

Bausteine für eine große Pflegereform

Personalbemessung und Finanzreform

Virtuelle Tagung des Landkreis Darmstadt-Dieburg am 6.11.2020

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

A. Personalbemessung in der Langzeitpflege

I. Projektkonzeption und -durchführung

II. Zentrale Ergebnisse

III. Umsetzung

B. Finanzreform

I. Ausgangslage

II. Reformvorschlag

C. Fazit

A. Personalbemessung in der Langzeitpflege

I. Projektkonzeption und -durchführung

II. Zentrale Ergebnisse

III. Umsetzung

B. Finanzreform

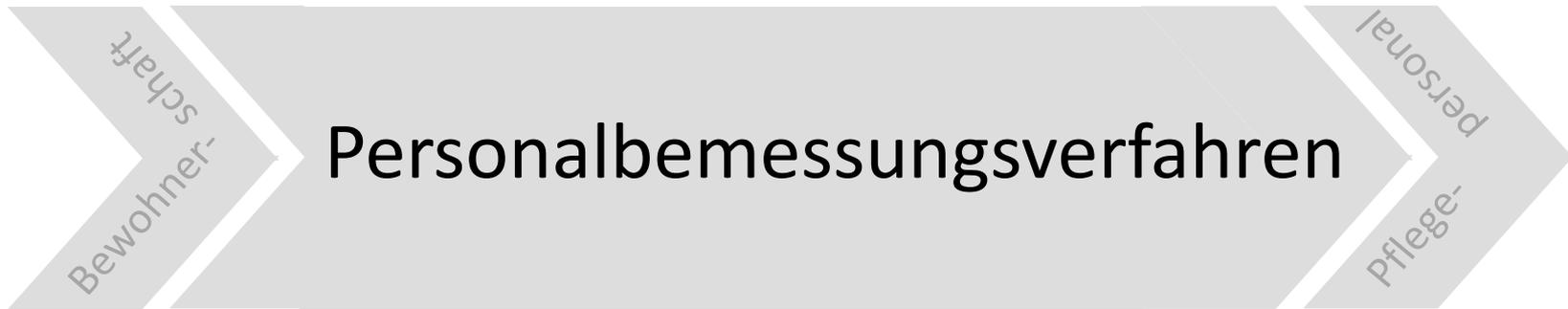
I. Ausgangslage

II. Reformvorschlag

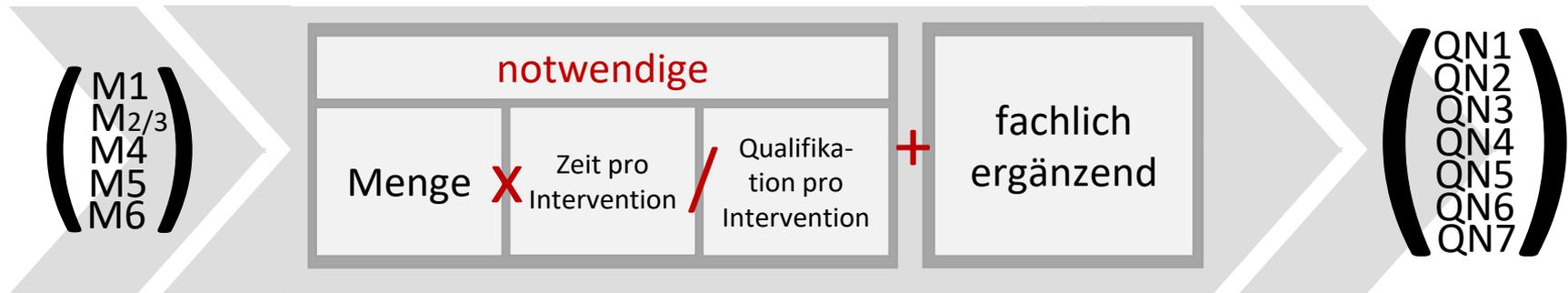
C. Fazit

1. Schritt: Messkonzeption für Pflege
→ **Interventionskatalog**
2. Schritt: Definition von bedarfsgerechter Erbringung und bedarfsgerechtem Qualifikationsniveau
→ **Handbuch zum Interventionskatalog**
→ **Katalog der Qualifikationsanforderungen**
3. Schritt: Beschattung aller Pflegekräfte zur Messung des **IST** mittels des Interventionskatalogs und **IST-SOLL-Abgleich** mithilfe der konsentierten Instrumente
4. Schritt: Ermittlung des bedarfsorientierten **SOLL** aus gemessenem IST zuzüglich der fachlich notwendigen Zu- und Abschläge in Menge, Zeit und Qualifikation

1. Schritt: Ermittlung der bedarfsnotwendigen Pflegezeit für direkte Pflege für jeden Studienteilnehmer

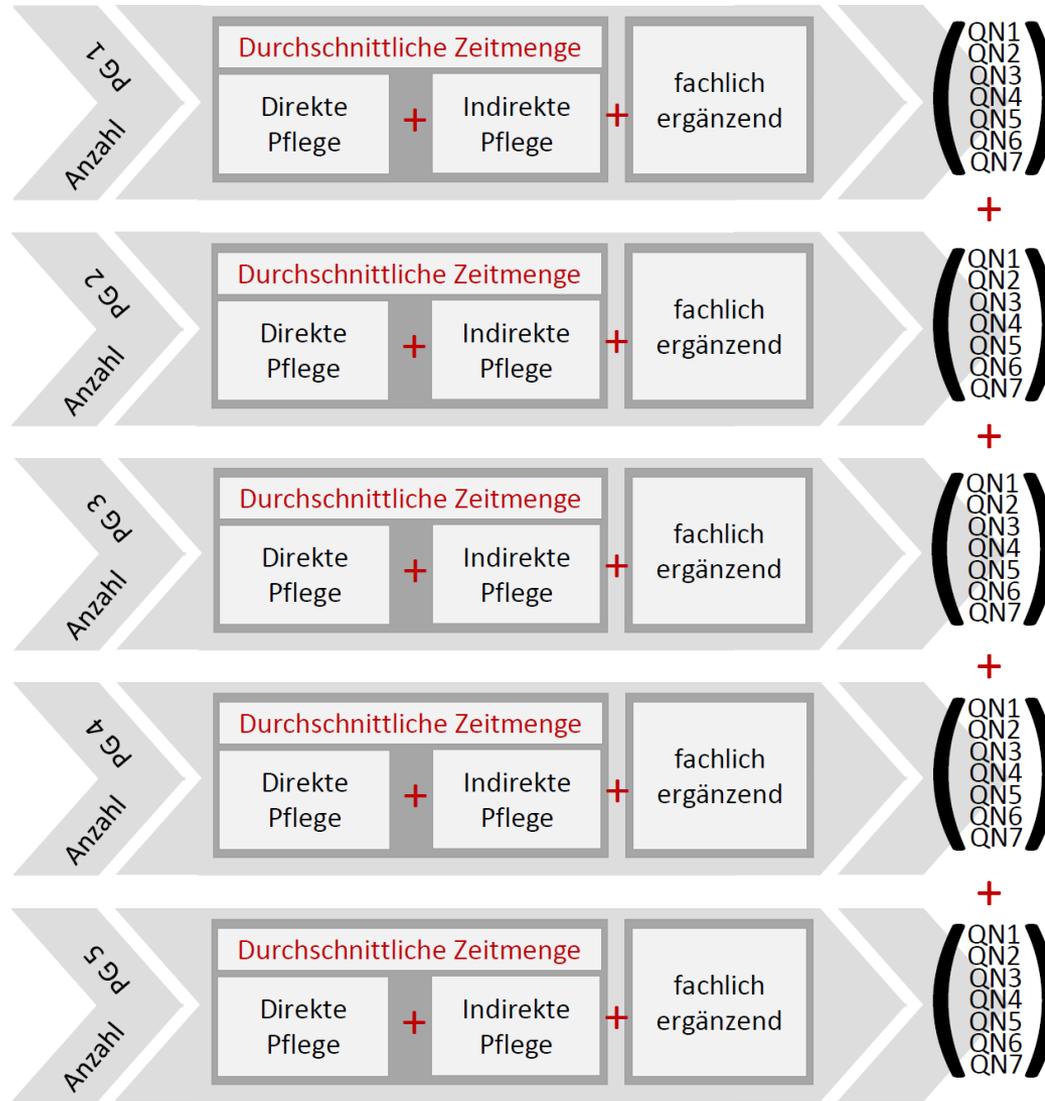


1. Schritt: Ermittlung der bedarfsnotwendigen Pflegezeit für direkte Pflege für jeden Studienteilnehmer.



2. Schritt: Addition der durchschnittlichen Ist-Zeit für indirekte Pflege
3. Schritt: Zusammenfassung der Studienteilnehmer zu aufwandsähnlichen Gruppen, z.B. Pflegegraden
4. Schritt: Berechnung des Durchschnittswertes pro Aufwandsgruppe

Bewohnerzahl und Case-Mix



5. Schritt: Addition der Zeitbedarfe über alle Aufwandsgruppen und

6. Schritt: Umwandlung der Zeitwerte in Stellenzahlen anhand der Nettojahresarbeitszeit.

- Von März bis Oktober 2018 wurde in 62 vollstationären und 7 teilstationären Einheiten eine Beobachtungsstudie durchgeführt.
- Hierzu wurde jede Pflegekraft von einem *Schatten* begleitet, der die Interventionen in Echtzeit anhand des Interventionskatalogs mittels Tablet-Computer erfasst.
- Einbezogen wurden alle **zur Pflege** eingesetzten Kräfte in den teilnehmenden Erhebungseinheiten.
- Zusätzliche Betreuungskräfte wurden nicht beschattet.
- Übergeordnete Leitungskräfte wurden nicht beschattet.

- Erfasst wurde
 - welche Interventionen durchgeführt wurden,
 - welcher Zeitaufwand damit verbunden war,
 - ob die Intervention erforderlich war,
 - ob sie fachgerecht durchgeführt wurde
 - welche zeitlichen Zu- und Abschläge bei fachgerechter Durchführung hinzukommen.
- } IST
- } SOLL
- Entstandene Datengrundlage:
 - 130.656 Interventionen bei 1.380 vollstationär versorgten Pflegebedürftigen aus 15 Bundesländern
 - 9.266 Interventionen bei 173 Pflegebedürftigen in teilstationären Pflegeeinrichtungen aus 5 Bundesländern

A. Personalbemessung in der Langzeitpflege

I. Projektkonzeption und -durchführung

II. Zentrale Ergebnisse

1. Das Personalbemessungsverfahren – Algorithmus 1.0
2. Personal(mehr)bedarfe
3. Heimindividueller Qualifikationsmix statt fixe Fachkraftquote
4. Effekte für eine Durchschnittseinrichtung
5. Implementationserfordernisse

III. Umsetzung

B. Finanzreform

I. Ausgangslage

II. Reformvorschlag

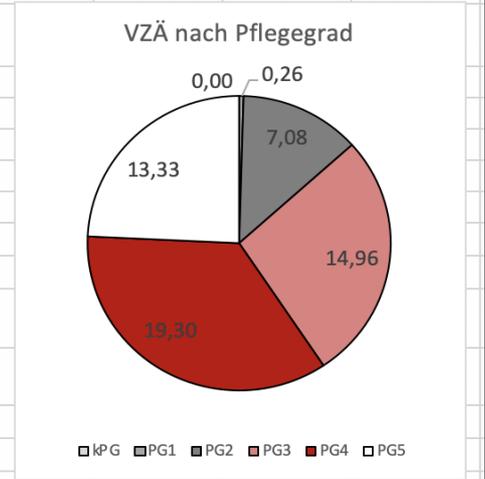
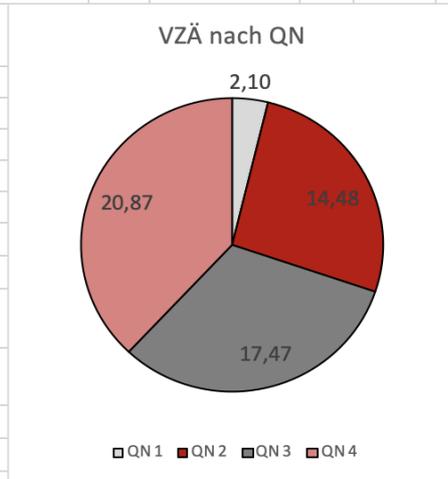
C. Fazit

- Zur Nutzung des Instruments müssen *keine neuen Daten* erhoben werden.
- Benötigt werden lediglich
 - Setzungen, insbesondere zur Nettojahresarbeitszeit und
 - die Zahl der Bewohner nach Aufwandsgruppen – derzeit also nach Pflegegraden
- Das Instrument hat drei Tabellenblätter
 - Einstellungen
 - Eingaben
 - Ergebnisse (in zwei Varianten)

Tabellenblatt „Ergebnisse“

- Personalbedarf in **Minuten** und **Vollzeitäquivalenten**
- Aufgegliedert nach QN-Niveau und Pflegegraden

Instrument zur Berechnung des Personalbedarfs in vollstationären Einrichtungen						
Ergebnis über Pflegegrade (in Minuten pro Tag und VZÄ)						
	Anzahl Pflegebedürftige	QN1	QN2	QN3	QN4	SUMME
kPG	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PG1	0,95	3,59	25,31	24,34	12,67	65,92
PG2	22,11	72,48	840,84	590,23	313,20	1816,75
PG3	32,55	184,06	1278,53	1470,09	904,47	3837,15
PG4	29,15	196,11	1014,80	1802,90	1934,48	4948,29
PG5	15,24	82,65	553,01	593,59	2188,39	3417,64
Einbezogene Interventionen		538,90	3712,48	4481,16	5353,21	14085,75
Ergänzende Parameter		0	0	0	0	0
SUMME		538,90	3712,48	4481,16	5353,21	14085,75
VZÄ		2,10	14,48	17,47	20,87	54,93
Bei einem Fachkraftanteil von						38,00%

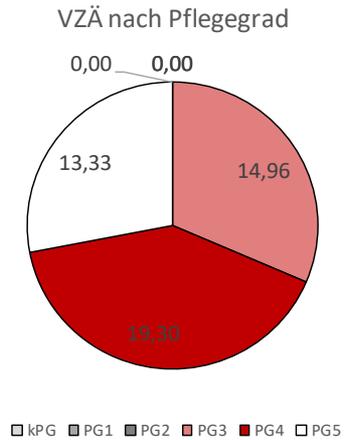
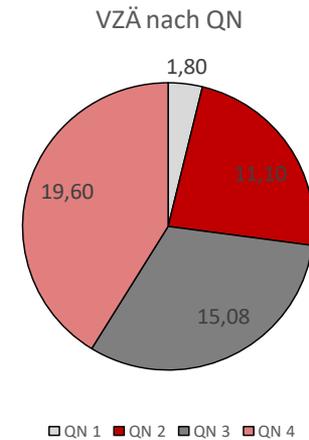


