

Sicherstellung einer zukunftsfähigen pflegerischen Versorgung

Vortrag im Rahmen des Gesundheitspolitischen Kolloquiums

**„Mehr Effizienz und Qualität in der gesundheitlichen
Versorgung - Zukunftsfähige Strategien für die
Ausgabensteuerung in der Kranken- und Pflegeversicherung“**

am 12. Mai 2010 in Bremen

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

Überblick

- I. Einleitung
- II. Konzeptionelle Grundlagen
- III. Ausgangslage in der Pflegeversicherung
- IV. Probleme der aktuelle Situation
- V. Ansatzpunkte zur Ausgabensteuerung
- VI. Fazit

Überblick

I. Einleitung

II. Konzeptionelle Grundlagen

1. Zielgrößen: Ausgaben, Qualität, Effizienz und Verteilung
2. Ansatzpunkte: Preis-, Mengen- und Qualitätskomponente
3. Steuerung im zwei- und dreiseitigem Markt
4. Steuerung durch Selbstbeteiligung
5. Zwischenfazit

III. Ausgangslage in der Pflegeversicherung

IV. Probleme der aktuelle Situation

V. Ansatzpunkte zur Ausgabensteuerung

VI. Fazit

II.1 Konzeptionelle Grundlagen: Zielgrößen

- Was wollen wir steuern?
 - Ausgaben?
 - Qualität?
 - Effizienz?
 - Lastverteilung?
- Auf welches Ziel hin soll gesteuert werden?
 - Minimierung (der Ausgaben)?
 - Maximierung (der Qualität, der Effizienz)?
 - Optimierung (der Ausgaben, Qualität, Effizienz)?
 - Wie sollen die Lasten verteilt werden?

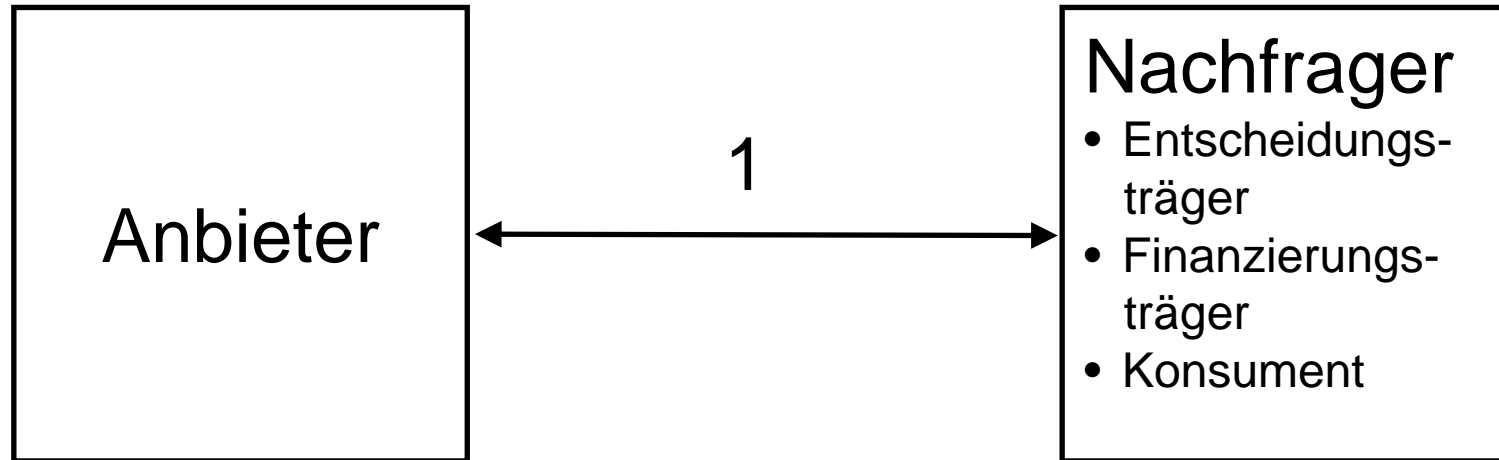
II.1 Konzeptionelle Grundlagen: Zielgrößen aus ökonom. Sicht

- Ausgaben:
 - Ziel ist nicht die Minimierung!
 - Es gibt keine absolut „richtige“ Gesundheitsquote
- Qualität
 - Es geht nicht um eine Maximierung der Qualität. Ziel muss es sein eine optimale, d.h. kosteneffektive Qualität zu erreichen
- Effizienz
 - Kernparameter der ökonomischen Betrachtung ist die Effizienz, d.h.
 - die effiziente Erstellung von Leistungen
 - Die effiziente Leistungsmenge (Über-, Unter- und Fehlversorgung, aber auch Kosteneffektivität)
- Lastverteilung
 - Ziel kann es nicht sein, nur die öffentlichen Systeme zu entlasten und die Finanzlast in den privaten Bereich zu verschieben.

II.2 Ansatzpunkte der Steuerung

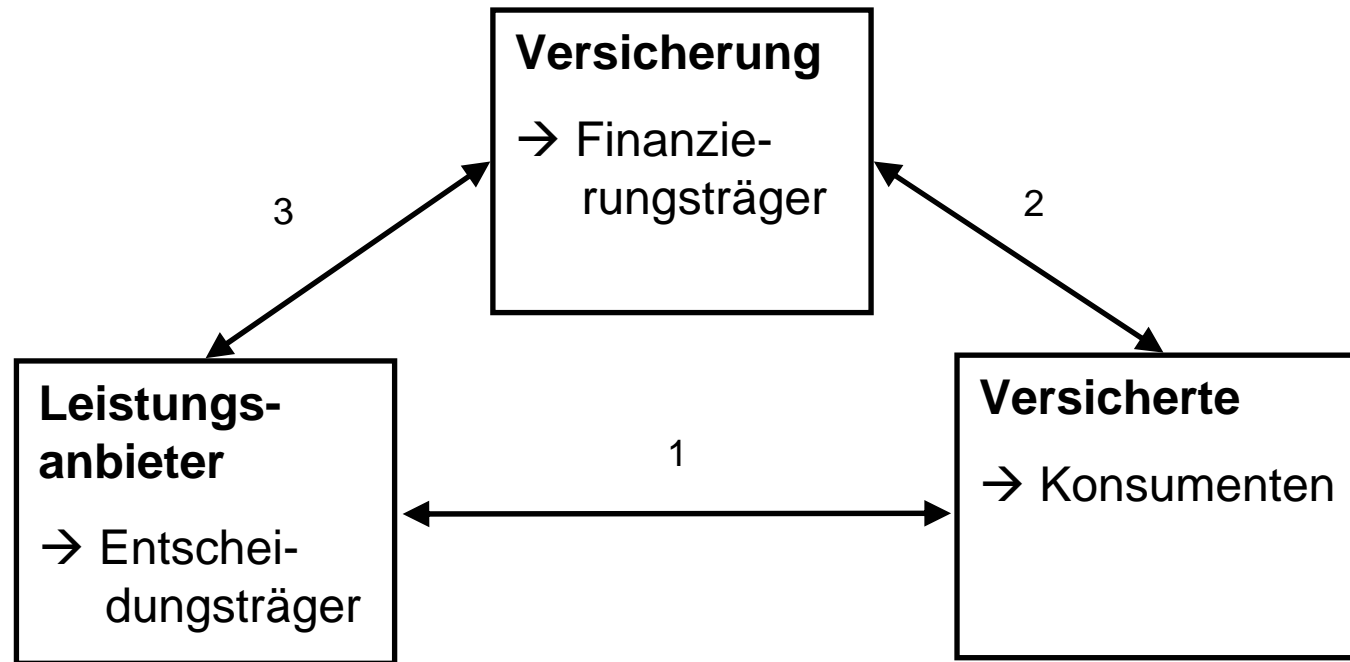
- Ausgaben ergeben sich als Produkt von Preisen und Mengen
 - Preissteuerung
 - Marktpreise
 - Administrierte Preise
 - Verhandlungspreise
 - Mengensteuerung
 - Marktzulassung
 - Inanspruchnahme
- Steuerung insbesondere der Inanspruchnahme erfolgt im Dreieck von Patienten, Leistungsanbietern und Finanzierungsträgern

II.3 Steuerung im zweiseitiger Markt



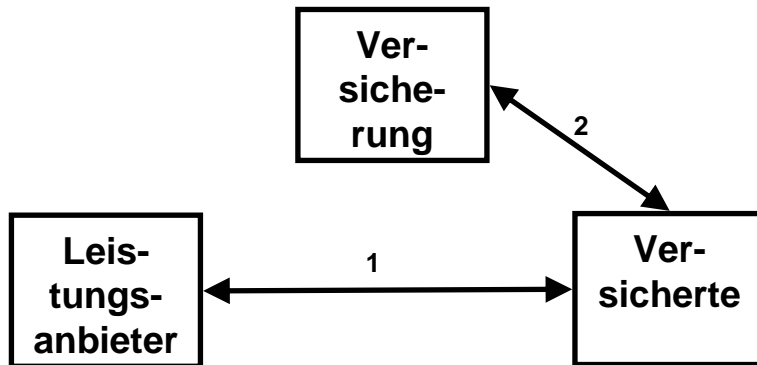
- Steuerung erfolgt durch Wettbewerb
- 1. Hauptsatz der Wohlfahrtsökonomie: Ergebnis ist unter bestimmten Voraussetzungen pareto-optimal
- Problem im Gesundheitswesen:
Unsicherheit → Versicherung → dreiseitiger Markt

