

pro
**Pflege
reform**



**« Alternative Ausgestaltung
der Pflegeversicherung –
Abbau der Sektorengrenzen
und bedarfsgerechte
Leistungsstruktur »»**

Die Initiative - www.pro-pflegereform.de

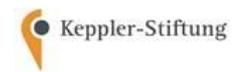
Warum gibt es uns?

Die Pflegestärkungsgesetze haben Verbesserungen gebracht. Doch damit dürfen wir uns nicht zufrieden geben, denn an der Unterfinanzierung der Pflegeversicherung, den viel zu hohen Kosten für die pflegebedürftigen Menschen und der prekären Personalsituation hat sich nichts geändert.

Was wollen wir erreichen?

Wir fordern die Politik auf, in ihren Bemühungen nicht nachzulassen und mutige Reformschritte für eine echte Stärkung der Pflege in die Wege zu leiten. Wer eine wirkliche Verbesserung für Pflegebedürftige und Pflegende will, muss die Pflegeversicherung strukturell so verändern, dass die pflegebedingten Kosten für alle Pflegebedürftigen finanzierbar sind und zwar unabhängig davon, ob sie nun zu Hause, im Betreuten Wohnen oder in einem Pflegeheim leben

Pflege pro reform



3 x PSG und trotzdem gibt es noch Ungerechtigkeiten

- Die Pflege steckt in der Armutsfalle: **450.000 Menschen** sind derzeit auf Sozialhilfe angewiesen.
- **2.000 Euro Eigenanteil** und mehr können sich viele Menschen nicht leisten.
- Bewohner in Einrichtungen mit höheren Personalschlüsseln und höheren Tarifverträgen müssen **höhere Eigenanteile** bezahlen.
- Einrichtungen, die **tariftreu** sind und wegen **guter Bezahlung** und **guten Rahmenbedingungen** höhere Kosten haben, sind im Markt benachteiligt.
- **Leistungsverbesserungen** wie die Erhöhung der Personalschlüssel gehen voll zu Lasten der Betroffenen.

Die Altenpflege braucht klaren Kurs und Orientierung.



1. Echte Pflegezeitkaskoversicherung umsetzen

- Dazu muss die „Blümsche Pflegezeitversicherung“ aus dem Jahr 1995 zur **echten Pflegezeitkaskoversicherung** weiterentwickelt werden.
- In der Pflegezeitversicherung SGB XI trägt der Einzelne das Risiko. In der echten Zeitkaskoversicherung trägt es die **Solidargemeinschaft**.
- Echte Pflegezeitkaskoversicherung bedeutet: Die Pflegekasse übernimmt alle notwendigen **pflegebedingten Kosten** und berechnet den Versicherten einen fixen, gesetzlich festzulegenden **Eigenanteil** von 0 Euro bis z.B. 10 Euro je Tag.

2. Sektorengrenzen konsequent abbauen

- Die **Grenzen** zwischen der ambulanten und der stationären Pflege **müssen aufgehoben werden**. Die Zeit ist reif, diesen Schritt konsequent zu gehen.
- Das Prinzip der **Echten Pflegezeitkaskoversicherung** bietet die Grundlage für ein System, das unabhängig vom Wohnort funktioniert.
- Es ist **ungerecht**, wenn der Lebensort die Leistung bestimmt.
- Egal, ob ein Mensch zu Hause individuell betreut wird, in einer ambulanten Pflege-WG oder in einer Wohngruppe eines Pflegeheims lebt: **Die Pflege funktioniert nach einem einheitlichen System**.
- Rothgang: Die sektorale Fragmentierung ist eine Innovationsbremse.

2. Sektorengrenzen konsequent abbauen

- Die **Pflegeversicherung** (SGB XI) finanziert alle notwendigen Maßnahmen der Grundpflege und der Betreuung nach einem einheitlichen Sachleistungsprinzip (**Care**).
- Die **Krankenversicherung** (SGB V) übernimmt alle Maßnahmen der Behandlungspflege, der medizinischen Versorgung, der Rehabilitation und der palliativen Versorgung (**Cure**).
- **Pflegebedürftige** übernehmen alle Kosten, die für Unterkunft, Verpflegung und Miete sowie zusätzliche Betreuungsleistungen entstehen.
- **Das System ist einfacher, gerechter und korrigiert mit der richtigen Zuordnung der SGB V-Leistungen einen Webfehler im SGB XI.**

3. Zivilgesellschaft stärker einbinden

Die Herausforderungen der Pflege können nicht allein durch professionelle Dienste bewältigt werden.

- Konsequente Honorierung der Angehörigenpflege nicht nur zu Hause, sondern auch im Pflegeheim.
- Stärkere Einbindung der Zivilgesellschaft durch Entwicklung des Quartiers als entscheidender Bezugsrahmen.
- Flächendeckende Einführung und sichere Finanzierung von Quartiersmanagement.
- Gemeinwesenarbeit anbinden an zivilgesellschaftliche Akteure wie Einrichtungen der Diakonie.

4. Kommunale Pflegeinfrastruktur steuern und fördern

Mit dem Teilkaskoprinzip werden Kommunen als Sozialhilfeträger entlastet. So eröffnet sich der finanzielle Spielraum für eine aktive Förderpolitik.

- Die Förderung reduziert die Kosten für die Pflegebedürftigen.
- Das Land ist nach §9 SGB XI „verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur“.
- Diese SOLL-Regelung reicht jedoch nicht aus. Wir brauchen eine verbindliche Altenhilfeplanung für eine moderne Pflege-Infrastruktur, orientiert am örtlichen Bedarf.
- Transparentes Förderverfahren nach objektiven Kriterien.
- Verlässliche Rahmenbedingungen für die Investitionen der Träger.

5. Personalsituation zukunftssicher machen

Die Voraussetzung für eine bessere Finanzierung der Personalkosten ist die Pflegeuteilkaskoversicherung.

