

Ergebnisse der Studie zur Entwicklung eines neuen Verfahrens zur Personalbemessung

**Fachtag Personalbemessung in der stationären Altenpflege
am 6.10.2020**

Prof. Dr. Heinz Rothgang
SOCIUM - Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik
Universität Bremen

- I. Projektkonzeption und -durchführung
- II. Zentrale Ergebnisse
- III. Empfehlungen des Abschlussberichts für die Einführung
- IV. Die wichtigsten Fragen zur Umsetzung
- V. Fazit

- I. Projektkonzeption und -durchführung
- II. Zentrale Ergebnisse
- III. Empfehlungen des Abschlussberichts für die Einführung
- IV. Die wichtigsten Fragen zur Umsetzung
- V. Fazit

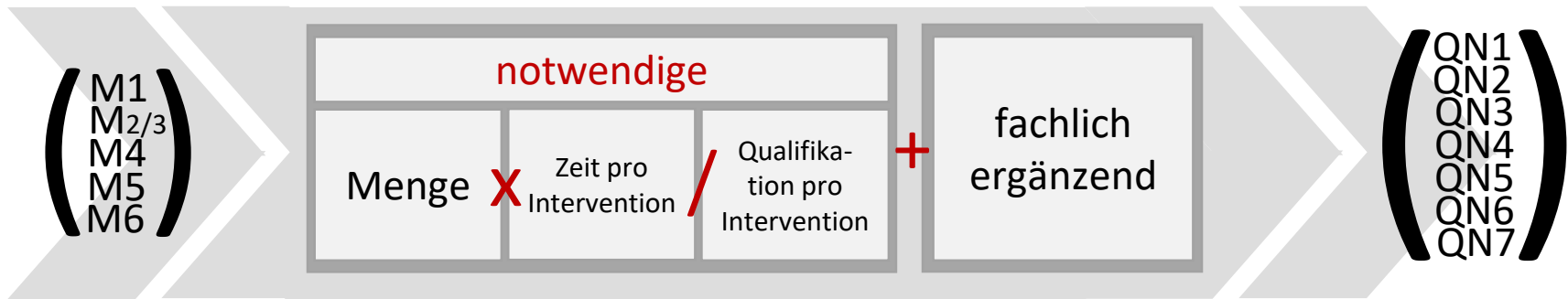
- Verteilungsgerechtigkeit
 - regionale und einrichtungsindividuelle Ungleichheiten der Personalausstattung nur soweit bedarfsnotwendig
 - empirisch-vergleichenden Ansatz
- Bedarfsgerechtigkeit
 - für fachgerechte Pflege bedarfsnotwendige Personalausstattung
 - benötigt analytischen Ansatz
- Eckpunkte 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

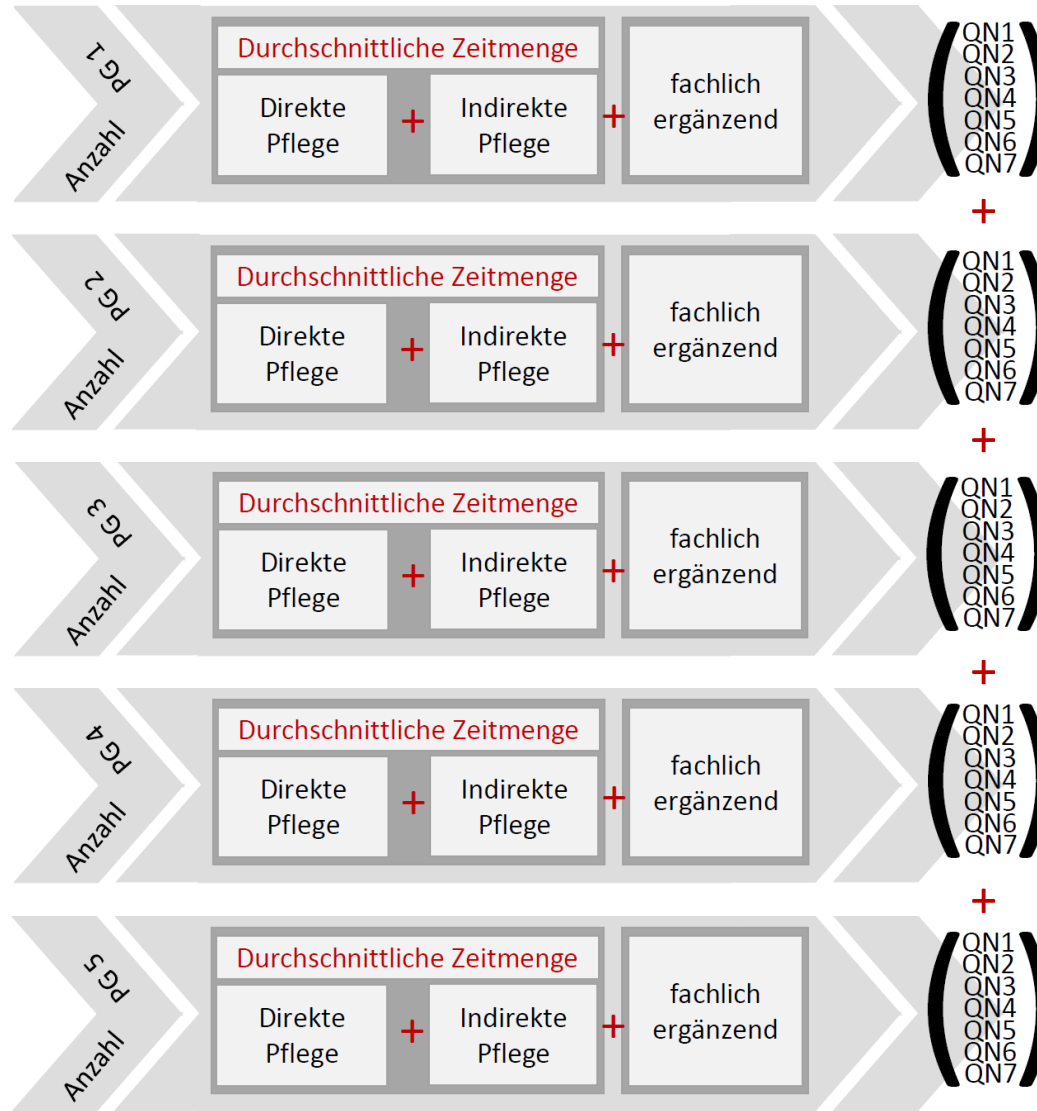


1. Schritt: Ermittlung der bedarfsnotwendigen Pflegezeit für direkte Pflege für jeden Studienteilnehmer.



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. Projektkonzeption und -durchführung

II. Zentrale Ergebnisse

1. Das Personalbemessungsinstrument – Algorithmus 1.0
2. Personal(mehr)bedarfe
3. Heimindividueller Qualifikationsmix statt fixe Fachkraftquote
4. Effekte für eine Durchschnittseinrichtung
5. Implementationsanfordernisse

III. Empfehlungen des Abschlussberichts für die Einführung

IV. Die wichtigsten Fragen zur Umsetzung

V. Fazit

- 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)

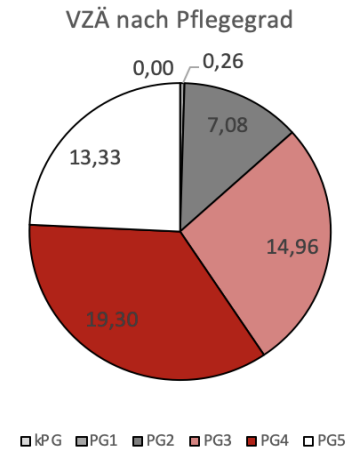
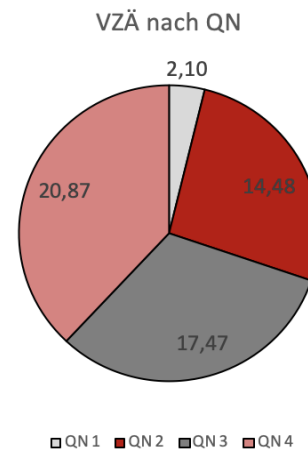
Tabellenblatt „Ergebnisse“

- 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%



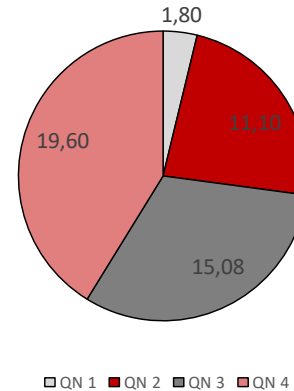
Tabellenblatt „Ergebnisse“

- Veränderung des Case-Mix führt zu anderem Qualifikationsmix

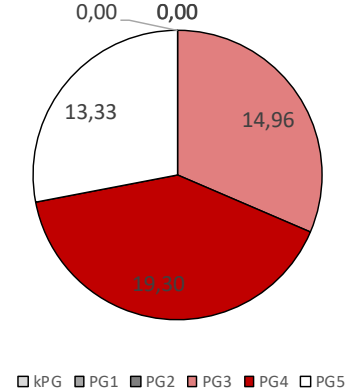
Ergebnis über Pflegegrade (in Minuten pro Tag und VZÄ)