II.3 Steuerung im dreiseitiger Markt



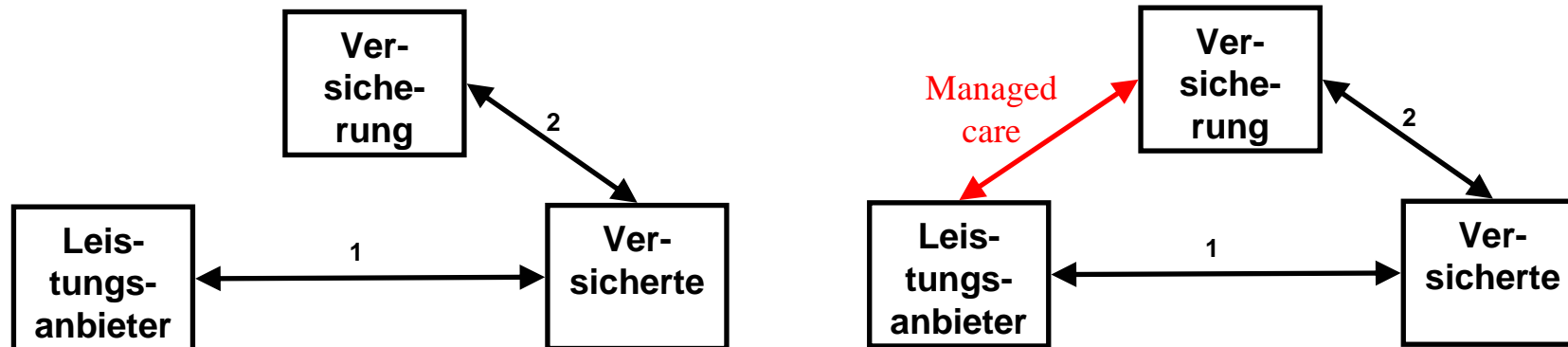
- Rolle des Nachfragers zerfällt, Versicherter ist nicht mehr in der Finanzierungsverantwortung
- Steuerung über die Relation 1 führt zu Moral Hazard und damit Zielverletzungen
- Steuerung erfolgt typischerweise (auch) über die Relationen 2 und 3

II.3 Steuerung im Privatversicherungssystem: USA (1/2)



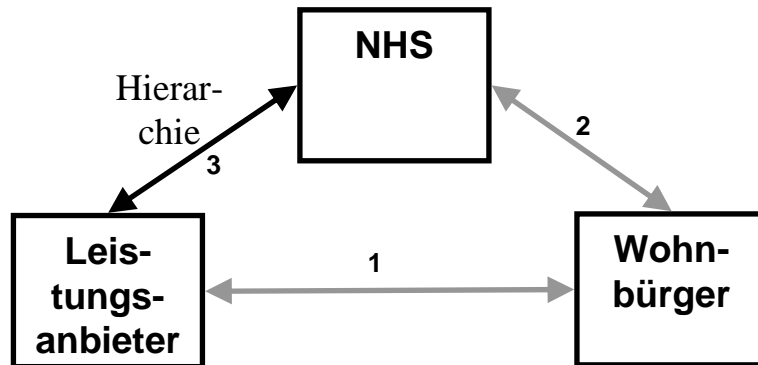
- In den USA gibt es zunächst keine Steuerung im Verhältnis Versicherung und Leistungsanbieter
- Trotz Selbstbeteiligung sind die Kosten sehr hoch

II.3 Steuerung im Privatversicherungssystem: USA (2/2)



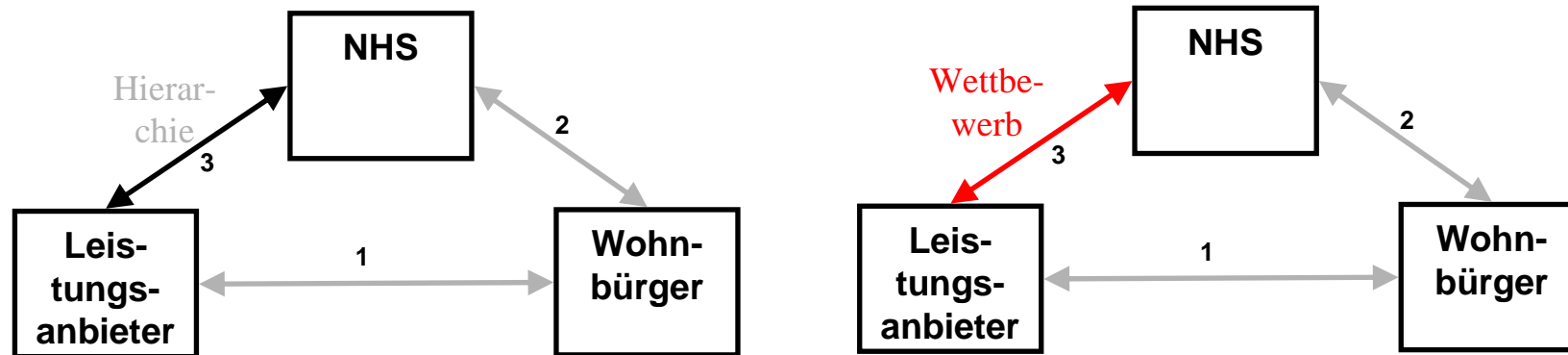
- In den USA gibt es zunächst keine Steuerung im Verhältnis Versicherung und Leistungsanbieter
- Trotz Selbstbeteiligung sind die Kosten sehr hoch
- Im Zuge von Managed Care wird Steuerung in Relation 3 eingeführt. Steuerung durch Patienten insb. durch Wahl der Versicherung (in Relation 2).

II.3 Steuerung im Nationalen Gesundheitsdienst: England (1/2)



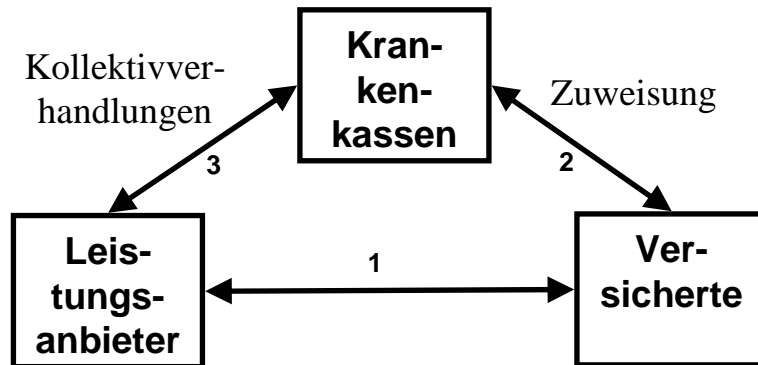
- Leistungsanbieter werden direkt hierarchisch von Gesundheitsbehörden geführt, die Gebietsmonopolisten sind.

II.3 Steuerung im Nationalen Gesundheitsdienst: England (2/2)



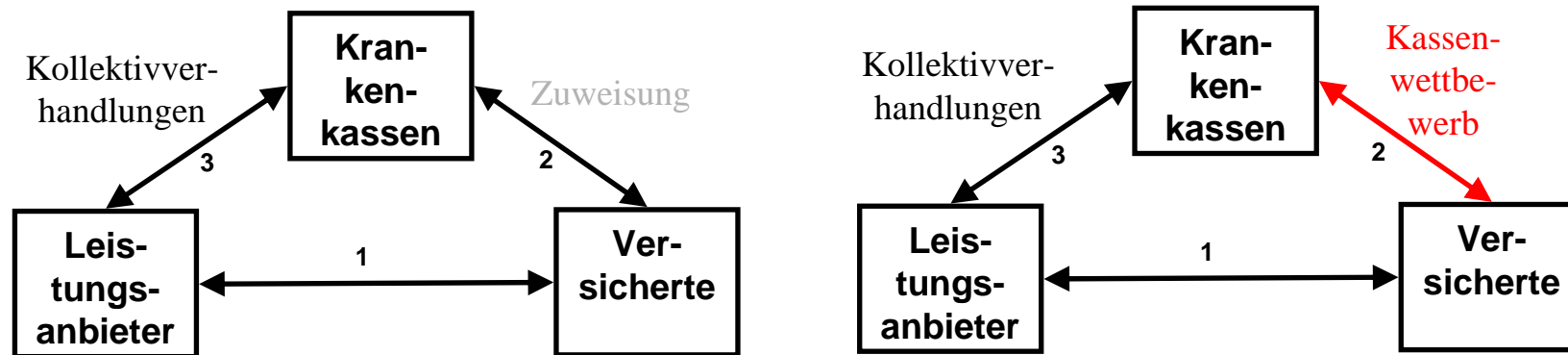
- Leistungsanbieter werden direkt hierarchisch von Gesundheitsbehörden geführt, die Gebietsmonopolisten sind.
- Zur Effizienzsteigerung wird 1991 purchaser-provider split in Relation 3 und Vertragswettbewerb eingeführt.
- Die Versicherten sind an der Steuerung des Systems nicht direkt beteiligt.

