

Das einheitliche Personalbemessungsinstrument nach § 113c SGB XI

Ergebnisse und Empfehlungen für die stationären Langzeitpflege

**Einrichtungsleitertreffen der KerVita Gruppe
am 30.09.2020 in Hamburg**

Dipl.-Geront. Thomas Kalwitzki
SOCIUM - Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik
Universität Bremen

- I. Ausgangspunkt und aktueller Stand
 - II. Projektkonzeption und -durchführung
 - III. Zentrale Ergebnisse
 - IV. Empfehlungen der Wissenschaft für eine Einführungsphase
 - V. Quantitative Ergebnisse im Überblick
 - VI. Die wichtigsten Fragen zur Umsetzung
-
- VII. Weitergehende Empfehlung: Finanzreform

- I. Ausgangspunkt und aktueller Stand
 - II. Projektkonzeption und -durchführung
 - III. Zentrale Ergebnisse
 - IV. Empfehlungen der Wissenschaft für eine Einführungsphase
 - V. Quantitative Ergebnisse im Überblick
 - VI. Die wichtigsten Fragen zur Umsetzung
-
- VII. Weitergehende Empfehlung: Finanzreform

- Die Vertragsparteien nach § 113 SGB XI hatten gemäß § 113c SGB XI bis zum 30. Juni 2020 die *Entwicklung und Erprobung* eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens ... sicherzustellen.
- Der Gesetzauftrag bezieht sich nur auf *Entwicklung und Erprobung* – nicht auf die *Einführung* des Verfahrens.
- Hierzu haben die Partner in der KAP schon 2019 – also unter Vor-Corona-Bedingungen – beschlossen
 - „nach abgeschlossener Entwicklungs- und Erprobungsphase das Personalbemessungsverfahren für Pflegeeinrichtungen in geeigneten Schritten gemeinsam zügig anzugehen
 - bereits nach Abschluss der Entwicklungsphase im Sommer 2019 mit den hierfür erforderlichen Vorbereitungen zu beginnen.“ (S. 45)

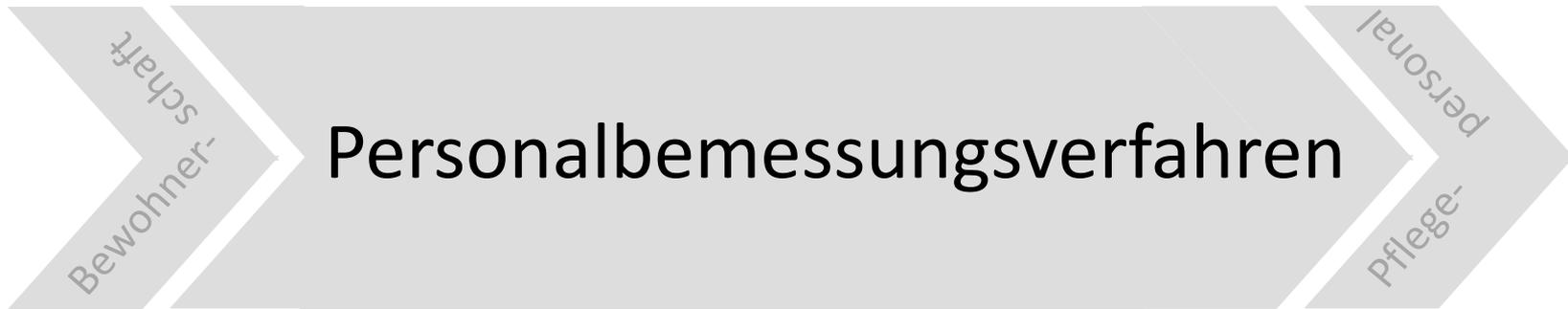
- Die *Entwicklung* ist abgeschlossen.
 - Der zweite Zwischenbericht wurde im Januar 2020 abgenommen und auf der Homepage des Qualitätsausschusses veröffentlicht.
- Die *Erprobung* ist abgeschlossen.
 - Eine Interviewstudie zur Validierung der Ergebnisse und Konzeptionellen Erprobung des Instruments wurde durchgeführt
 - Der Abschlussbericht wurde im September 2020 abgenommen und auf der Homepage des Qualitätsausschusses veröffentlicht..
- Die *Einführung* soll ab Herbst 2020 angegangen werden.
 - Die Projektberichte enthalten Vorschläge zur Einführung.
 - Das Versorgungsverbesserungsgesetz setzt einen Vorschlag um.
 - In welcher Form die weiteren verbindlichen Beschlüsse der KAP aktuell eine Umsetzung finden werden/können, ist unklar.

- I. Ausgangspunkt und aktueller Stand
 - II. Projektkonzeption und -durchführung**
 - III. Zentrale Ergebnisse
 - IV. Empfehlungen der Wissenschaft für eine Einführungsphase
 - V. Quantitative Ergebnisse im Überblick
 - VI. Die wichtigsten Fragen zur Umsetzung
-
- VII. Weitergehende Empfehlung: Finanzreform

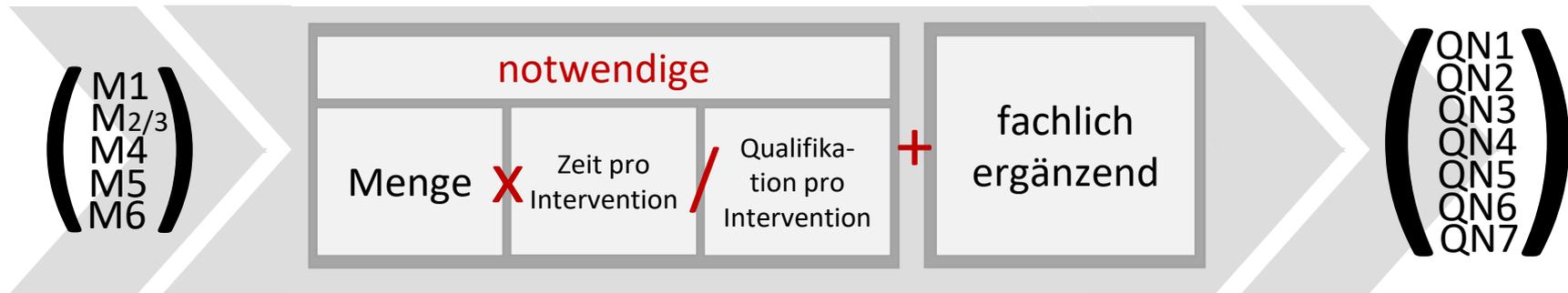
- Verteilungsgerechtigkeit
 - regionale und einrichtungsindividuelle Ungleichheiten der Personalausstattung nur soweit bedarfsnotwendig
 - empirisch-vergleichenden Ansatz
- Bedarfsgerechtigkeit
 - für fachgerechte Pflege bedarfsnotwendige Personalausstattung
 - benötigt analytischen Ansatz
- Eckpunkte der Projektkonzeption:
 - Verknüpfung empirisch-vergleichender und analytischer Ansatzes
 - fachliche Konsentierung der Messinstrumente für fachgerechte Pflege
 - Erhebung von Leistungsrealität **und** fachgerechter Pflege

1. Schritt: Messkonzeption für Pflege
→ **Interventionskatalog**
2. Schritt: Definition von bedarfsgerechter Erbringung und bedarfsgerechtem Qualifikationsniveau
→ **Handbuch zum Interventionskatalog**
→ **Katalog der Qualifikationsanforderungen**
3. Schritt: Beschattung aller Pflegekräfte zur Messung des **IST** mittels des Interventionskatalogs und **IST-SOLL-Abgleich** mithilfe der konsentierten Instrumente
4. Schritt: Ermittlung des bedarfsorientierten **SOLL** aus gemessenem IST zuzüglich der fachlich notwendigen Zu- und Abschläge in Menge, Zeit und Qualifikation

1. Schritt: Ermittlung der bedarfsnotwendigen Pflegezeit für direkte Pflege für jeden Studienteilnehmer

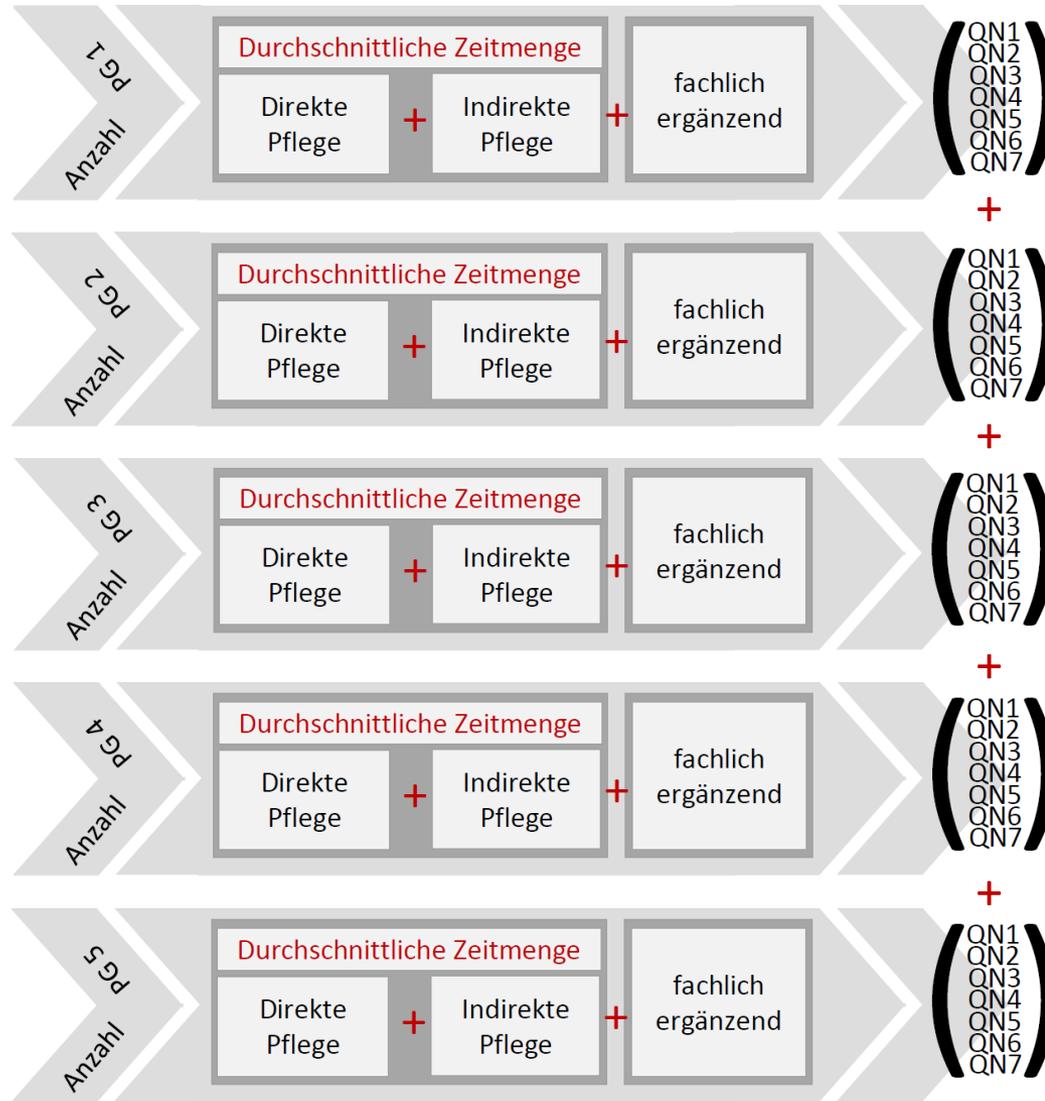


1. Schritt: Ermittlung der bedarfsnotwendigen Pflegezeit für direkte Pflege für jeden Studienteilnehmer.



2. Schritt: Addition der durchschnittlichen Ist-Zeit für indirekte Pflege
3. Schritt: Zusammenfassung der Studienteilnehmer zu aufwandsähnlichen Gruppen, z.B. Pflegegraden
4. Schritt: Berechnung des Durchschnittswertes pro Aufwandsgruppe

Bewohnerzahl und Case-Mix



5. Schritt: Addition der Zeitbedarfe über alle Aufwandsgruppen und

6. Schritt: Umwandlung der Zeitwerte in Stellenzahlen anhand der Nettojahresarbeitszeit.

- Von März bis Oktober 2018 wurde in 62 vollstationären und 7 teilstationären Einheiten eine Beobachtungsstudie durchgeführt.
- Hierzu wurde jede Pflegekraft von einem *Schatten* begleitet, der die Interventionen in Echtzeit anhand des Interventionskatalogs mittels Tablet-Computer erfasst.
- Einbezogen wurden alle **zur Pflege** eingesetzten Kräfte in den teilnehmenden Erhebungseinheiten.
- Zusätzliche Betreuungskräfte wurden nicht beschattet.
- Übergeordnete Leitungskräfte wurden nicht beschattet.

- Erfasst wurde
 - welche Interventionen durchgeführt wurden,
 - welcher Zeitaufwand damit verbunden war,
 - ob die Intervention erforderlich war,
 - ob sie fachgerecht durchgeführt wurde
 - welche zeitlichen Zu- und Abschläge bei fachgerechter Durchführung hinzukommen.
- } IST
- } SOLL
- Entstandene Datengrundlage:
 - 130.656 Interventionen bei 1.380 vollstationär versorgten Pflegebedürftigen aus 15 Bundesländern
 - 9.266 Interventionen bei 173 Pflegebedürftigen in teilstationären Pflegeeinrichtungen aus 5 Bundesländern

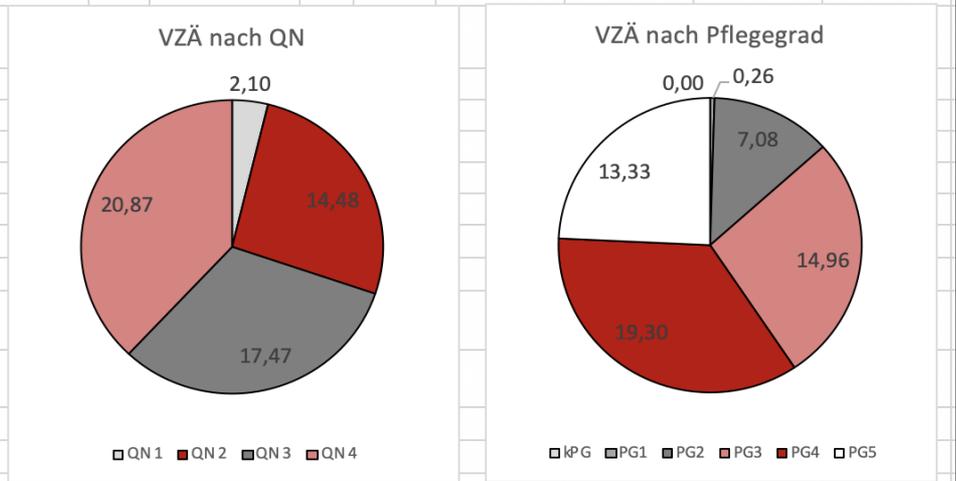
- I. Ausgangspunkt und aktueller Stand
- II. Projektkonzeption und -durchführung
- III. Zentrale Ergebnisse**
 - 1. Das Personalbemessungsinstrument – Algorithmus 1.0
 - 2. Personal(mehr)bedarfe
 - 3. Qualifikationsmix
 - 4. Implementationsanfordernisse
- IV. Empfehlungen der Wissenschaft für eine Einführungsphase
- V. Quantitative Ergebnisse im Überblick
- VI. Die wichtigsten Fragen zur Umsetzung

- Zur Nutzung des Instruments müssen *keine neuen Daten* erhoben werden.
- Benötigt werden lediglich
 - Setzungen, insbesondere zur Nettojahresarbeitszeit und
 - die Zahl der Bewohner nach Aufwandsgruppen – derzeit also nach Pflegegraden
- Das Instrument hat drei Tabellenblätter
 - Einstellungen
 - Eingaben
 - Ergebnisse (in zwei Varianten)

Tabellenblatt „Ergebnisse“

- Personalbedarf in **Minuten** und **Vollzeitäquivalenten**
- Aufgegliedert nach QN-Niveau und Pflegegraden

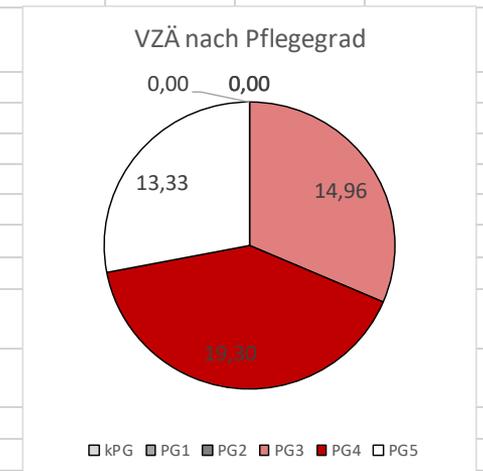
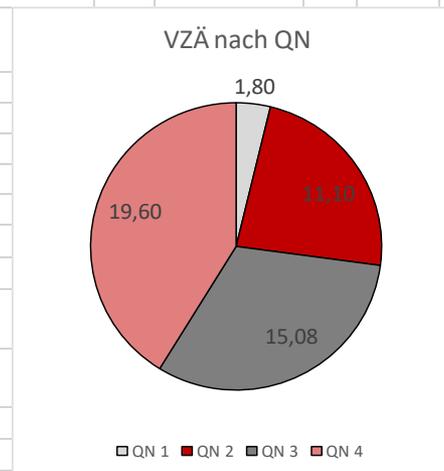
Instrument zur Berechnung des Personalbedarfs in vollstationären Einrichtungen						
Ergebnis über Pflegegrade (in Minuten pro Tag und VZÄ)						
	Anzahl Pflegebedürftige	QN1	QN2	QN3	QN4	SUMME
kPG	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PG1	0,95	3,59	25,31	24,34	12,67	65,92
PG2	22,11	72,48	840,84	590,23	313,20	1816,75
PG3	32,55	184,06	1278,53	1470,09	904,47	3837,15
PG4	29,15	196,11	1014,80	1802,90	1934,48	4948,29
PG5	15,24	82,65	553,01	593,59	2188,39	3417,64
Einbezogene Interventionen		538,90	3712,48	4481,16	5353,21	14085,75
Ergänzende Parameter		0	0	0	0	0
SUMME		538,90	3712,48	4481,16	5353,21	14085,75
VZÄ		2,10	14,48	17,47	20,87	54,93
Bei einem Fachkraftanteil von						38,00%



