

Bedarfe und Infrastruktur - heute und in Zukunft

**bpa - Fachtag
„Pflege in NRW – Bedarfe, Risiken und Perspektiven“
am 15. November 2018 in Köln**

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

Inhalt

- I. Pflegenotstand heute und morgen
- II. Erhöhung der Attraktivität der Pflege
- III. Auswirkungen einer Attraktivitätssteigerung der Pflege auf die Heimbewohner
- IV. Finanzreform der Pflegeversicherung
- V. Fazit

I. Pflegenotstand heute und morgen

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

II. Erhöhung der Attraktivität der Pflege

III. Auswirkungen einer Attraktivitätssteigerung der Pflege auf die Heimbewohner

IV. Finanzreform der Pflegeversicherung

V. Fazit

I.1 Pflegenotstand

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

Fachkräfte und Spezialisten Altenpflege Dezember 2017



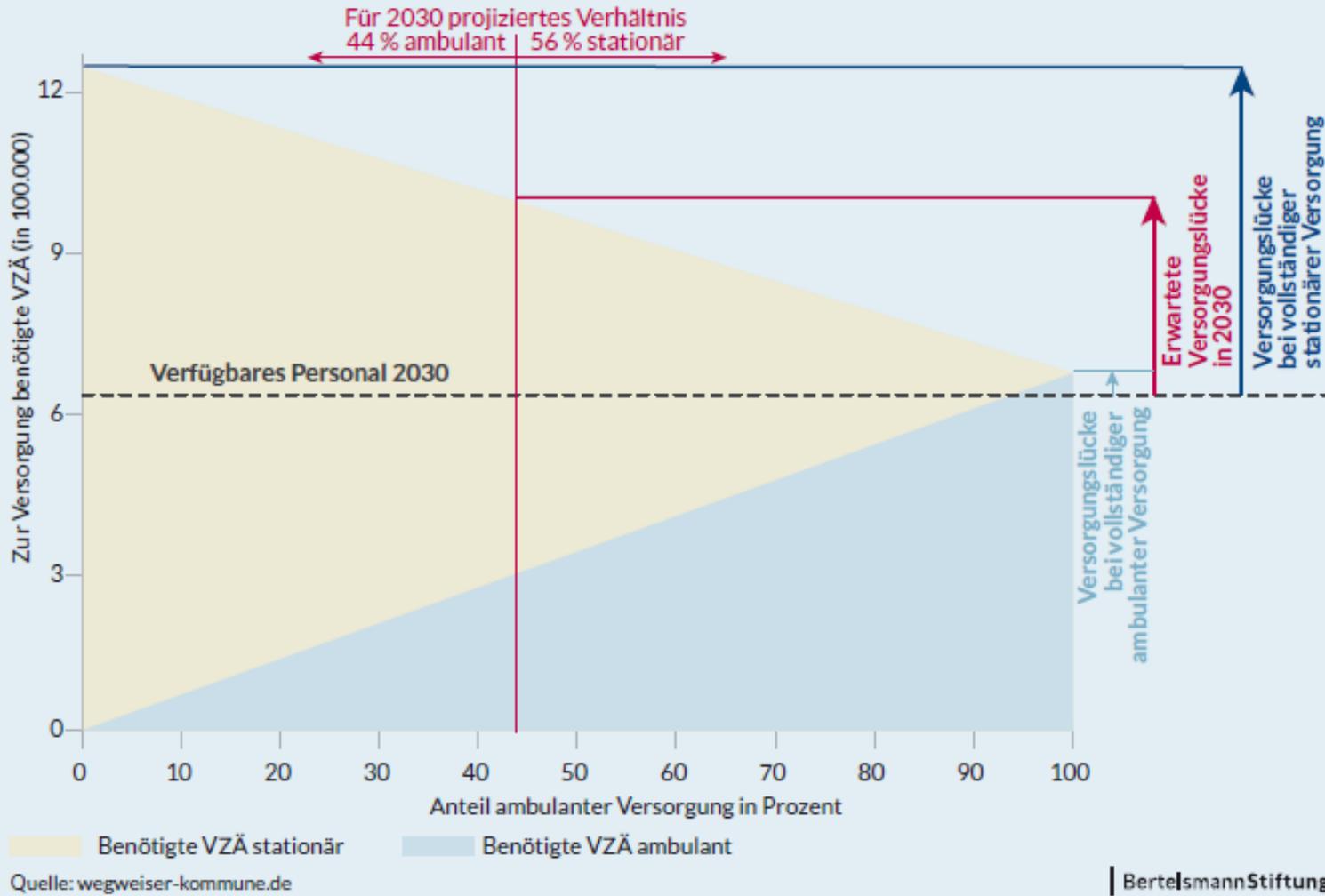
Datenquelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

I.2 Pflegenotstand

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

I.2 Zusätzliche Versorgungslücke in der Langzeitpflege 2030

ABBILDUNG 6 Zusätzliche Versorgungslücke in Abhängigkeit vom Anteil ambulanter formeller Pflege



350 Tsd. Beschäftigte in der Langzeitpflege (VZÄ)

Quelle: Rothgang et al. 2015

I.3 Lösung: Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs

Wie soll die Versorgung zukünftig sichergestellt werden?

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

Inhalt

I. Pflegenotstand heute und morgen

II. Erhöhung der Attraktivität der Pflege

1. Arbeitsbedingungen
2. Personalausstattung
3. Personalbemessungsverfahren
4. Entlohnung

III. Auswirkungen einer Attraktivitätssteigerung der Pflege auf die Heimbewohner

IV. Finanzreform der Pflegeversicherung

V. Fazit

II.1 Arbeitsbedingungen

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

II.1 Pflege-Thermometer 2018



Abbildung 25: Arbeitsplatzbezogene Anforderungen für Pflegekräfte

II.1 Pflege-Thermometer 2018

Auswirkungen Personal (2017 gegenüber 2016)