II.3 Steuerung im Sozialversicherungssystem: Deutschland (1/3)



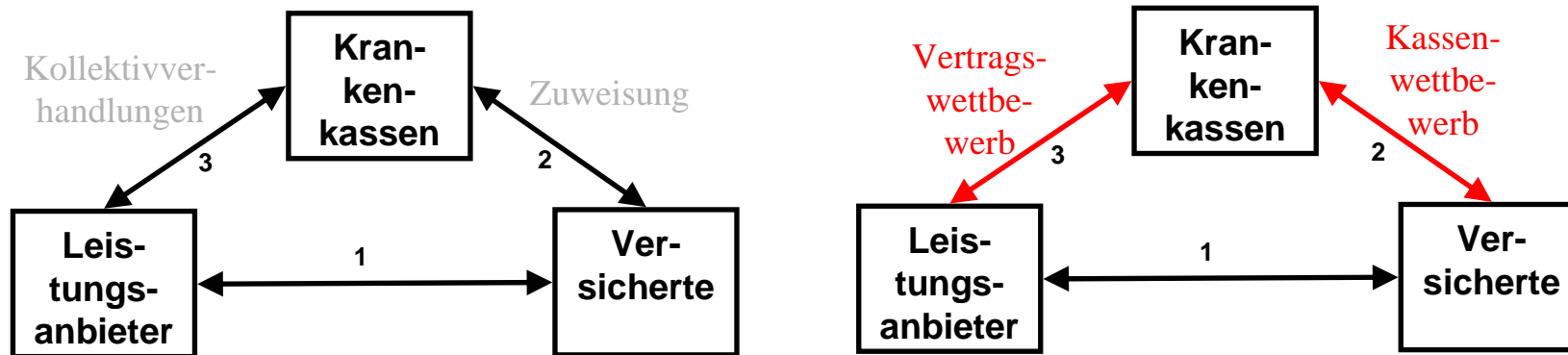
- Zunächst: Versicherte werden Kassen zugewiesen. Kassen schließen „gemeinsam und einheitlich“ Verträge mit Leistungsanbieter
→ wenig Innovation, Verkrustung

II.3 Steuerung im Sozialversicherungssystem: Deutschland (2/3)



- Zunächst: Versicherte werden Kassen zugewiesen. Kassen schließen „gemeinsam und einheitlich“ Verträge mit Leistungsanbieter
→ wenig Innovation, Verkrustung
- Einführung von Kassenwettbewerb (Rel. 2) führt nur zur Risikoselektion

II.3 Steuerung im Sozialversicherungssystem: Deutschland (3/3)



- Zunächst: Versicherte werden Kassen zugewiesen. Kassen schließen „gemeinsam und einheitlich“ Verträge mit Leistungsanbieter → wenig Innovation, Verkrustung
- Einführung von Kassenwettbewerb (Rel. 2) führt nur zur Risikoselektion
- Inzwischen: Eindämmung der Risikoselektion (Relation 2) durch M-RSA und verstärkt Vertragswettbewerb (Relation 3)
- (Mit)Steuerung der Patienten vor allem durch Kassenwahl in Relation 2

II.4 Steuerung durch Selbstbeteiligung

- Steuerung des Leistungsgeschehens durch Patienten setzt Selbstbeteiligung voraus, um moral hazard zu verhindern.
- Selbstbeteiligung
 - nähert persönliche Kosten der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen denen bei Abwesenheit von Versicherungsschutz an und führt damit zum Abbau von moral hazard
 - kann auch zur Reduktion von moral hazard durch die Leistungserbringer beitragen
 - verringert aber auch die wohlfahrtsmehrende Funktion einer Versicherung → es gibt einen Trade off!

⇒ Was ist empirisch über die Wirkung von Selbstbeteiligung bekannt?

II.4 Steuerung durch Selbstbeteiligung: Effektmessung

- Zu untersuchen ist:
Wie unterscheidet sich die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei unterschiedlichen Versicherungsarrangements?
- Methodische Herangehensweisen
 - Querschnittsvergleiche zwischen unterschiedlichen Tarifen:
 - Probleme der Selbstselektion etc.
 - Längsschnitt „vor“ und „nach“ Einführung/ Änderung einer Selbstbeteiligung:
 - Probleme der Multikausalität

⇒ Mögliche Lösungen

- Randomisierte kontrollierte Studie → Problem: Ethik
- Verknüpfung von Quer- und Längsschnitt
- Pre-Post-Vergleich mit Trendbereinigung

II.4 Steuerung durch Selbstbeteiligung: Rand-Studie (1/4)

- 1974-78 wurden in den USA rd. 6.000 Personen (unter 65 Jahre) Ø 3,5 Jahre in 5 unterschiedlichen Versicherungsplänen versichert
- Pauschale Zahlung einer Teilnahmeprämie
→ Teilnahmebias
- Randomisierte Zuteilung auf die Versicherungspolicen:
 - Free: keine Selbstbeteiligung
 - 25 % Selbstbeteiligung m. abs. und rel. Obergrenze
 - 50 % Selbstbeteiligung m .OG
 - 95 % Selbstbeteiligung m. OG
 - Mixed: 95 % ambulant, keine Zuzahlung stationär, m. absoluter OG

II.4 Steuerung durch Selbstbeteiligung: Rand-Studie (2/4)

Vers.Plan	Amb. Arzt-Kontakte	Amb. Ausgaben in US-\$ ¹⁾	KH-Aufenthalt	KH-Ausgaben in US-\$ ¹⁾	Wahrsch. eines Kontaktes in % ²⁾
Free	4,55	340	0,128	409	86,8
25 %	3,33	260	0,105	373	78,8
50 %	3,03	224	0,092	450	77,2
95 %	2,73	203	0,099	315	67,7
Mixed	3,02	235	0,115	373	72,3

1) Selbstbeteiligung plus Ausgaben des Versicherers

2) Mindestens ein ambulanter oder stationärer Kontakt im Jahr

Quelle: Manning et al., AER 1987, 259.

II.4 Steuerung durch Selbstbeteiligung: Rand-Studie (3/4)

Einfluss des Einkommen auf die Inanspruchnahme-
wahrscheinlichkeit (Free = 100%)

Vers.Plan	Unteres Einkommens- Drittel	Mittleres Einkommens- Drittel	Oberes Einkommens- Drittel
Free	100 %	100 %	100 %
25 %	86,7 %	91,6 %	94,1 %
50 %	78,1 %	87,2 %	91,3 %
95 %	74,5 %	78,8 %	81,9 %
Mixed	78,9 %	84,6 %	87,8 %

berechnet nach: Manning et al., AER 1987, 261.

II.4 Steuerung durch Selbstbeteiligung: Rand-Studie (4/4)

- Keine nachgewiesenen Differenzen im Inanspruchnahme-Verhalten nach dem Gesundheitszustand für Gesamtheit
- Effekte auf den Gesundheitszustand, soweit in kurzem Zeitfenster messbar, bei armen Versicherten (untere 20 % der Einkommensverteilung):
 - schlechtere Einstellung bei Bluthochdruck (potentiell mortalitätsrelevant),
 - schlechterer Mundgesundheitszustand,
 - schlechtere Versorgung bei Fehlsichtigkeit bei hoher Selbstbeteiligung

II.4 Steuerung durch Selbstbeteiligung: intern. Ergebnisse (1/2)

- In seiner Dissertation untersucht Holst auch internationale Erfahrungen, z.B.
 - Kanada: Inanspruchnahme geht zurück
 - vor allem bei älteren und einkommensschwächeren Personen
 - auch in Bezug auf notwendige Leistungen
 - Australien: Inanspruchnahme geht stark zurück bei Einführung von Selbstbeteiligung auf Arzneimittel
 - Schwedische Erfahrungen: Sozial selektive Änderungen der Inanspruchnahme
- Aussagen beruhen häufig auf methodisch fragwürdigen Erhebungen
- Aussagen sind nicht systematisch, sondern selektiv gewonnen.