- Es entsteht ein Zusammenhang zwischen sozialpolitischen Forderungen und der Finanzierung.
- Tariferhöhungen oder Tarifbindung werden refinanziert.
- Mehr Zeit für gute Pflege und höhere Personalbemessung führen nicht zu höheren Eigenanteilen.
- Gesellschaftliche Anerkennung – raus aus Defizitorientierung
- Qualifikationsprofile unterhalb der Pflegefachkraft entwickeln.

Das Gutachten – die Autoren

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Professor für Gesundheitsökonomie, Universität Bremen

Leiter Abteilung Gesundheit, Pflege, Alterssicherung, SOCIUM

- Expertenbeirat zur Einführung des Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs
- Evaluation der Pflegestützpunkte und Pflegeberatung im Land Bremen
- Leiter Studie zur Erfassung der Versorgungsaufwände im stationären Sektor (i. A. GKV-Spitzenverband und BMG)
- Co-Projektleiter bei ExMo und MoPIP (i. A. BMG)



Dipl. Geront. Thomas Kalwitzki

Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Universität Bremen

- Studium der Interdisziplinären Gerontologie, Hochschule Vechta
- Mitarbeiter im zentralen QM, Alloheim Senioren-Residenzen Düsseldorf
- Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Universität Oldenburg
- Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Universität Wien





Vorstandsvorsitzender VKAD
Ingrid Hastedt
Vorstandsvorsitzende Wohlfahrtsverbände
Stefan Werner
Vizepräsident DGBK
Patrick Weiß
Geschäftsführer avendi

**Pflege
pro
reform**
Initiative Pro-Pflegereform

Machen Sie mit,
damit gute Pflege
erschwinglich und bezahlbar wird!
Die Sektoren-
neubaut werden!

**Pflege
reform**
Initiative Pro-Pflegereform

Tag der Pflegereform
18. Mai 2017 | Berlin

www.pro-pflegereform.de

af
auditorium
FRIEDRICHSTRASSE

Mechthild
Rawert

Übergabe des Gutachtens an Herrn Minister Gröhe



Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung: Szenarien für eine bedarfsgerechte und finanzierbare Pflege

Prof. Dr. Heinz Rothgang,
Dipl.-Geront. Thomas Kalwitzki
Universität Bremen, SOCIUM
Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung

- Vier zentrale *Geburtsfehler* der Pflegeversicherung
 1. „Pflegevolksversicherung“ mit privater und gesetzlicher Säule
 2. der zu enge Pflegebedürftigkeitsbegriff
 3. die sektorale Fragmentierung des Versorgungssystems in ambulante und stationäre Pflege
 4. die leistungsrechtlich unzureichende Absicherung, die eine Lebensstandardabsicherung in Bezug auf das Pflegerisiko nicht gewährleistet
- Die Punkte 3 und 4 sind von uns für die Initiative Pro-Pflegereform aufgegriffen und in Szenarien zur alternativen Ausgestaltung der Pflegeversicherung bearbeitet worden.

- Die Sektorentrennung ist nicht nur ordnungsrechtlich gegeben, sondern auch leistungs- und leistungserbringungsrechtlich.
- Die starre Trennung von ambulantem und stationärem Sektor wirkt als Reformbremse und verhindert die Entwicklung innovativer Versorgungsmodelle zwischen „ambulant“ und „stationär“.
- Zentraler Anknüpfungspunkt für eine Angleichung der Sektoren ist
 - die Einführung gleicher Vergütungsformen sowie
 - die Verlagerung der Finanzierungsverantwortung für alle Leistungen der Medizinischen Behandlungspflege in den Bereich der Krankenversicherung.
- Damit wird die Pflege nicht mehr entlang der Trennlinie *ambulant/stationär* sondern durch *Wohnen/Pflege* organisiert.

- Pflegeversicherung ist 5. Säule der Sozialversicherung
- Sozialversicherung soll im konservativen Wohlfahrtsstaat den Lebensstandard gegenüber allgemeinen Lebensrisiken sichern.
- Das ist nur gegeben, wenn diese Risiken entweder *vollständig* über die Sozialversicherung gedeckt werden oder das absolute Restrisiko *privat absicherbar* ist.
- Dies ist in Pflegeversicherung aktuell nicht gegeben, da
 - die Leistungen der Pflegeversicherung **nicht bedarfsdeckend gedeckelt** bzw. pauschaliert sind und die Finanzierungslücken nicht vorausbestimmbar sind. Daher können Privatversicherungen den Lebensstandard nicht sichern.
 - die **Dauer einer Pflegebedürftigkeit unbestimmt** ist und die Eigenanteile daher nicht durch Ersparnis abgesichert werden können.
- Unterschiedliche Eigenfinanzierungsanteile in den beiden Sektoren führen zudem zu Leistungsungerechtigkeiten, die Bedarfsungerechtigkeiten nach sich ziehen.

Die Reformperspektiven beziehen sich auf zwei Ziele

- **Leistungserbringungsrechtliches Ziel:** die Versorgungsform soll sich nach den Bedarfen und Bedürfnissen der Pflegebedürftigen richten: Aufhebung der sektoralen Fragmentierung durch vollständige Modularisierung der Leistungen von der Häuslichkeit bis zum Heim.
- **Leistungsrechtliches Ziel:** das finanzielle Risiko der Individuen, das durch die Wechselwirkung von Langlebigkeit und Pflegebedürftigkeit entsteht, soll vollständig abgesichert (in der Sozialversicherung) oder vollständig absicherbar (durch Ersparnis oder Privatversicherung) gemacht werden.