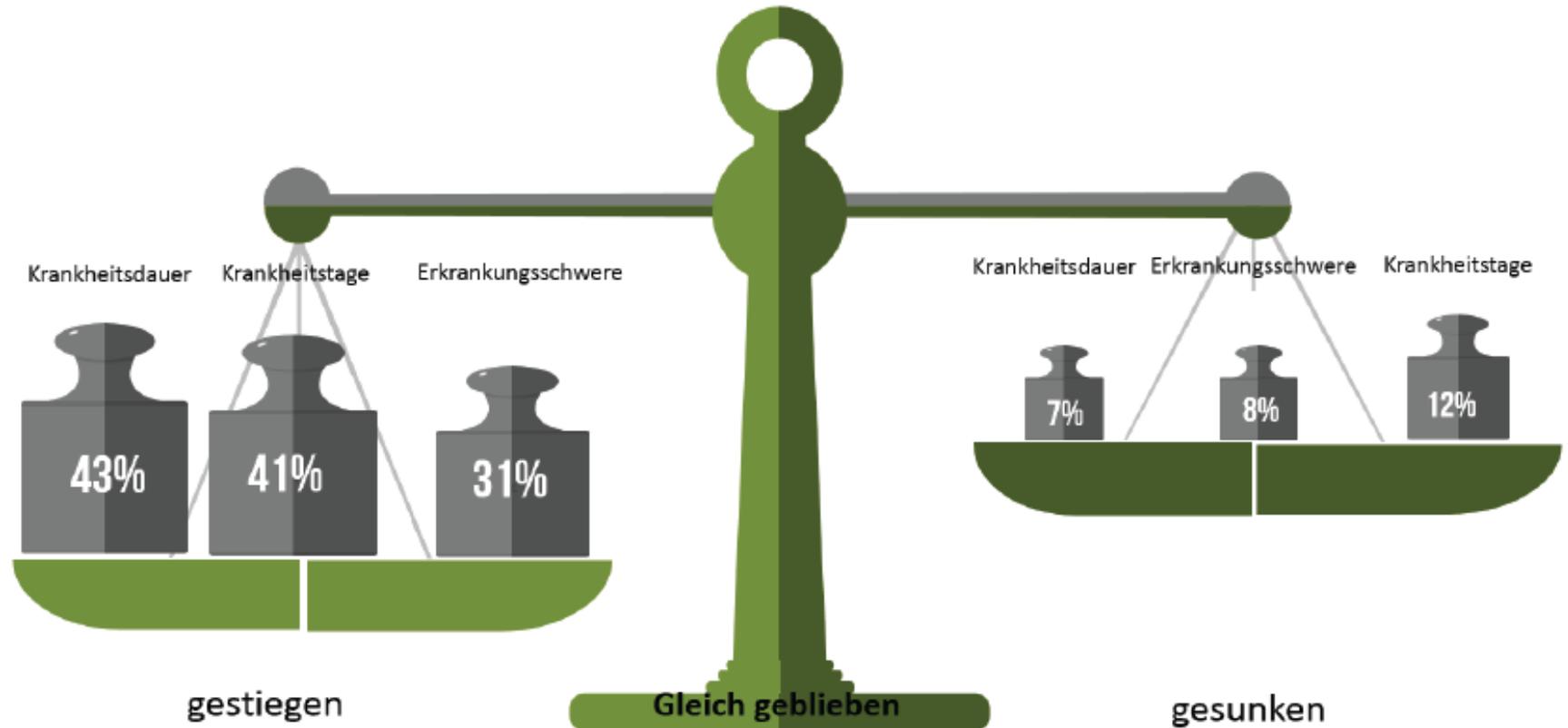


Abbildung 26: Gesundheitsbezogene Belastungen von Pflegekräften

II.1 Arbeitsbedingungen

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

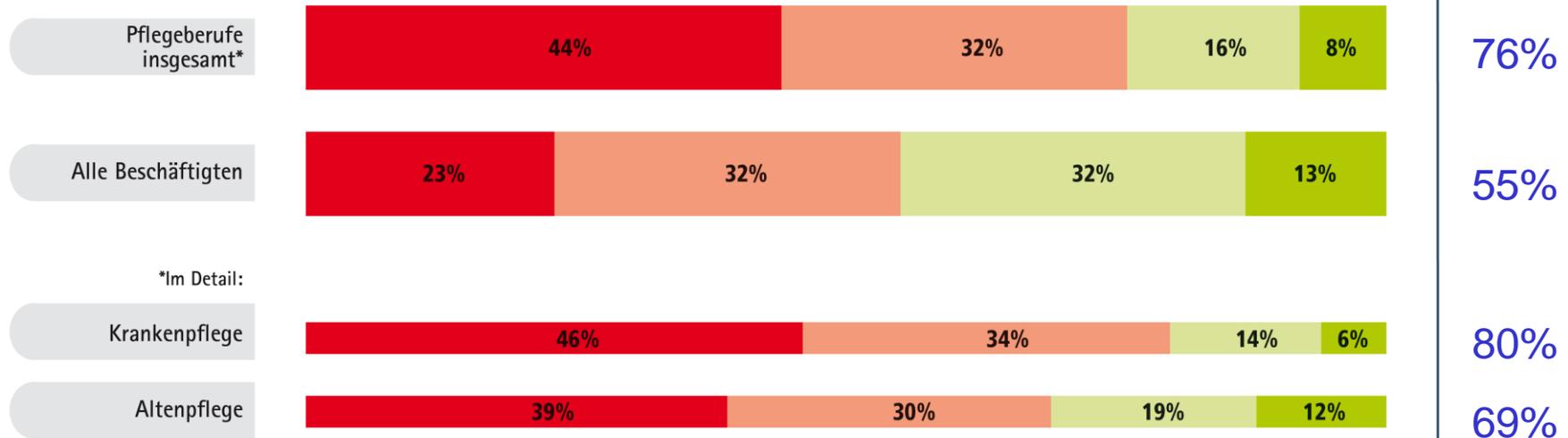
II.1 Arbeitsbedingungen: Zeitdruck

Abb. 4

Arbeitshetze im Pflegebereich

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

Sehr häufig Oft Selten Nie



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



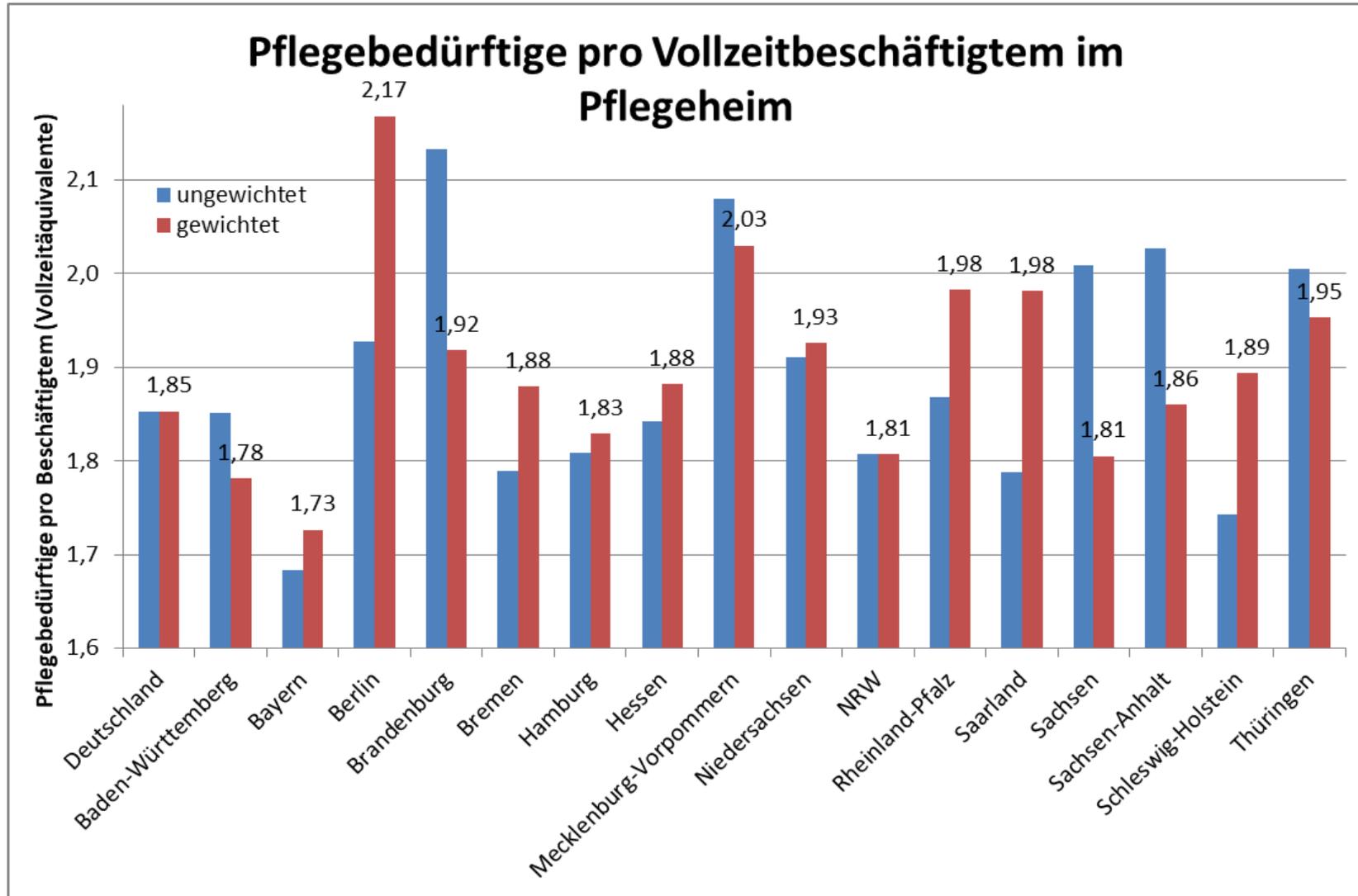
II.1 Arbeitsbedingungen

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

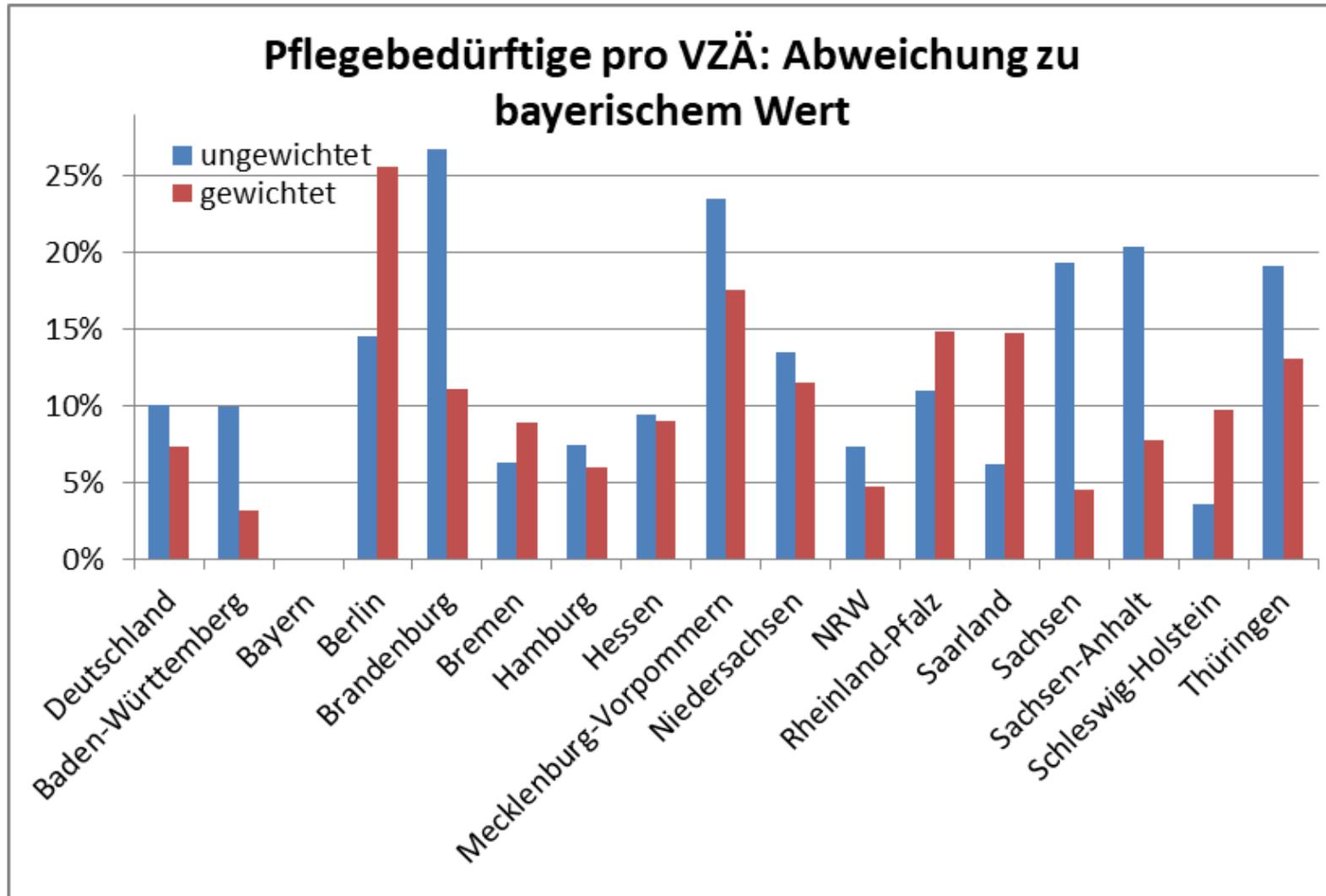
II.2 Personalausstattung

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

II.2 Personalausstattung



II.2 Personalausstattung



II.2 Personalausstattung

Pflegepersonalschlüssel in der stationären Langzeitpflege im Jahr 2017

Bundesland	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Baden - Württemberg	von 1 : 4,47 bis 1 : 6,11	von 1 : 3,49 bis 1 : 4,76	von 1 : 2,47 bis 1 : 3,26	von 1 : 1,90 bis 1 : 2,55	von 1 : 1,72 bis 1 : 2,32
Bayern	1 : 6,70	1 : 3,71	1 : 2,60	1 : 1,98	1 : 1,79
Berlin	1 : 7,25	1 : 3,90	1 : 2,80	1 : 2,20	1 : 1,80
Brandenburg	1 : 4,56	1 : 3,58	1 : 3,12	1 : 2,38	1 : 1,84
Bremen	von 1 : 6,21 bis 1 : 6,33	von 1 : 4,84 bis 1 : 4,94	von 1 : 2,95 bis 1 : 3,01	von 1 : 2,10 bis 1 : 2,14	von 1 : 1,86 bis 1 : 1,90
Hamburg	1 : 13,40	1 : 4,60	1 : 2,80	1 : 1,99	1 : 1,77
Hessen (siehe 4)	bis 1 : 5,57	bis 1 : 3,90	bis 1 : 2,60	bis 1 : 2,05	bis 1 : 1,86
Mecklenb.- Vorpomm.	von 1 : 6,92 bis 1 : 8,05	von 1 : 3,87 bis 1 : 4,52	von 1 : 2,52 bis 1 : 3,41	von 1 : 1,82 bis 1 : 2,71	von 1 : 1,82 bis 2,48
Niedersachsen (siehe 3)	-	-	-	-	-
Nordrhein - Westfalen	1 : 8,00	1 : 4,66	1 : 3,05	1 : 2,24	1 : 2,00
Rheinland - Pfalz	1 : 7,00	1 : 4,07	1 : 3,23	1 : 2,56	1 : 1,80
Saarland (siehe 1)	-	-	-	-	-
Sachsen (siehe 3)	-	-	-	-	-