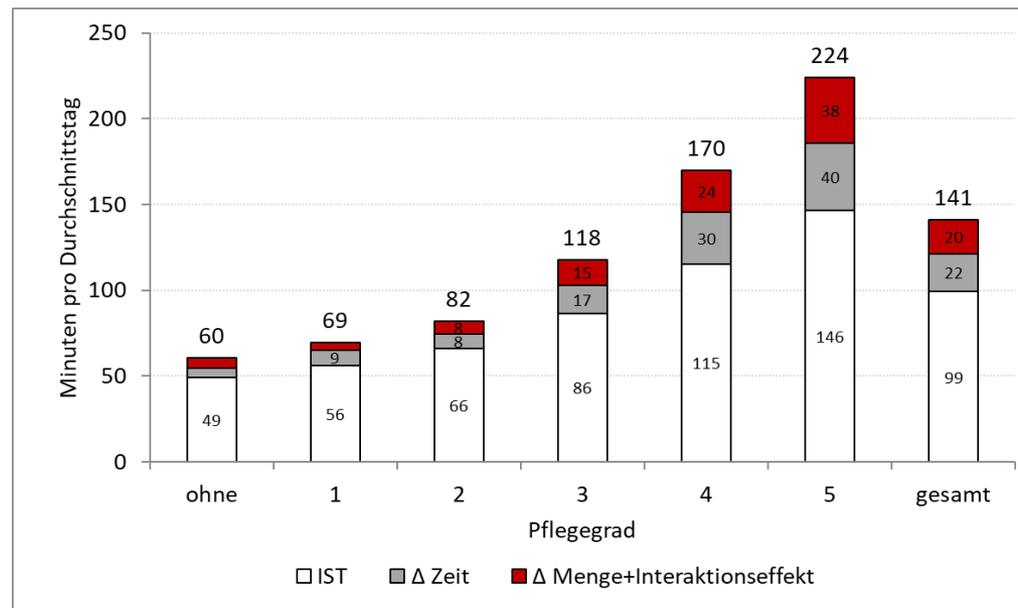
Tabellenblatt „Ergebnisse“

- Veränderung des Case-Mix führt zu anderem Qualifikationsmix

Ergebnis über Pflegegrade (in Minuten pro Tag und VZÄ)						
	Anzahl Pflegebedürftige	QN1	QN2	QN3	QN4	SUMME
kPG	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PG1	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PG2	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PG3	32,55	184,06	1278,53	1470,09	904,47	3837,15
PG4	29,15	196,11	1014,80	1802,90	1934,48	4948,29
PG5	15,24	82,65	553,01	593,59	2188,39	3417,64
Einbezogene Interventionen		462,82	2846,34	3866,58	5027,34	12203,08
Ergänzende Parameter		0	0	0	0	0
SUMME		462,82	2846,34	3866,58	5027,34	12203,08
VZÄ		1,80	11,10	15,08	19,60	47,59
Bei einem Fachkraftanteil von						41,20%

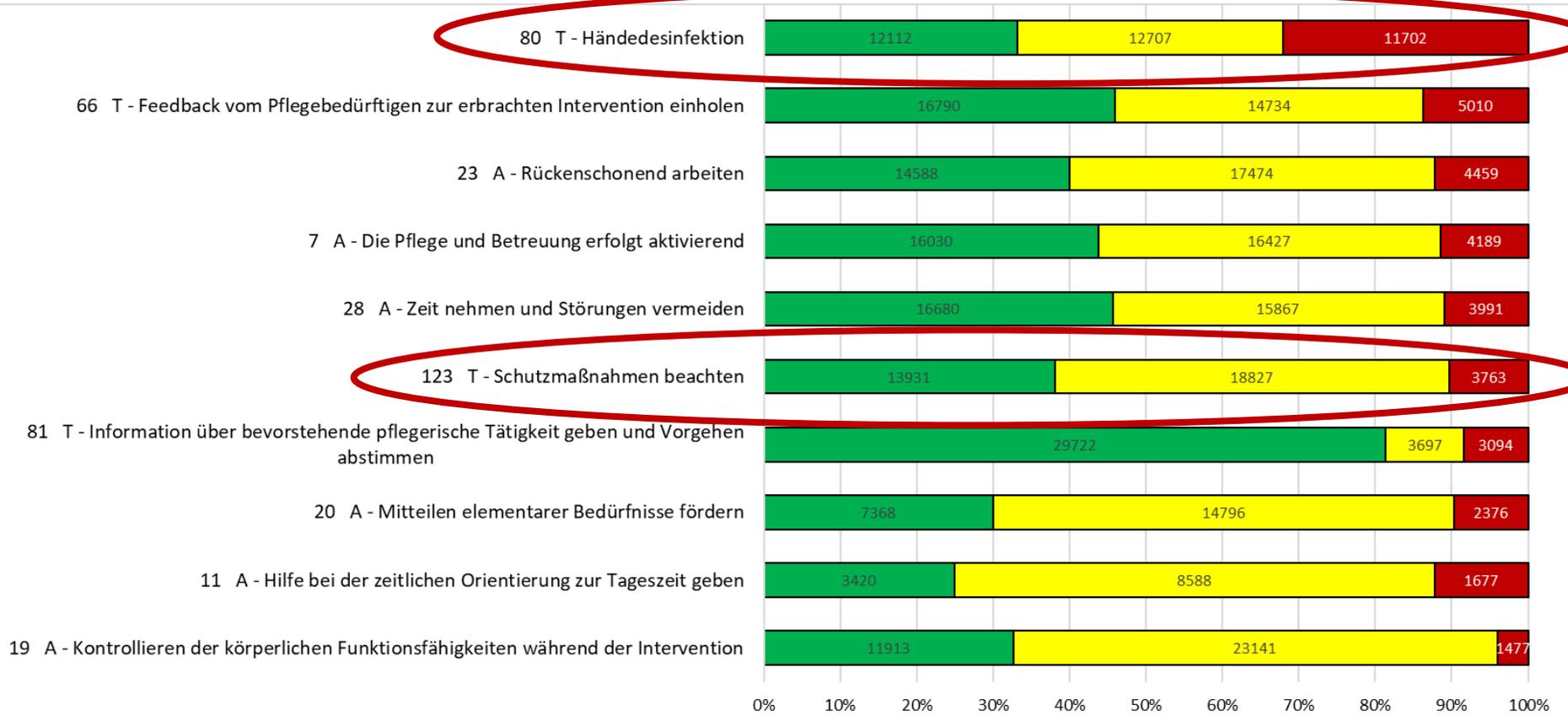


- In den Untersuchungseinrichtungen zeigen sich erhebliche *Zusatzzeitbedarfe* die mit dem Pflegegrad absolut und relativ zunehmen.
- Die Mehrbedarfe ergeben sich etwa zur Hälfte aus Mengen- und Zeitkomponente.



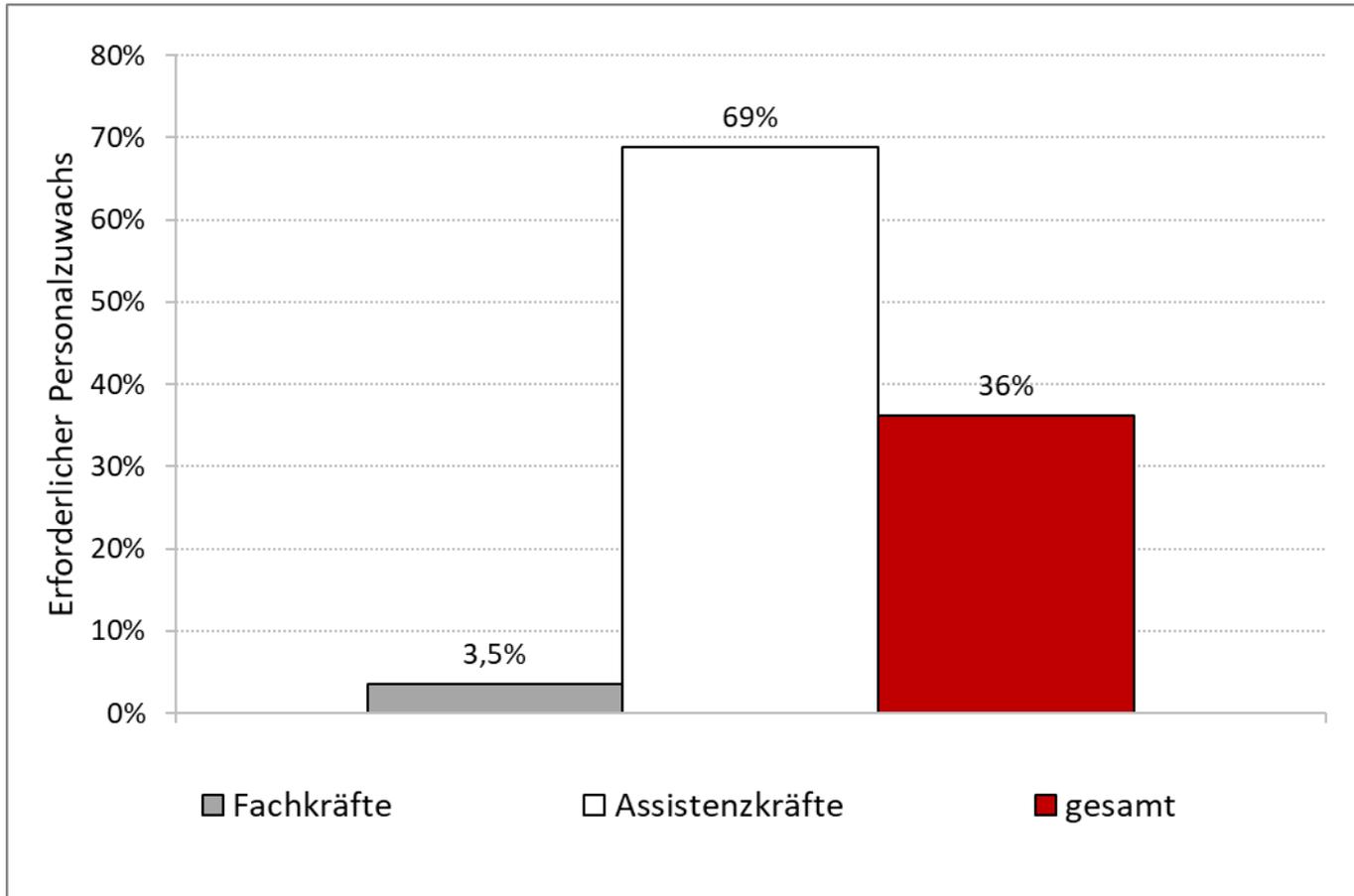
- In den Untersuchungseinrichtungen zeigen sich erhebliche Zusatzzeitbedarfe die mit dem Pflegegrad absolut und relativ zunehmen.
- Die Mehrbedarfe ergeben sich etwa zur Hälfte aus Mengen- und Zeitkomponente.
- Ein qualitativer Mehrbedarf in Bezug auf Teilschritte und Anforderungen zeigt sich insbesondere bei der Kommunikation und der Durchführung von Schutzmaßnahmen.

Die 10 Teilschritte, bei denen am häufigsten Teilschritte nicht (fachgerecht) erbracht werden

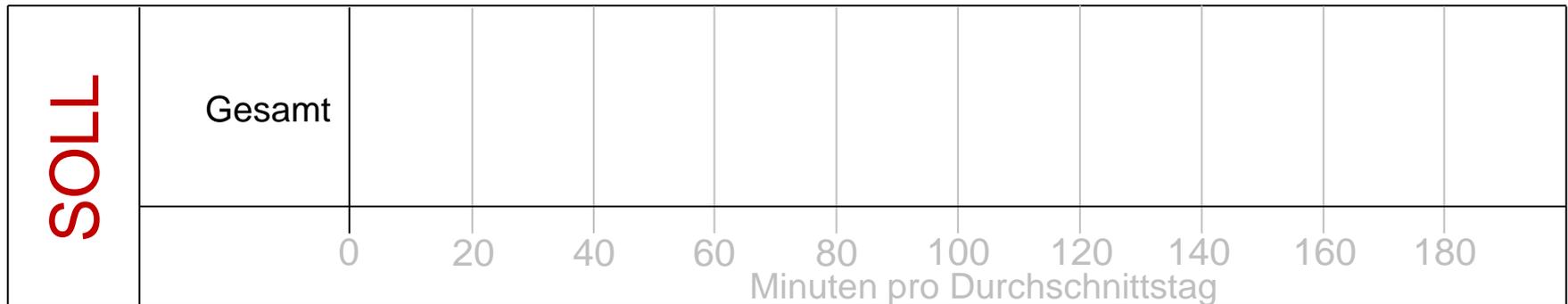
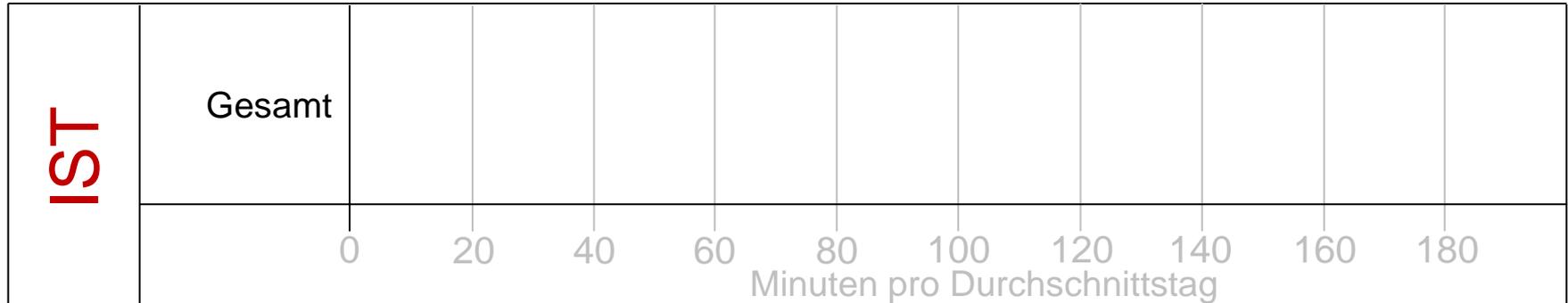


- In den Untersuchungseinrichtungen zeigen sich erhebliche Zusatzzeitbedarfe die mit dem Pflegegrad absolut und relativ zunehmen.
- Die Mehrbedarfe ergeben sich etwa zur Hälfte aus Mengen- und Zeitkomponente.
- Ein qualitativer Mehrbedarf in Bezug auf Teilschritte/ Anforderungen zeigt sich insbesondere bei der Kommunikation und der Durchführung von Schutzmaßnahmen.
- Der quantitative Mehrbedarf zeigt sich fast ausschließlich bei Assistenzkräften.