II.4 Steuerung durch Selbstbeteiligung: intern. Ergebnisse (2/2)

- McGemmin/Thompson/Mossialos 2008:
 - Untersuchen die Auswirkungen von Arzneimittelzuzahlungen
 - Review von 173 Studien
 - Ergebnisse:
 - Reduktion der Inanspruchnahme, aber begrenzt (relativ preisunelastische Nachfrage)
 - Wegen der Informationsasymmetrien: Keine Effizienzgewinne
 - Sozial ungleiche Wirkungen
 - Forderung nach Zuzahlungsbefreiungen für Einkommensschwache

II.4 Steuerung durch Selbstbeteiligung: Praxisgebühr (1/3)

- 2004: Einführung einer Praxisgebühr in Deutschland
 - 10 Euro pro Quartal für Erstbesuch bei Arzt
 - Weitere Gebühr bei Facharztkonsultation ohne Überweisung
- Messung der Effekte durch
 - Versichertenbefragung
 - Bertelsmann-Gesundheitsmonitor 2004
 - WIDO-Gesundheitsmonitor 2004 und 2005
 - Bertelsmann-Gesundheitsmonitor 2008 (Befragung 2004 und 2006)
 - Auswertungen des SOEP
 - Augurzky et al. für 2003-2005
 - DIW/TU: Vergleich 2003 auf 2004
 - Schreyögg/Grabka 2008

II.4 Steuerung durch Selbstbeteiligung: Praxisgebühr (2/3)

Ergebnisse:

- Inanspruchnahmeverhalten
 - rückläufige Inanspruchnahme (Befragungsstudien),
 - SOEP-Studien: kein Effekt, aber womöglich statistisches Artefakt
- Sozial selektive Effekte
 - Bei Versichertenbefragungen deutlich nachweisbar:
 - Bertelsman-Monitor 2004 und 2008
 - WIDO-Monitor 2004, aber nicht mehr 2005
 - Bei SOEP-Analysen (DIW&TU sowie Schreyögg/Grabka): kein Effekt nachweisbar

II.4 Steuerung durch Selbstbeteiligung: Praxisgebühr (3/3)

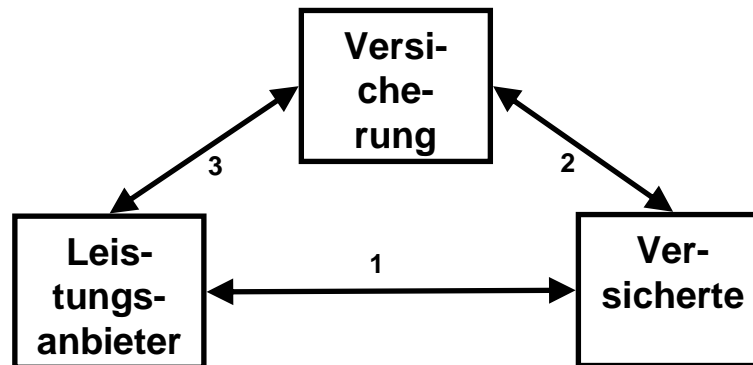
Ergebnisse:

- Medizinisch bedenkliche Effekte
 - Versichertenbefragung
 - Bertelsmann-Gesundheitsmonitor 2008: Selektive Effekte bei einkommensschwachen chronisch Kranken
 - Auswertungen des SOEP
 - Augurzky et al.: kein Rückgang der Inanspruchnahme
 - DIW/TU: Rückgang der Inanspruchnahme, nicht med. bedenklich
→ methodisch kritisiert
 - Schreyögg/Grabka 2008: kein Effekt, aber auch kein Rückgang der Inanspruchnahme
- Grundsätzliche methodische Probleme:
 - Befragungsstudien: Validität der Daten
 - SOEP-Studien: Überlagerung mit anderen Effekten

II.5 Zwischenfazit (1/2)

- Steuerung des Leistungsgeschehens über die Beziehung zwischen Patienten und Leistungserbringer erfordert erhebliche Selbstbeteiligung wg. moral hazard
 - Wegen Informationsasymmetrien ist diese Steuerung ineffizient.
 - Wirkungen von Selbstbeteiligungen sind problematisch
 - Reduktion der Inanspruchnahme → tendenziell gewollt
 - Sozial selektive Wirkungen → ungewollt
 - Inanspruchnahmereduktion auch bei notwendigen Leistungen → ungewollt
- ⇒ Steuerung des Leistungsgeschehens sollte in der „Relation 3“ erfolgen zwischen Versicherung und Leistungserbringer!

II.5 Zwischenfazit (2/2)



- Sinnvolle Rolle der Patienten bei der Steuerung
 - Auswahl des Versicherungsträgers mit dem besten Versorgungsangebot (Kassenwettbewerb bei Vertragswettbewerb)
 - Ergänzend (!): Auswahl des besten Leistungserbringers aus dem Netz seines Versicherers nach Service und Qualität
 - bei gegebenem Leistungskatalog
 - ohne Selbstbeteiligung (!)
 - auf Basis objektiver öffentlich bereitgestellter Informationen.

Überblick

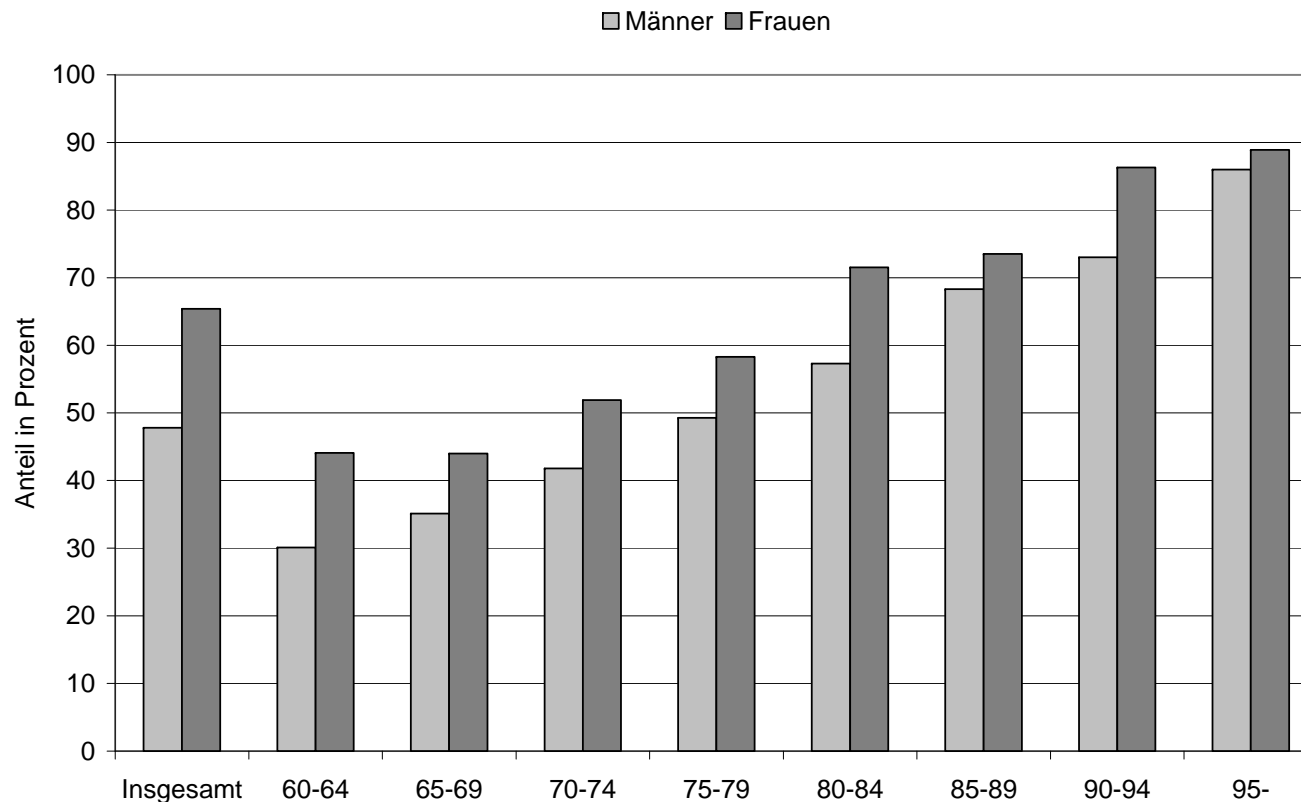
- I. Einleitung
- II. Konzeptionelle Grundlagen
- III. Ausgangslage in der Pflegeversicherung**
 - 1. Ausmaß der Pflegebedürftigkeit
 - 2. Versorgung bei Pflegebedürftigkeit
 - 3. Ausgaben für Pflegebedürftigkeit
- IV. Probleme der aktuelle Situation
- V. Ansatzpunkte zur Ausgabensteuerung
- VI. Fazit

III.1 Ausmaß der Pflegebedürftigkeit (1/2)

- Heute
 - sind in Deutschland mehr als 2 Millionen Personen pflegebedürftig im Sinne des SGB XI
 - haben weitere 3 Millionen Personen einen Hilfebedarf aber unterhalb der SGB XI-Schwelle
 - erhalten knapp eine halbe Million Pflegepersonen Leistungen zur sozialen Absicherung
 - verfügt ein Pflegebedürftiger in der Regel über mehrere Pflegepersonen
- ⇒ Fast jeder ist betroffen durch Pflegebedürftigkeit in der Verwandtschaft, im Freundeskreis oder bei Nachbarn
- ⇒ Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass ich selbst pflegebedürftig werde?

