



Bestandsaufnahme und Perspektiven der deutschen Pflegeversicherung

Gunnar Peeters
Referatsleiter Pflege
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

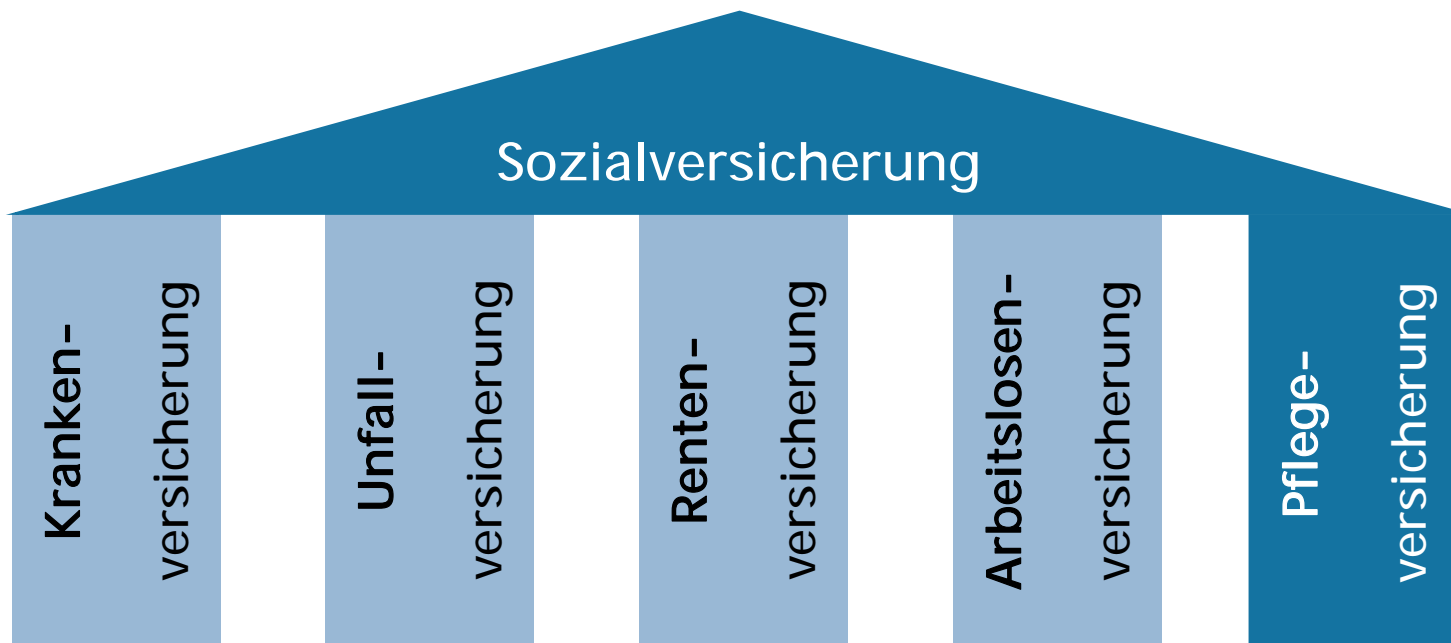


14. Oktober 2015, Düsseldorf

Pflegeversicherung – SGB XI

Einführung/Entwicklung

- Mit Wirkung zum 01.01.1995 als „fünfte Säule“ der Sozialversicherung in Deutschland als Pflichtversicherung eingeführt
- Soziale Pflegeversicherung ist jüngster, eigenständiger Zweig der Sozialversicherung
- Mehrfache Weiterentwicklung der Pflegeversicherung – letztmalig mit dem PSG I (1. Pflege-Stärkungsgesetz) zum 01.01.2015





Pflegeversicherung – SGB XI Hintergründe

Ursachen für die Einführung der Pflegeversicherung

Gesellschaftlicher Wandel in Deutschland:

- Traditionelle familienorientierte Lebensformen verschwanden
- Flexibilität im Beruf und der eigenen Biografie
- Demografiewandel – immer mehr ältere Menschen und somit mehr Menschen, die auf Hilfe Anderer angewiesen sind