	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%

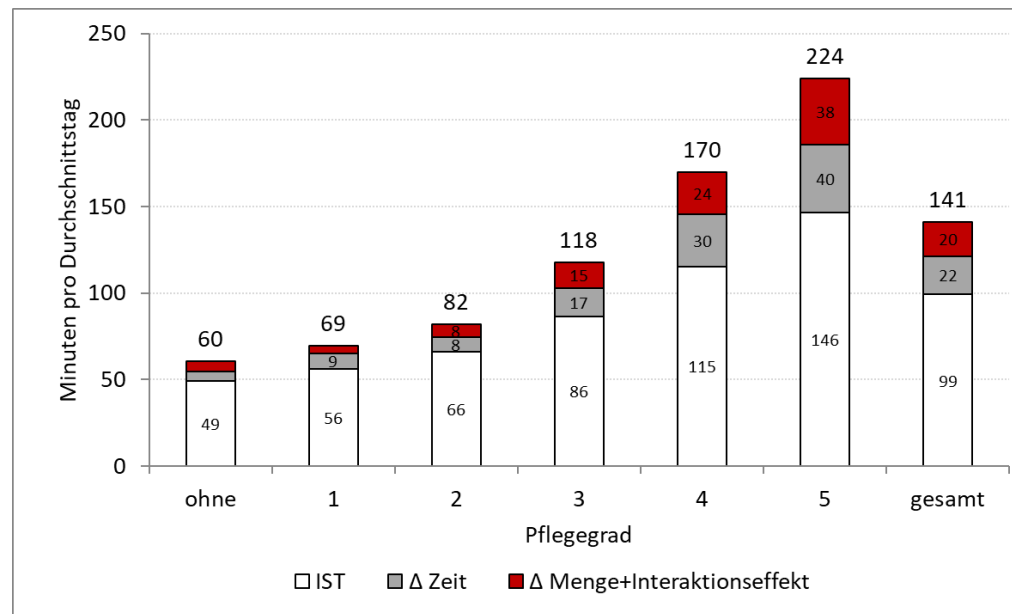
VZÄ nach QN



VZÄ nach Pflegegrad

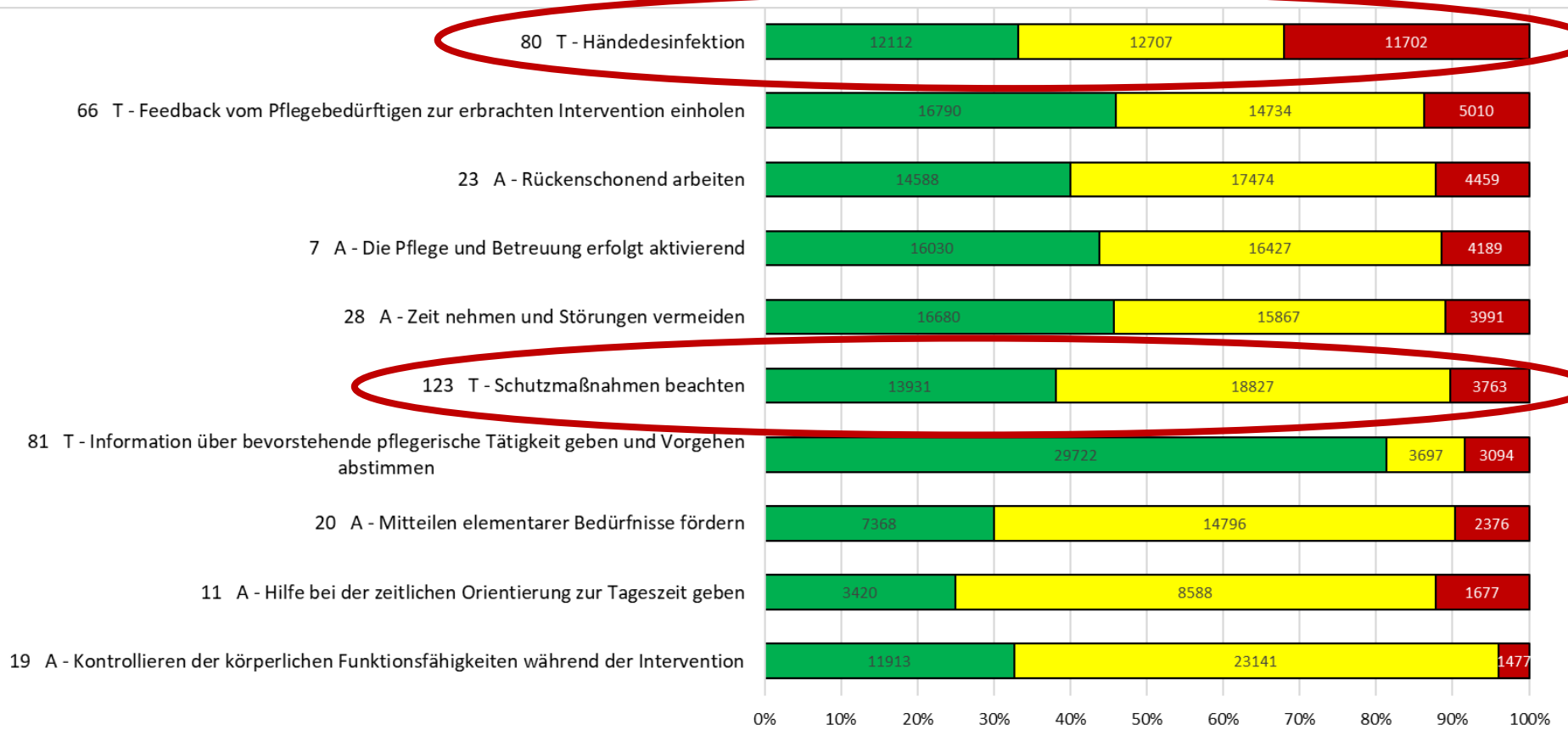


- In den Untersuchungseinrichtungen zeigen sich erhebliche *Zusatzzeitbedarfe* die mit dem Pflegegrad absolut und relativ zunehmen.
- Die Mehrbedarfe ergeben sich etwa zur Hälfte aus Mengen- und Zeitkomponente.



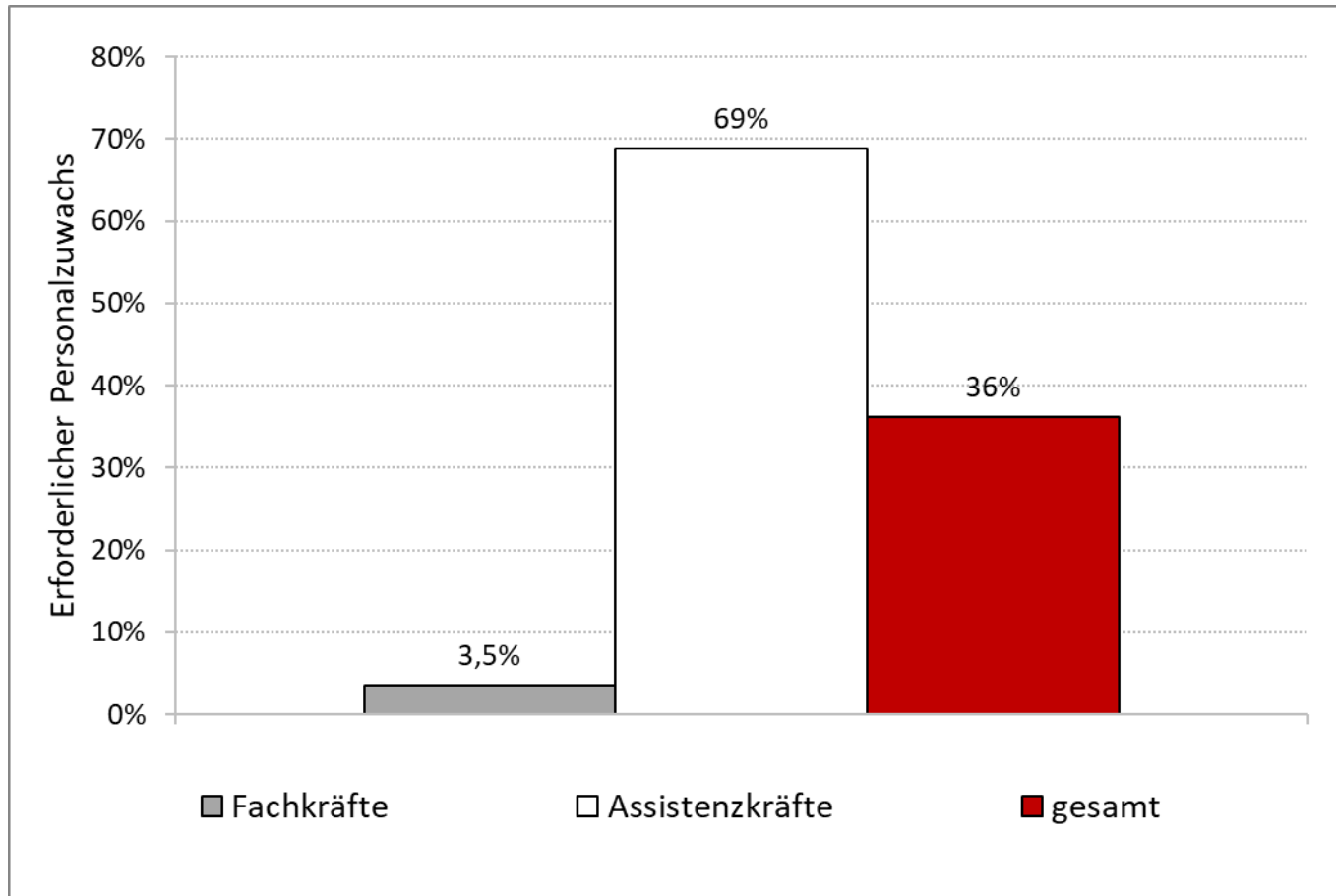
- In den Untersuchungseinrichtungen zeigen sich erhebliche Zusatzzeitbedarfe die mit dem Pflegegrad absolut und relativ zunehmen.
- Die Mehrbedarfe ergeben sich etwa zur Hälfte aus Mengen- und Zeitkomponente.
- Ein qualitativer Mehrbedarf in Bezug auf Teilschritte und Anforderungen zeigt sich insbesondere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

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

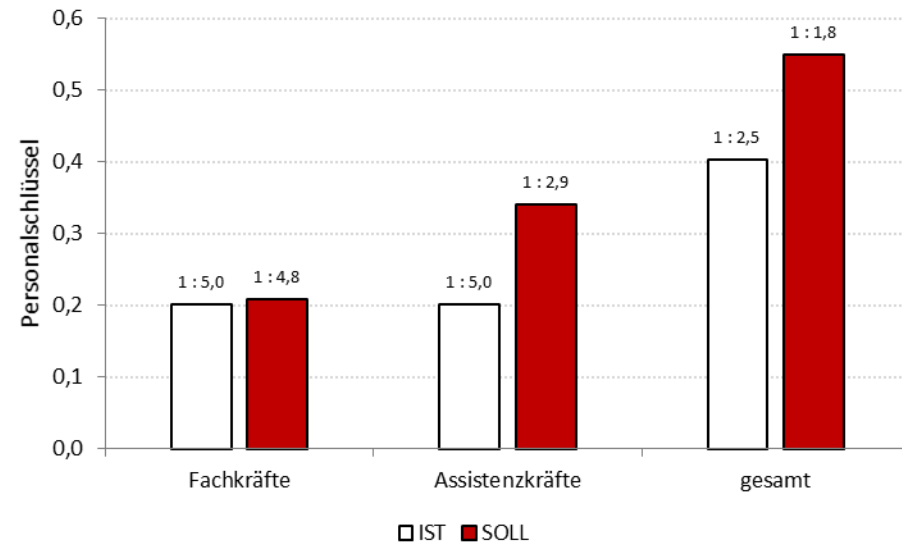
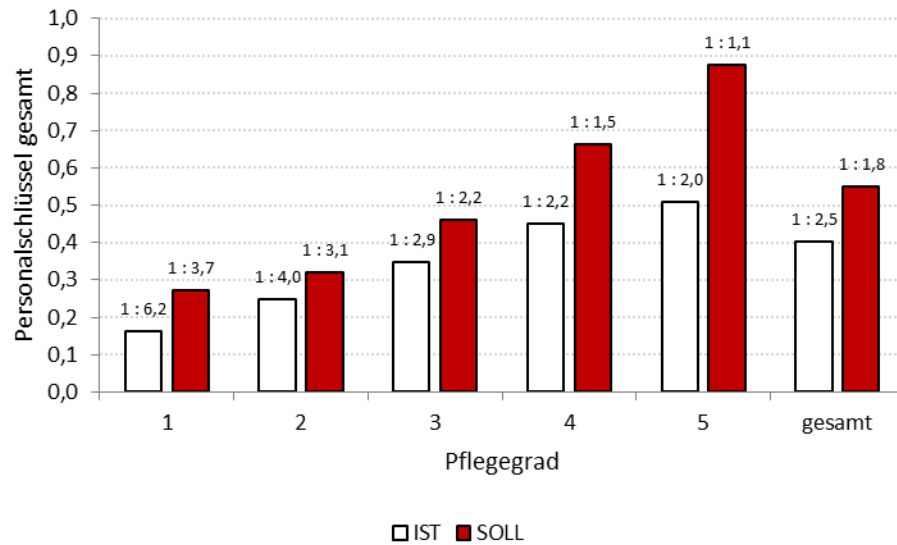


- In den Untersuchungseinrichtungen zeigen sich erhebliche Zusatzzeitbedarfe die mit dem Pflegegrad absolut und relativ zunehmen.
- Die Mehrbedarfe ergeben sich etwa zur Hälfte aus Mengen- und Zeitkomponente.
- Ein qualitativer Mehrbedarf in Bezug auf Teilschritte/ Anforderungen zeigt sich insbesondere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

Personalmehrbedarf nach Qualifikationsgruppen

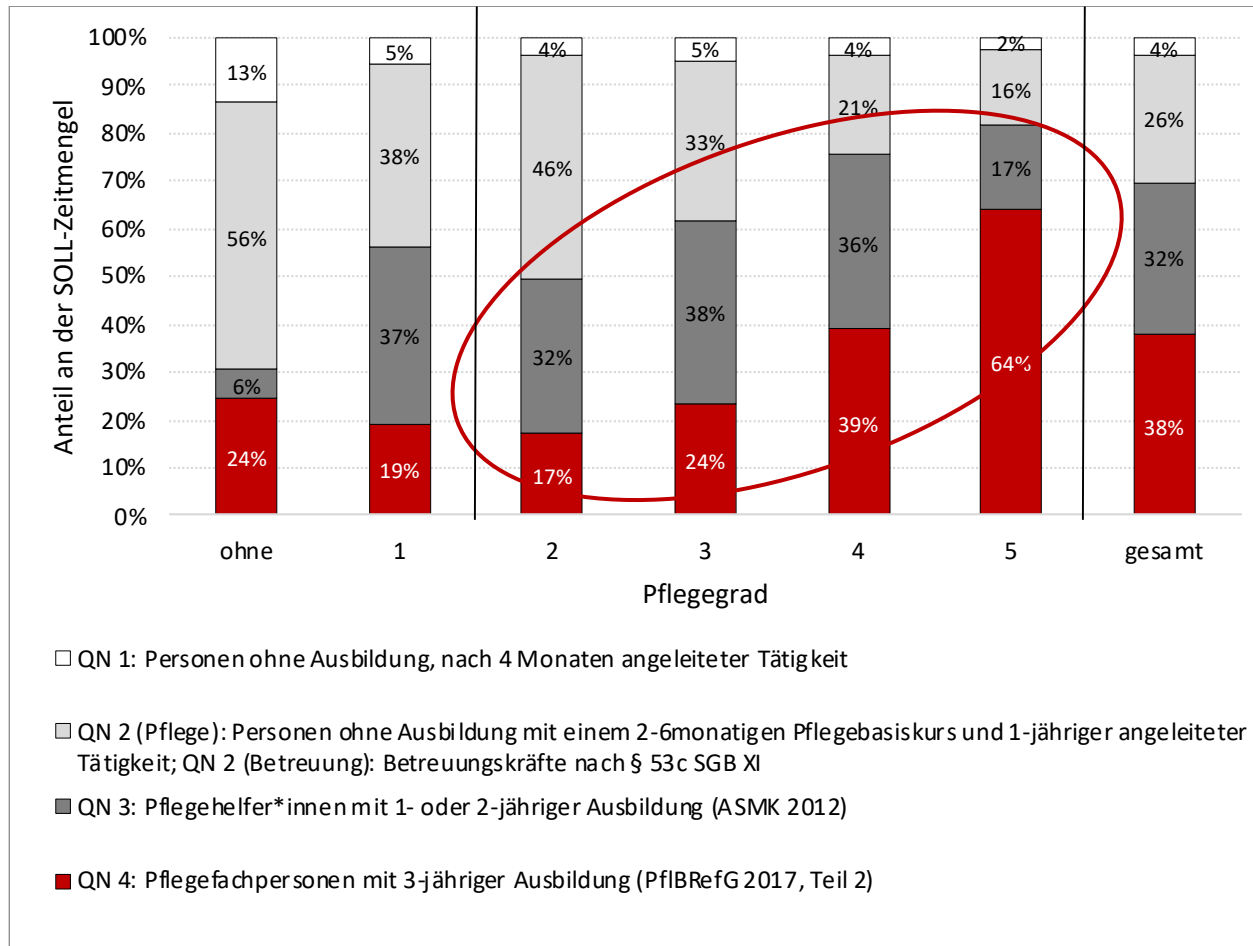


IST-Personalschlüssel adaptiert nach Rothgang & Wagner und resultierende SOLL-Personalschlüssel