Sachsen - Anhalt	Einrichtungsin- dividuell	von 1 : 3,67 bis 1 : 4,50	von 1 : 2,70 bis 1 : 3,34	von 1 : 2,11 bis 1 : 2,61	von 1 : 1,82 bis 1 : 2,10
Schleswig - Holstein	von 1 : 5,713 bis 1 : 6,963	von 1 : 4,456 bis 1 : 5,431	von 1 : 3,277 bis 1 : 3,994	von 1 : 2,561 bis 1 : 3,121	von 1 : 2,309 bis 1 : 2,814
Thüringen (siehe 2)	-	-	-	-	-

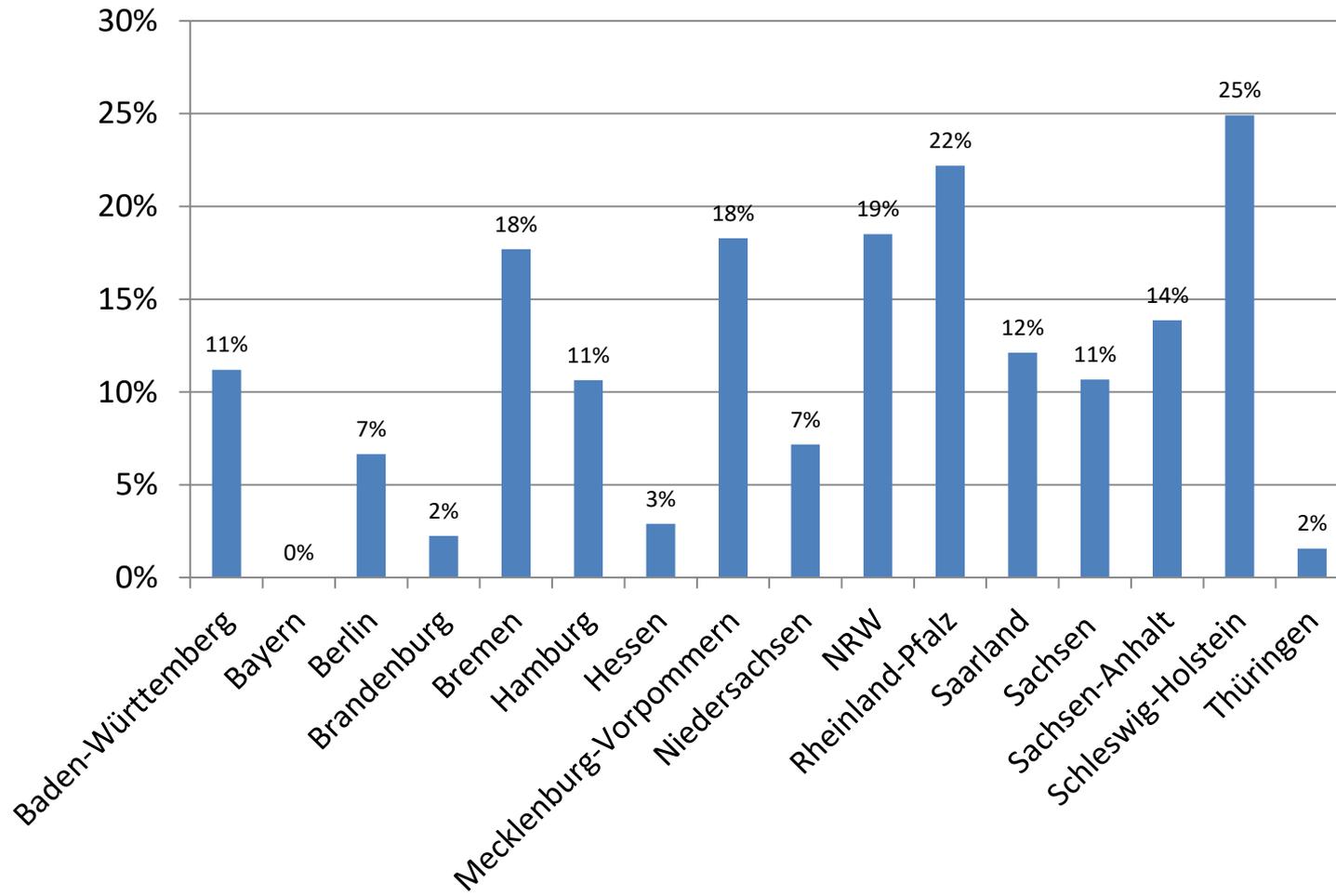
II.2 Personalausstattung

Pflegepersonalschlüssel in der stationären Langzeitpflege (31.12.2017)

	PG2	PG 3	PG 4	PG 5	Gewogener Mittelwert
Baden-Württemberg	4,13	2,87	2,23	2,02	2,85
Bayern	3,71	2,60	1,99	1,79	2,56
Berlin	3,90	2,80	2,20	1,80	2,73
Brandenburg	3,28	2,89	2,25	1,76	2,62
Bremen	4,89	2,98	2,12	1,88	3,01
Hamburg	4,60	2,80	1,99	1,77	2,83
Hessen	3,90	2,60	2,05	1,86	2,63
Mecklenburg-Vorpom.	4,12	3,11	2,47	2,25	3,03
Niedersachsen	4,00	2,80	2,12	1,91	2,74
NRW	4,66	3,05	2,24	2,00	3,03
Rheinland-Pfalz	4,24	3,40	2,65	1,80	3,13
Saarland	2,87	2,87	2,87	2,87	2,87
Sachsen	4,35	2,80	2,10	1,95	2,83
Sachsen-Anhalt	4,09	3,02	2,36	1,96	2,91
Schleswig-Holstein	4,46	3,28	2,56	2,31	3,20
Thüringen	2,60	2,60	2,60	2,60	2,60
Durchschnittsbelegung (%)	24	31	29	16	100

II.2 Personalausstattung

Pflegepersonalschlüssel - Abweichung von Bayern



II.2 Personalausstattung

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

II.3 Personalbemessungsverfahren

- Personalziffern zwischen den Ländern unterscheiden sich erheblich → ohne nachvollziehbare Begründung
- Personalausstattung wird häufig als zu niedrig beschrieben
- Seit mehr als 20 Jahren wird die Einführung eines Personalbemessungsverfahrens gefordert – bislang erfolglos
 - Anfang des Jahrhunderts scheiterte die Übertragung von PLAISIR und hat die Debatte für mehr als 10 Jahre zurückgeworfen.
 - Wenn der aktuelle Anlauf, ein eigenes Verfahren einzuführen, scheitern sollte, ist mit einer ähnlichen Entwicklung zu rechnen.
 - Wenn ein Personalbemessungsverfahren gewollt ist, muss der aktuelle Entwicklungs- und Einführungsprozess erfolgreich sein.

