Bausteine für die Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung

soleo*-KONGRESS 2024

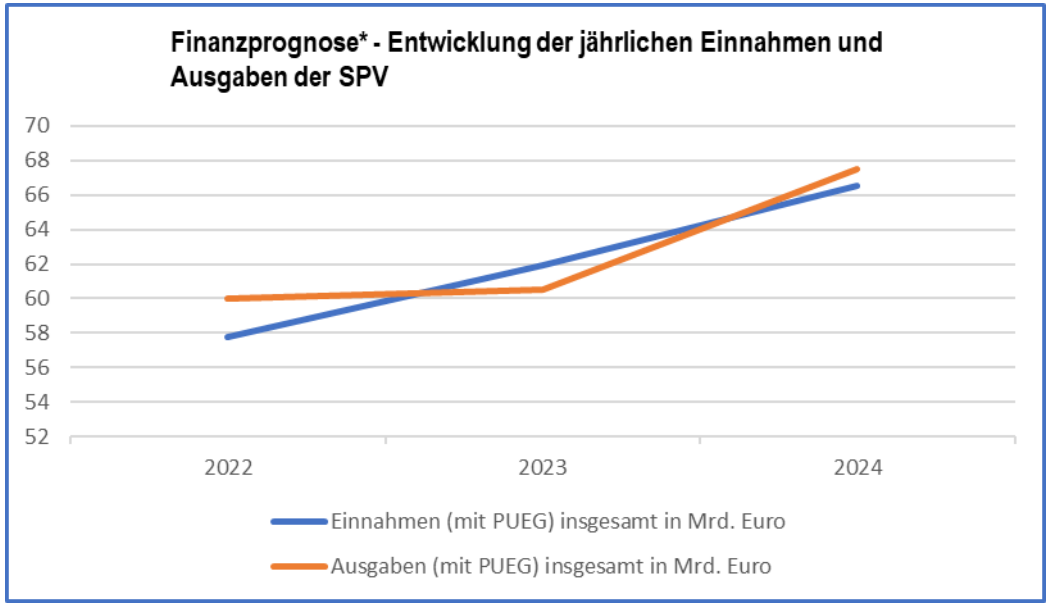
22.11.2024

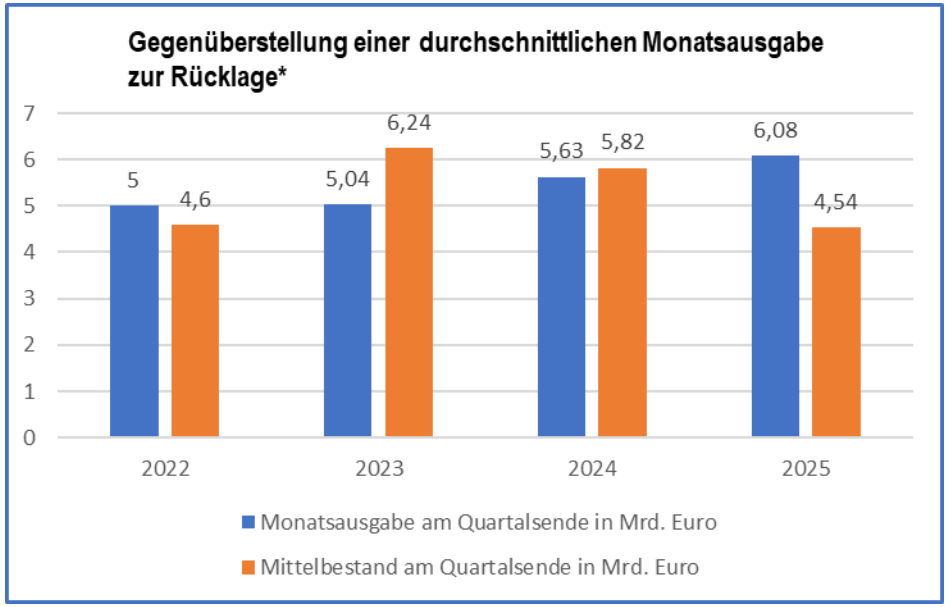
RA Prof. Dr. habil. Thomas Klie

Aktuelle pflege- und gesundheitspolitische Baustellen

- Finanzierung Pflegeversicherung
- Pflegekompetenzgesetz
- Pflegeassistenzgesetz
- GSVG und Gesundheitsregionen
- APN-Gesetz
- Krankenhausreform - KVVG
- …

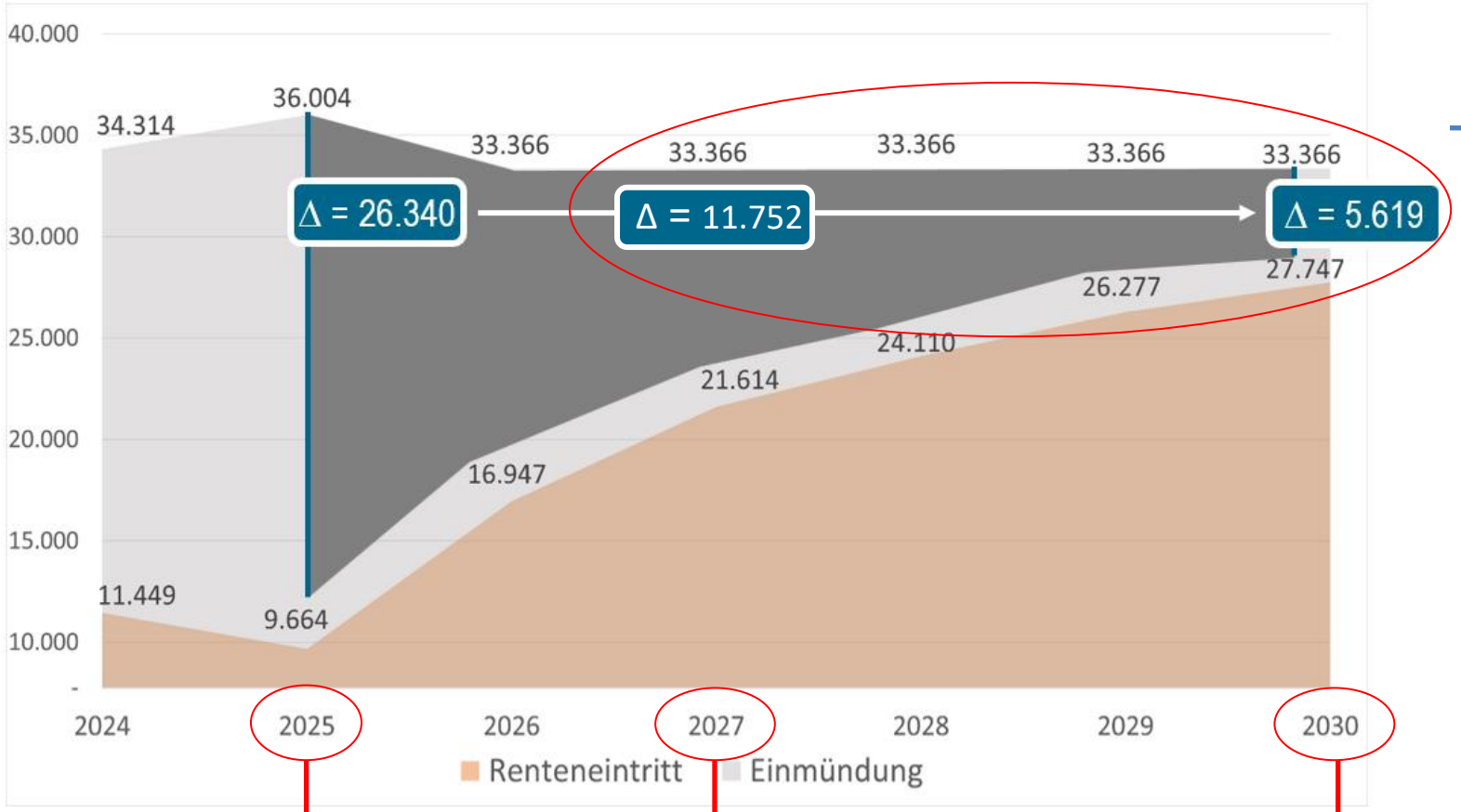
Die Finanzierung der Pflegeversicherung





Die **Zahlungsfähigkeit** der **SPV** ist **bereits 2025 nicht mehr sichergestellt**, sodass der Beitragssatz unterjährig angepasst werden muss.
Zudem wurden **zugesicherte Bundesmittel** für versicherungsfremde Leistungen **nicht gewährt** und der **Bundeszuschuss** bis 2027 **gestrichen**.

Boomer-Effekt
Die Qualifizierungsreserve schmilzt …



Abschmelzen der Arbeitsmarktreserve: **2,0 %** | 1,0 % | 0,5 %

Def. Berufseinmündung: Die Einmündungsquote wird kalkulatorisch mit 80 Prozent angenommen; dabei ist mit Berufsumsteigerinnen und -umsteigern, Studienanfängerinnen und -anfängern sowie mit Personen zu rechnen, die nach der Ausbildung in die Familiengründung einmünden oder zunächst keine Berufseinmündung realisieren.