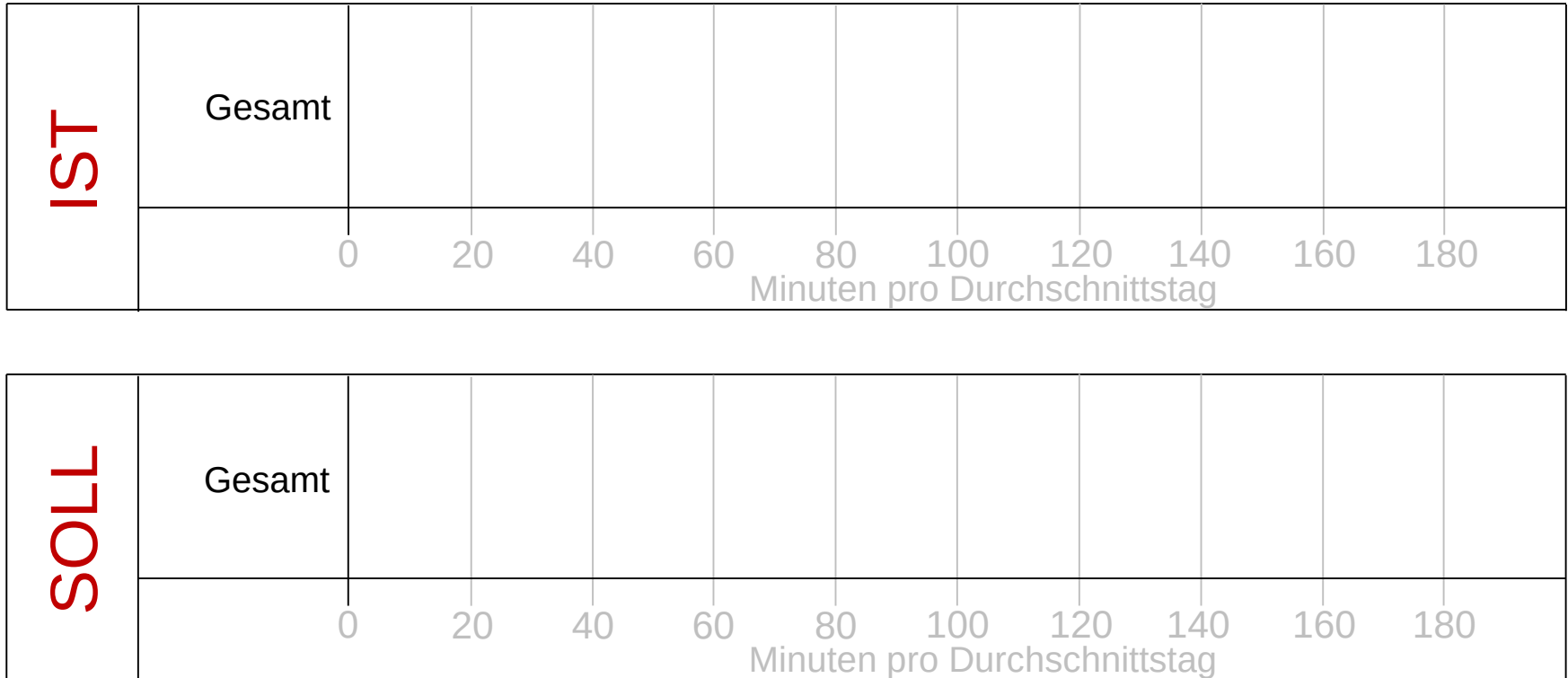


- Die aktuelle einheitliche Fachkraftquote von 50% wird durch *heimindividuelle Qualifikationsstrukturen* abgelöst, die die Bewohnerstruktur berücksichtigen.
- Einrichtungen mit höherem Pflegegradmix benötigen dabei auch einen höheren Fachkräfteanteil.
- Der neuer Algorithmus führt zu *heimindividuellen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

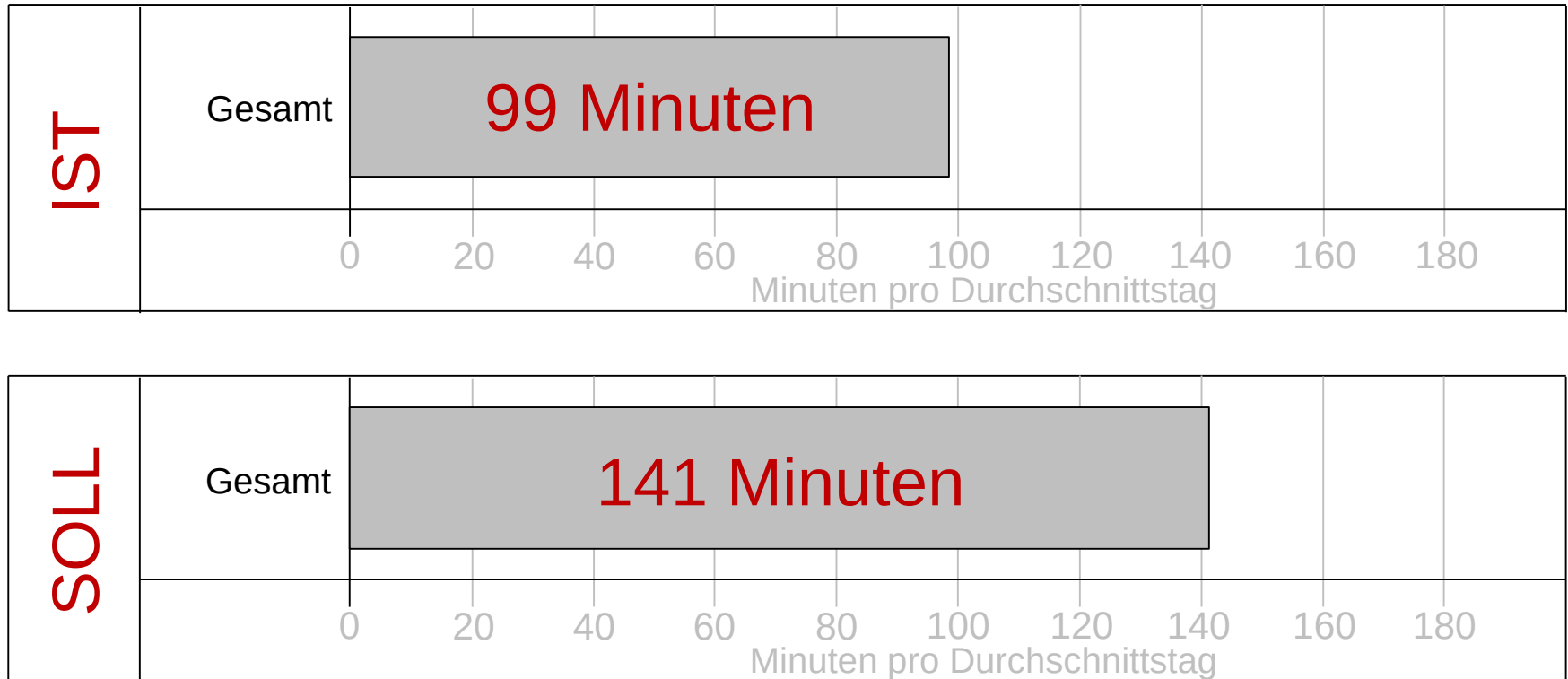
SOLL-Personalmix nach vier Qualifikationsstufen



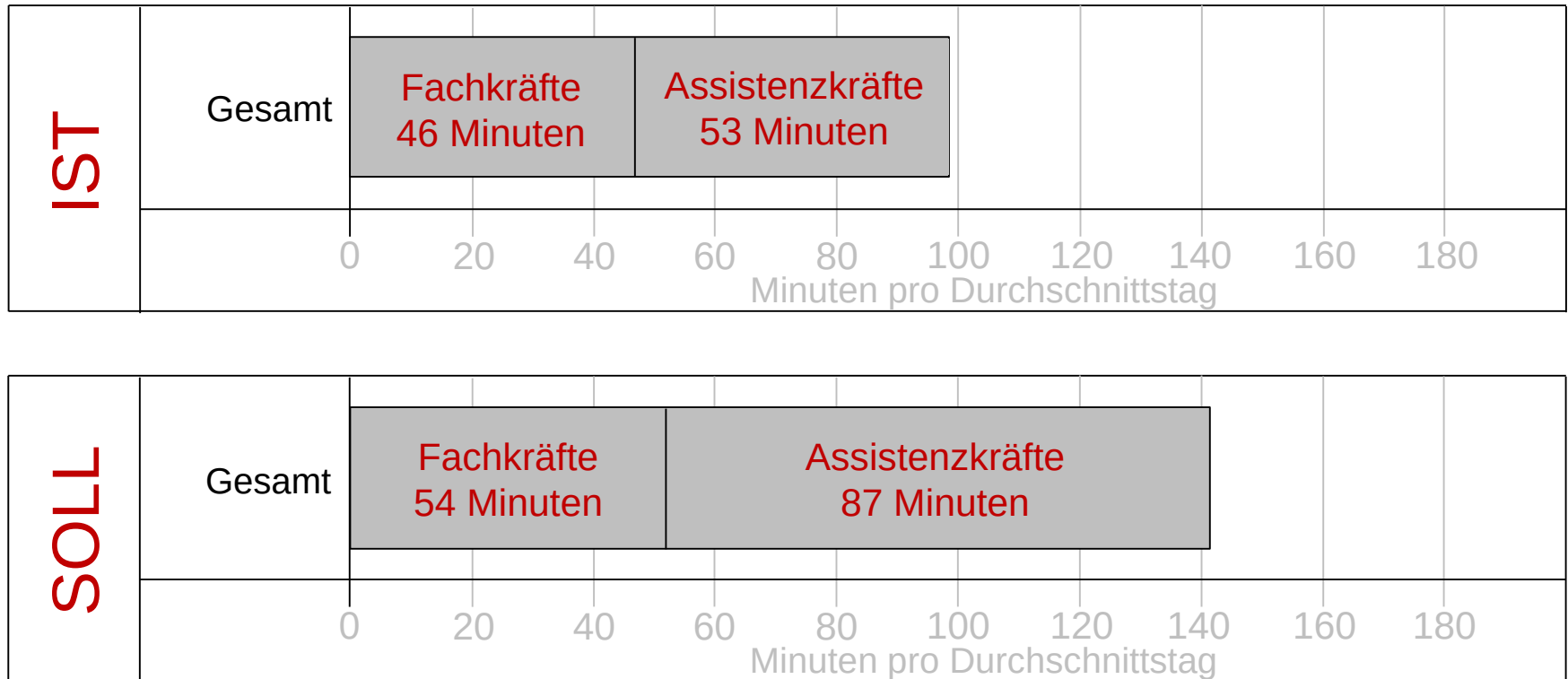
Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten *Qualifikationsniveaus*