➔ Resultierende Reformszenarien durch Kombination beider Überlegungen

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

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

Rechtliche Ausgestaltung: Leistungserbringungsrecht

- Leistungserbringung und Leistungsabrechnung folgt im Heim der ambulanten Logik mit in Leistung und Vergütung identischen Modulen
- Im Heim sind pflegerische, hauswirtschaftliche und betreuerische Tätigkeiten zu modularisieren mit verbindlichen Module für Gemeinkosten
- Vergleichspunkt: ambulant betreute WG – stationäre Wohngruppen
- Die medizinische Behandlungspflege wird im Heim analog der häuslichen Krankenpflege zu Hause über das SGB V finanziert (Cure vs. Care-Grenze).
- Es muss möglich sein für Angehörige im Heim Module selbst zu erbringen und damit die Kosten zu reduzieren

Rechtliche Ausgestaltung: Leistungsrecht

- Im stationären Sektoren werden nach Pflegegraden differenzierte Pauschalen gezahlt, im ambulanten Sektor erfolgt eine Abrechnung der erbrachten Leistungen bis zu einer limitierten Höhe.
- Die leistungsrechtliche Angleichung ist nach dem PSG II viel leichter möglich als zur Zeit etwa der Rürup-Kommission (2003).
- Grundsätzlich entsteht hierdurch die Möglichkeit, die stationäre All-In-Logik zu verlassen, wenn einzelne Module durch Laien erbracht werden. Eine finanzielle Abgeltung müsste dann zwischen Einrichtung und Pflegebedürftigen/Angehörigen erfolgen.
- Theoretisch ist das für alle Heimleistungen möglich.

Rechtliche Ausgestaltung: Ordnungsrecht

- *Im **Szenario 1a*** kann an der Gesamtverantwortung des Heimes festgehalten werden, das eine Vollversorgung anbietet bei der einzelne Module „abgewählt“ werden.
- *Im **Szenario 1b*** werden Heime ordnungsrechtlich abgeschafft und zu Orten des Wohnens mit integrierten Angeboten, die zugewählt werden können. Erst Szenario 1b löst die Sektoren auf und organisiert diese anhand der Trennlinie Wohnen und Pflege neu. Die Erbringungsverantwortung wird auf die unterschiedlichen Leistungserbringer verteilt.

BEWERTUNG DES SZENARIOS:

Für Angehörige erhöhen sich die Anreize, sich aktiv an der Versorgung der Heimbewohner zu beteiligen, da eine Reduzierung der Eigenanteile durch private Übernahme einzelner Leistungsmodul möglich ist.

- Effizienzgewinne durch stärkere Einbeziehung der Zivilgesellschaft
- Eine vollständige Angleichung der Sektoren gelingt nur bei
 - gleicher Vergütung der Module unabhängig vom Ort der Leistungserbringung
 - Abbau ordnungsrechtlicher Unterschiede (Szenario 1b)
- Bei selektiver Übernahme einzelner Leistungsmodul können sich auch Personen ein – vormals stationäres – Pflegesetting leisten, die bisher aus finanziellen Gründen darauf verzichtet haben.
- Die Kosten der Medizinischen Behandlungspflege werden vom SGB XI ins SGB V zurückverlegt. Die entsprechenden Kosten wurden von Rothgang / Müller (2012) auf 1,8 Mrd. Euro für 2011 geschätzt. Aktuelle Ergebnisse weisen rund 2,6 Mrd. Euro (für die Sozialversicherten) aus.

BEWERTUNG DES SZENARIOS:

- Da darüber hinaus keine leistungsrechtlichen Veränderungen vorgenommen wurden, sind mögliche Beitragssatzeffekte gering und resultieren aus einer höheren Heimquote, die durch die gestiegene Attraktivität stationärer Versorgung ausgelöst wird.
- Die Richtung dieser finanziellen Folgen sind insofern unklar als ambulante Versorgung heute durch Stapelung von Leistungen (z.B. §§ 36, 41 SGB XI mit § 37 SGB V) teilweise sogar deutlich teurer ist als stationäre.
- Die verstärkte Einbindung informeller Pflegepersonen auch in bisher stationärer Pflege kann – mit Perspektive auf den drohenden Pflegenotstand – zu einer Stabilisierung der Leistungserbringung beitragen.

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

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.
- Dieses ist nicht privat absicherbar, weder durch Ansparung noch durch eine (vollständig deckende) Versicherung.
- Deshalb ist eine Sozialversicherung erforderlich, die die Kombination beider Risiken eliminiert oder eliminierbar macht.

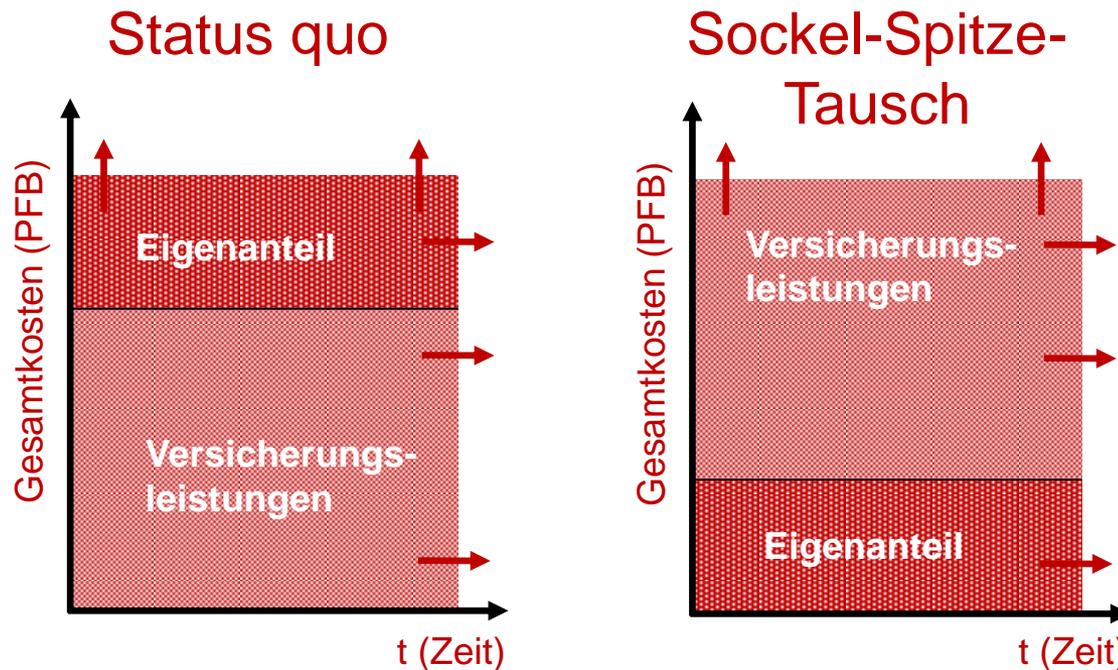
Rechtliche Ausgestaltung des Reformszenarios 2