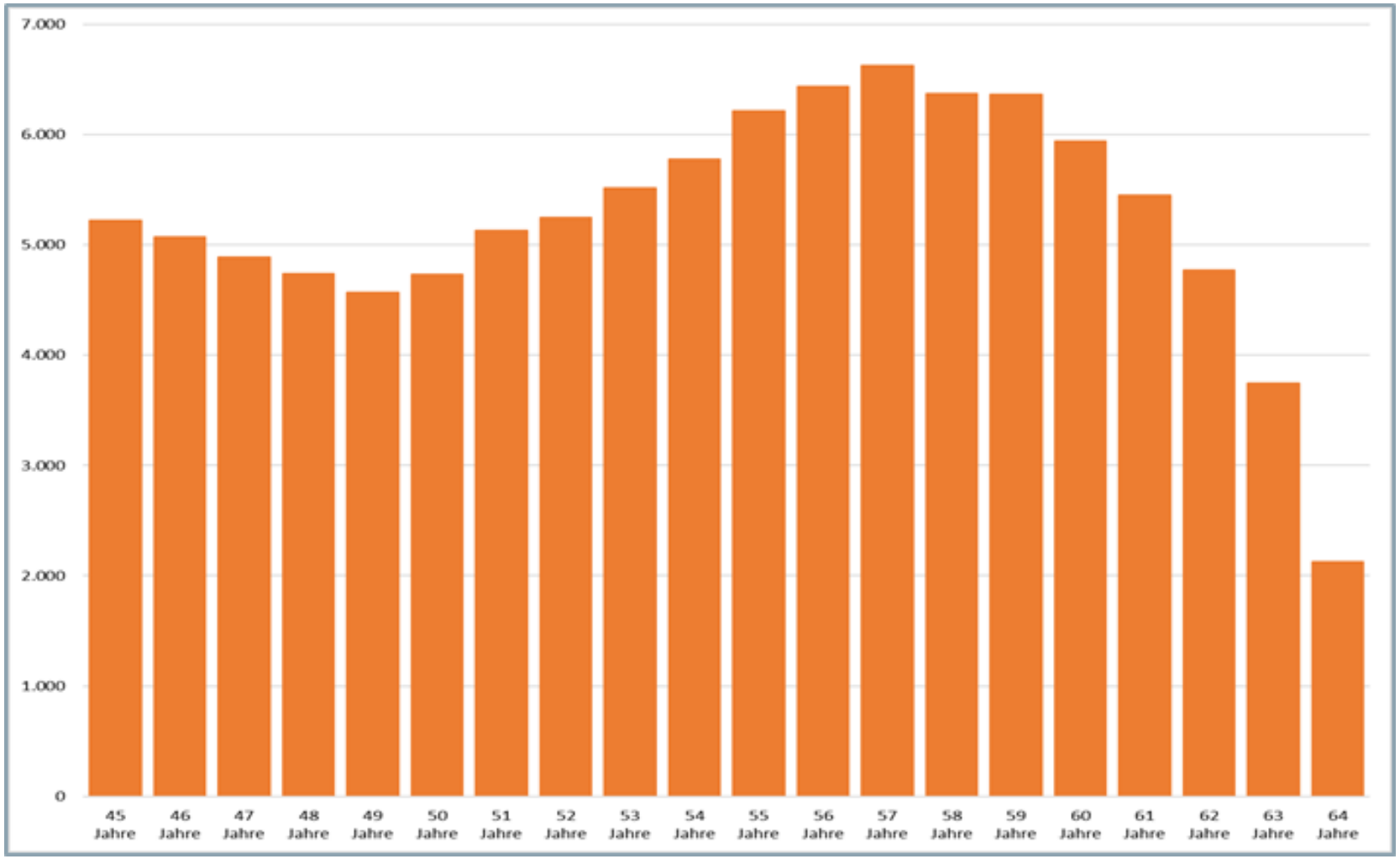
Einordnung

Der **Fachkräftemangel** ist bereits heute eine **Herausforderung**.
In 2024 und 2025 wirkte das Verhältnis von Berufseinmündungen zu Berufsaustritten noch nicht dramatisch, dies verändert sich in den Folgejahren.

Die **ersten Kippunkte** (die Renteneintritte übertreffen die Quote der Berufseinsteiger, die in den Beruf einmünden) werden in den ersten Bundesländern **ab 2029** erwartet.

Quelle: DAK-Pflegereport 2024, S. 19 & S. 115

Altersverteilung beruflich Pflegender



Einordnung

Die größte Gruppe der Pflegenden in **NRW** sind **57 Jahre alt** und damit gleich alt wie der **Bundesdurchschnitt**.

Beschäftigte, Ersatzbedarf und Bedarfsanteile im 10-Jahres-Beobachtungszeitraum

Bundesland	Pflegende		Anteil Ersatz-bedarf 10 Jahre
	Pflegende in 2023	ab 55 Jahre	
Deutschland	1.140.397	249.541	21,9
Baden-Württemberg	135.943	31.776	23,4
Bayern	162.490	37.214	22,9
Berlin	45.827	10.531	23,0
Brandenburg	31.842	7.199	22,6
Bremen	10.466	2.770	26,5
Hamburg	29.707	6.008	20,2
Hessen	75.743	16.870	22,3
Mecklenburg-Vorpommern	25.153	5.406	21,5
Niedersachsen	109.537	24.257	22,1
Nordrhein-Westfalen	277.496	56.529	20,4
Rheinland-Pfalz	52.418	11.712	22,3
Saarland	15.808	3.403	21,5
Sachsen	65.087	12.804	19,7
Sachsen-Anhalt	34.104	7.493	22,0
Schleswig-Holstein	37.034	8.918	24,1
Thüringen	31.667	6.639	21,0

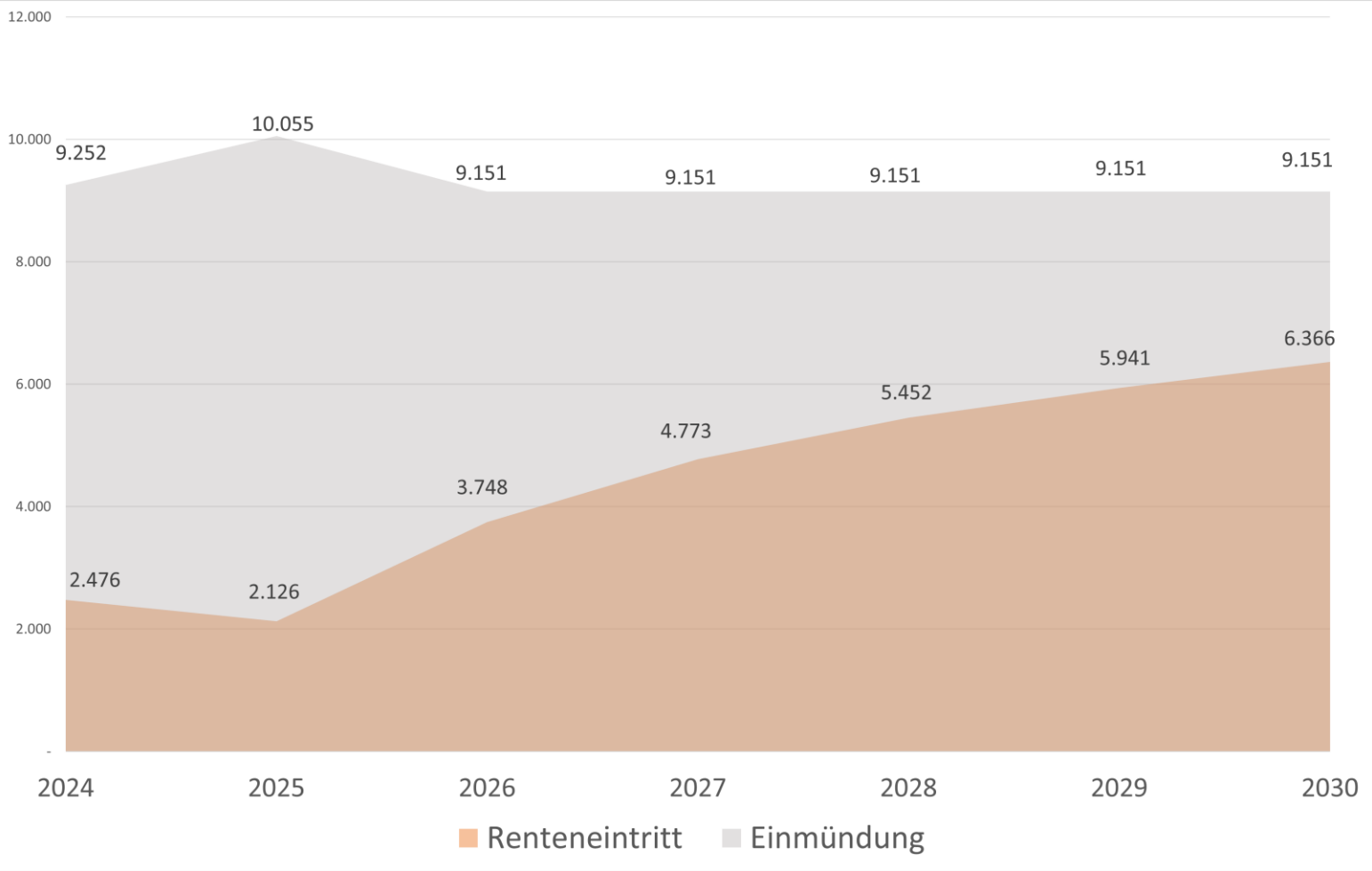
Einordnung

Bereits in den nächsten **10 Jahren** müssen in fast jedem Bundesland **20% Personal ersetzt** werden, um die altersbedingt Ausscheidenden zu ersetzen.

NRW schneidet beim Ersatzbedarf im Bundesvergleich mit 20,4% **sehr gut** ab.

Quelle: DAK-Pflegereport 2024, S. 17

Kein Kipppunkt in NRW



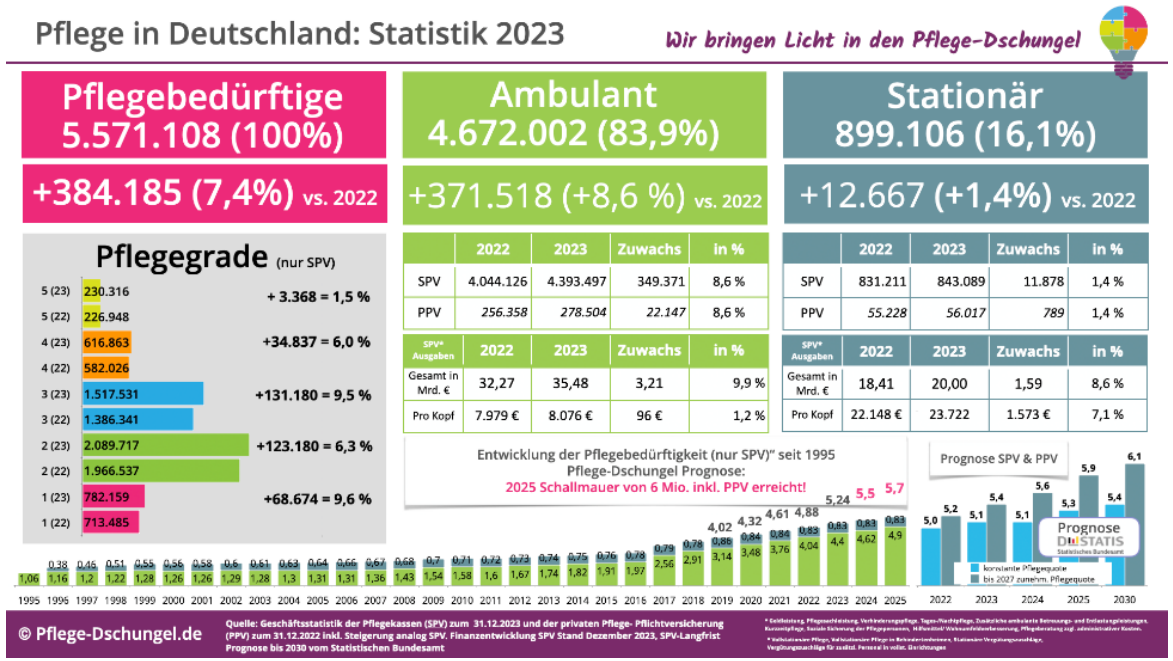
Quelle: DAK-Pflegereport 2024 & AGP

Einordnung

Hier zeigt sich, dass sich die **Investitionen in die Pflege** in NRW (speziell in der Altenpflege) Früchte tragen.