III.1 Ausmaß der Pflegebedürftigkeit (2/2)

Anteil der Pflegebedürftigen an den 2008 Verstorbenen im Jahr ...



Nur 2,6% der Bevölkerung ist pflegebedürftig im Sinne des SGB XI

Bei der Altenbevölkerung (65+) liegt das Risiko bei 12%

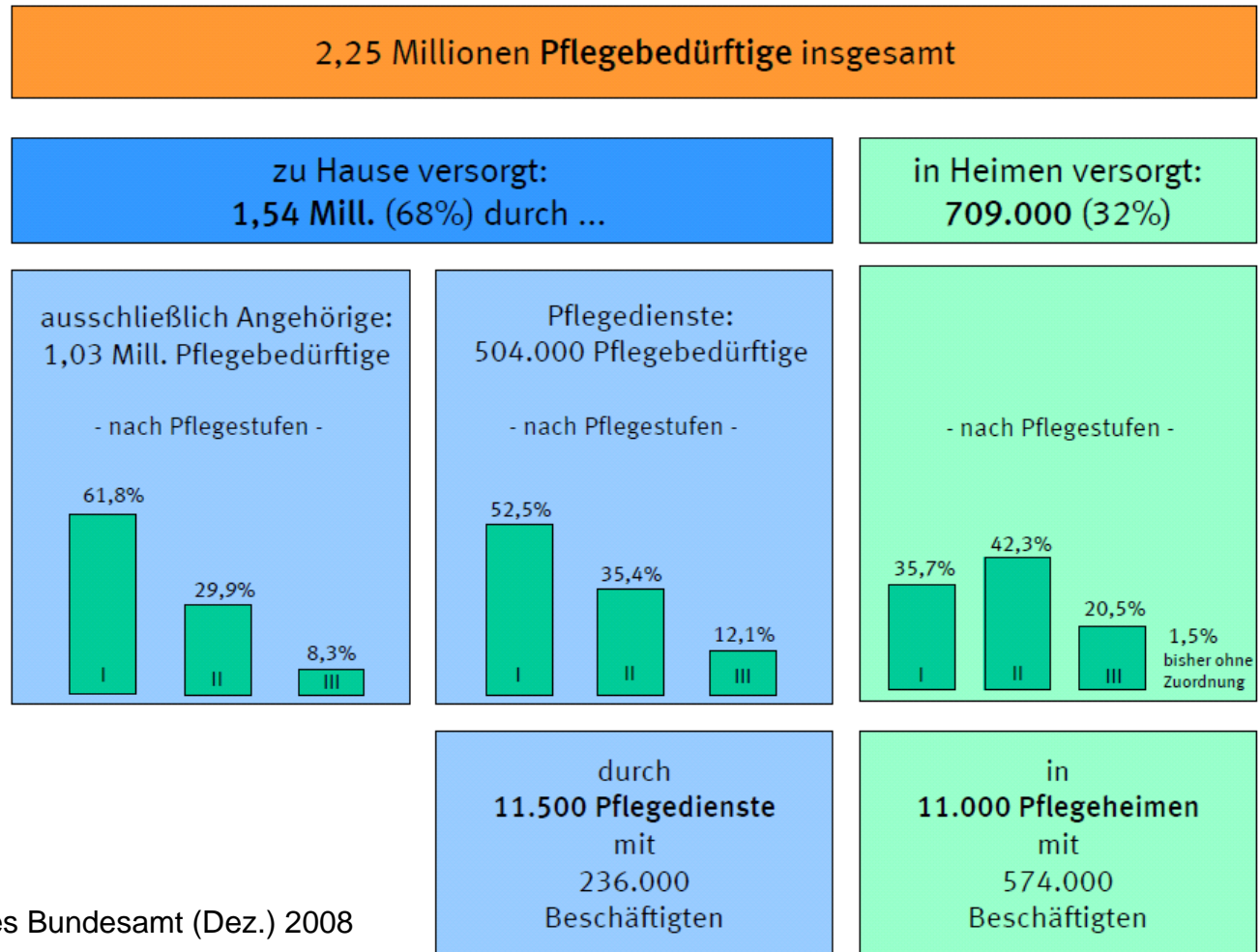
Aber: mehr als die Hälfte der 2008 Verstorbenen haben in ihrem Todesjahr Pflegeversicherungsleistungen erhalten

Fast jeder Zweite wird pflegebedürftig werden!

Pflegebedürftigkeit ist kein Restrisiko, sondern ein allgemeines Lebensrisiko und muss so behandelt werden

III.2 Versorgung bei Pflegebedürftigkeit

„ECKDATEN“ PFLEGESTATISTIK 2007



Quelle: Statistisches Bundesamt (Dez.) 2008

III.3 Ausgaben für Pflegebedürftigkeit

Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung
Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung ¹⁾

Bezeichnung	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
	in Mrd. € *)													
Einnahmen														
Beitragseinnahmen	8,31	11,90	15,77	15,80	16,13	16,31	16,56	16,76	16,61	16,64	17,38	18,36	17,86	19,61
Sonstige Einnahmen	0,09	0,14	0,17	0,20	0,19	0,23	0,25	0,22	0,25	0,23	0,12	0,13	0,16	0,16
Einnahmen insgesamt	8,41	12,04	15,94	16,00	16,32	16,54	16,81	16,98	16,86	16,87	17,49	18,49	18,02	19,77
Ausgaben														
Leistungsausgaben	4,42	10,25	14,34	15,07	15,55	15,86	16,03	16,47	16,64	16,77	16,98	17,14	17,45	18,20
Sonstige Ausgaben	0,00	0,01	0,01	0,02	0,01	0,02	0,02	0,01	0,06	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00
Ausgaben insgesamt	4,97	10,86	15,14	15,88	16,35	16,67	16,87	17,36	17,56	17,69	17,86	18,03	18,34	19,14

III.3 Ausgaben für Pflegebedürftigkeit

Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung
Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung¹⁾

Bezeichnung	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
	in Mrd. € *)													
Einnahmen														
Beitragseinnahmen	8,31	11,90	15,77	15,80	16,13	16,31	16,56	16,76	16,61	16,64	17,38	18,36	17,86	19,61
davon														
Beiträge an Pflegekassen	6,85	9,84	13,06	13,04	13,32	13,46	13,66	13,57	13,30	13,28	13,98	14,94	14,44	15,91
Beiträge an den Ausgleichsfonds	1,46	2,06	2,71	2,76	2,80	2,86	2,90	3,19	3,31	3,36	3,40	3,42	3,42	3,71
Sonstige Einnahmen	0,09	0,14	0,17	0,20	0,19	0,23	0,25	0,22	0,25	0,23	0,12	0,13	0,16	0,16
Einnahmen insgesamt	8,41	12,04	15,94	16,00	16,32	16,54	16,81	16,98	16,86	16,87	17,49	18,49	18,02	19,77
Ausgaben														
Leistungsausgaben	4,42	10,25	14,34	15,07	15,55	15,86	16,03	16,47	16,64	16,77	16,98	17,14	17,45	18,20
davon														
Geldleistung	3,04	4,44	4,32	4,28	4,24	4,18	4,11	4,18	4,11	4,08	4,05	4,02	4,03	4,24
Pflegesachleistung	0,69	1,54	1,77	1,99	2,13	2,23	2,29	2,37	2,38	2,37	2,40	2,42	2,47	2,60
Pflegeurlaub	0,13	0,13	0,05	0,06	0,07	0,10	0,11	0,13	0,16	0,17	0,19	0,21	0,24	0,29
Tages-/Nachtpflege	0,01	0,03	0,04	0,05	0,05	0,06	0,07	0,08	0,08	0,08	0,08	0,09	0,09	0,11
Zusätzliche Betreuungsleistungen								0,00	0,01	0,02	0,02	0,03	0,03	0,06
Kurzzeitpflege	0,05	0,09	0,10	0,11	0,12	0,14	0,15	0,16	0,16	0,20	0,21	0,23	0,24	0,27
Soziale Sicherung der Pflegepersonen	0,31	0,93	1,19	1,16	1,13	1,07	0,98	0,96	0,95	0,93	0,90	0,86	0,86	0,87
Pflegemittel/ techn. Hilfen etc.	0,20	0,39	0,33	0,37	0,42	0,40	0,35	0,38	0,36	0,34	0,38	0,38	0,41	0,46
Vollstationäre Pflege	0,00	2,69	6,41	6,84	7,18	7,48	7,75	8,00	8,20	8,35	8,52	8,67	8,83	9,05
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,00	0,01	0,13	0,22	0,20	0,21	0,21	0,21	0,23	0,23	0,23	0,24	0,24	0,24
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	0,23	0,24	0,23	0,24	0,24	0,24	0,25	0,26	0,26	0,27	0,28	0,27	0,27	0,28
Verwaltungsausgaben ²⁾	0,32	0,36	0,55	0,56	0,55	0,56	0,57	0,58	0,59	0,58	0,59	0,62	0,62	0,65
Sonstige Ausgaben	0,00	0,01	0,01	0,02	0,01	0,02	0,02	0,01	0,06	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00
Ausgaben insgesamt	4,97	10,86	15,14	15,88	16,35	16,67	16,87	17,36	17,56	17,69	17,86	18,03	18,34	19,14
Liquidität														
Überschuß der Einnahmen	3,44	1,18	0,80	0,13	---	---	---	---	---	---	---	0,45	---	0,63
Überschuß der Ausgaben	---	---	---	---	0,03	0,13	0,06	0,38	0,69	0,82	0,36	---	0,32	---
Investitionsdarlehen an den Bund	-0,56	---	---	---	---	---	---	+0,56	---	---	---	---	---	---
Mittelbestand am Jahresende	2,87	4,05	4,86	4,99	4,95	4,82	4,76	4,93	4,24	3,42	3,05	3,50	3,18	3,81
in Monatsausgaben lt. Haushaltspläne der Kassen	3,93	2,96	3,77	3,70	3,61	3,37	3,27	3,34	2,82	2,27	2,01	2,29	2,06	2,33