- **Leistungserbringungsrechtlich:** Im ambulanten Sektor erfolgt – unter Beibehaltung der sektoralen Fragmentierung – eine modularisierte Erbringung und Abrechnung, stationär eine Vollversorgung über pauschale Tagessätze. Allerdings wird die Medizinische Behandlungspflege ins SGB V verlagert.
- **Leistungsrechtlich:** Ambulant und stationär: Nach oben offene Versicherungsleistungen mit einem selbst zu tragenden Sockelbetrag für einen festgelegten Zeitraum. Danach: keine weiteren Eigenanteile. Die Höhe des Sockelbetrags ist politisch bestimmbar. Möglich und sinnvoll sind
 - a) Bestimmung des Sockelbetrags so, dass die derzeitigen privat finanzierten Leistungen abgedeckt sind
 - b) Sockel von Null → Vollversicherung
 - c) Jeder Betrag zwischen Null und dem derzeitigen Betrag

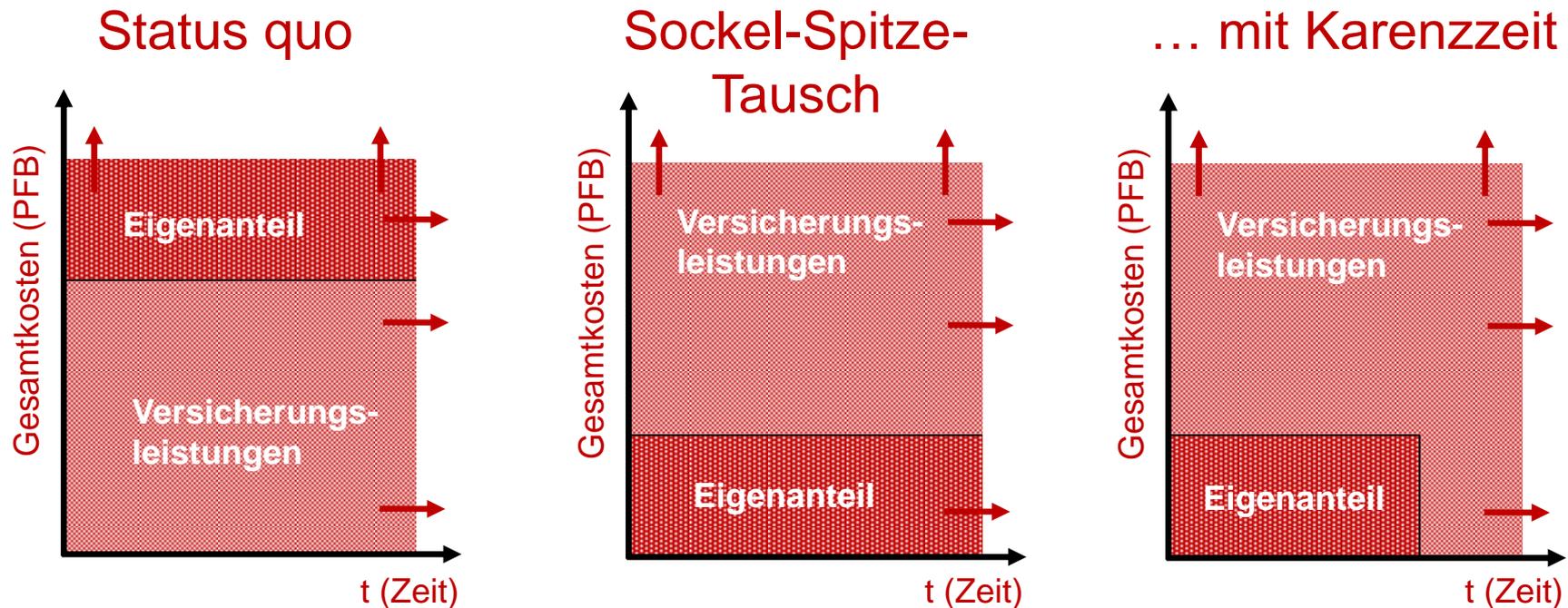
Rechtliche Ausgestaltung des Reformszenarios 2

- **Leistungserbringungsrechtlich:** Im ambulanten Sektor wird die Leistung modularisiert erbracht und abgerechnet. Stationär gibt es nach wie vor eine Vollversorgung über pauschale Tagessätze. Allerdings wird die Medizinische Behandlungspflege ins SGB V verlagert.
- **Leistungsrechtlich:** Ambulant und stationär: Nach oben offene Versicherungsleistungen mit einem selbst zu tragenden Sockelbetrag für einen festgelegten Zeitraum. Der Sockelbetrag ist politisch bestimmbar:
 - a) Sockelbetrags entspricht den derzeitigen privat finanzierten Leistungen
 - b) Sockel von Null → Vollversicherung
 - c) Jeder Betrag zwischen Null und dem derzeitigen Betrag