In NRW wird bis 2030 kein Kipppunkt erwartet **ABER** es besteht **trotzdem** ein großer **Personalmangel**.

(Langzeit-) Pflege in Deutschland ist ganz überwiegend informelle Pflege

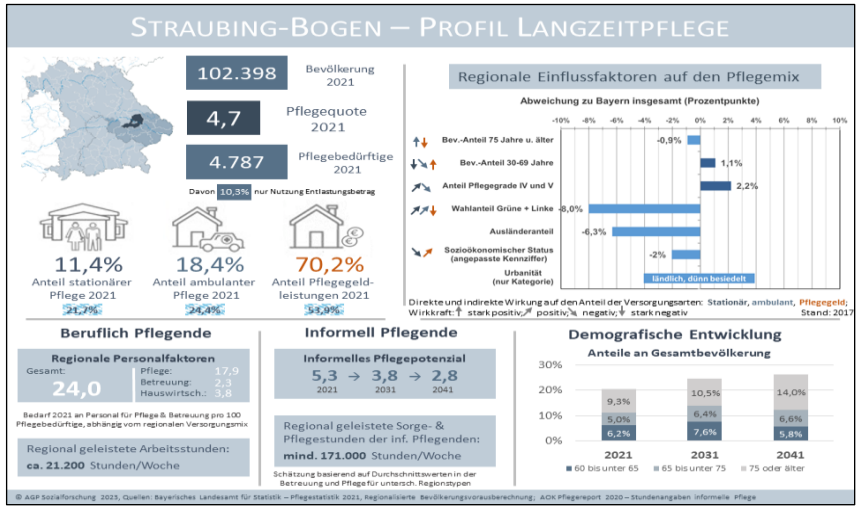


Verteilung weiterer pflegerelevanter Indikatoren in Berliner Bezirksregionen (n=138 Regionen)

Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege
BERLIN

Räumliche Cluster mit Blick auf die Anteile der Versorgungssettings

Gruppe	#	Pflegegeld	Vollstationär	Sachleistung ambulant	Tagespflege	Kurzzeit-pflege
1	18	50 %	16 %	7,9 %	3,5 %	3,0 %
2	14	42 %	22 %	8,7 %	3,6 %	3,2 %
3	27	59 %	9 %	8,6 %	3,8 %	2,0 %
Gesamt	**59**	**52 %**	**14 %**	**8,4 %**	**3,7 %**	**2,6 %**



10 Strategiebausteine

1. Effizienz des Gesamtsystems in den Blick nehmen
2. Regionale Versorgungskonzepte politisch und rechtlich verankern
3. Stärkung professioneller Pflege
4. Welfare Mix und Assistenz einbeziehen
5. Innovation ermöglichen
6. Kommunale Handlungsebene stärken
7. Planung und Partizipation verbindlich machen
8. Präventionspotenziale erkennen
9. Digitalisierung nutzen
10. Von einer Versorgungs- zur Sorgelogik gelangen

Baustein 1: Effizienz des Gesamtsystems in den Blick nehmen – Kosteneffizienz

Tabelle 3:

Laufende öffentliche Pflegeausgaben 1999 bis 2012 im deutsch-skandinavischen Vergleich: Jährliche Ausgaben je EW, pro 65+EW (€)[1] und BIP-Anteile (%)

	1999	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Veränderung (%)
Deutschland (Gesetzliche Pflegeversicherung; alle Altersgruppen)[2]										
EW 65+ (Mio.): 1.1.d.J.	13,1	15,4	15,9	16,3	16,5	16,7	16,9	16,8	16,9	29,2
Ausgaben am BIP (%)	0,77	0,76	0,74	0,72	0,73	0,81	0,82	0,80	0,82	6,5
Ausgaben pro EW	190	206	208	212	221	236	250	256	267	40,5
Formelle Pflege	123	144	147	150	156	166	177	181	188	52,8
Dar. stationär	88	103	105	107	110	113	117	119	122	38,6
Ausgaben pro 65+EW	1.190	1.105	1.081	1.070	1.102	1.155	1.209	1.240	1.294	8,7
Informelle Pflege	416	334	321	315	327	340	352	359	383	-7,9
Formelle Pflege	776	774	762	757	777	816	856	879	912	17,5
Dar. stationär	549	554	546	542	548	555	566	576	590	7,5
Dänemark (laufende Ausgaben inkl. Behinderte); Eurokurs vom 10.06.2011: Bruch 2007										
EW 65+ (Tsd.): 1.1.d.J.	790,5	812,5	823,0	834,7	853	875,5	902,9	933,78	968,08	22,5
Ausgaben am BIP (%)	2,14	2,27	2,25	2,39	2,41	2,73	2,64	2,56	2,56	19,6
Ausgaben pro EW	652,4	863,0	903,4	997	1.035	1.107	1.126	1.106	1.123	72,1
Ohne Geldleistungen	652,4	863,0	903,4	913	946	1.018	1.038	1.023	1.037	59,0
Pflege und Betreuung	604,8	794,0	835,1	840	857	909	906	884	903	49,3
Prävention	k.A.	36,3	38,4	57	73	92	117	127	124	241,6
Ausgaben pro 65+EW	4.385	5.747	5.958	6.509	6.643	6.971	6.901	6.585	6.476	47,7
Ohne Geldleistungen	4.385	5.747	5.958	5.960	6.071	6.410	6.357	6.092	5.979	36,3
Pflege und Betreuung	4.065	5.288	5.507	5.483	5.501	5.722	5.552	5.262	5.206	28,1
Prävention	k.A.	241,7	253,4	374	470	581	715	754	717	196,6
Finnland (gesamte laufende Ausgaben; inkl. Behinderte)										
EW 65+ (1.1.): Tsd.	758,8	830,9	841,2	868,7	875,2	892,1	910,4	941,0	979,6	29,1
Anteil am BIP (%)	1,42	1,72	1,77	1,76	1,89	2,22	2,29	2,29	2,36	66,4
Ausgaben je EW	336	517	558	600	661	723	771	816	879	161,7
Institutionell	123	154	161	169	178	184	186	177	173	40,7
Home-Help	85	114	119	121	132	140	144	149	157	84,7
Sonstige Dienste	82,5	225	250	278	310	351	399	441	490	493,9
Ausgaben je 65+EW	2.283	3.257	3.487	3.643	4.003	4.318	4.532	4.659	4.846	112,2
Institutionell	838	969	1.005	1.025	1.080	1.099	1.093	1.011	954	13,8
Home-Help	577	716	745	738	799	837	847	849	864	49,7
Sonstige Dienste	868	1.572	1.738	1.880	2.124	2.382	2.591	2.799	3.028	248,8
Schweden (Nettogesamtkosten für Ältere und Behinderte; Eurokurs vom 10.6.2011)[3]										
EW 65+ (Tsd.): 1.1.d.J.	1.538	1.554	1.565	1.584	1.608	1.645	1.691	1.737	1.785	16,1
Anteil am BIP (%)	3,4	3,8	3,7	3,7	4,0	4,6	4,0	3,8	3,7	8,8
Ausgaben pro EW	945	1.271	1.317	1.372	1.445	1.459	1.494	1.546	1.592	68,5
Ausgaben pro 65+EW	5.442	7.369	7.614	7.909	8.252	8.207	8.256	8.379	8.457	55,4

(1) „Ausgaben pro 65+EW" bezeichnet die rechnerischen Ausgaben pro Einwohner ab 65 Jahren.

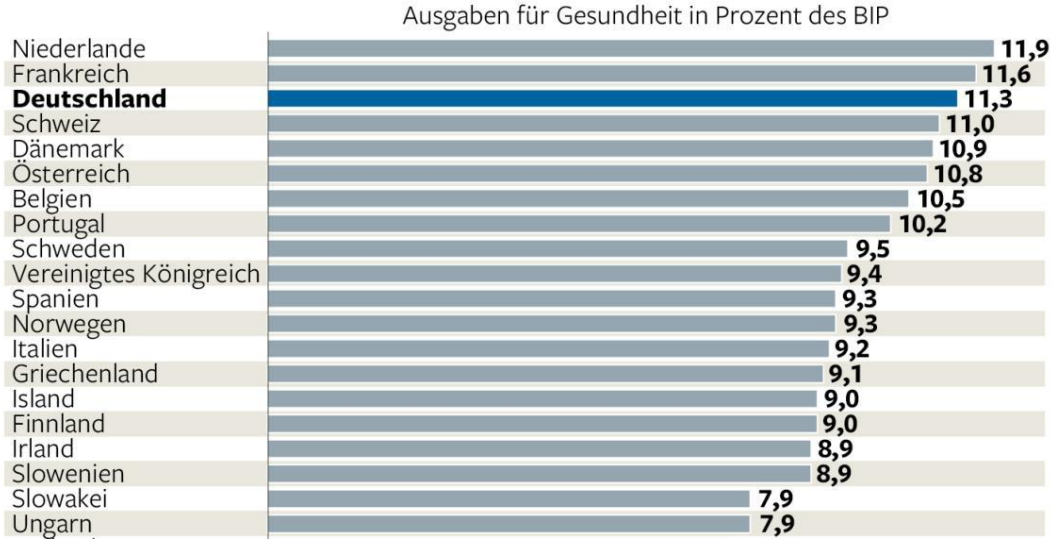
(2) Ohne Ausgaben für den Medizinischen Dienst der Kassen. Unter formell sind erfasst: ambulante Sachleistungen, Beratung, Betreuung, Leistungen für die stationäre Pflege und Ausgaben für technische Hilfsmittel.

(3) Nach Leistungsbereichen aufgeschlüsselte Daten standen nicht zur Verfügung. Erfasst sind die Nettokosten der Gemeinden (inkl. investive Ausgaben). Der BIP-Anstieg im Zeitraum 2008 bis 2009 resultiert aus dem Einbruch der Wirtschaftsleistung von 338 Mrd. (2007) auf 296 Mrd. (2009).

Quelle: Die Daten zu Bevölkerung und Bruttoinlandsprodukt (BIP) stammen von Eurostat (vgl. Primärquellen im Literaturverzeichnis). Daten zu Deutschland, Dänemark und Schweden siehe die Primärquellen im Literaturverzeichnis. Die Daten zu Finnland stammen von der SOTKAnet-Datenbank (Zugriff: 8/2014).