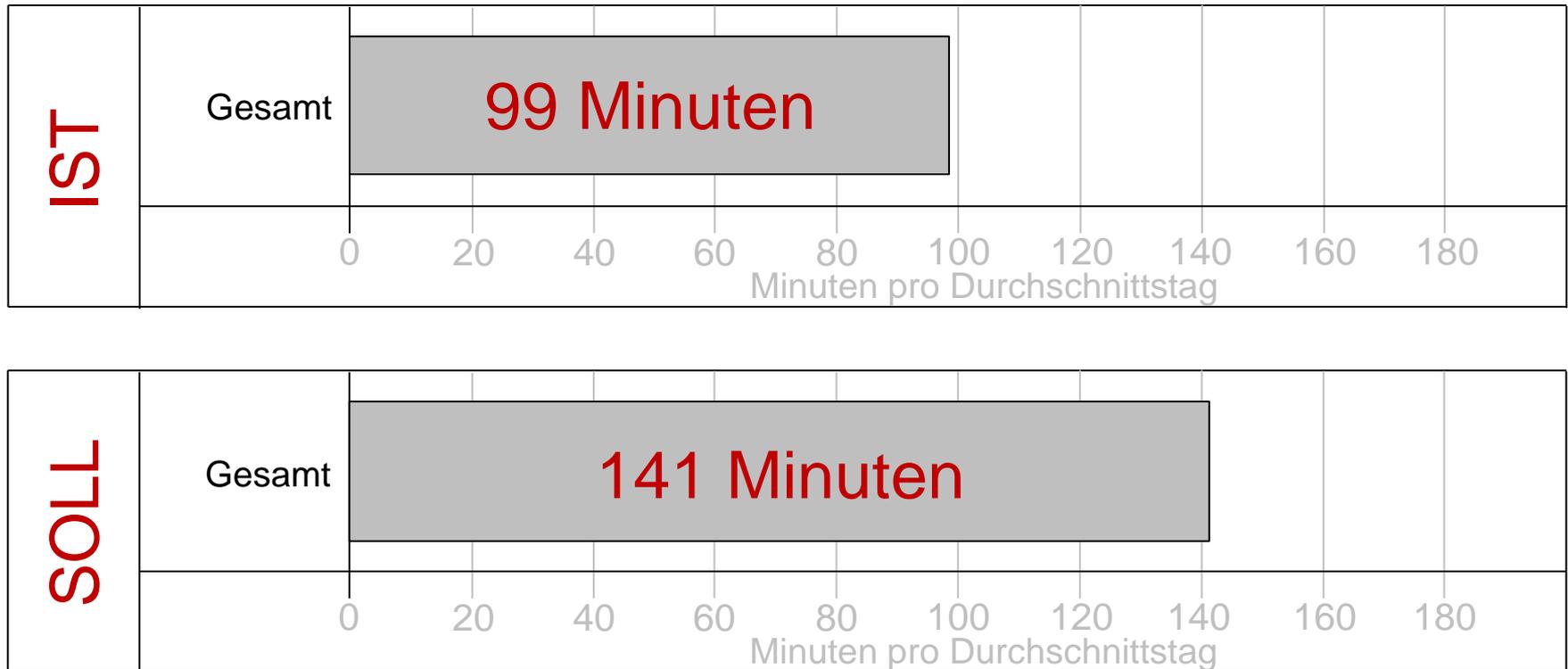
Personalmehrbedarf nach Qualifikationsgruppen



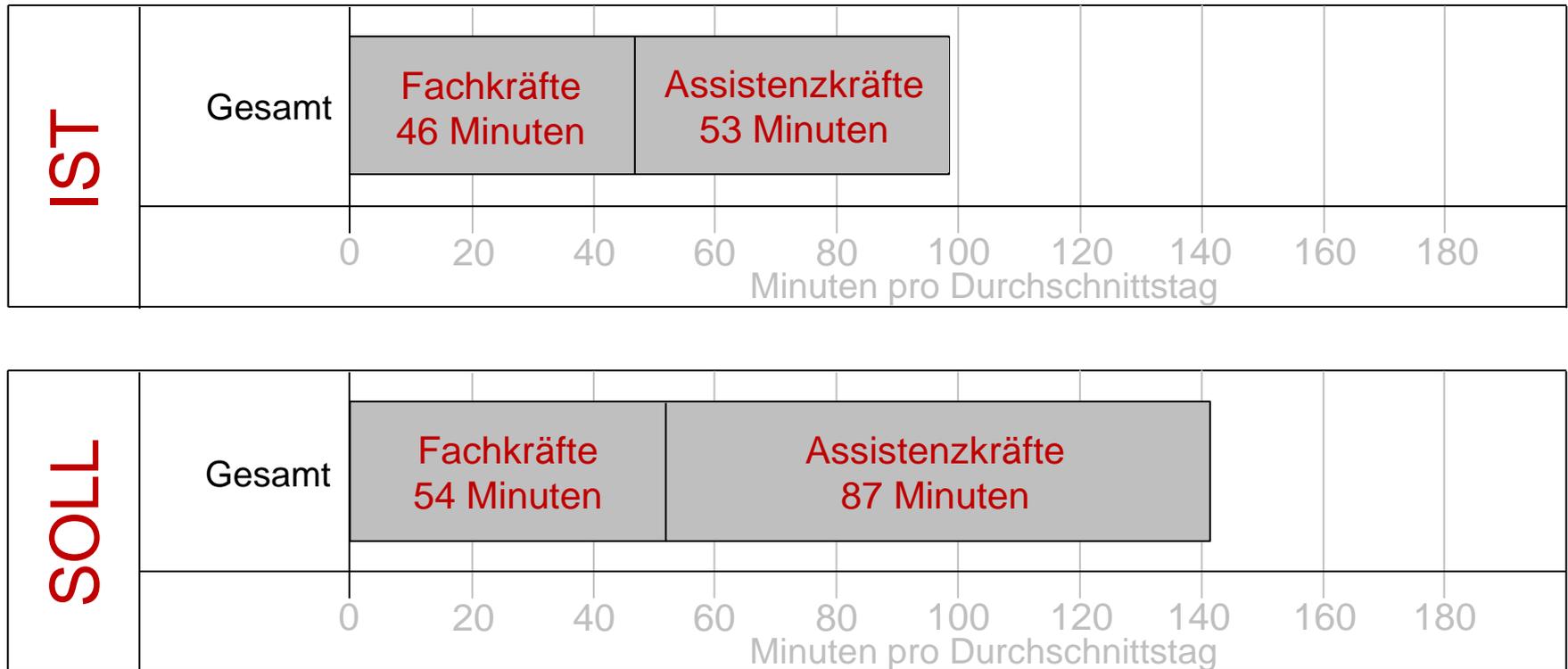
Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten *Qualifikationsniveaus*



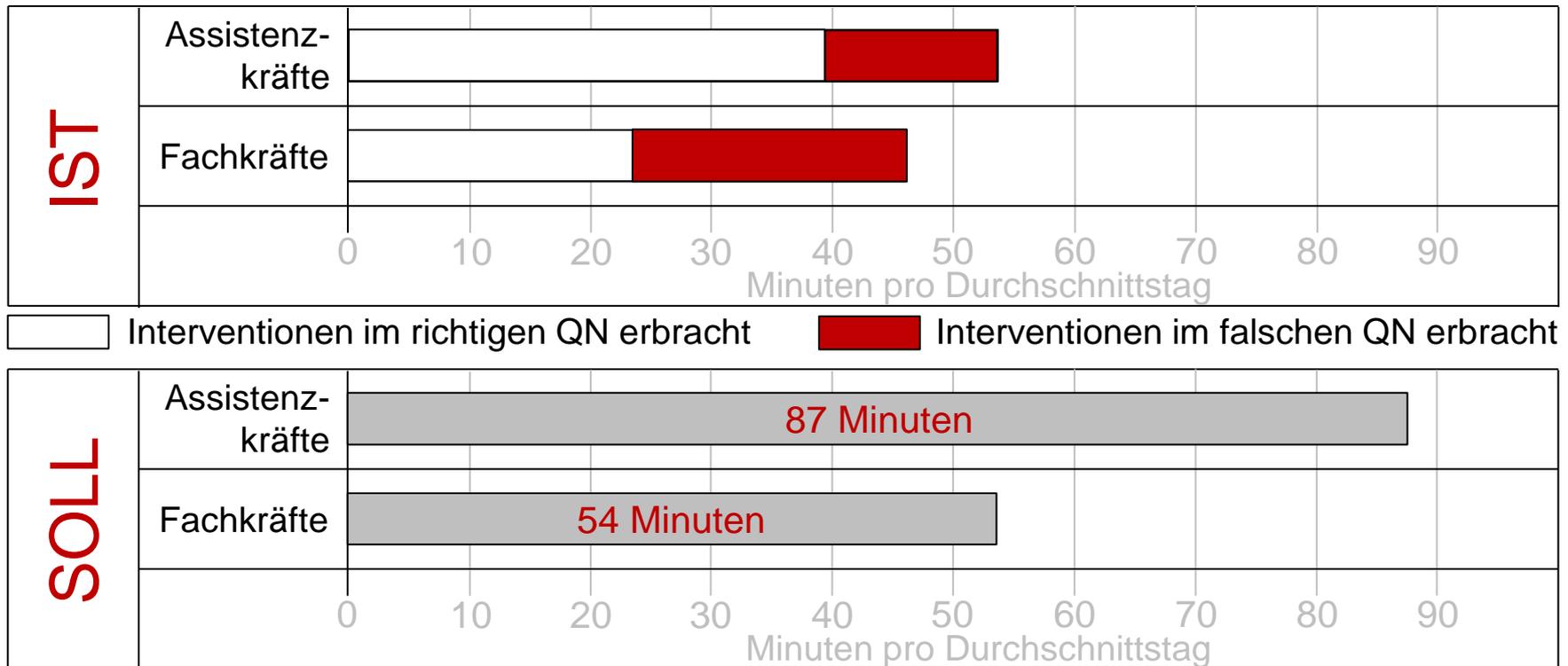
Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



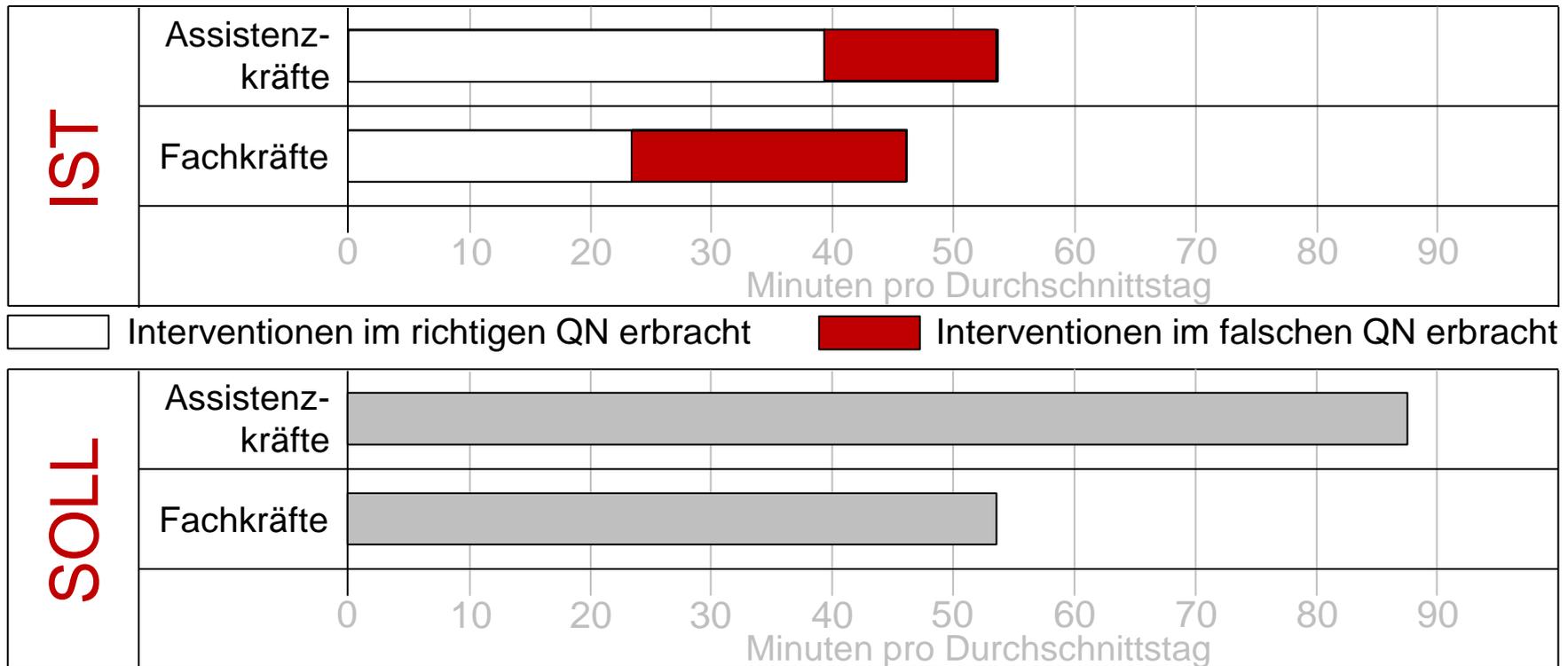
Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



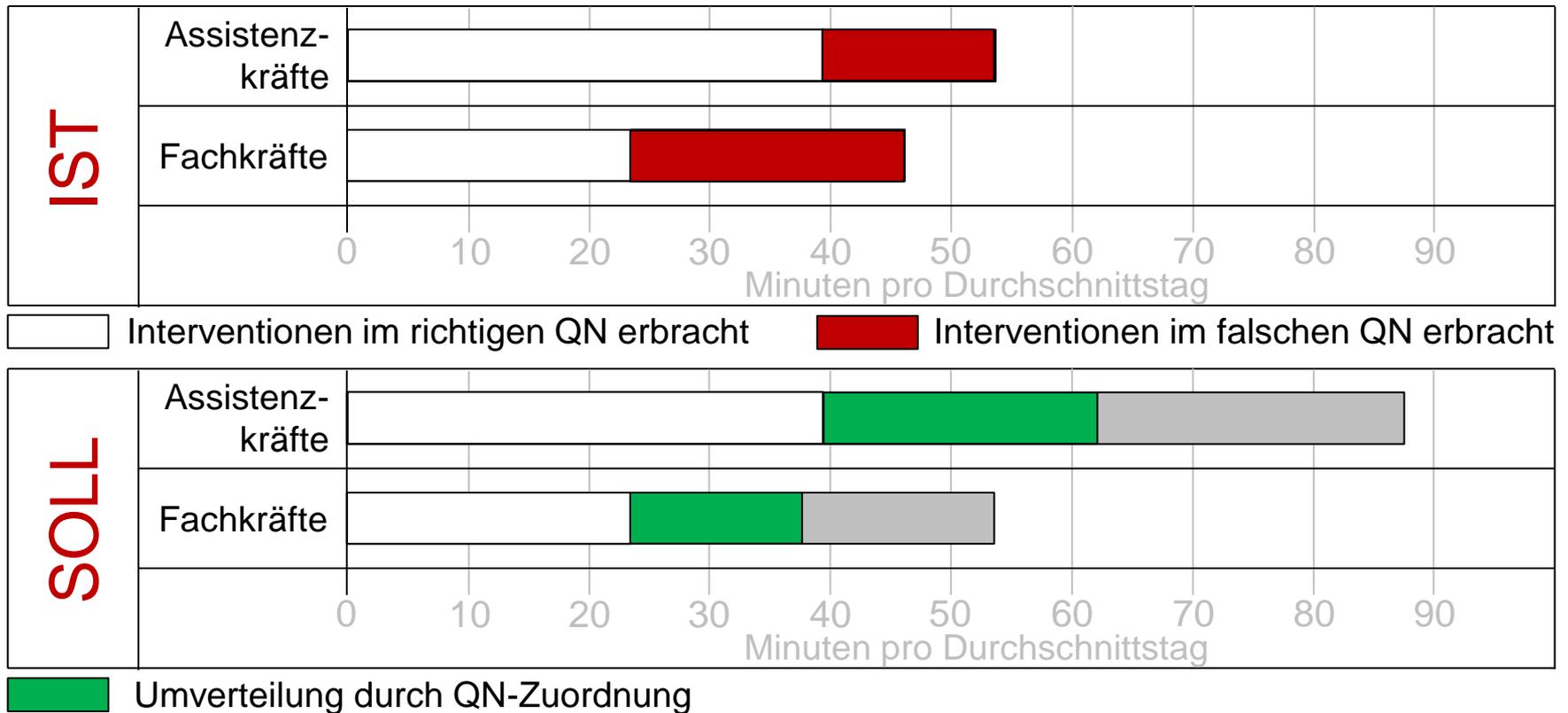
Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



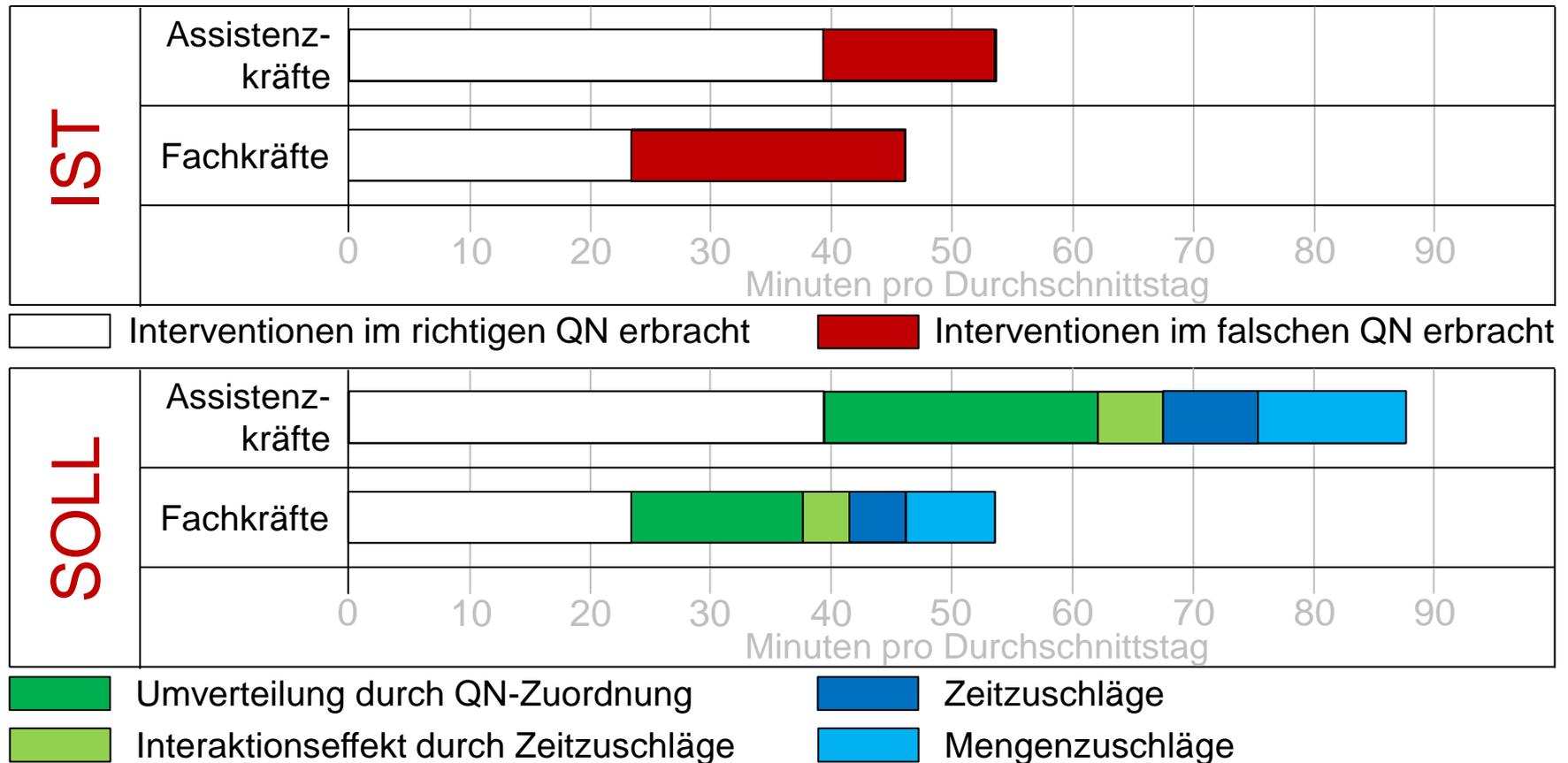
Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