Tabellenblatt „Ergebnisse“

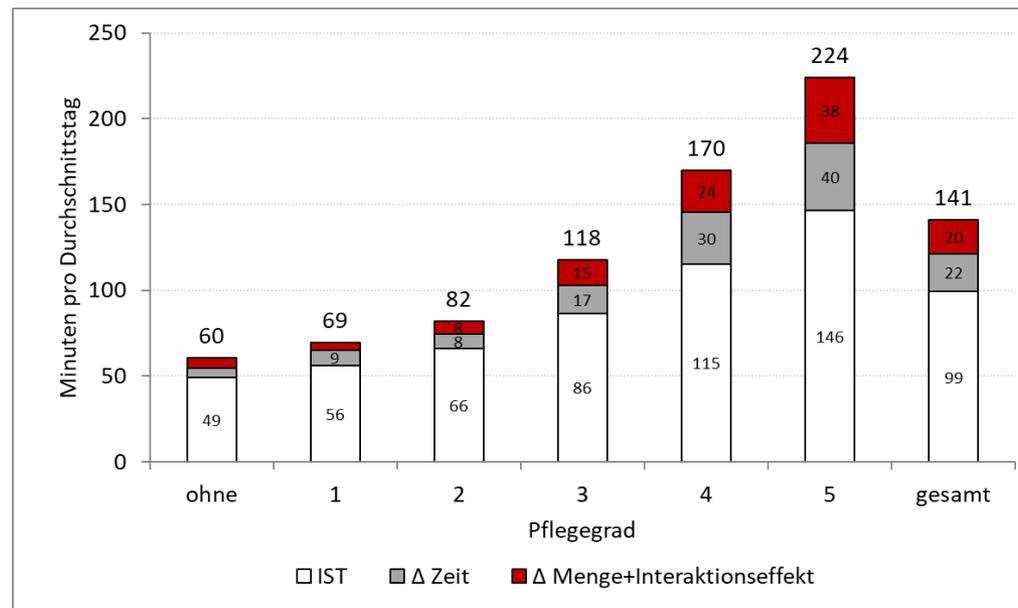
- Veränderung des Case-Mix führt zu anderem Qualifikationsmix
- Beispiel: „höherer“ Case-Mix führt zu höherem Fachkraftanteil

Ergebnis über Pflegegrade (in Minuten pro Tag und VZÄ)

	Anzahl Pflegebedürftige	QN1	QN2	QN3	QN4	SUMME
kPG	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PG1	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PG2	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PG3	32,55	184,06	1278,53	1470,09	904,47	3837,15
PG4	29,15	196,11	1014,80	1802,90	1934,48	4948,29
PG5	15,24	82,65	553,01	593,59	2188,39	3417,64
Einbezogene Interventionen		462,82	2846,34	3866,58	5027,34	12203,08
Ergänzende Parameter		0	0	0	0	0
SUMME		462,82	2846,34	3866,58	5027,34	12203,08
VZÄ		1,80	11,10	15,08	19,60	47,59
Bei einem Fachkraftanteil von						41,20%

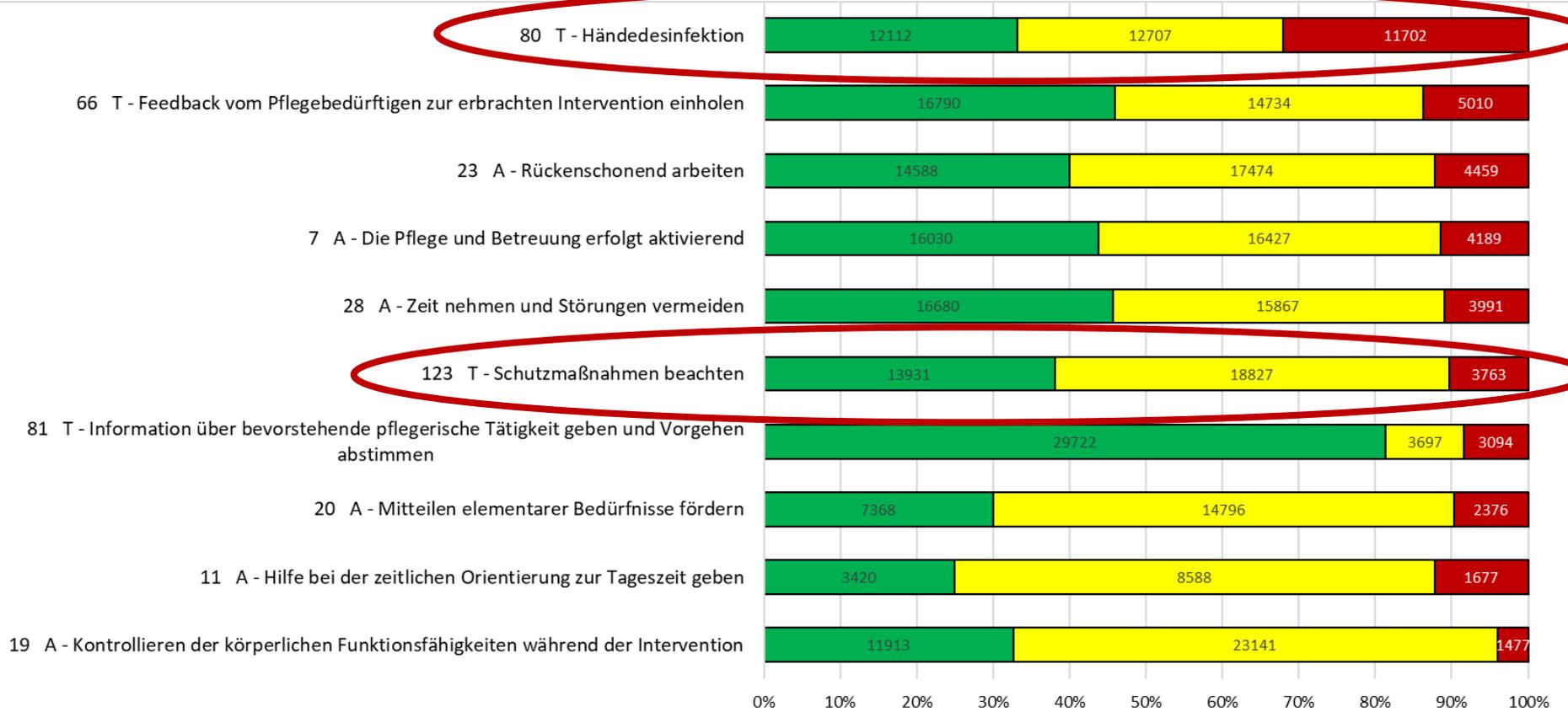


- In den Untersuchungseinrichtungen zeigen sich erhebliche *Zusatzzeitbedarfe* die mit dem Pflegegrad absolut und relativ zunehmen.
- Die Mehrbedarfe ergeben sich etwa zur Hälfte aus Mengen- und Zeitkomponente.



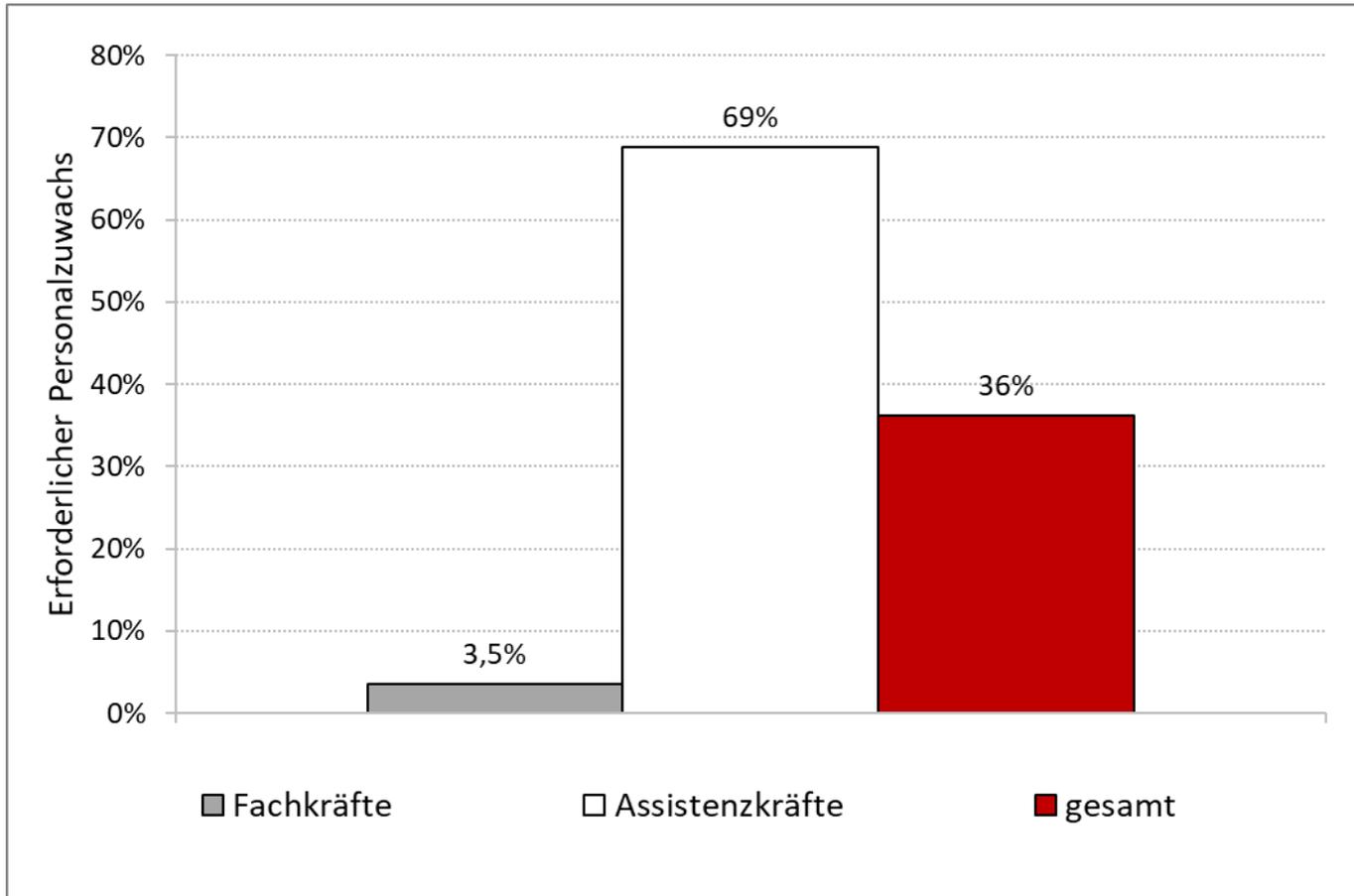
- In den Untersuchungseinrichtungen zeigen sich erhebliche Zusatzzeitbedarfe die mit dem Pflegegrad absolut und relativ zunehmen.
- Die Mehrbedarfe ergeben sich etwa zur Hälfte aus Mengen- und Zeitkomponente.
- Ein qualitativer Mehrbedarf in Bezug auf Teilschritte und Anforderungen zeigt sich insbesondere bei der Kommunikation und der Durchführung von Schutzmaßnahmen.

Die 10 Teilschritte, die am häufigsten nicht (fachgerecht) erbracht wurden



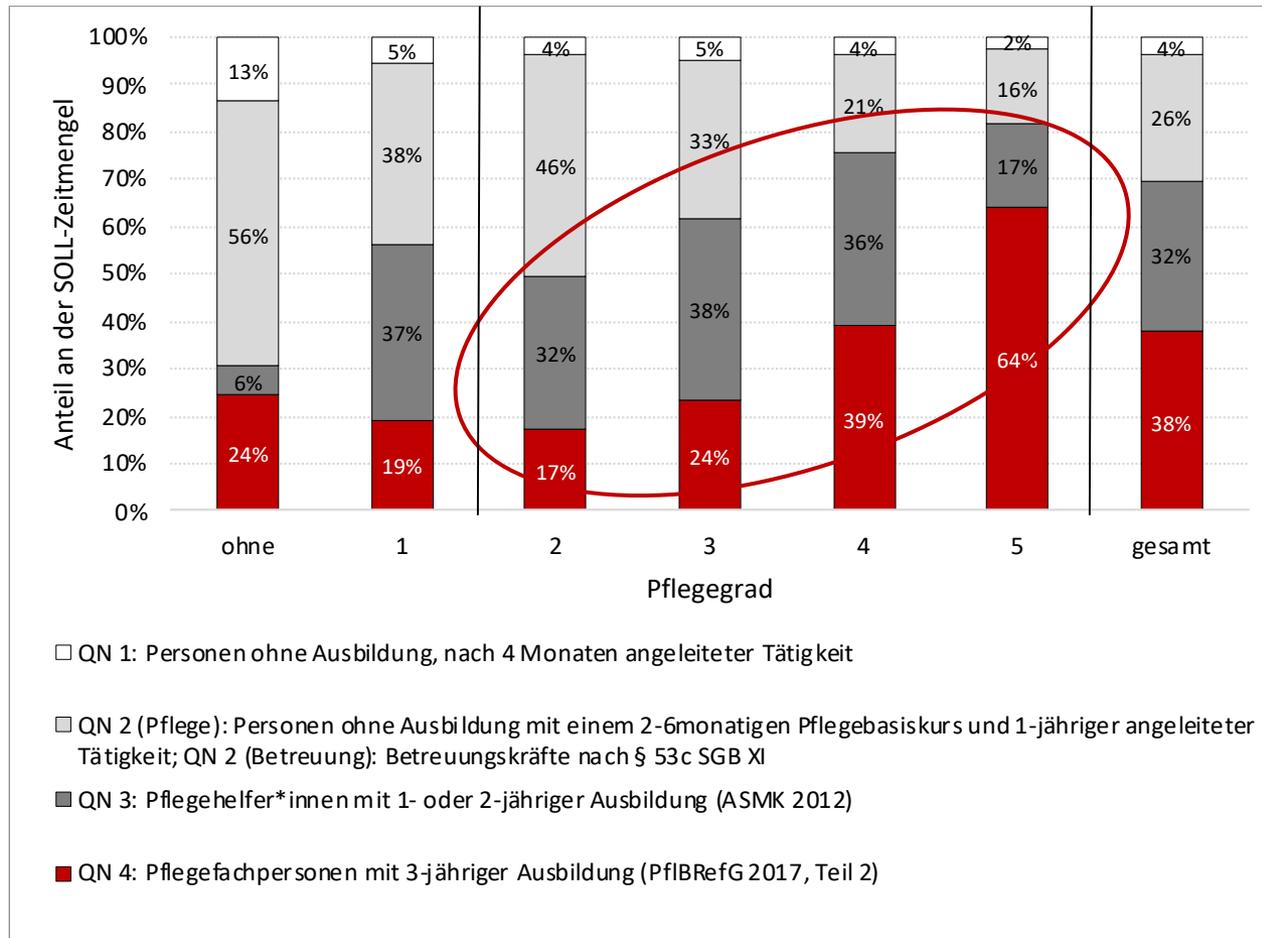
- In den Untersuchungseinrichtungen zeigen sich erhebliche Zusatzzeitbedarfe die mit dem Pflegegrad absolut und relativ zunehmen.
- Die Mehrbedarfe ergeben sich etwa zur Hälfte aus Mengen- und Zeitkomponente.
- Ein qualitativer Mehrbedarf in Bezug auf Teilschritte/ Anforderungen zeigt sich insbesondere bei der Kommunikation und der Durchführung von Schutzmaßnahmen.
- Der quantitative Mehrbedarf ist erheblich und zeigt sich fast ausschließlich bei Assistenzkräften.

