

Wie (un)attraktiv ist der Pflegeberuf?

Vortrag im Rahmen des Gesundheitspolitisches Kolloquiums
„Wie geht es weiter mit der Pflege?“

am 16.10.2018 in Bremen

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

Inhalt

- I. Ausgangspunkt: Pflegenotstand heute und morgen
- II. Warum ist die Pflege unattraktiv?
- III. Wie unattraktiv ist die Pflege?
- IV. Aktuelle Reformansätze
- V. Fazit

I. Ausgangspunkt: Pflegenotstand heute und morgen

1. Aktuelle Arbeitsmarktsituation
2. Projektionen für die Langzeitpflege
3. Schlussfolgerung

II. Warum ist die Pflege unattraktiv?

III. Wie unattraktiv ist die Pflege?

IV. Aktuelle Reformansätze

V. Fazit

I.1 Ausgangspunkt: Pflegenotstand

- Bereits heute herrscht Pflegenotstand.
 - Im Jahresdurchschnitt 2017:
 - 12 Tsd. offene Stellen im Krankenhaus
 - 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



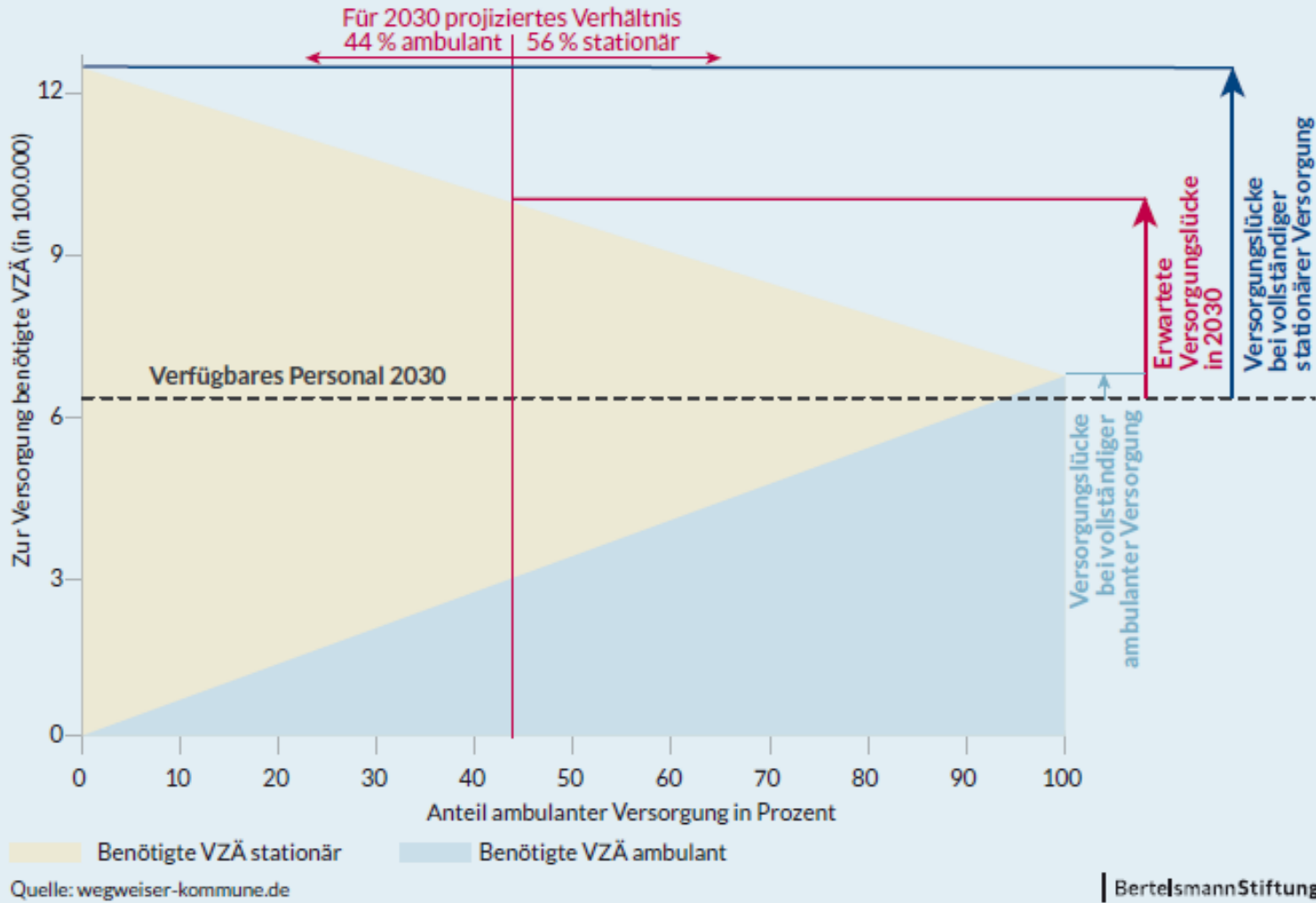
Datenquelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

I.2 Ausgangspunkt: 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 Ausgangspunkt: 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, das aufrecht zu erhalten aufgrund von
 - 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
- Pflege muss attraktiver werden

Inhalt

I. Ausgangspunkt: Pflegenotstand heute und morgen

II. Warum ist die Pflege unattraktiv?

1. Spezifika des Pflegeberufs
2. Arbeitsbedingungen
3. Regionale Unterschiede in der Personalausstattung
4. Entlohnung

III. Wie unattraktiv ist die Pflege?

IV. Aktuelle Reformansätze

V. Fazit

II.1 Besonderheiten der Pflege

- Pflege ist gekennzeichnet durch hohes Maß an Interaktionsarbeit, insbesondere Emotionsarbeit
 - Ethos fürsorglicher Praxis (Kumbruck & Senghaas-Knobloch)
 - In Heimpflege: lange Beziehungsverhältnisse
- Insbesondere in der stationären Pflege besteht zudem ein deutlich längeres **Beziehungsverhältnis** als z.B. in der ambulanten Pflege. Die Menschen leben in der Einrichtung und das z.T. über einen Zeitraum von Jahren. Es geht daher um die Gestaltung des Lebens der Bewohner*innen, was sich z.B. zur Krankenpflege unterscheidet (vgl. PeBeM-Bericht 2017)

II.1 Besonderheiten der Pflege

- Pflege ist gekennzeichnet durch „Ethos fürsorglicher Praxis“ (Kumbruck & Senghaas-Knobloch) und hohes Maß an Interaktionsarbeit:
 - Kooperationsarbeit
 - Gefühlsarbeit
 - Subjektivierendes Arbeitshandeln
 - Emotionsarbeit
- Insbesondere Emotionsarbeit führt zu hohen psychischen Belastungen und einem hohen psychischen Gefährdungspotential für Pflegende. (BAuA 2016)
- „Die vorliegenden Ergebnisse könnten somit eine überdurchschnittliche Zunahme der Belastungen in der Altenpflege abbilden, die ggf. bedingt ist durch die schwierige Personalsituation und die Beschleunigung der Arbeit.“ (Wirth et al. 2017)

II.2 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.

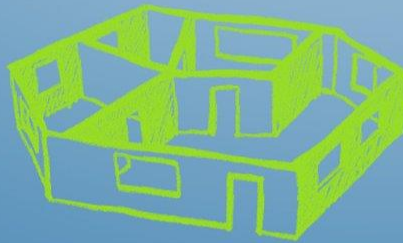
II.2 Beispiel: Ver.di Untersuchung zu Krankenhauspflege

NACHTDIENST-CHECK: DIE STICHPROBE



238
KRANKENHÄUSER

WURDEN BESUCHT. DAVON
71,0 % ÖFFENTLICHE,
21,0 % PRIVATE, 8,0 % FREI-
GEMEINNÜTZIGE UND KIRCHLICHE.



3.791
STATIONEN/BEREICHE

WURDEN BESUCHT.



88.166
PATIENT/INNEN

WURDEN AUF
DIESEN STATIONEN
VERSORGT.

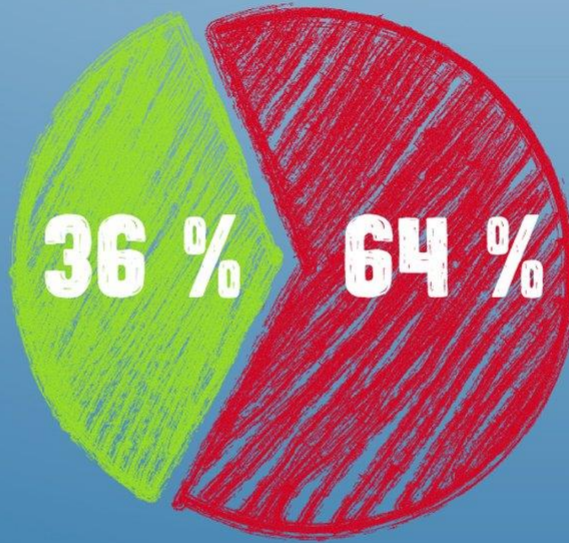
www.nachtdienstreport.verdi.de

II.2 Beispiel: Ver.di Untersuchung zu Krankenhauspflege

UNTERBESETZT: PFLEGEFACHKRÄFTE IM KRANKENHAUS



**NACHTS MINDESTENS
ZU ZWEIT**

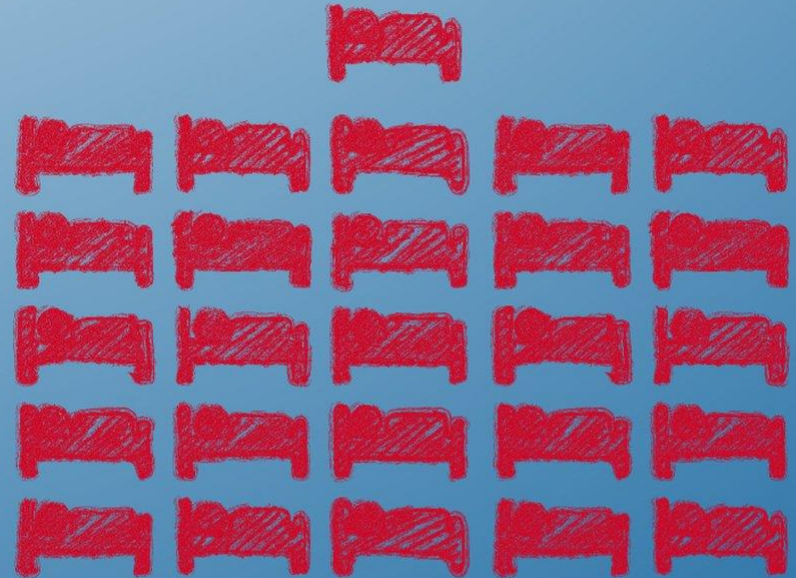


**NACHTS ALLEIN
AUF STATION**

www.nachtdienstreport.verdi.de

II.2 Beispiel: Ver.di Untersuchung zu Krankenhauspflege

PFLEGE: ÜBERLASTUNG IM KRANKENHAUS



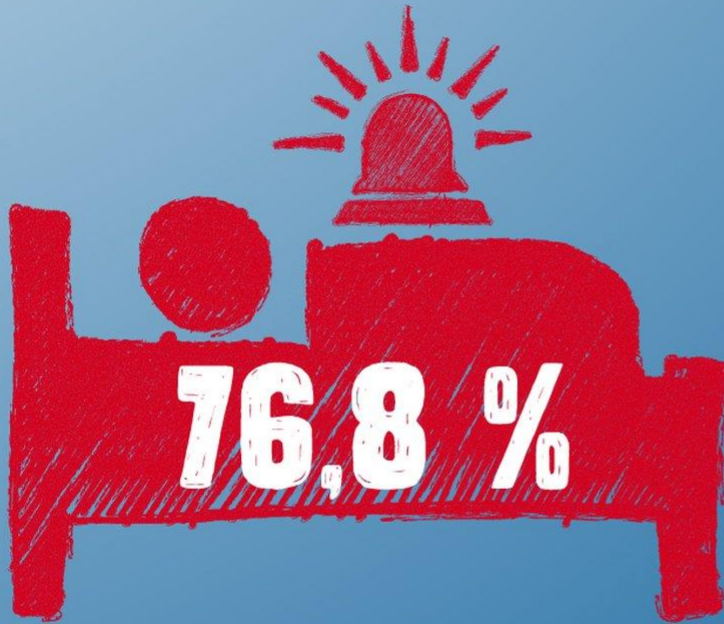
**EINE ALLEIN IN DER NACHT
ARBEITENDE PFLEGEFACHKRAFT**

**BETREUT DURCHSCHNITTLLICH
26 PATIENT/INNEN**

www.nachtdienstreport.verdi.de

II.2 Beispiel: Ver.di Untersuchung zu Krankenhauspflege

PERSONALNOT: GEFAHR FÜR PATIENT/INNEN



76,8 % DER PFLEGER/INNEN KONNTEN IN IHRER LETZTEN NACHTSCHICHT ERFORDERLICHE LEISTUNGEN NICHT ERBRINGEN, WEIL ZU WENIG PERSONAL DA WAR.

www.nachtdienstreport.verdi.de

II.2 Beispiel: Ver.di Untersuchung zu Krankenhauspflege

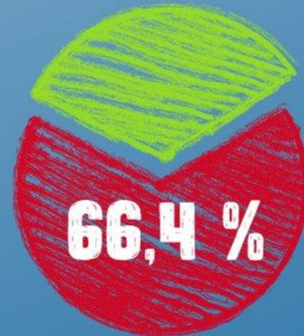
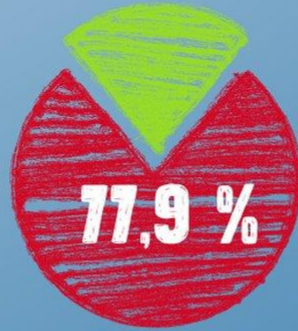


II.2 Beispiel: Ver.di Untersuchung zu Krankenhauspflege

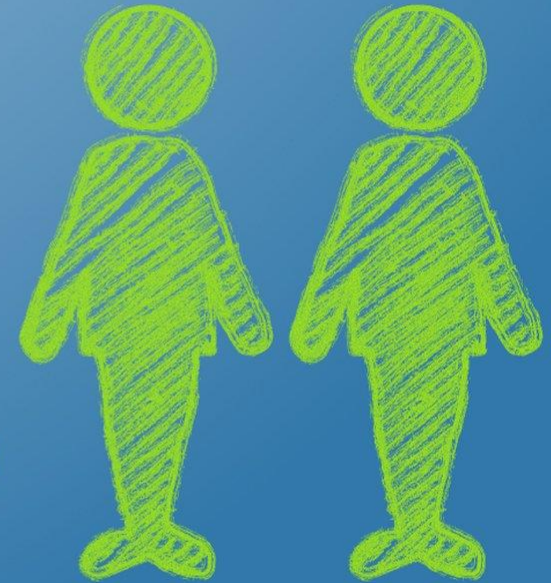
NACHTS IM KRANKENHAUS: KEINE PAUSE MÖGLICH



**PFLEGEFACHKRAFT ALLEIN
AUF STATION**



KEINE PAUSE



**ZWEI PFLEGEFACHKRÄFTE
AUF STATION**

www.nachtdienstreport.verdi.de

II.2 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.2 Pflege-Thermometer 2018



Abbildung 25: Arbeitsplatzbezogene Anforderungen für Pflegekräfte

II.2 Pflege-Thermometer 2018

Auswirkungen Personal (2017 gegenüber 2016)

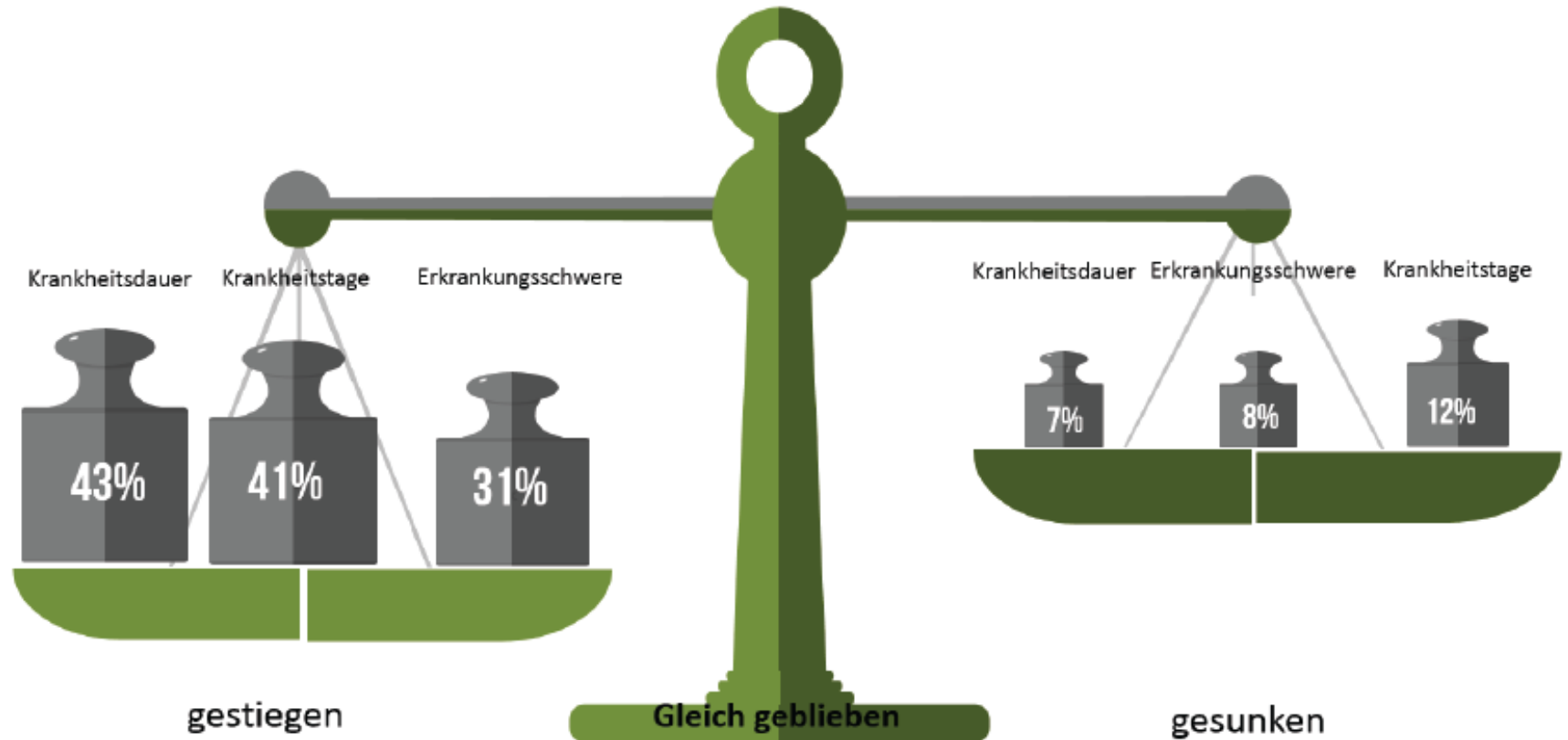


Abbildung 26: Gesundheitsbezogene Belastungen von Pflegekräften

II.2 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.