* Werte der amtlichen Statistik wurden von DM in € umgerechnet.

¹⁾ Abweichungen in den Summen durch Rundungen

²⁾ 1995 einschließlich Vorlaufkostenerstattung an die Krankenkassen

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

III.3 Ausgaben für Pflegebedürftigkeit

Tabelle 30: Ausgaben für Pflegebedürftigkeit nach Finanzierungsquelle in 2007

Ausgabenquelle	in Mrd. €	als % der öffentl./ priv. Ausgaben	als % aller Ausgaben
Öffentliche Ausgaben		100	
Soziale Pflegeversicherung	18,34	83,8	59,1
Private Pflegeversicherung	0,58	2,6	1,9
Sozialhilfe	2,67	12,2	8,6
Kriegsopferfürsorge ¹⁾	0,3	1,4	1
Private Ausgaben*		100	
Pflegeheim	6,81	74,7	22
häusliche Pflege	2,31	25,3	7,4
Insgesamt	31,01		100

*Schätzungen
 1) Wert aus 2006
 Quelle: BMG, soziale Pflegeversicherung; Verband der privaten Krankenversicherung e. V.,
 Zahlenbericht 2007/2008; Statistisches Bundesamt, Sozialhilfestatistik,
 Kriegsopferfürsorgestatistik

Quelle: GEK-Pflegereport 2009: 111.

Überblick

- I. Einleitung
- II. Konzeptionelle Grundlagen
- III. Ausgangslage in der Pflegeversicherung
- IV. Probleme der aktuellen Situation**
 - 1. Leistungsdynamisierung der Sozialen Pflegeversicherung
 - 2. Zukunft der familialen Pflege
 - 3. Pflegenotstand
- V. Ansatzpunkte zur Ausgabensteuerung
- VI. Fazit

IV.1 Leistungsdynamisierung (1/3)

	Jahr		Veränderung		Durchschnittliche Wachstumsrate p.a. in % (geometrisches Mittel)	
	2007	2012	in €	in % des Ausgangswertes	2007-2012	1996-2015
Sachleistungen						
Stufe I	384 €	450 €	66 €	17,2	3,2	0,8
Stufe II	921 €	1.100 €	179 €	19,4	3,6	0,9
Stufe III	1.432 €	1.550 €	118 €	8,2	1,6	0,4
Pflegegeld						
Stufe I	205 €	235 €	30 €	14,6	2,8	0,7
Stufe II	410 €	440 €	30 €	7,3	1,4	0,4
Stufe III	665 €	700 €	35 €	5,3	1,0	0,3
vollstationär						
Stufe I	1.023 €	1.023 €	0 €	0	0	0
Stufe II	1.279 €	1.279 €	0 €	0	0	0
Stufe III	1.432 €	1.550 €	118 €	8,2	1,6	0,4
insgesamt				7,1	1,4	0,4

- 1.7.2008: erstmals Leistungsanpassung → positiv
- Differenzierte Steigerungsraten
 - positiv wegen Förderung der häuslichen Pflege
 - negativ, wegen Beschränkung auf ausgabenschwache Bereiche
- Keine nachholende Anpassung

- Ab 2015: alle 3 Jahre wird „geprüft“, ob angepasst wird. Anpassungshöhe maximal das Minimum von Inflation und Lohnsteigerung → unzureichend

IV.1 Leistungsdynamisierung (2/3)

Pflegeheime: Monatliche Kosten, Versicherungsleistungen und Eigenanteil in €/ Monat

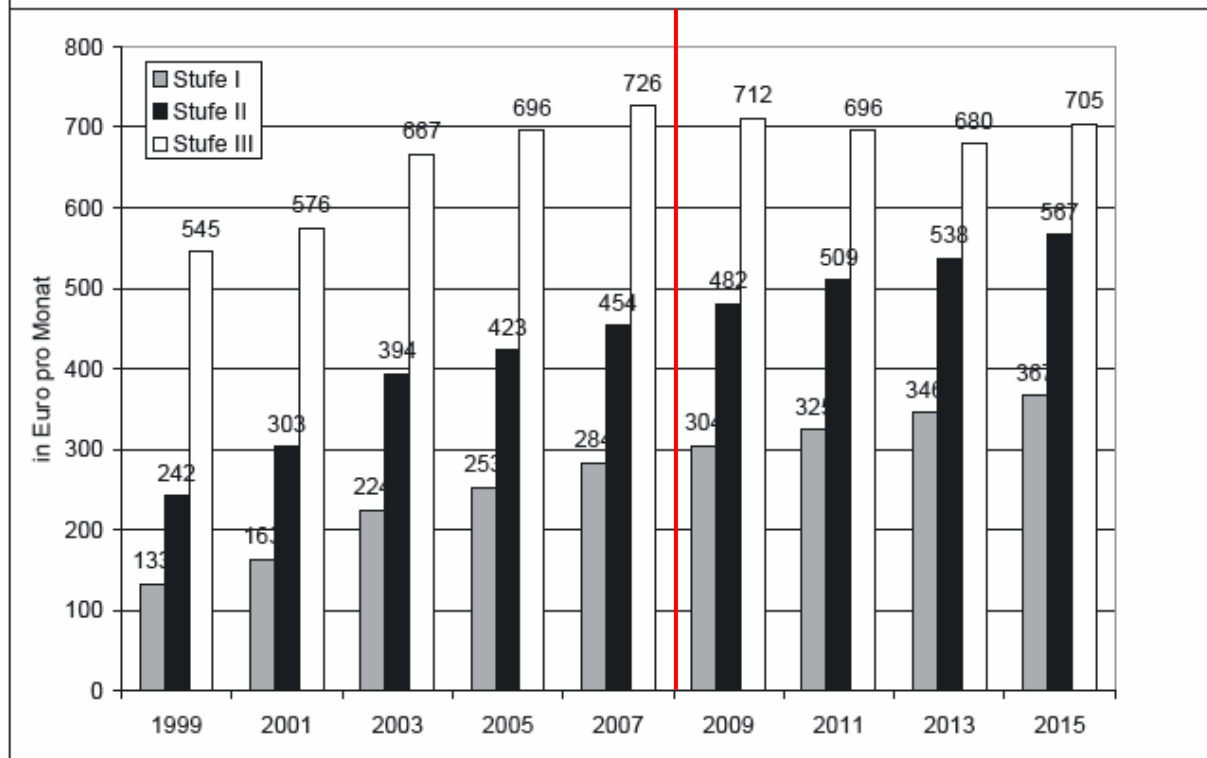
	(1)	(2)	(3)	(4)=(1)+(2)	(5)	(6)=(1)-(5)	(7)=(4)-(5)
Pflegestufe	Pflegekosten	Unterkunft und Verpflegung	Investitionskosten	Gesamtentgelt	Versicherungsleistungen	Eigenanteil Pflegekosten	Eigenanteil insgesamt
Stufe I	1.307	608	352	2.267	1.023	284	1.244
Stufe II	1.733	608	352	2.693	1.279	454	1.414
Stufe III	2.158	608	352	3.118	1.432	726	1.686

Daten vom Dezember 2007

- In Pflegeheimen reichen die Versicherungsleistungen inzwischen nicht einmal aus, um die Pflegekosten zu finanzieren.
- Insgesamt liegt der Eigenanteil in allen Stufen deutlich höher als die Versicherungsleistungen.