II.3 Chancen und Risiken eines Personalbemessungsverfahrens

- Chancen:
 - Abbau der fachlich nicht erklärbaren regionalen Unterschiede
 - Sicherstellung einer ausreichenden Mindestpersonalausstattung
- Risiken
 - Erfahrung aus dem Krankenhausbereich der 1970er und 1980er Jahre: Personalbemessungsverfahren führen zu einer Verkrustung der Strukturen und verhindern Innovationen
 - Übergangsprozess muss organisiert werden
- Konsequenzen
 - Korridore statt punktgenaue Werte (z.B. Fachkraftquote)
 - Möglichkeiten zur Substitution (Professionenmix) sollten von Anfang an eingeplant werden

II.3 Gesetzesauftrag nach PSG II

- Die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI haben nach § 113c SGB XI die Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen für direkte und indirekte pflegerische Maßnahmen sowie für Hilfen bei der Haushaltsführung nach qualitativen und quantitativen Maßstäben sicherzustellen.
- Die Entwicklung und Erprobung des Verfahrens soll bis zum 30. Juni 2020 erfolgen.
 - Wichtig: Der Gesetzesauftrag bezieht sich nur auf Entwicklung und Erprobung – nicht auf Einführung
 - Bundesgesetzgeber kann nur sozialrechtlich tätig werden.
 - Eine ordnungsrechtliche Einführung kann nur durch die Länder eingeführt werden. Hier sind also die Länder gefragt.

II.3 Gesetzesauftrag nach PSG II

- Die Vertragsparteien erarbeiten das Verfahren nicht selber, sondern „beauftragen zur Sicherstellung der Wissenschaftlichkeit des Verfahrens fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen“ (§ 113 Abs. 1 Satz 5)
 - Nach europaweiter Ausschreibung ist der Auftrag an die Universität Bremen ergangen.
- Ziel des Projektes ist es
 - ein Personalbemessungsverfahren zu entwickeln,
 - das auf Basis der Anzahl versorgter Pflegebedürftiger und
 - ihrer Merkmale, wie sie im Rahmen der Begutachtung mit dem Begutachtungsinstrument (BI/NBA) erhoben werden,
 - nach Qualifikationsstufen differenzierte Personalmengen errechnet,
 - die dann Grundlage für landesspezifische Setzungen und einrichtungsbezogene Verhandlungen sein können.

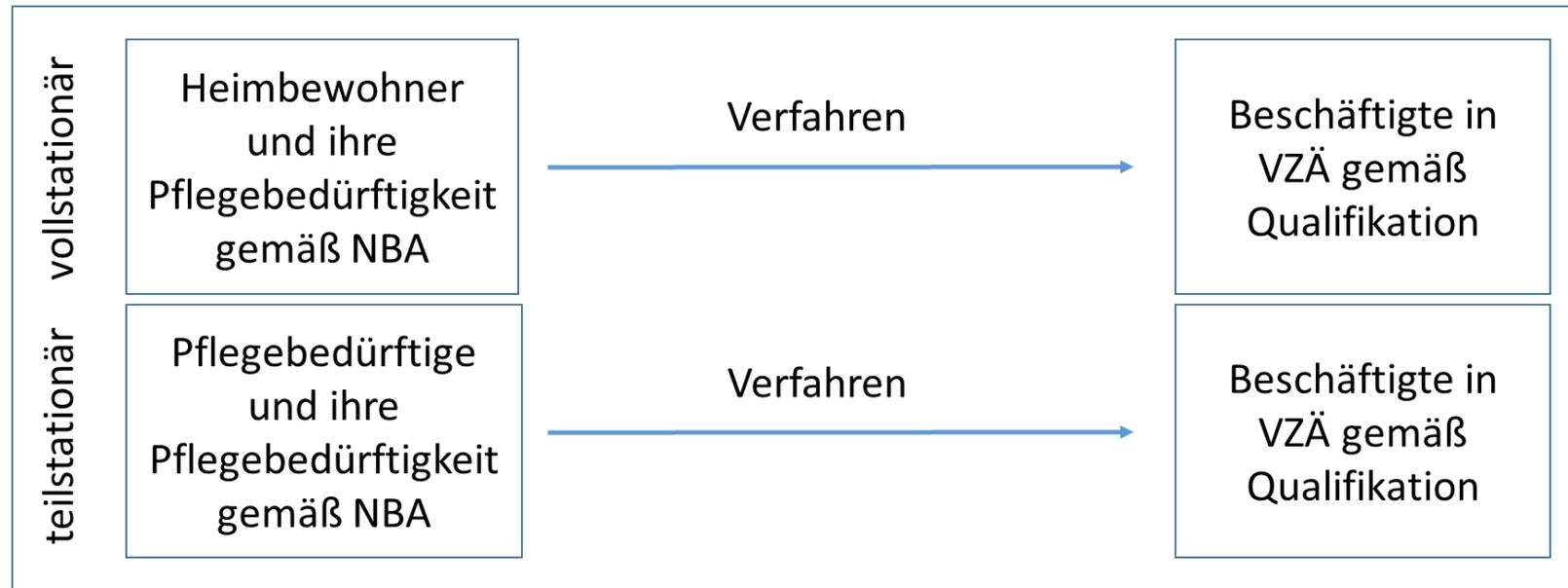
II.3 Projektkonzeption

- Angestrebt werden Personalzahlen für eine fachgerechte Pflege → SOLL-Zahlen
- Methodische Grundentscheidung im Projekt
 - Wir messen das IST
 - führen einen IST-SOLL-Abgleich durch und
 - gelangen zum SOLL als $IST \pm \Delta$, wobei das Delta den fachlich notwendigen Zuschlag zur heutigen Situation bezeichnet
- Notwendig ist daher
 - a) eine Konzeption zur Messung der IST-Werte und
 - b) Maßstäbe zum IST-SOLL-Abgleich

II.3 Projektkonzeption

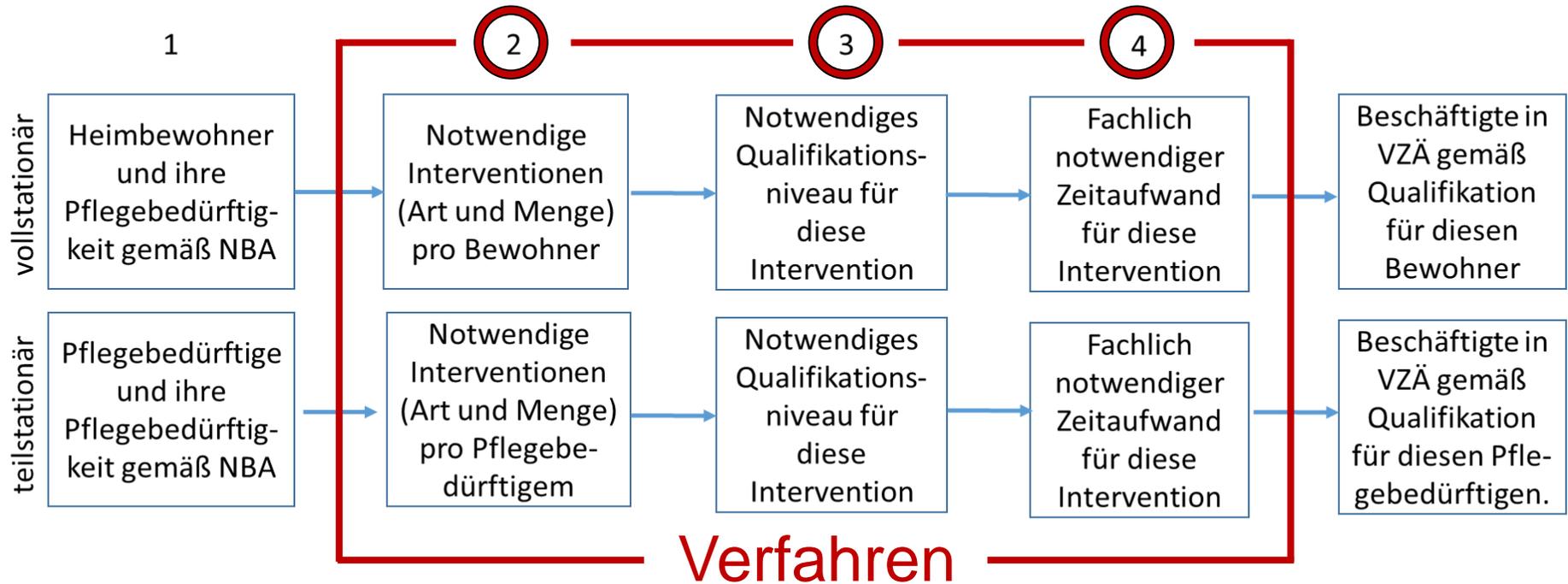
- Die Personalmenge ergibt sich dann
 - aus der Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen und
 - ihren Merkmalen wie sie im Rahmen des neuen Begutachtungsassessments erhoben werden
 - differenziert nach Qualifikationsstufen der Pflegekräfte