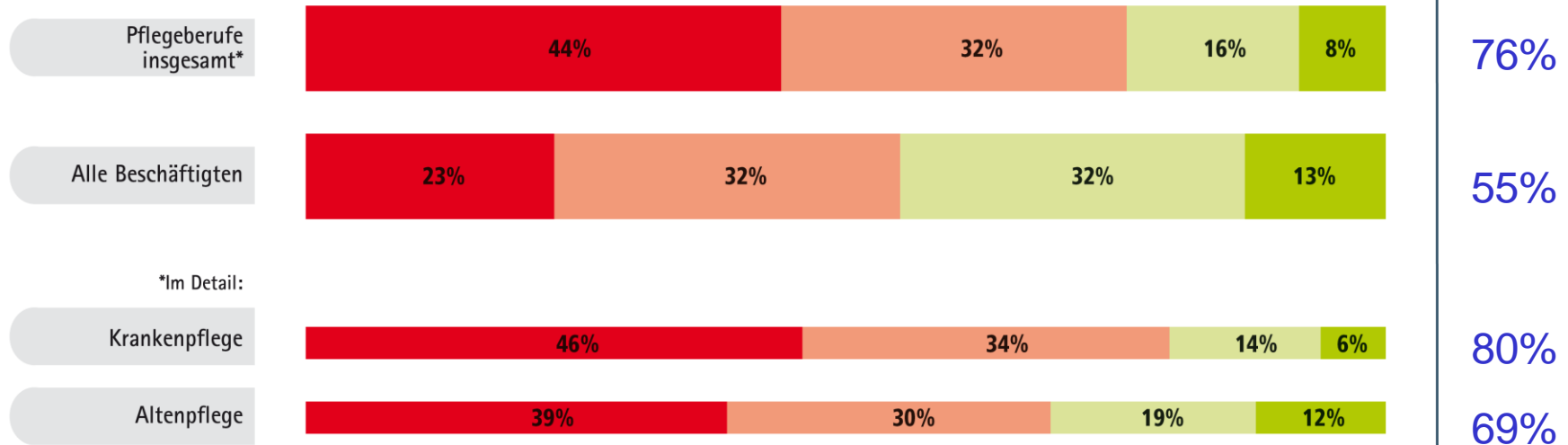
II.2 Arbeitsbedingungen: Zeitdruck

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

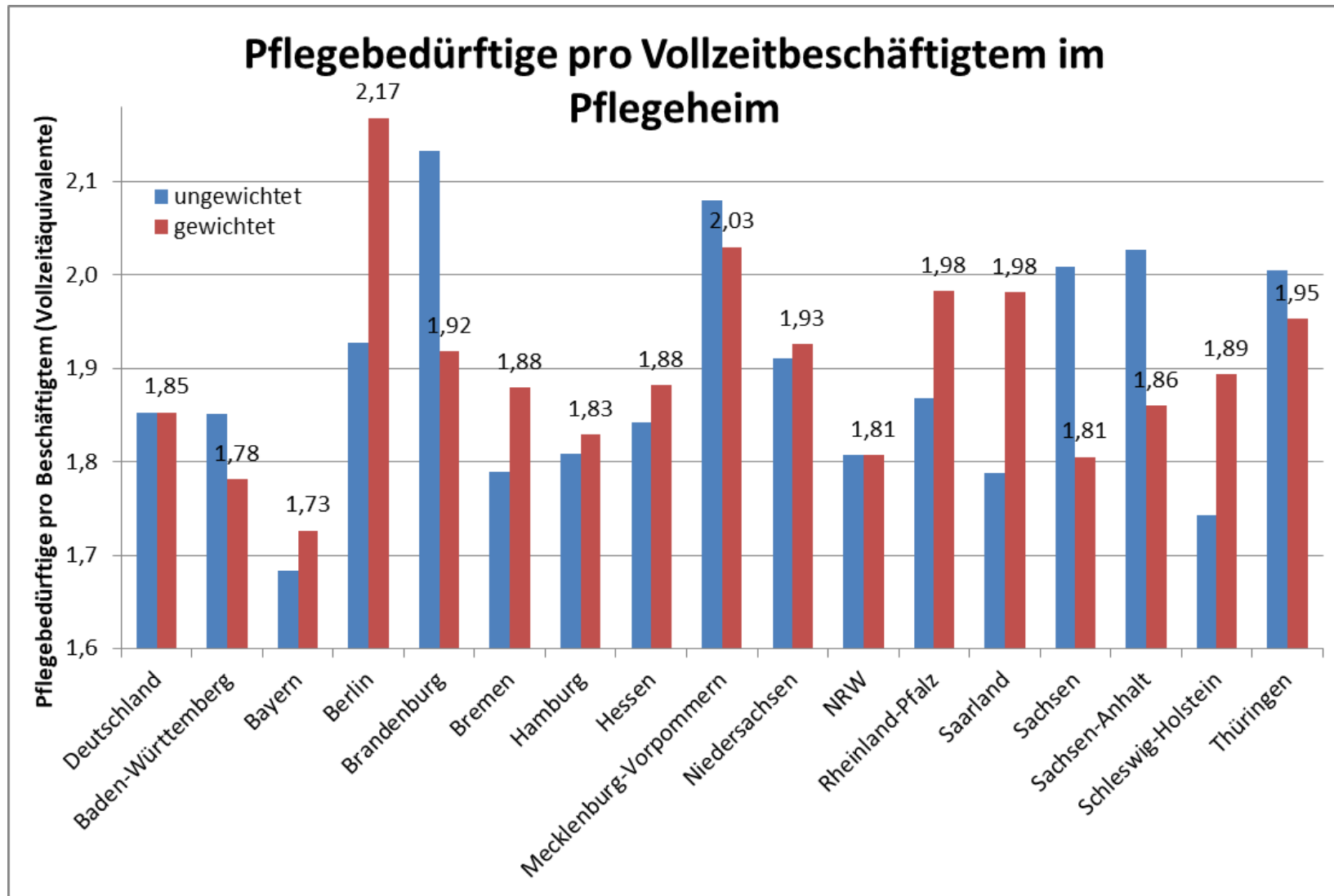


Gute Arbeit verdi

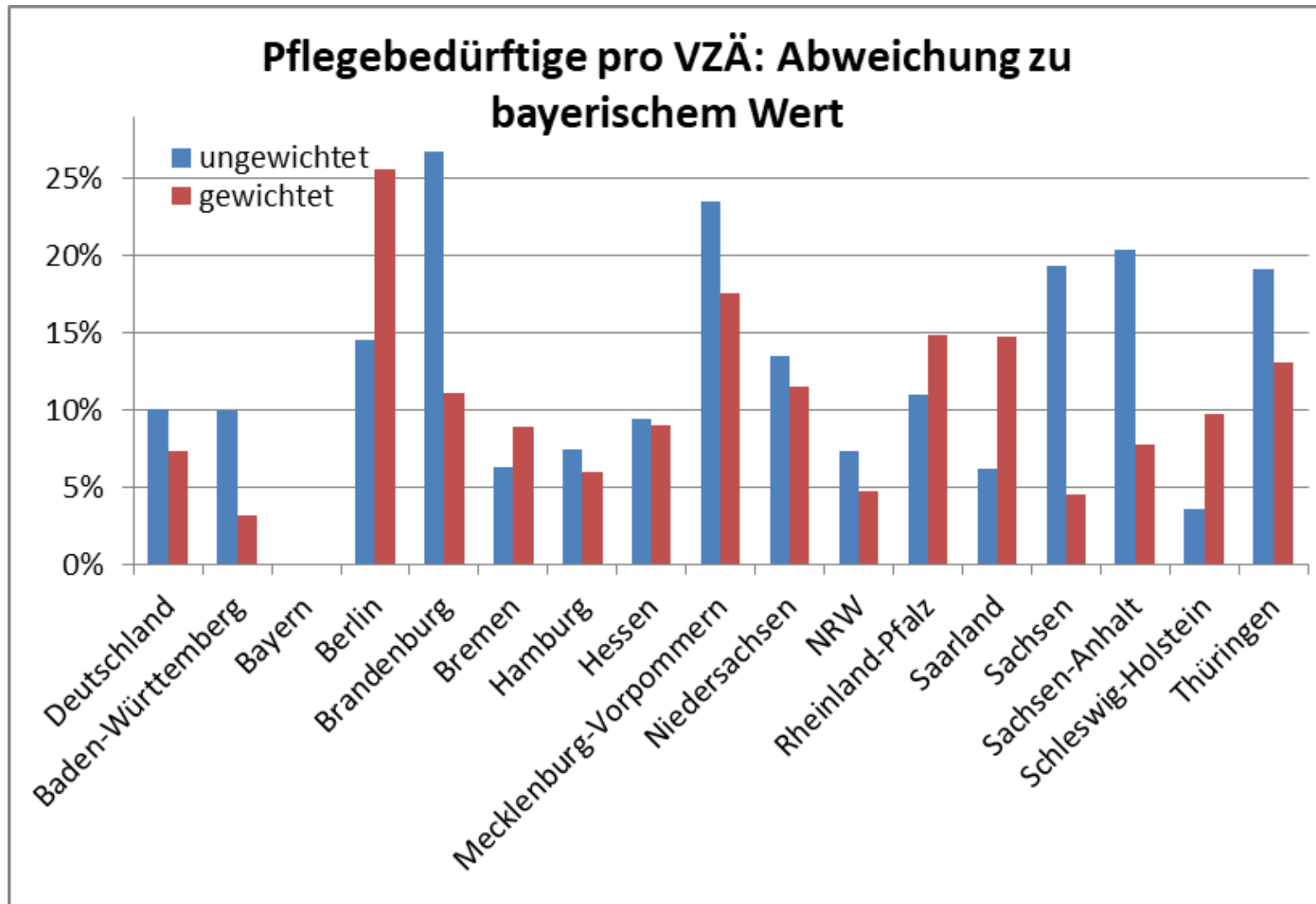
II.2 Arbeitsbedingungen

- 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.
- Befragungen ausscheidender Pflegekräfte wie die NEXT-Studie zeigen, dass unzureichende Arbeitsbedingungen (Überlastung, Personalunterbesetzung, Pflege, die dann nicht mehr die eigenen Berufsethos entspricht) der Hauptgrund für Berufsaustritte sind.

II.3 Unterschiede in der Personalausstattung von Pflegeheimen



II.3 Unterschiede in der Personalausstattung von Pflegeheimen



II.3 Unterschiede in der Personalausstattung von Pflegeheimen

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.3 Unterschiede in der Personalausstattung von Pflegeheimen

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)	-	-	-	-	-

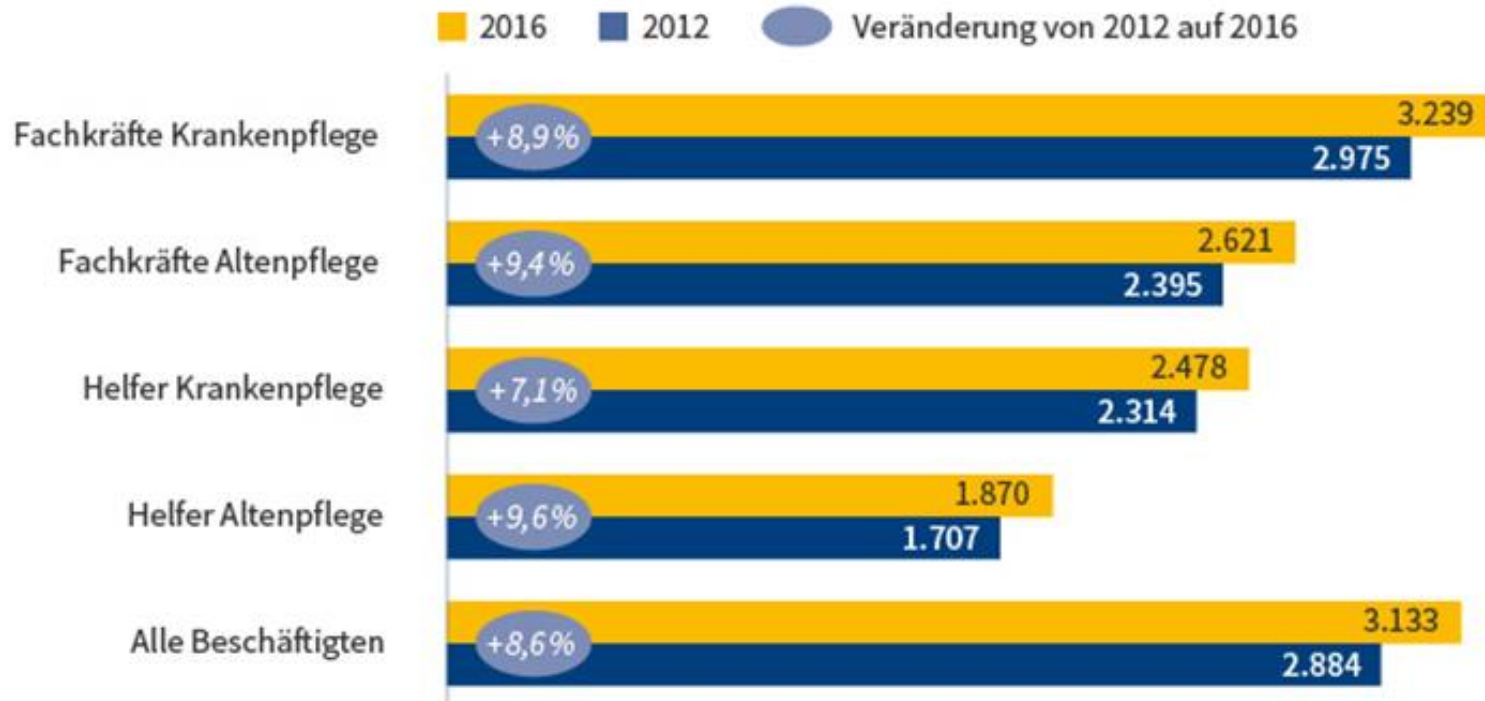
II.4 Entlohnung

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

III. Entlohnung (IAB 2016)

Abb. 1: Monatliche Bruttoentgelte¹ von Pflegekräften

in Euro



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

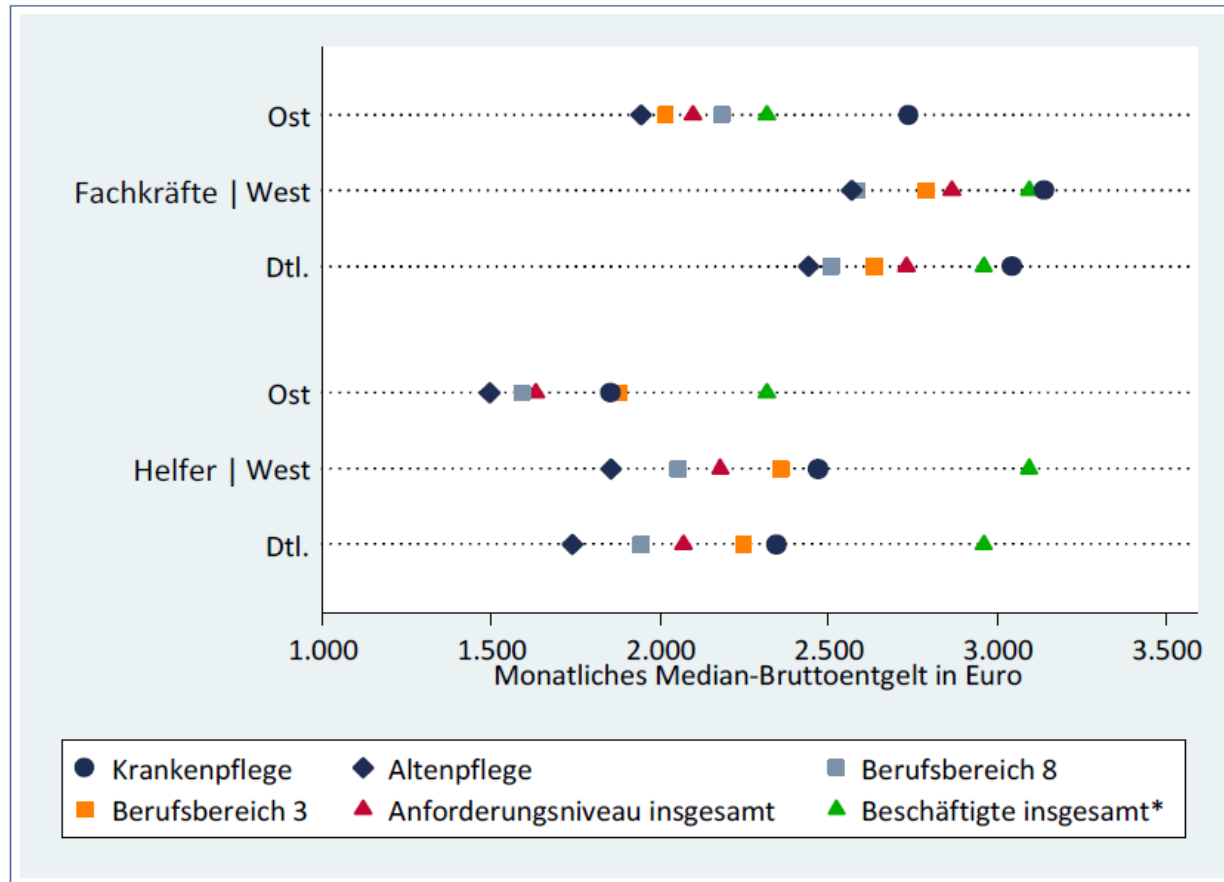
Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen. © IAB

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.

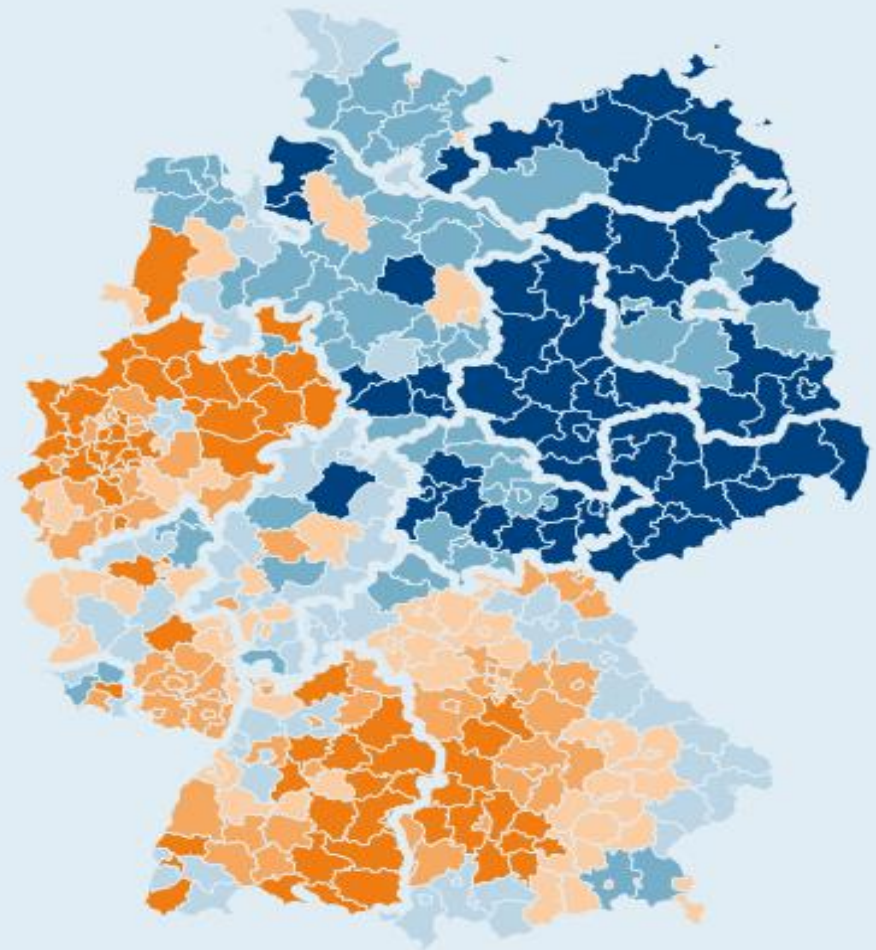
Quelle: Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit; eigene Berechnungen.

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

III. Entgelte, regional

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



Euro – Stadt- und Landkreise (402)

- >1714 – 2113 (67)
- >2113 – 2392 (67)
- >2392 – 2554 (67)
- >2554 – 2640 (67)
- >2640 – 2752 (67)
- >2752 – 3192 (67)

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

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**

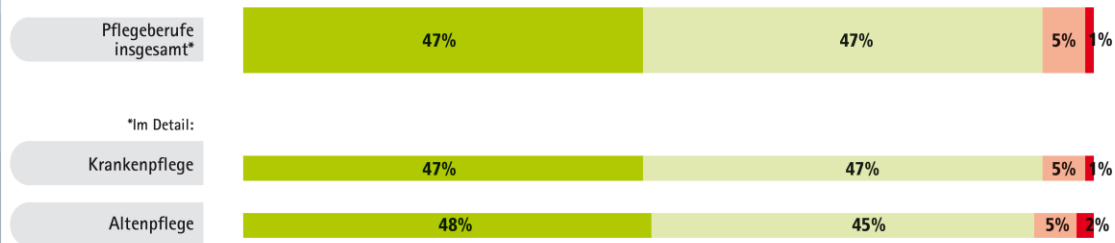
II.4 Zufriedenheit mit der Entlohnung

Abb. 3

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

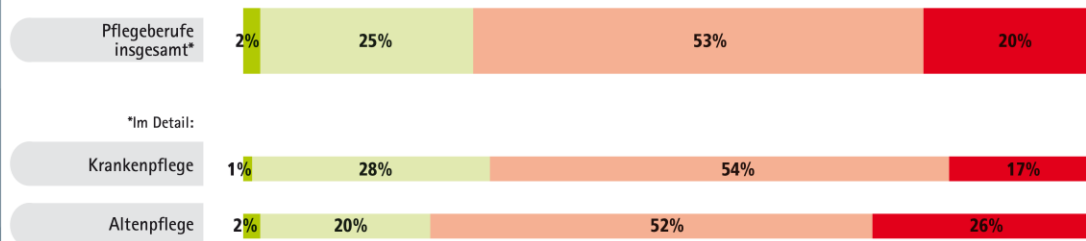
»Haben Sie den Eindruck, dass Sie mit Ihrer Arbeit einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft leisten?«

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. Warum ist die Pflege unattraktiv?

III. Wie unattraktiv ist die Pflege?

1. Berufseintritte

2. Berufsaustritte: Verweildauern im Beruf

IV. Aktuelle Reformansätze

V. Fazit

III.1 Beschäftigungsvolumen und Berufseintritte

- 2015 waren ca. 1,1 Millionen Menschen in den Pflegeeinrichtungen beschäftigt.
 - 360.000 in ambulanten Pflegediensten
 - 730.000 in den Heimen.
- Zwischen 1999 und 2015 stieg die Zahl der Beschäftigten
 - um 74 Prozent (insgesamt)
 - um 77 Prozent bei Fachkräften
- Die Ausbildungszahlen in der Altenpflege sind seit 2019 um 31 Prozent gestiegen.
- Im Schuljahr 2016 waren in der Ausbildung
 - 68.260 in der Altenpflege
 - 63.611 in der Krankenpflege
 - 62.445 KFZ-Mechatroniker

III.2 Berufsverbleibe

- Angaben zur Berufsverweildauer schwanken erheblich:
 - Margret Flieder (2002): 5-7 Jahre im Pflegeberuf
 - Institut für Gesundheit & Management (2004): 9,4 Jahre im Pflegeberuf in NRW
 - NEXT-Studie (2005): 6 Jahren in einer Einrichtung im Pflegeberuf
 - Hackmann (2009): Examinierten Altenpflegekräfte 12,9 Jahre, geringere Ausbildungsniveaus: 7,9 Jahre
 - IWAK (2009): 60% der erfassten Erwerbszeiten
 - Bundesregierung auf dieser Basis: 19 Jahre
- Grund für unterschiedliche Ergebnisse: Methodische Probleme
 - Querschnittsbefragungen ergeben kürzere Zeiten
 - Längsschnittanalyse ergeben höhere Werte
- Auch wenn keine eindeutige Antwort möglich ist, liegen die Verweildauern wohl doch höher als vielfach angegeben

Inhalt

I. Ausgangspunkt: Pflegenotstand heute und morgen

II. Warum ist die Pflege unattraktiv?

III. Wie unattraktiv ist die Pflege?

IV. Aktuelle Reformansätze

1. Pflegeberufereformgesetz
2. Pflegepersonalstärkungsgesetz
3. Tariflöhne
4. Personalbemessungsverfahren in der Altenpflege

V. Fazit

IV.2 Pflegepersonalstärkungsgesetz: Altenpflege

- Finanzierung von 13 Tsd. Stellen in Pflegeheimen im Zusammenhang mit medizinischer Behandlungspflege (MBP) finanziert aus Mitteln der GKV
- Hintergrund:
 - MBP 1996 vorübergehend der Pflegeversicherung zugeschlagen.
 - Nicht aus systematischen Gründen, sondern weil in Pflegeversicherung finanzielle Reserven waren, in der GKV nicht
 - Regelung mehrfach verlängert, dann 2008 für endgültig erklärt
 - Ergebnis: Heimbewohner tragen die Kosten der MBP selbst

IV.2 Pflegepersonalstärkungsgesetz: Altenpflege

- Regelung ist ungeeignet
 - Kosten für 13 Tsd. Stellen für medizinische Behandlungspflege in Heimen liegen bei 650 Mio. Euro und decken die Kosten der medizinischen Behandlungspflege (2-3 Mrd. €) nur teilweise
 - Es ist sehr unwahrscheinlich, dass die 13 Tsd. Stellen besetzt werden können.
 - Die Zuflüsse aus der GKV werden nicht zur Entlastung der Heimbewohner eingesetzt, sondern zur Finanzierung notwendiger Personalverbesserungen, SPV-finanziert sein sollten
- Aktuelle Fassung des Gesetzentwurfs trägt der Kritik Rechnung:
 - Wenn innerhalb von 3 Monaten keine Fachkraft gefunden wird, werden die Mittel von der GKV pauschal bereitgestellt für Hilfskräfte
 - Durchschnittliche Wiederbesetzungsfrist: 6 Monate ...

IV.2 Pflegepersonalstärkungsgesetz: Krankenhauspflege

- Gesetz sieht vor
 - Mindestpersonalmengen für Pflege
 - Refinanzierung aller Tarife
 - Refinanzierung aller Pflegekräfte aus eigenem Topf und Herauslösung der Pflegekosten aus den DRGs
- Kritik
 - Herauslösen der Pflegekosten aus den DRGs ist schwierig
 - Wiederbelebung von zwei gescheiterten Prinzipien
 - Kostendeckungsgarantie → Verfestigung von Strukturen
 - Duale Finanzierung → Keine Optimierung zwischen den Bereichen
 - Anreize für Krankenhausmanager: Möglichst viele Tätigkeiten in den Pflegedienst schieben, sinnvoller Personalmix wird so verhindert
 - Grundproblem bleibt ungelöst: fehlende Investitionskostenfinanzierung und unzureichende Landesbasisfallwertsteigerung
 - Druck auf Krankenhäuser besteht weiter, jetzt nur bezogen auf anderen Berufsgruppen

IV.3 Tariflöhne

- Bessere Entlohnung wird im Koalitionsvertrag gefordert. Dazu gibt es zwei Optionen
- Regelung im PSG III bzgl. der Altenpflege
 - Alle Tarifverträge gelten als wirtschaftlich
 - Allerdings muss die Zahlung von Tariflöhnen nachgewiesen werden
 - Für Einrichtungen bedeutet das, dass eine Möglichkeit, Gewinne zu „verstecken“ entfällt
 - Resultierende Forderung nach Anerkennung von Zuschlag für „Wagnis und Gewinn“ bleiben unerfüllt → PSG III-Regelung läuft leer
- Allgemeinverbindlichkeitserklärung eines Tarifvertrags
 - AVR der kirchlichen Träger sind kein Tarifvertrag
 - Es gibt keinen Tarifvertrag der überwiegend gilt
 - Gemeinsamer Antrag der Tarifpartner ist nicht zu erwarten
 - Ohne Änderung des Tarifvertragsgesetzes nicht umsetzbar.

