen zahlen den Socketbetrag an die Kassen.
- Die Kassen finanzieren die bedarfsnotwendigen Module.
- Werden Module informell erbracht, reduziert sich die Vergütung an die Pflegeeinrichtung und die Socketzahlung entsprechend.



V. Socket-Spitze-Tausch ohne Sektorengrenzen

Zahlungsströme

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



Inhalt

- I. Aufhebung der Sektorengrenzen
- II. Warum eine Finanzreform notwendig ist
- III. Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege
- IV. Sockel-Spitze-Tausch
- V. Sockel-Spitze-Tausch ohne Sektorengrenzen
- VI. Fazit

V. Fazit

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

V. Fazit

5. Diskretionäre Leistungsanhebungen reichen nicht aus, notwendig ist eine Systemreform
6. Der „Sockel-Spitze-Tausch“
 - verhindert die finanzielle Überforderung der Heimbewohner
 - ermöglicht Lebensstandardsicherung
 - beseitigt eine Situation, bei der jede Qualitätsverbesserung zu Lasten der Heimbewohner geht
 - verteilt die finanziellen Belastungen aufgrund von Qualitätssteigerungen auf die Schultern vieler Pflegeversicherter und nicht weniger Pflegebedürftiger.
7. Zentrales Problem des Sockel-Spitze-Tauschs ist die moral hazard-Problematik bei häuslicher Pflege.

V. Fazit

8. Solange an der Sektorentrennung festgehalten wird, kann dieser Problematik durch Obergrenzen in Anlehnung an stationäre Leistungen begegnet werden.
9. Spätestens wenn die Sektorengrenzen aufgehoben werden, müssen die notwendigen Pflegeleistungen auf individueller Ebene zu ermitteln – wie dies in anderen Ländern geschieht und bei uns in der Krankenversicherung.
10. Eine individuelle Leistungsbedarfsermittlung hat in Bezug auf Case Management auch viele Vorteile. Hierzu wird aber ein „neuer MDK“ benötigt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!