Algorithmus zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs

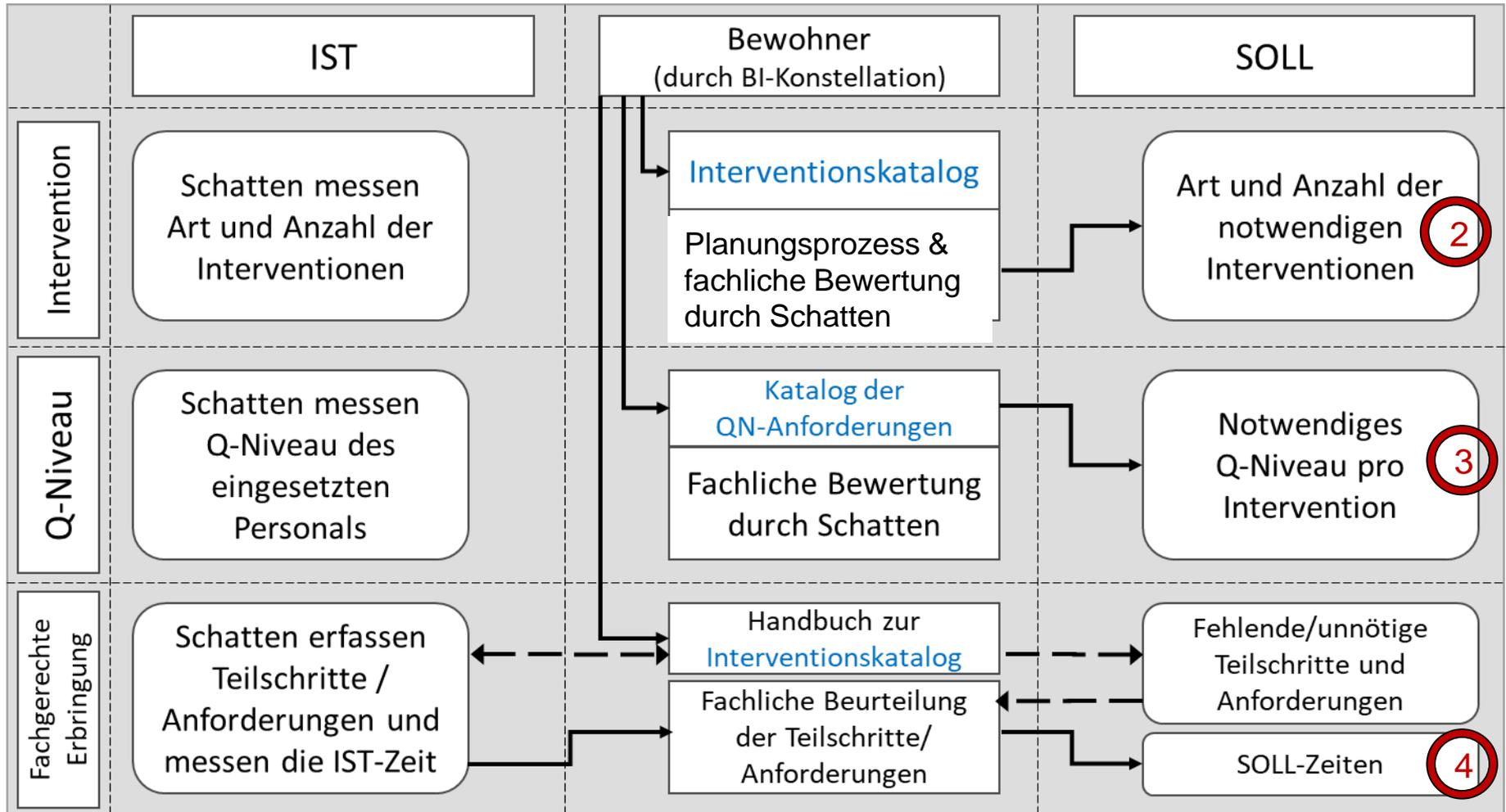


II.3 Projektkonzeption

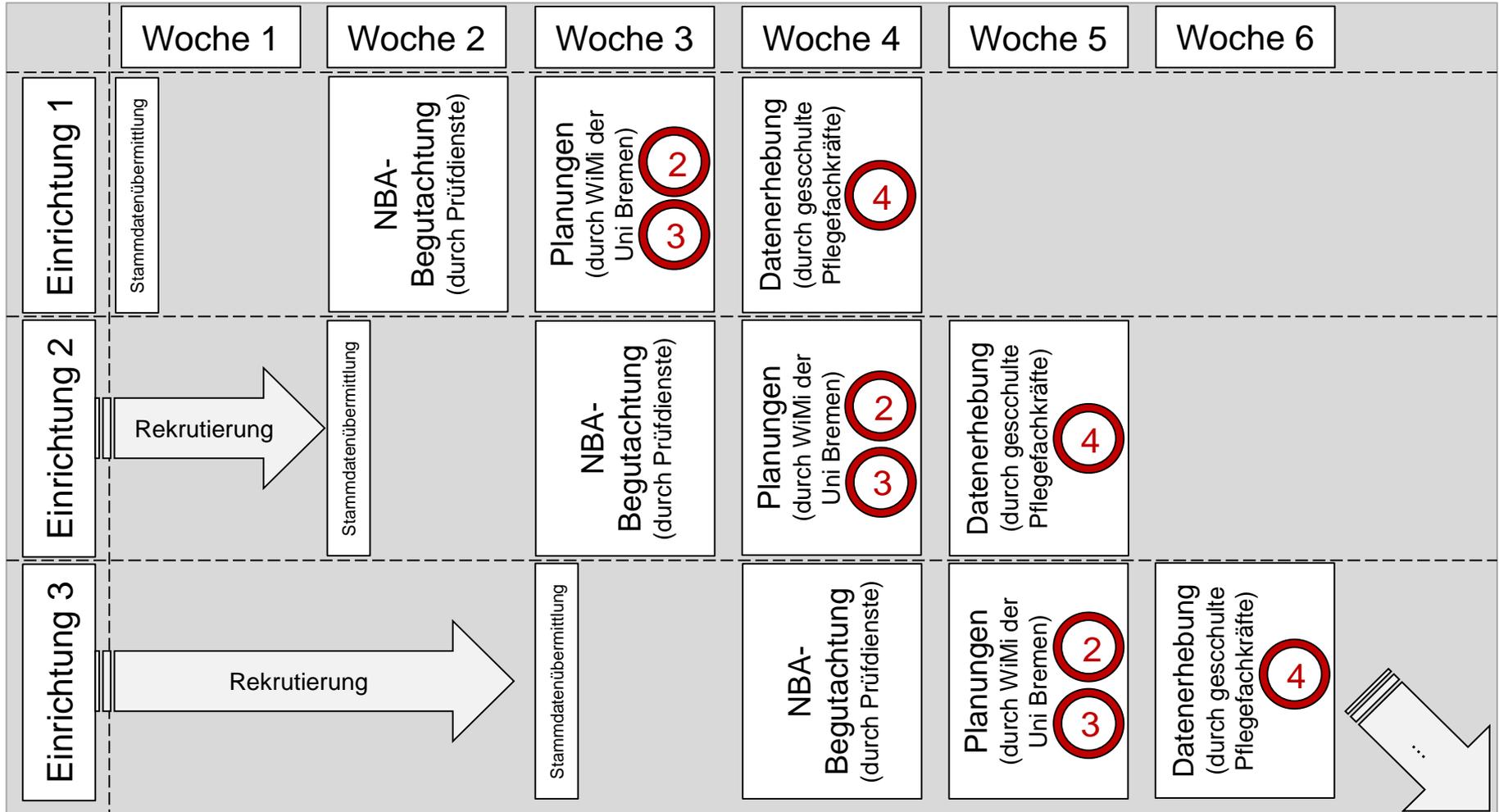
Algorithmus zur Ermittlung des Pflegepersonals pro Bewohner



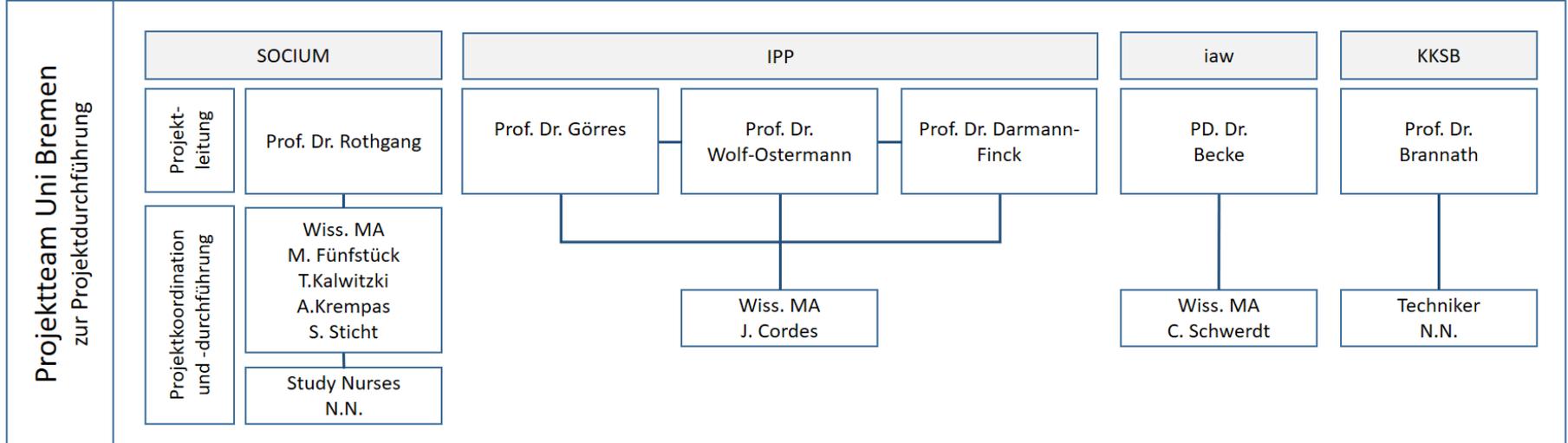
II.3 Projektkonzeption



II.3 Projektkonzeption



II.3 Projektteam



- **Projektleitung:** Prof. Heinz Rothgang
- **PflegewissenschaftlerInnen:** Prof. Stefan Görres, Prof. Karin Wolf-Ostermann, Prof. Ingrid Darmann-Finck, Prof. Andreas Büscher
- **ArbeitswissenschaftlerIn:** PD Dr. Guido Becke, Cora Schwerdt
- **Pflegefachkräfte mit zusätzlicher akademischer Ausbildung:** Mathias Fünfstück, Agata Krempa, Sarah Sticht, Janet Cordes
- **Gerontologe:** Thomas Kalwitzki
- **Statistiker:** Prof. Werner Brannath, Dr. Stephan Kloep
- **Datenerheber:** Mehr als 200 Pflegefachkräfte, je zur Hälfte von MDK und Anbietern benannt