Personalmehrbedarf nach Qualifikationsgruppen

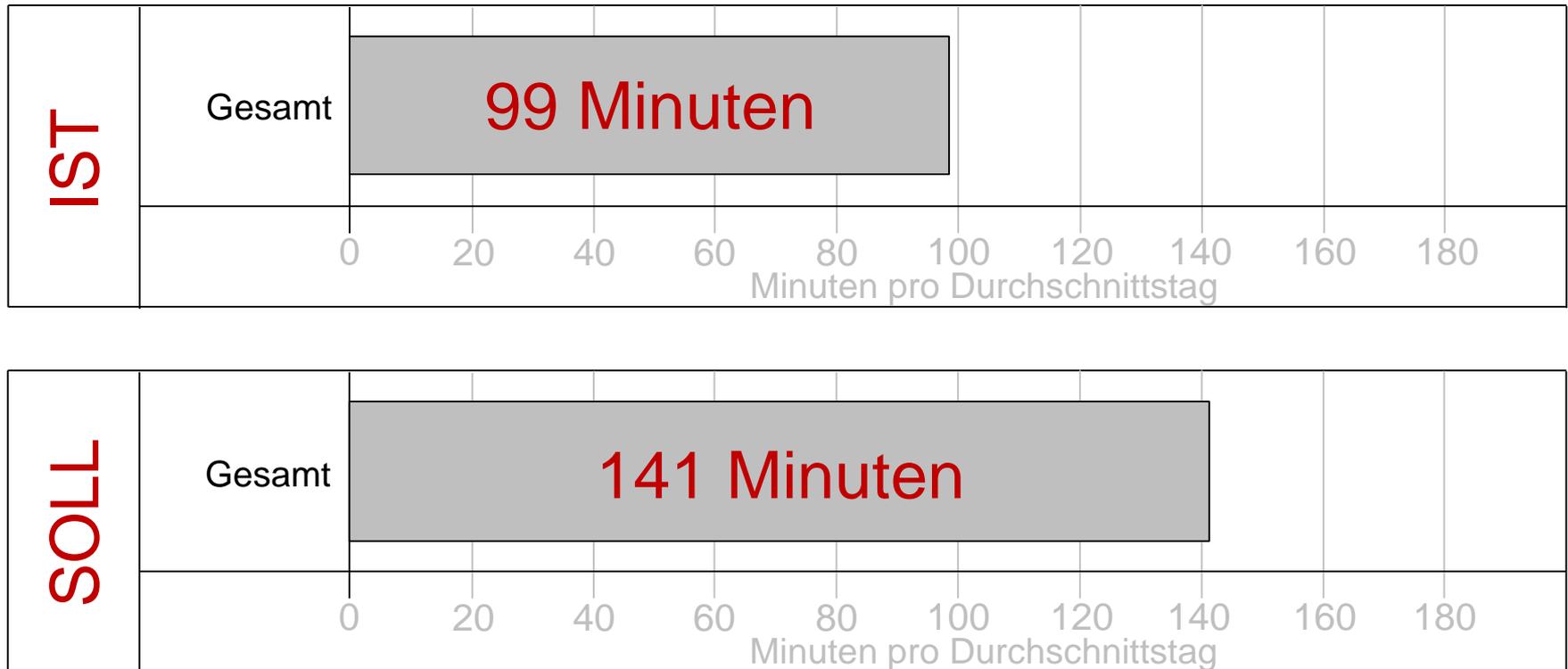


- Die aktuelle einheitliche Fachkraftquote von 50% wird durch *heimindividuelle Qualifikationsstrukturen* abgelöst, die die Bewohnerstruktur berücksichtigen.
- Einrichtungen mit höherem Pflegegradmix benötigen dabei auch einen höheren Fachkräfteanteil.
- Der neuer Algorithmus führt zu *heimindividuellen bedarfsgerechten Qualifikationsmixin* für alle Einrichtungen.
- Für eine bundesdurchschnittliche Einrichtung ergibt sich
 - 38% Fachkraftzeit und
 - 32% Arbeitszeit für ausgebildete Pflegehilfskräfte mit 1- oder 2-jähriger Ausbildung.

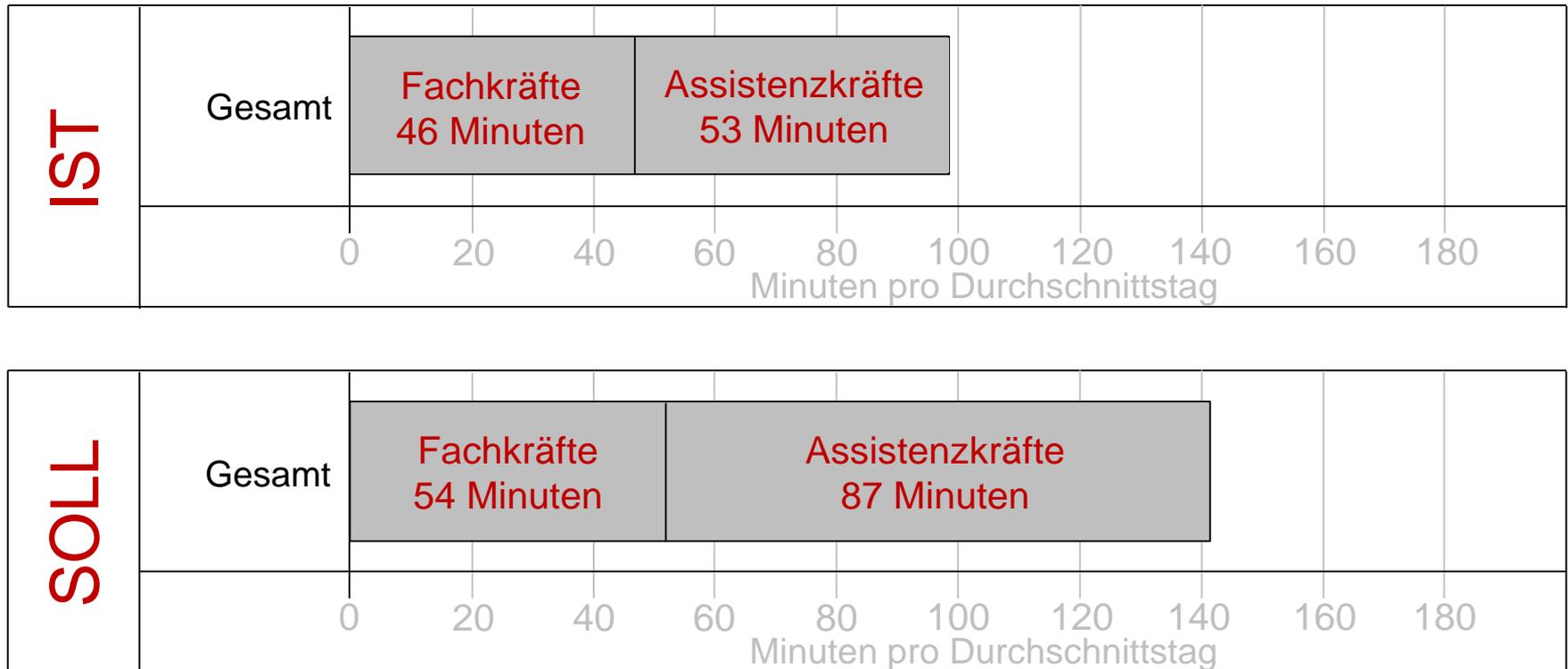
SOLL-Personalmix nach vier Qualifikationsstufen



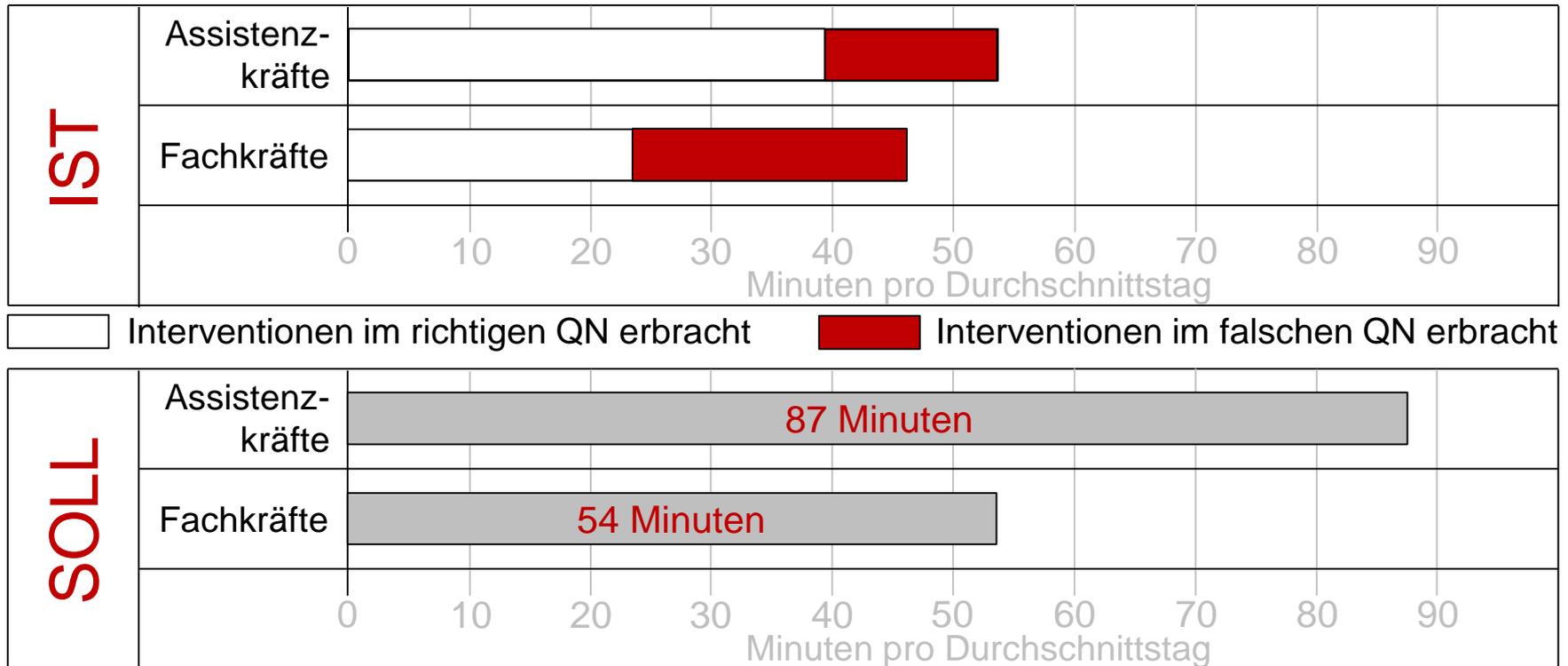
Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



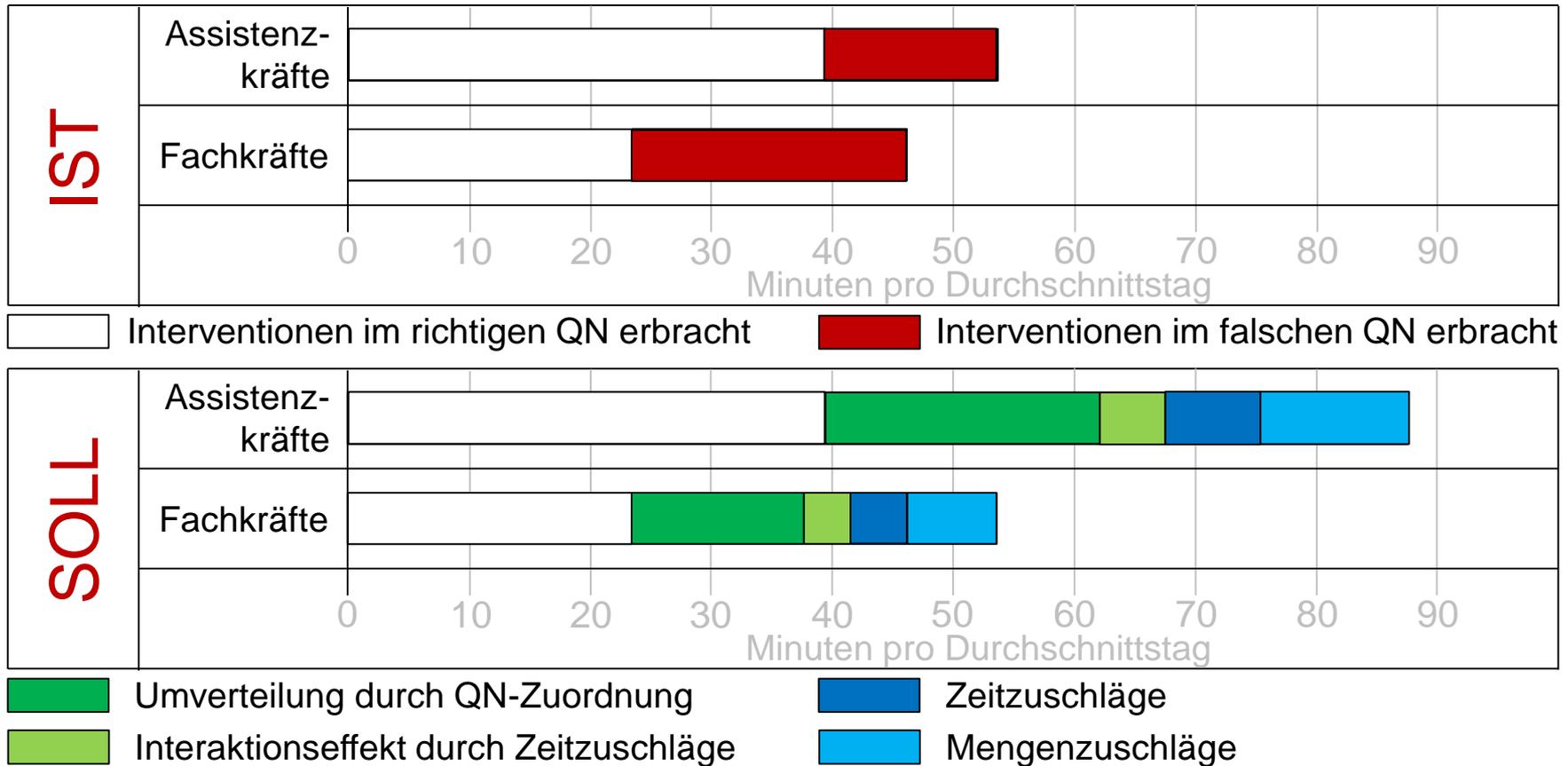
Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