Pflegeversicherung – SGB XI

Hintergründe

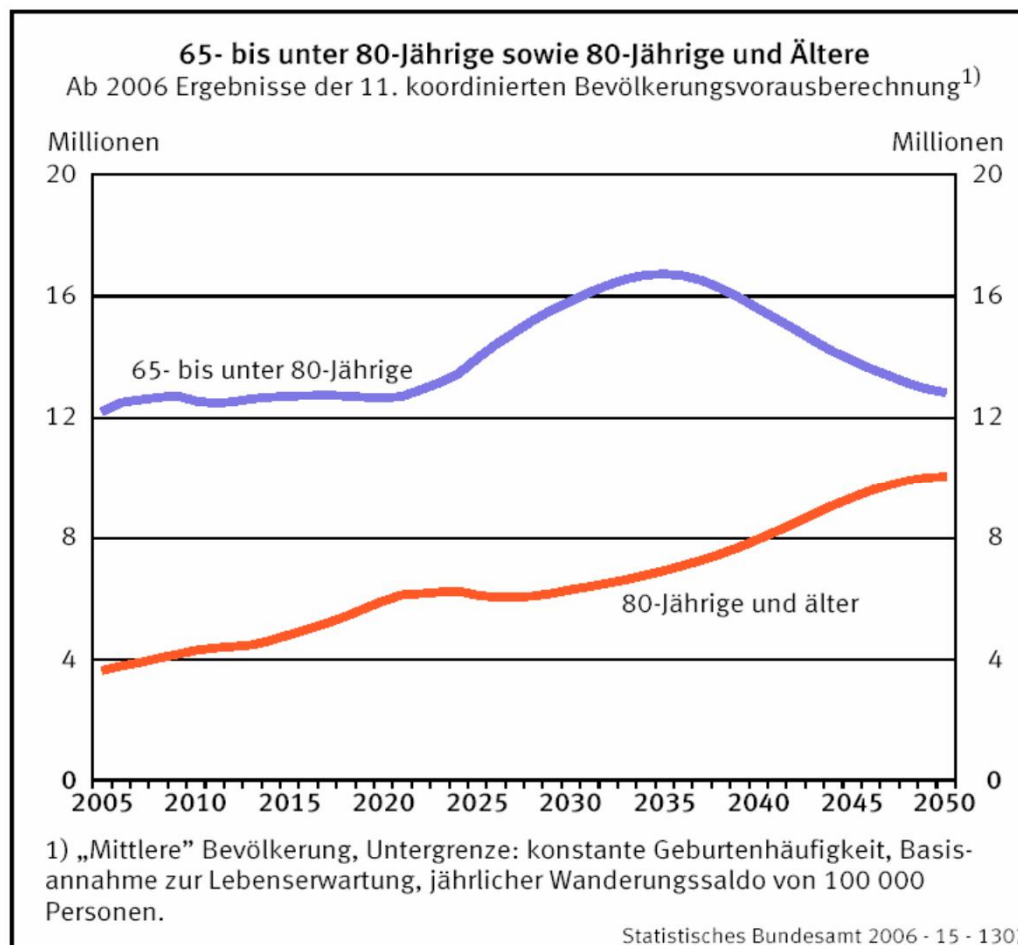
Ursachen für die Einführung der Pflegeversicherung

- Finanzierung von Pflegekosten vor Einführung der Pflegeversicherung aus Eigenmitteln
- Wenn Pflegemittel nicht ausreichten, dann Sozialhilfe
- Im Jahr 1991 wurden rund 1/3 der gesamten Sozialausgaben für Leistungen der Hilfe zur Pflege aufgewandt