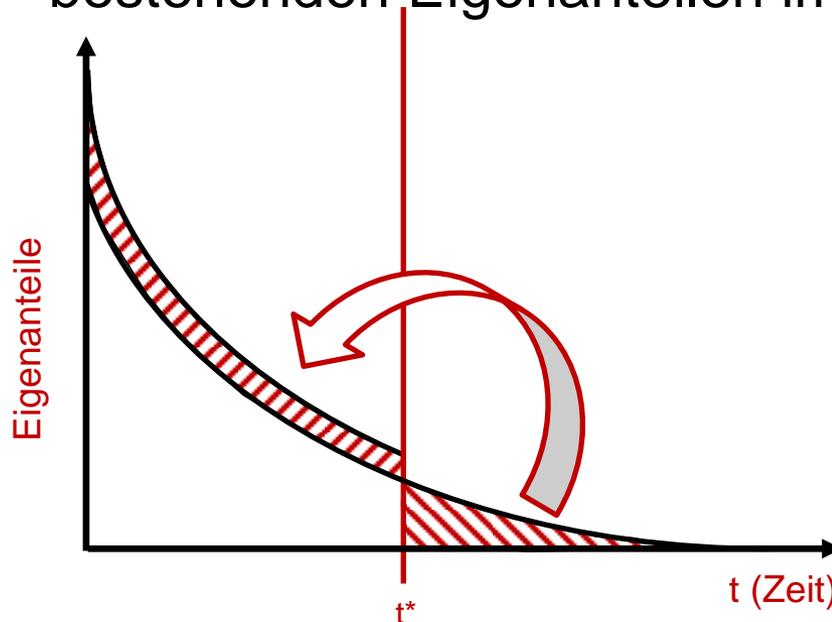
- Grundidee: Austausch von Finanzierungssockel und Finanzierungsspitze



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

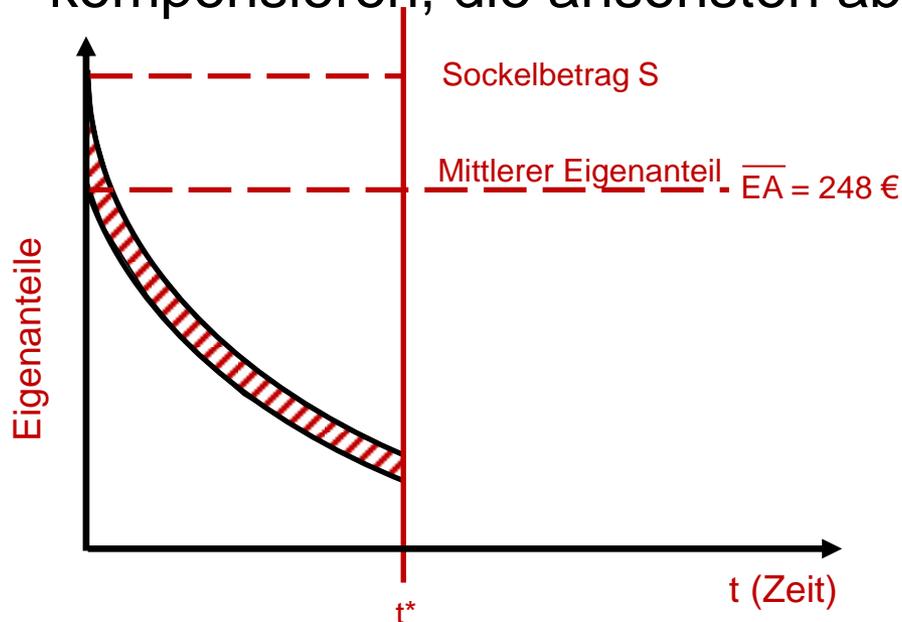


- Die schraffierte Fläche zeigt die Eigenanteilsausgaben aufgrund von Langlebigkeit, die individuelle Vorsorge durch Sparen praktisch unmöglich machen, die kollektiv aber kalkulierbar und damit versicherbar sind.
- Diese werden nun in einen gleichmäßigen Zuschlag zu den bestehenden Eigenanteilen im gesetzten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



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

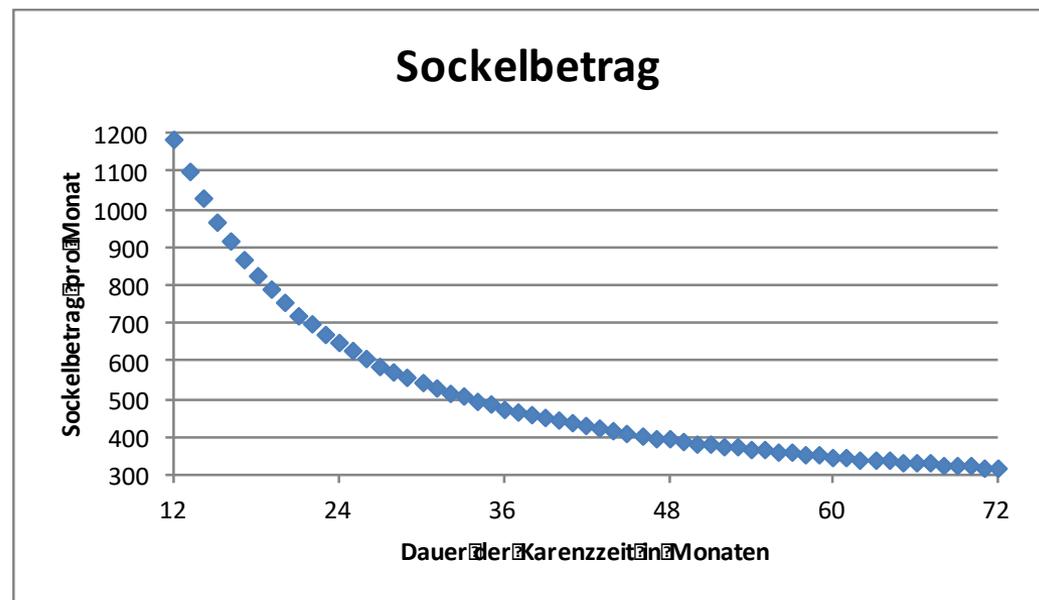
- Die für Pflegebedürftige im Jahr 2017 zu erwartenden durchschnittlichen Eigenanteile liegen bei 580 € / Monat bei stationärer und ca. 125 € in ambulanter Versorgung. Das gewogene Mittel wird hier mit 248 € angesetzt.
- Wird der Betrag addiert, der notwendig ist, um die Zahlungen zu kompensieren, die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



erhöht sich der notwendige monatliche Betrag auf den Sockelbetrag S . Seine Höhe ist abhängig von der Setzung von t^* .