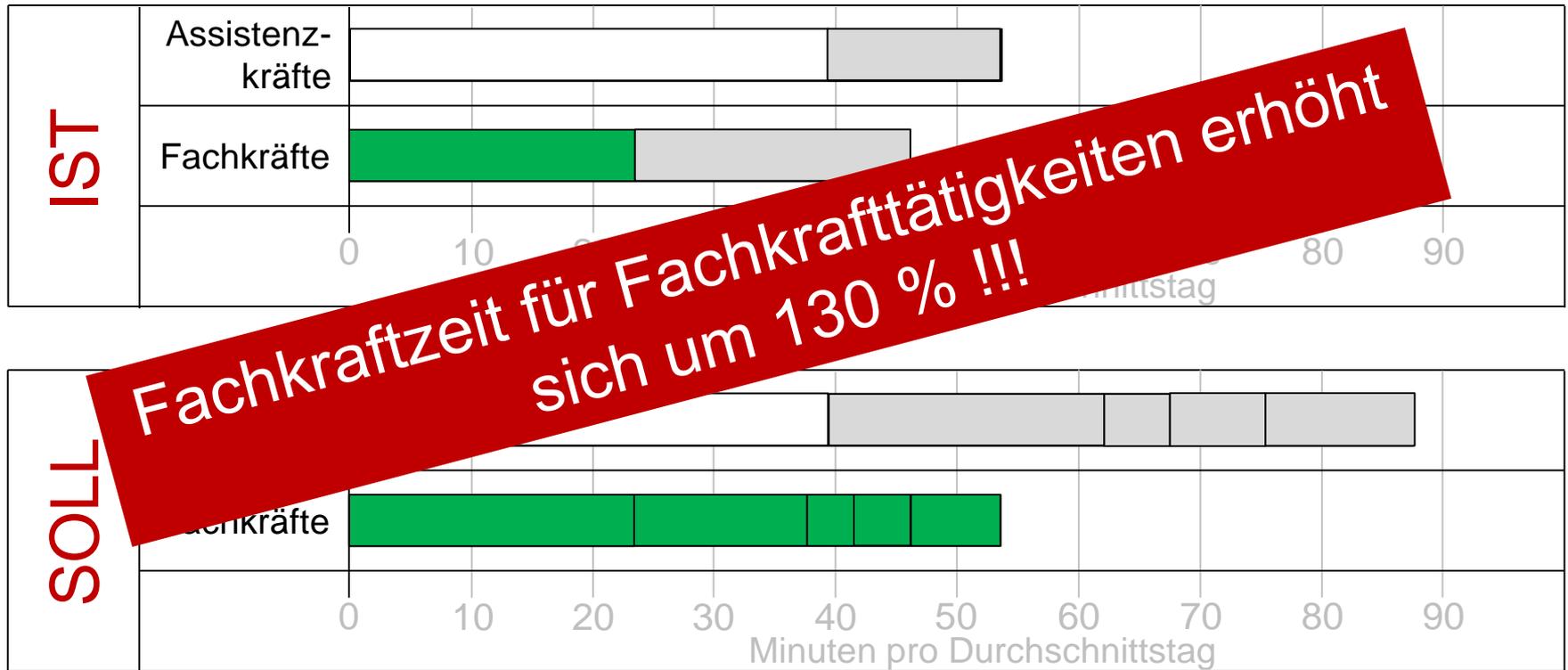
Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus

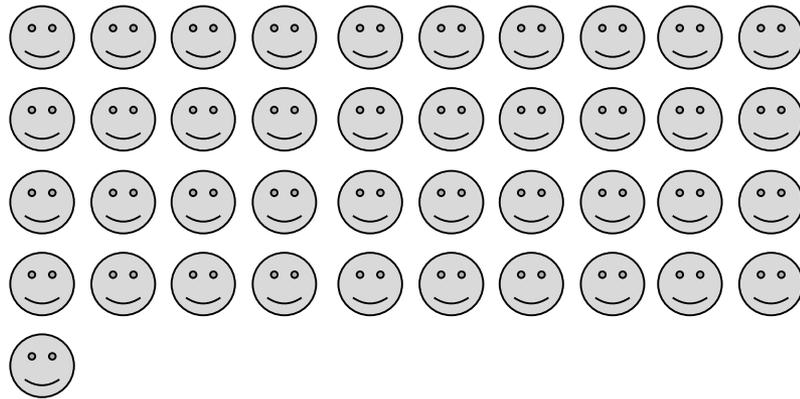


Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



- Für eine durchschnittliche 100 Bewohner Einrichtung:

Aktuell

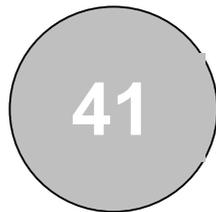
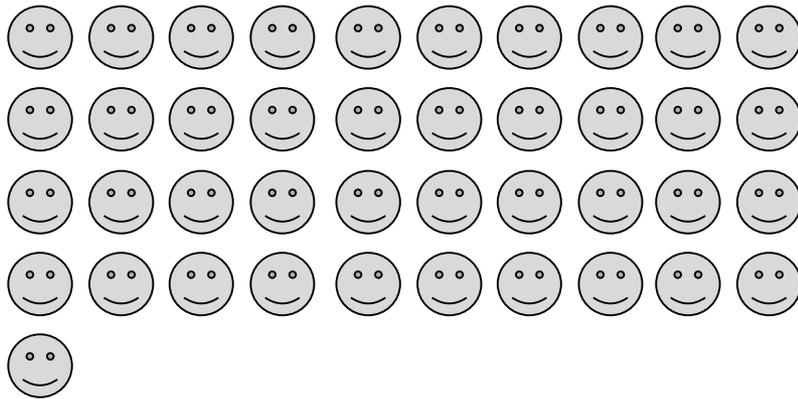


Bei vollständiger
Umsetzung PeBeM

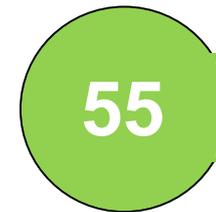
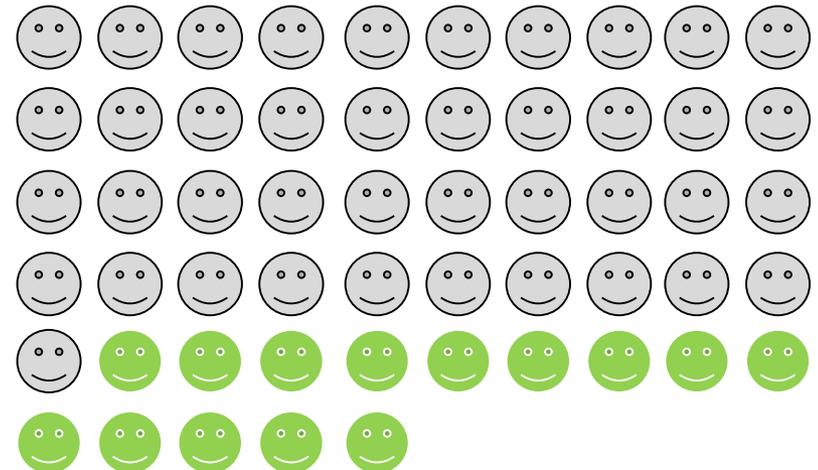
- Inklusiver 13.000 Spahn-Stellen

- Für eine durchschnittliche 100 Bewohner Einrichtung:

Aktuell



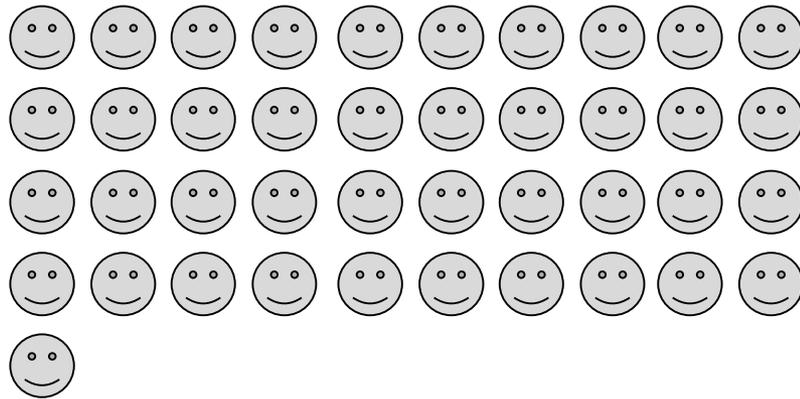
Bei vollständiger Umsetzung PeBeM



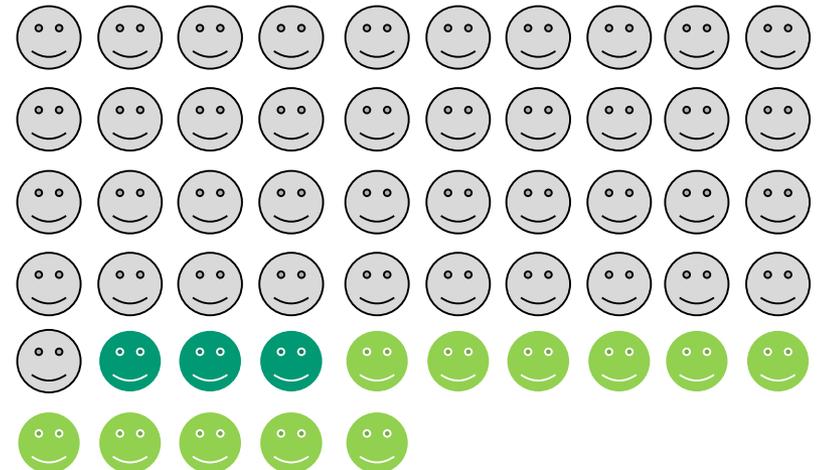
 Personalmehrung

- Für eine durchschnittliche 100 Bewohner Einrichtung:

Aktuell



Bei vollständiger Umsetzung PeBeM



41



Personalmehrung (GPVG)

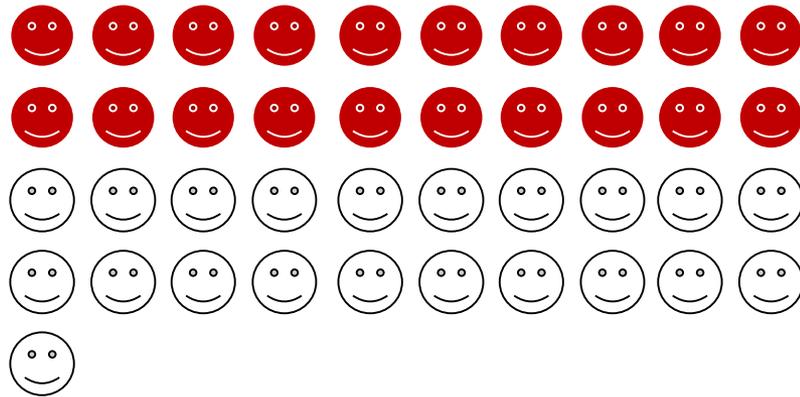


Personalmehrung

55

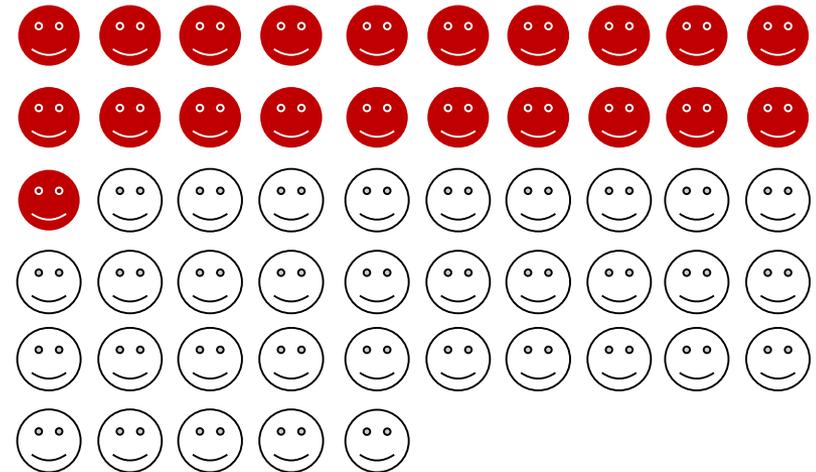
- Pflegefachkraftanteil an den Pflegekräften