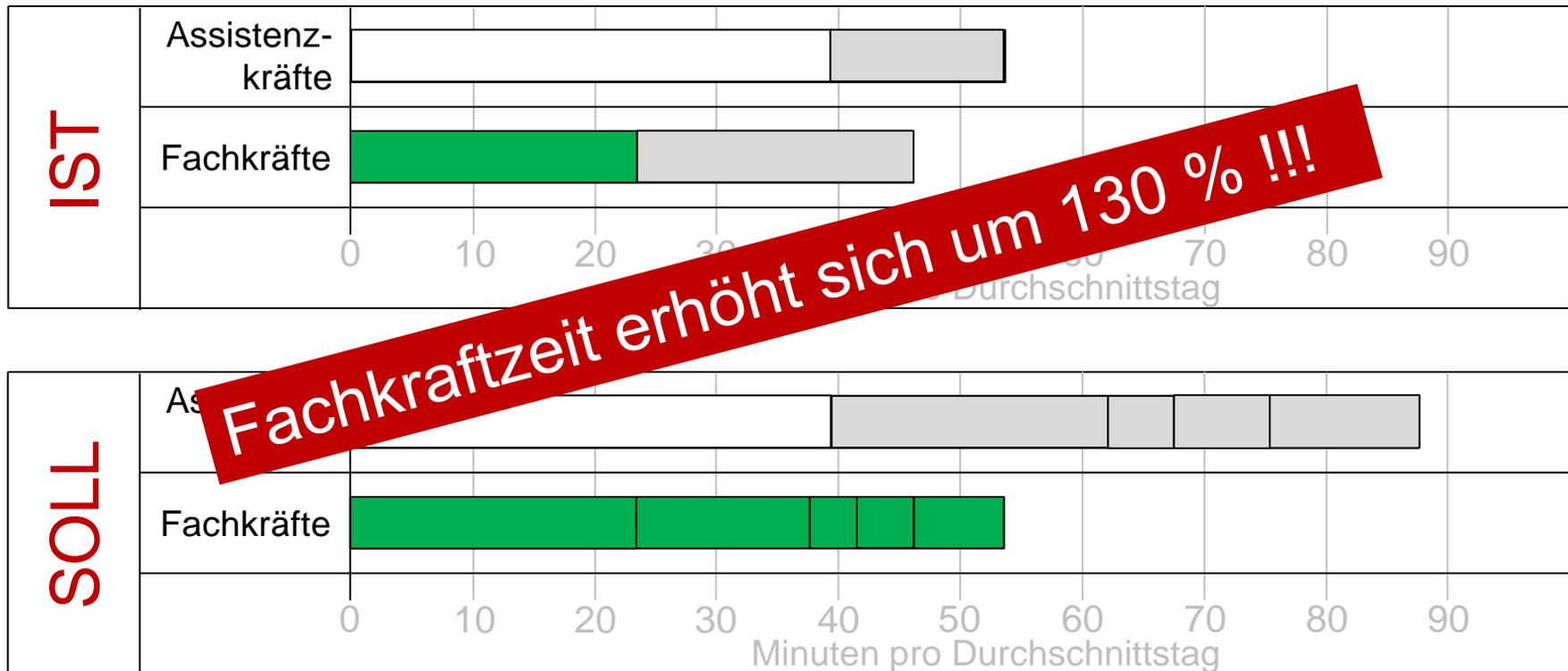
Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



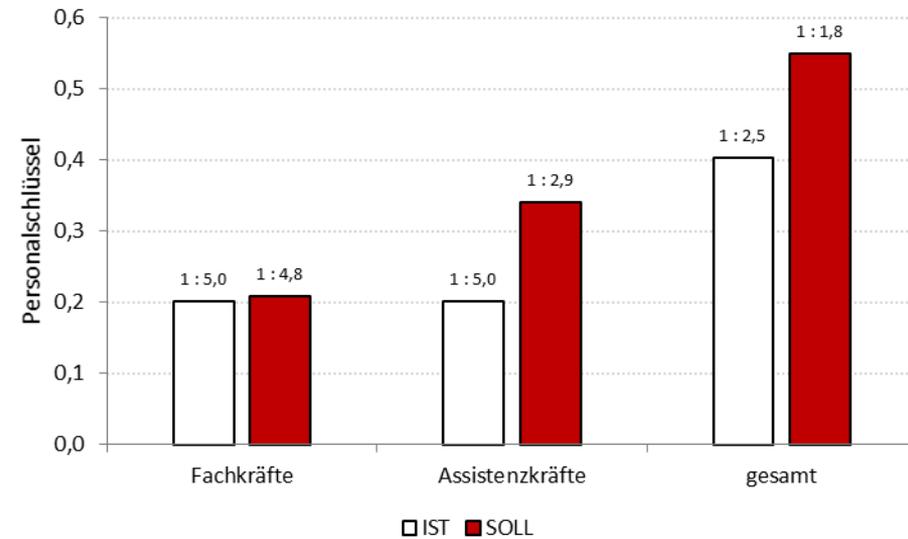
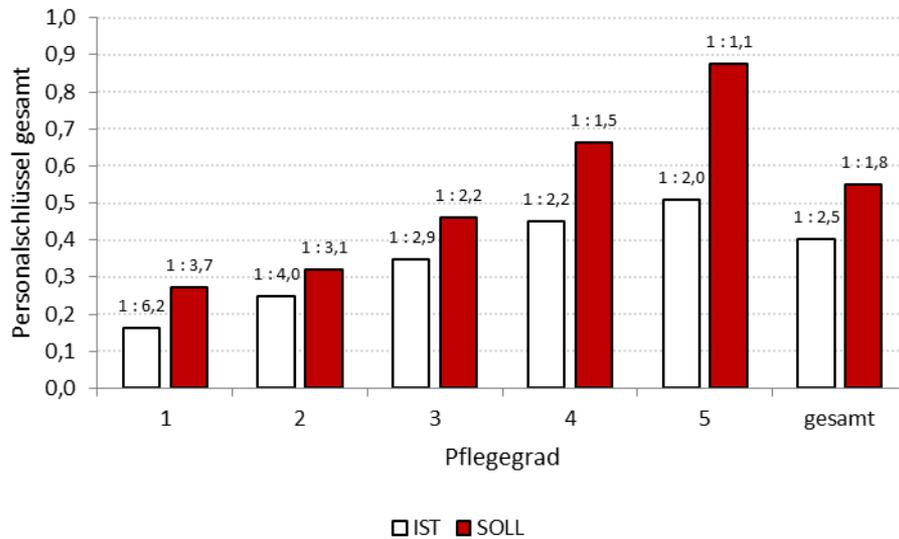
Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus

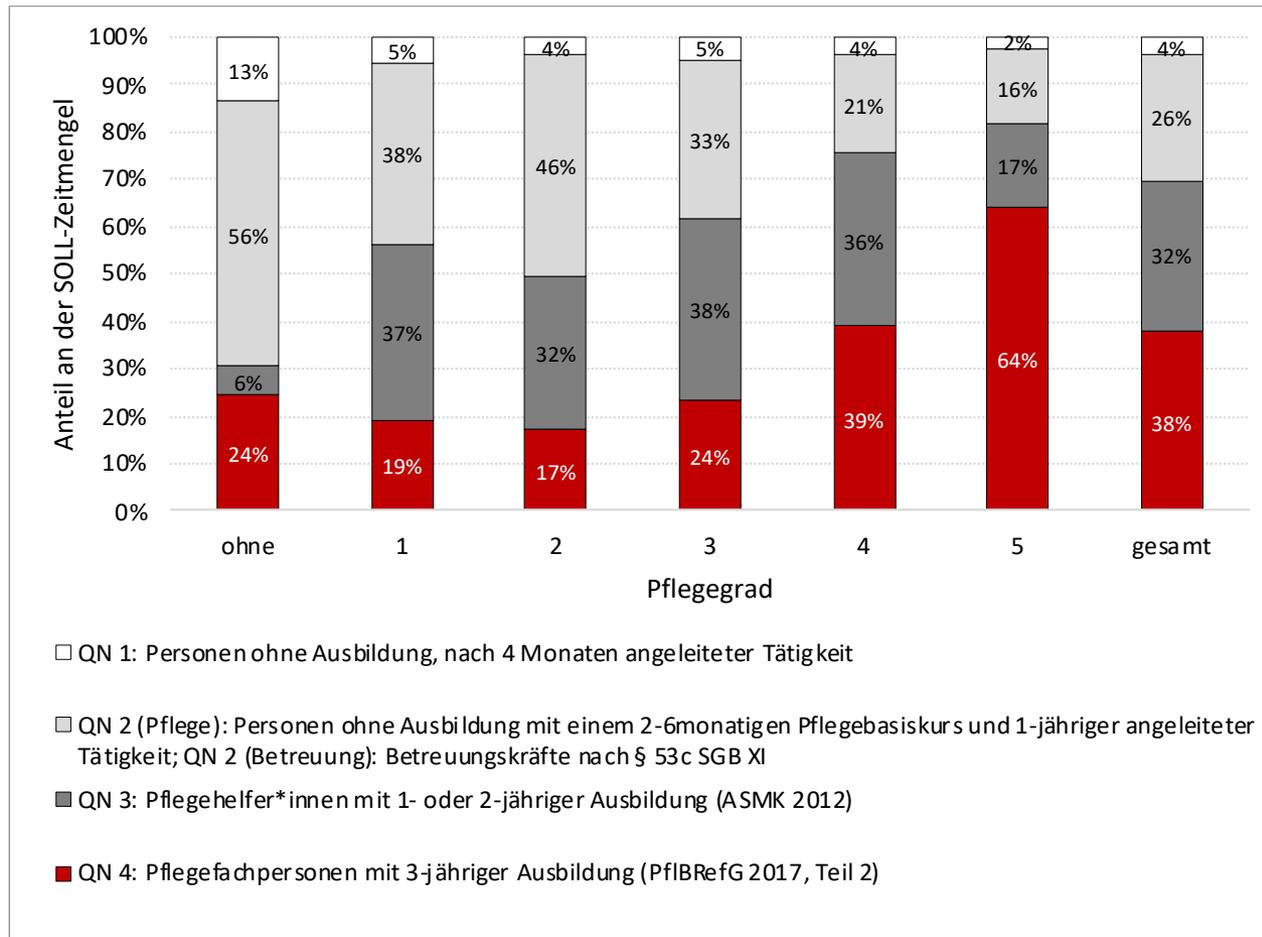


IST-Personalschlüssel adaptiert nach Rothgang & Wagner und resultierende SOLL-Personalschlüssel



- Die aktuelle einheitliche Fachkraftquote von 50% wird durch *heimindividuelle Qualifikationsstrukturen* abgelöst, die die Bewohnerstruktur berücksichtigen.
- Einrichtungen mit höherem Pflegegradmix benötigen dabei auch einen höheren Fachkräfteanteil.
- Der neuer Algorithmus führt zu *heimindividuellen bedarfsgerechten Qualifikationsmixin* für alle Einrichtungen.
- Für eine bundesdurchschnittliche Einrichtung errechnen sich **38% Fachkraftzeit und 32% Arbeitszeit für ausgebildete Pflegehilfskräfte** mit 1- oder 2-jähriger Ausbildung.

SOLL-Personalmix nach vier Qualifikationsstufen



Personalmengensteigerungen allein können nicht sicherstellen, dass zusätzliche Pflegekräfte zu verbesserter Pflege führen. Benötigt wird zudem

➤ Organisationsentwicklung

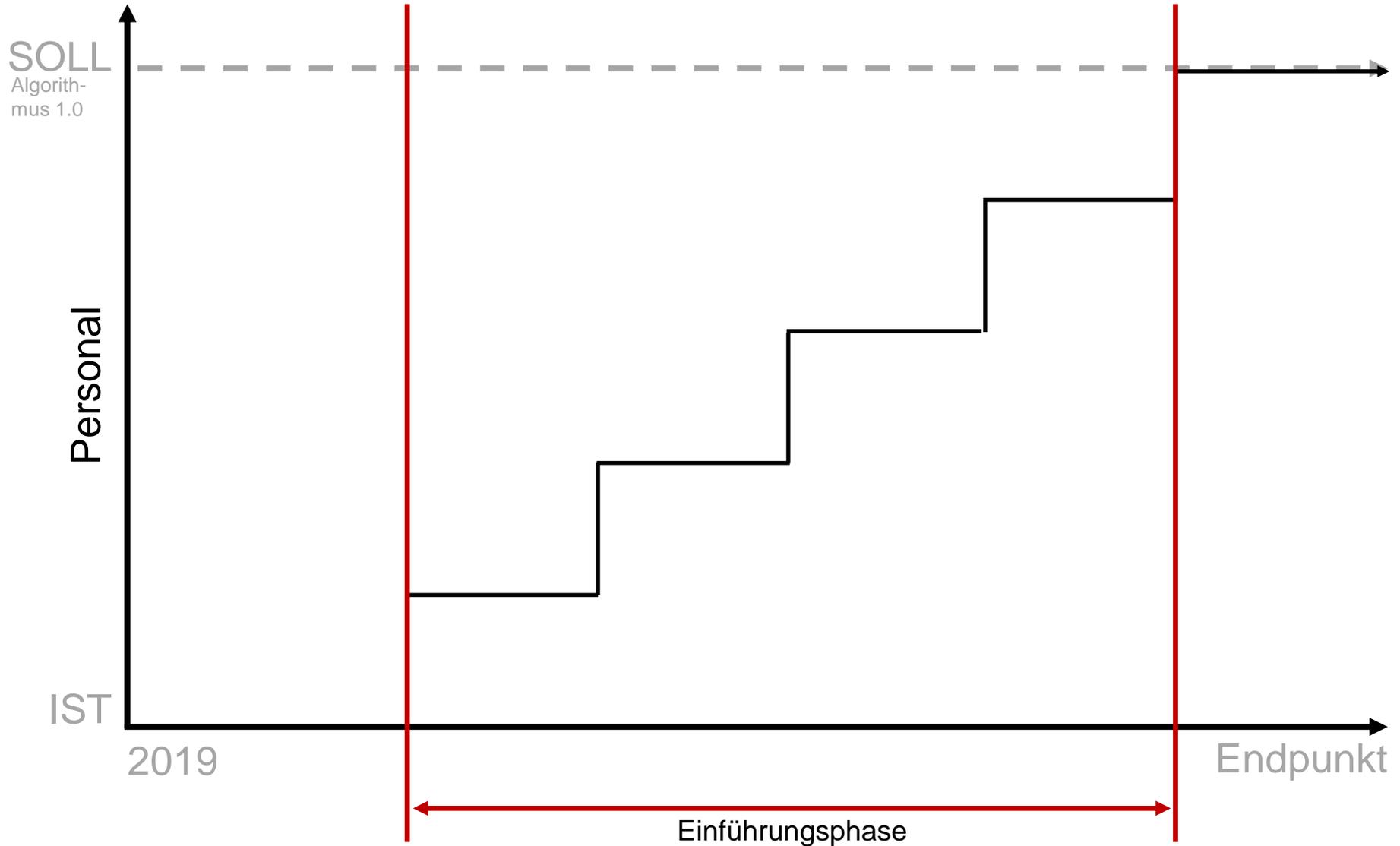
- Neudefinition der Rolle von Fachkräften: Planung, Anleitung, Beaufsichtigung, Evaluation, Delegation
- Kompetenzorientierte Pflege, statt jeder macht alles