IV.4 Personalbemessungsverfahren in der Altenpflege

- 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.

Inhalt

- I. Ausgangspunkt: Pflegenotstand heute und morgen
- II. Warum ist die Pflege unattraktiv?
- III. Wie unattraktiv ist die Pflege?
- IV. Aktuelle Reformansätze
- V. Fazit

V. Fazit

1. Pflegekräftemangel ist groß und wird noch größer werden
→ Attraktivität des Pflegeberufs muss steigen
2. Faktoren, die den Pflegeberuf unattraktiv machen, sind Entlohnung, Arbeitsbedingungen, Belastungen.
3. Dennoch wird der Beruf stark nachgefragt und die Verweildauer im Beruf ist höher als oftmals behauptet.
4. Allerdings reicht das nicht, um mit steigendem Bedarf Schritt zu halten.
5. Gesetzgeber hat Maßnahmen ergriffen, die aber nur zum Teil zum Ziel führen werden.
6. Weitere Verbesserungen sind zwingend angezeigt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Vorbemerkung

- I. Ausgangspunkt: Pflege wird teurer werden
- II. Problem: Eigenanteile drohen unfinanzierbar zu werden
- III. Lösungen

Vorbemerkung

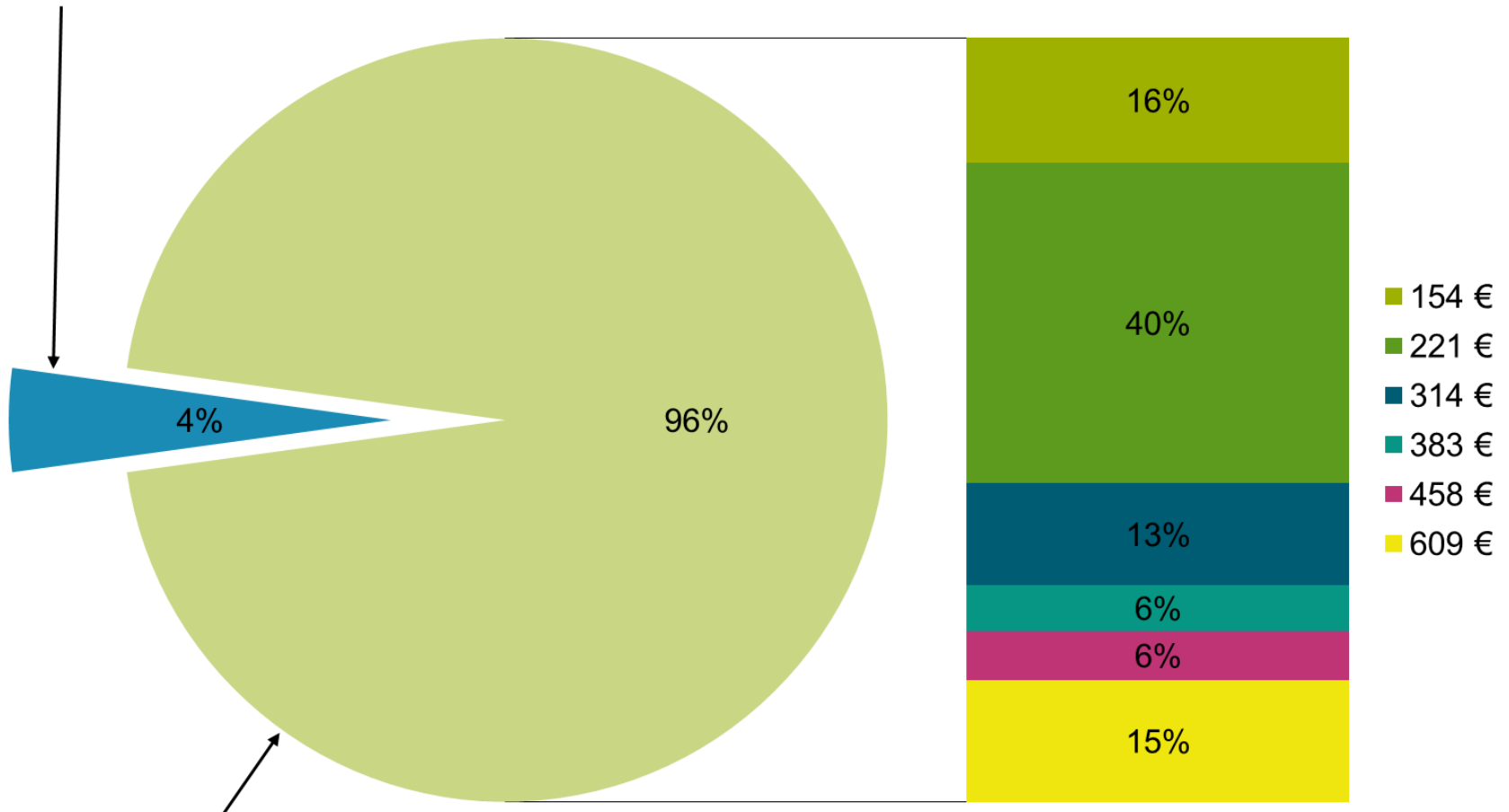
- I. Ausgangspunkt: Pflege wird teurer werden
- II. Problem: Eigenanteile drohen unfinanzierbar zu werden
- III. Lösungen

Vorbemerkung

- In der letzten Legislaturperiode gab es die größte Pflegereform seit Einführung der Pflegeversicherung
 - Leistungsverbesserung für mehr als 95% der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege

Entlastungseffekte bei den Pflegesachleistungen

Gleichbleibende Leistungshöhen

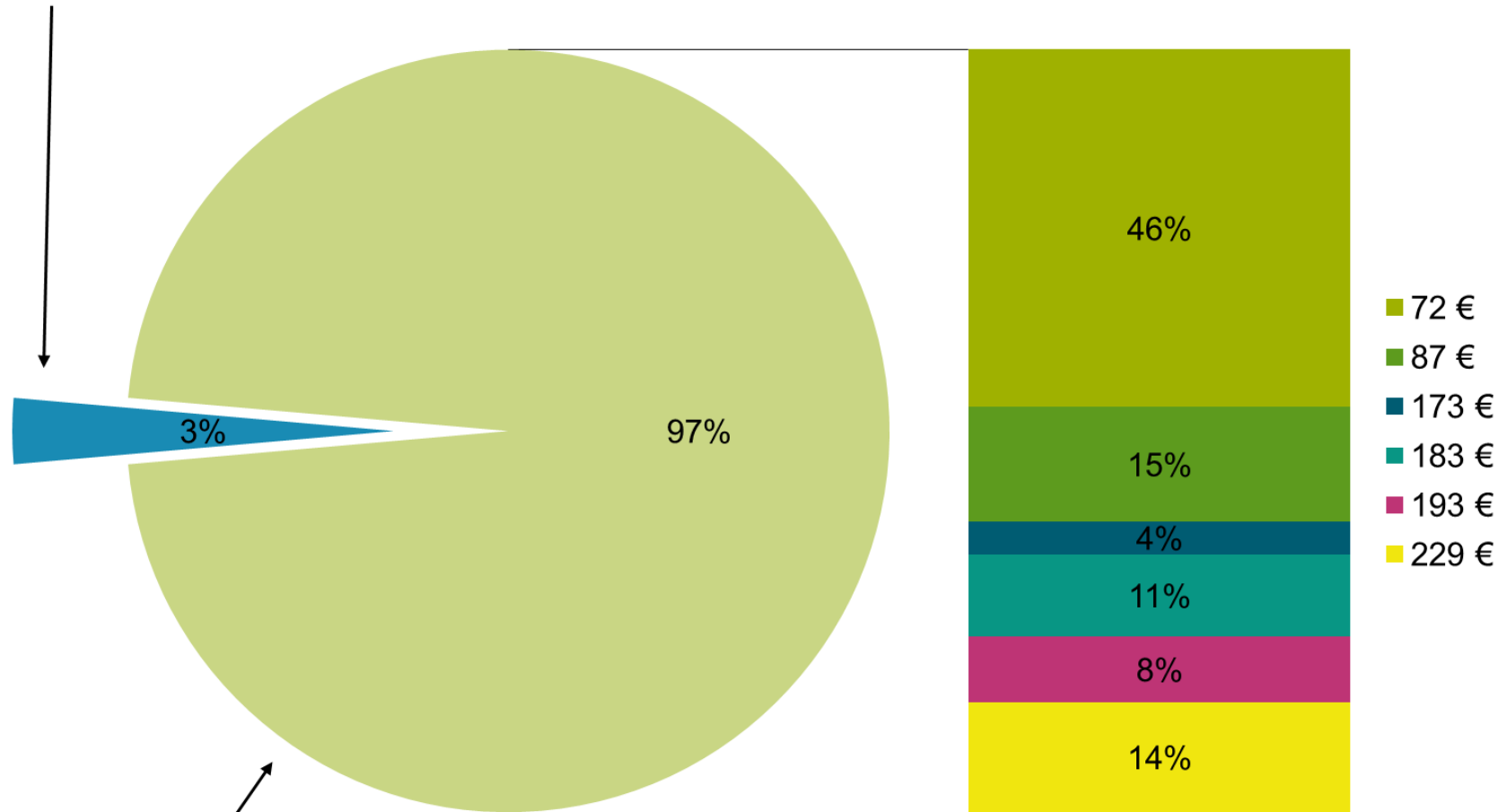


Steigende Leistungshöhen

Quelle: eigene Berechnungen basierend auf der Zahl der Pflegebedürftigen 2016, ihrer Pflegestufen und der Überleitungsregelungen im SGB XI

Entlastungseffekte beim Pflegegeld

Gleichbleibende Leistungshöhen



Steigende Leistungshöhen

Quelle: eigene Berechnungen basierend auf der Zahl der Pflegebedürftigen 2016, ihrer Pflegestufen und der Überleitungsregelungen im SGB XI

Vorbemerkung

- In der letzten Legislaturperiode gab es die größte Pflegereform seit Einführung der Pflegeversicherung
 - Leistungsverbesserung für mehr als 95% der Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege
 - Leistungsverbesserung für ein Drittel der Pflegebedürftigen in Pflegeheimen
 - Verbesserung der Personalausstattung in Pflegeheimen
 - Insgesamt Mehrausgaben von 7 Mrd. Euro
 - Es ist sehr wohl schon etwas passiert!
- Dennoch bleibt die Langzeitpflege ein zentrales Reformthema auch für diese Legislaturperiode

Vorbemerkung

- I. Ausgangspunkt: Pflege wird teurer werden
 1. Bestehender und vorausberechneter Pflegenotstand
 2. Steigerung der Attraktivität des Berufs führt zu höheren Pflegesätzen
- II. Problem: Eigenanteile drohen unfinanzierbar zu werden
- III. Lösungen

I. Ausgangspunkt: 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

I. Ausgangspunkt: Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs

Pflegeberuf muss attraktiver werden

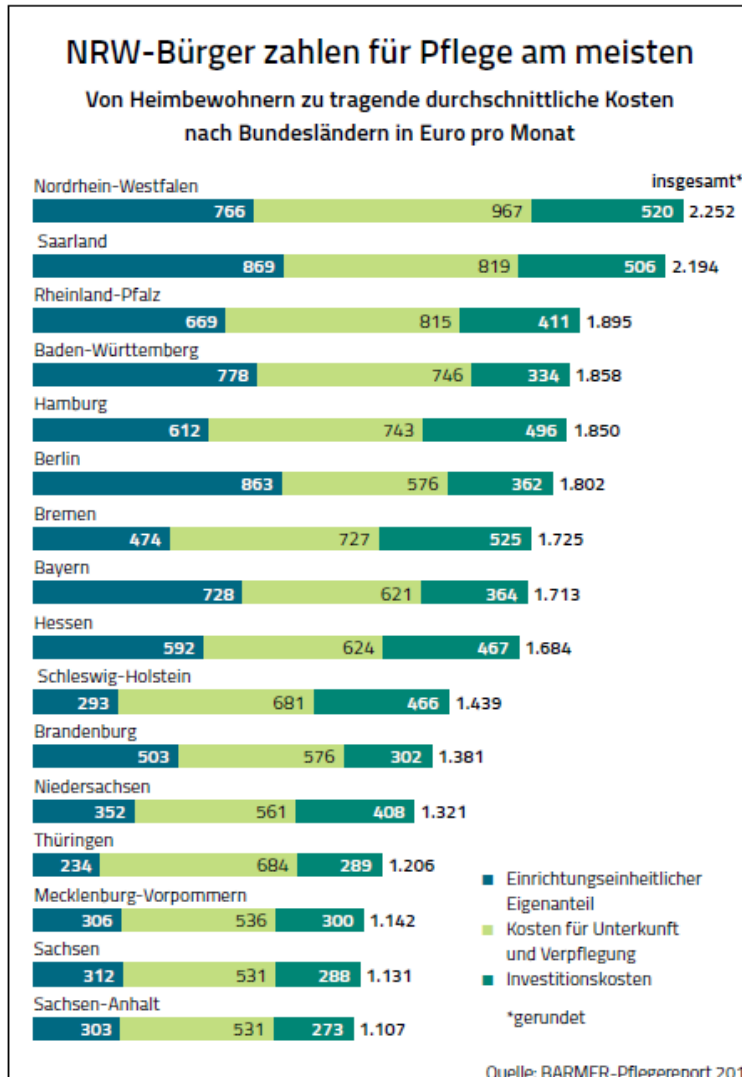
- Aufstiegschancen → Pflegeberufereformgesetz
- Bessere Bezahlung → Koalitionsvertrag
- Höhere Personalschlüssel → Koalitionsvertrag
 - Pflexit-Monitor von Hartmann: „permanenter Personalmangel (72%) und „generell hohe Arbeitsbelastung“ (57%) als Hauptgründe für berufliche Unzufriedenheit
 - Personalbemessungsverfahren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

Inhalt

Vorbemerkung

- I. Ausgangspunkt: Pflege wird teurer werden
- II. Problem: Eigenanteile drohen unfinanzierbar zu werden**
 1. Entwicklung der Eigenanteile bis heute
 2. Zukünftige Entwicklung
- III. Lösungen

II. Entwicklung der Eigenanteile: Status quo (Mai 2017)



- Bremen liegt bezüglich des EEE auf Rang 10.
- Aufgrund höherer „Hotelkosten“ liegt das Land hinsichtlich des Gesamteigenanteil auf dem 7. Rang
- Nachrichtlich Bund:
 - EEE: 587
 - UV: 703
 - IK: 401
 - Summe 1.691

II. Entwicklung der 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.

II. 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. Entwicklung der Eigenanteile: 1996-1999

Tabelle 3: Pflegevergütung und Eigenanteile in den 1990er Jahren

Jahr	Rheinland	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. Entwicklung der Eigenanteile: Zukünftige Entwicklung

- 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
- Kommt es zu Lohn- und Personalmengensteigerungen werden die Eigenanteile deutlich steigen, da die Dynamisierungsregeln des § 30 SGB XI dafür nicht ausgelegt sind

Inhalt

Vorbemerkung

- I. Ausgangspunkt: Pflege wird teurer werden
- II. Problem: Eigenanteile drohen unfinanzierbar zu werden
- III. Lösungen**
 1. Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege
 2. Vollversicherung mit fixem Sockelbetrag

III.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.

III.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.

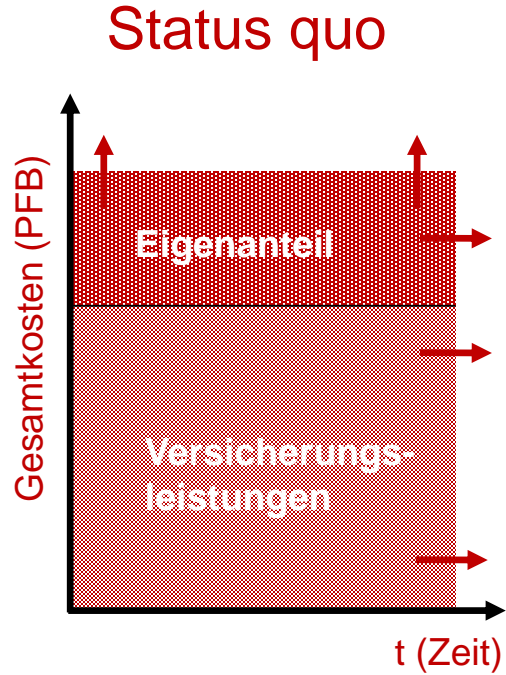
III.1 Umfinanzierung der medizinischen Behandlungspflege

- Ausgaben für medizinische Behandlungspflege werden auf mehr als 2 Mrd. Euro geschätzt. Durch Umfinanzierung können Heimbewohner um mehr als 200 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.
 - Die Zuflüsse aus der GKV werden nicht zur Entlastung der Heimbewohner eingesetzt, sondern zur Finanzierung notwendiger Personalverbesserungen, SPV-finanziert sein sollten

III.2 Vollversicherung mit fixem Sockel

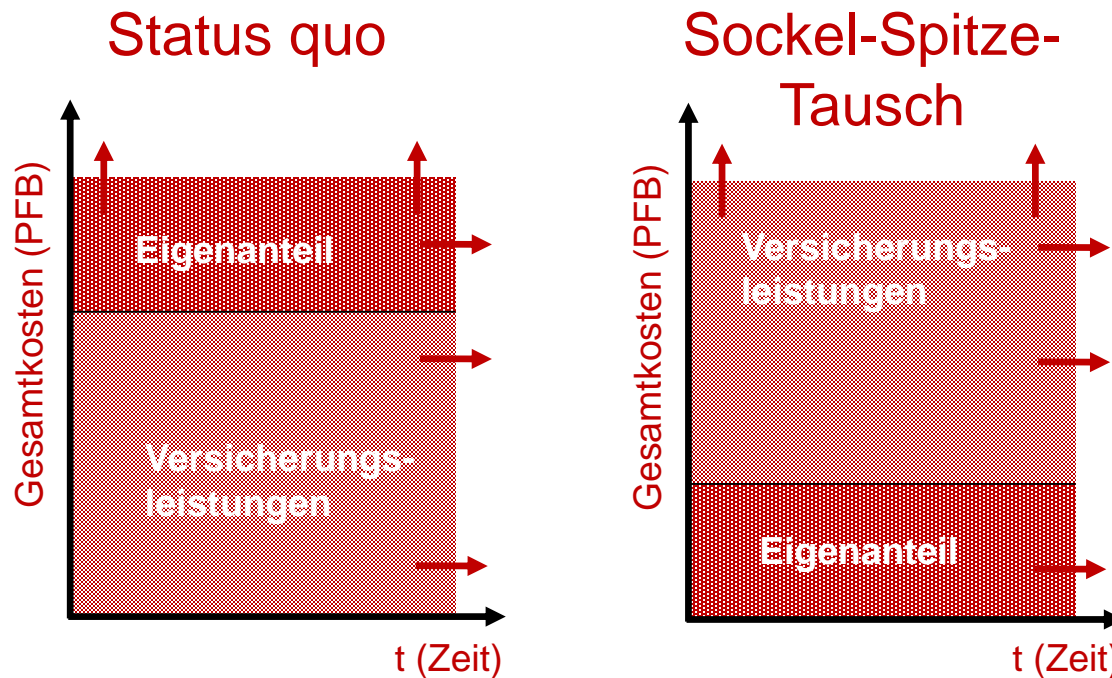
- Status quo
 - In der aktuellen Ausgestaltung der Pflegeversicherung liegt der Eigenanteil der Pflegebedürftigen, der die pauschalen Leistungen des SGB XI übersteigt, bei 100%.
 - Hieraus resultiert ein (monatliches) Kostenrisiko in potentiell unbegrenzter Höhe, das direkt vom Pflegebedarf abhängig 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.

III.2 Vollversicherung mit fixem Sockel



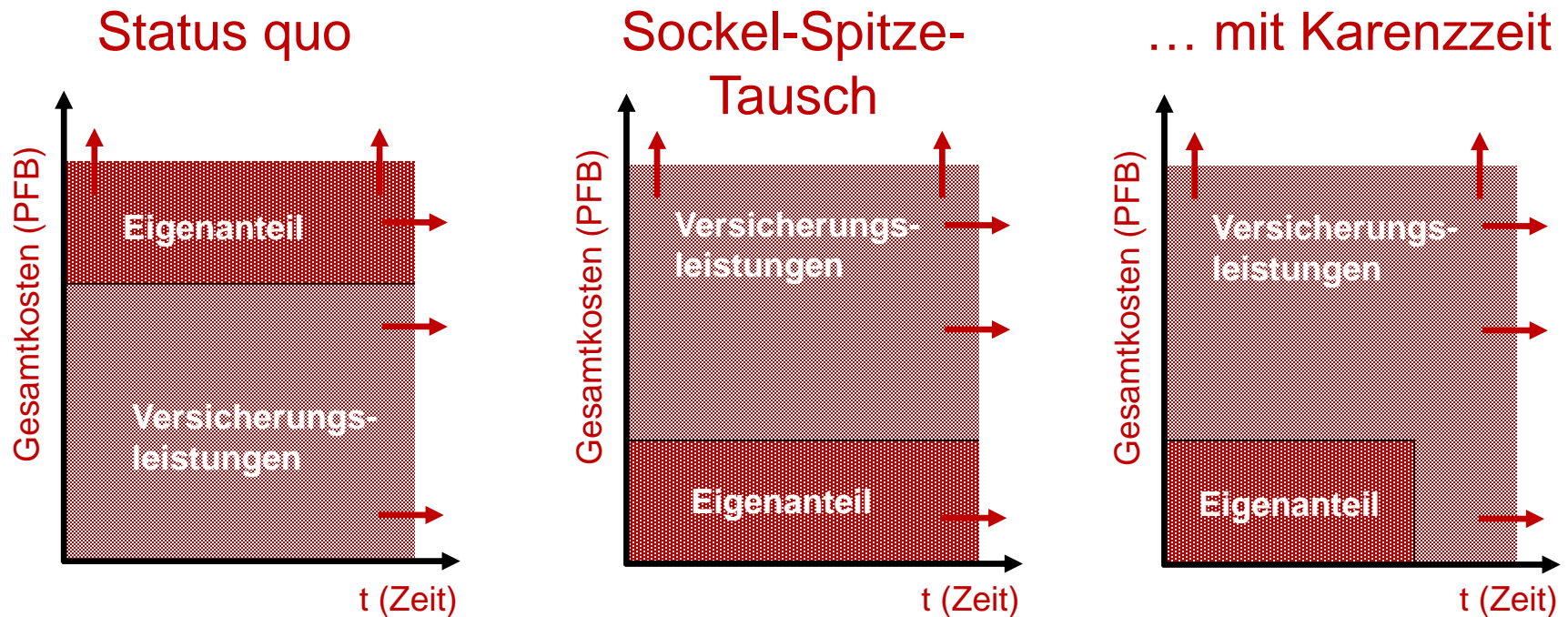
III.2 Vollversicherung mit fixem Sockel

- Grundidee: Austausch von Finanzierungssockel und Finanzierungsspitze



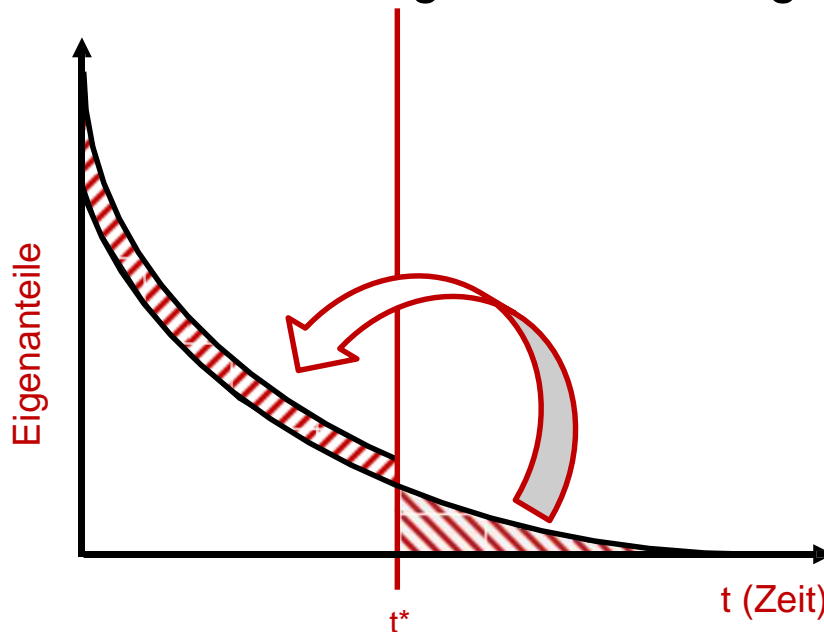
III.2 Vollversicherung mit fixem Sockel

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



III.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.