Aktuell



~50%

Bei vollständiger Umsetzung PeBeM

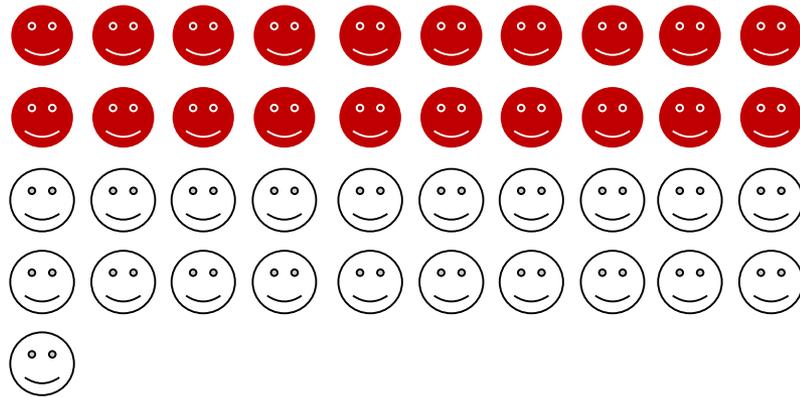


38%

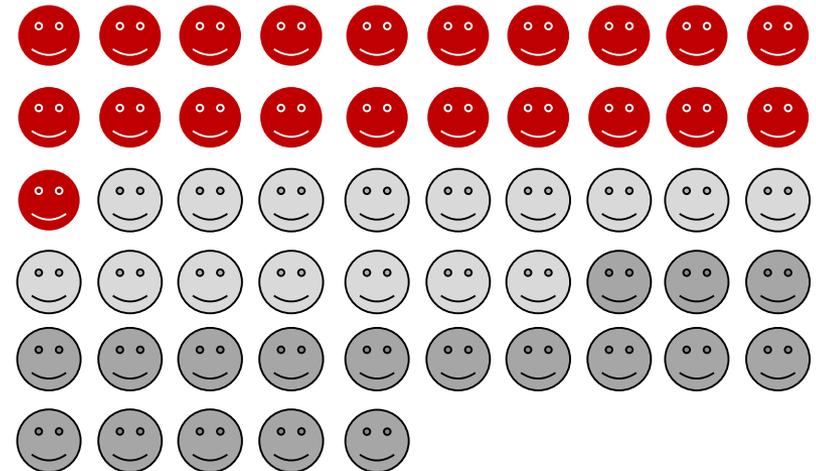
 Pflegefachkräfte

- Care-Mix nach Qualifikationsstufen

Aktuell



Bei vollständiger Umsetzung PeBeM



 Pflegefachkräfte

 Ausgebildete Pflegeassistentenkräfte (QN3)

 Geringer qualifizierte Pflegeassistentenkräfte (QN1&2)

Personalmengensteigerungen allein können nicht sicherstellen, dass zusätzliche Pflegekräfte zu verbesserter Pflege führen. Benötigt wird zudem

➤ Organisationsentwicklung

- Neudefinition der Rolle von Fachkräften: Planung, Anleitung, Beaufsichtigung, Evaluation, Delegation
- Kompetenzorientierte Pflege, statt jeder macht alles

➤ Personalentwicklung und Ausbildung

- Pflegekräfte müssen wieder lernen, ohne Hetze zu arbeiten.
- Fach- und Assistenzkräfte müssen ihre neuen Rollen annehmen.
- Sowohl für Fach- als auch Assistenzkräfte müssen in Menge und Inhalt entsprechende Ausbildungsstrukturen vorhanden sein

A. Personalbemessung in der Langzeitpflege

I. Projektkonzeption und -durchführung

II. Zentrale Ergebnisse

III. Umsetzung

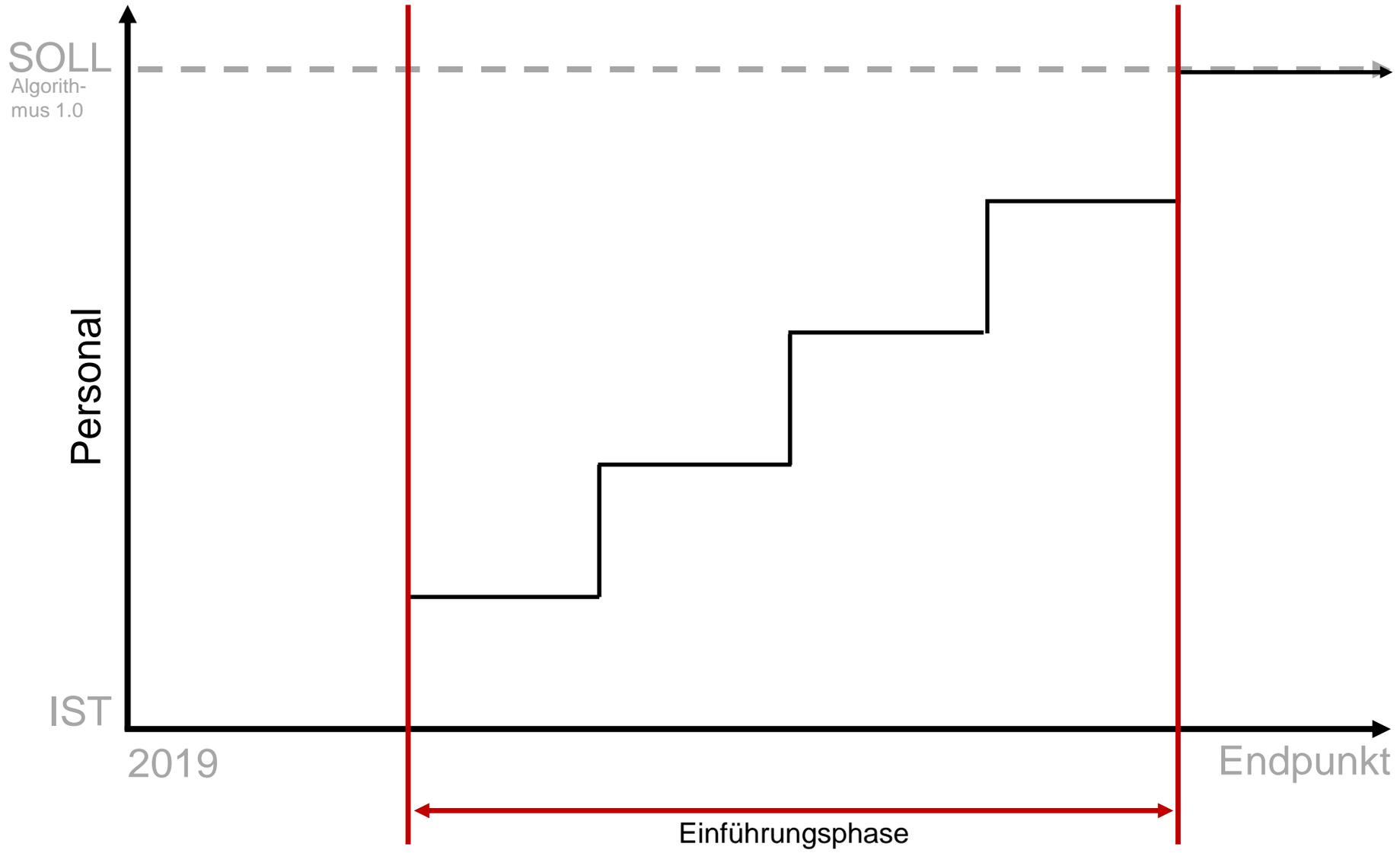
B. Finanzreform

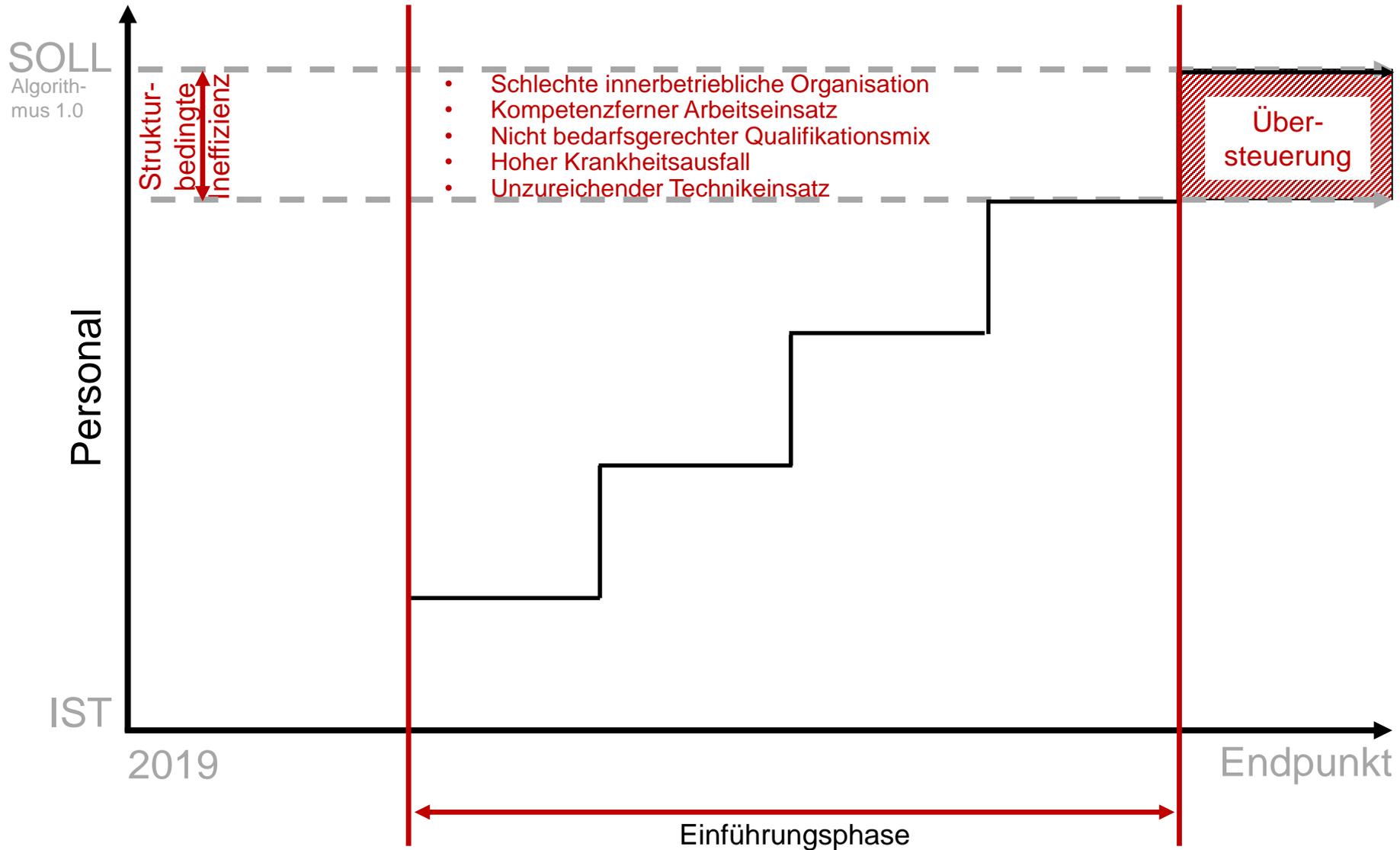
I. Ausgangslage

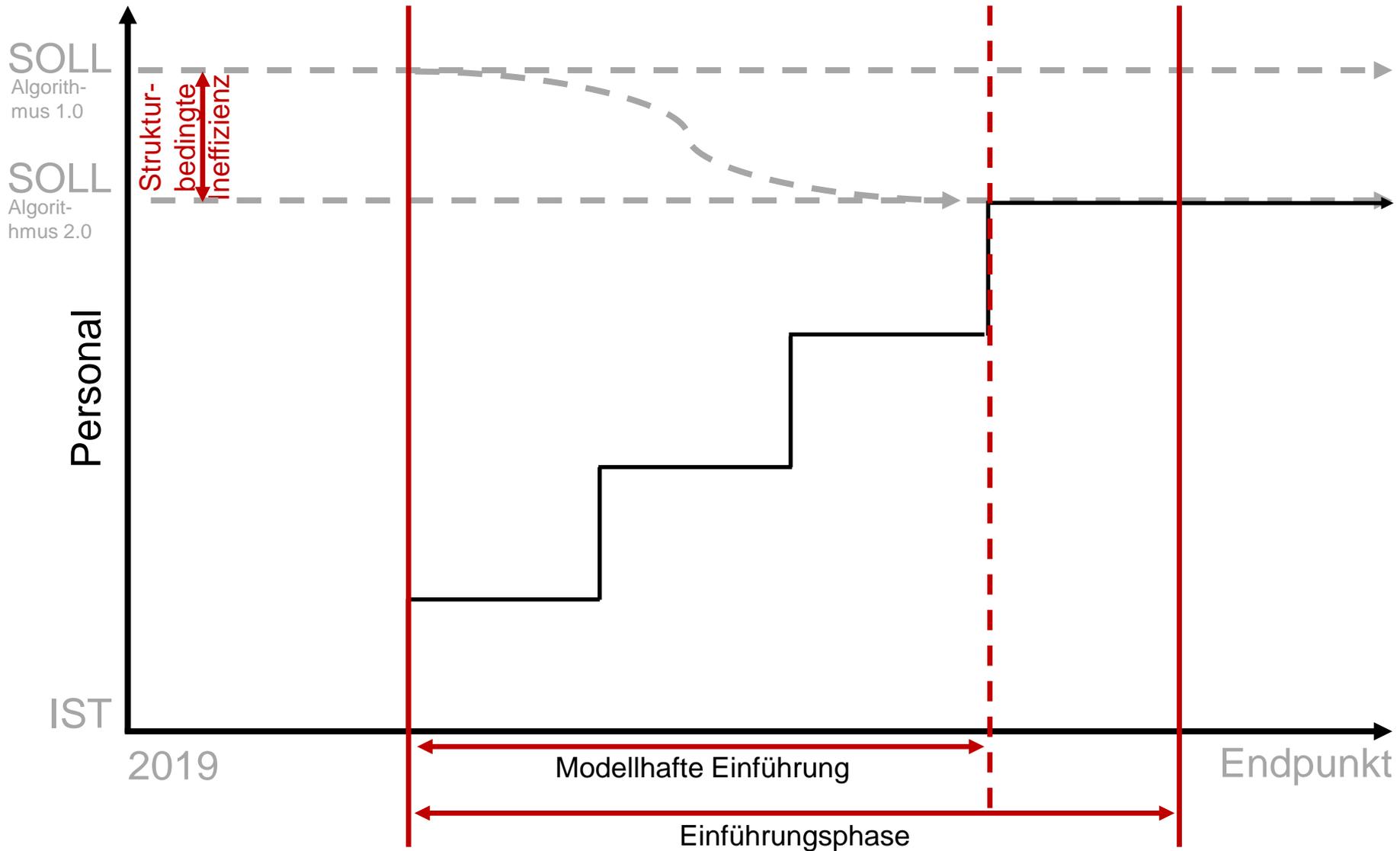
II. Reformvorschlag

C. Fazit

- Personalbemessungsverfahren stellt Einrichtungen vor große Herausforderungen:
 - Personal- und Organisationsentwicklung
 - Rekrutierung von zusätzlichem Personal
- Notwendig ist schrittweise Einführung mit *Konvergenzphase*. Denkbar ist Festlegung eines Zeitplans, der für eine Reihe von Jahren sukzessive Anpassung bis zur Endausbaustufe vorsieht.
- Festlegung der Endausbaustufe schafft Planungssicherheit, schrittweise Einführung verschafft die Zeit, die notwendig ist, Mehrpersonal auszubilden zu rekrutieren, zurückzugewinnen und zu halten.