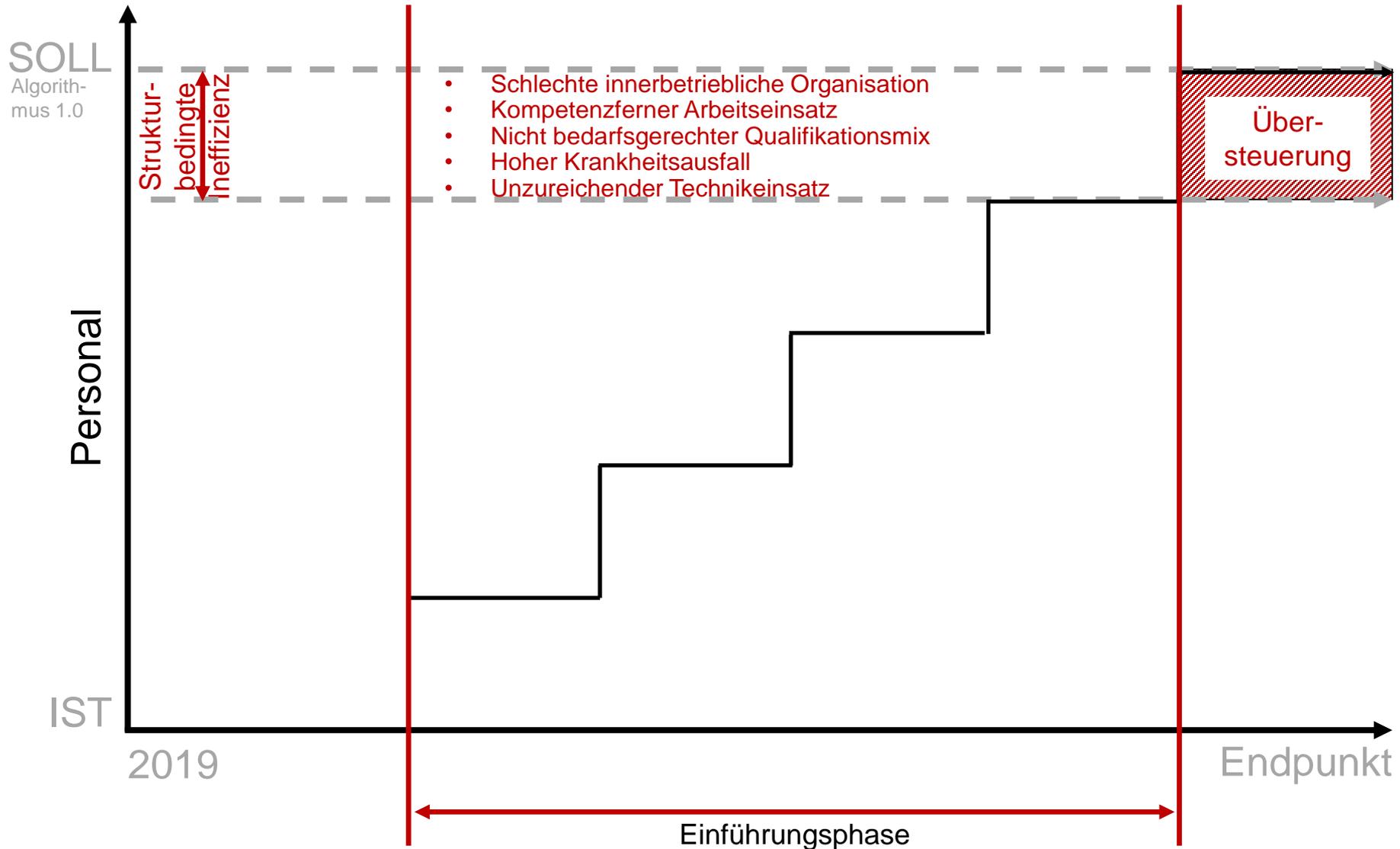
➤ Personalentwicklung und Ausbildung

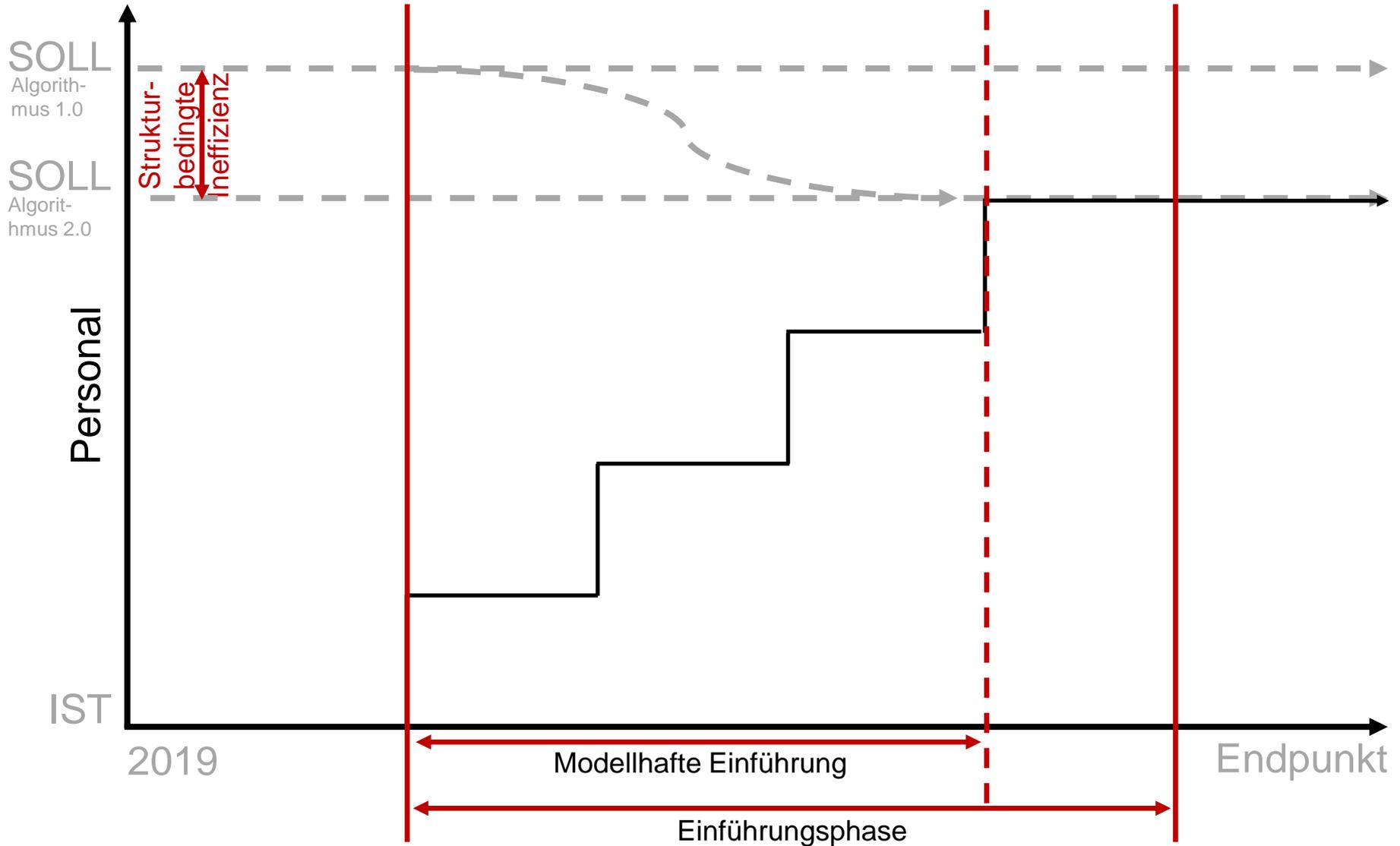
- Pflegekräfte müssen wieder lernen, ohne Hetze zu arbeiten.
- Fach- und Assistenzkräfte müssen ihre neuen Rollen annehmen.
- Sowohl für Fach- als auch Assistenzkräfte müssen in Menge und Inhalt entsprechende Ausbildungsstrukturen vorhanden sein

- I. Ausgangspunkt und aktueller Stand
 - II. Projektkonzeption und -durchführung
 - III. Zentrale Ergebnisse
 - IV. Empfehlungen der Wissenschaft für eine Einführungsphase**
 - V. Quantitative Ergebnisse im Überblick
 - VI. Die wichtigsten Fragen zur Umsetzung
-
- VII. Weitergehende Empfehlung: Finanzreform

- Personalbemessungsverfahren stellt Einrichtungen vor große Herausforderungen:
 - Personal- und Organisationsentwicklung
 - Rekrutierung von zusätzlichem Personal
- Notwendig ist schrittweise Einführung mit *Konvergenzphase*. Denkbar ist Festlegung eines Zeitplans, der für eine Reihe von Jahren sukzessive Anpassung bis zur Endausbaustufe vorsieht.
- Festlegung der Endausbaustufe schafft Planungssicherheit, schrittweise Einführung verschafft die Zeit, die notwendig ist, Mehrpersonal auszubilden zu rekrutieren, zurückzugewinnen und zu halten.





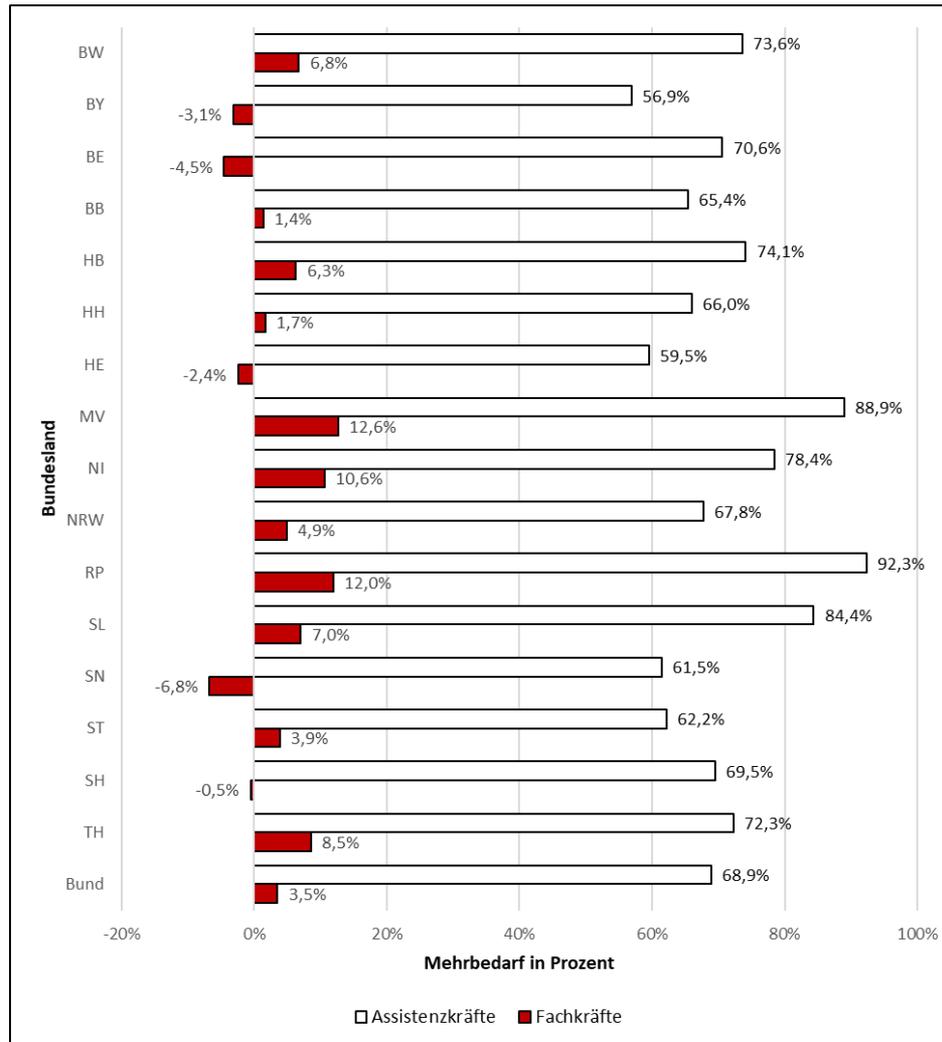


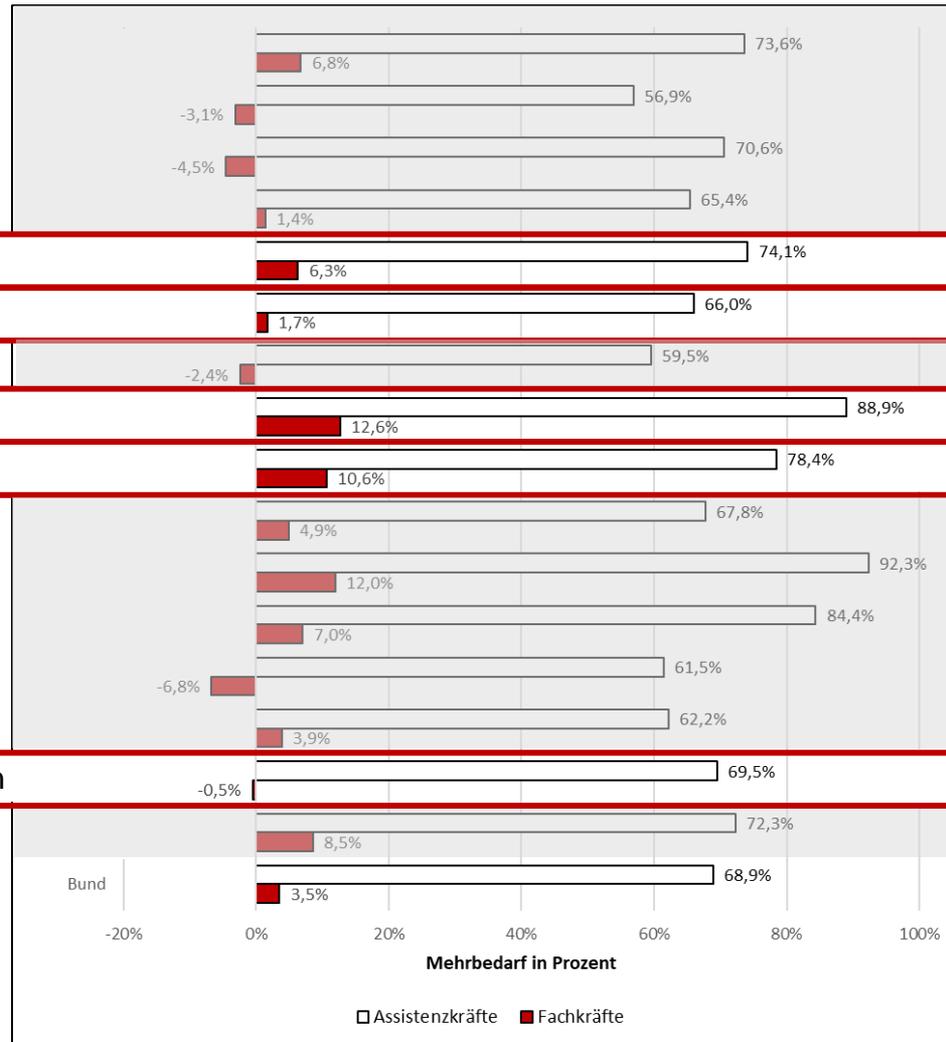
Wir haben deshalb vorgeschlagen

- als *ersten Einführungsschritt* möglichst bald mit einem flächendeckenden Personalaufbau im Bereich der Assistenzkräfte zu beginnen – wie im Versorgungsverbesserungsgesetz bereits in Umsetzung –

und gleichzeitig
- als *zweiten Einführungsschritt* ab Herbst 2020 eine modellhafte Einführung umzusetzen, in deren Rahmen
 - eine Neukalibrierung des Algorithmus vorgenommen und
 - ein Konzept für das roll out in die Fläche entwickelt wird..