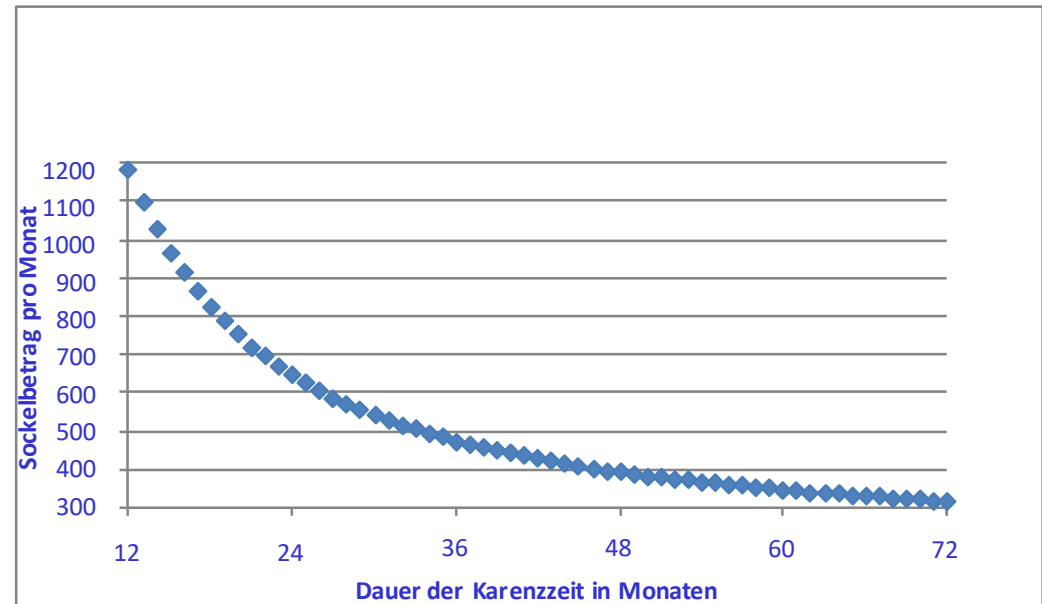
III.2 Vollversicherung mit fixem Eigenanteil

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

III.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



III.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

III.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.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Inhalt

- I. Entlastungseffekte für die Pflegebedürftigen
- II. Mehrausgaben für die Pflegeversicherung
- III. Effekte auf die Versorgungsstrukturen
- IV. Regionaleffekte bei den Heimentgelten
- V. Verbleibender Reformbedarf

Inhalt

- I. Entlastungseffekte für die Pflegebedürftigen
 1. Pflegesachleistungen
 2. Pflegegeld
 3. Vollstationäre Pflege
- II. Mehrausgaben für die Pflegeversicherung
- III. Effekte auf die Versorgungsstrukturen
- IV. Regionaleffekte bei den Heimentgelten
- V. Verbleibender Reformbedarf

I.1 Entlastungseffekte bei den Pflegesachleistungen

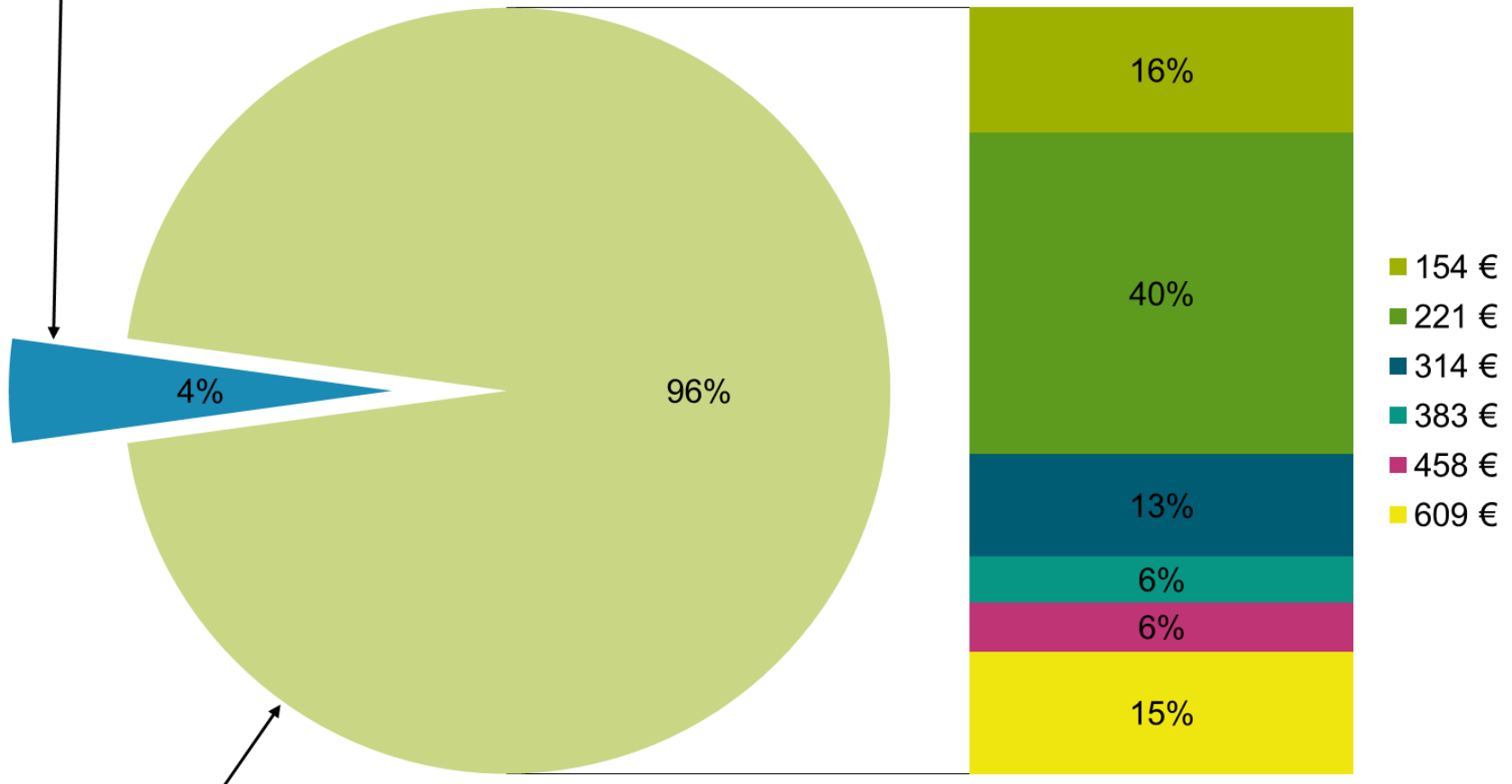
Monatliche Leistungshöhen der Pflegeversicherung für Pflegesachleistungen

Einstufung alt	Leistungsbetrag alt (§ 36 + § 123)	Leistungsbetrag neu (§ 36)	Einstufung Überleitung	Differenz der Leistungsbeträge
PS 0 + EA	231	689	PG 2	458
PS I	468	689	PG 2	221
PS I + EA	689	1.298	PG 3	609
PS II	1.144	1.298	PG 3	154
PS II + EA	1.298	1.612	PG 4	314
PS III	1.612	1.612	PG 4	0
PS III + EA	1.612	1.995	PG 5	383
Härtefall	1.995	1.995	PG 5	0

Quellen: SGB XI in der Fassung vor und nach dem PSG II; BMG 2018a.

I.1 Entlastungseffekte bei den Pflegesachleistungen

Gleichbleibende Leistungshöhen



Steigende Leistungshöhen

Quelle: eigene Berechnungen basierend auf der Zahl der Pflegebedürftigen 2016, ihrer Pflegestufen und der Überleitungsregelungen im SGB XI

I.2 Entlastungseffekte beim Pflegegeld

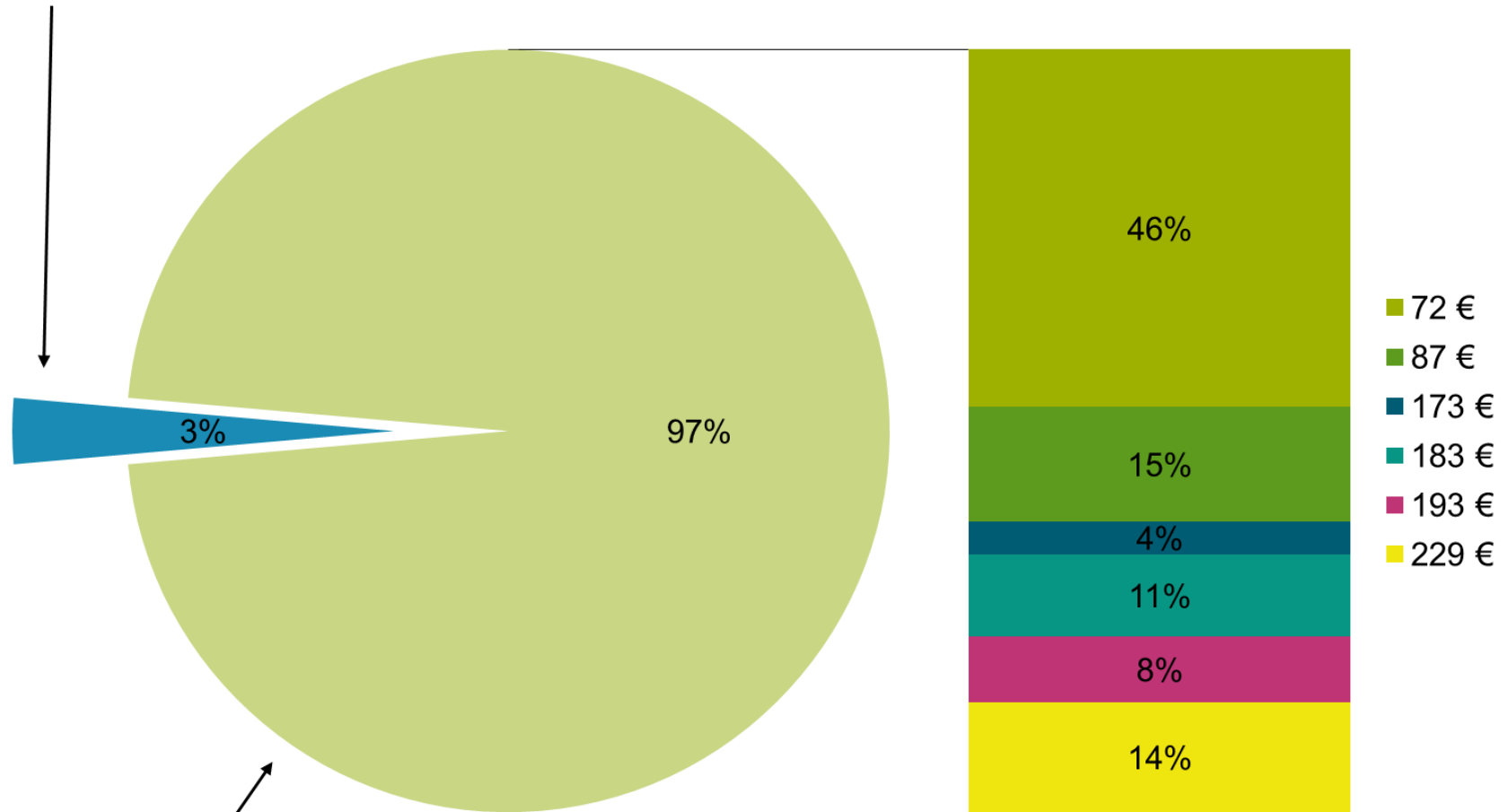
Monatliche Leistungshöhen der Pflegeversicherung für Pflegegeld

Einstufung alt	Leistungsbetrag alt (§ 36 + § 123)	Leistungsbetrag neu (§ 36)	Einstufung Überleitung	Differenz der Leistungsbeträge
PS 0 + EA	123	316	PG 2	193
PS I	244	316	PG 2	72
PS I + EA	316	545	PG 3	229
PS II	458	545	PG 3	87
PS II + EA	545	728	PG 4	183
PS III	728	728	PG 4	0
PS III + EA	728	901	PG 5	173

Quellen: SGB XI in der Fassung vor und nach dem PSG II; BMG 2018a.

I.2 Entlastungseffekte beim Pflegegeld

Gleichbleibende Leistungshöhen



Steigende Leistungshöhen

Quelle: eigene Berechnungen basierend auf der Zahl der Pflegebedürftigen 2016, ihrer Pflegestufen und der Überleitungsregelungen im SGB XI

I.3 Entlastungseffekte bei vollstationärer Pflege

Monatliche Leistungshöhen der Pflegeversicherung für vollstationäre Pflege

Einstufung alt	Leistungsbetrag alt	Leistungsbetrag neu	Einstufung Überleitung	Differenz der Leistungsbeträge
PS I	1.064	770	PG 2	-294
PS I + EA	1.064	1.262	PG 3	198
PS II	1.330	1.262	PG 3	-68
PS II + EA	1.330	1.775	PG 4	445
PS III	1.612	1.775	PG 4	163
PS III + EA	1.612	2.005	PG 5	393
Härtefall	1.995	2.005	PG 5	10
Härtefall + EA	1.995	2.005	PG 5	10

Quellen: SGB XI in der Fassung vor und nach dem PSG II; BMG 2018.

I.3 Entlastungseffekte bei vollstationärer Pflege

Eigenanteile an den pflegebedingten Kosten in vollstationärer Pflege

Jahr	Pflegebedingte Kosten			Eigenanteil an pflegebedingten Kosten			Belegungsanteile			Durchschnittl. 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.

Inhalt

- I. Entlastungseffekte für die Pflegebedürftigen
- II. Mehrausgaben für die Pflegeversicherung**
 1. Modellrechnungen
 2. Ist-Ergebnisse
 3. Vergleich
- III. Effekte auf die Versorgungsstrukturen
- IV. Regionaleffekte bei den Heimentgelten
- V. Verbleibender Reformbedarf

II.1 Modellrechnung SPV-Mehrausgaben: Pflegesachleistung

Monatliche Leistungshöhen der Pflegeversicherung für Pflegesachleistungen

Personenzahl in der SPV 2016	Einstufung alt	Leistungs-betrag alt (§ 36 + § 123)	Leistungs-betrag neu (§ 36)	Einstufung Überleitung	Differenz der Leistungs-beträge	Jährliche Mehrausgaben in Mio. €
23.840	PS 0 + EA	231	689	PG 2	458	131
155.971	PS I	468	689	PG 2	221	414
59.362	PS I + EA	689	1.298	PG 3	609	434
60.558	PS II	1.144	1.298	PG 3	154	112
49.500	PS II + EA	1.298	1.612	PG 4	314	187
14.816	PS III	1.612	1.612	PG 4	0	0
22.223	PS III + EA	1.612	1.995	PG 5	383	102
2.144	Härtefall	1.995	1.995	PG 5	0	0
Summe						1.380

Die Empfänger von Kombinationsleistungen wurden jeweils zu 50% hier und bei den Geldleistungsempfängern berücksichtigt.

Da die erhöhten Pflegesachleistungen gemäß § 123 SGB XI nicht für PEA in Pflegestufe III gewährt werden, enthält die amtliche Statistik keine Informationen über die PEA-Quote in dieser Pflegestufe. Basierend auf Begutachtungsergebnissen (Brucker et al. 2013) wurde der PEA-Anteil hier mit 60% angesetzt und die Pflegebedürftigen in Pflegestufe III im Verhältnis 60 zu 40 auf PEA und PoEA aufgeteilt. Die gleiche Vorgehensweise wurde auch bei den Pflegegeldbeziehern angewandt

II.1 Modellrechnung SPV-Mehrausgaben: Pflegegeld

Monatliche Leistungshöhen der Pflegeversicherung für Pflegegeld

Personenzahl in der SPV 2016	Einstufung alt	Leistungs- betrag alt (§ 36 + § 123)	Leistungs- betrag neu (§ 36)	Einstufung Überleitung	Differenz der Leistungs- beträge	Jährliche Mehrausga- ben in Mio. €
136.662	PS 0 + EA	123	316	PG 2	193	317
749.771	PS I	244	316	PG 2	72	648
231.345	PS I + EA	316	545	PG 3	229	636
239.550	PS II	458	545	PG 3	87	250
173.171	PS II + EA	545	728	PG 4	183	380
45.736	PS III	728	728	PG 4	0	0
68.605	PS III + EA	728	901	PG 5	173	142
Summe						2.373

Die Empfänger von Kombinationsleistungen wurden jeweils zu 50% hier und bei den Pflegesachleistungsempfängern berücksichtigt.

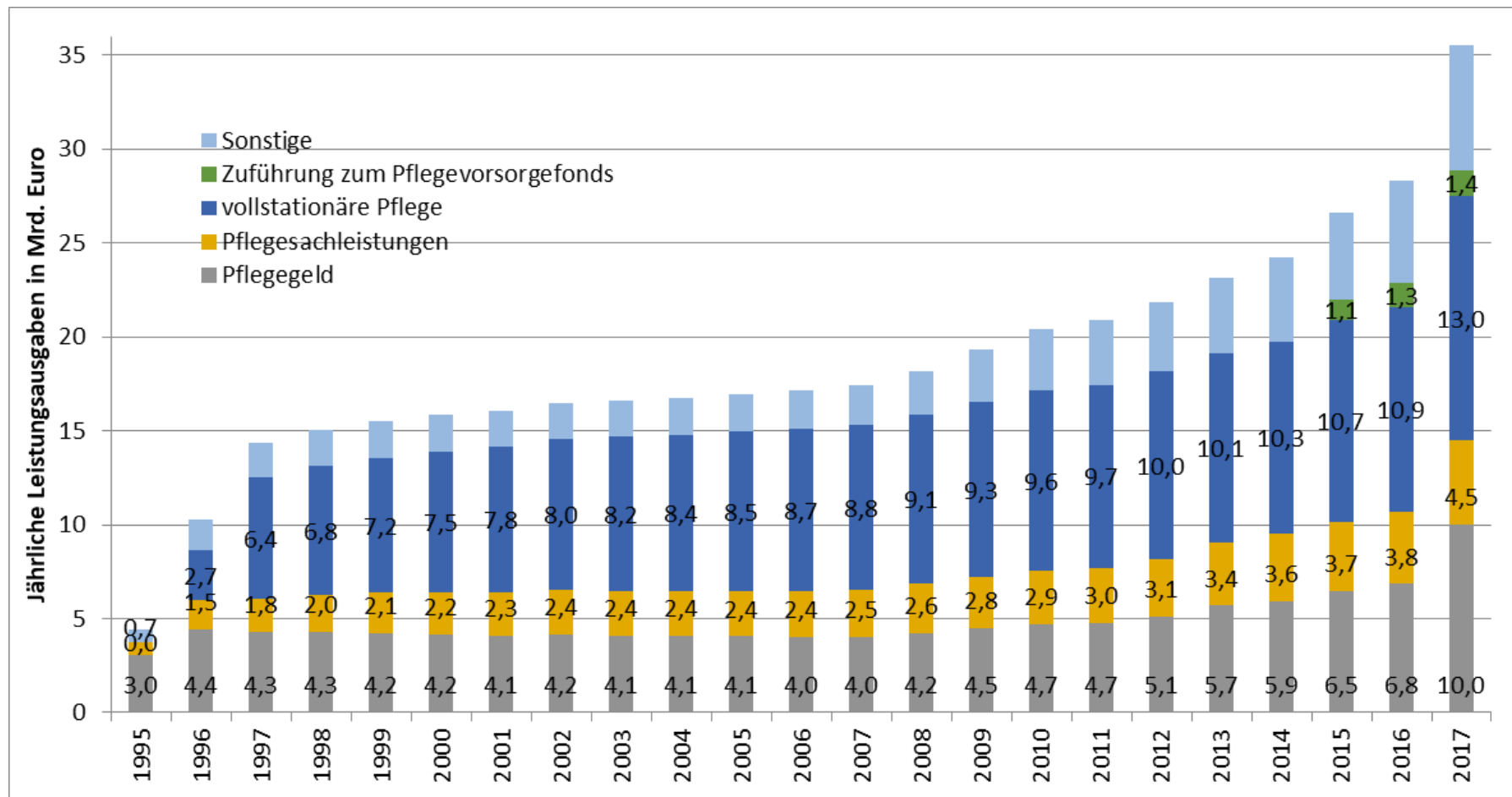
II.1 Modellrechnung SPV-Mehrausgaben: Heimpflege