- Der Sockelbetrag führt bei gleichem Inanspruchnahmeverhalten zu in der Summe unveränderten Eigenanteilen, die sich aber anders über die Zeit verteilen.
- Die Umstellung ist in dieser Form *kostenneutral*.

t* (in Monaten)	Sockelbetrag (in €)
12	1.182
24	643
36	470
48	388
60	343
72	315



- Der nun fixe Eigenanteil kann abgesichert werden durch
 - Ersparnisbildung,
 - Privatversicherung (kapitalbildende Lebensversicherung, Pflegeversicherung mit festem Auszahlungswert),
 - Integration eines Zusatzbeitrags in die Soziale Pflegeversicherung.

Notwendiger Beitragssatz:

Eigenanteile / Grundlohnsumme
derzeit:

Eigenanteile / Jahr

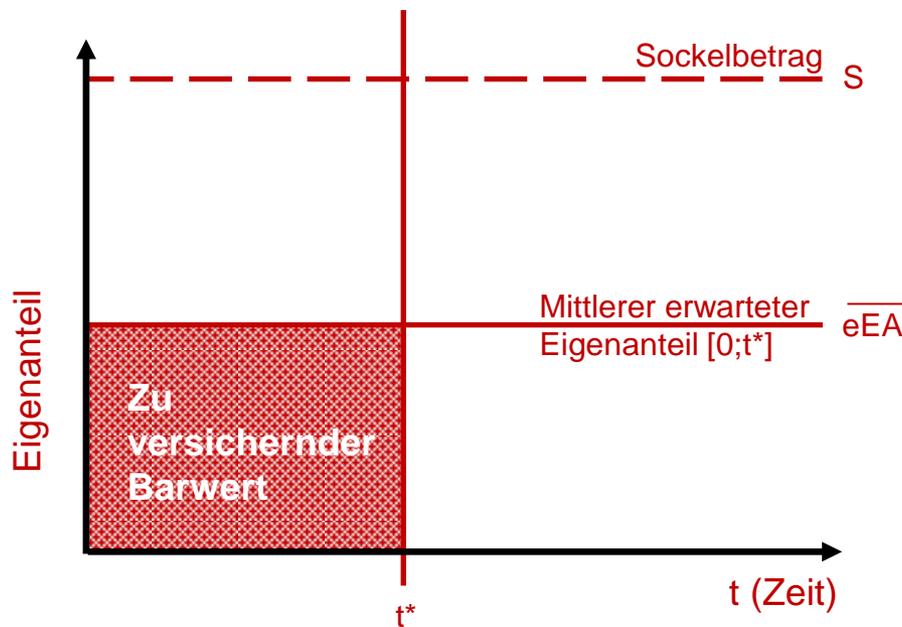
= 12 * 248 € / Monat * 3,0 Mio.

Pflegebedürftige

= 8,928 Mrd. / Jahr

Grundlohnsumme 2017: 1.270 Mrd.

Notwendiger Zusatzbeitragssatz:
0,70 Beitragssatzpunkte



BEWERTUNG DES SZENARIOS:

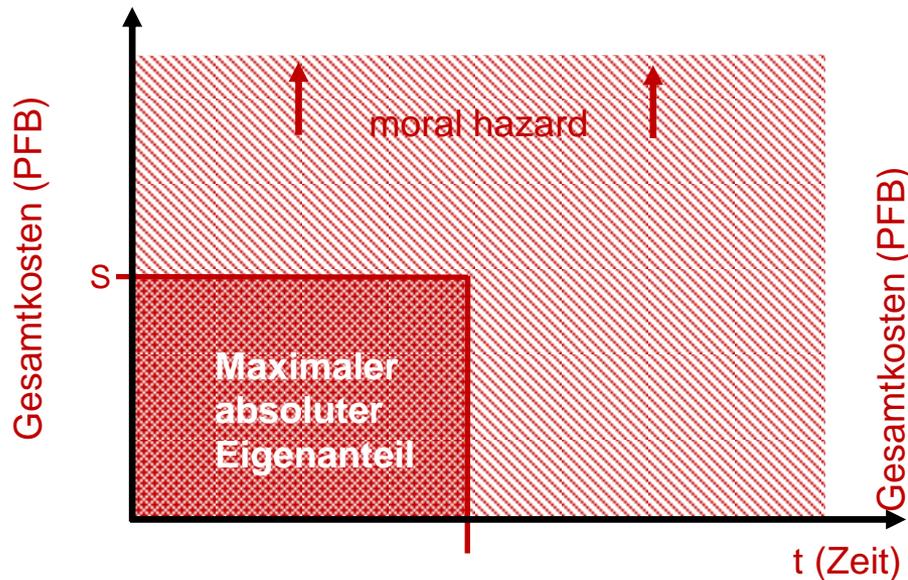
Das Lebens(zeit)risiko wird vollständig abgefangen.

Dafür ist es zunächst unerheblich, ob dies über Ansparung, private (Pflicht-)Versicherung oder Sozialversicherung geschieht.

- Die Anreize für stationäre Pflege erhöhen sich durch einen – im Vergleich zum Status quo – niedrigeren Eigenanteil.
- Der Abbau der Sektorengrenze gelingt nicht systematisch.
- Problematik von moral hazard:
(Voll)Versicherungen führen zur Gefahr der Überinanspruchnahme
 - Wahl einer (zu) teuren Versorgungsform
 - Wahl eines (zu) teuren Anbieters
 - Ausweitung der Leistungsmenge

BEWERTUNG DES SZENARIOS: Möglicher moral hazard:

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



- Im Reformszenario 2 entsteht Moral Hazard-Problematic, da die Versicherungsleistungen nach oben offen sind.