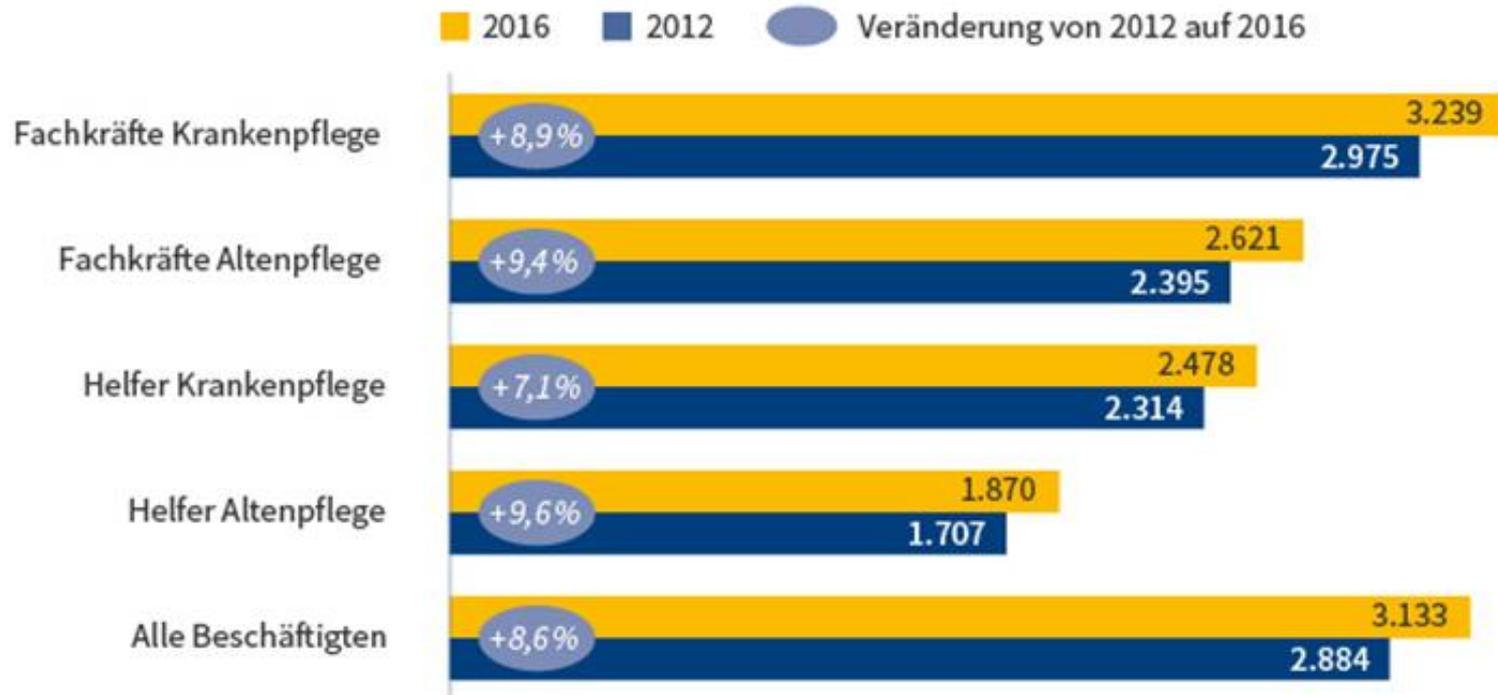
II.4 Entlohnung

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

II.4 Entlohnung (IAB 2016)

Abb. 1: Monatliche Bruttoentgelte¹ von Pflegekräften

in Euro



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

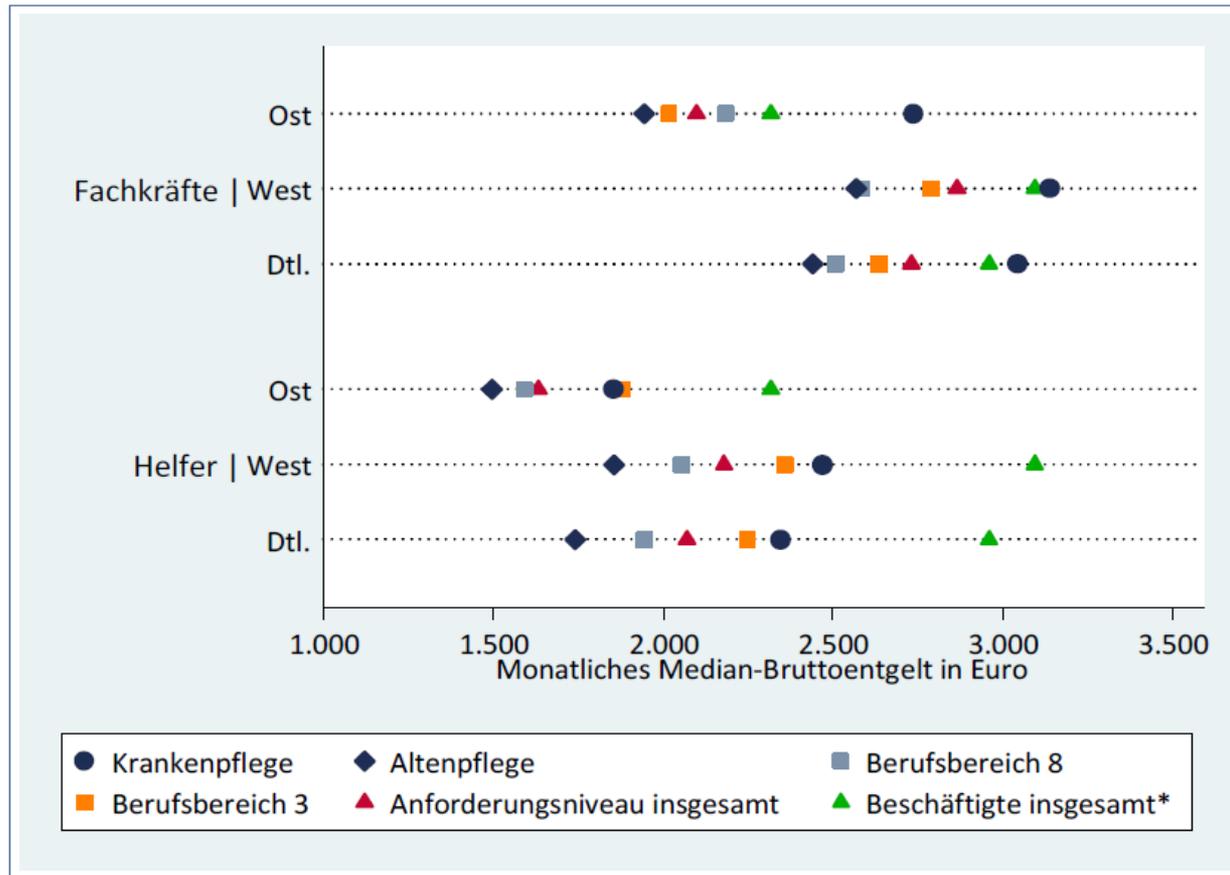
Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen. © IAB

II.4 Entlohnung

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

II.4 Entgelte im Vergleich (IAB 2015) – Laumann-Studie)

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



Berufsbereich 3:
Bau, Architektur,
Vermessung und
Gebäudetechnik

Berufsbereich 8:
Gesundheit,
Soziales, Lehre und
Erziehung

* Beschäftigte insgesamt über alle Anforderungsniveaus hinweg.