- I. Ausgangspunkt und aktueller Stand
 - II. Projektkonzeption und -durchführung
 - III. Zentrale Ergebnisse
 - IV. Empfehlungen der Wissenschaft für eine Einführungsphase
 - V. Quantitative Ergebnisse im Überblick**
 - VI. Die wichtigsten Fragen zur Umsetzung
-
- VII. Weitergehende Empfehlung: Finanzreform





Bremen + 74 % + 6 %

Hamburg + 66 % + 2 %

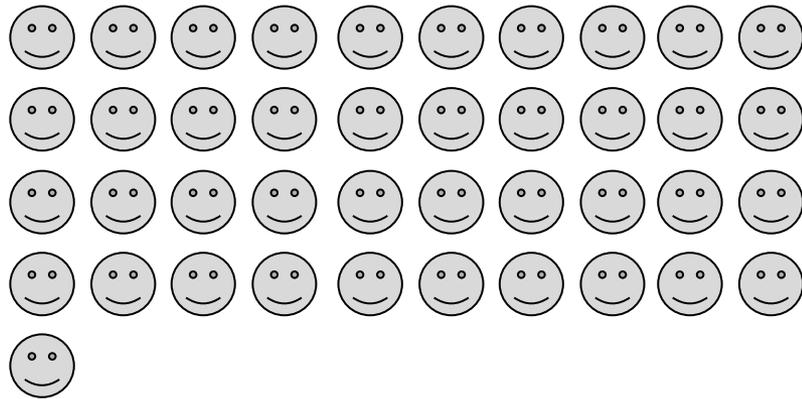
MVP + 89 % + 13 %

Niedersachsen + 78 % + 11 %

Schleswig-Holstein + 70 % - 1 %

- Für eine durchschnittliche 100 Bewohner Einrichtung:

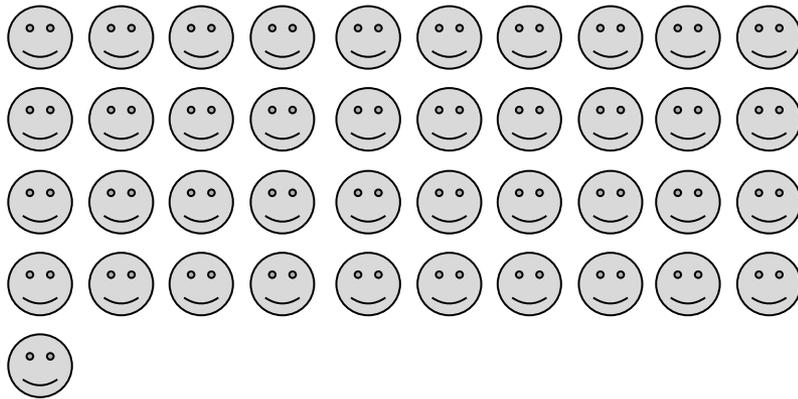
Aktuell



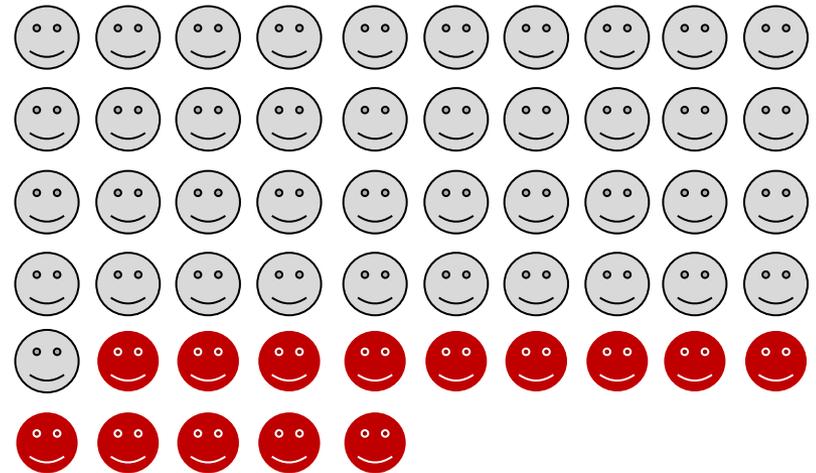
Bei vollständiger Umsetzung PeBeM

- Für eine durchschnittliche 100 Bewohner Einrichtung:

Aktuell

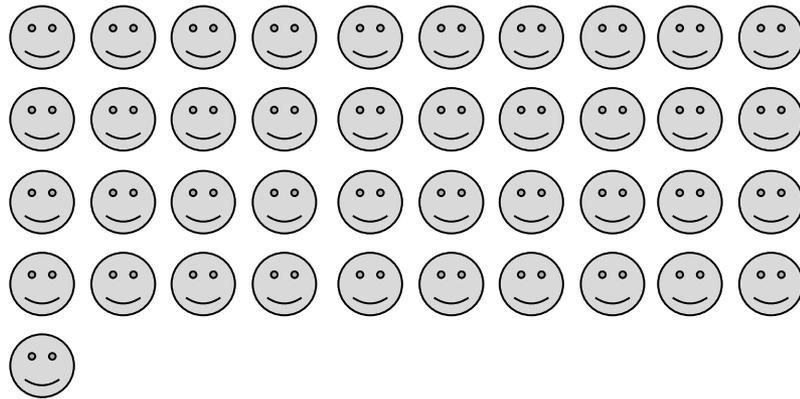


Bei vollständiger Umsetzung PeBeM



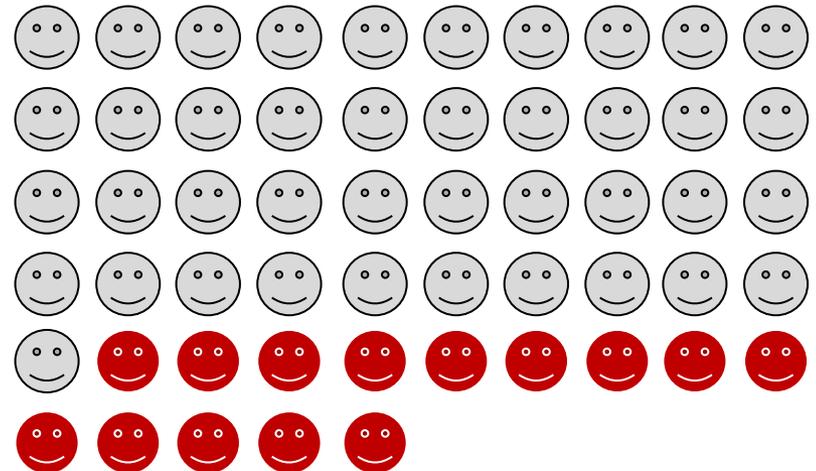
- Für eine durchschnittliche 100 Bewohner Einrichtung:

Aktuell



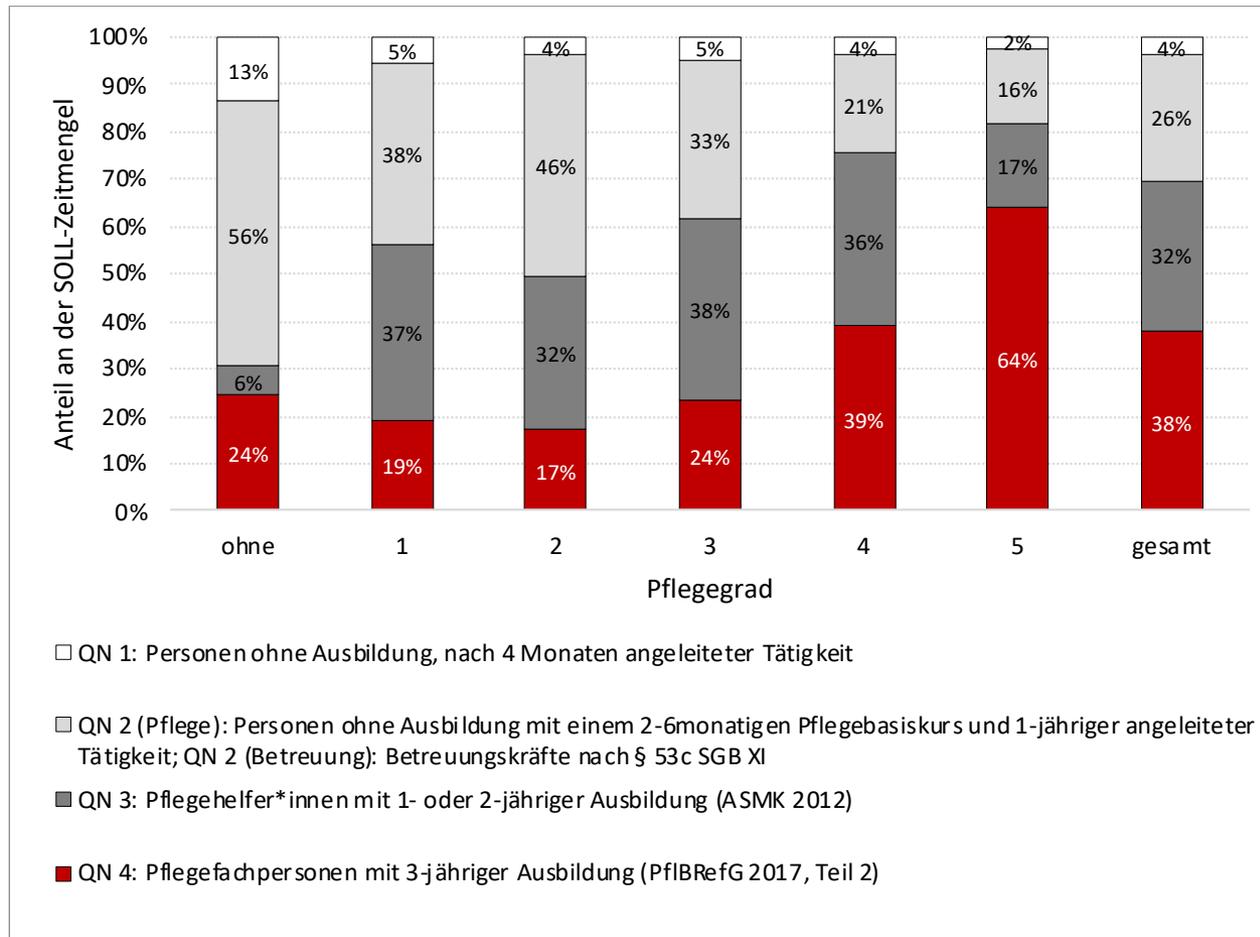
41

Bei vollständiger Umsetzung PeBeM



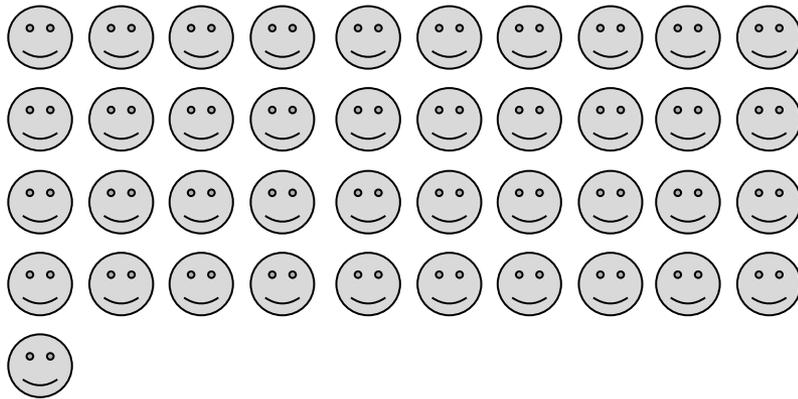
55

SOLL-Personalmix nach vier Qualifikationsstufen

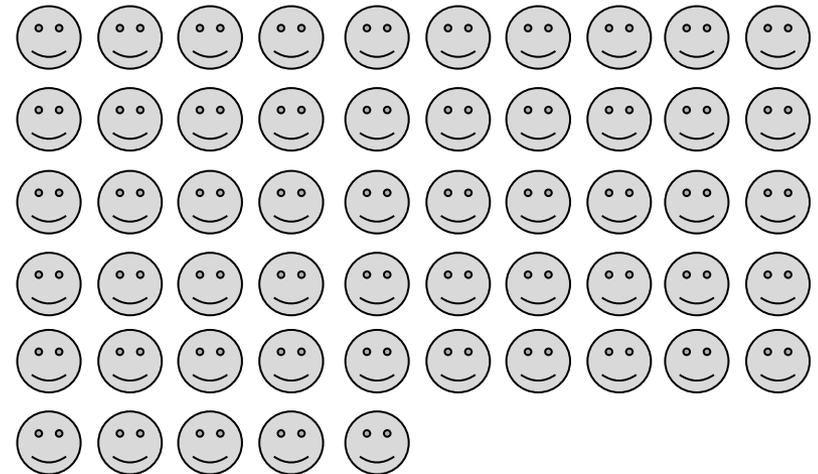


- Pflegefachkraftanteil an den Pflegekräften

Aktuell



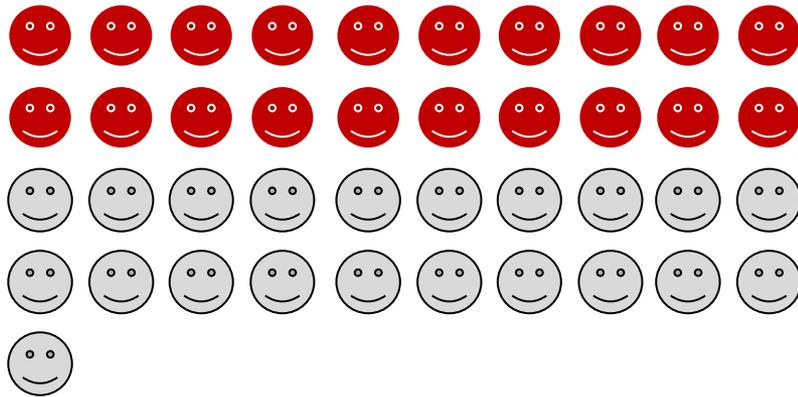
Bei vollständiger Umsetzung PeBeM



 Pflegefachkräfte

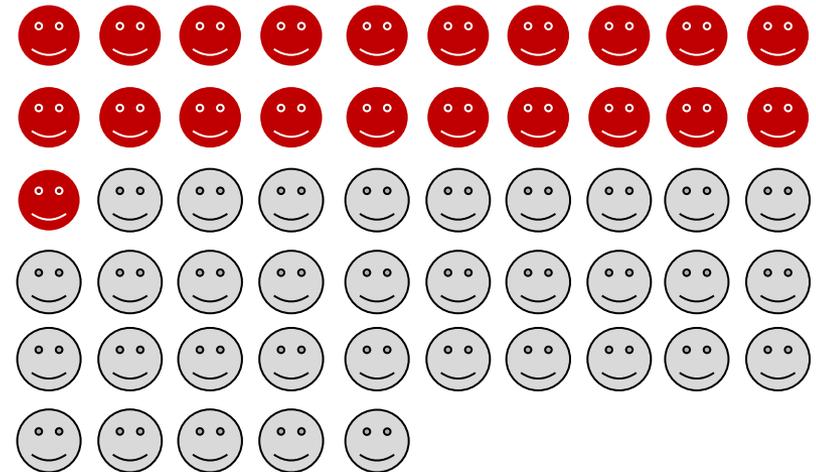
- Pflegefachkraftanteil an den Pflegekräften