IV.1 Leistungsdynamisierung (3/3)

Abbildung 2: Projektion der Entwicklung der Eigenanteile bei Pflegesätzen in vollstationärer Pflege



Quelle: eigene Berechnungen nach Daten der Bundespflegestatistik, publiziert in Statistisches Bundesamt 2002, 2003, 2005, 2007b, 2009c und der gesetzlich vorgegebenen Leistungssätze

- Ziel der Pflegeversicherung: Pflegebedingte Kosten im Heim werden gedeckt
- 1996 wurde diese Ziel teilweise noch erreicht
- Bereits 1999: große Deckungslücken in *allen* Stufen
- 2007: Eigenbeteiligung von 300-700 €
- Bis 2015: Weiterer Anstieg der Eigenbeteiligung in Stufe I und II

IV.2 Zukunft der familialen Pflege (1/3)

Gründe für einen zukünftigen Rückgang familialer Pflege

- Demographie: sinkendes relatives Pflegepotential
- Individualisierung: Steigender Anteil alter Menschen in Ein-Personen-Haushalten
- Arbeitsmarkt: Steigende Erwerbstätigkeit von Frauen
- Wertewandel: Rückgang der pflegebereiten Milieus
- Sozialrecht: Rückläufige Perzeption einer „Pflicht zu pflegen“
(§ 8 SGB XI: Pflege als „gesamtgesellschaftliche Aufgabe)

IV.2 Zukunft der familialen Pflege (2/3)

Status quo

2/3 aller Pflegebedürftigen werden häuslich versorgt

Bei jedem zweiten Pflegebedürftigen sind keine Pflegeeinrichtungen einbezogen

Familie ist Rückgrat der Pflege

Eine neue Balance (gemischte Pflegearrangements) muss gefunden werden mit

- Unterstützung für familiäre Pflegepersonen
- eine neue Rolle für Pflegedienste (in Kooperation mit der Familie)
- Case Management

Steigende Ausgaben für Langzeitpflege

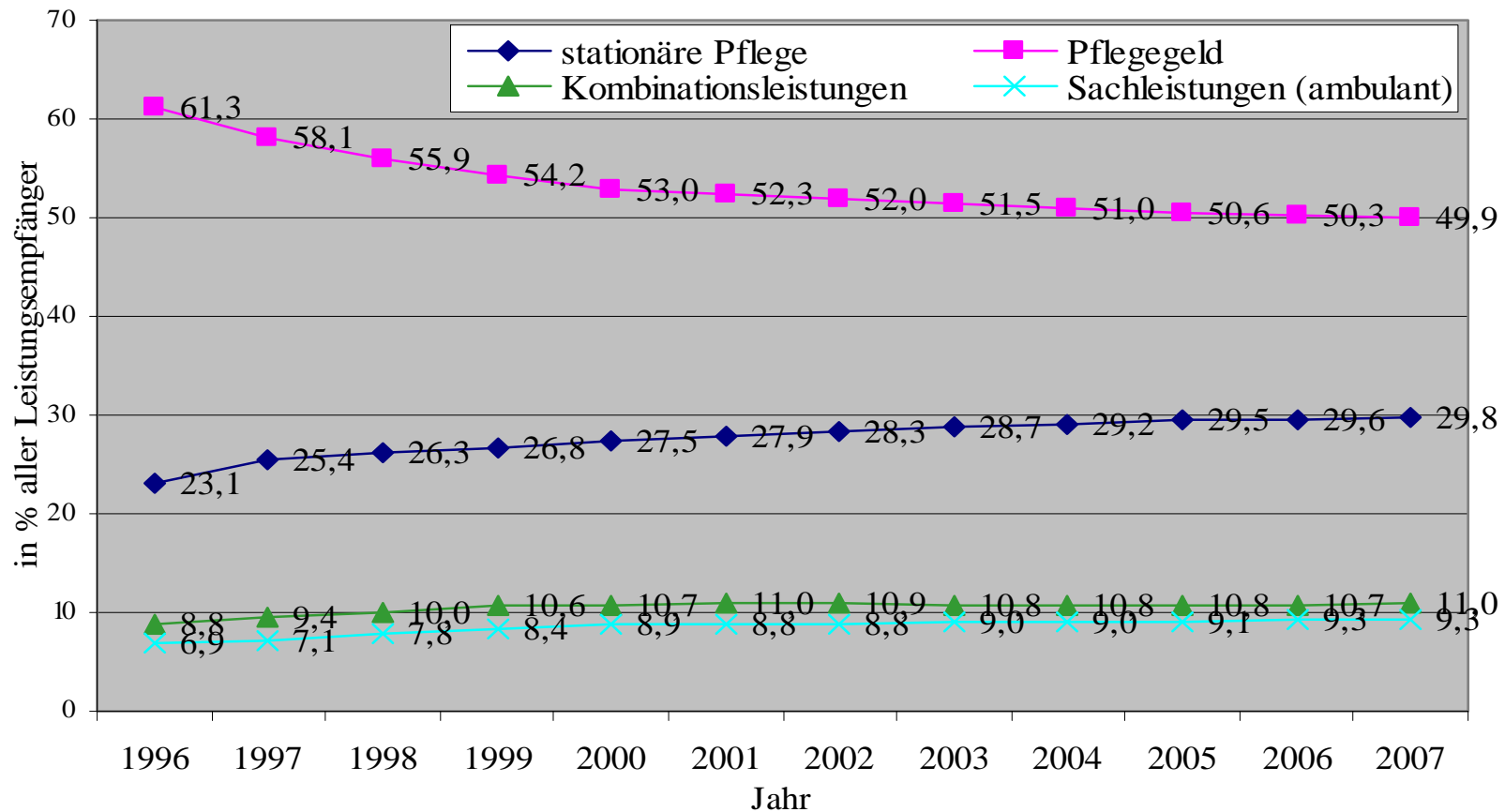
Zukunft

Relatives Pflegepotential, d.h. potentielle informelle Pflegepersonen pro Pflegebedürftigem halbiert sich bis 2040

Familiale Pflege wird zurückgehen

IV.2 Zukunft der familialen Pflege (3/3)

Inanspruchnahme von Hauptleistungsarten



Quelle: eigene Berechnungen basierend auf Daten des Bundesgesundheitsministeriums.

IV.3 Pflegenotstand: demographische Ursachen

Abbildung 46: Anteil der erwerbstätigen Pflegekräfte in der Altenpflege, gleitender Durchschnitt (k=3)

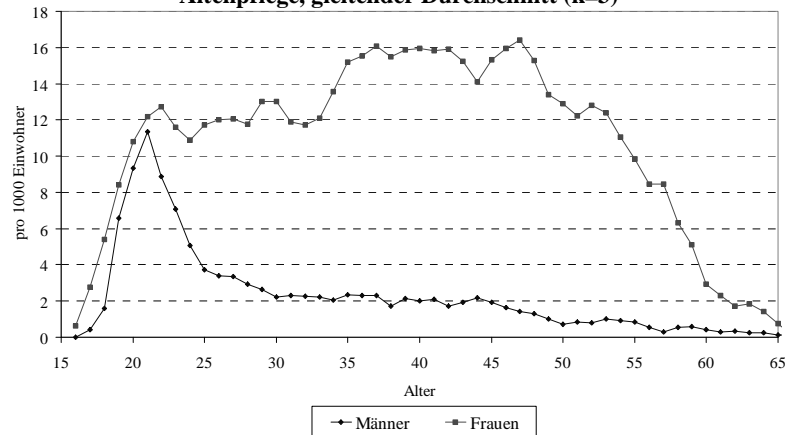
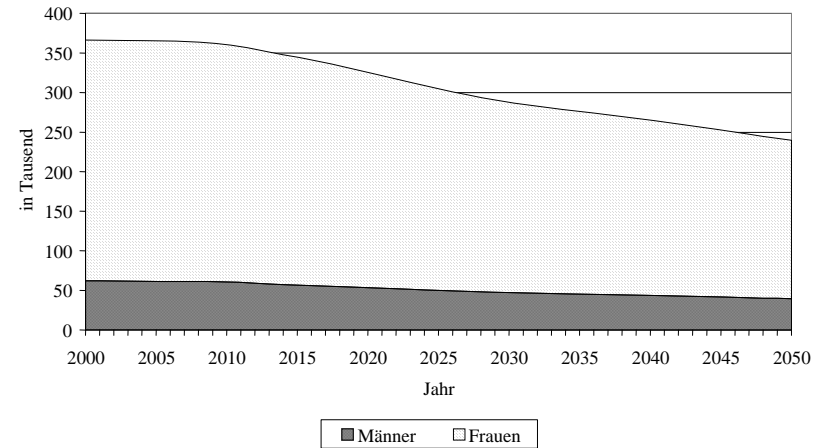


Abbildung 47: Arbeitsangebot an Altenpflegekräften



- Bei gleicher Rekrutierung wie bisher und gleicher Dauer der Berufstätigkeit würde das Arbeitsangebot der in der Altenpflege Erwerbstätigen deutlich sinken.