Einführung Pflegeversicherung = Entlastung der Kommunen

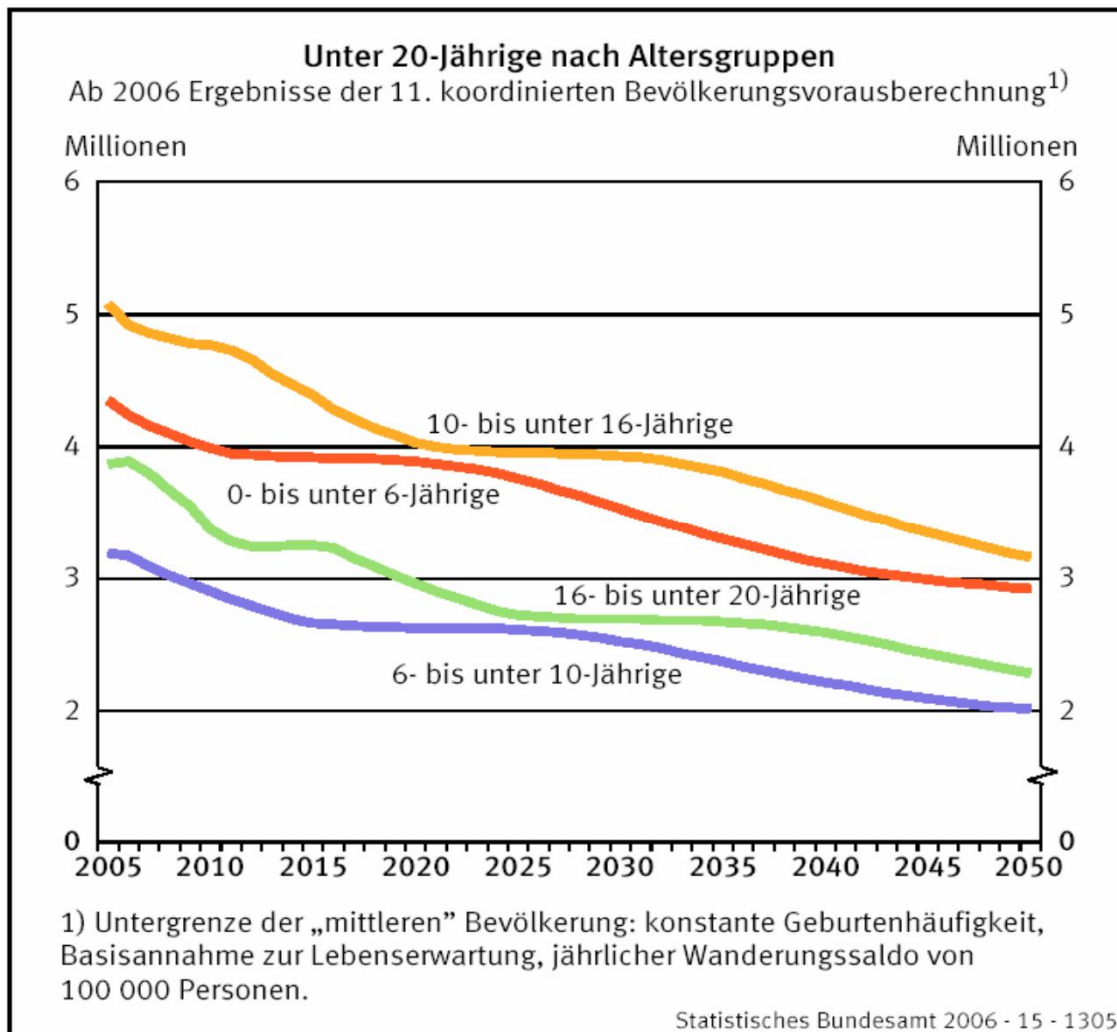
Pflegeperspektiven

Zunahme der älteren und hochbetagten Menschen