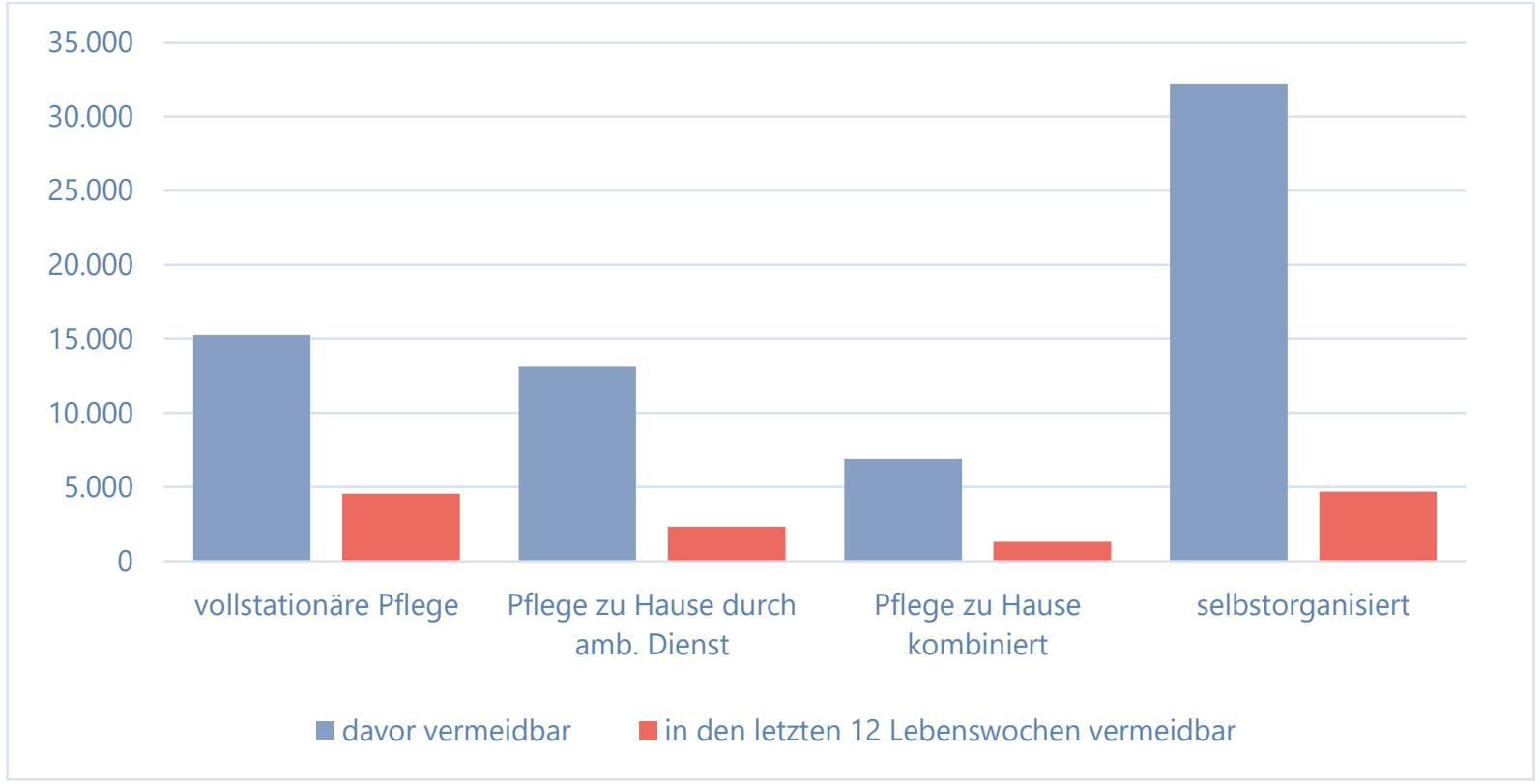
Heintze 2015

DEUTSCHLAND LIEGT BEI GESUNDHEITSAUSGABEN WEIT VORNE



Welt 20.01.2014

Beispiel: Pflegesensitive Klinikeinweisungen



Quelle: DAK-Pflegereport 2022

Baustein 2: Regionale Versorgungskonzepte politisch und rechtlich verankern: Ort und Region stärken

- Gesundheit ist primär ein lokales und regionales Gut.
- Ob ein Leben unter Bedingungen von Pflegebedürftigkeit gelingt – für auf Pflege angewiesene Menschen und ihre An- und Zugehörigen – hängt entscheidend von den Bedingungen vor Ort ab.

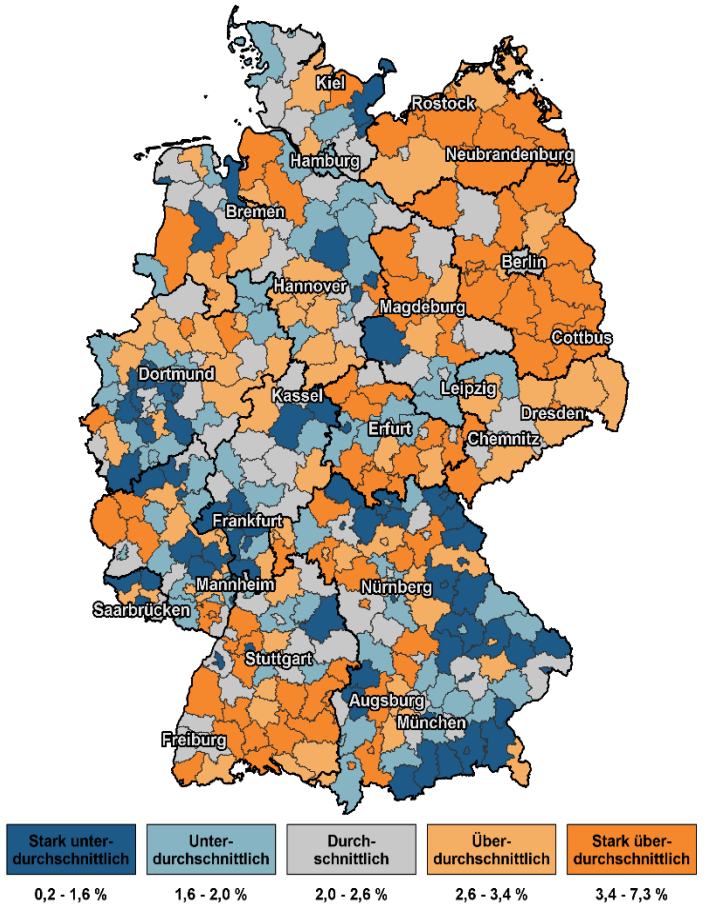
➢ Sowohl für die gesundheitliche Versorgung und Prävention als auch für die Langzeitpflege: Die Region – und der Ort – als unterste Einheiten für die Entwicklung von Gesundheit, einer Kultur der Sorge und die Sicherung der Versorgung müssen in das Zentrum der notwendigen Reformen im Gesundheitssystem und der Langzeitpflege geführt werden.

➢ Planungskompetenz für Länder und Kommunen

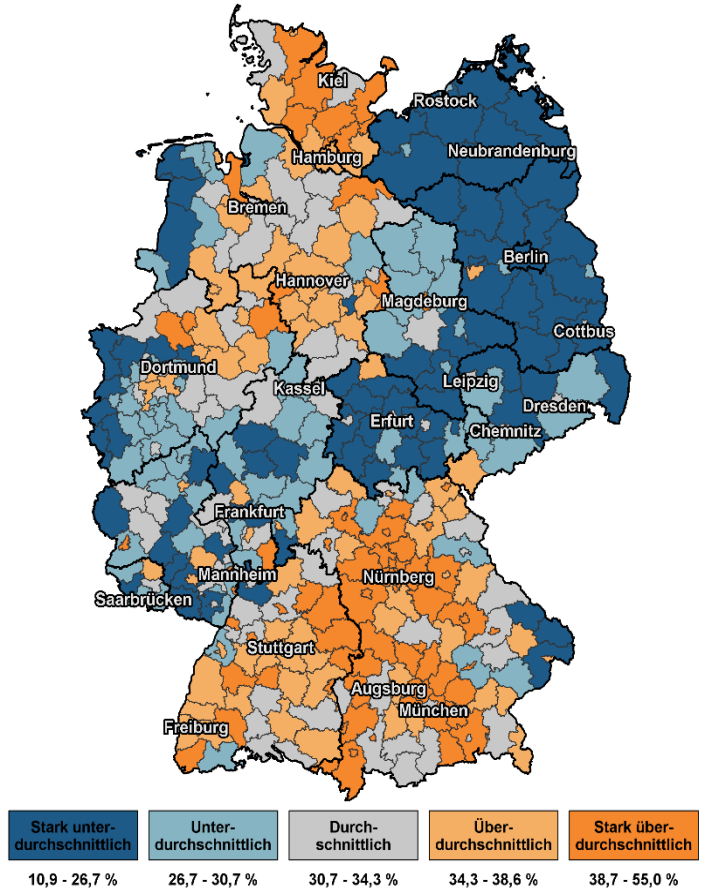
➢ Einschränkung des Kontrahierungszwanges