Lösungen für das Problem des moral hazard:

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

Lösungen für das Problem des moral hazard:

- Anreiz zur Maximierung der Leistungsmenge betrifft den ambulanten Bereich, da Heimpflege in diesem Szenario „all inclusive“ ist. Dafür ist eine Steuerungslogik erforderlich:
 - Begrenzung der maximalen ambulanten Leistungsbeträge auf die Höhe der stationären Leistungsbeträge, etwa auf Landesniveau oder
 - Individuelle Leistungszuordnung mit direkter individueller Festsetzung der notwendigen (und somit zu finanzierenden) Leistungen
 - Oberhalb dieser jeweiligen Grenzen ist wieder eine vollständige Selbstbeteiligung zu erbringen.

BEWERTUNG DES SZENARIOS: regionale Umverteilung

- Ohne weiteren Steuerungsmechanismus ist mit einer regionalen Umverteilung der Versicherungsleistungen aus Regionen mit niedrigem in Regionen mit hohem Preisniveau zu rechnen.
- Allerdings ist aufgrund schon bestehender (PSG III) und geplanter (Personalbemessungsverfahren) Regelungen mit einer Angleichung der regionalen Vergütungssatzunterschiede zu rechnen.

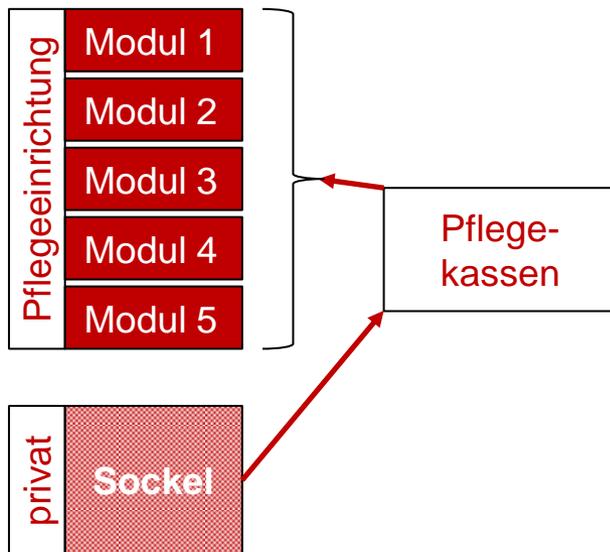
		Sektorale Fragmentierung	
		beibehalten	aufheben
Leistungsrecht	Pauschale, gedeckelte Leistungen der Pflegeversicherung	Status quo	Szenario 1: Pauschale, gedeckelte Versicherungsleistungen bei modularisierter (Heim)Vergütung
	Individuell bedarfsgerechte Versicherungsleistungen bei pauschalem Eigenanteil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

Rechtliche Ausgestaltung

- **Leistungserbringungsrechtlich:** Leistung, Vergütung und Abrechnung in allen Wohnformen nach denselben Leistungsmodulen, Entgelten und Abrechnungsregeln
- **Leistungsrechtlich:** In allen Wohnformen übernimmt die Pflegeversicherung Leistungen jenseits des pauschalen Zuzahlungssockels, den die Pflegebedürftigen übernehmen.
- **Leistungsrechtlich:** Informelle Leistungserbringung im „Pflegeheim“ führen zur Reduktion des Sockels. Wird der Sockel dabei überschritten, kommt es zu Auszahlungen, also einem „Pflegegeld“ auch in Versorgungsformen, die bisher als stationär galten.