Monatliche Leistungshöhen der Pflegeversicherung für vollstationäre Pflege

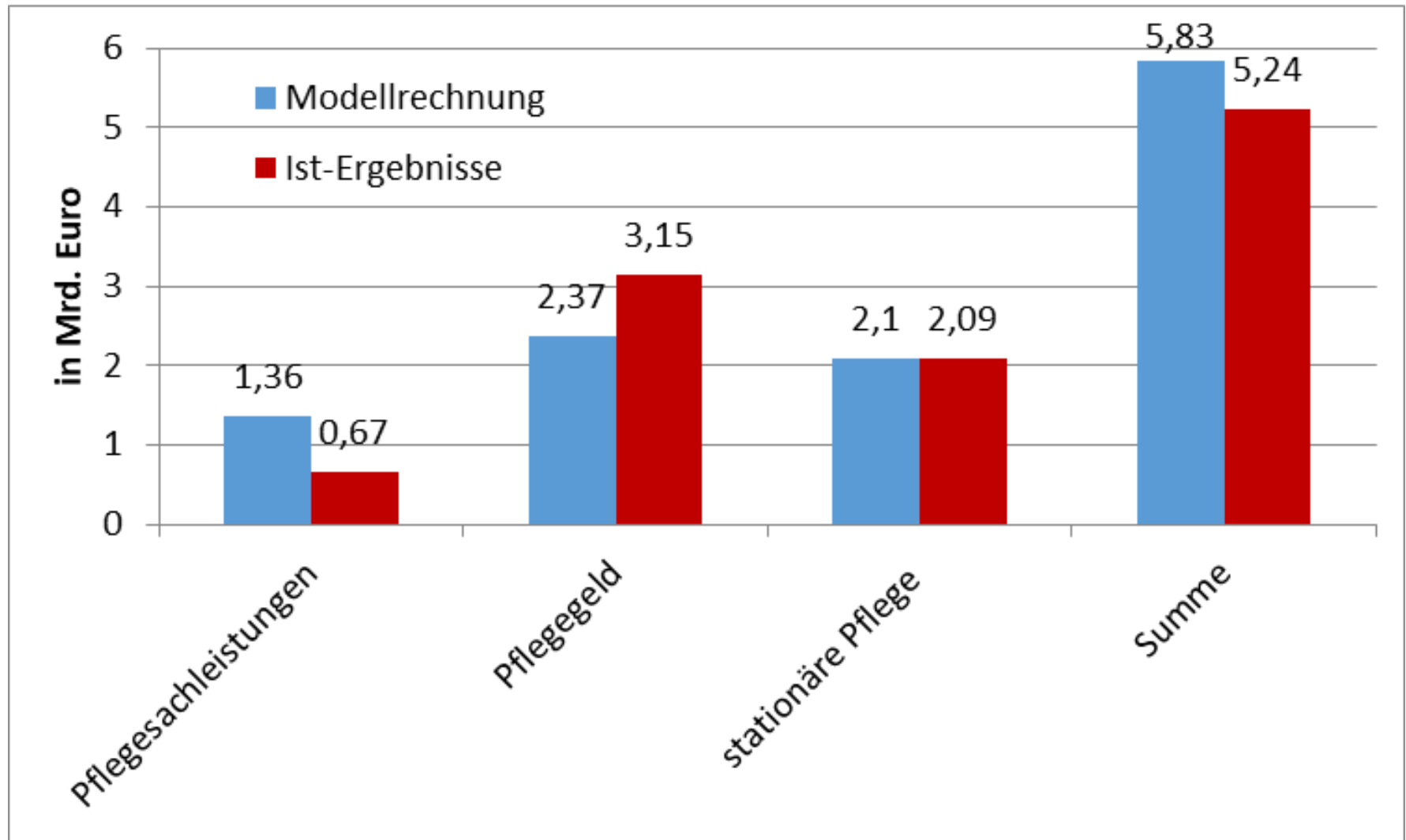
Personenzahl in der SPV 2016	Einstufung alt	Leistungsbetrag alt	Leistungsbetrag neu	Einstufung Überleitung	Differenz der Leistungsbeträge	Jährliche Mehrausgaben in Mio. €
140.666	PS I	1.064	770	PG 2	-294	-496
119.826	PS I + EA	1.064	1.262	PG 3	198	285
79.277	PS II	1.330	1.262	PG 3	-68	-65
203.854	PS II + EA	1.330	1.775	PG 4	445	1089
7.191	PS III	1.612	1.775	PG 4	163	14
136.622	PS III + EA	1.612	2.005	PG 5	393	644
394	Härtefall	1.995	2.005	PG 5	10	0
7.477	Härtefall + EA	1.995	2.005	PG 5	10	1
Summe						1.472

Da das Vorliegen einer EA im stationären Bereich keine höheren Leistungsansprüche begründet, enthält die amtliche Statistik keine Informationen über die PEA-Quote in diesem Sektor. Basierend auf den Ergebnissen der EViS-Studie (Rothgang et al. 2015) wurde der PEA-Anteil der Bewohner stationärer Einrichtungen deshalb hier mit 46% / 72% / 95% für die Pflegestufen I / II / III angesetzt. Da für Bewohner, die als Härtefälle anerkannt sind, keine differenzierten Quoten vorliegen, kommt bei diesen ebenfalls eine PEA-Quote von 95% zum Einsatz.

II.2 Ist-Ergebnisse: SPV-Leistungsausgaben



II.3 Vergleich von Modellrechnung und Ist-Ergebnissen



II.3 Vergleich von Modellrechnung und Ist-Ergebnissen

- Bei vollstationärer Pflege stimmen Modellrechnung und Ist-Ergebnisse überein.
- Die tatsächlichen Pflegesachleistungsausgaben steigen weniger als die modellierten. Höhere Leistungsansprüche werden stattdessen als Pflegegeld bezogen
 - Altes Arrangement hat sich bewährt (z.B. Kombileistungsempfänger)
 - Mehrangebot für ambulante Leistungen ist nicht vorhanden
- Durch stärkere Nutzung von Pflegegeld reduzieren sich die Mehrausgaben gegenüber der Modellrechnung.

Inhalt

- I. Entlastungseffekte für die Pflegebedürftigen
- II. Mehrausgaben für die Pflegeversicherung
- III. Effekte auf die Versorgungsstrukturen**
- IV. Regionaleffekte bei den Heimentgelten
- V. Verbleibender Reformbedarf

III. Struktureffekte: Begutachtungsstatistik

Ergebnisse der Pflegebegutachtung

		Anzahl	nicht pflegebedürftig	Stufe 0	Stufe I	Stufe II	Stufe III	
ambulant	2016	1.335.207	308.742	96.231	553.329	278.001	98.904	
stationär	2016	306.633	42.929	23.611	134.919	80.031	25.144	
Gesamt	2016	1.641.840	351.670	119.842	688.248	358.032	124.048	

		Anzahl	nicht pflegebedürftig	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
ambulant	1. Quartal 2018	447.426	51.007	79.642	148.545	104.250	46.980	17.002
stationär	1. Quartal 2018	71.028	1.064	1.348	8.373	21.926	24.267	14.049
Gesamt	1. Quartal 2018	518.454	52.071	80.990	156.918	126.176	71.247	31.052

Quelle: Begutachtungsstatistik des MDS

III. Struktureffekte

		Anzahl	nicht pflegebedürftig	Stufe 0	Stufe I	Stufe II	Stufe III	
ambulant	2016	1.335.207	23,1%	7,2%	41,4%	20,8%	7,4%	
stationär	2016	306.633	14,0%	7,7%	44,0%	26,1%	8,2%	
Gesamt	2016	1.641.840	21,4%	7,3%	41,9%	21,8%	7,6%	
		Anzahl	nicht pflegebedürftig	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
ambulant	1. Quartal 2018	447.426	11,4%	17,8%	33,2%	23,3%	10,5%	3,8%
stationär	1. Quartal 2018	71.028	1,5%	1,9%	11,8%	30,9%	34,2%	19,8%
Gesamt	1. Quartal 2018	518.454	10,0%	15,6%	30,3%	24,3%	13,7%	6,0%

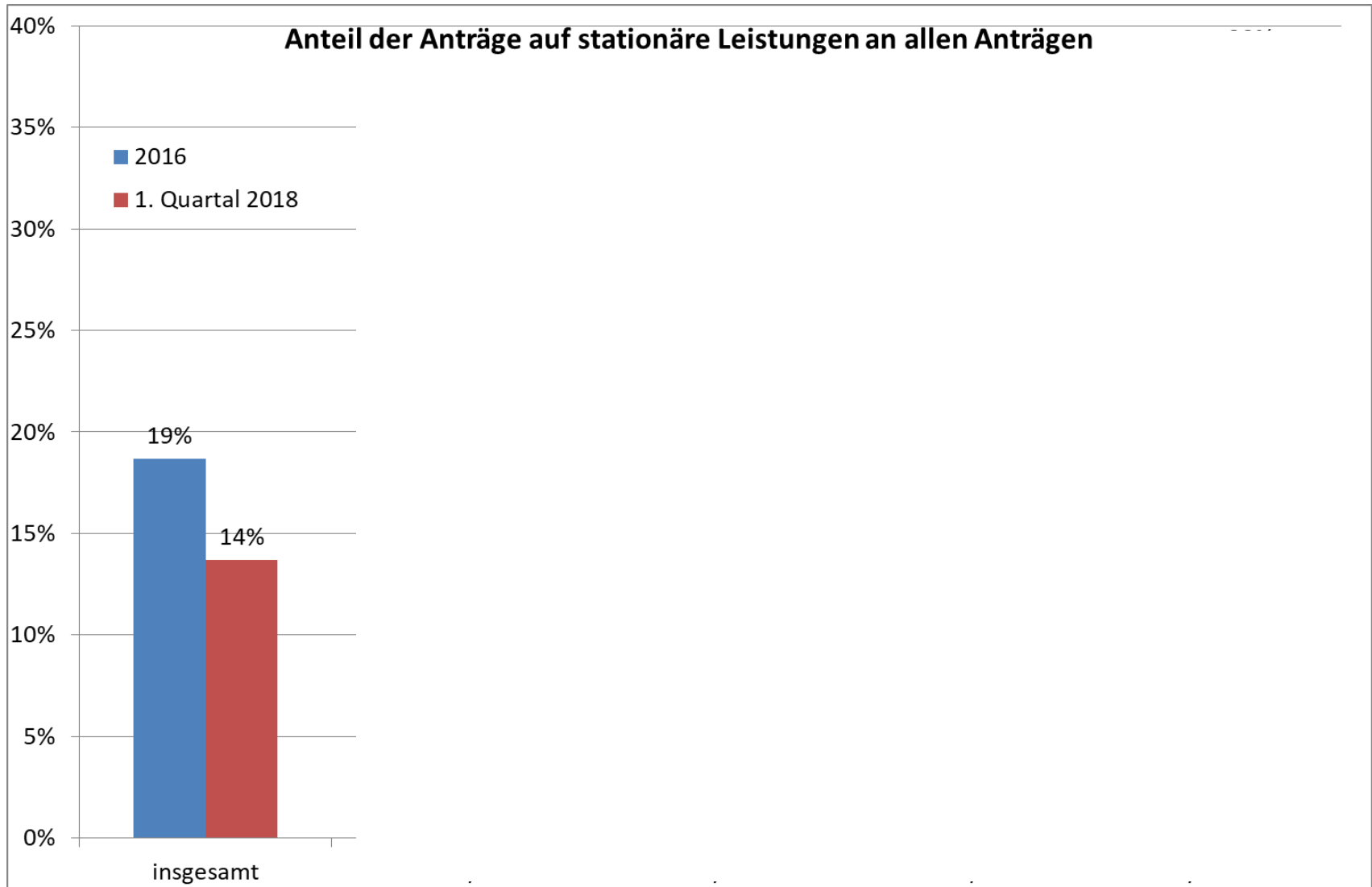
- Anteil der abgelehnten Anträge geht deutlich zurück
 - Trotz höherem Anteil an Wiederholungsgutachten: Neues Begutachtungsinstrument ist großzügiger

III. Struktureffekte

		Anzahl	nicht pflegebedürftig	Stufe 0	Stufe I	Stufe II	Stufe III	
ambulant	2016	1.335.207	23,1%	7,2%	41,4%	20,8%	7,4%	
stationär	2016	306.633	14,0%	7,7%	44,0%	26,1%	8,2%	
Gesamt	2016	1.641.840	21,4%	7,3%	41,9%	21,8%	7,6%	
		Anzahl	nicht pflegebedürftig	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
ambulant	1. Quartal 2018	447.426	11,4%	17,8%	33,2%	23,3%	10,5%	3,8%
stationär	1. Quartal 2018	71.028	1,5%	1,9%	11,8%	30,9%	34,2%	19,8%
Gesamt	1. Quartal 2018	518.454	10,0%	15,6%	30,3%	24,3%	13,7%	6,0%

- Anteil der abgelehnten Anträge geht deutlich zurück
 - Trotz höherem Anteil an Wiederholungsgutachten: Neues Begutachtungsinstrument ist großzügiger
- Anteil der Anträge auf stationäre Leistungen ist rückläufig

III. Struktureffekte

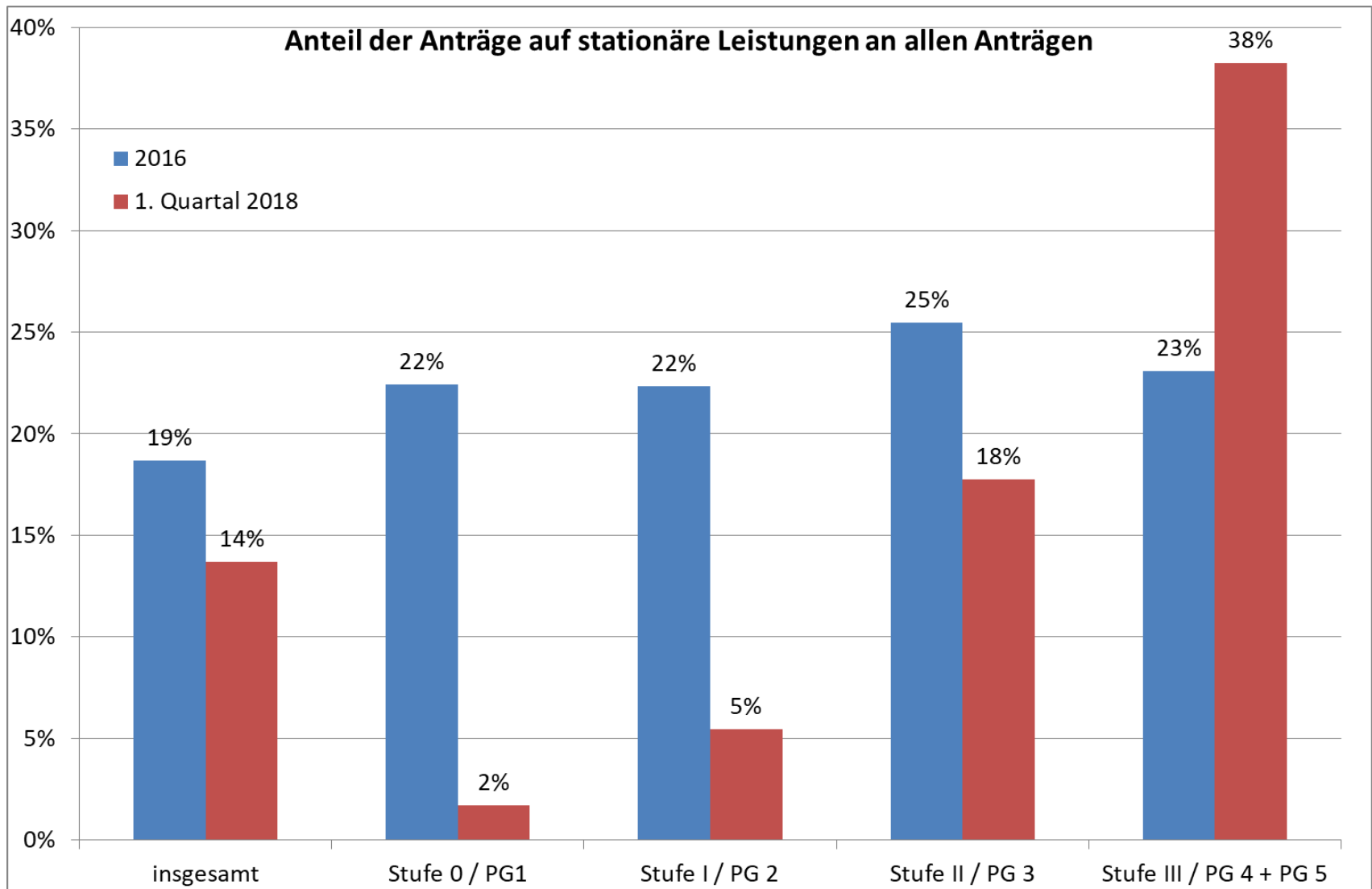


III. Struktureffekte

		Anzahl	nicht pflegebedürftig	Stufe 0	Stufe I	Stufe II	Stufe III	
ambulant	2016	1.335.207	23,1%	7,2%	41,4%	20,8%	7,4%	
stationär	2016	306.633	14,0%	7,7%	44,0%	26,1%	8,2%	
Gesamt	2016	1.641.840	21,4%	7,3%	41,9%	21,8%	7,6%	
		Anzahl	nicht pflegebedürftig	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
ambulant	1. Quartal 2018	447.426	11,4%	17,8%	33,2%	23,3%	10,5%	3,8%
stationär	1. Quartal 2018	71.028	1,5%	1,9%	11,8%	30,9%	34,2%	19,8%
Gesamt	1. Quartal 2018	518.454	10,0%	15,6%	30,3%	24,3%	13,7%	6,0%

- Zahl der abgelehnten Anträge geht deutlich zurück
 - Trotz höherem Anteil an Wiederholungsgutachten: Neues Begutachtungsinstrument ist großzügiger
- Anteil der Anträge auf stationäre Leistungen ist rückläufig
- Anteil der Anträge auf stationäre Pflege wächst jetzt – aber nicht vorher – mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit

III. Struktureffekte



III. Struktureffekte

Schlussfolgerungen:

- Großzügiges BI kann dazu führen, dass Vorausberechnungen zur Zahl der Pflegebedürftigen zu niedrig sind.
- Geringeres Wachstum bei den Sachleistungen kann Indiz für fehlende (personelle) Kapazitäten sein.
- Pflegeheime werden noch stärker als bisher von Schwerstpflegebedürftigen belegt
 - Notwendige Anpassung von Versorgungskonzepten
 - Höherer Personalbedarf
 - Steigende Eigenanteile

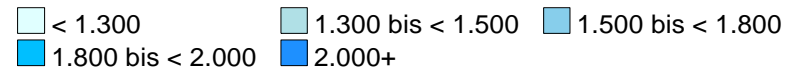
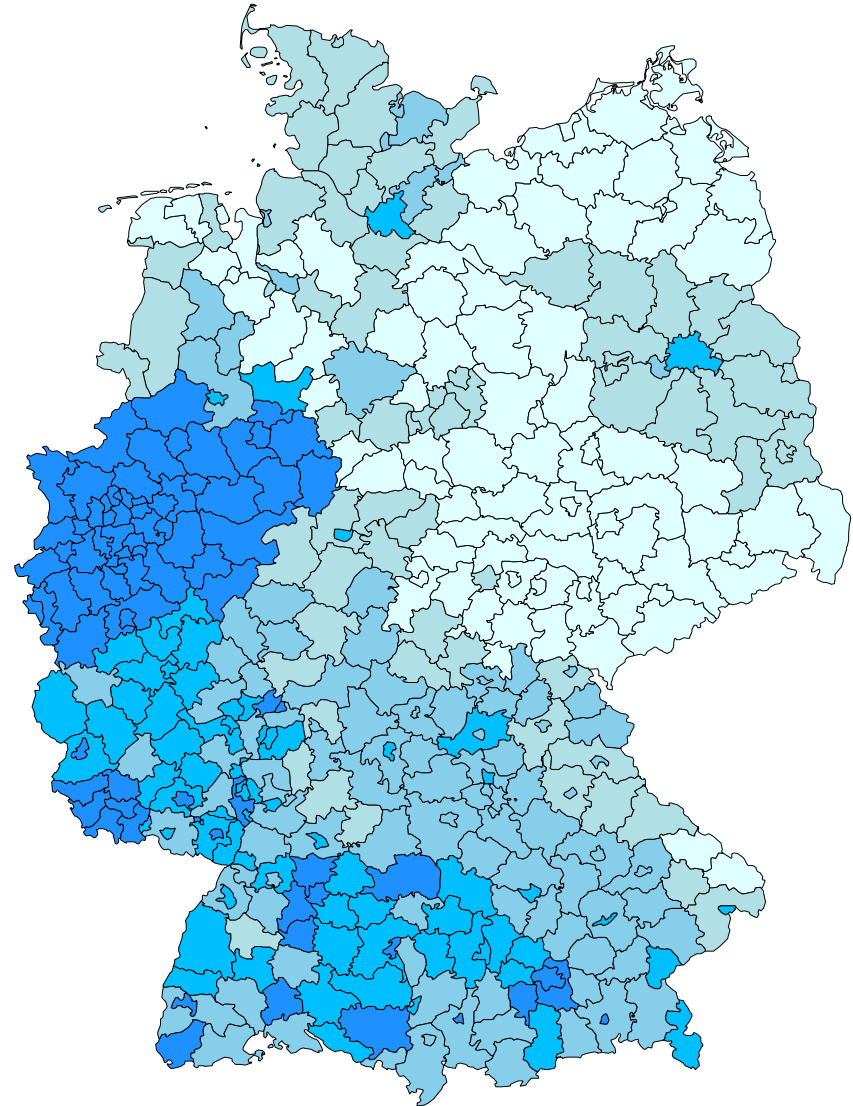
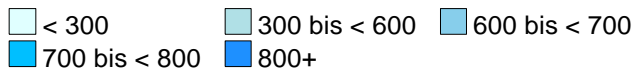
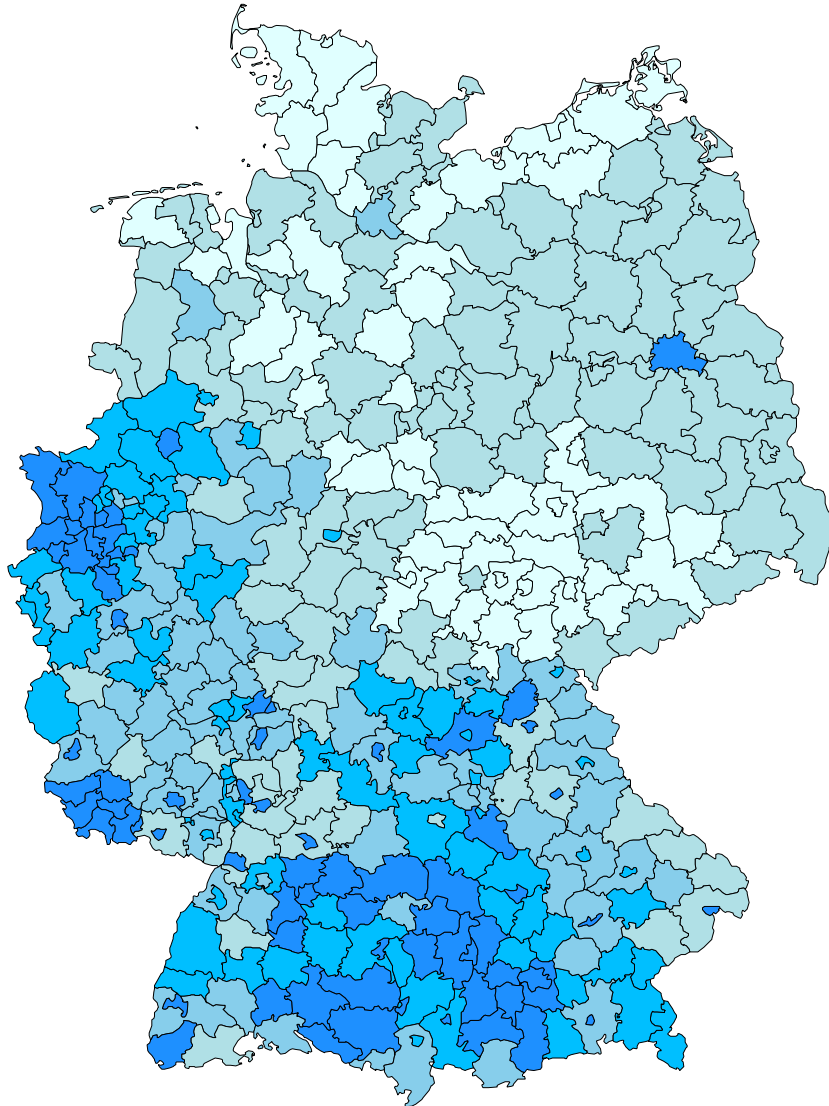
Inhalt