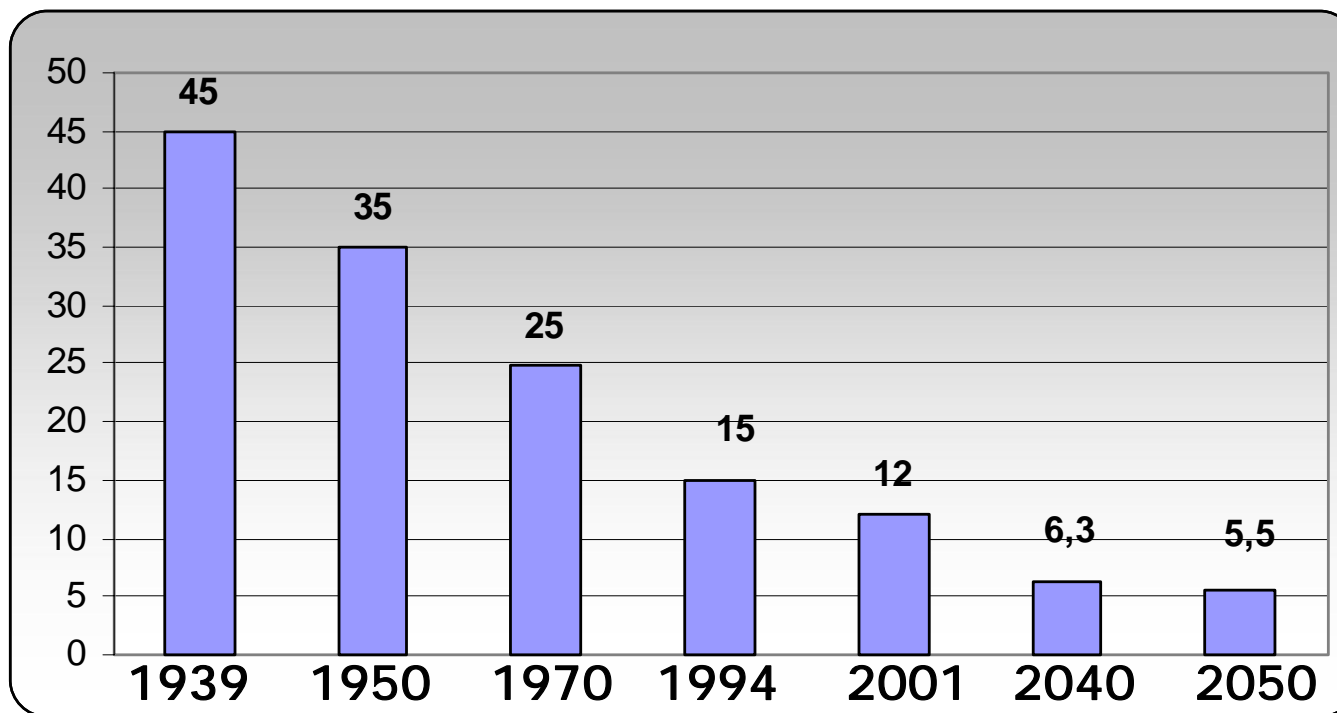
Pflegeperspektiven

Weniger Kinder und Jugendliche



Pflegeperspektiven

Wer versorgt in der Zukunft alte Menschen?