Gleichwertige Lebensverhältnisse in der Pflege

DAK-Pflegereport 2019



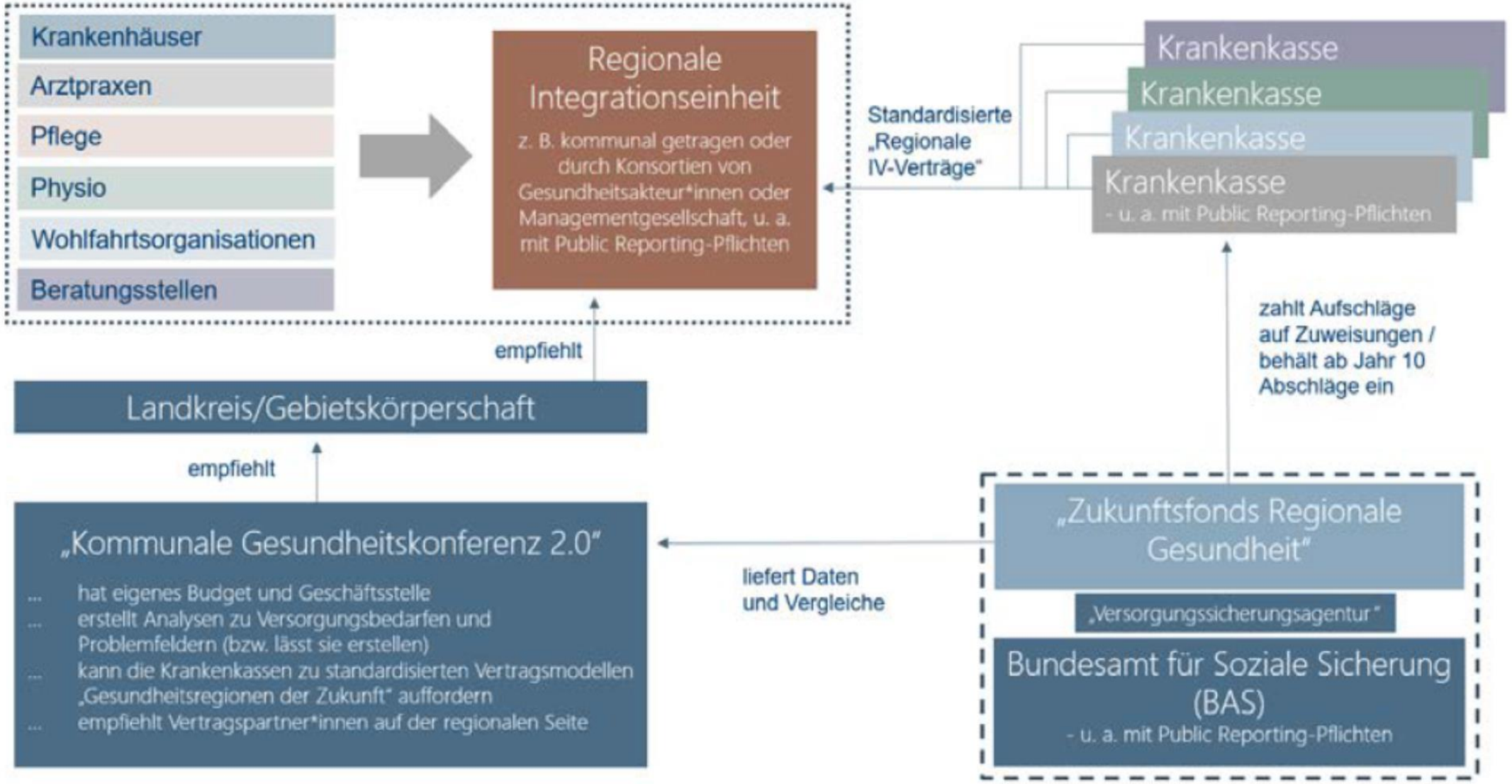
Regionale Verteilung des prozentualen Anteils Pflegebedürftiger mit **teilstationärer Pflege** auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte



Regionale Verteilung des prozentualen Anteils Pflegebedürftiger mit **vollstationärer Pflege**

Beispiel 1: Innovative Gesundheitsregionen

nach Hildebrandt et al. 2020



Beispiel 2: Pflegekompetenzzentren

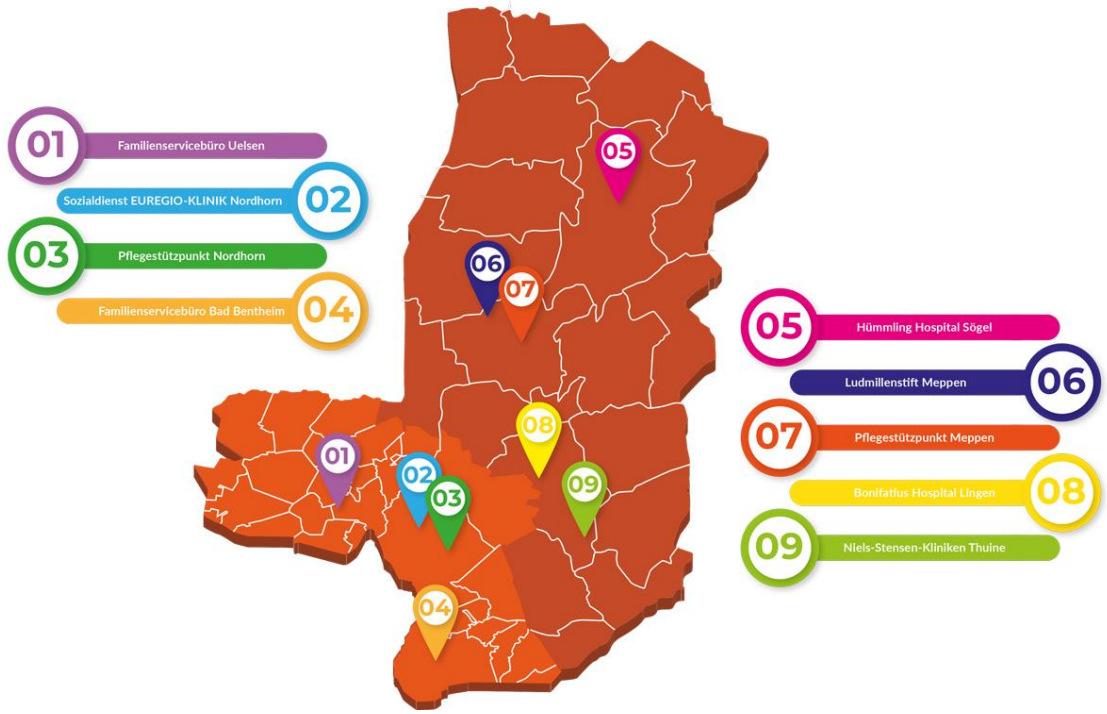
Pflegekompetenz-zentrum als örtliche Infrastruktureinrichtung im Rahmen der Daseinsvorsorge

- (Teil-) Umwandlung von Krankenhäusern
- Nutzung von räumlichen- und personellen Ressourcen
- Bedarfsdeckung: Aufbau örtlich und regional nicht verfügbarer Infrastrukturen in der Langzeitpflege

Pflegekompetenzzentrum als Case Managementorganisation der Daseinsvorsorge

- Strukturen und Prozesse der Case Managementorganisation
- wirksame Fallsteuerung
- Systematische Infrastrukturentwicklung

ReKo
Regionales Pflegekompetenzzentrum



Baustein 3: Stärkung professioneller Pflege

Vorbehaltsaufgaben Begründungszusammenhänge

Selbständige, umfassende und prozessorientierte Pflege gem. § 5 sowie § 37 PflBG

Ziele der Pflege

Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in allen Lebensphasen und die Begleitung Sterbender (gem. § 5 PflBG)

Unterstützung zur Führung eines möglichst selbständigen und selbstbestimmten Lebens, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten (gem. § 2 SGB XI)

Strategien der Gesundheitsarbeit

Förderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation, Kompensation, Palliation
quer dazu: Beratung, Anleitung, Begleitung, Helfen und Unterstützung sowie Beobachtung

Professionalität in der Pflege

Wissenschaftsbasierte Regelwissen und hermeneutisches Fallverstehen zur Aushandlung von Zielen und Maßnahmen mit den zu Pflegenden

Pflegerische Bedarfe von Menschen in den Zielgruppen

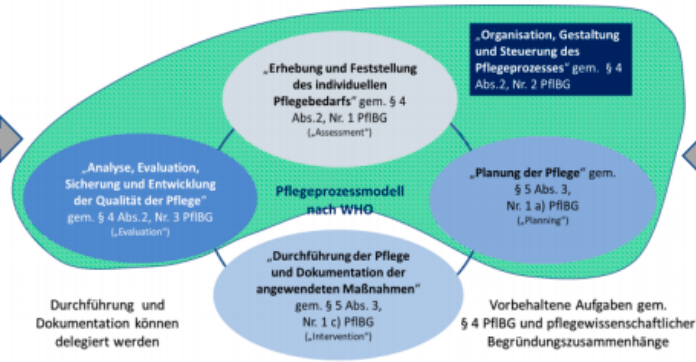
Alle Altersgruppen; Kinder und Jugendliche; Erwachsene; alte Menschen in ihren konkreten Lebenssituationen, mit den jeweiligen sozialen, kulturellen und religiösen Hintergründen sowie sexuelle Orientierung.

Aufgabenbereiche der Pflege

(gem. § 14 SGB XI und PflBG)

- Mobilität
- Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Selbstversorgung
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte
- Haushaltsführung
- Außerhäusliche Aktivitäten
- In Akutsituationen sicher handeln
- In kritischen Lebenssituationen und der letzten Lebensphase begleiten
- Entwicklung und Gesundheit in Kindheit und Jugend fördern

Das Pflegeprozessmodell im Kontext der vorbehaltenen Aufgaben gem. § 4 und § 5 PflBG



Qualifikationsniveaus und Pflegeprozessverantwortung

QN4 Steuerung und Gestaltung von komplexen Pflegeprozessen
QN5 Steuerung und Gestaltung von komplexen Pflegeprozessen für spezielle Klientengruppen
QN6 Steuerung und Gestaltung von hochkomplexen Pflegeprozessen und die Leitung von Teams

QN3 Durchführung von Aufgaben im Rahmen des Pflegeprozesses, QN 1 + 2

(Fach-)Pflege als Heilberuf

Fachpflegerische Verantwortung: Steuerung des Pflegeprozesses als Vorbehaltsaufgabe

Pflegerische Aufgaben

- Pflegefachpersonen QN 4
- Pflegeassistenz QN 3

Heilkunde

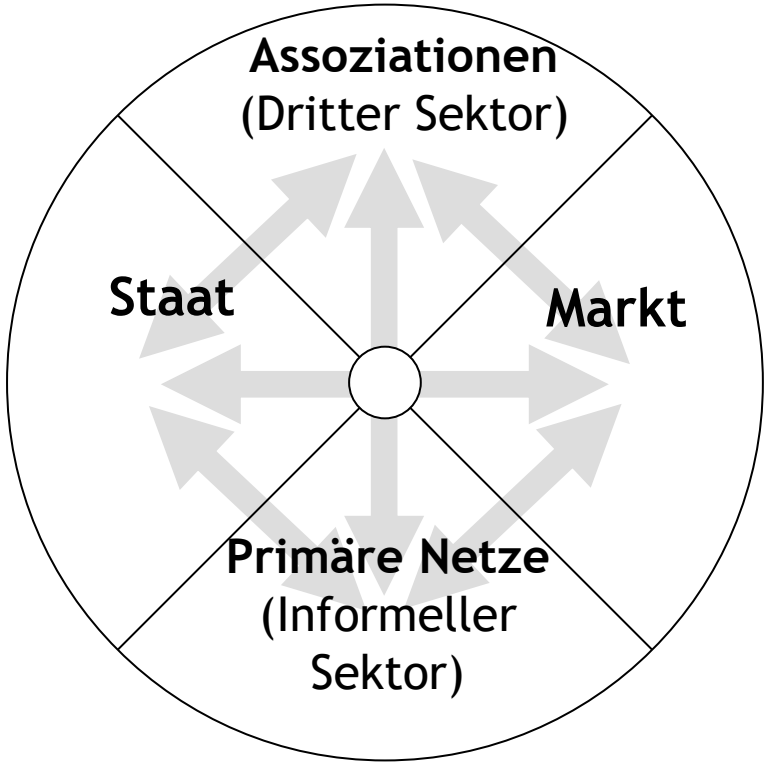
- Heilkunde QN 4
- (erweiterte) Heilkunde QN 5-7