- I. Entlastungseffekte für die Pflegebedürftigen
- II. Mehrausgaben für die Pflegeversicherung
- III. Effekte auf die Versorgungsstrukturen
- IV. Regionaleffekte bei den Heimentgelten**
- V. Verbleibender Reformbedarf

IV. Eigenanteile bei Heimpflege

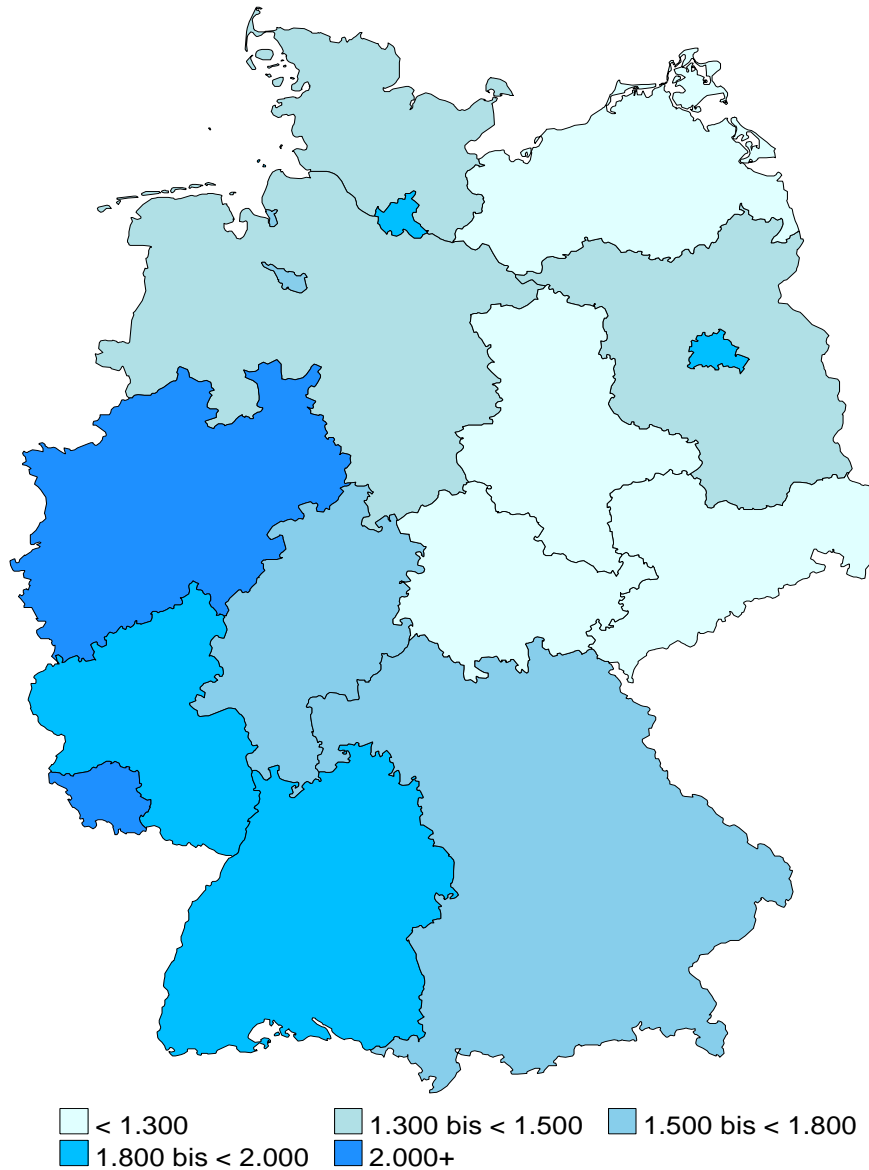
Durchschnittliche einrichtungseinheitliche Eigenanteile (EEE)

Durchschnittliche EEE inkl. Unterkunft, Verpflegung, Investitionskosten

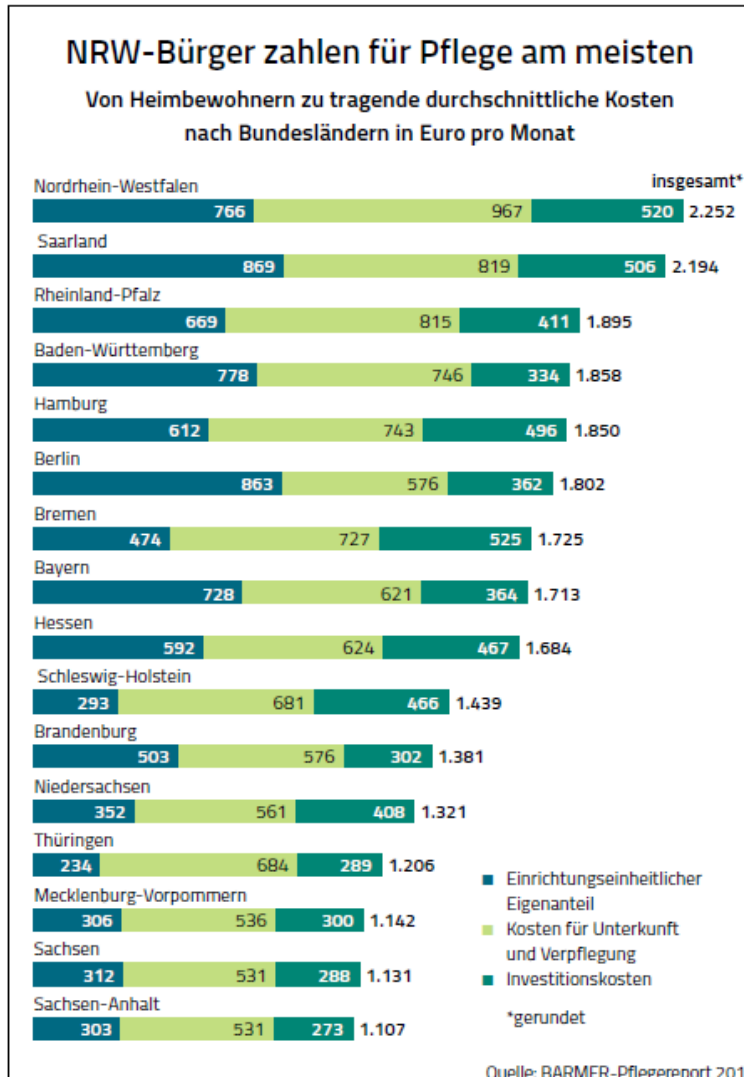


IV. Eigenanteile bei Heimpflege

Durchschnittliche EEE inkl. Unterkunft, Verpflegung, Investitionskosten



IV. Eigenanteile bei Heimpflege



- Thüringen weist den geringsten EEE auf.
- Aufgrund höherer „Hotelkosten“ liegt das Land hinsichtlich des Gesamteigenanteil auf dem 13. Rang
- Nachrichtlich Bund:
 - EEE: 587
 - UV: 703
 - IK: 401
 - Summe 1.691

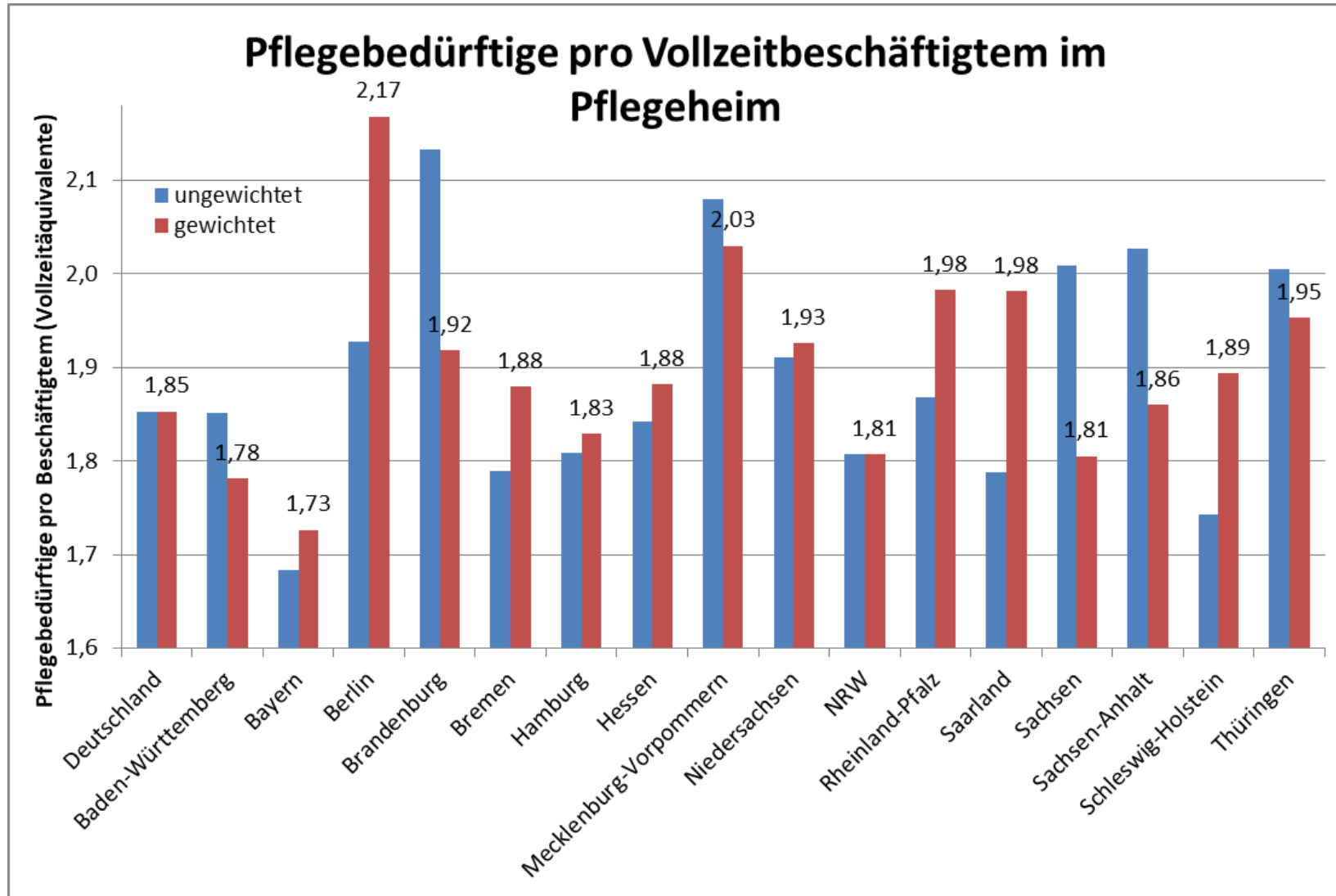
Inhalt

- I. Entlastungseffekte für die Pflegebedürftigen
- II. Mehrausgaben für die Pflegeversicherung
- III. Effekte auf die Versorgungsstrukturen
- IV. Regionaleffekte bei den Heimentgelten
- V. Verbleibender Reformbedarf**
 1. Personalbemessung
 2. Folgekosten für Pflegebedürftige und Reformoptionen
 3. Fazit

V.1 Ausgangslage: Personalausstattung

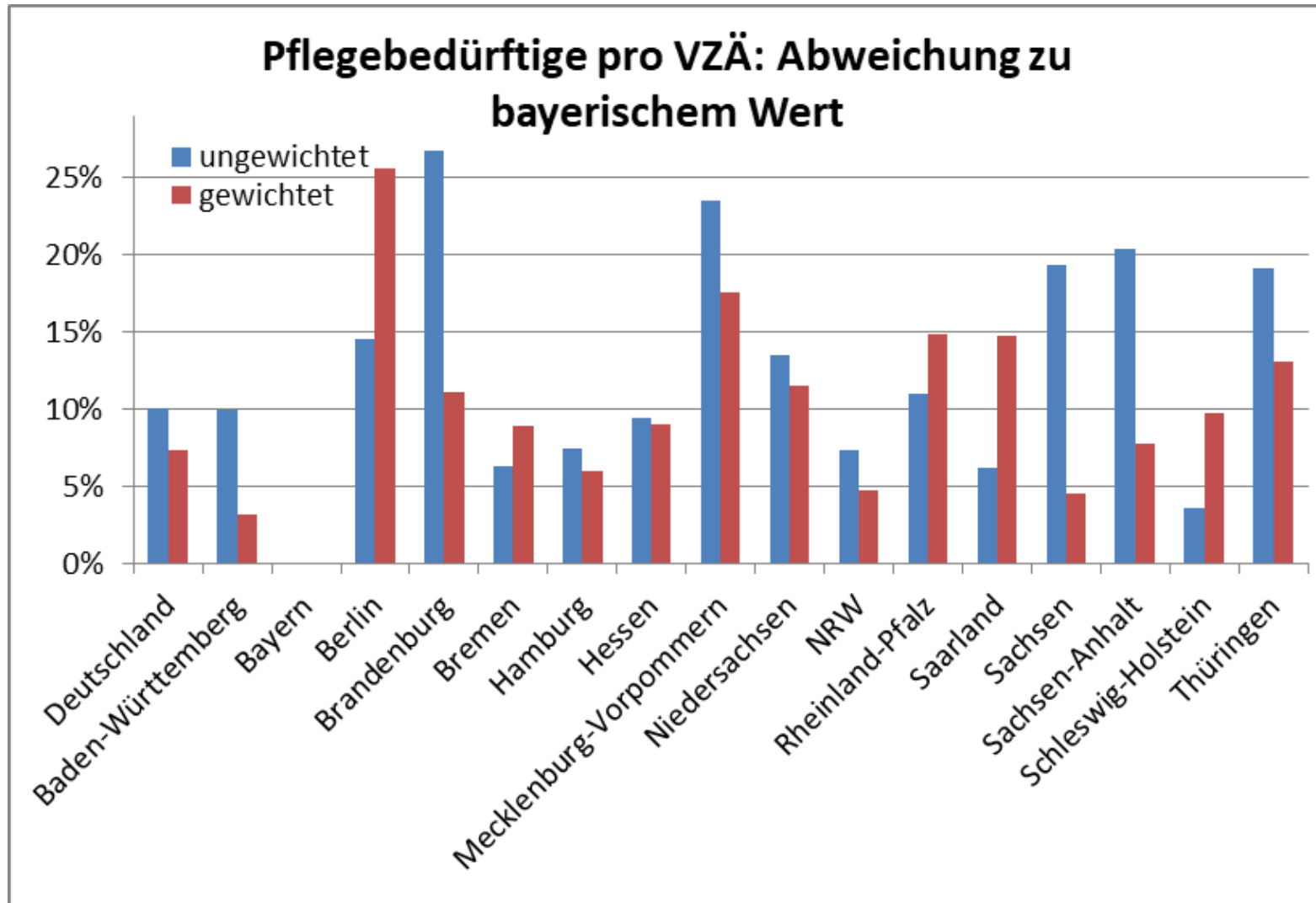
- Personalziffern zwischen den Ländern unterscheiden sich erheblich → ohne nachvollziehbare Begründung

V.1 Ausgangslage: Personalausstattung



Quelle:
Pflege-
statistik
2015

V.1 Ausgangslage: Personalausstattung



Quelle:
Pflege-
statistik
2015

V.1 Ausgangslage: Personalausstattung

- Personalziffern zwischen den Ländern unterscheiden sich erheblich → ohne nachvollziehbare Begründung
- Personalausstattung wird durchgängig als zu niedrig beschrieben
 - Fachgerechte Pflege gilt als gefährdet
 - Schlechte Arbeitsbedingungen sind der Hauptgrund für Ausscheiden aus dem Pflegeberuf
 - Pflegenotstand wird verschärft

V.1 Ausgangslage: Personalbemessungsverfahren

- Personalziffern zwischen den Ländern unterscheiden sich erheblich → ohne nachvollziehbare Begründung
- Personalausstattung wird durchgängig als zu niedrig beschrieben
- Seit mehr als 20 Jahren wird ein Personalbemessungsverfahren gefordert – bislang erfolglos
 - Scheitern von PLAISIR Anfang des Jahrhunderts hat die Debatte für mehr als 10 Jahre zurückgeworfen
 - Wenn dieser Anlauf jetzt scheitern sollte, ist mit einer ähnlichen Entwicklung zu rechnen
 - Wenn wir ein Personalbemessungsverfahren wollen, müssen wir diesmal erfolgreich sein

V.1 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

V.1 Gesetzesauftrag des 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.
 - Einheitliches Verfahren impliziert nicht bundeseinheitliche Personalziffern, da Länderspezifika zu berücksichtigen sind
- 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
 - Einführung kann nicht durch Bundesgesetzgeber verordnet werden. Hier sind auch die Länder gefragt

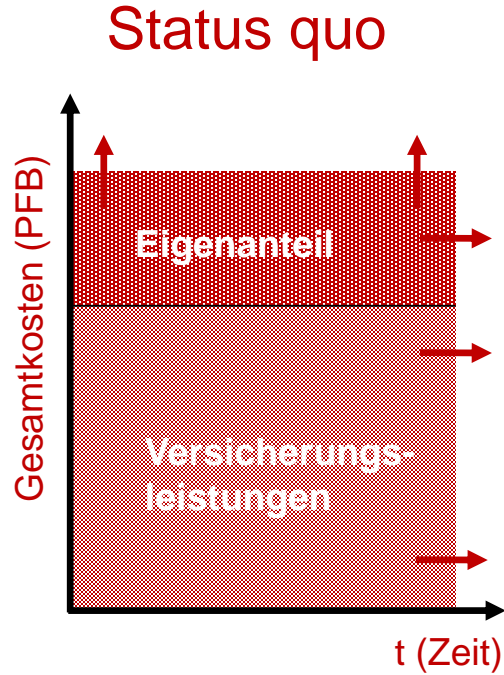
V.2 Folgekosten für die Pflegebedürftigen

- Derzeit beträgt der Eigenanteil in Pflegeheimen durchschnittlich
 - 600 Euro für die pflegebedingten Kosten
 - 1.700 Euro insgesamt
(Pflegesatz + Unterkunft & Verpflegung + Interventionskosten)
 - Jede Lohnsteigerung, jede Verbesserung der Personalschlüssel wird zu 100% von den Pflegebedürftigen finanziert
 - Da entsprechende Mehrbelastungen kaum vermittelbar sind, wirkt diese Art der Finanzierung jeder Qualitätssteigerung entgegen
- Veränderung der Finanzierungsregeln sind notwendig

V.2 Reformoptionen

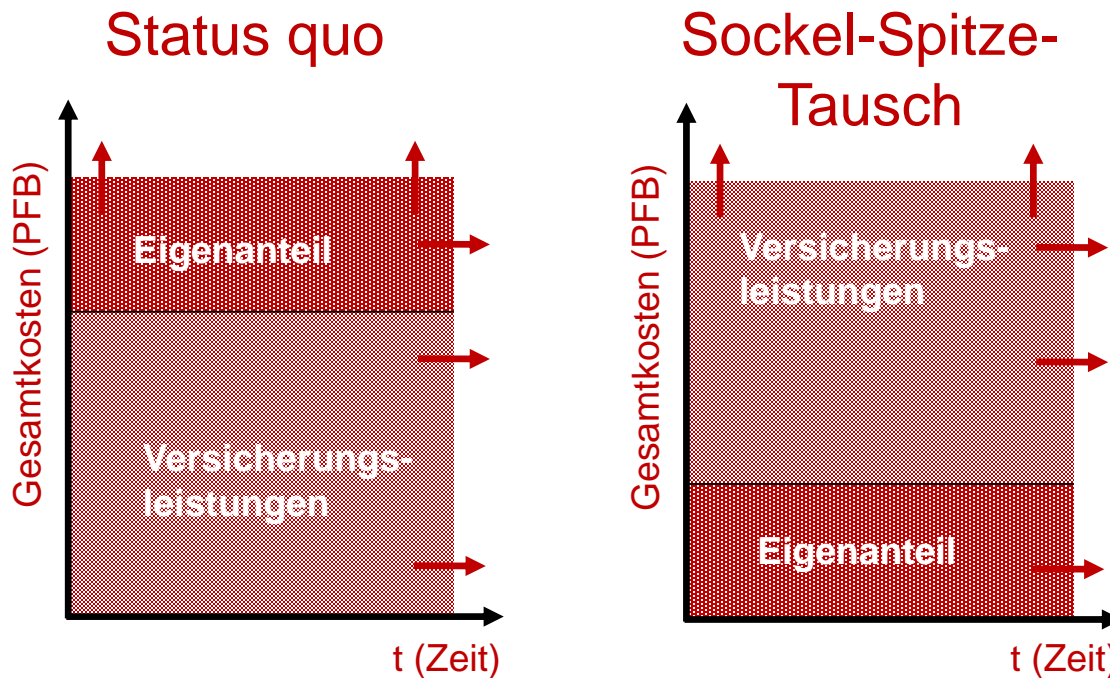
- Diskretionäre Reformoption
 - Einmalige Anpassung der Leistungssätze (§ 43 SGB XI) bei Einführung eines Personalbemessungsverfahrens und
 - Regelgebundene Leistungsdynamisierung zum Ausgleich von Lohn- und Gehaltssteigerungen
- Systematische Reformoption: Umwandlung der Pflege*teil*kostenversicherung in eine *Vol*lversicherung mit Sockelbetrag

V.2 Reformszenario Vollversicherung mit Sockelbetrag



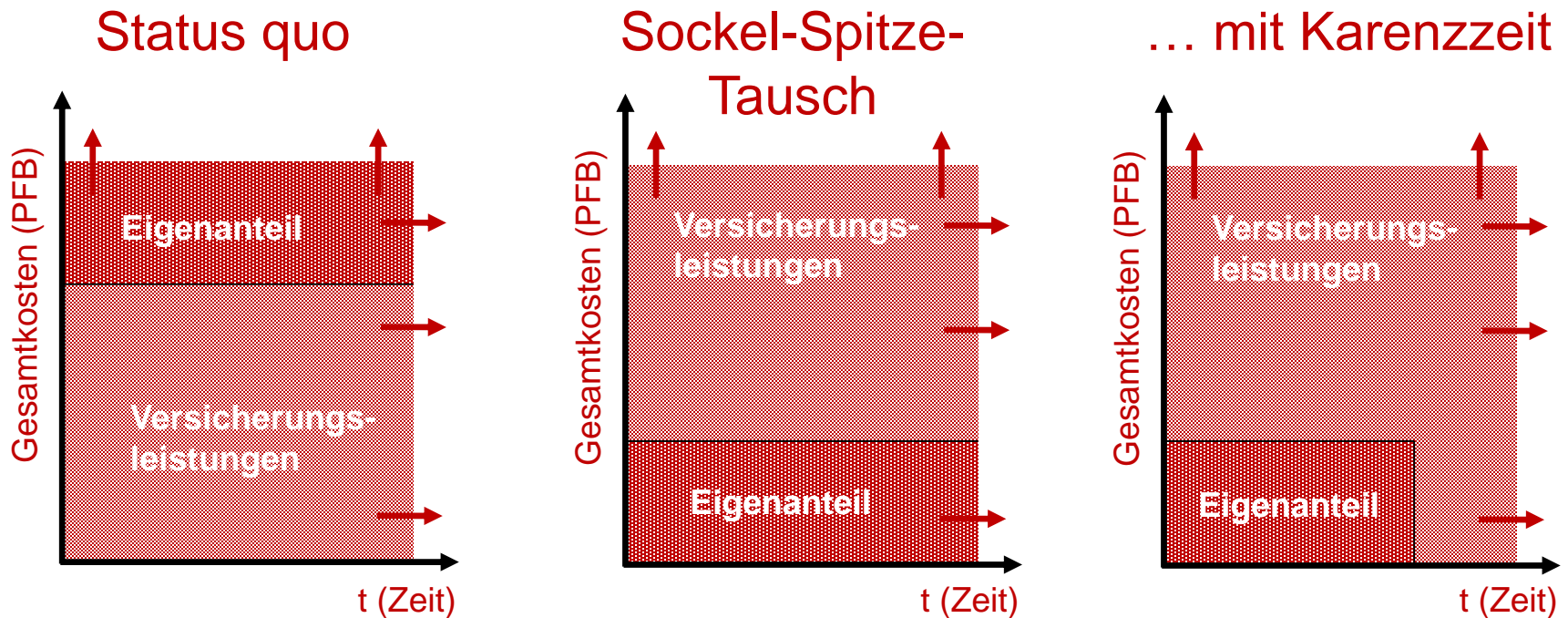
V.2 Reformszenario Vollversicherung mit Sockelbetrag

- Grundidee: Austausch von Finanzierungssockel und Finanzierungsspitze



V.2 Reformszenario Vollversicherung mit Sockelbetrag

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



V.3 Fazit

1. Die Personalausstattung in Pflegeheimen differiert derzeit regional stark – ohne fachliche Rechtfertigung
2. Zu geringe Personalbesetzungen sind der wichtigste Grund für Berufsausstiege und damit mitverantwortlich für den Personalnotstand
3. Ein einheitliches Personalbemessungsverfahren kann hier Abhilfe schaffen.
4. Personalbemessungsverfahren bergen auch Risiken in sich. Starre Vorgaben sollten zugunsten von Korridorlösungen und Flexibilisierungen (Professionenmix) verhindert werden
5. Ein Personalbemessungsverfahren wird Mitte 2020 zur Verfügung stehen – allerdings muss es dann eingeführt werden. Hierzu ist der politische Wille entscheidend.