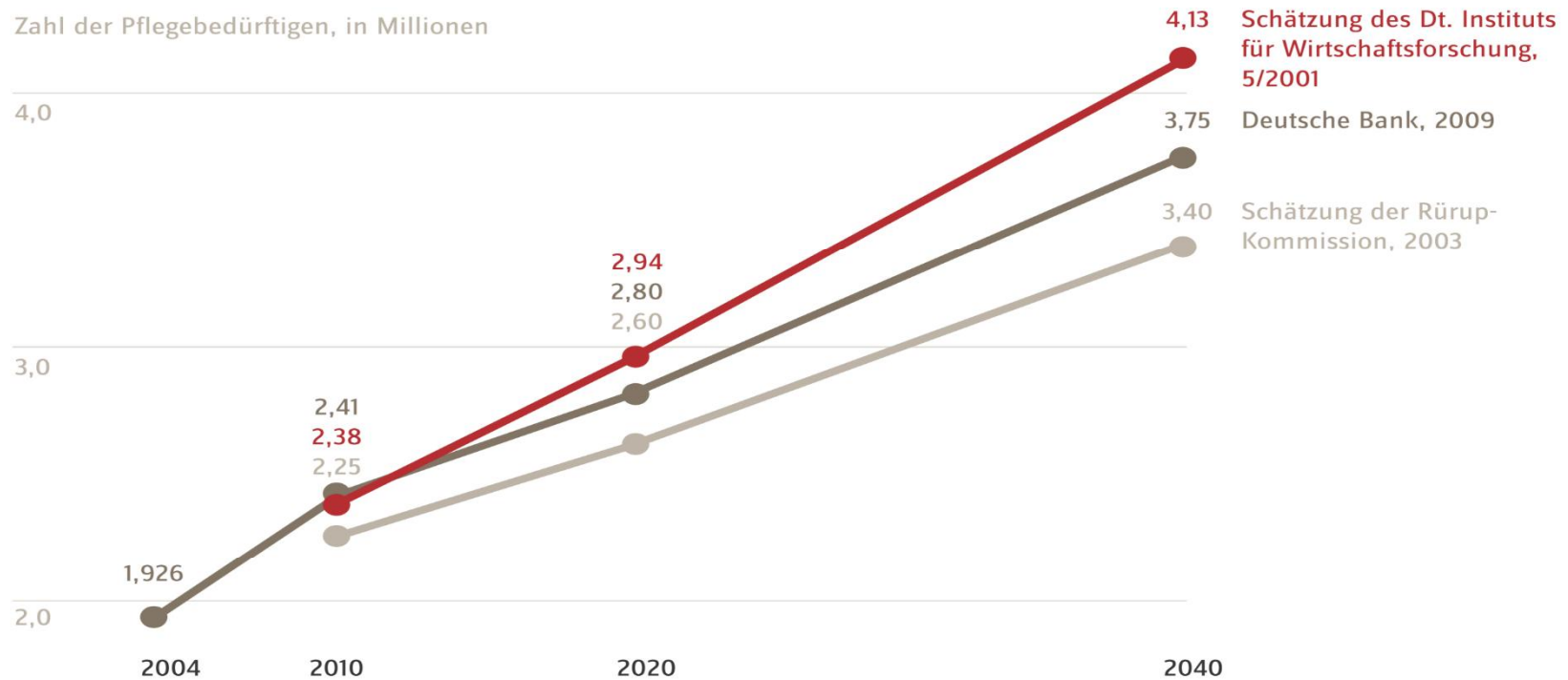


Quelle: Lehr, 2005

**Auf einen über 75-Jährigen kamen/kommen (...)
jüngere Personen**

Zahl der Pflegebedürftigen steigt

Zahl der Pflegebedürftigen, in Millionen



Darstellung: GKV-Spitzenverband



Finanzierung der Pflegeversicherung I

Die Kosten der Versorgung werden in der Reihenfolge

- Pflegeversicherung mit ihren Höchstbeträgen, dann
- die/der Versicherte aus seinem Einkommen, ggf. Rest durch
- die Sozialhilfe

finanziert.

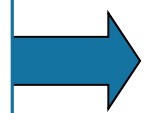


Finanzierung der Pflegeversicherung II

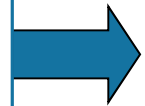
- Finanzvolumen in 2015 ca. 25 Mrd. EURO
- Beitragssatz für Kinderlose 2,6%, sonst 2,35% des monatlichen Bruttoeinkommens
- Obergrenze, bis zu der Beiträge erhoben werden liegt in 2015 bei 4.125 EURO monatlich
- Hälftige Finanzierung Arbeitnehmer/Arbeitgeber
- 90% aller Bürger sind in der gesetzlichen, 10% in der privaten Pflegeversicherung versichert

Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI

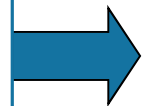
Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer:



körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die



gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens



auf Dauer, voraussichtlich für sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