1. Umsetzungsschritt: Versorgungsverbesserungsgesetz

- Das Versorgungsverbesserungsgesetz sieht eine flächen-deckende Aufstockung der Stellenpläne um bis zu 20.000 Pflegeassistentenkräften vor.
- Diese Pflegepersonalmehrung erfolgt abgestuft nach dem Case-Mix der Einrichtung – höhere Pflegegrade erhalten mehr Zusatzpersonal.
- Die Finanzierung erfolgt über den Ausgleichsfonds und damit ohne Steigerung des Eigenanteils der Heimbewohner
- Die Regelungen sind sinnvoll, weil sie zusätzliche Assistenzkräftestellen schaffen, deren Anzahl nach Pflegegraden staffeln ohne die Bewohner zu belasten

Weitere Umsetzungsschritte: Roadmap-Prozess

- Seit kurzem tagt die Roadmap-Gruppe und will noch in diesem Monat ein Einführungskonzept vorlegen
- Notwendig wäre
 - Ein verbindlicher Zeitplan für die nächsten Schritte als Voraussetzung für eine Steigerung der Attraktivität der Altenpflege
 - Hilfen zur Organisationsentwicklung durch modellhafte Einführung in einigen Einrichtungen und einen Plan zum roll-out
 - Ausbildungsoffensive für Pflegeassistenzkräfte mit 1-2jähriger Ausbildung nach Landesrecht und der Regelung von Aufstiegsmöglichkeiten
- **Ohne verbindliche Gesamtstrategie kann der Einführungsprozess nicht gelingen.**

- Höhere Personalschlüssel führen zu höheren Pflegesätzen. Notwendigen Gehaltssteigerungen für Pflegekräfte verstärken dies.
- Bei gedeckelten Leistungen der Pflegeversicherung tragen die Heimbewohner Ausgabensteigerung zu 100%, **wenn diese für den Pflegesatz wirksam sind**. Diese Eigenanteile sind aber jetzt schon (zu) hoch.
- **Voraussetzung für die Umsetzung der Personalbemessung ist daher eine Finanzreform**

A. Personalbemessung in der Langzeitpflege

- I. Projektkonzeption und -durchführung
- II. Zentrale Ergebnisse
- III. Umsetzung

B. Finanzreform

- I. Reformbedarf
- II. Reformvorschlag

C. Fazit

- Ziel der Pflegeversicherung: Menschen sollen nach durchschnittlichem Erwerbsleben durch Pflegebedürftigkeit nicht zu „Almosenempfänger“ werden.
- Allgemeiner Teil der Gesetzesbegründung:

„Die Pflegeversicherung soll ... bewirken, daß in der überwiegenden Zahl der Pflegebedürftigen nicht mehr auf Sozialhilfe angewiesen ist; wer sein Leben lang gearbeitet und eine durchschnittliche Rente erworben hat, soll wegen der Kosten der Pflegebedürftigkeit nicht zum Sozialamt gehen müssen“

(PflegeVG-E, S. 2).

- 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“

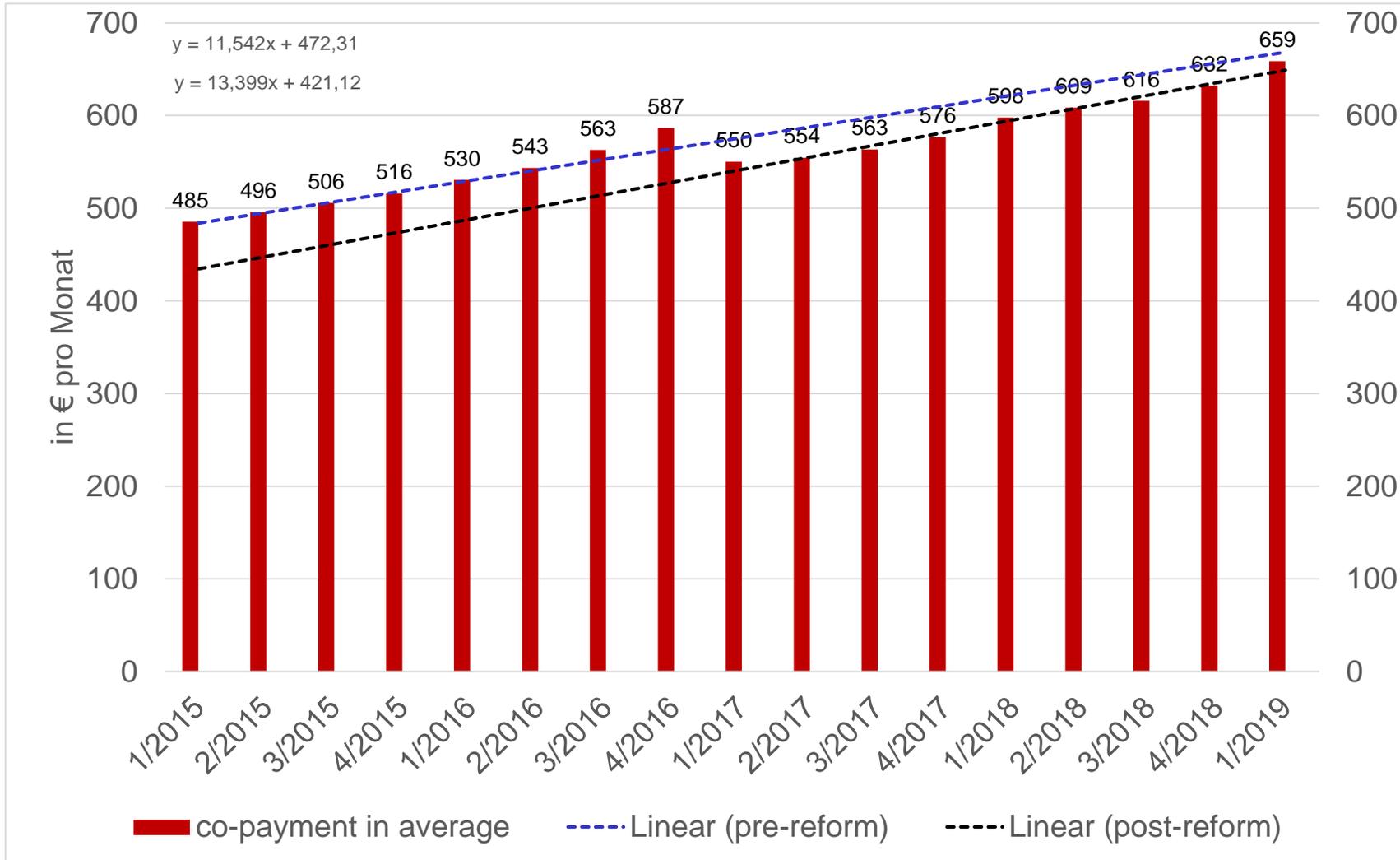
(1. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung (1997: 8f.)

- Ziel bei Einführung der Pflegeversicherung war, dass die Pflegeversicherungsleistungen im Durchschnitt ausreichen, um die Pflegekosten zu finanzieren.
- Dieses Ziel wurde bei Einführung der Pflegeversicherung tatsächlich realisiert.
- Die fehlende/unzureichende Dynamisierung bis 2017 hat zu permanent steigenden Eigenanteilen geführt.

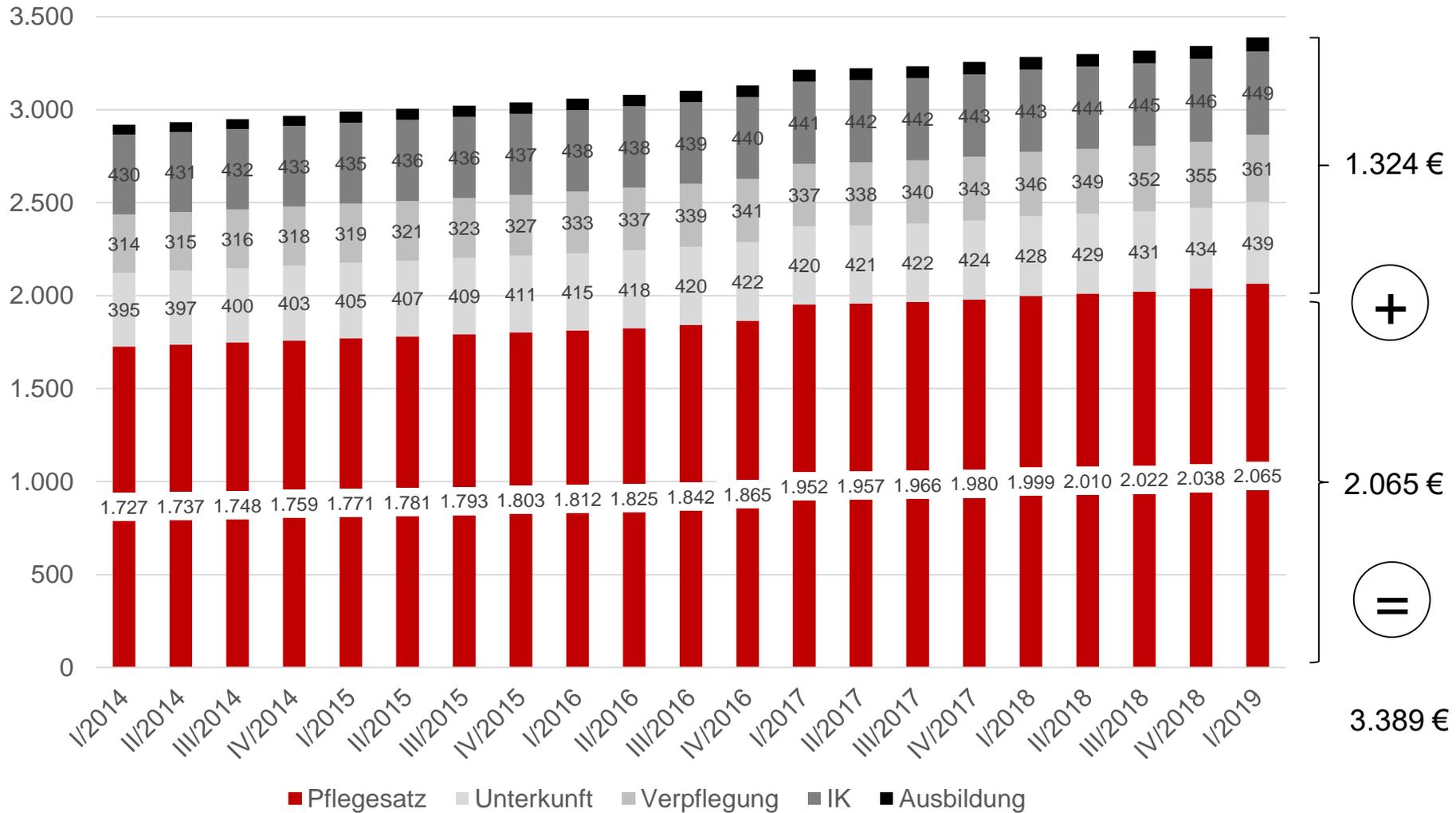
Tabelle 2: Eigenanteil an den pflegebedingten Kosten in vollstationärer Pflege

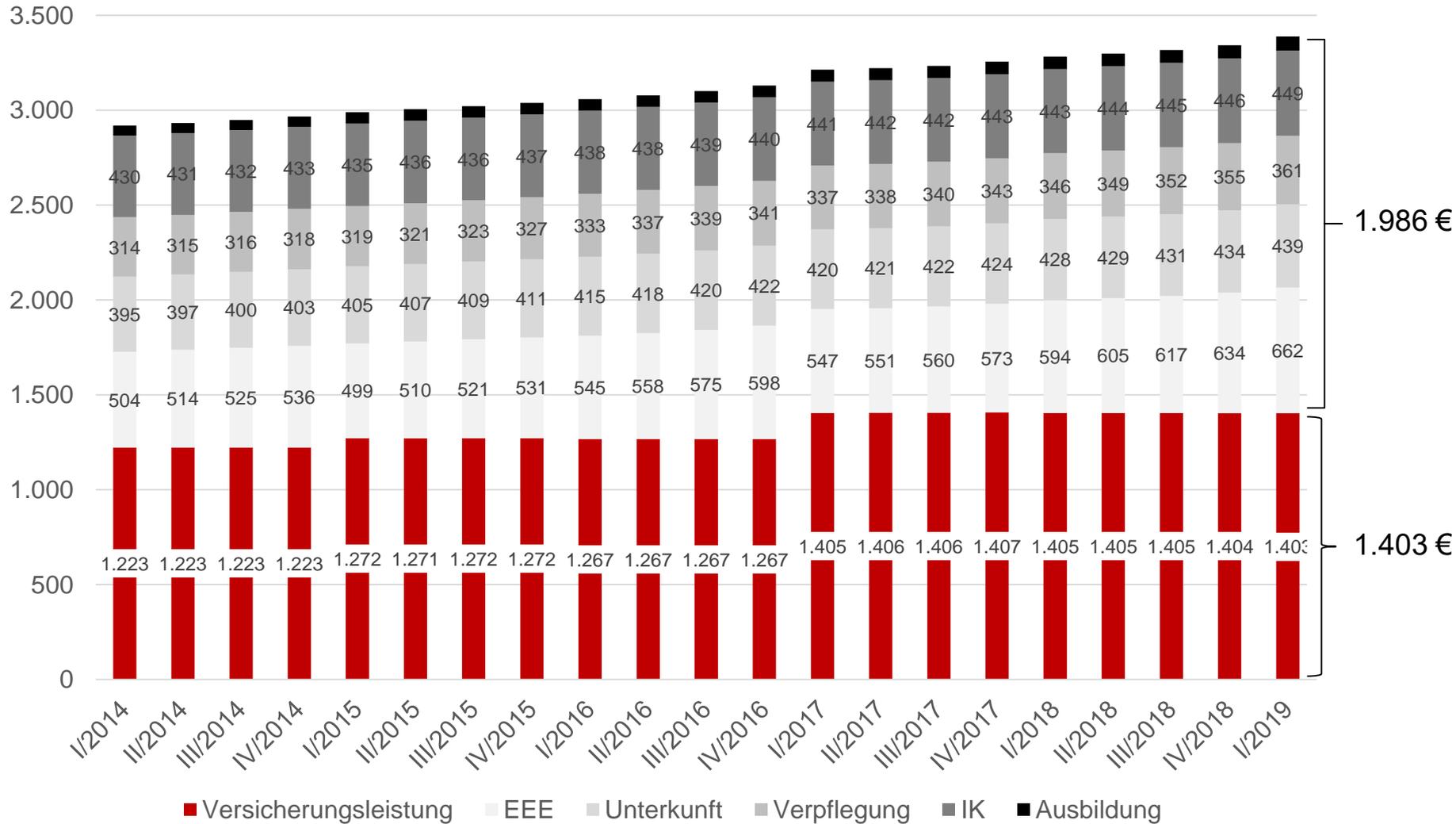
Jahr	Pflegevergütung			Eigenanteil an Pflegevergütung			Belegungsanteile			Durchschnittlicher Eigenanteil
	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe I	Stufe II	Stufe III	
1999	1.156	1.521	1.977	133	242	545	32%	45%	23%	277
2001	1.186	1.582	2.008	163	303	576	33%	45%	22%	316
2003	1.247	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

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.