Aktuell



~50%

Bei vollständiger Umsetzung PeBeM

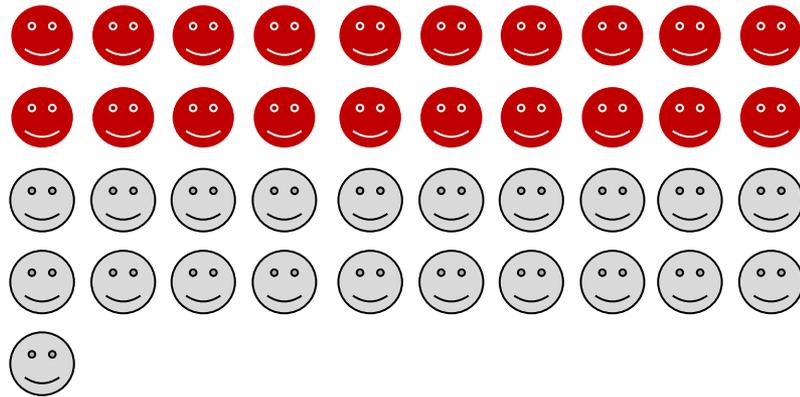


38%

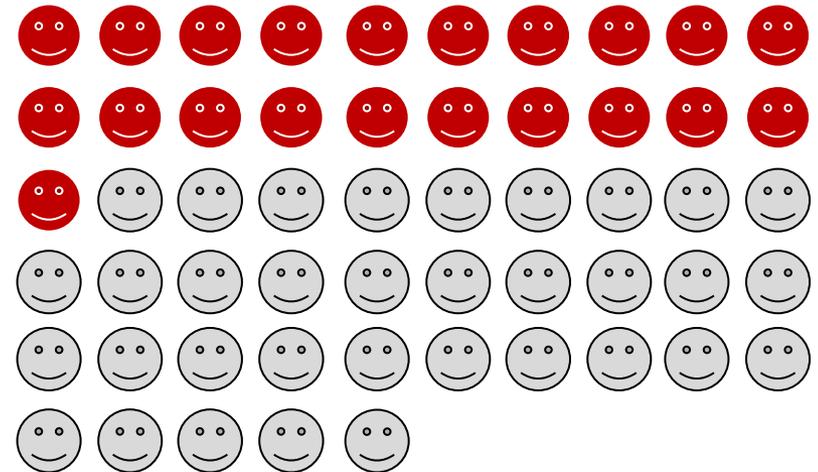
 Pflegefachkräfte

- Pflegefachkraftanteil an den Pflegekräften

Aktuell



Bei vollständiger Umsetzung PeBeM



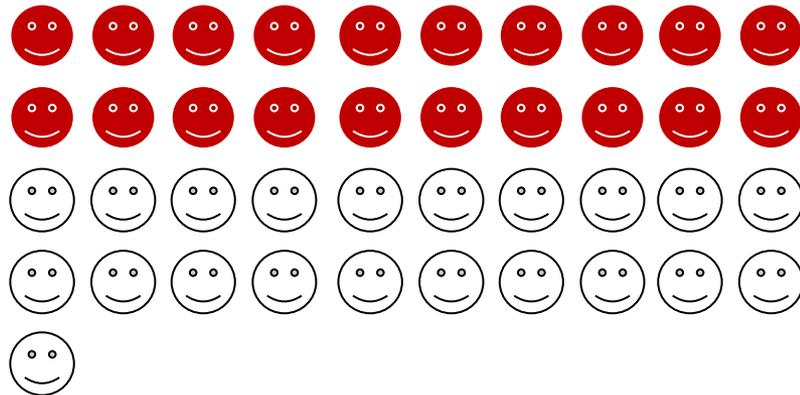
~50%

- Veränderter Case-Mix
- Spahn-Stellen
- 50%-Quotierung

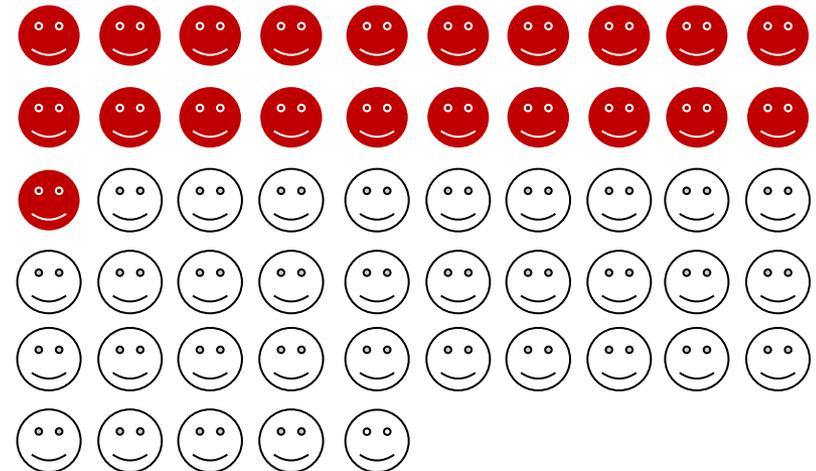
38%

- Care-Mix nach Qualifikationsstufen

Aktuell



Bei vollständiger Umsetzung PeBeM

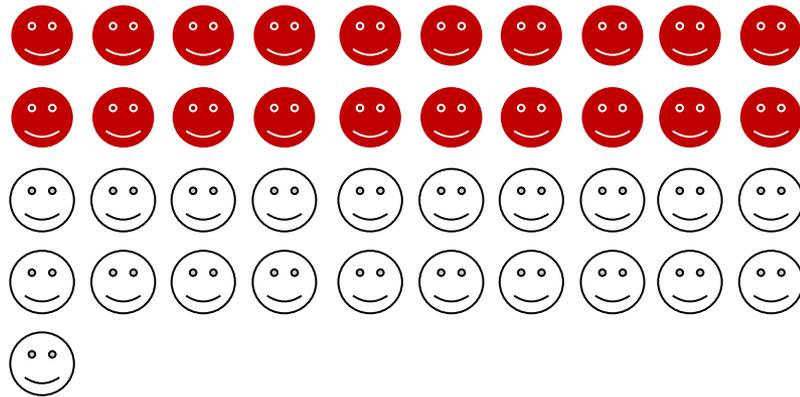


 Pflegefachkräfte

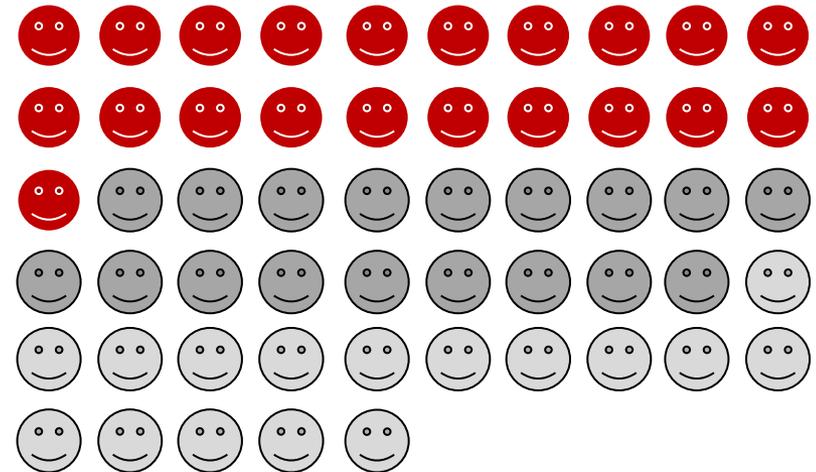
 Pflegeassistentenkräfte

- Care-Mix nach Qualifikationsstufen

Aktuell



Bei vollständiger Umsetzung PeBeM



 Pflegefachkräfte

 Ausgebildete Pflegeassistenzkräfte

 Geringer qualifizierte Pflegeassistenzkräfte

- I. Ausgangspunkt und aktueller Stand
 - II. Projektkonzeption und -durchführung
 - III. Zentrale Ergebnisse
 - IV. Empfehlungen der Wissenschaft für eine Einführungsphase
 - V. Quantitative Ergebnisse im Überblick
 - VI. Die wichtigsten Fragen zur Umsetzung**
-
- VII. Weitergehende Empfehlung: Finanzreform

Was ist über die Planung zur Einführung bekannt?

- Das Versorgungsverbesserungsgesetz setzt eine flächen- deckende Verbesserung im Bereich der Assistenzkräfte um.
- Die Personalmehrungen erfolgen gestuft nach dem Case- Mix der Einrichtung – höhere Pflegegrade erhalten mehr Personal.
- Die Gesamtmenge von 20.000 Stellen ist das Maximum, das *ohne die Betrachtung der bestehenden Personalsituation* umgesetzt werden kann.
- Die im Referentenentwurf enthaltene Qualifizierungs- regelung ist (zu) unscharf.

Was ist über die Planung zur Einführung bekannt?

Versorgungsverbesserungsgesetz: Bewertung

- Positiv
 - Zusätzliche Assistenzkräfte, u.z. in Abhängigkeit vom Pflegegrad
 - Keine Erhöhung der Eigenanteile
- Negativ:
 - Keine verbindliche Perspektive für die nächsten Schritte
 - Keine Ausbildungsoffensive für Assistenzkräfte
 - Keine modellhafte Einführung, keine Hilfen zur Organisationsentwicklung
- Ohne verbindliche Gesamtstrategie kann der Einführungsprozess nicht gelingen

Wird sich die Pflege durch den Einsatz von mehr Assistenzkräften qualitativ verschlechtern?

- Die Zahl der Pflegefachkräfte sinkt nicht, sie haben aber sehr viel mehr Zeit für Fachkraftaufgaben.

Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus

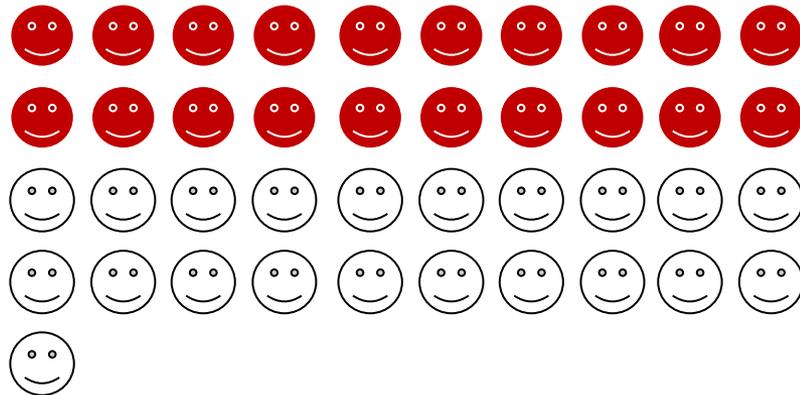


Wird sich die Pflege durch den Einsatz von mehr Assistenzkräften qualitativ verschlechtern?

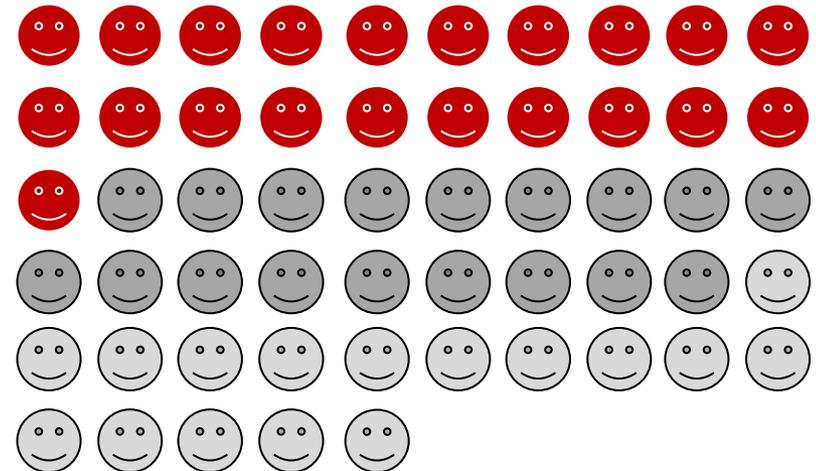
- Die Zahl der Pflegefachkräfte sinkt nicht, sie haben aber sehr viel mehr Zeit für Fachkraftaufgaben.
- Bei den zusätzlichen Assistenzkräften handelt es sich fast ausschließlich um ausgebildete Pflegeassistentenkräfte, die geeignet sind, Pflegefachkräfte durch einen kompetenzorientierten Arbeitseinsatz zu entlasten.

- Care-Mix nach Qualifikationsstufen

Aktuell



Bei vollständiger Umsetzung PeBeM



 Pflegefachkräfte

 Ausgebildete Pflegeassistentenkräfte (QN3)

 Geringer qualifizierte Pflegeassistentenkräfte (QN1&2)

Wird sich die Pflege durch den Einsatz von mehr Assistenzkräften qualitativ verschlechtern?

- Die Zahl der Pflegefachkräfte sinkt nicht, sie haben aber sehr viel mehr Zeit für Fachkraftaufgaben.
- Bei den zusätzlichen Assistenzkräften handelt es sich fast ausschließlich um ausgebildete Pflegeassistentenkräfte, die geeignet sind, Pflegefachkräfte durch einen kompetenzorientierten Arbeitseinsatz zu entlasten.
- Fachkraftquote und Fachkraftanteil sind ohne Bezug zur Bewohnerzahl keine sinnvolle Qualitätskennzahl.
- Konzeptbezogene Care-Mixe ermöglichen qualitativ bessere Pflege.

Warum werden fachweitergebildete Pflegefachkräfte und Akademiker in PeBeM nicht berücksichtigt?

- Die Qualifikationsniveaus QN 5 bis QN 8 sind in der Methodik und auch im Instrument bereits enthalten.
- Jedoch wurden in PeBeM nicht die jeweils fachlich *höchstmöglichen* Standards zu Grunde gelegt, sondern die fachlich notwendigen Aufgabenzuordnungen.
- Für die QN 5 bis QN 8 gibt es (bisher) keine Interventionen, die zwingend durch solchermaßen qualifiziertes Personal zu erbringen sind.
- Sobald zukünftig solche Aufgaben festgelegt sind, können sie empirisch bearbeitet und integriert werden.

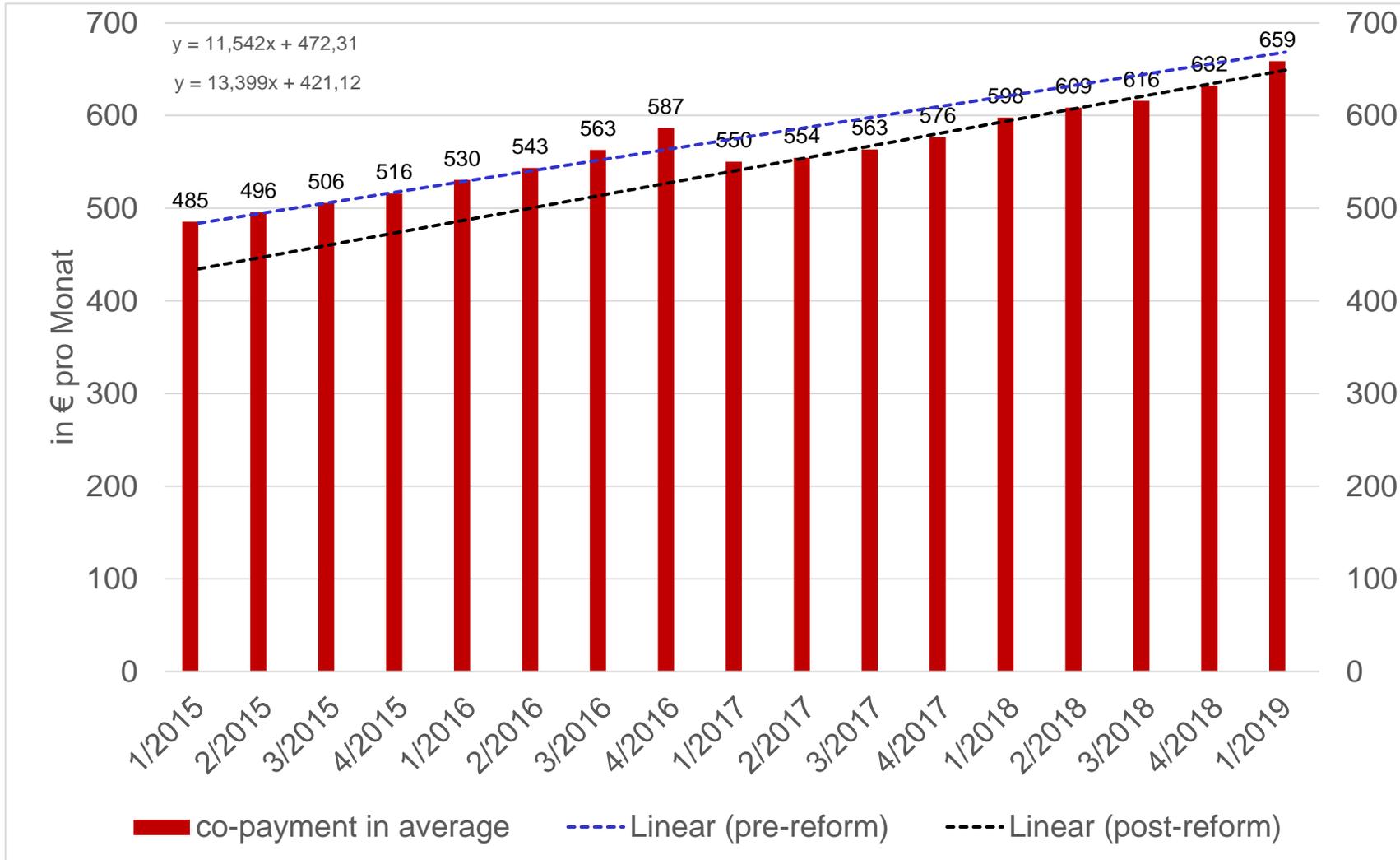
Warum werden die Fachkräfte anderer Berufsgruppen nicht berücksichtigt?

- Die umfassende und ganzheitliche Versorgung der Pflegebedürftigen erfordert einen Professionenmix.
- Wie diese Mixe einrichtungsspezifisch ausgestaltet werden, ist allerdings stark konzeptabhängig und kann deshalb kaum unabhängig davon quantifiziert werden.
- Als konzeptunabhängiger Einstieg wurde daher das Pflegepersonal in den Mittelpunkt gestellt.
- Weitere Berufsgruppen können ergänzend hinzugefügt werden.

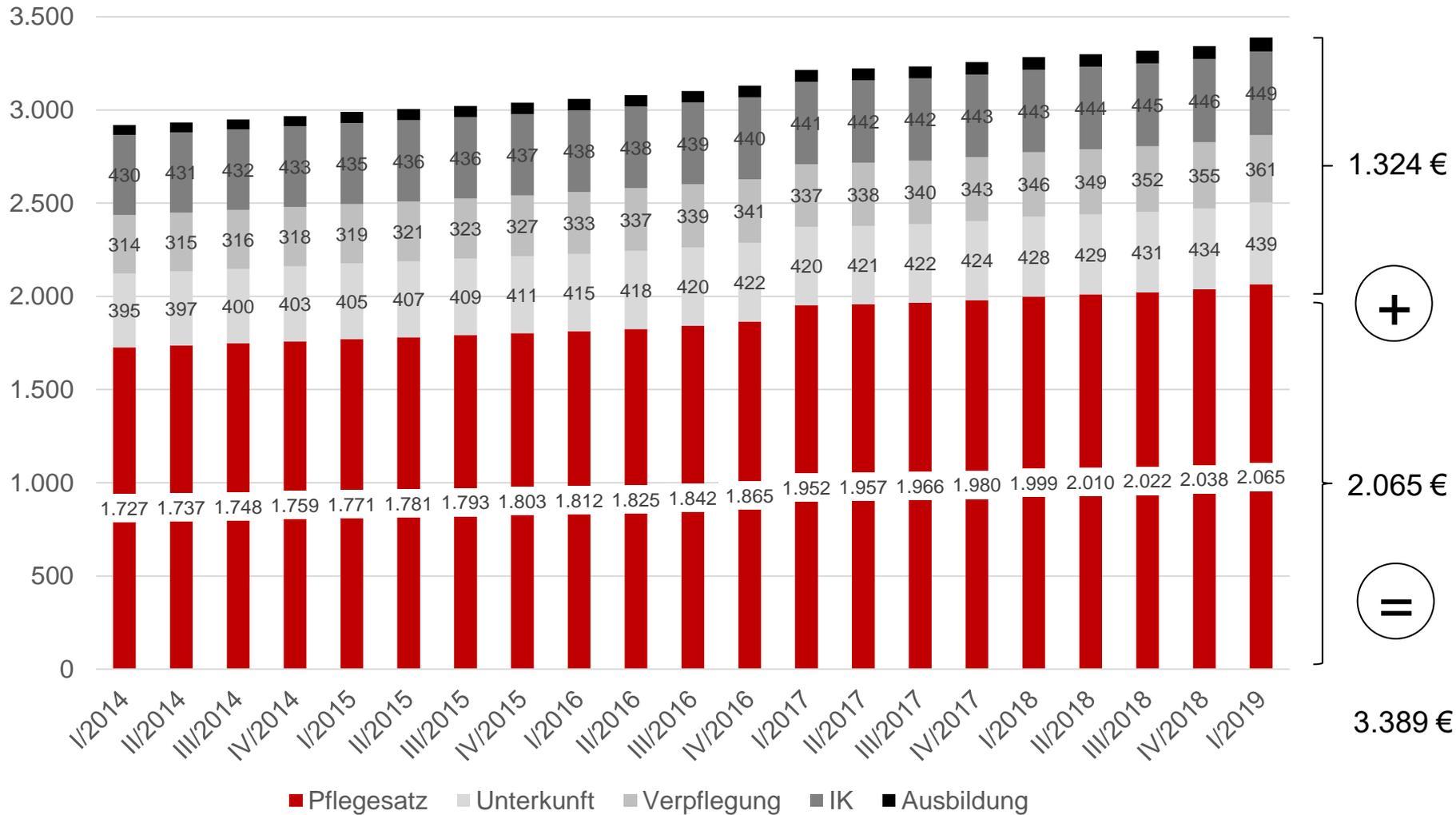
- I. Ausgangspunkt und aktueller Stand
 - II. Projektkonzeption und -durchführung
 - III. Zentrale Ergebnisse
 - IV. Empfehlungen der Wissenschaft für eine Einführungsphase
 - V. Quantitative Ergebnisse im Überblick
 - VI. Die wichtigsten Fragen zur Umsetzung
-
- VII. Weitergehende Empfehlung: Finanzreform**

- Höhere Personalschlüssel führen zu höheren Pflegesätzen. Notwendigen Gehaltssteigerungen für Pflegekräfte verstärken dies.
- Bei gedeckelten Leistungen der Pflegeversicherung tragen die Heimbewohner Ausgabensteigerung zu 100%, **wenn diese für den Pflegesatz wirksam sind**. Diese Eigenanteile sind aber jetzt schon (zu) hoch.