Stufen der Pflegebedürftigkeit § 15 SGB XI

Pflegestufe I = Erhebliche Pflegebedürftigkeit

- mindestens **einmal** täglich Hilfebedarf
- bei wenigstens **zwei** Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Grundpflege
- zusätzlich mehrfach in der Woche bei der Hauswirtschaft

Zeitaufwand

- **90 Minuten**, davon **mehr als 45 Minuten** Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege

Stufen der Pflegebedürftigkeit § 15 SGB XI

Pflegestufe II = Schwerpflegebedürftigkeit

- mindestens **dreimal** täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfe bei der Grundpflege
- zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der Hauswirtschaft

Zeitaufwand

- **Drei Stunden**, davon mindestens **120 Minuten** Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege

Stufen der Pflegebedürftigkeit § 15 SGB XI

Pflegestufe III - Schwerstpflegebedürftigkeit

- Hilfebedarf bei der Grundpflege täglich **rund um die Uhr**, auch nachts
- zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der Hauswirtschaft

Zeitaufwand

- Fünf Stunden, davon mindestens **240 Minuten** Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege



Leistungsempfänger ambulante und stationäre Pflege

- Die Leistungsempfänger ambulante und stationäre Pflege verteilen sich im Verhältnis von ca. 70 zu 30
- Die Leistungen gliedern sich in
 - ambulante Pflege
 - Kurzzeitpflege
 - teilstationäre Pflege
 - vollstationäre Pflege
 - Verhinderungspflege (bis zu 6 Wochen p. A.)
- In der ambulanten Pflege besteht die Wahl zwischen Pflegegeld und Pflegesachleistung, oder einer Kombination aus beiden Varianten

Leistungsbeträge in der ambulanten Pflege

Sachleistungen bei ambulanter Pflege

Pflegestufe	1.4.1995	1.7.2008	1.1.2010	1.1.2012	2015
I	384 €	420 €	440 €	450 €	468 €
II	921 €	980 €	1.040 €	1.100 €	1.144 €
III	1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €	1.612 €
Härtefälle	1.918 €	1.918 €	1.918 €	1.918 €	1.995 €

Pflegegeld

Pflegestufe	1.4.1995	1.7.2008	1.1.2010	1.1.2012	2015
I	205 €	215 €	225 €	235 €	244 €
II	410 €	420 €	430 €	440 €	458 €
III	665 €	675 €	685 €	700 €	700 €

Leistungsbeträge in der stationären Pflege

Vollstationäre Pflege

Pflegestufe	1.7.1996	1.7.2008	1.1.2010	1.1.2012	2015
I	1.023 €	1.023 €	1.023 €	1.023 €	1.064 €
II	1.279 €	1.279 €	1.279 €	1.279 €	1.330 €
III	1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €	1.612 €
Härtefälle	1.688 €	1.750 €	1.825 €	1.918 €	1.995 €

Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege

	1.7.2008	1.1.2010	1.1.2012	2015
	1.470 €	1.510 €	1.550 €	1.612 €

Dynamisierung: Ab 2014 prüft Bundesregierung alle drei Jahre die Notwendigkeit und Höhe einer Leistungsanpassung

Leistungsbeträge in der teilstationären Pflege

Leistungen bei Tages- und Nachtpflege

Pflegestufe	Bisher	1.7.2008	1.1.2010	1.1.2012	2015
I	384 €	420 €	440 €	450 €	468 €
II	921 €	980 €	1.040 €	1.100 €	1.144€
III	1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €	1.612 €

Die in Anspruch genommenen Leistungen der Tages- oder Nachtpflege werden nur zur Hälfte auf die anderen Leistungen der häuslichen Pflege angerechnet. Dem Pflegebedürftigen bleiben auch bei voller Ausschöpfung der o. a. Leistungen 50 Prozent des Pflegegeldes oder der Sachleistungen erhalten.