V.3 Fazit

6. Erhöhungen der Personalausstattung und Lohnsteigerungen belasten derzeit ausschließlich die Pflegebedürftigen. Mindestens müssen die Versicherungsleistungen bei Einführung eines Personalbemessungsverfahrens angehoben und eine Dynamisierung in Abhängigkeit von der Lohnentwicklung eingeführt werden.
7. Besser noch ist die Umwandlung der Pflegeanteilversicherung in eine Vollversicherung mit Sockelbetrag.

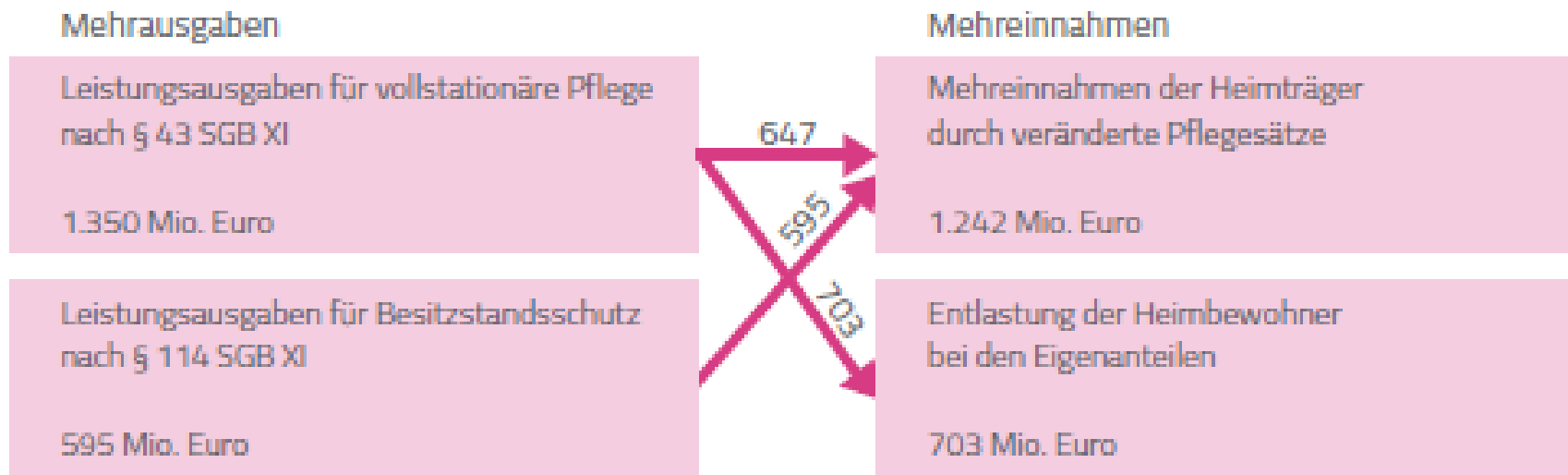
Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Ich freue mich auf Ihre Fragen!

I.2 Entlastung der Heimbewohner

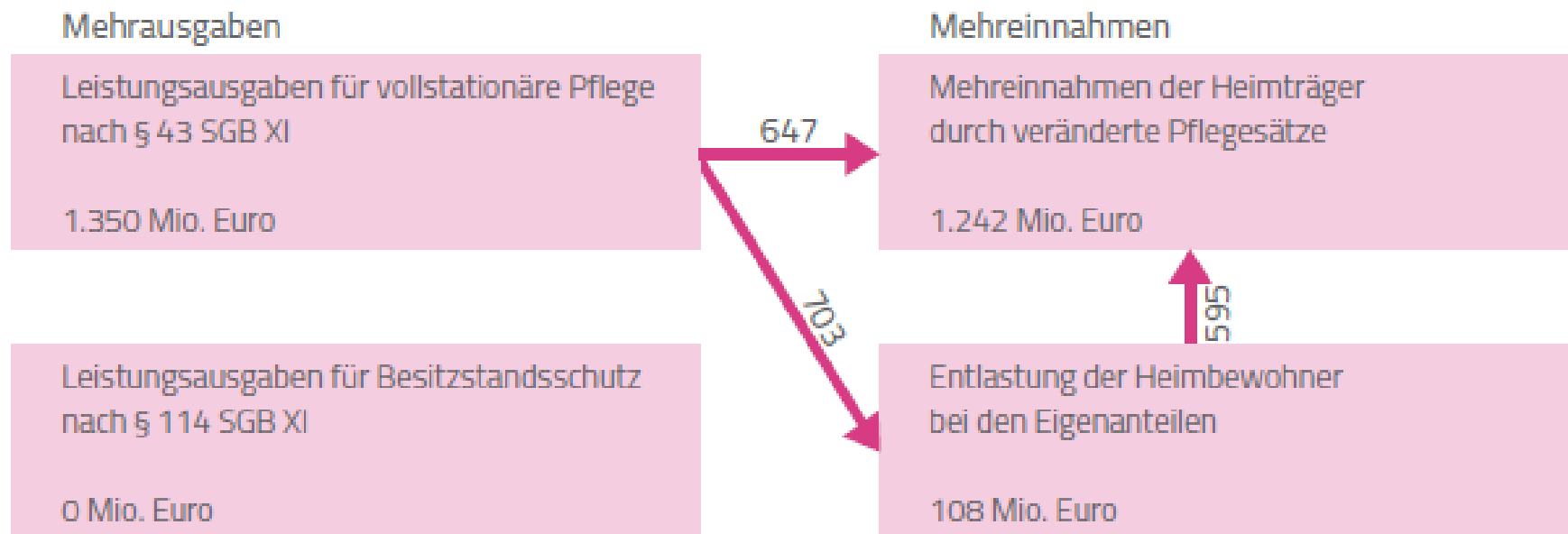
Die Abbildung 1.13 zeigt die auf diesen Zahlen beruhenden Zahlungsströme für Szenario 1, bei dem alle Heimbewohner Altfälle sind und unter den Besitzstandsschutz fallen.

Abbildung 1.13: Zahlungsströme durch die Umstellung gemäß Szenario 1



I.2 Entlastung der Heimbewohner

Abbildung 1.14: Zahlungsströme durch die Umstellung gemäß Szenario 3

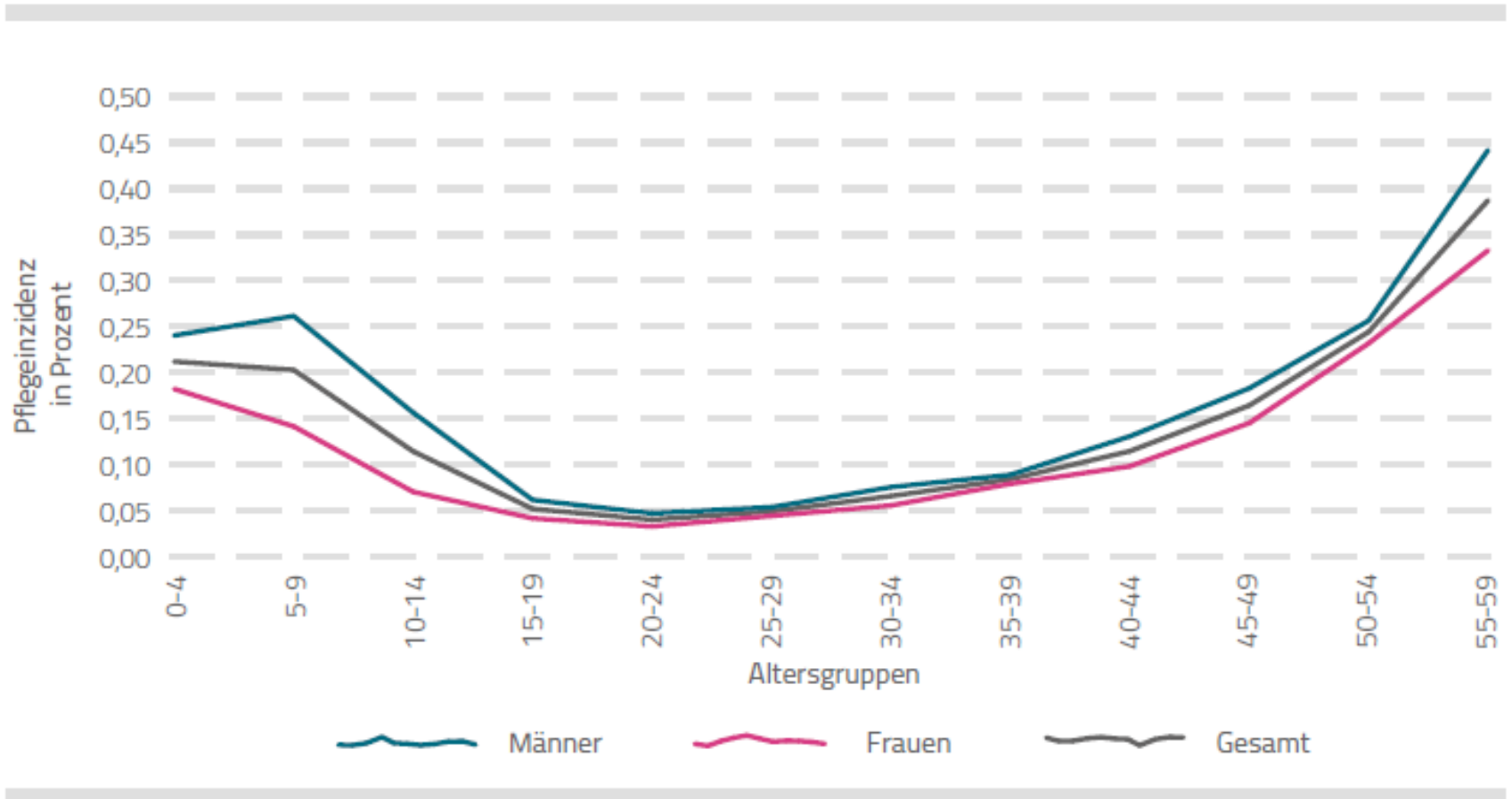


II.1 Pflegeverläufe junger Pflegebedürftiger

- Die Pflegeinzidenzen junger Pflegebedürftiger verlaufen „U-förmig“: nach hohen Raten bei Kindern gehen die Raten bei Jugendlichen wieder zurück

II.1 Inzidenzraten junger Pflegebedürftiger

Abbildung 2.11: Pflegeinzidenz in den unteren Altersgruppen nach Geschlecht im Jahr 2016



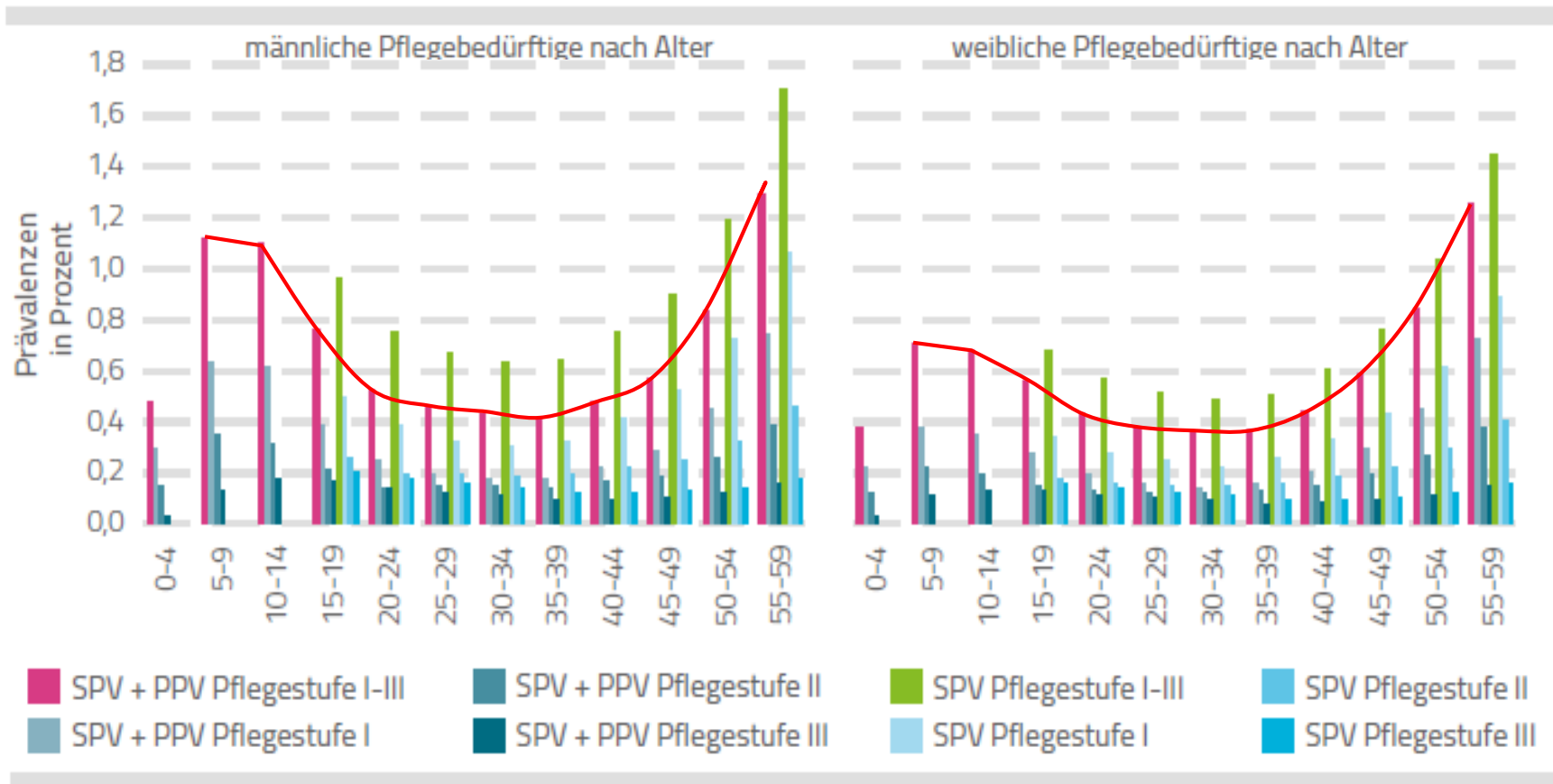
Quelle: BARMER-Daten

II.1 Pflegeverläufe junger Pflegebedürftiger

- Die Pflegeinzidenzen junger Pflegebedürftiger verlaufen „U-förmig“: nach hohen Raten bei Kindern gehen die Raten bei Jugendlichen wieder zurück
- Aber auch Prävalenzen junger Pflegebedürftiger verlaufen „U-förmig“

II.1 Prävalenzraten junger Pflegebedürftiger

Abbildung 2.35: Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit nach Altersgruppen, Geschlecht und Zugehörigkeit zur SPV oder PPV im Jahr 2015

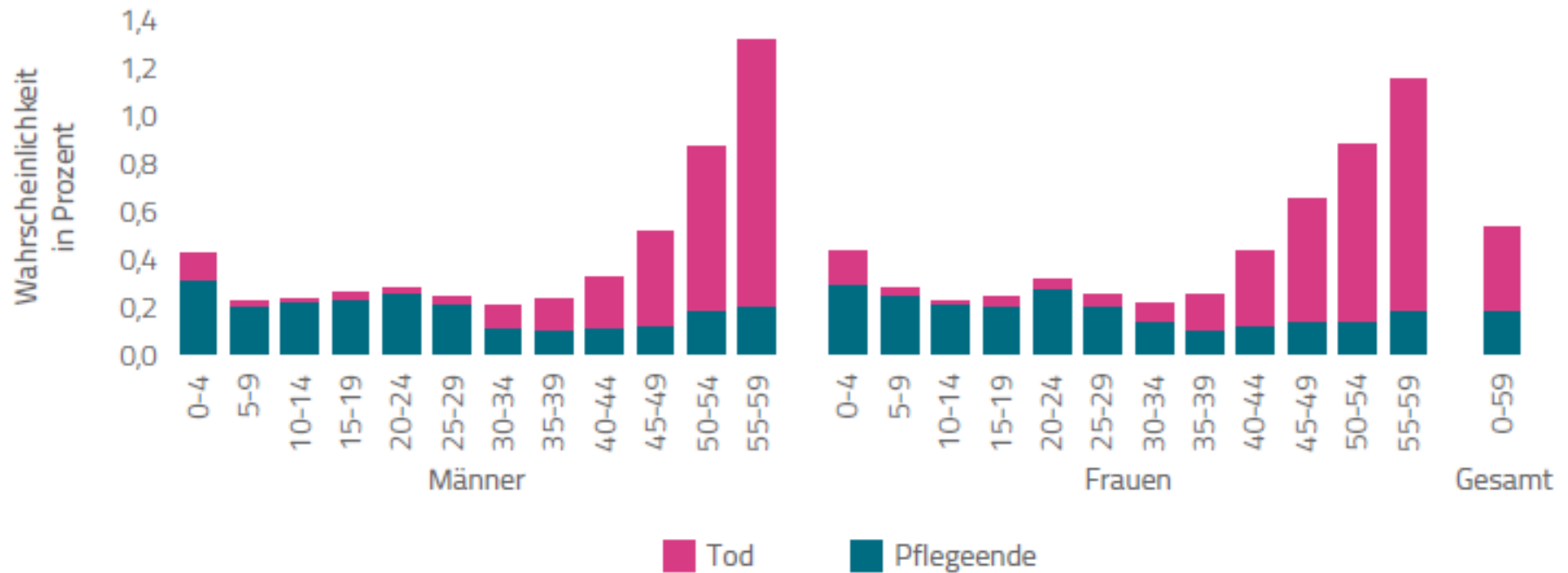


II.1 Pflegeverläufe junger Pflegebedürftiger

- Die Pflegeinzidenzen junger Pflegebedürftiger verlaufen „U-förmig“: nach hohen Raten bei Kindern gehen die Raten bei Jugendlichen wieder zurück
- Aber auch Prävalenzen junger Pflegebedürftiger verlaufen „U-förmig“
→ Was passiert mit pflegebedürftigen Kindern, wenn sie älter werden? Versterben sie oder endet die Pflegebedürftigkeit?
- Für einen größeren Teil pflegebedürftiger Kinder endet die Pflegebedürftigkeit im Jugendalter.