Überblick

- I. Einleitung
- II. Konzeptionelle Grundlagen
- III. Ausgangslage in der Pflegeversicherung
- IV. Probleme der aktuellen Situation
- V. **Ansatzpunkte zur Ausgabensteuerung**
 - 1. **Pflegebedürftigkeit: Prävention und Rehabilitation**
 - 2. **Pflegebedürftigkeitsbegriff**
 - 3. **Leistungshöhen**
 - 4. **Entgelthöhen**
 - 5. **Inanspruchnahme: Gemischte Pflegearrangements bei Stützung familialer Pflege, Case und Care Management**

V.1 Ausgabensteuerung: Pflegebedürftigkeit (1/3)

- Verbreitete These: Durch Prävention und Gesundheitsförderung kann Pflegebedürftigkeit verringert werden.
- Aber:
 - Es gibt keine spezifische Prävention zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit.
 - Prävention von Krankheit kann aber Pflegebedürftigkeit mindernd, die eine Folge von Krankheit ist
 - Es gibt nur geringe Evidenzen für Senkung der Lebenszeitmorbidity durch Prävention
 - Prävention ist wünschenswert, da sie lebensverlängernd und morbiditätssenkend wirkt. Da sie auch die Mortalität senken kann, sind die Ausgabeneffekte uneindeutig

V.1 Ausgabensteuerung: Pflegebedürftigkeit (2/3)

- Empirie zur Entwicklung von Prävalenz und Inzidenz in der Pflege:
 - Die altersspezifischen Prävalenzen sind von 2000-2008 praktisch unverändert
 - Die altersspezifischen Inzidenzen sind stark rückläufig (Modellrechnungen: Männer 8%, Frauen 25% in acht Jahren)
 - Die Dauer der Pflegebedürftigkeit nimmt zu
 - Die Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit wächst langsamer als die Lebenserwartung mit Pflegebedürftigkeit
- Wenig Hoffnung auf Reduktion der „Pflegelast“

V.1 Ausgabensteuerung: Pflegebedürftigkeit (3/3)

- Es gibt nur wenig Rehabilitation bei Pflege
- Die Reha-Fähigkeit von Pflegebedürftigen wird systematisch unterschätzt
- Verantwortlich sind vielfältige Fehlanreize für
 - Kassen
 - Pflegeeinrichtungen
 - Ärzte
- Mit dem PfWG sind diese Probleme thematisiert worden. Die Lösungen sind aber nicht optimal
- Wünschenswert: RSA auch für Pflegekassen

V.2 Ausgabensteuerung: Pflegebedürftigkeitsbegriff

- Wenn nicht die Pflegebedürftigkeit, so kann doch die Voraussetzung zum Leistungsbezug verändert werden.
- Aber:
 - Der Pflegebedürftigkeitsbegriff ist im internationalen Vergleich sehr eng, die Prävalenzen eher niedrig
 - Der Pflegebedürftigkeitsbegriff grenzt jetzt schon dementiell Erkrankte teilweise aus
 - Der vom Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs erarbeitete neue Begriff ist breiter
 - Umsetzung führt entweder zu höheren Ausgaben oder zur Reduktion der Ansprüche von rein somatisch Erkrankten. Letzteres ist problematisch und reduziert nicht die Übergangskosten (Bestandsschutz)
 - Neuer Begriff schafft mehr Gerechtigkeit und höhere Kosten

V.3 Ausgabensteuerung: Leistungshöhen

- Pflegeversicherung ist Teilkaskosystem mit erheblicher Selbstbeteiligung
- Bis 2008: Stabilisierung des Systems durch mangelnde Leistungsdynamisierung
 - Damit wird das System delegitimiert und schleichend abgeschafft
 - Ein „weiter so“ ist nicht möglich
 - Dynamisierung muss nach oben angepasst werden
- Außerdem: Begrenzung der Leistungshöhen reduziert nicht Gesamtausgaben, sondern verschiebt sie
 - auf die Pflegebedürftigen (steigende Eigenanteile)
 - auf die Sozialhilfe (insbesondere im stationären Bereich)
 - auf die Angehörigen (bei informeller Pflege)

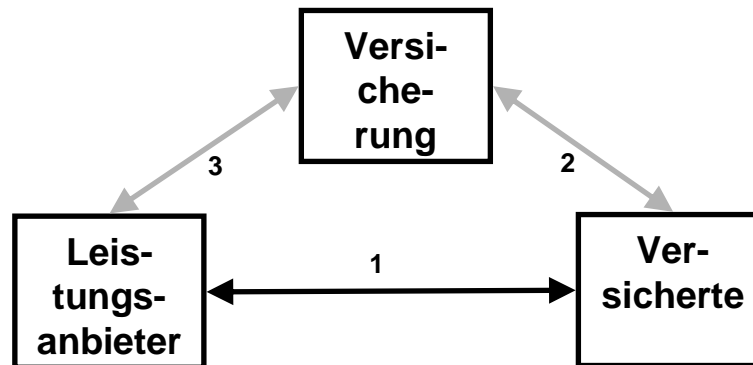
V.4 Ausgabensteuerung: Entgelthöhen

- Vergütungssystem ist reformbedürftig
 - Regionale Ungleichheiten
 - Unterschiedliche Entgelte für gleiche Leistungen
 - Legitimationsprobleme
 - Aber: Reform dient der Gerechtigkeit, nicht der Entgeltkürzung
 - Außerdem: Bei gedeckelten Leistungen haben Entgelte keinen direkten Einfluss auf Ausgaben der Pflegeversicherung
- Notwendigkeit einer neuen Vergütungseinheit im stationären Bereich mit einheitlichem Basisfallwert

V.5 Ausgabensteuerung: Inanspruchnahme (1/2)

- Die Soziale Pflegeversicherung ist eine Einheitsversicherung
 - Identischer Beitragssatz für alle Pflegekassen
 - Identische Leistungen
 - Gemeinsame und einheitliche Verträge
 - Kein Kassenwettbewerb
- Pflegeversicherung ist ein Teilkaskosystem
 - Gedeckelte oder pauschale Leistungen
 - Erhebliche Selbstbehalte
 - Voraussetzung für Steuerung durch Verbraucher ist gegeben.
- Pflegebedürftige und ihre Angehörige haben die Wahl
 - zwischen familialer und professioneller Pflege (make-or-buy)
 - zwischen verschiedenen Leistungsanbietern

V.5 Ausgabensteuerung: Inanspruchnahme (2/2)



- Die Steuerung des Leistungsgeschehens erfolgt in diesem System weitgehend in Relation 1
- Bessere Leistungssteuerung muss deshalb vor allem auf dieser Ebene stattfinden. Hierzu notwendig:
 - Transparenz über Leistungen von Einrichtungen → Pflege-TÜV
 - Stützung familialer Pflege durch Beratung, Case Management → Pflegestützpunkte, Pflegeberater
 - Neues Verständnis „gemischter Pflegearrangements“

Überblick

- I. Einleitung
- II. Konzeptionelle Grundlagen
- III. Ausgangslage in der Pflegeversicherung
- IV. Probleme der aktuellen Situation
- V. Ansatzpunkte zur Ausgabensteuerung
- VI. Fazit**

VI. Fazit (1/2)

- Pflegeversicherung unterscheidet sich systematisch von Krankenversicherung durch ihr Teilkaskoprinzip
 - Entgelte sind für die Kosten der Sozialversicherung irrelevant (nicht für die Sozialhilfeträger)
 - Steuerung durch die Kassen ist nur begrenzt möglich wegen
 - fehlendem Interesse aufgrund des fehlenden Kassenwettbewerbs
 - großer Rolle der informellen Pflege
 - Steuerung muss sich auf die Nachfragesteuerung durch Pflegebedürftige und Angehörige beziehen
- Zur Verbesserung der Steuerungskapazitäten notwendig:
 - Bessere Beratung und Case Management
 - Mehr Transparenz auf dem Pflegemarkt
 - Neues Verständnis gemischter Pflegearrangements

VI. Fazit (2/2)

- Weitere wünschenswerte Maßnahmen beziehen sich auf
 - Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs
 - Verbesserung der Leistungsdynamisierung
 - Schaffung von Anreizen für mehr Rehabilitation
 - Schaffung von mehr Gerechtigkeit in der Vergütung von Pflegeeinrichtungen.

Schluss

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!