© Klie 2024

Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung

Baustein 4: Welfare Mix und Assistenz

- Unterstützungsbedarfe werden aus unterschiedlichen Ressourcen beantwortet
  - Informellen
  - Beruflichen
  - Professionellen
  - Zivilgesellschaftlichen
- Berufliche Hilfen entfalten ihre selbstbestimmte Teilhabe sichernde Wirkung in Kooperation und Ergänzung
- Differenzierung
  - Nach QN 1,2 und 3
  - Nach fachlicher Kompetenz
    - Pflege, Hauswirtschaft, Soziales



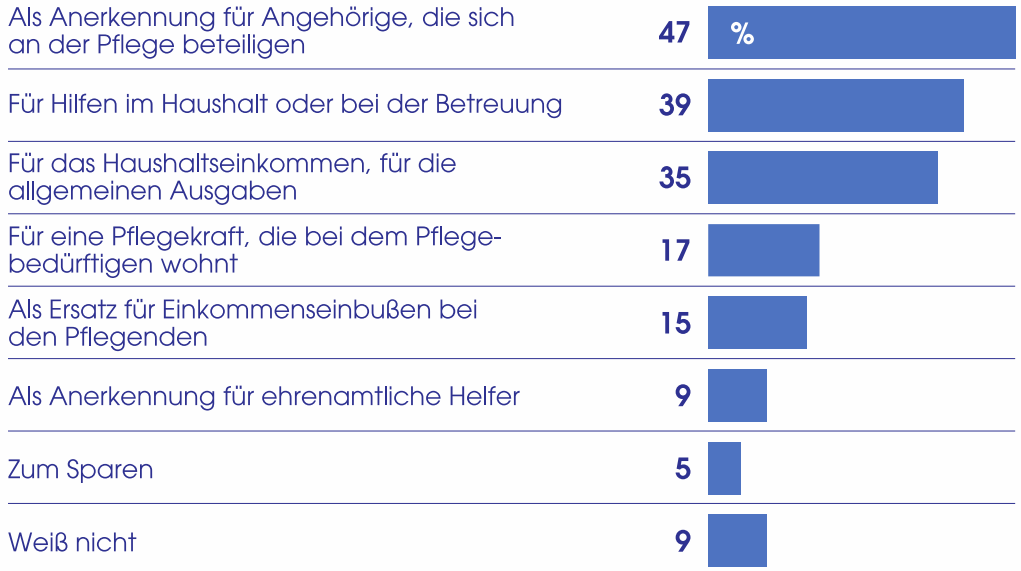
Nutzung des Pflegegeldes

	Angehörige (n=16.970)	Pflegebedürftige Menschen (n=3.960)
Für laufende Ausgaben	51,8%	41,7%
Für Dienstleistungen, die in der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind	38,6%	33,7%
Für Angehörige/Hauptpflegepersonen („Das bekomme ich“)	36,6%	59,2%
Für andere Familienmitglieder und Freunde, die der pflegebedürftigen Person helfen	18,6%	25,5%
Für Betreuungsangebote wie Tagesgruppen oder Einzelbetreuung durch Betreuungskräfte	12,4%	3,7%
Für ehrenamtliche Hilfe	8,2%	12,2%
Sonstiges	18,2%	15,7%

Nutzung des Pflegegeldes

Wofür das Pflegegeld genutzt wird

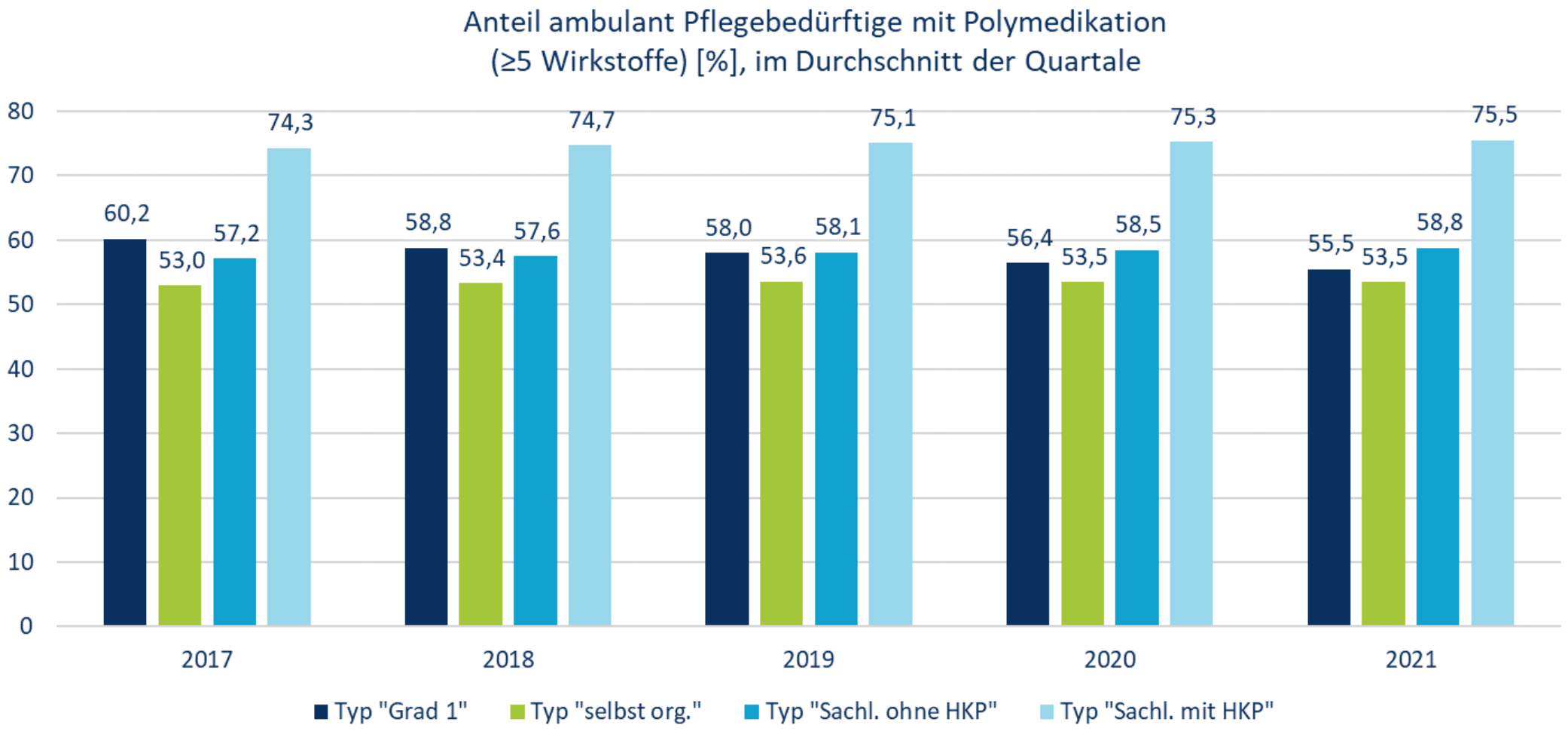
Frage: "Es kann ja ganz unterschiedlich sein, was man mit der finanziellen Unterstützung der Pflegeversicherung macht. Hier sind einmal einige Möglichkeiten aufgeschrieben. Wie ist bzw. war das bei Ihrem pflegebedürftigen Angehörigen: Wofür wird bzw. wurde da das Pflegegeld verwendet?"



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Personen mit Einblick in die Verwendung von Pflegegeld
Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 9207 (2022)

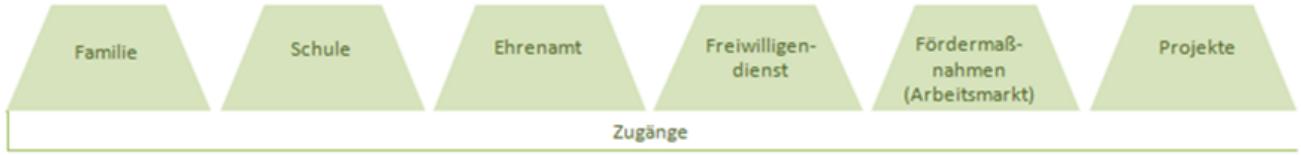
© IfD-Allensbach

Medikamente



Assistenzberufe im Qualifikationsmix

	CURE		CARE	
	Pflege / Gesundheit		Hauswirtschaft	Soziale Arbeit
Promotion				
Studium (BA/MA)	Pflegewissenschaft (Nursing) Geriatrie Medizin Ergotherapie Physiotherapie Sozialmanagement Gerontologie Soziale Arbeit Ökotrophologie			
Weiterbildung (Funktions- und Aufgabenbezogen)	VERAH Intensivpflege Wohnraumanpassung Wundmanagement Manuelle Therapie Case Management AGnES Kinästhetik Pflegedienstleitung Gerontopsychologische Pflege/Betreuung Palliative Care AAL Fachhauswirtschaft			
Fachausbildung	Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege Medizinische Fachangestellte/r Ergotherapie Physiotherapie	Altenpflege	Hauswirtschaftsfachkraft Dorfhelfer/innen Heilerziehungspflege	
Ausbildung	Pflegeassistenz Kranken- / Altenpflegehelfer/innen Hauswirtschaftliche Assistenz Betreuungsassistenz Sozialassistenz			
Training / Fortbildung (Schulung) für	Ersthelfer Hospizmitarbeitende Servicehelfer Jugendgruppenleitung Assistenz für Schwerbehinderte			



Beispielhafte Aufzählungen und Nennungen

Baustein 5: Innovation ermöglichen – Das Leistungsrecht flexibilisieren

Leistungskomplexe

- Pflege
  - Unterstützung bei Einschränkungen der Selbstständigkeit
  - Mobilität, Hygiene, Ernährung pp
- Assistenz
  - Individuelle und gruppenbezogene Aktivitäten

Fach- und Assistenzleistungsstunden

- Pflegeleistungen auf Zeitbasis erbracht und abgerechnet
  - Assistenzleistungen nach Zeit
    - Stundenbasis
    - Nachtpauschalen