Pflegebegutachtung § 18 SGB XI

- Entscheidung muss (im Regelfall) dem Antragsteller innerhalb von fünf Wochen vorliegen
- Begutachtung bei Antragstellern im Krankenhaus, in Rehabilitationseinrichtungen, in Hospizen und bei Palliativversorgung innerhalb einer Woche. Einbezug von Präventions-, Rehabilitations- und Betreuungsbedarf in die Begutachtung
- befristete Pflegeeinstufung möglich

Pflegeberatung I

Pflegebedürftige haben einen Anspruch auf eine Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements. PflegeberaterInnen sollen insbesondere:

- den Hilfebedarf unter Berücksichtigung der MDK-Gutachten systematisch erfassen und analysieren,
- einen individuellen Versorgungsplan unter Berücksichtigung aller erforderlichen Sozialleistungen (nicht nur der nach SGB XI) erstellen,
- auf die Durchführung des Versorgungsplanes hinwirken, einschließlich der Genehmigung durch den jeweilig zuständigen Leistungsträger,
- die Durchführung des Versorgungsplanes überwachen und ggf. einer geänderten Bedarfslage anpassen,
- den Hilfeprozess auswerten und dokumentieren.



Pflegeberatung II

Die Pflegeberatung soll insbesondere von

- Pflegefachkräften
- Sozialversicherungsfachangestellten oder
- Sozialarbeitern

mit einer Zusatzqualifikation durchgeführt werden.

Qualitätsprüfungen nach §§ 114, 115 SGB XI

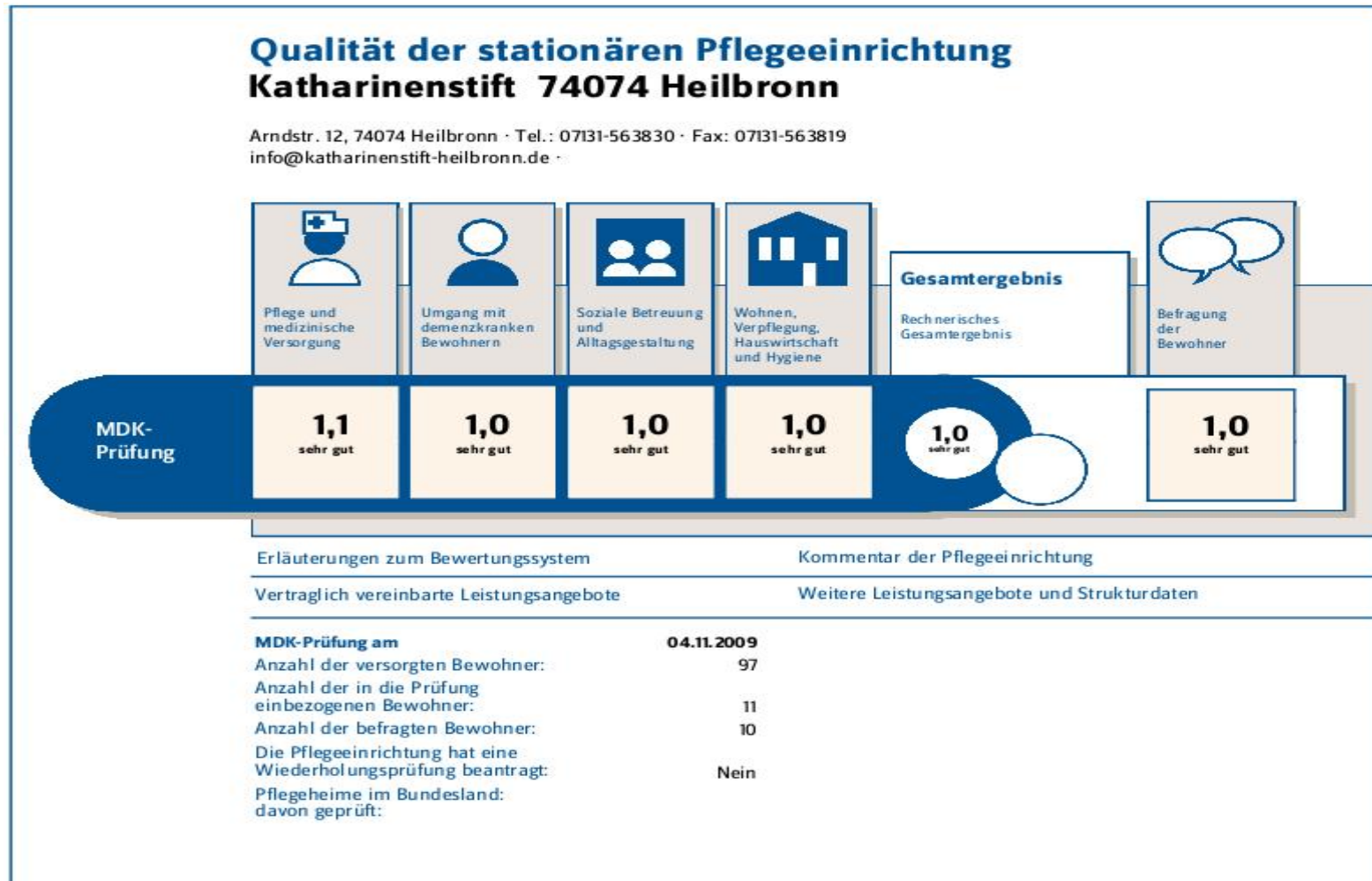
- Alle Pflegeeinrichtungen werden einer jährlichen Qualitätsprüfung unterzogen
- Der gesetzliche Auftrag unterteilt sich in
 - Pflegequalitätsprüfung
 - Transparenzverfahren
- Der Medizinische Dienst erstellt auf Grund der durchgeführten Qualitätsprüfung je einen
 - Prüfbericht
 - Transparenzbericht
- Landesverbände sind verpflichtet (und auch berechtigt) die Leistungen und deren Qualität im Internet oder in anderer geeigneter Form zu veröffentlichen. Die Veröffentlichung muss **verständlich, übersichtlich und vergleichbar** sein.