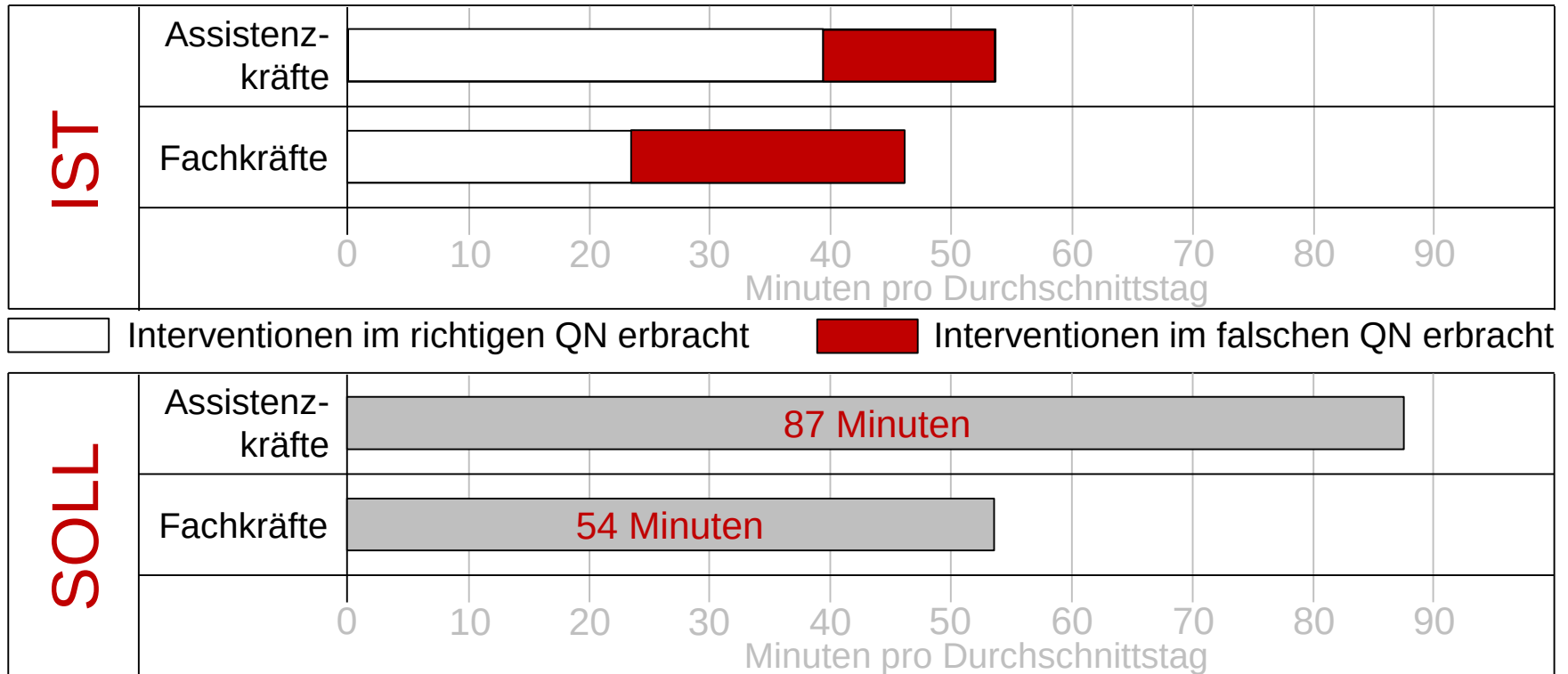
Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



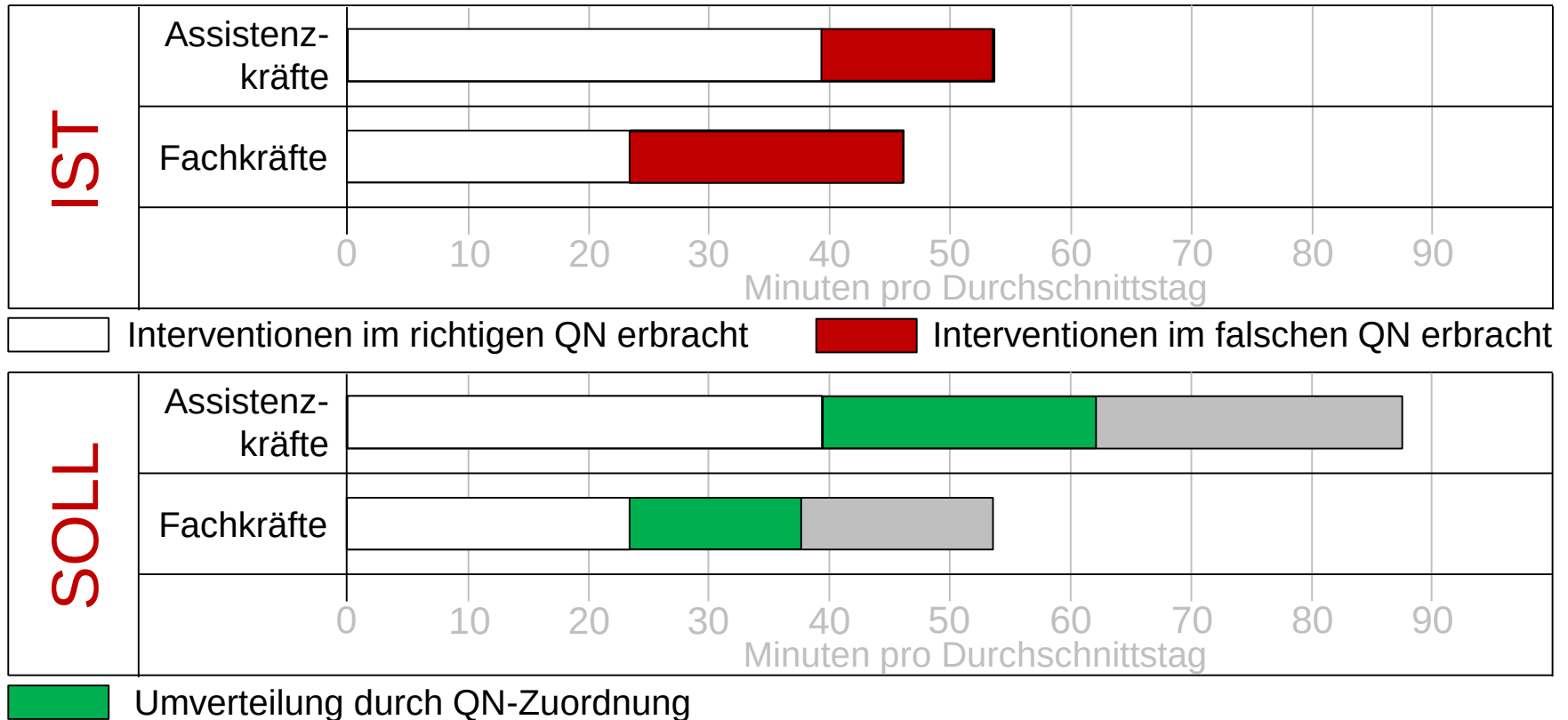
Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



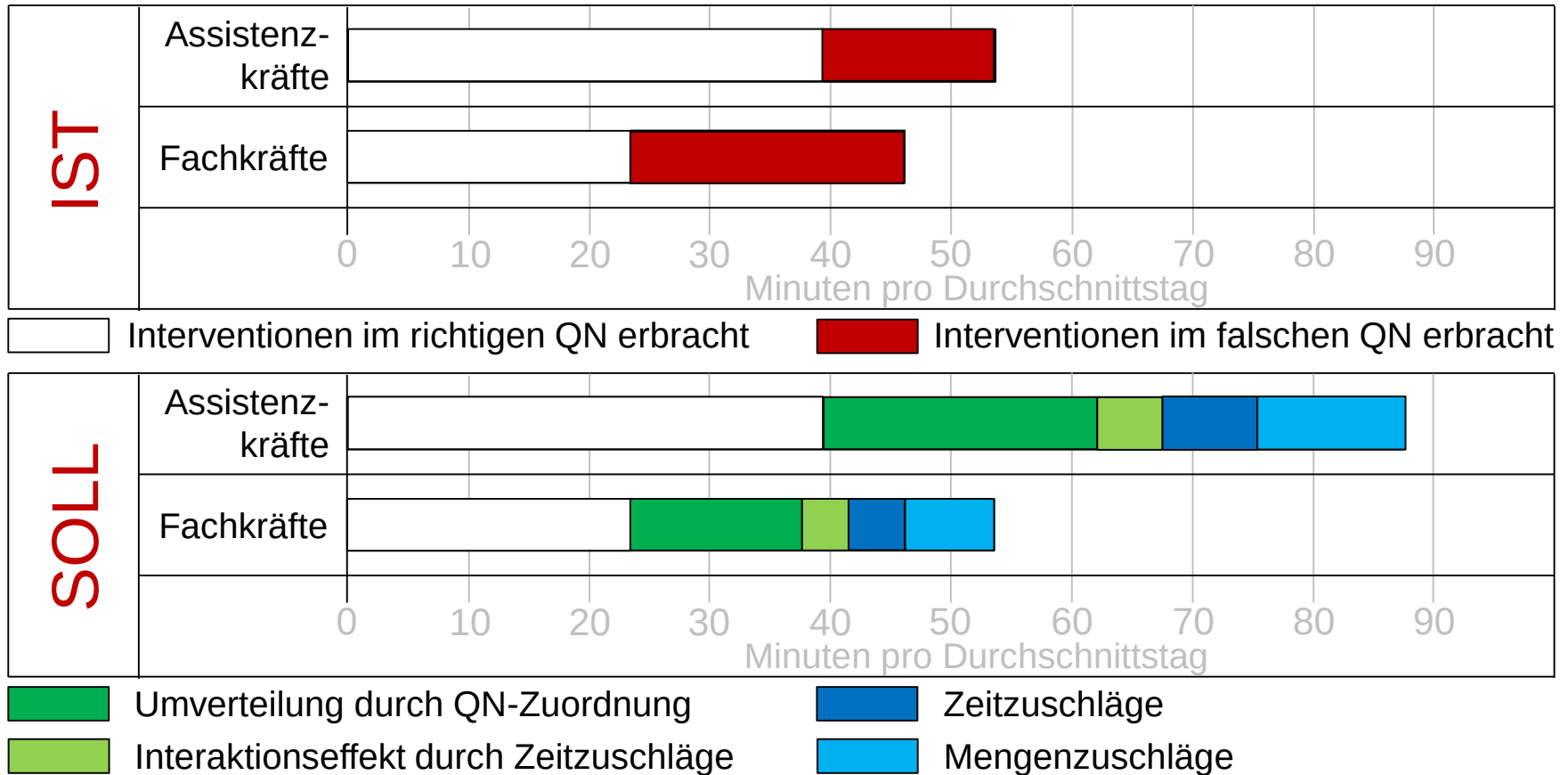
Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



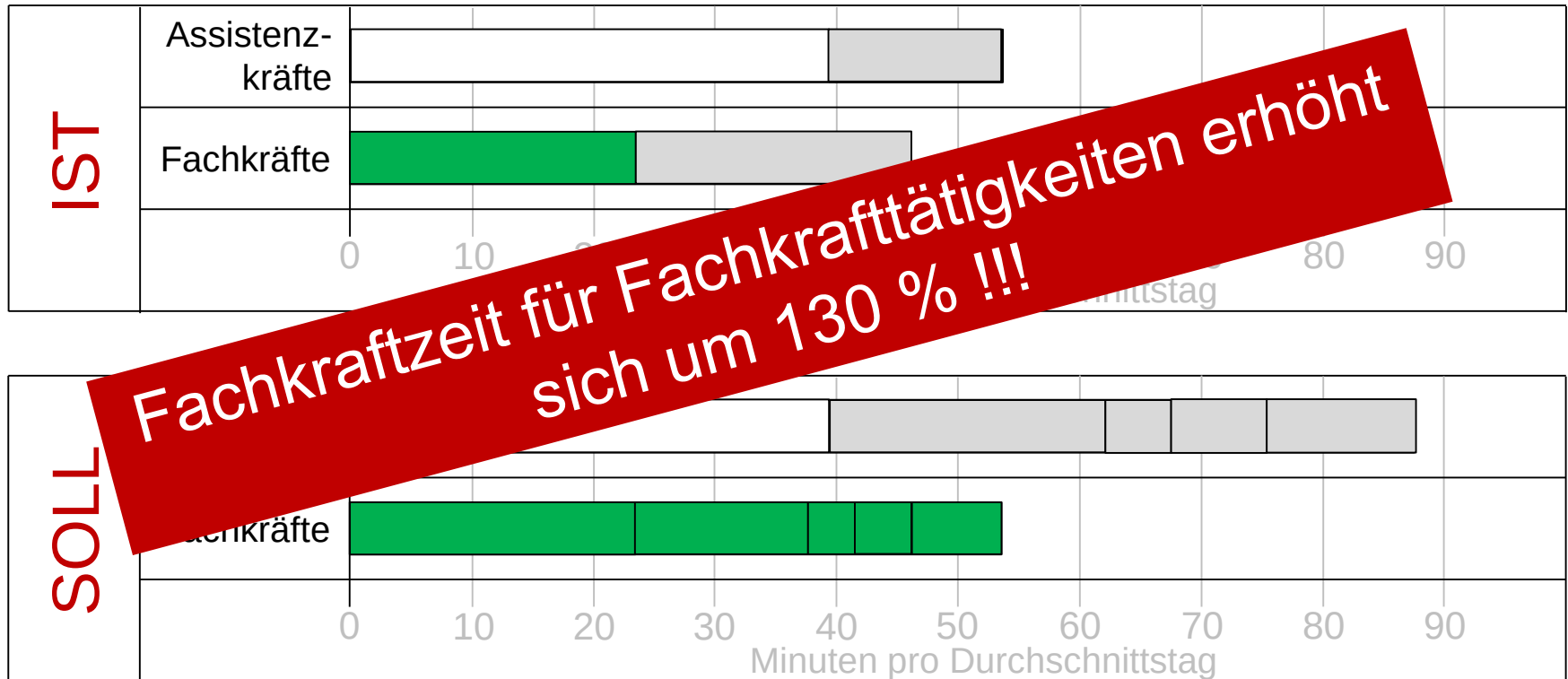
Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus

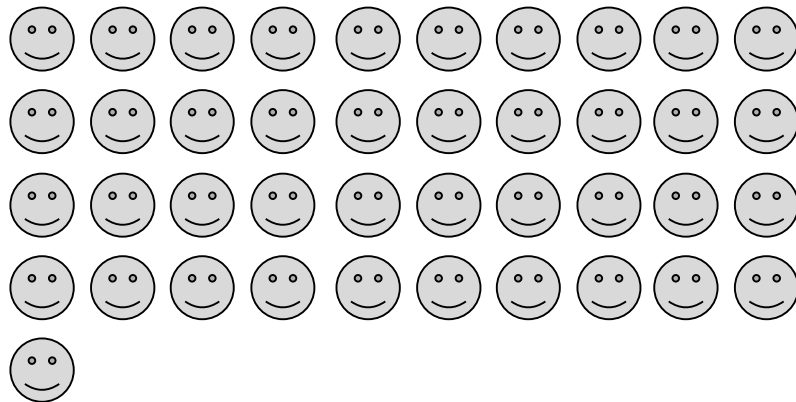


Personalbedarf im SOLL und IST differenziert nach fachgerechten Qualifikationsniveaus



- Für eine durchschnittliche 100 Bewohner Einrichtung:

Aktuell

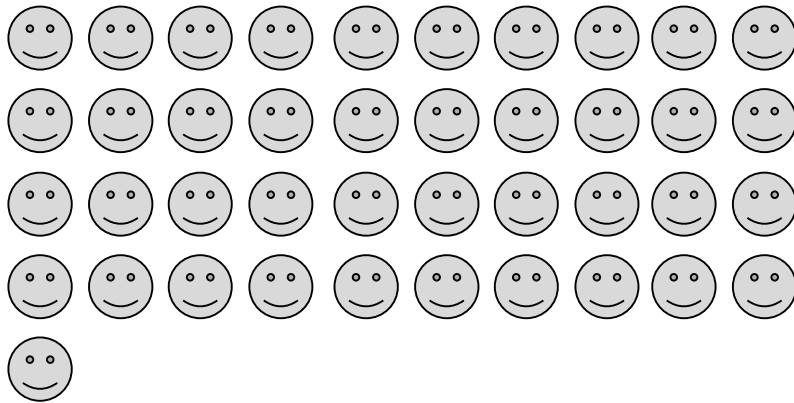


Bei vollständiger
Umsetzung PeBeM

- Inklusiver 13.000 Spahn-Stellen

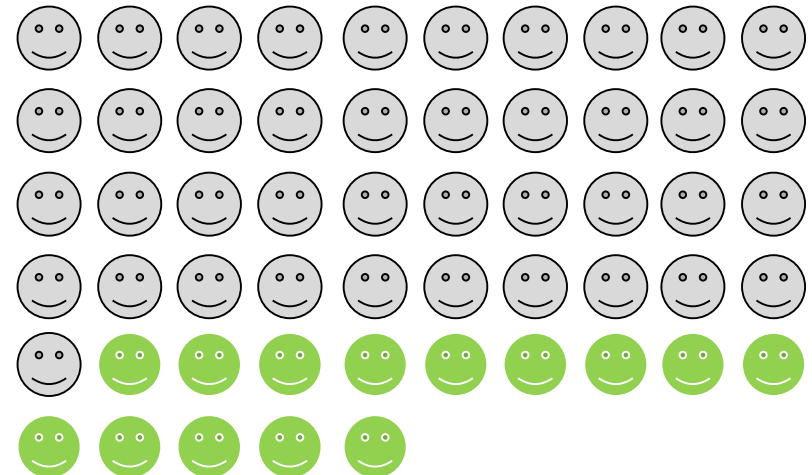
- Für eine durchschnittliche 100 Bewohner Einrichtung:

Aktuell



41

Bei vollständiger
Umsetzung PeBeM



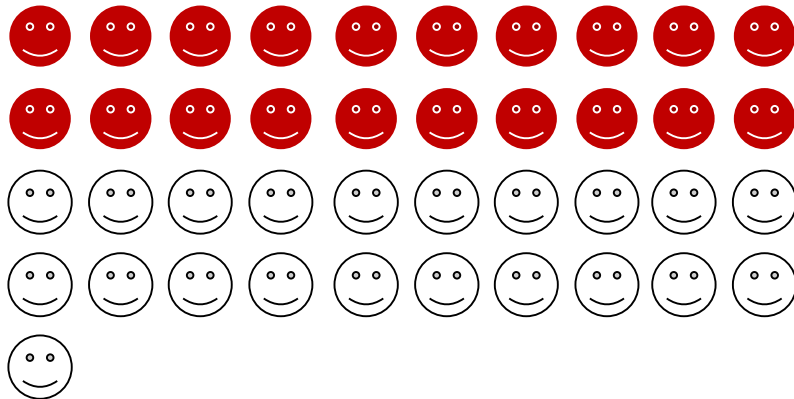
55



Personalmehrung

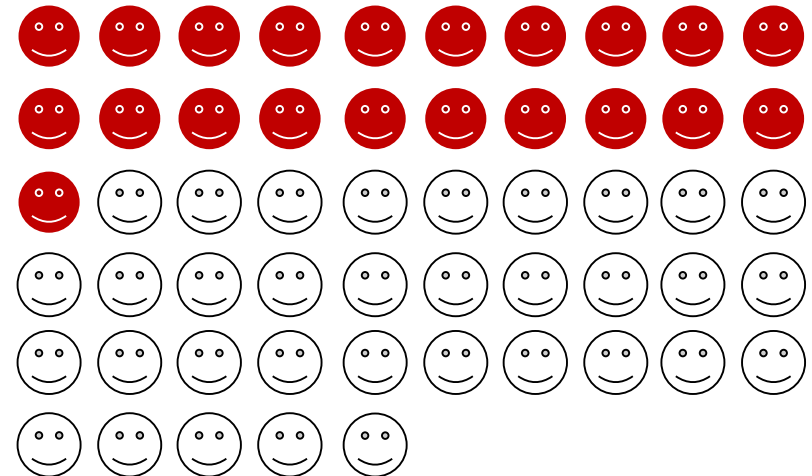
- Pflegefachkraftanteil an den Pflegekräften

Aktuell



~50%

Bei vollständiger
Umsetzung PeBeM



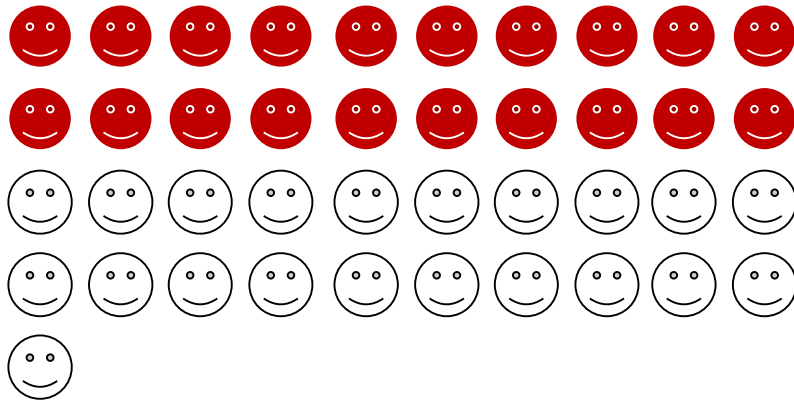
38%



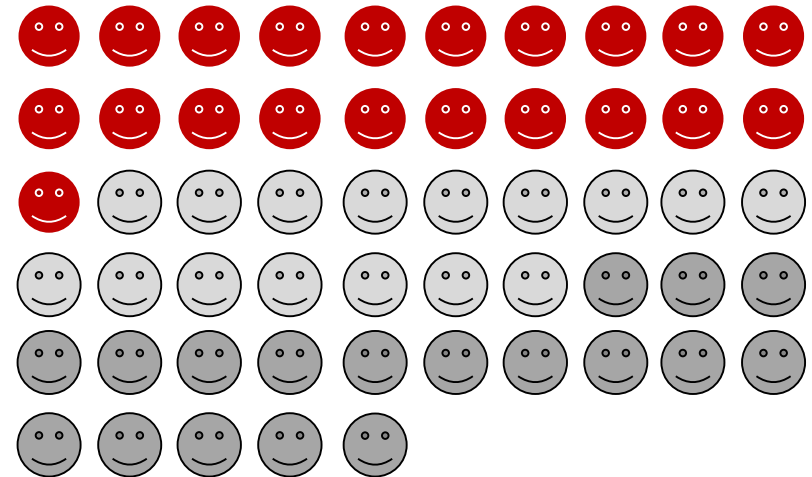
Pflegefachkräfte

- Care-Mix nach Qualifikationsstufen

Aktuell



Bei vollständiger Umsetzung PeBeM



 Pflegefachkräfte

 Ausgebildete
Pflegeassistentenkräfte (QN3)

 Geringer qualifizierte
Pflegeassistentenkräfte (QN1&2)

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

➤ Organisationsentwicklung

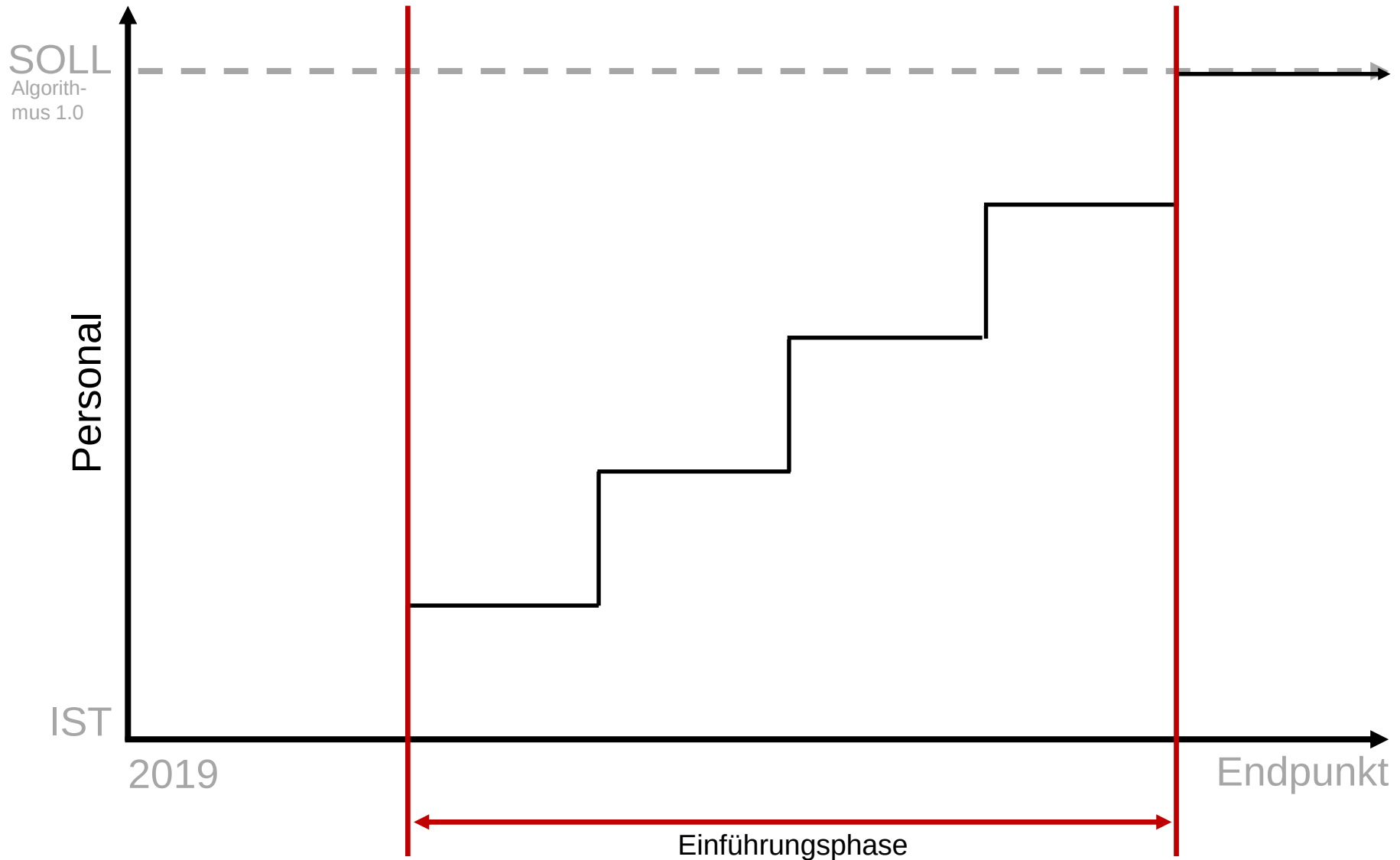
- Neudefinition der Rolle von Fachkräften: Planung, Anleitung, Beaufsichtigung, Evaluation, Delegation
- Kompetenzorientierte Pflege, statt jeder macht alles