Sachleistungsbudget

- Sicherstellung der Gesamtversorgung
- Basis: Profi Bürger Technikmix
- Sozialraumbezogen

Persönliches Budget

- Zielvereinbarung
- Case Management basiert
- Einkauf von Pflege- und Assistenzleitungen

Sektorenübergreifend

Baustein 6: Kommunale Handlungsebene stärken: Governancestrukturen und -kulturen vor Ort qualifizieren

Planung

Monitoring – durch Länder gewährleistet

(Partizipative) Planungsverpflichtung

Altenhilfe, Pflege und Teilhabe

Care Management

Netzwerkaufbau

Pflegekonferenzen

Infrastrukturdefizite beheben

Beratung und Case Management

wohnort- und sozialraumbezogen

sektorenübergreifend

in Pflege- und Teilhabestützpunkten

unter Einbeziehung des Erwachsenenschutzes

Quartiers- und Dorfarbeit

örtliche Sorgekultur stärken

wohnortnahe Koordination

wohnortnahe Versorgungsangebote

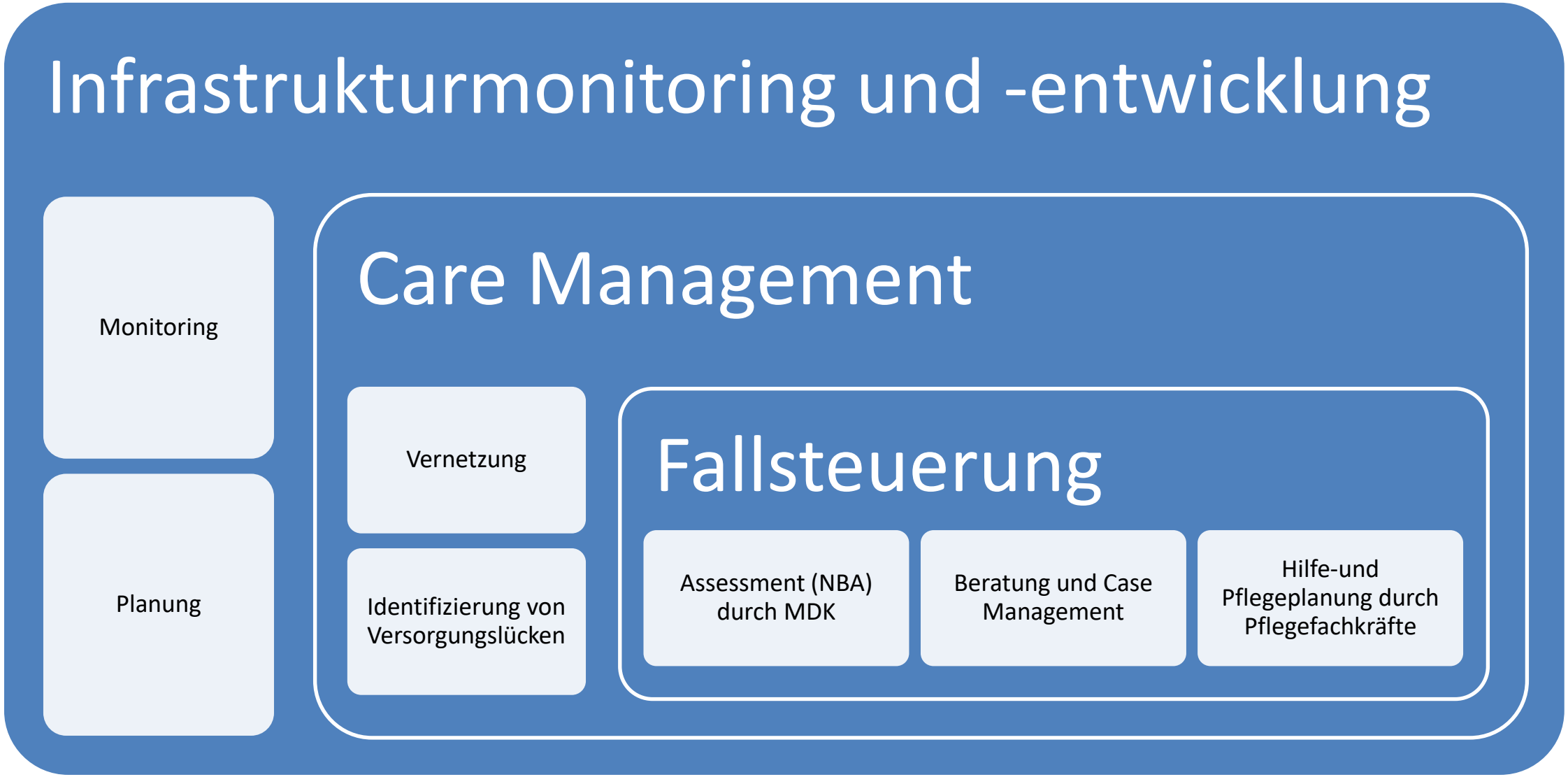
Regionale Versorgungszentren

bei Infrastrukturdefiziten eigene Angebote entwickeln

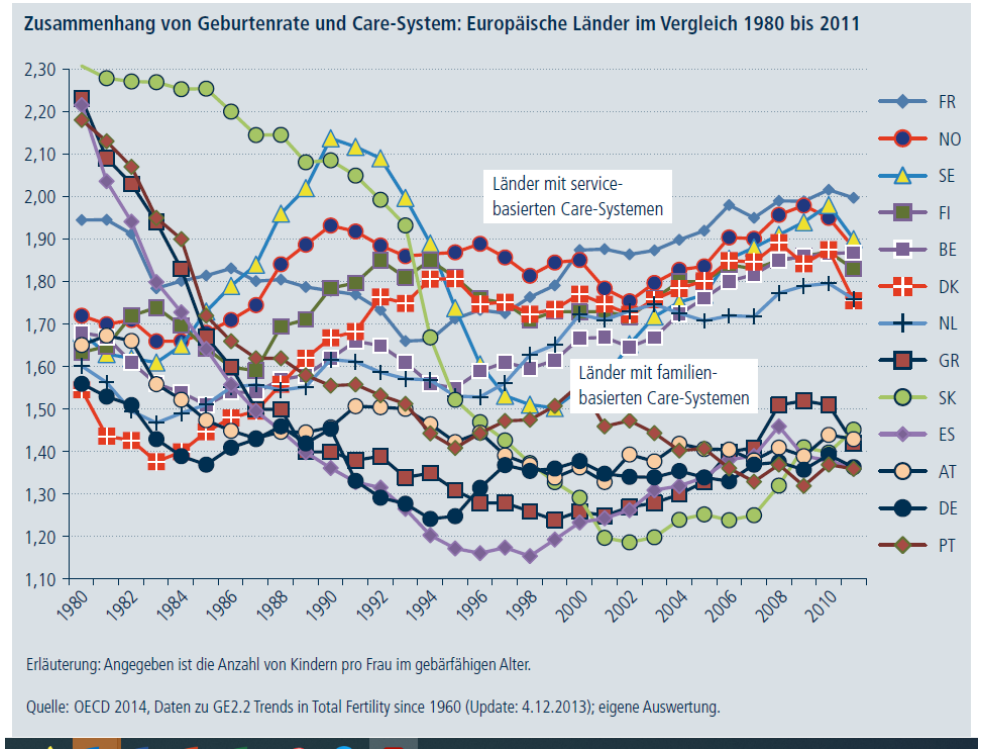
genossenschaftlich / kommunal

Baustein 7: Planung und Partizipation verbindlich machen

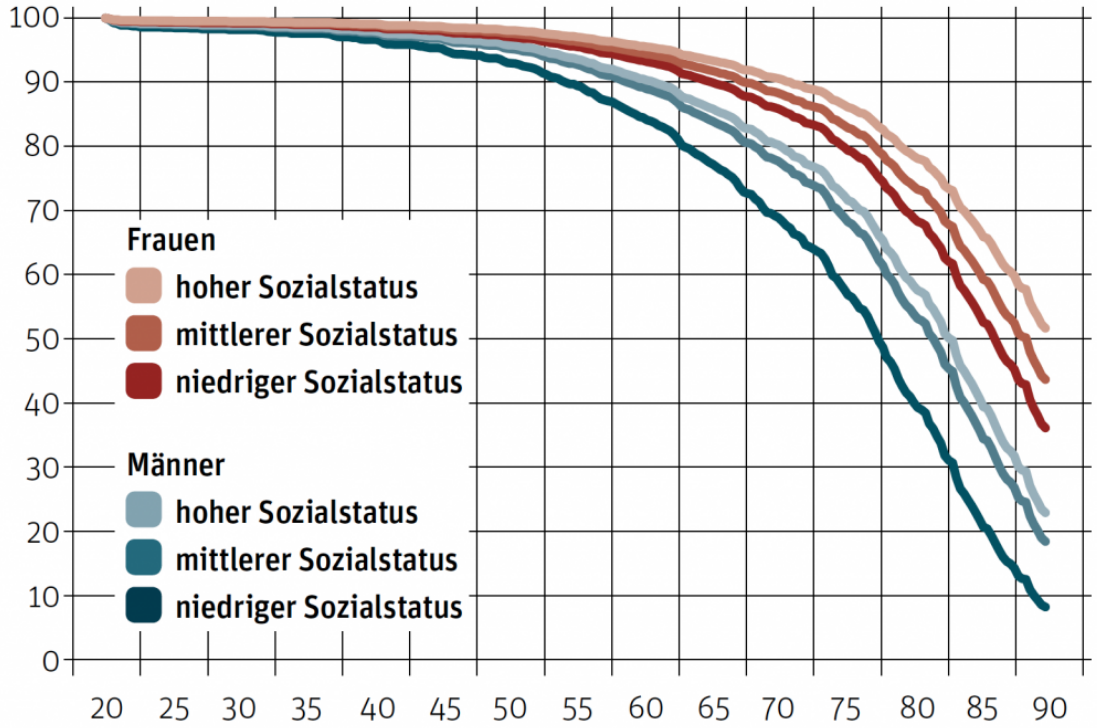
Steuerungsebenen und Infrastrukturverantwortung profilieren