Transparenzvorschrift - § 115 SGB XI

Die Veröffentlichung ist an bundesweit einheitlichen Kriterien auszurichten. Diese wurden vom GKV-Spitzenverband mit den Verbänden der Leistungserbringer vereinbart.

➔ **Pflege-Transparenzvereinbarung stationär/ambulant :**

- Qualität nach Schulnoten (sehr gut bis mangelhaft) unter Ausweisung des Landesdurchschnittes
- Verbindliche Darstellungsform („Pflegekärtchen“)
- „28-Tagefrist“ zur Klärung strittiger Fragen zwischen Einrichtung und Verbände der Pflegekassen
- Nach Ablauf der Frist Veröffentlichung der Ergebnisse von den Verbänden der Pflegekassen im Internet
- Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, ihr Prüfergebnis „an gut sichtbaren Stellen“ auszuhängen



Weiterentwicklung der Pflegeversicherung I

- Einführung von Verfahren zur Personalbemessung insbesondere in der stationären Pflege
- Vereinbarung von Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI über die Grundsätze der pflegerischen Versorgung auf Bundes-/Landesebene
- Bundesweit einheitliche Regelungen zur Vergütungsstruktur bei ambulanten Pflegeleistungen (Gebührenordnung)

Weiterentwicklung der Pflegeversicherung II

- Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit stärkerer Berücksichtigung kognitiver Einschränkungen ab 01.01.2017
- Harmonisierung der unterschiedlichen Prüfinstanzen auf der Grundlage einheitlicher Rahmenbedingungen (Heimaufsicht, Pflegekassen, Gesundheitsamt, Medizinprodukte etc.)

Weiterentwicklung der Pflegeversicherung III

- Einführung eines landesweiten Umlageverfahrens für die Kosten der Auszubildenden in der Pflege
- Attraktive Gestaltung der Pflegeausbildung mit einer einheitlichen Ausbildung für Kranken- und Altenpfleger
- Verfahren zur Bedarfssteuerung in der ambulanten und stationären Pflege

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**

Gunnar Peeters
vdek-Landesvertretung NRW
Tel.: 02 11/38 410-25, Fax 02 11/38 410-30
Gunnar.Peeters@vdek.com