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

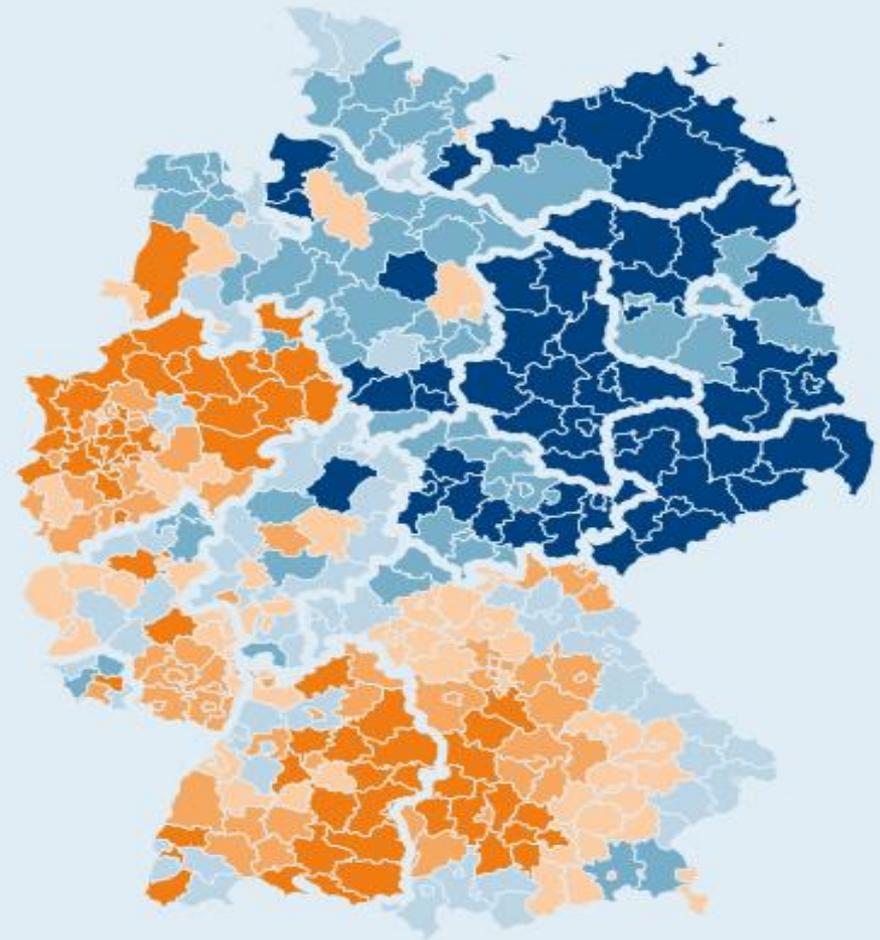
Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

II.4 Entlohnung

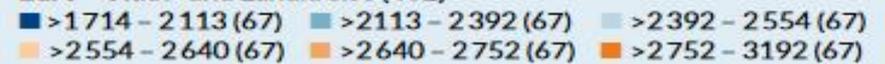
- Pflegefachkräfte verdienen nicht schlecht – in der Altenpflege aber deutlich weniger
- KrankenpflegehelferInnen verdienen fast so viel wie Fachkräfte in der Altenpflege
- Krankenpflegefachkräfte verdienen sogar mehr als andere Fachkräfte – Altenfachkräfte weniger
- Zudem sind regionale Unterschiede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

II.4 Entgelte, regional

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



Euro – Stadt- und Landkreise (402)



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

| BertelsmannStiftung

II.4 Entlohnung

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

II.4 Zufriedenheit mit der Entlohnung

Abb. 3

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

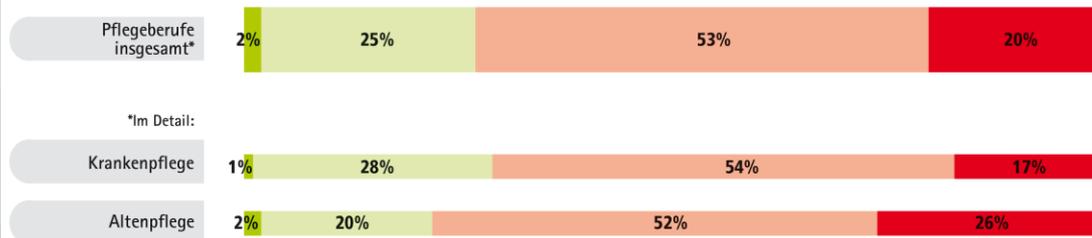
»Haben Sie den Eindruck, dass Sie mit Ihrer Arbeit einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft leisten?«

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



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

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



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



II.4 Zwischenfazit

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

Inhalt

- I. Ausgangspunkt: Pflegenotstand heute und morgen
- II. Erhöhung der Attraktivität der Pflege
- III. Auswirkungen einer Attraktivitätssteigerung der Pflege auf die Heimbewohner**
- IV. Finanzreform der Pflegeversicherung
- V. Fazit

III. Eigenanteile in der Heimpflege

- Derzeit beträgt der Eigenanteil in Pflegeheimen durchschnittlich (Stand: Mitte 2017)
 - 600 Euro für die pflegebedingten Kosten
 - 1.700 Euro insgesamt
(Pflelegesatz + Unterkunft & Verpflegung + Interventionskosten)
- Dabei zeigen sich erhebliche regionale Unterschiede

III. Eigenanteile: Status quo (Mai 2017)

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

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

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

III. Eigenanteile in der Heimpflege

- Derzeit beträgt der Eigenanteil in Pflegeheimen durchschnittlich (Stand: Mitte 2017)
 - 600 Euro für die pflegebedingten Kosten
 - 1.700 Euro insgesamt
(Pflegesatz + Unterkunft & Verpflegung + Interventionskosten)
- Dabei zeigen sich erhebliche regionale Unterschiede
- Die hohe Eigenanteile sind Ausdruck einer unzureichenden Leistungsdynamisierung in der Vergangenheit

III. 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.

III. Eigenanteile in der Heimpflege

- Derzeit beträgt der Eigenanteil in Pflegeheimen durchschnittlich (Stand: Mitte 2017)
 - 600 Euro für die pflegebedingten Kosten
 - 1.700 Euro insgesamt
(Pflegesatz + Unterkunft & Verpflegung + Interventionskosten)
- Dabei zeigen sich erhebliche regionale Unterschiede
- Die hohe Eigenanteile sind Ausdruck einer unzureichenden Leistungsdynamisierung in der Vergangenheit
- Damit ist das Ziel der Pflegeversicherung, eine Lebensstandardsicherung auch bei Pflegebedürftigkeit zu gewährleisten, gefährdet

III. Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen

- Erhöhung der Personalmenge in den Einrichtungen
→ höhere Eigenanteile.
- Steigende Bedeutung von Tarifverträgen und bessere Entlohnung
→ höhere Eigenanteile
- Jede Lohnsteigerung und jede Verbesserung der Personalschlüssel wird in der aktuellen Gesetzeslage zu 100% von den Pflegebedürftigen finanziert. Pflegebedürftige werden so gegen Pflegekräfte ausgespielt.

III. Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen

- Da weiter steigende Eigenanteile kaum vermittelbar sind, ist eine Veränderung der Finanzierungsregeln notwendig
- Diskretionäre Reformoption
 - Einmalige Anpassung der Leistungssätze (§ 43 SGB XI) bei Einführung eines Personalbemessungsverfahrens und
 - Regelgebundene Leistungsdynamisierung zum Ausgleich von Lohn- und Gehaltssteigerungen
- Systematische Reformoption: Umwandlung der *Pflegezeit*kostenversicherung in eine *Vol*versicherung mit Sockelbetrag

Inhalt

- I. Ausgangspunkt: Pflegenotstand heute und morgen
- II. Erhöhung der Attraktivität der Pflege
- III. Auswirkungen einer Attraktivitätssteigerung der Pflege auf die Heimbewohner
- IV. Finanzreform der Pflegeversicherung**
 1. Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege
 2. Vollversicherung mit fixem Sockelbetrag
- V. Fazit

IV.1 Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege

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

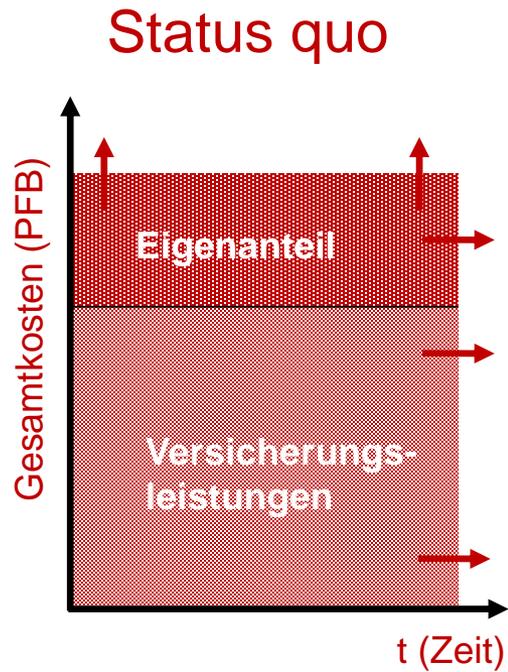
IV.1 Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege

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

IV.2 Vollversicherung mit fixem Sockel

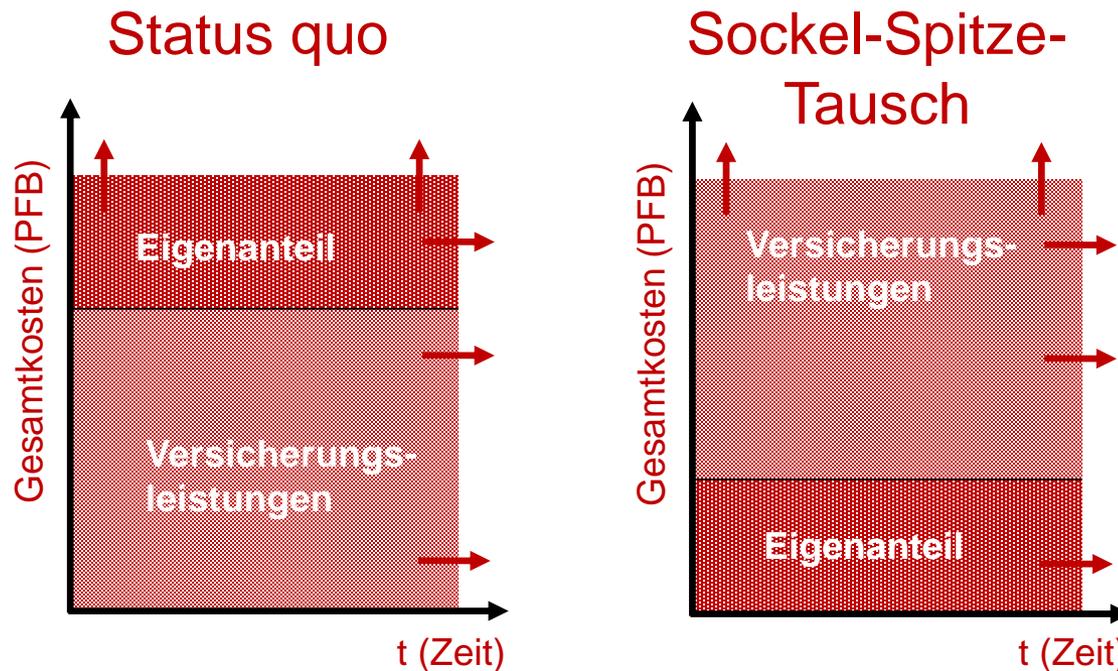
- Status quo
 - In der aktuellen Ausgestaltung der Pflegeversicherung liegt der Eigenanteil der Pflegebedürftigen, der die pauschalen Leistungen des SGB XI übersteigt, bei 100%.
 - Hieraus resultiert ein (monatliches) Kostenrisiko in potentiell unbegrenzter Höhe, das direkt vom Pflegebedarf abhängig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