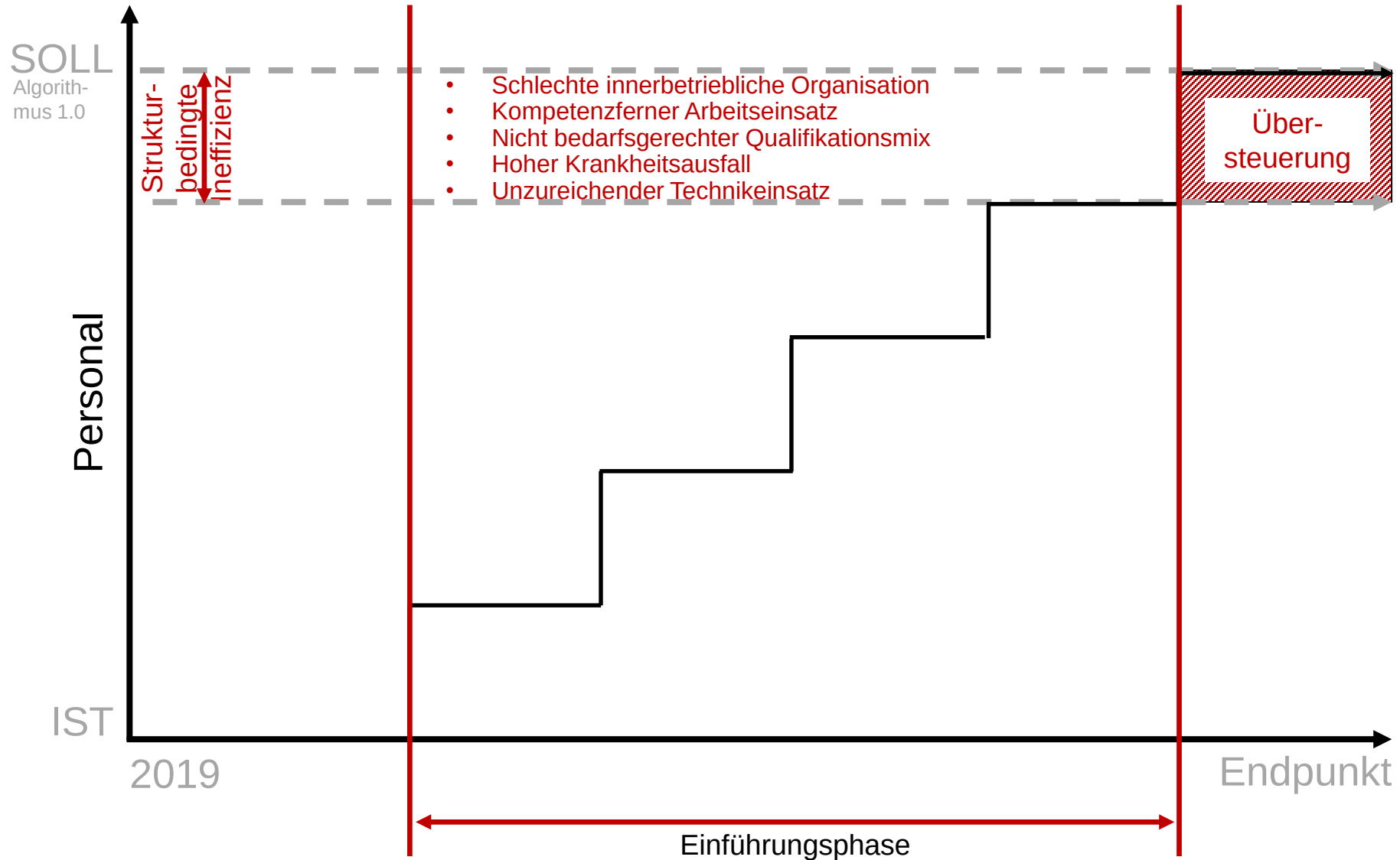
➤ Personalentwicklung und Ausbildung

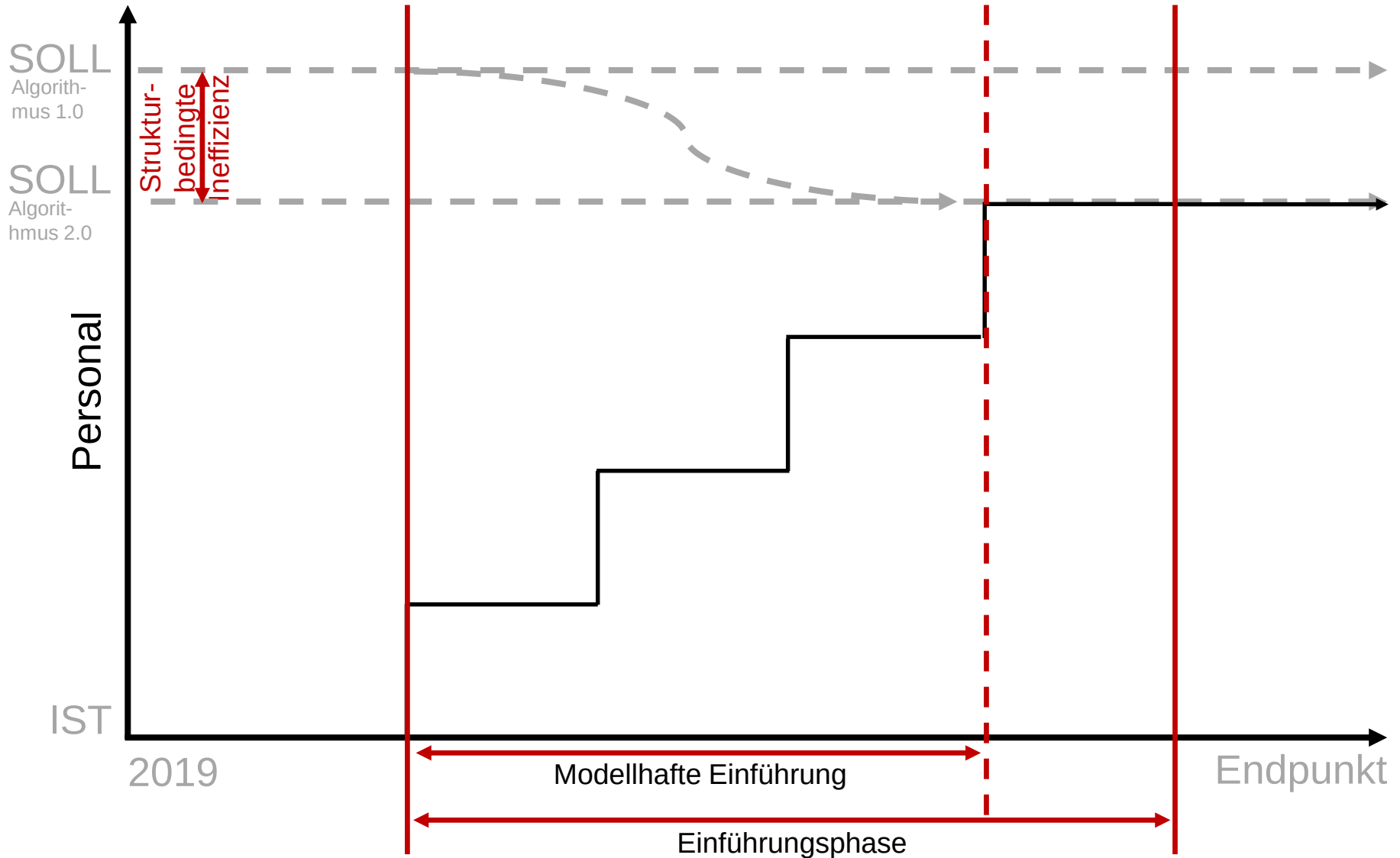
- Pflegekräfte müssen wieder lernen, ohne Hetze zu arbeiten.
- Fach- und Assistenzkräfte müssen ihre neuen Rollen annehmen.
- Sowohl für Fach- als auch Assistenzkräfte müssen in Menge und Inhalt entsprechende Ausbildungsstrukturen vorhanden sein

- I. Projektkonzeption und -durchführung
- II. Zentrale Ergebnisse
- III. Empfehlungen des Abschlussberichts für die Einführung**
- IV. Die wichtigsten Fragen zur Umsetzung
- V. Fazit

- 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 Bereiche der Hilfskräfte zu beginnen – woran das Versorgungsverbesserungsgesetz bereits anschließt –

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. Projektkonzeption und -durchführung
- II. Zentrale Ergebnisse
- III. Empfehlungen der Wissenschaft für eine Einführungsphase
- IV. Die wichtigsten Fragen zur Umsetzung
- V. Fazit

Was ist über die Planung zur Einführung bekannt?

I. Versorgungsverbesserungsgesetz: Inhalt

- Das Versorgungsverbesserungsgesetz sieht eine flächen-deckende Aufstockung der Stellenpläne um bis zu 20.000 Pflegeassistentenkräften vor.
- Diese Pflegepersonalmehrung erfolgt abgestuft nach dem Case-Mix der Einrichtung – höhere Pflegegrade erhalten mehr Zusatzpersonal.
- Die Finanzierung erfolgt über den Ausgleichsfonds und damit ohne Steigerung des Eigenanteils der Heimbewohner

Was ist über die Planung zur Einführung bekannt?

I. 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, insbesondere QN3
 - Keine Hilfen zur Organisationsentwicklung
 - Umsetzung setzt voraus das Länder ihr Ordnungsrecht ändern
- Ohne verbindliche Gesamtstrategie kann der Einführungsprozess aber nicht gelingen

Was ist über die Planung zur Einführung bekannt?

II. Roadmap-Prozess und weitere Schritte

- Seit kurzem tagt die Roadmap-Gruppe und will noch in diesem Monat ein Einführungskonzept vorlegen
- Notwendig wäre
 - Ein verbindlicher Zeitplan für die nächsten Schritte als Voraussetzung für eine Steigerung der Attraktivität der Altenpflege
 - Hilfen zur Organisationsentwicklung durch modellhafte Einführung in einigen Einrichtungen und einen Plan zum roll-out
 - Ausbildungsoffensive für Pflegeassistentenkräfte mit 1-2jähriger Ausbildung nach Landesrecht und der Regelung von Aufstiegsmöglichkeiten

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.

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 allein keine sinnvolle Qualitätskennzahl.
- Kompetenzorientierte Pflege mit geeignetem Qualifikationsmix ermöglicht qualitativ bessere Pflege.

Warum werden fachweitergebildete Pflegefachkräfte und Akademiker in PeBeM nicht berücksichtigt?

- Die Qualifikationsniveaus QN 5 bis QN 8 sind im Instrument bereits enthalten, aber noch nicht gefüllt.
- Für die QN 5 bis QN 8 gibt es (bisher) keine Interventionen, die zwingend durch solchermaßen qualifiziertes Personal zu erbringen sind. Ihre Aufgaben liegen vor allem in der indirekten Pflege.
- Im Rahmen einer modellhaften Einführung können für QN 5 – QN 8 Aufgaben festgelegt werden, die dann in das Instrument integriert werden können.

Werden die Bedarfe demenziell erkrankter Heimbewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten unterschätzt?