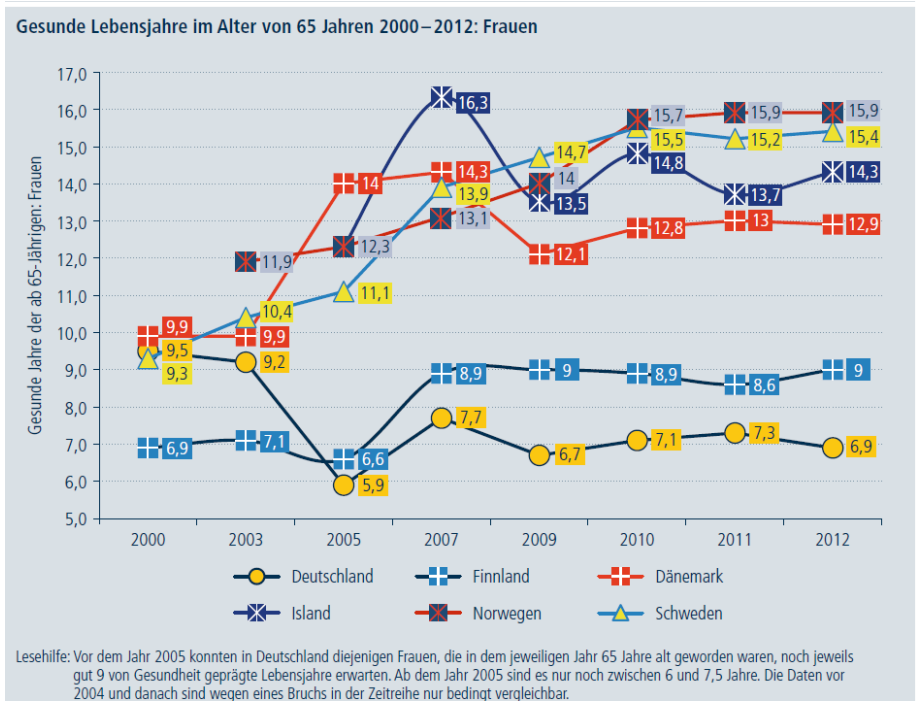
Baustein 8: Präventionspotenziale erkennen – Verhältnisprävention betreiben



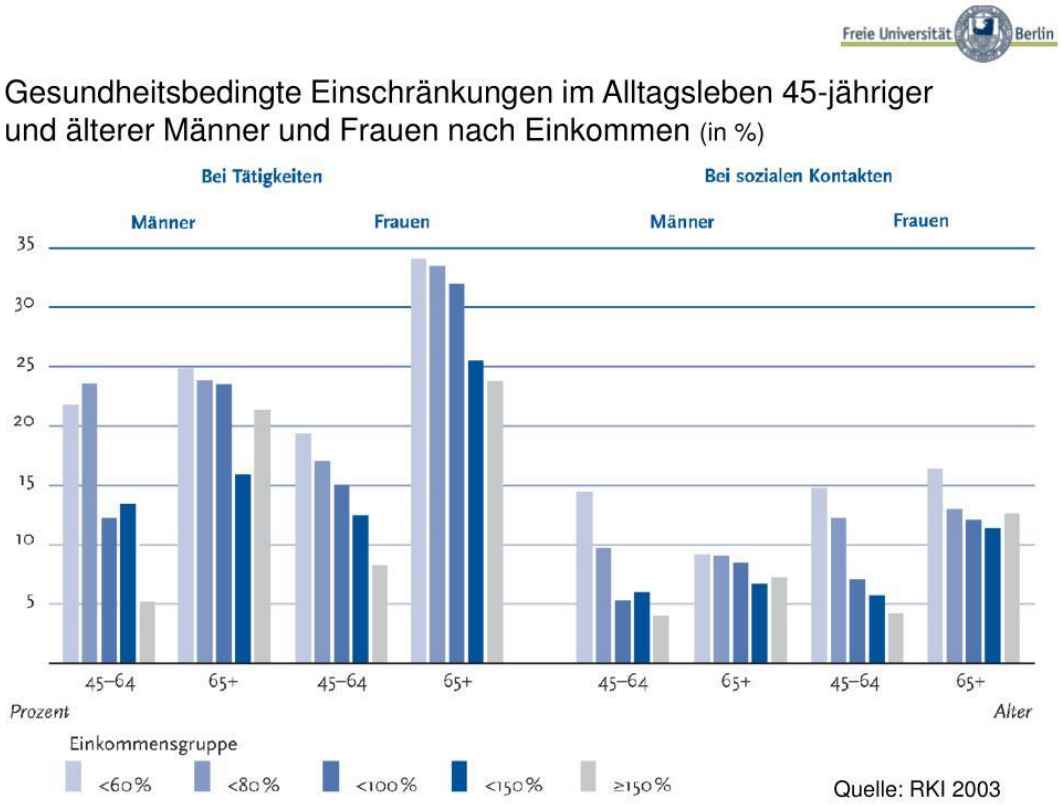
Heintze 2015



Prävalenz Pflegebedürftigkeit



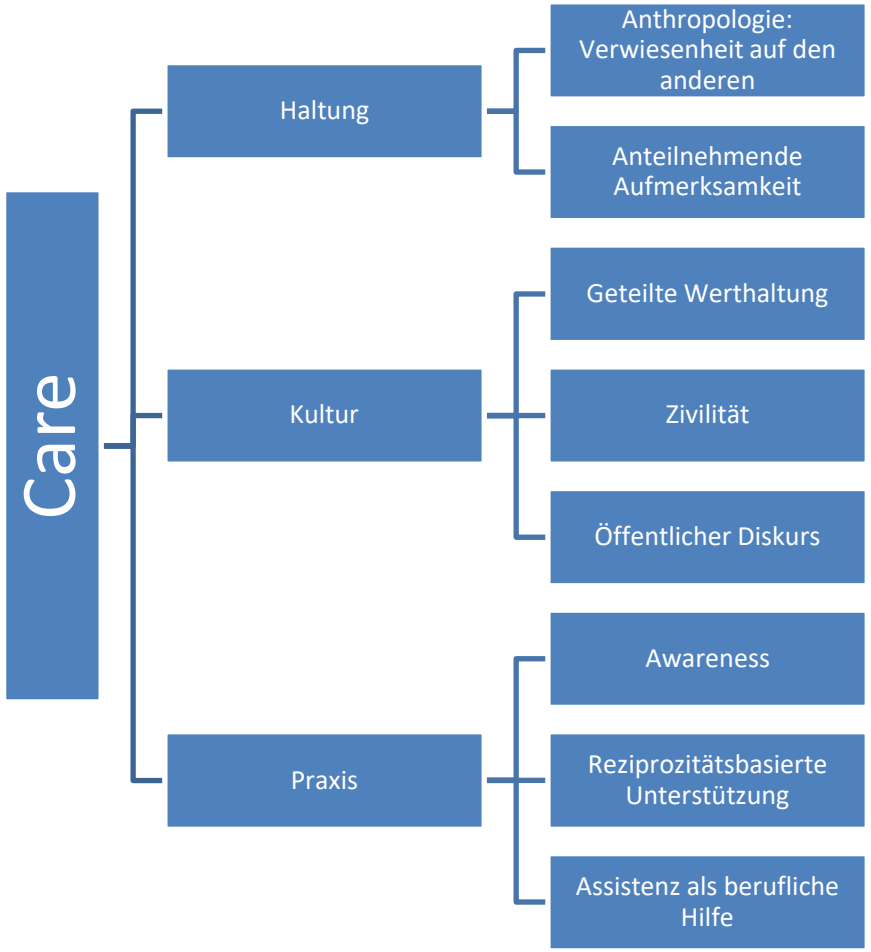
Heintze 2015



Pflegebedürftigkeitsrisiko von Männern und Frauen mit hohen Einkommen deutlich geringer als von jenen mit niedrigen Einkommen (Lampert/Hoegel 2019)

Baustein 9: Digitalisierung nutzen

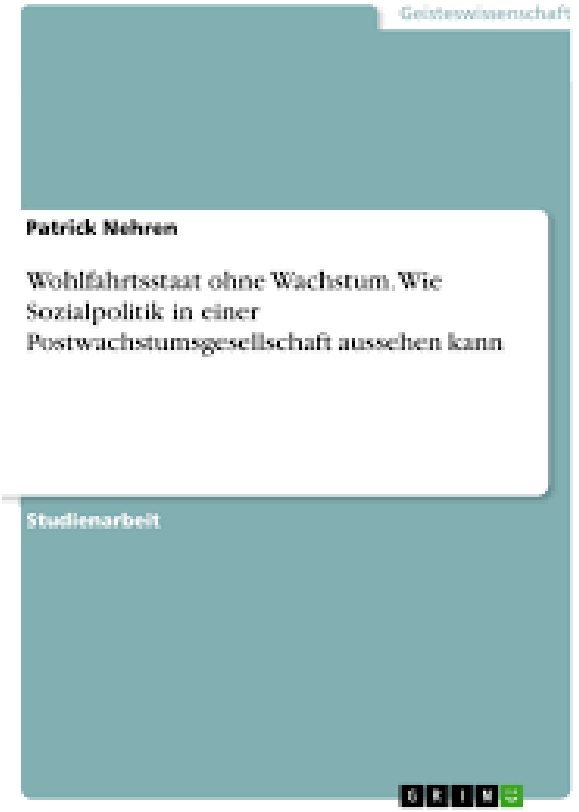
Baustein 10: Von einer Versorgungs- zur Sorgelogik gelangen



- Langzeitpflege ist ganz wesentlich Gesellschafts- und Familienpolitik – nicht (im Kern) Gesundheitspolitik
- Die Herausforderungen werden nur durch neue Sorgekulturen und -strukturen gemeistert werden können.
- Auch deshalb braucht es vielfältige Formen demokratischer Aushandlungs- und Diskursprozesse über Care Verantwortlichkeiten und -formen.
- Dabei geht es auch um Gerechtigkeitsfragen
  - Gender
  - Ungleichheit
  - Minderheiten

Jenseits fiskalischer Handlungsspielräume …?

- Mehr Geld ins System (allein) ist keine Perspektive
- Mit weniger Pflegepersonal mehr Menschen gut versorgen
- Neue ökonomische Anreize und Steuerung gefragt
  - Public Health-orientierte Gesundheitsökonomie
  - Volkswirtschaftliche Betrachtung von Care Kosten
  - Gemeinwirtschaftliche Handlungsformen
  - Renaissance der Kommunalwirtschaft?
- Langzeitpflege als Kulturfrage



Demokratie und Pflege

Die Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung ist in hohem Maße demokratierelevant: Systemvertrauen hängt nicht zuletzt von der subjektiv empfundenen und objektiv bestehenden Sicherheit gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung vor Ort ab. Sie ist eine Voraussetzung für die Attraktivität von Regionen. In den aktuellen multiplen Krisen ist die Bevölkerung essentiell auf die Sicherung gesundheitlicher Versorgung fokussiert.

Herzlichen Dank