IV.2 Vollversicherung mit fixem Sockel



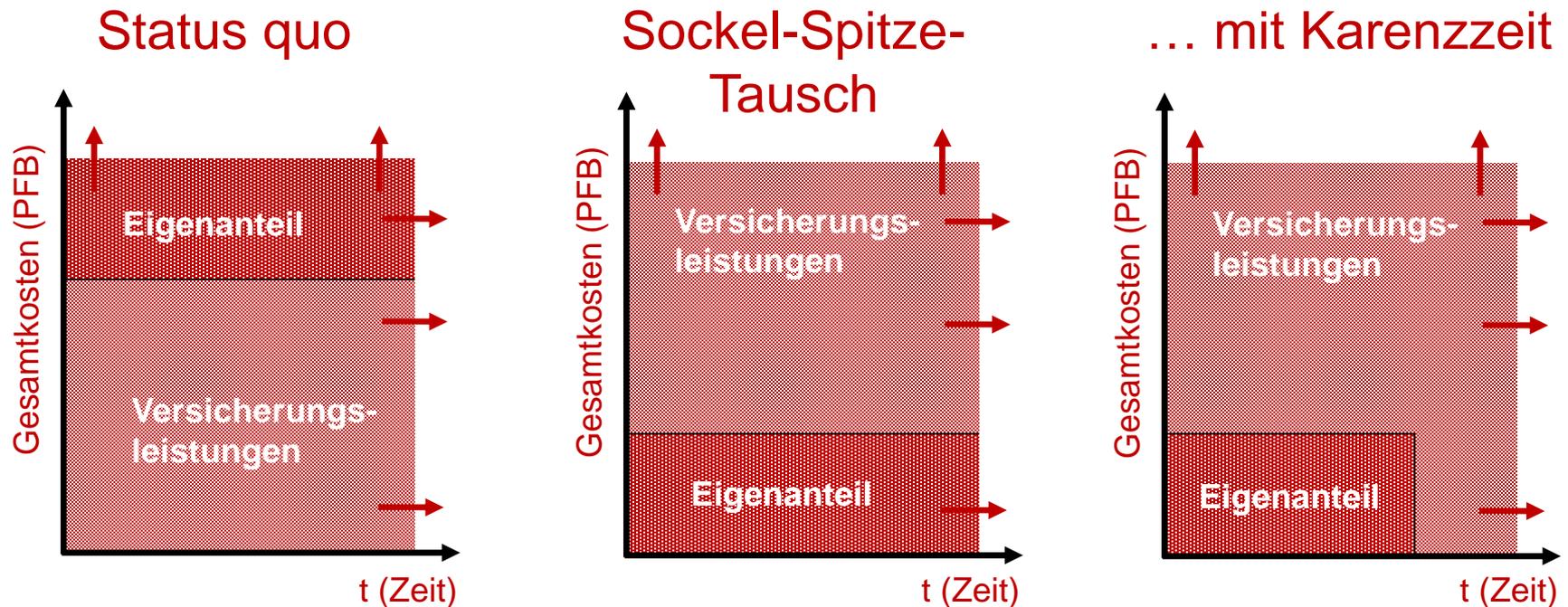
IV.2 Vollversicherung mit fixem Sockel

- Grundidee: Austausch von Finanzierungssockel und Finanzierungsspitze



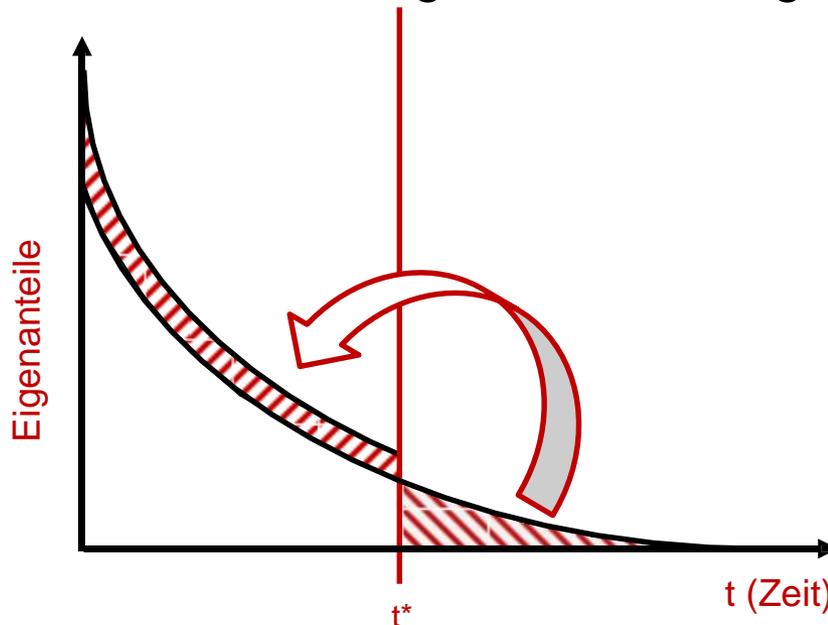
IV.2 Vollversicherung mit fixem Sockel

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



IV.2 Vollversicherung mit fixem Sockel

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



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

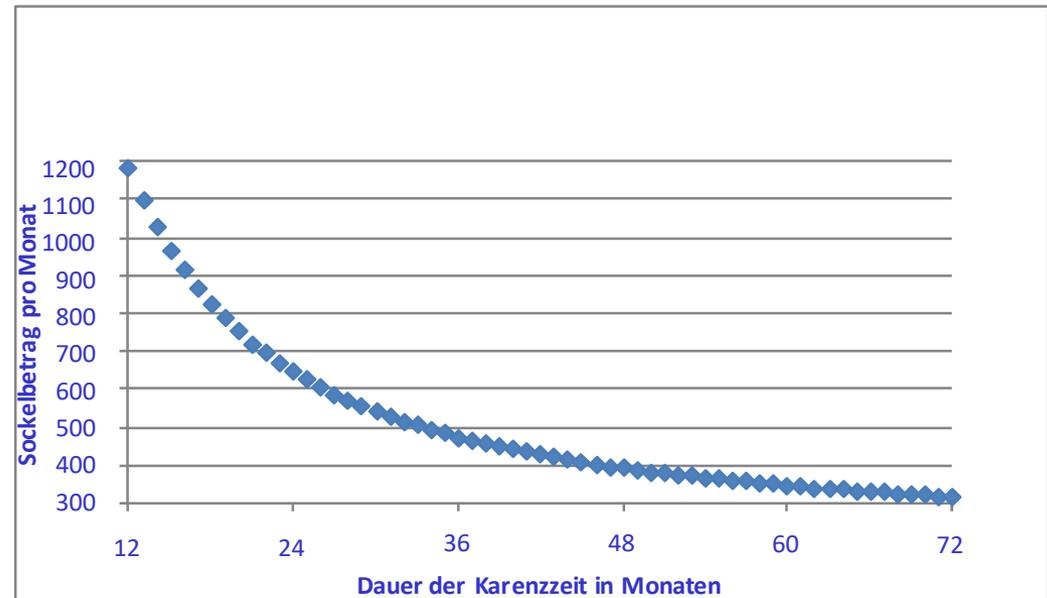
IV.2 Vollversicherung mit fixem Eigenanteil

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

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 Vollversicherung mit fixem Eigenanteil

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

Inhalt

- I. Ausgangspunkt: Pflegenotstand heute und morgen
- II. Erhöhung der Attraktivität der Pflege
- III. Auswirkungen einer Attraktivitätssteigerung der Pflege auf die Heimbewohner
- IV. Finanzreform der Pflegeversicherung
- V. Fazit

V. Fazit

1. Der Pflegekräftemangel ist groß und wird noch größer werden. Um dem entgegenzutreten, muss die Attraktivität des Pflegeberufs steigen.
2. Zur Steigerung der Attraktivität des Berufs sind insbesondere die Personalausstattung und die Entlohnung zu verbessern.
3. Im Status quo führen solche Maßnahmen aber zu einer Steigerung der Eigenanteile, die jetzt schon zu hoch sind.
4. Notwendig ist daher gleichzeitig eine Finanzierungsreform, durch Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege und einen „Sockel-Spitze-Tausch“.
5. Nur so kann die Pflegeversicherung ihr Ziel einer Lebensstandardsicherung zukünftig erreichen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!