- Kognitive Einschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten werden im BI berücksichtigt und im Pflegegrad abgebildet.
- Klaus Wingefeld hat drei Abgrenzungsvarianten für diesen Personenkreis vorgeschlagen, zwei konnten mit den Studiendaten rekonstruiert werden
- Für Variante 2 (7 Prozent unserer Studienteilnehmenden) und Variante 3 (4 Prozent) unserer Studienteilnehmenden zeigen sich keine Unterschätzungen.

Tabelle 88: Mittelwertvergleich der Bewohner*innen mit und ohne ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten (Variante 2 nach Wingefeld 2019)

Pflege-grad	Keine ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten					Ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten					p-Wert des t-Tests
	n	Mittelwert	Standard-abweichung	Minimum	Maximum	n	Mittelwert	Standard-abweichung	Minimum	Maximum	
ohne											-
1											-
2	202	35,2	25,2	0	120,6	5	15,3	14,9	3,0	39,2	0,0795
3	382	67,6	37,8	2,6	221,7	19	46,7	26,9	10,2	95,5	*0,0177
4	270	105,8	44,0	8,6	288,2	25	111,0	41,7	40,9	180,3	0,5698
5	193	160,6	55,3	28,1	403,0	35	147,4	44,5	75,0	251,5	0,1826

Tabelle 90: Mittelwertvergleich der Bewohner*innen mit und ohne ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten (Variante 3 nach Wingefeld 2019)

Pflege-grad	Keine ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten					Ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten					p-Wert des t-Tests
	n	Mittelwert	Standard-abweichung	Minimum	Maximum	n	Mittelwert	Standard-abweichung	Minimum	Maximum	
ohne											-
1											-
2	204	35,2	25,1	0,0	120,6	3	5,7	2,7	3,0	8,3	*0,0435
3	390	67,0	37,8	2,6	221,7	11	52,3	27,4	19,1	95,5	0,2005
4	278	105,9	43,9	8,6	288,2	17	112,5	40,8	44,7	180,3	0,542
5	206	160,6	54,5	28,1	403,0	22	139,2	44,5	75,0	251,5	0,077

Werden die Bedarfe demenziell erkrankter Heimbewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten unterschätzt?

- Kognitive Einschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten werden im BI berücksichtigt und im Pflegegrad abgebildet.
- Klaus Wingefeld hat drei Abgrenzungsvarianten für diesen Personenkreis vorgeschlagen, zwei konnten mit den Studiendaten rekonstruiert werden
- Für Variante 2 (7 Prozent unserer Studienteilnehmenden) und Variante 3 (4 Prozent) unserer Studienteilnehmenden zeigen sich keine Unterschätzungen.
- Dieser spezielle Personenkreis sollte im Einführungsprozess besonders beobachtet werden, in den Studiendaten zeigen sich aber keine Unterschätzungen.

- I. Projektkonzeption und -durchführung
- II. Zentrale Ergebnisse
- III. Empfehlungen der Wissenschaft für eine Einführungsphase
- IV. Die wichtigsten Fragen zur Umsetzung
- V. Fazit

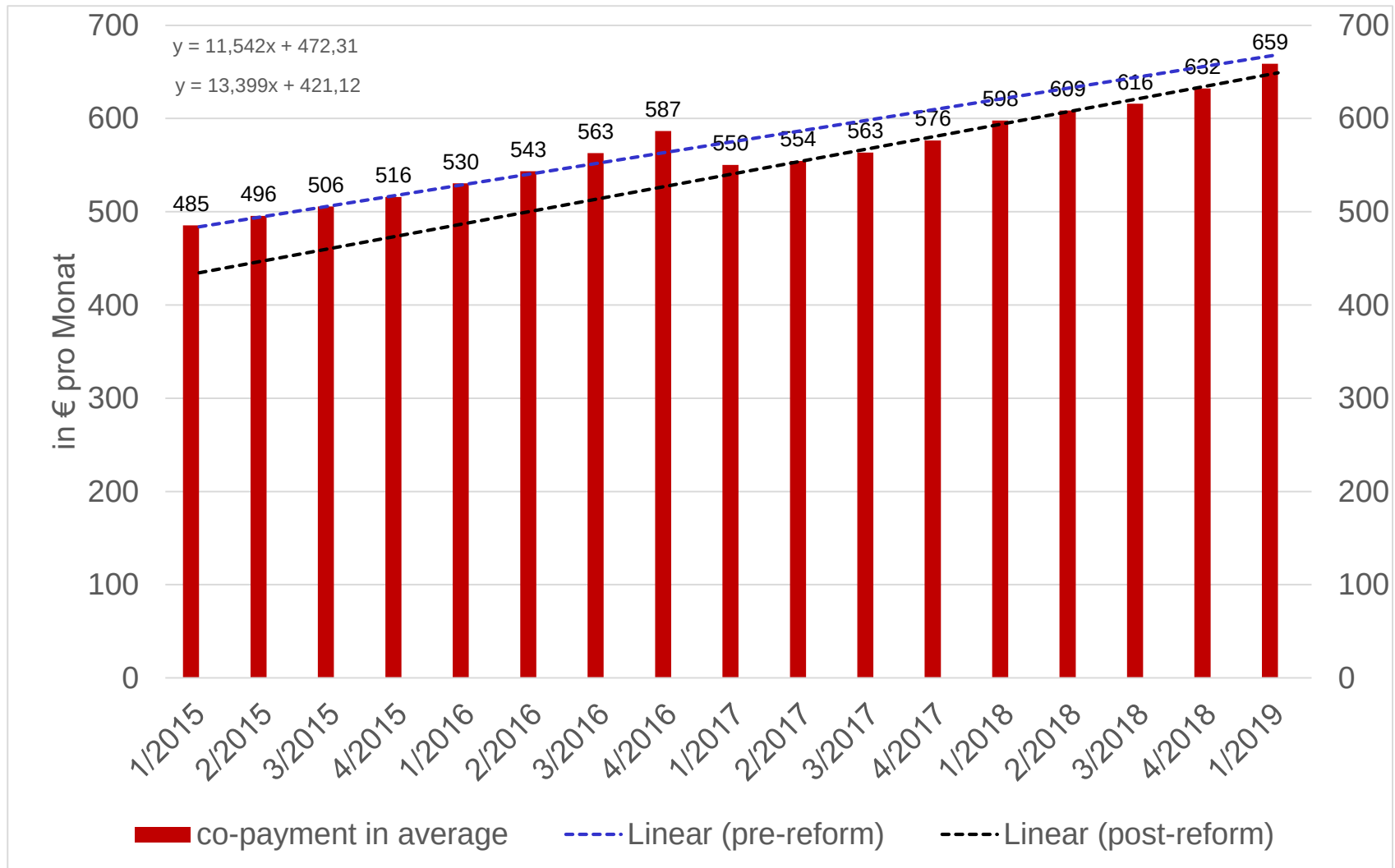
- Mit dem Abschlussbericht liegt ein wissenschaftlich fundiertes Personalbemessungsverfahren vor, das jetzt umgesetzt werden kann.
- In der KAP wurde die zügige Einführung in geeigneten Schritten beschlossen. Der erste Schritt ist mit dem Versorgungsverbesserungsgesetz getan, weitere werden folgen.
- Notwendig ist eine Gesamtkonzeption einschließlich festgelegter Stufen und Einführungshilfen für die Heime.
- Mittel- und langfristig können Personalkosten nicht am Pflegesatz vorbei finanziert werden. Notwendig ist daher auch eine Finanzreform der Pflegeversicherung.
- Der jüngste Vorschlag des Gesundheitsministers dazu ist zielführend und unbedingt zu begrüßen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Ich freue mich auf ihre Fragen.

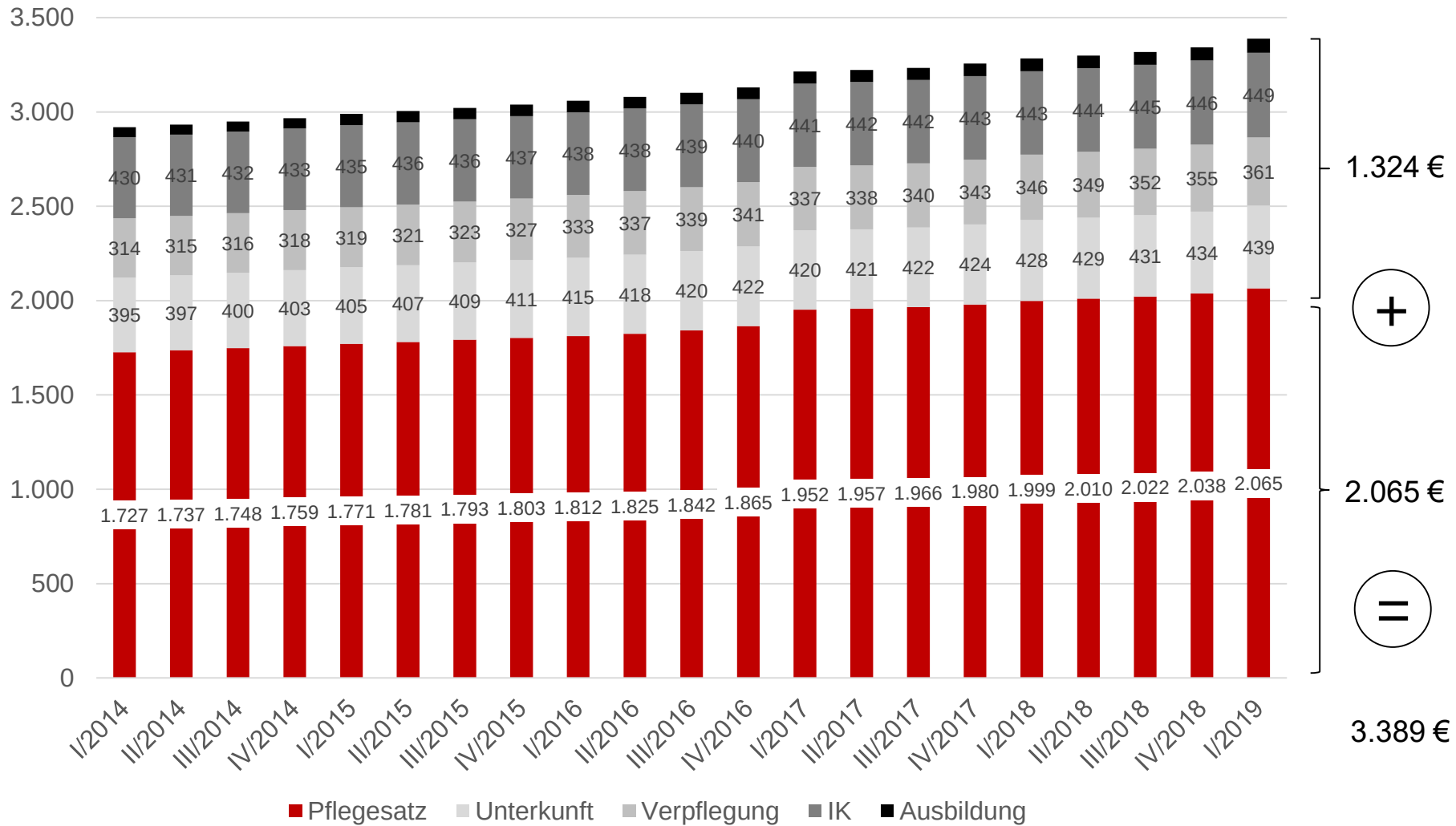
- Höhere Personalschlüssel führen zu höheren Pflegesätzen. Notwendigen Gehaltssteigerungen für Pflegekräfte verstärken dies.
- Bei gedeckelten Leistungen der Pflegeversicherung tragen die Heimbewohner Ausgabensteigerung zu 100%, **wenn diese für den Pflegesatz wirksam sind**. Diese Eigenanteile sind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