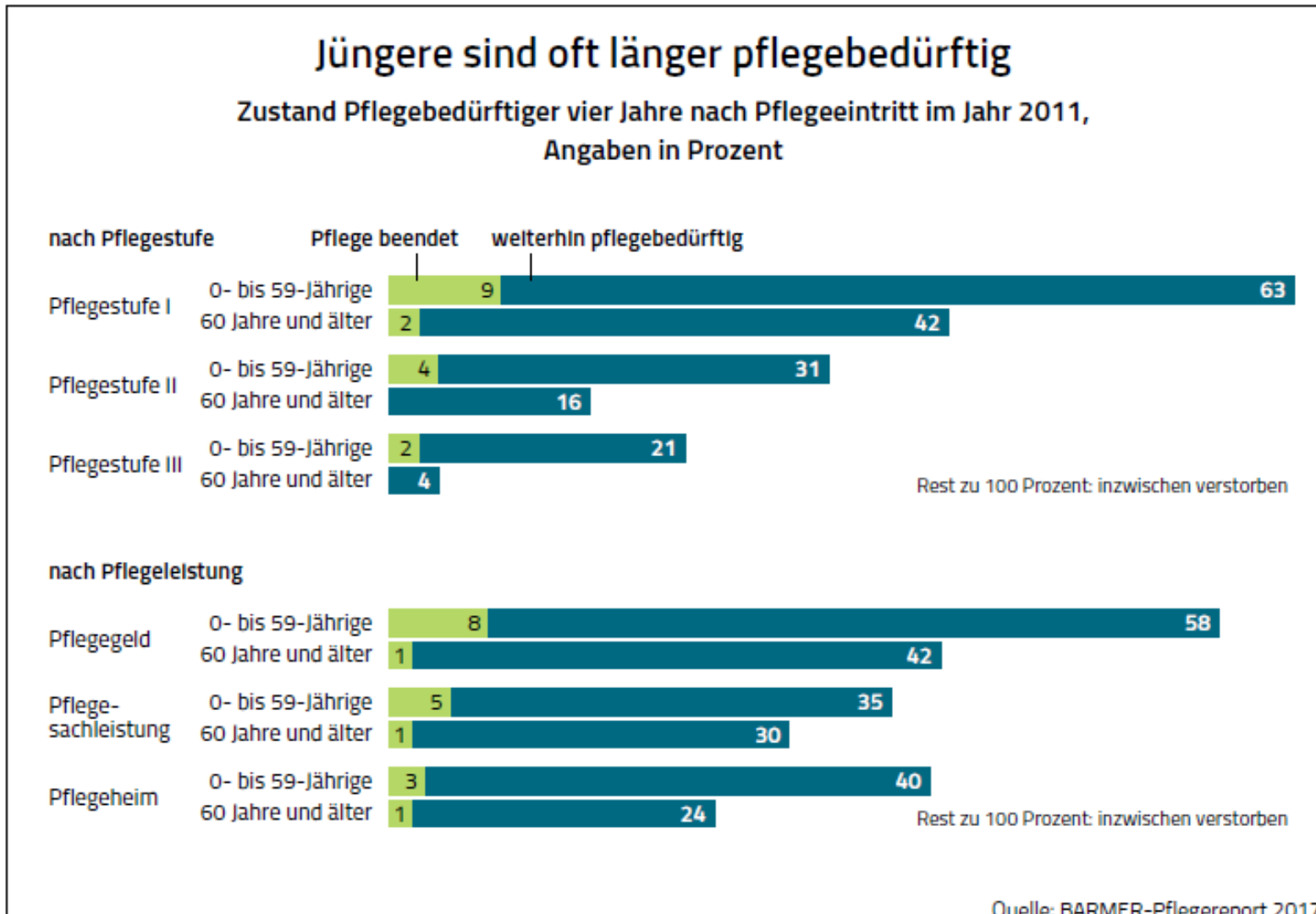
II.1 Beendigung von Pflege vs. Tod

Abbildung 3.29: Wahrscheinlichkeit, im nächsten Monat verstorben zu sein oder aus dem Leistungsbezug ausgetreten zu sein



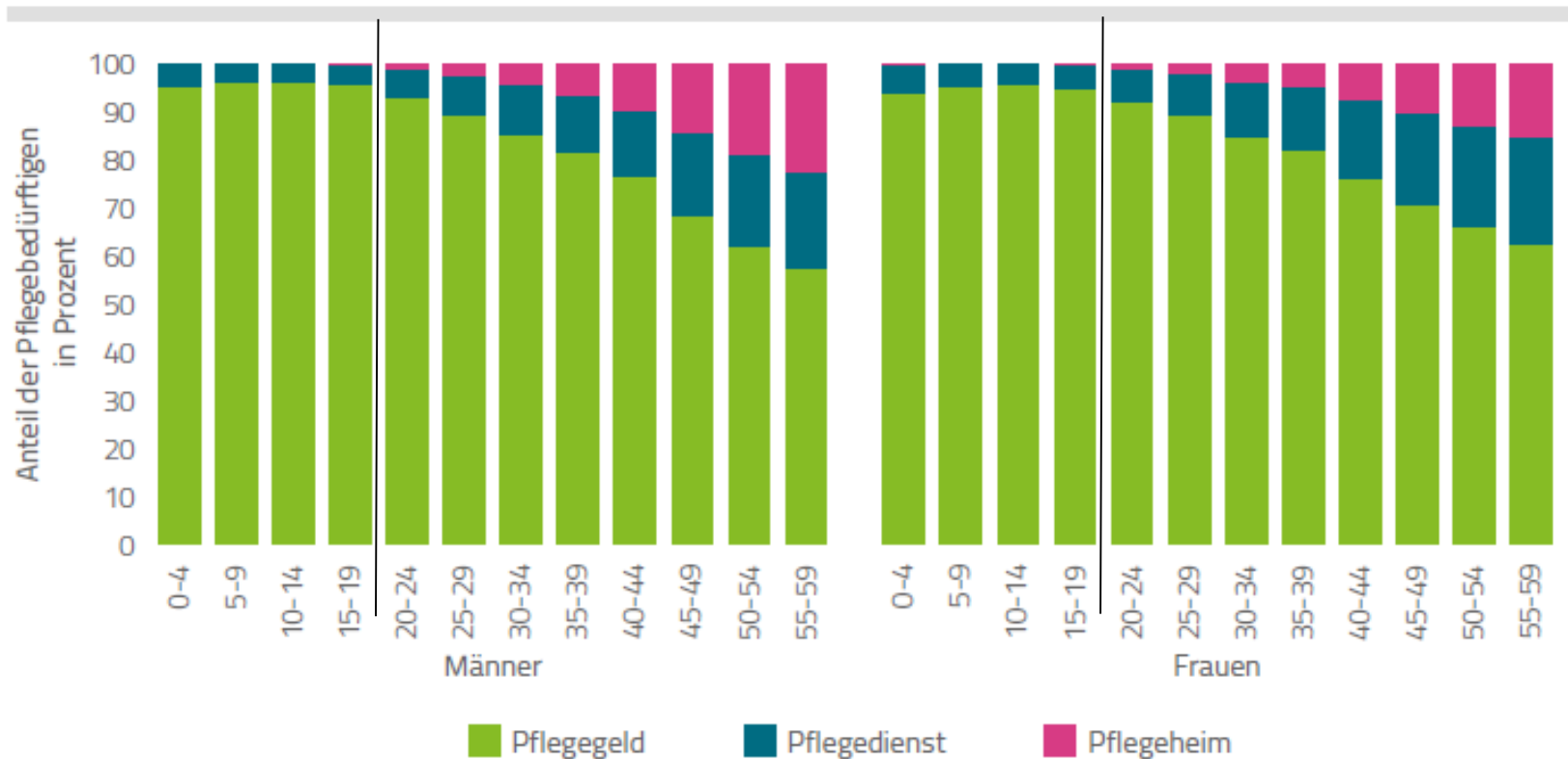
Quelle: BARMER-Daten, hochgerechnet auf die Bevölkerung der Bundesrepublik 2011 bis 2015
Anmerkung: ohne Monate mit nachfolgendem Kassenwechsel

II.1 Beendigung von Pflege vs. Tod



II.2 Versorgungsformen junger Pflegebedürftiger

Abbildung 3.3: Verteilung der Leistungsarten bei jungen Pflegebedürftigen nach Altersgruppe und Geschlecht 2015

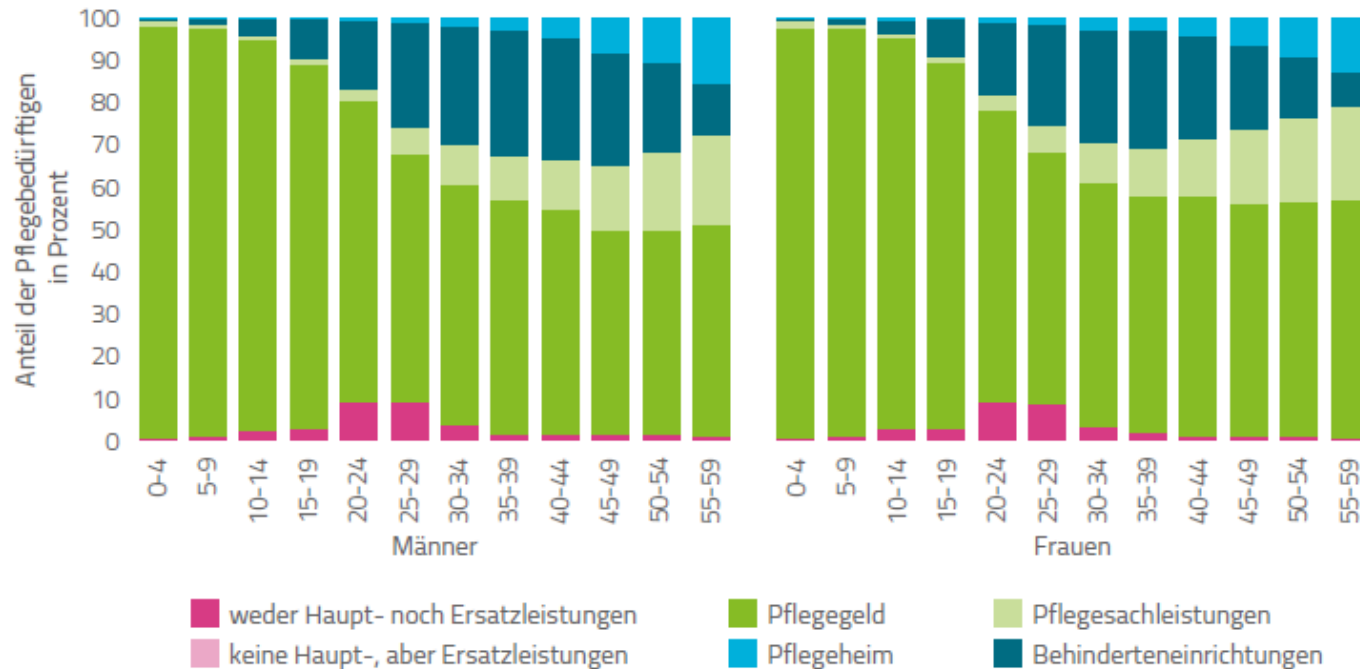


Quelle: Standardtabellen zur Pflegestatistik 2015

Anmerkung: Als Pflegedienst wird auch die Verhinderungspflege erfasst; unter Pflegeheim wird hier sowohl die Dauerpflege als auch die Kurzzeitpflege gefasst.

II.2 Versorgungsformen junger Pflegebedürftiger

Abbildung 3.4: Verteilung der Leistungsarten bei jungen Pflegebedürftigen nach Altersgruppe und Geschlecht 2016 (inklusive Pflege in Behinderteneinrichtungen)

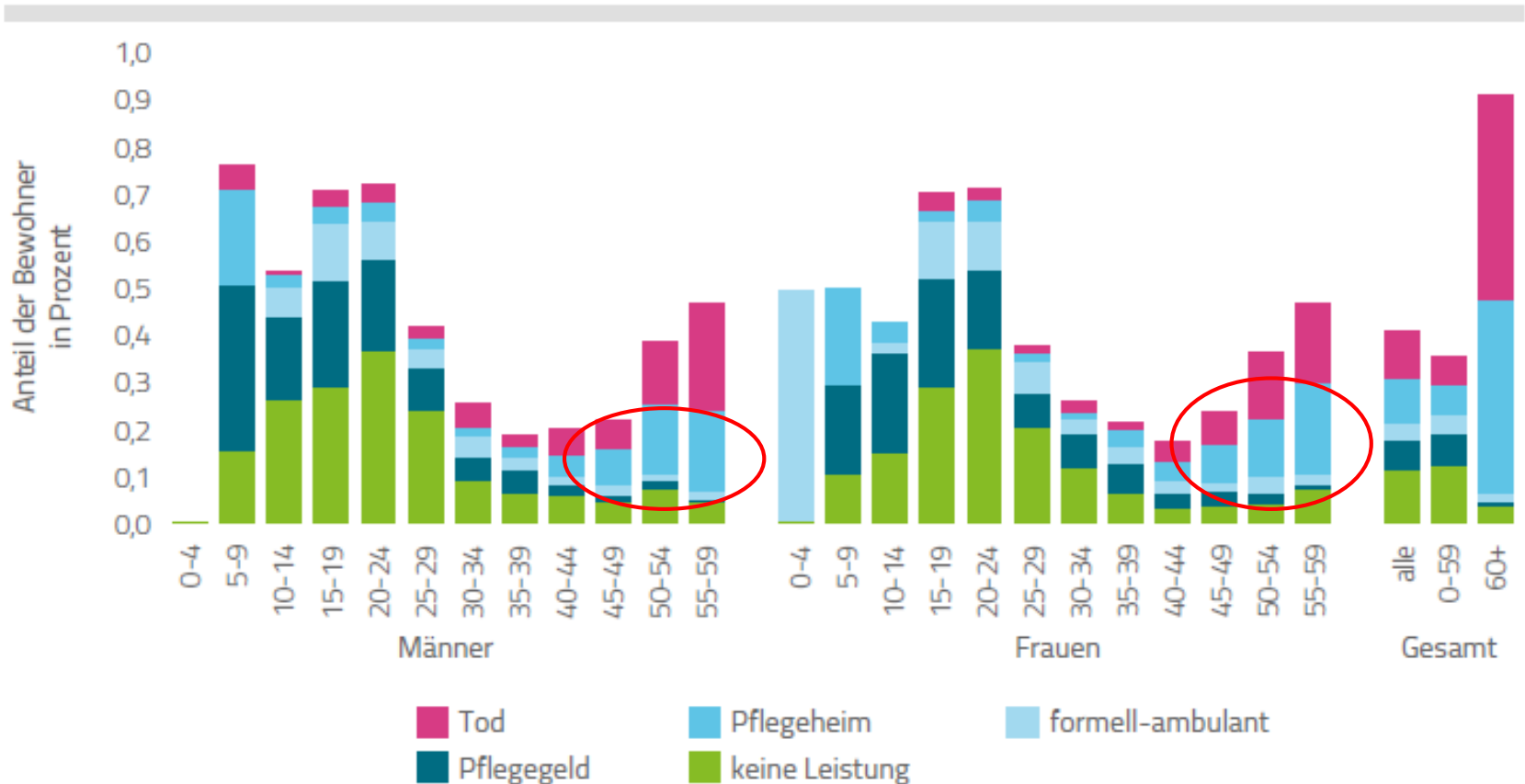


Quelle: BARMER-Daten 2016

Anmerkung: Unter Pflegedienst wird die Verhinderungspflege hier nicht erfasst; unter Pflegeheim ist nur die Dauerpflege und nicht die Kurzzeitpflege gefasst.

II.2 Versorgungsformen junger Pflegebedürftiger

Abbildung 3.40: Anteil der Bewohner von Behinderteneinrichtungen eines Monats mit einem Wechsel im Folgemonat in ein anderes Pflegearrangement



Quelle: BARMER-Daten 2011 bis 2015

II.4 Bewertung verschiedener Wohnformen

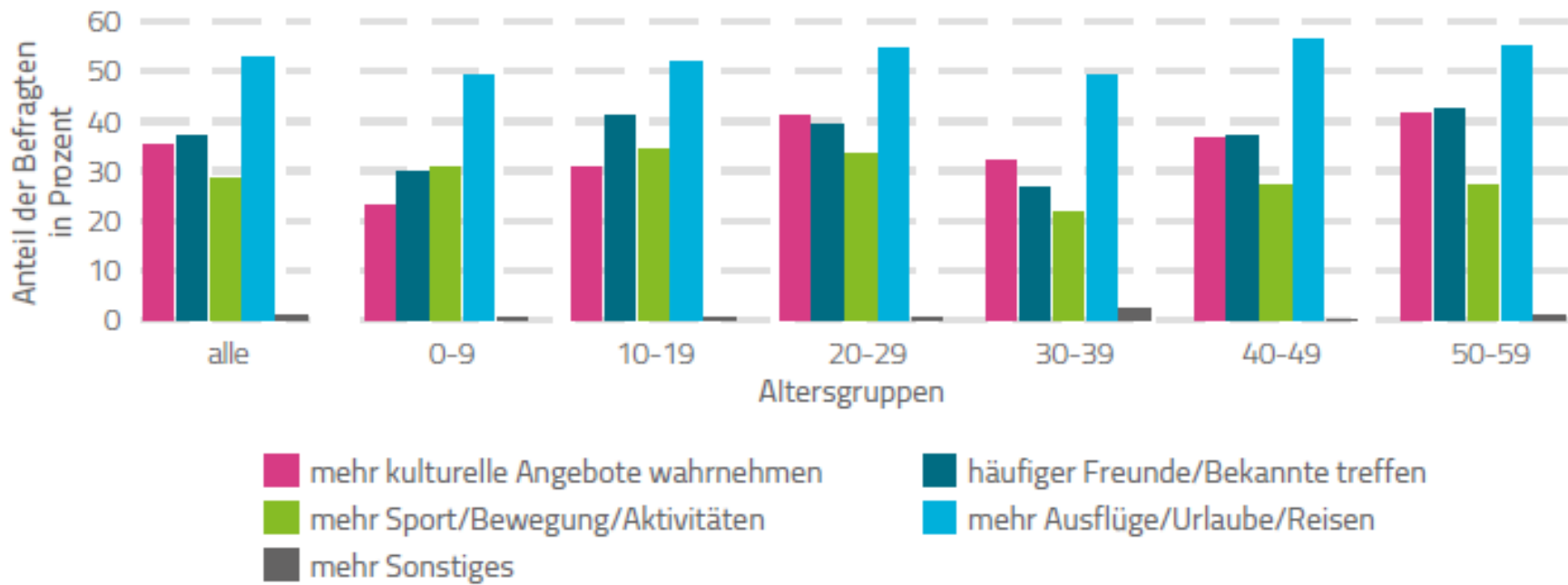
- Die Wohnformen
 - Pflegedienst
 - Pflegeheim
 - Behindertenheim
 - Wohngruppe

wurden einer Bewertung unterzogen in Bezug darauf, ob

- das Personal die Bedürfnisse der jungen Pflegebedürftigen kennt,
 - es genug Gleichaltrige in der Einrichtung sowie
 - ein umfangreiches Freizeitangebot bzw. Aktivitäten außerhalb der Einrichtung gibt und
 - hinsichtlich der eigenen Erkrankung spezialisiertes Personal vorhanden ist.
- Jeweils wurden Pflegeheime am schlechtesten bewertet, während Wohngruppen am besten abschnitten
- Pflegeheime sind für junge Behinderte nicht die am besten geeignete Versorgungsform

II.5 Teilhabeorientierung

Abbildung 3.57: Wünsche nach vermehrter Freizeitaktivität

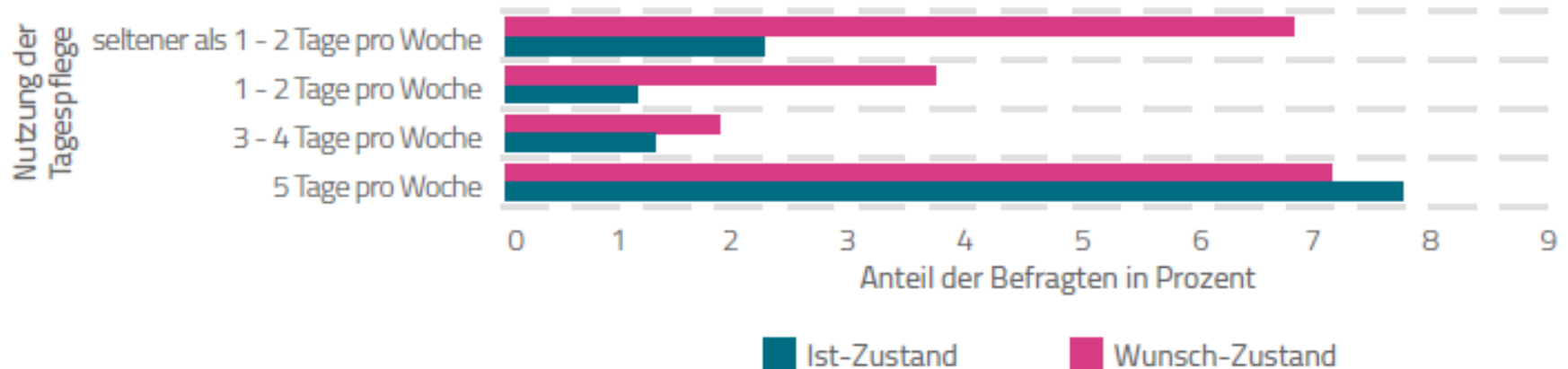


Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

- Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff betont die Teilhabeorientierung der Pflege. Tatsächlich ist hier noch viel zu tun.

II.6 Tagespflege

Abbildung 3.58: Wunsch und Wirklichkeit bei der Häufigkeit der Nutzung der Tagespflege

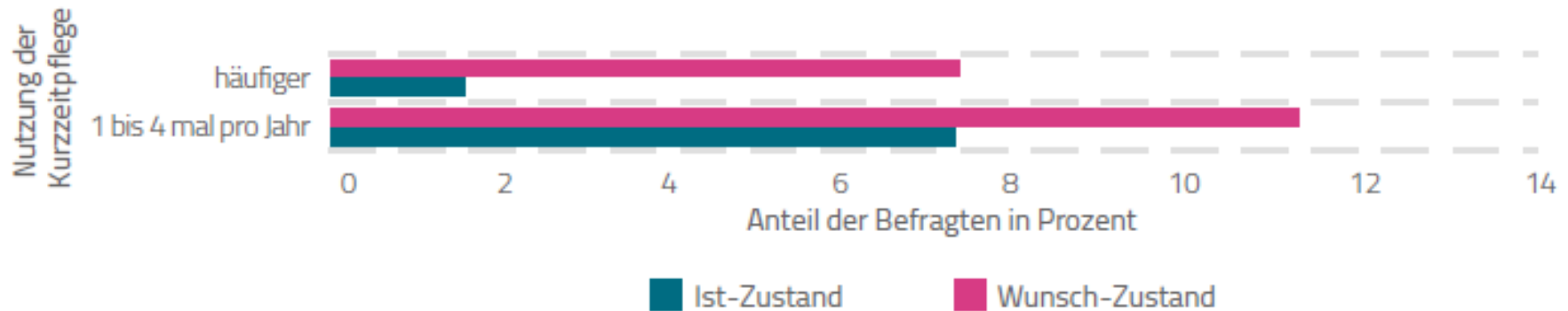


Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

- Der Wunsch nach Tagespflege übersteigt die Realisierung bei weitem – insbesondere bei der selteneren Nutzung
- Um diese Mehrbedarfe zu befriedigen werden rd. 4.000 zusätzliche teilstationäre Plätze benötigt.

II.6 Kurzzeitpflege

Abbildung 3.60: Wunsch und Wirklichkeit bei der Häufigkeit der Nutzung der Kurzzeitpflege



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2017, hochgerechnet auf die Pflegebedürftigen nach der Pflegestatistik 2015

- Der Wunsch nach Kurzzeitpflege übersteigt die Realisierung bei weitem – insbesondere bei der häufigeren Nutzung
- Um diese Mehrbedarfe zu befriedigen werden rd. 3.400 zusätzliche Kurzzeitplätze benötigt.

III. Personalbedarfsbemessung

Derzeit

- Personalschlüssel und Fachkraftquote sind historisch gewachsen und nicht wissenschaftlich belegt
- Personalschlüssel unterscheiden sich erheblich zwischen den Ländern

Ziel

- Entwicklung und Erprobung eines bundeseinheitlichen Personalbemessungsverfahrens bis Juni 2020
- Dazu: Projekt (Juli 2017-September 2019)
- Vorgehen: Empirische Erhebung (Ist) plus fachliche Bewertung (Soll)
- Feldphase hat gestern begonnen

IV. Koalitionsvertrag

Wichtige Punkte in der Pflege

- 8.000 Fachkraftstellen für medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen finanziert aus der GKV
- Beschränkung der Unterhaltspflicht für Angehörige
- Bessere Bezahlung für Pflegekräfte → wie?
- Steigerung der Attraktivität des Pflegeberufs → wie?

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Ich freue mich auf Ihre Fragen!