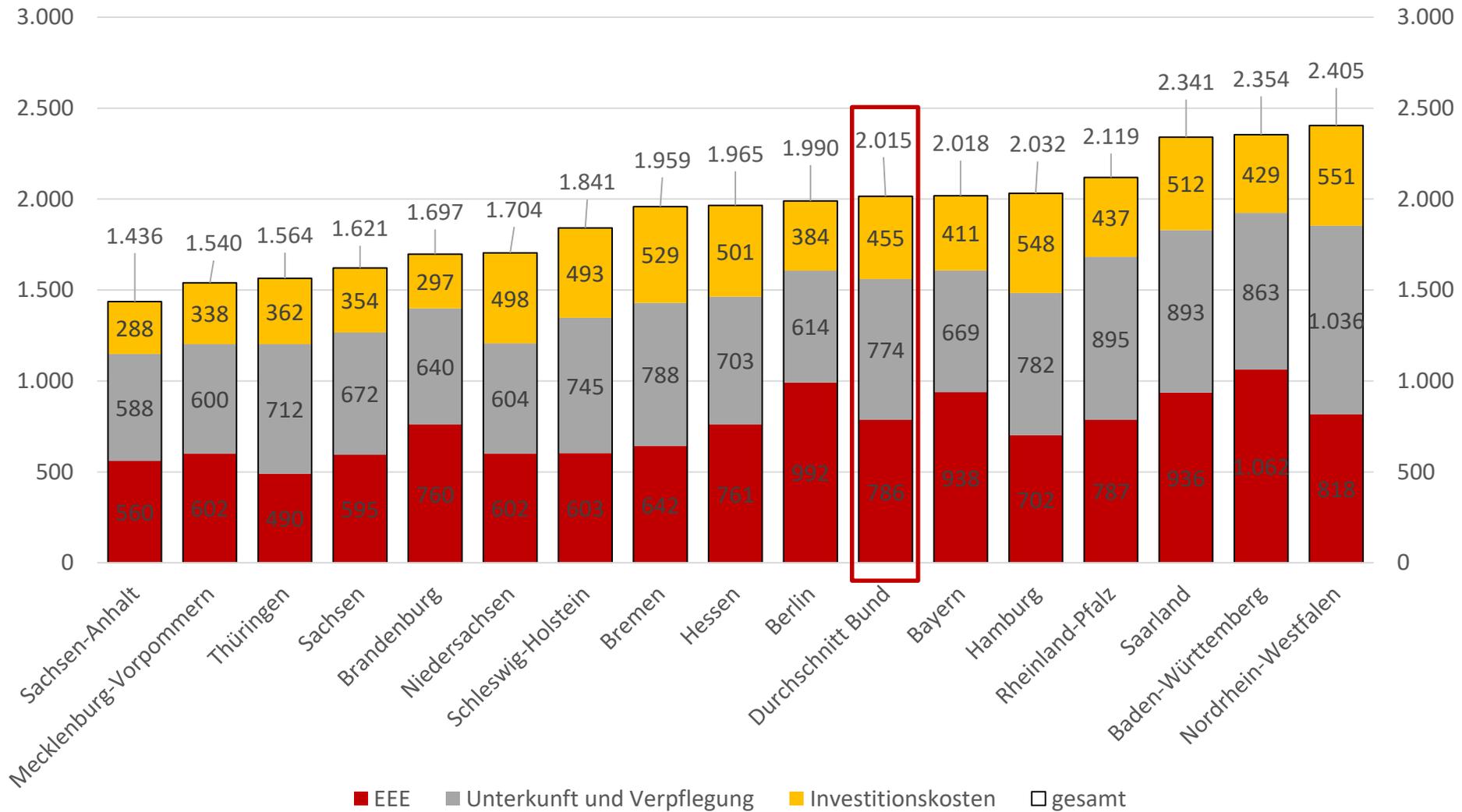


I. Entwicklung der Gesamteigenanteil 2015-2019





Finanzielle Belastung eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in Euro je Monat



- Höhere Personalschlüssel führen zu höheren Pflegesätzen. Notwendigen Gehaltssteigerungen für Pflegekräfte verstärken dies.
 - Bei gedeckelten Leistungen der Pflegeversicherung tragen die Heimbewohner Ausgabensteigerung zu 100%, wenn diese für den Pflegesatz wirksam sind. Diese Eigenanteile sind aber jetzt schon (zu) hoch.
- Um explodierende Eigenanteile bei Personalmehrungen und besserer Bezahlung von Pflegekräften zu verhindern, ist eine **Finanzreform** der Pflegeversicherung unvermeidlich.

A. Personalbemessung in der Langzeitpflege

- I. Projektkonzeption und -durchführung
- II. Zentrale Ergebnisse
- III. Umsetzung

B. Finanzreform

- I. Reformbedarf
- II. Reformvorschlag

C. Fazit

Der Reformvorschlag beinhaltet zwei Schritte

1. Verlagerung der Kosten von den Pflegebedürftigen auf die Pflegeversicherung und Begrenzung der Eigenanteile durch Sockel-Spitze-Tausch
2. Teilverlagerung der Kosten der von den Versicherten der sozialen Pflegeversicherung auf andere
 - Option 1: Steuerfinanzierung
 - Option 2: Bürgerversicherung bzw. Finanzausgleich zwischen SPV und PPV

Das Reformelement „Sockel-Spitze-Tausch“ wurde in zwei Gutachten für die Initiative Pro-Pflegereform ausgearbeitet.

GUTACHTEN
Zusammenfassung

«Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung –

Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur»

von
Prof. Dr. Heinz Rothgang
Dipl.-Gerontologe Thomas Kalwitzki

#NeustartPflege: bedarfsgerecht,
ortsunabhängig, bezahlbar

2. GUTACHTEN
Zusammenfassung AAPV II

«Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung»

von
Prof. Dr. Heinz Rothgang
Dipl.-Gerontologe Thomas Kalwitzki
Janet Cordes, M. A.

#NeustartPflege: bedarfsgerecht,
ortsunabhängig, bezahlbar

2. GUTACHTEN
(AAPV II)

«Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung»

von
Prof. Dr. Heinz Rothgang
Dipl.-Gerontologe Thomas Kalwitzki
Janet Cordes, M. A.



Auftraggeber: Initiative Pro-Pflegereform
www.pro-pflegereform.de



Auftraggeber: Initiative Pro-Pflegereform
www.pro-pflegereform.de

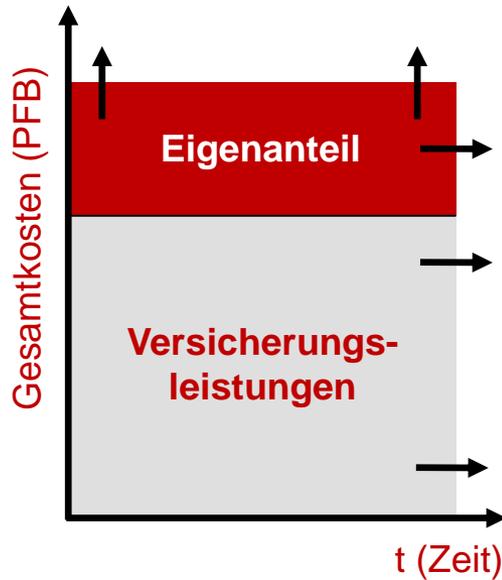


Auftraggeber: Initiative Pro-Pflegereform
www.pro-pflegereform.de

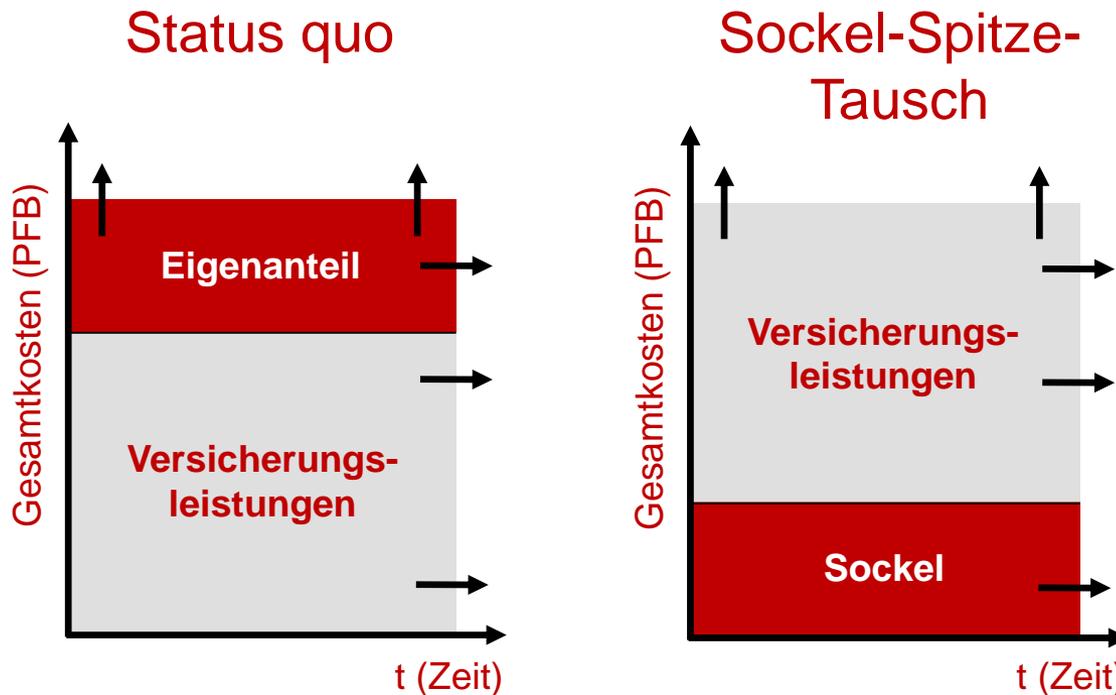
https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Gutachten/2._Gutachten_AAPV_-_Langfassung.pdf

- Die aktuellen Regelungen der Pflegeversicherung beinhalten für die Pflegebedürftigen ein Kostenrisiko in zwei Dimensionen: **Höhe** der Eigenanteile und **Dauer** der Eigenanteilszahlung