VII. Entwicklung der Eigenanteil für Pflegekosten 2015-2019 57



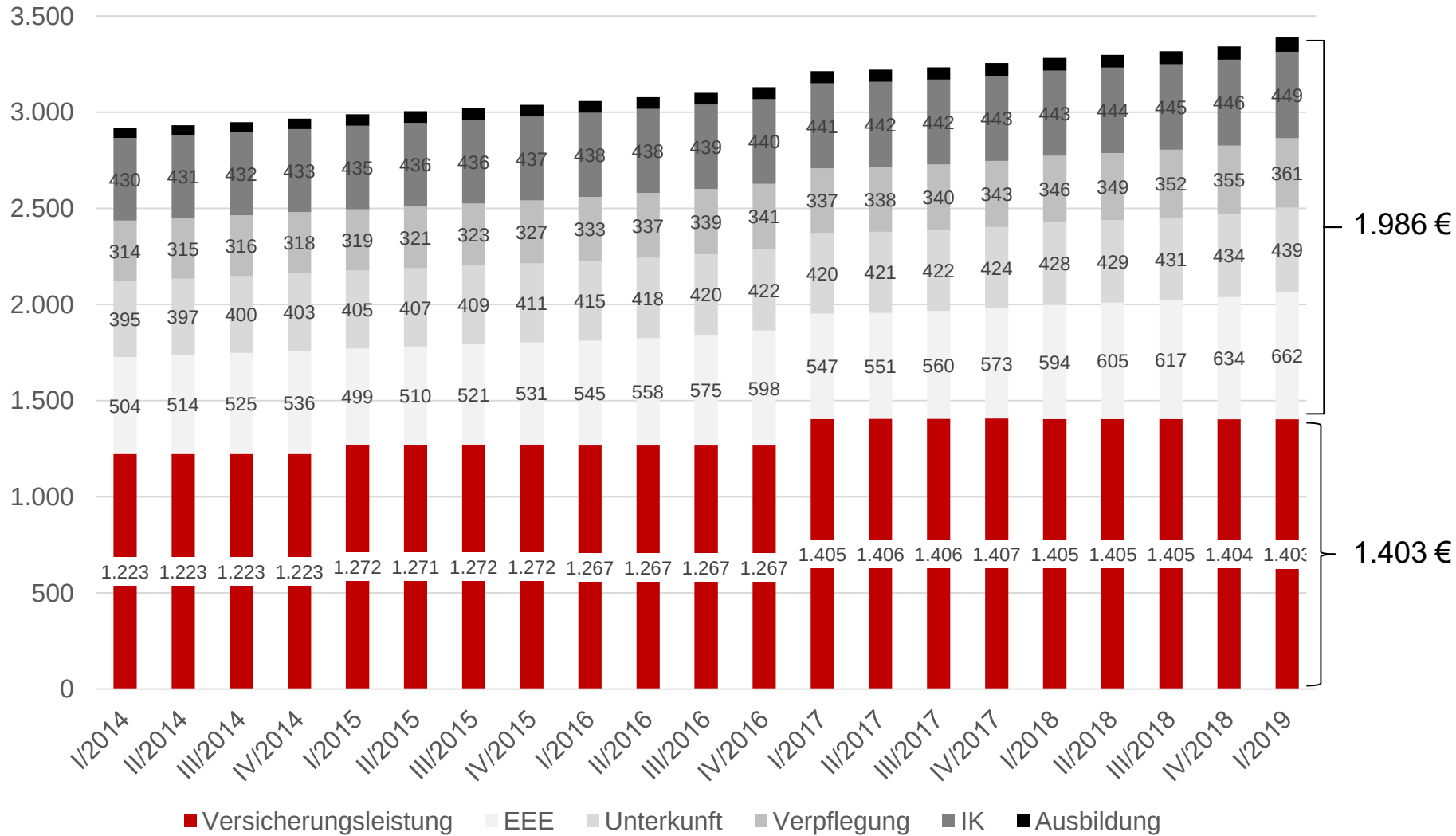
VII. Entwicklung der Gesamteigenanteil 2015-2019

58

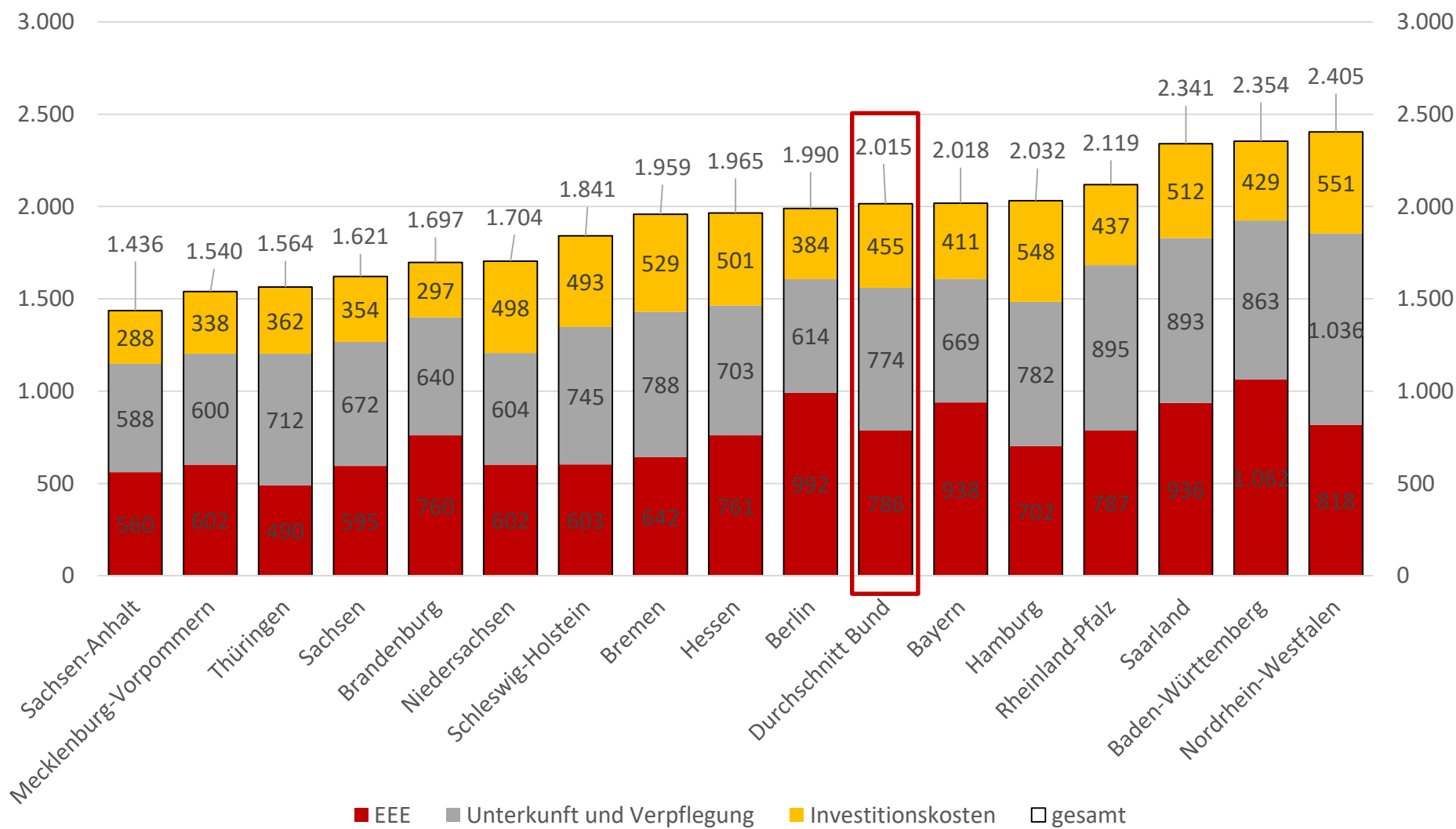


VII. Entwicklung der Gesamteigenanteil 2015-2019

59



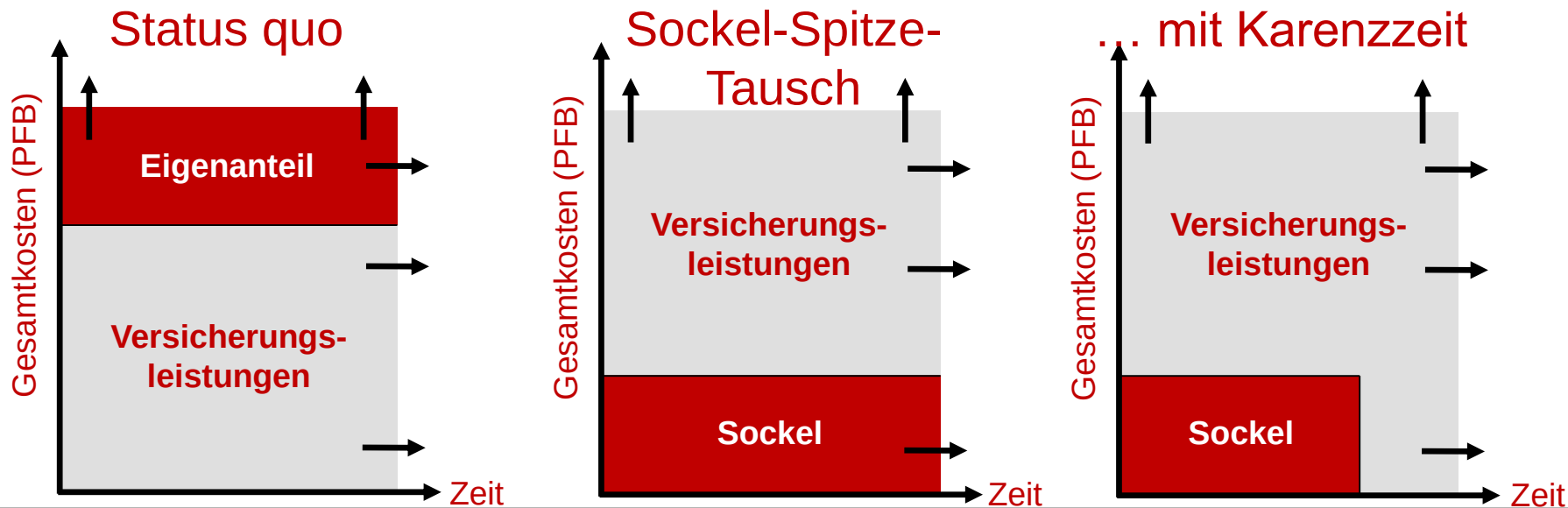
Finanzielle Belastung eines Pflegebedürftigen in der stationären Pflege in Euro je Monat



- 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 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

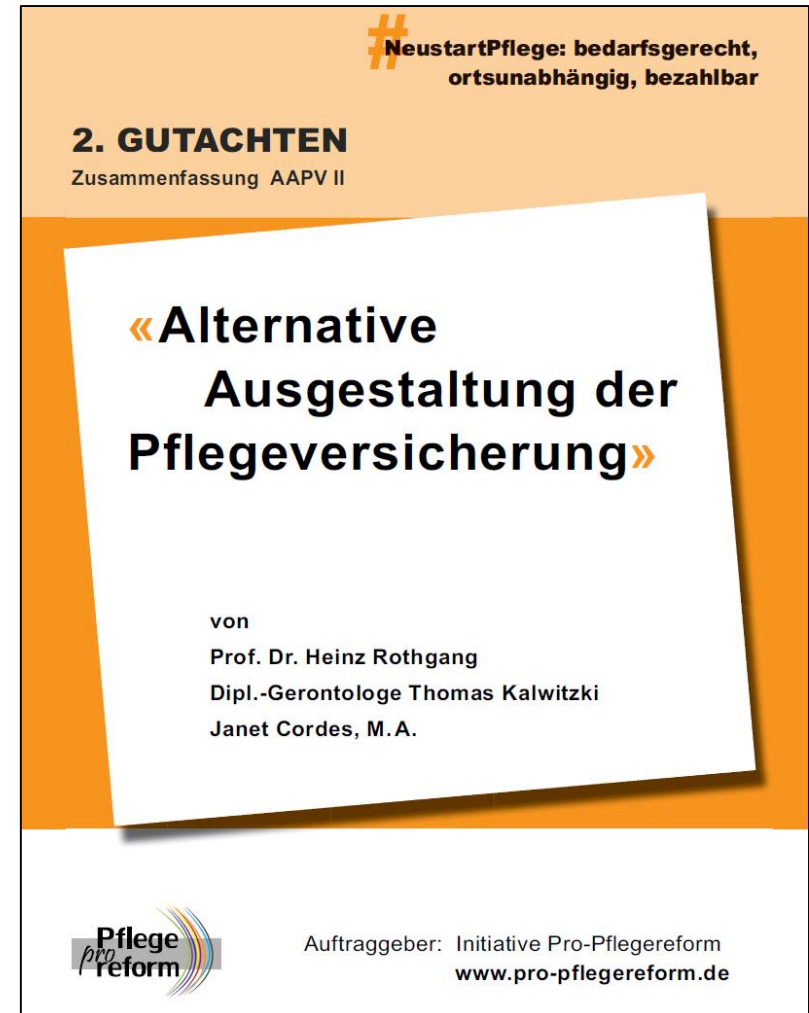
- Eine Leistungsanpassung greift zu kurz, da sich Eigenanteile derzeit sprunghaft und unterschiedlich entwickeln.
- Der Sockel-Spitze-Tausch schafft dagegen dauerhaft Sicherheit durch Umwandlung der Pflegeversicherung in eine bedarfsorientierte Versicherung.



- 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 Bedarfszumessung 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 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!