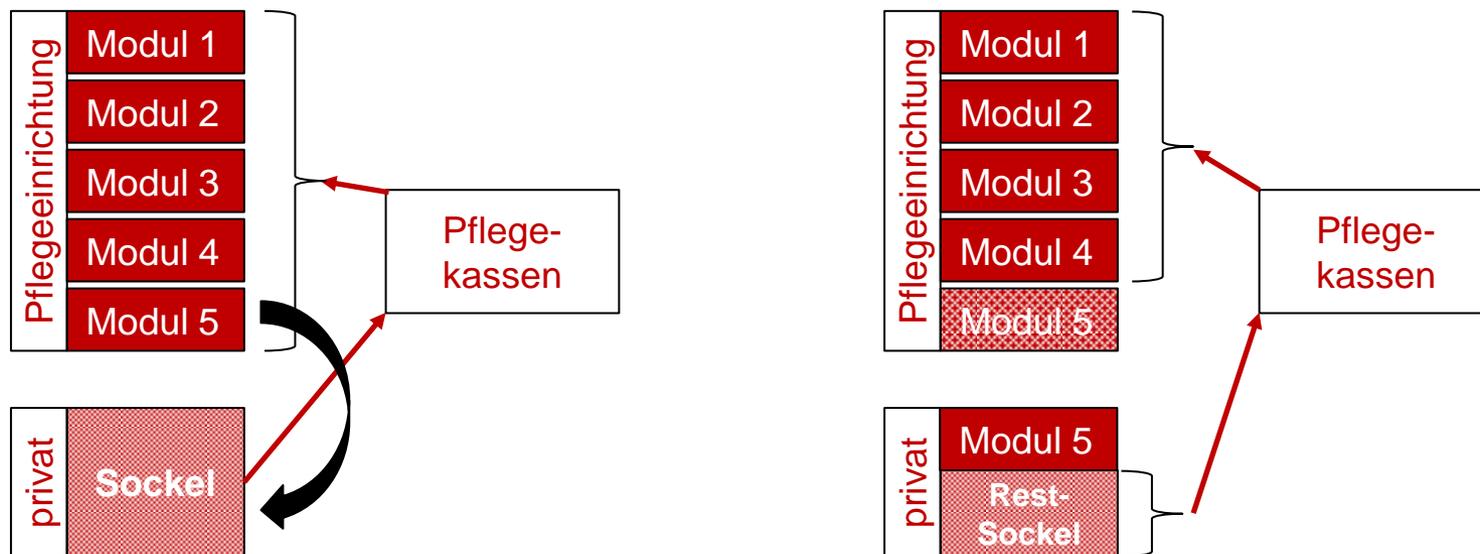
Zahlungsströme

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



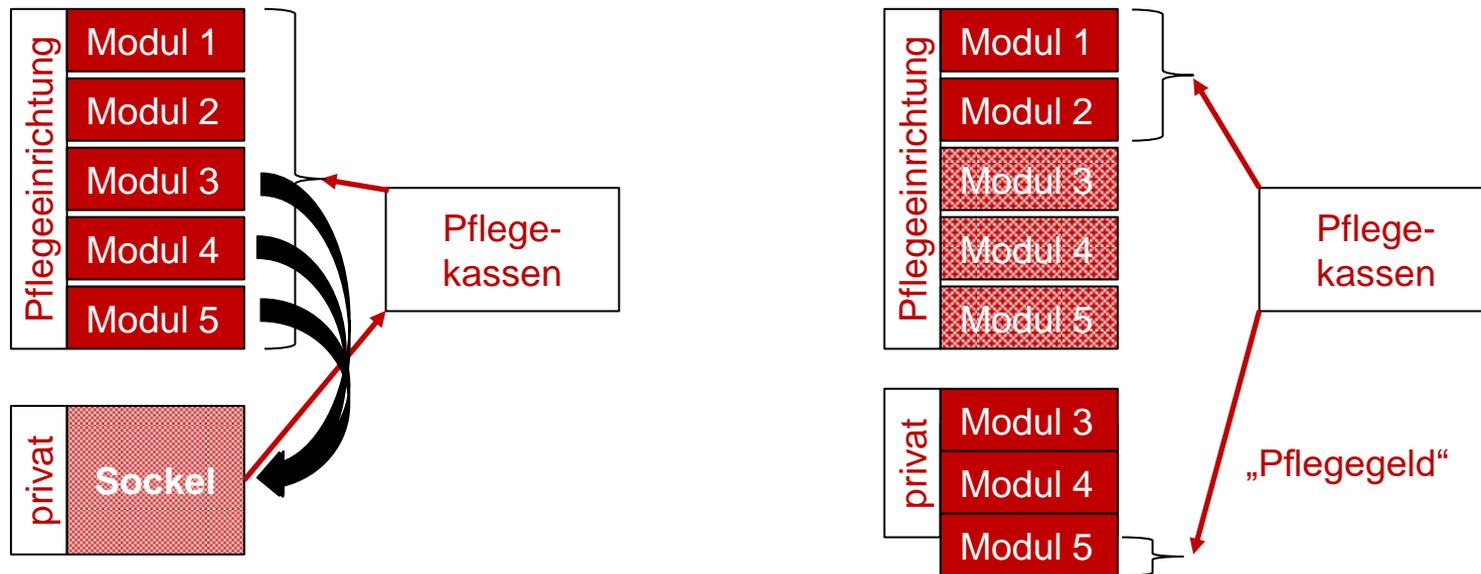
Zahlungsströme

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



Zahlungsströme

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



BEWERTUNG DES SZENARIOS

- Das Lebens(zeit)risiko wird vollständig abgefangen. Dabei ist es unerheblich, ob dies über Ansparung, private (Pflicht-)Versicherung oder Sozialversicherung geschieht.
- Durch Aufhebung der Vollversorgungslogik im stationären Bereich wird es möglich, einzelne Leistungsmodule – analog zum häuslichen Setting – auch im Heim privat erbringen zu lassen.
- Bei vollständig gleicher rechtlicher Ausgestaltung beider Bereiche werden sektoral selektive Anreize abgebaut und die Wahl der Versorgungsform kann präferenzgesteuert erfolgen.
- Familien werden stärker in Heimpflege einbezogen.
- Der Abbau der Sektorengrenze kann gelingen.

BEWERTUNG DES SZENARIOS: Problem des moral hazard:

- Die moral-hazard-Problematiken gelten auch hier. Vor allem bestehen nun *in beiden Sektoren* Anreize, die Leistungsmenge zu maximieren.
- Eine normative Steuerung muss – über absolute Leistungsgrenzen oder individuelle Leistungszuordnung – eingebaut werden, die den leistungsrechtlichen Reformansatz moderieren.
- Privat erbrachte Leistungsmodule können finanziell angerechnet werden – in Form einer Reduktion des Eigenanteils.
- Wird der Sockelbetrag überschritten, kommt es zu Barauszahlungen, die dem bisherigen Pflegegeld entsprechen.

BEWERTUNG DES SZENARIOS

- Die Kostenwirkung für das Gesamtsystem sind ohne weitere Steuerungsmechanismen unkalkulierbar und hängen davon ab, inwieweit es gelingt, moral hazard zu vermeiden oder einzudämmen.
- Hierzu wird eine Ermittlung bedarfsnotwendiger Leistungen auf individueller Ebene durch einen dazu berufenen Akteur unvermeidbar sein.

Gesamtbewertung

- Die Szenarien 1 und 2 bieten – in Bezug auf die erarbeitete Reformperspektive – jeweils deutliche Verbesserungen gegenüber dem Status quo:
 - Szenario 1 hebt die innovationsfeindliche Fragmentierung der Leistungsbereiche auf.
 - Szenario 2 bewirkt die vollständige Aufhebung des individuellen Kostenrisikos und gestaltet die Pflegeversicherung zu einer funktionierenden Sozialversicherung um.
- Die Szenario 3 ist die Kombination aus Szenario 1 und 2 und kann in beliebiger Reihenfolge eingeführt werden.
- Szenario 3 erfüllt die Forderungen der Reformperspektive *vollständig*, benötigt aber eine Instanz, die nicht nur Pflegebedürftigkeit bemisst, sondern individuelle Leistungsansprüche zuerkennt.

Ende

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.