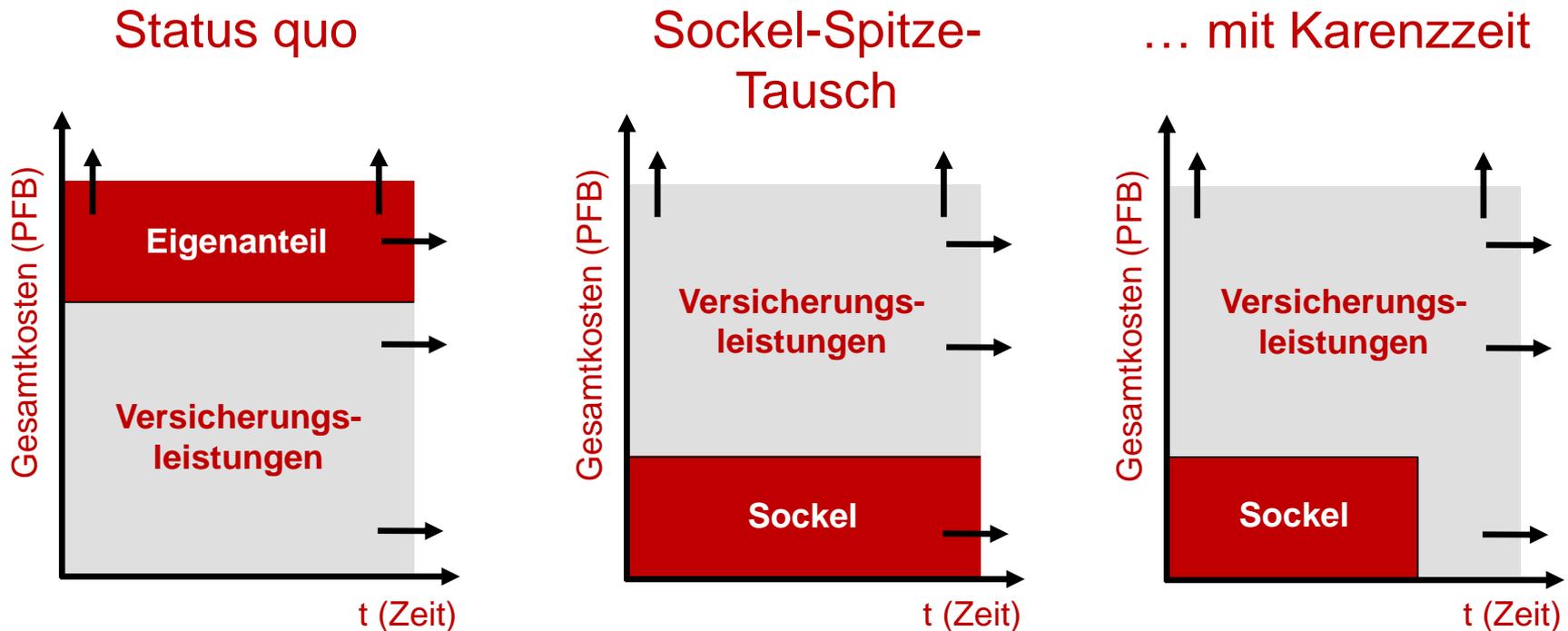
Status quo



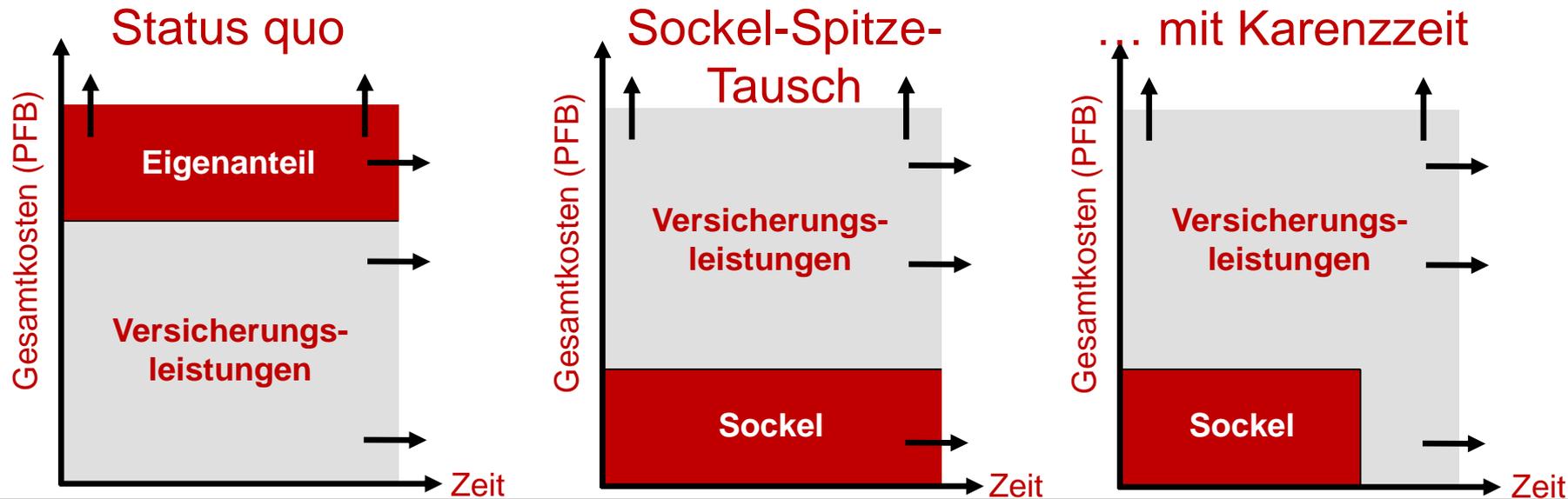
- Der Austausch von Finanzierungssockel und -spitze verlagert das Risiko hoher *periodischen* Kosten auf die Pflegeversicherung.



- Der zeitliche Begrenzung der Sockelzahlung verlagert das Risiko hoher *Lebenszeitkosten* auf die Pflegeversicherung.



- Eine Leistungsanpassung greift zu kurz, da sich Eigenanteile derzeit sprunghaft und unterschiedlich entwickeln.
- Der Sockel-Spitze-Tausch schafft dagegen dauerhaft Sicherheit durch Umwandlung der Pflegeversicherung in eine bedarfsorientierte Versicherung.



- Der Sockel-Spitze-Tausch kann sektoral durchgeführt werden – aber nur solange Sektoren existieren.
- Die Höhe des Sockels kann politisch gesetzt werden. Denkbar sind Werte zwischen:
 - Sockel null → Vollversicherung
 - Sockel in Höhe der derzeitigen durchschnittlichen Eigenanteile
- Bei *sektorübergreifender Umsetzung* ist eine individuelle Bedarfzumessung zur Vermeidung von Moral Hazard notwendig. Das Pflegegeld sollte dann so bemessen werden, dass Pflegegeldempfängern kein Nachteil entsteht.

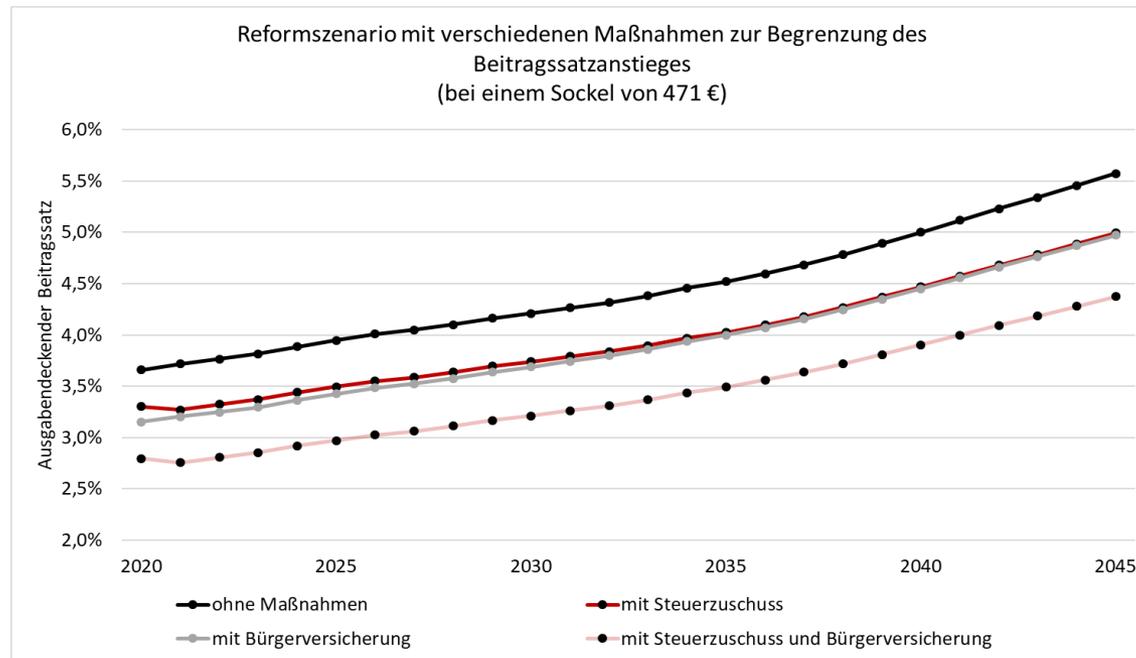
- Die Ergebnisse der Modellrechnungen zeigen, dass in den nächsten 25 Jahren deutliche Ausgabensteigerungen erfolgen werden.
- Diese sind jedoch wesentlich durch die demographische Entwicklung und die Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege getrieben.

	Status quo		Referenz		Reform	
	2020	2045	2020	2045	2020	2045
Ausgabendeckender Beitragssatz	3,1	4,5	3,1	4,5	3,7	5,6
Eigenanteil	662	662	1.530	1.964	471	471

- Der reine Beitragssatzeffekt der Reform beträgt 0,6 Prozentpunkte im Jahr 2020 und 1,1 Prozentpunkte im Jahr 2045.

- Regelgebundene Steuerzuschüsse:
 - Steuerzuschüsse können gerechtfertigt werden, da Pflege eine „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ ist (§ 8 SGB XI).
 - Um der Gefahr einer „Zahlung nach Kassenlage“ zu begegnen, sollten die Zuschüsse regelgebunden sein.
- Finanzausgleich zwischen SPV und PPV bzw. Integration von SPV und PPV zu einer Bürgerversicherung
 - BVerfG fordert „ausgewogene Lastenverteilung“. Tatsächlich: Risikoselektion im Verhältnis 4 zu 1.
 - Finanzausgleich ist gut rechtfertigbar und war schon einmal im Koalitionsvertrag 2005 vereinbart.
 - Bürgerversicherung geht über Finanzausgleich hinaus und umfasst auch Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und Verbeitragung aller Einkommensarten.

- Insgesamt kann die Beitragssatzentwicklung durch Steuerzuschuss und Bürgerversicherung soweit begrenzt werden, dass der Beitragssatz 2045 sogar knapp niedriger ist als im Referenzszenario.



- In seinem Vorschlag vom 4.10.2020 schlägt Jens Spahn vor
 - den Eigenanteil bundesweit auf 700 Euro zu deckeln und
 - diese Zahlungen auf maximal 36 Monate zu begrenzen.
- Das entspricht einem Sockel-Spitze-Tausch mit einem Sockel von 700 Euro und einer Karenzzeit von 36 Monaten.
- Der Vorschlag ist innerparteilich nicht unumstritten, wohl aber mit einigen Landesverbänden (insbesondere NRW) abgestimmt.
- Setzt sich Spahn damit durch, würde der Sockel-Spitze-Tausch von einer ganz großen Koalition unterstützt und hätte große Umsetzungschancen.

- Der Vorschlag impliziert einen Systemwechsel und stellt das Sozialversicherungssystem vom Kopf auf die Füße.
- Der Vorschlag eröffnet insbesondere die Möglichkeit, mehr und besser bezahltes Personal einzusetzen, ohne dass dies die Heimbewohner belastet.
- Von der Karenzzeit von 36 Monaten würden rund 40% der Heimbewohner profitieren.
- Der Sockel ist mit 700 Euro recht hoch, ein niedrigerer Wert wünschenswert. Dennoch profitiert bereits jetzt die Mehrheit der Heimbewohner, und in 1-2 Jahren sind es praktisch alle.

- Weiteres Potential ergibt sich durch genauere Abgrenzung von Pflegekosten und Kosten für Unterkunft und Verpflegung.
- Eine weiterer Reduktion der individuellen Belastungen ergäbe sich, wenn die Länder ihrer Verpflichtung zur Investitionskostenförderung nachkämen.
- Als Sekundärreform wird eine Steuerfinanzierung vorgeschlagen, der Finanzausgleich zur privaten Pflegepflichtversicherung bzw. eine Bürgerversicherung wären zu diskutieren.

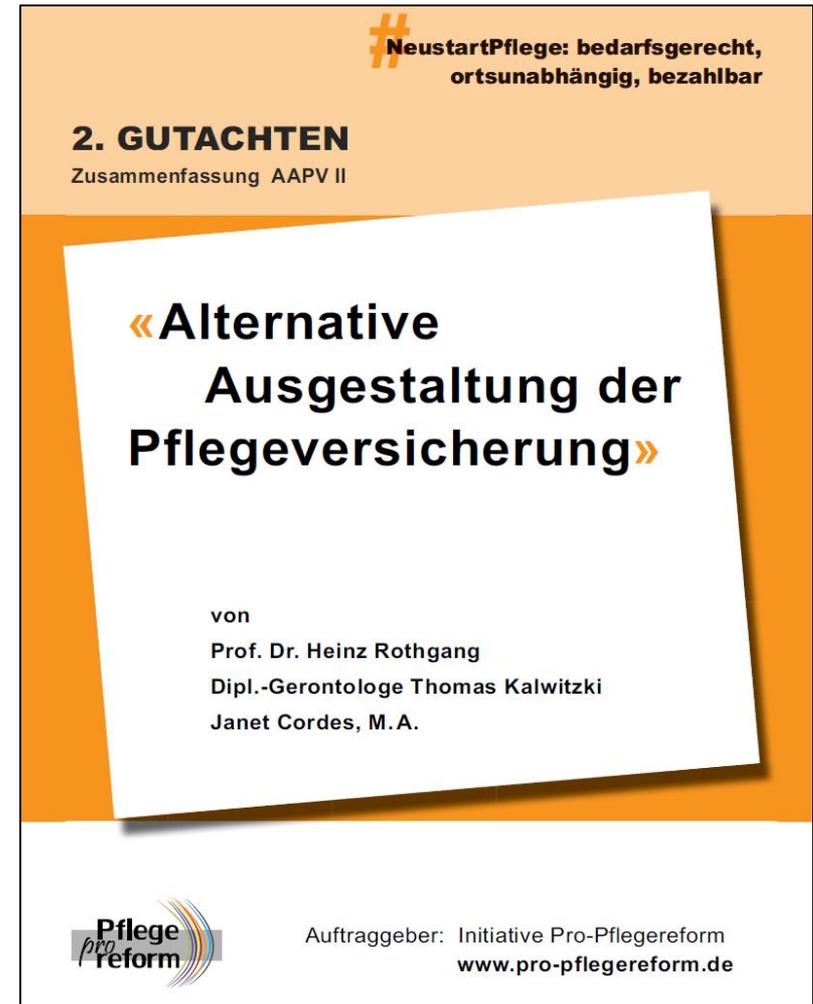
- Wünschenswertes weiteres Element einer Systemreform: Aufhebung der Sektorentrennung.
- Voraussetzungen und Konsequenzen
 - Notwendigkeit einer individuellen Bedarfsmessung und Einführung eines obligatorischen Case Managements
 - aktivere Rolle der pflegepolitischen Akteure, insb. Kassen und MD
 - Neues Geschäftsmodell für private Anbieter, da Marktpositionen nicht mehr über niedrige Preise erreicht wird

- Die aktuelle sektorale Gliederung behindert innovative Versorgungskonzepte und schafft Anreize für Modelle, die ausschließlich der Gewinnmaximierung dienen.
- Eine Schärfung der Sektorengrenzen kann letzteres wohlmöglich verhindern, unterbindet damit dann aber auch Innovationen.
- Eine sektorenfreie Versorgung ist voraussetzungsvoll. Eine Modularisierung der Leistungen und deren Verpreisung ist aber möglich – erfordert aber entsprechende Anstrengungen aller Akteure.

Ein entsprechendes Reformmodell wurde im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform ausgearbeitet,

... kann an dieser Stelle nicht weiter vorgestellt werden,

... ist aber nachlesbar.



<https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Gutachten/2. Gutachten AAPV - Langfassung.pdf>

- Mit dem Abschlussbericht liegt ein wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsverfahren vor, das jetzt umgesetzt werden kann.
- In der KAP wurde die zügige Einführung in geeigneten Schritten beschlossen. Der erste Schritt ist mit dem Versorgungsverbesserungsgesetz getan, weitere werden folgen.
- Notwendig ist eine Gesamtkonzeption einschließlich festgelegter Stufen und Einführungshilfen für die Heime.
- Mittel- und langfristig können Personalkosten nicht am Pflegesatz vorbei finanziert werden. Notwendig ist daher auch eine Finanzreform der Pflegeversicherung.
- Der jüngste Vorschlag des Gesundheitsministers dazu ist zielführend und unbedingt zu begrüßen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Ich freue mich auf ihre Fragen.