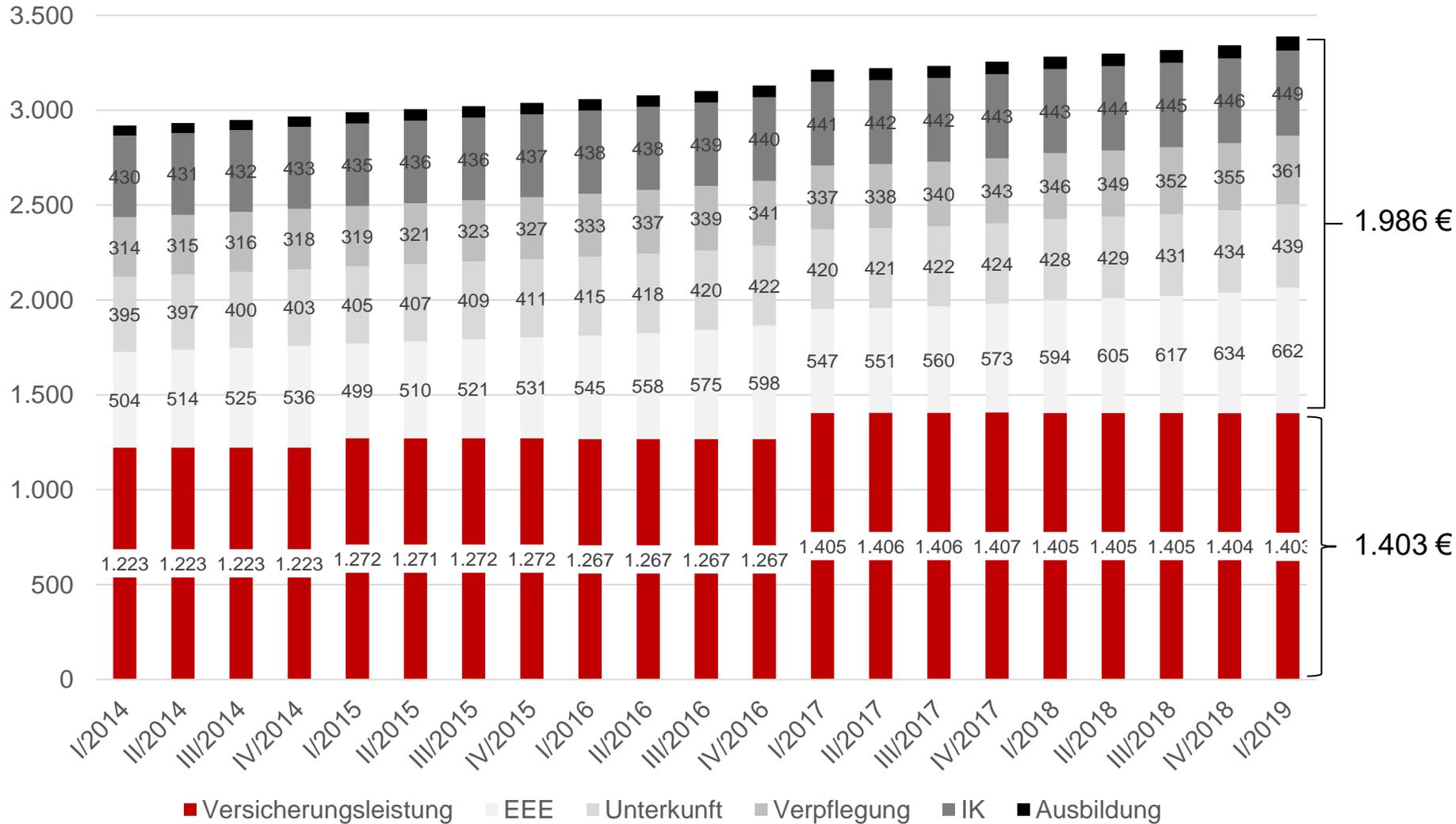
VII. Entwicklung der Eigenanteil für Pflegekosten 2015-2019 65



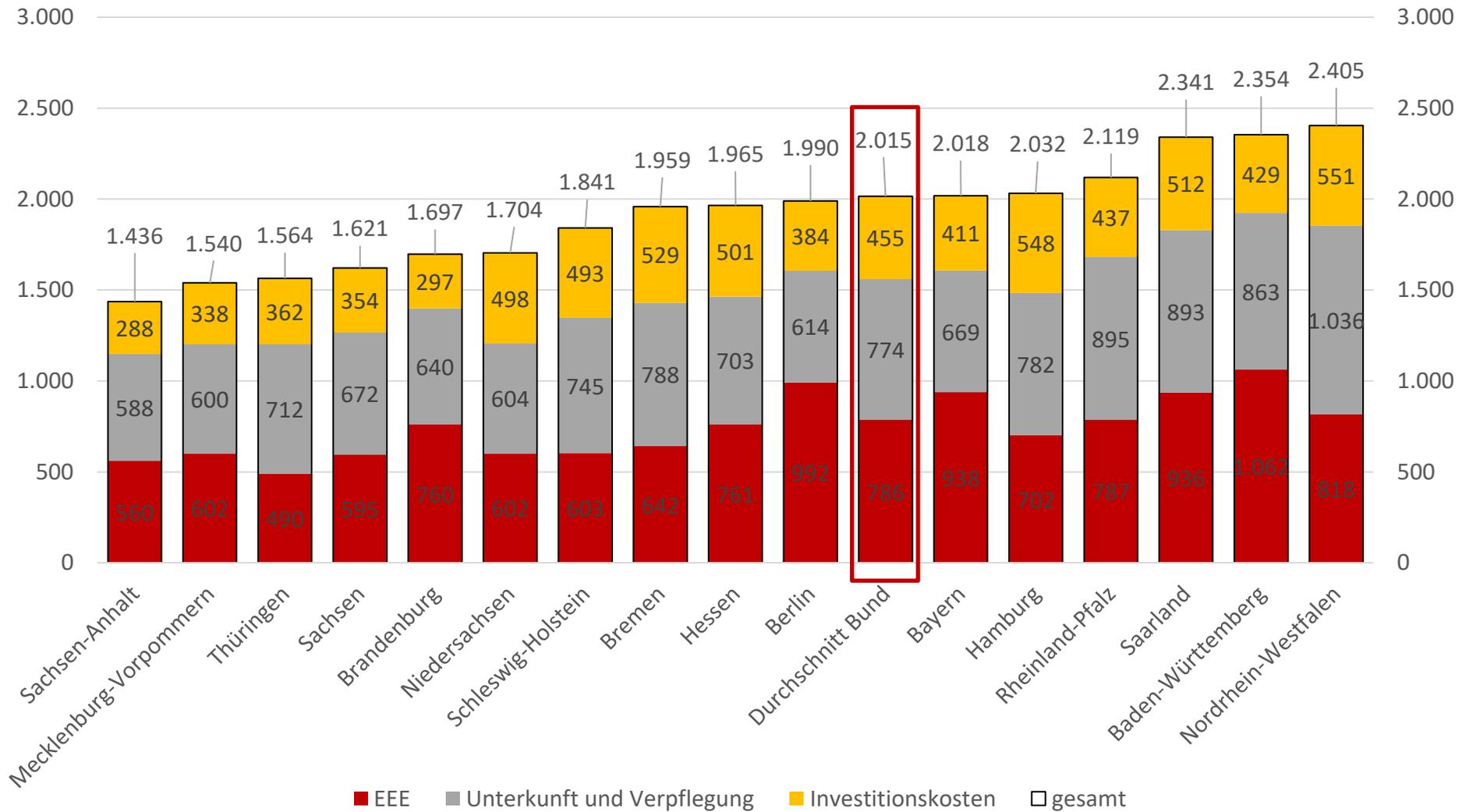
VII. Entwicklung der Gesamteigenanteil 2015-2019



VII. Entwicklung der Gesamteigenanteil 2015-2019



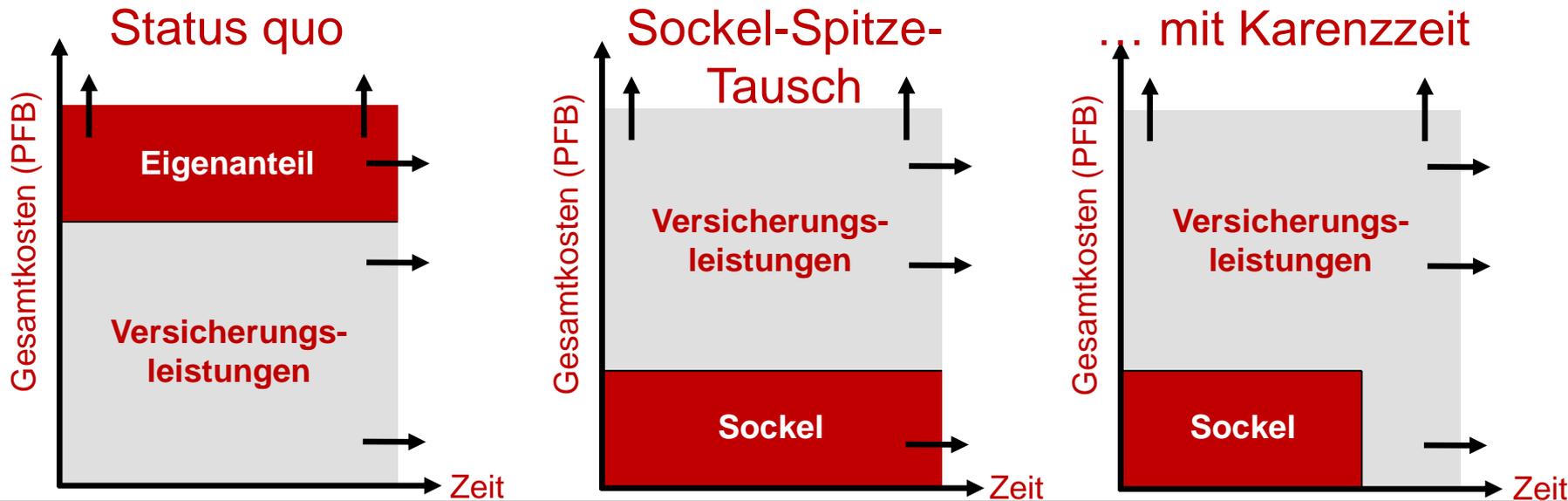
Finanzielle Belastung eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in Euro je Monat



- Höhere Personalschlüssel führen zu höheren Pflegesätzen. Notwendigen Gehaltssteigerungen für Pflegekräfte verstärken dies.
 - Bei gedeckelten Leistungen der Pflegeversicherung tragen die Heimbewohner Ausgabensteigerung zu 100%, wenn diese für den Pflegesatz wirksam sind. Diese Eigenanteile sind aber jetzt schon (zu) hoch.
- Um weiter explodierende Eigenanteile bei Personalmehrungen und besserer Bezahlung von Pflegekräften zu verhindern, ist eine **Finanzreform** der Pflegeversicherung unvermeidlich.

- Eine Finanzreform muss beinhalten
 - Verlagerung der Finanzierungskompetenz für medizinische Behandlungspflege in die Krankenversicherung
 - Verlagerung der Kosten von den Pflegebedürftigen auf die Pflegeversicherten

- Eine Leistungsanpassung greift zu kurz, da sich Eigenanteile derzeit sprunghaft und unterschiedlich entwickeln.
- Der Sockel-Spitze-Tausch schafft dagegen dauerhaft Sicherheit durch Umwandlung der Pflegeversicherung in eine bedarfsorientierte Versicherung.



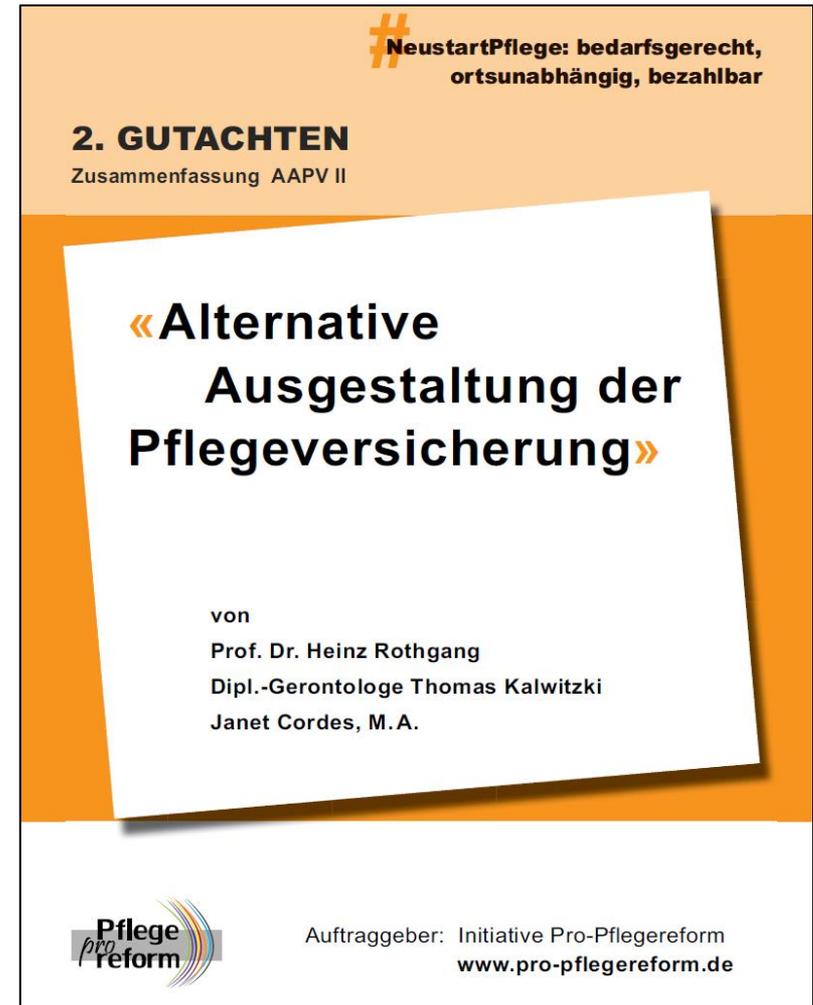
- Eine Finanzreform muss beinhalten
 - Verlagerung der Finanzierungskompetenz für medizinische Behandlungspflege in die Krankenversicherung
 - Verlagerung der Kosten von den Pflegebedürftigen auf die Pflegeversicherten
- Wünschenswertes zweites Element der Systemreform: Aufhebung der Sektorentrennung.
- Voraussetzungen und Konsequenzen
 - Notwendigkeit einer individuellen Bedarfsmessung und Einführung eines obligatorischen Case Managements
 - aktivere Rolle der pflegepolitischen Akteure, insb. Kassen und MD
 - Neues Geschäftsmodell für private Anbieter, da Marktpositionen nicht mehr über niedrige Preise erreicht wird

- Die aktuelle sektorale Gliederung behindert innovative Versorgungskonzepte und schafft Anreize für Modelle, die ausschließlich der Gewinnmaximierung dienen.
- Eine Schärfung der Sektorengrenzen kann letzteres wohlmöglich verhindern, unterbindet damit dann aber auch Innovationen.
- Eine sektorenfreie Versorgung ist voraussetzungsvoll. Eine Modularisierung der Leistungen und deren Verpreisung ist aber möglich – erfordert aber entsprechende Anstrengungen aller Akteure.

Ein entsprechendes Reformmodell wurde im Auftrag der Initiative Pro-Pflegereform ausgearbeitet ...

... kann an dieser Stelle aber nicht weiter vorgestellt werden

... ist aber nachlesbar



<https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Gutachten/2. Gutachten AAPV - Langfassung.pdf>

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!