



contec

Die Management- und Unternehmensberatung
der Gesundheits- und Sozialwirtschaft

Pflegestärkungsgesetze: Wie wird die stationäre Pflege gestärkt?

Berlin, den 27.09.2016

Referent: Dietmar Meng, Geschäftsführer contec GmbH

Der gemeinsame Weg zum Ziel

Bochum • Berlin • Stuttgart • München

Gliederung



1. Übersicht über den aktuellen Stand zu:

- ♪ Marktsituation
- ♪ Personalsituation
- ♪ Gesetzliche Rahmenbedingungen
 - ♪ Kernpunkte des I. Pflegestärkungsgesetzes
 - ♪ Kernpunkte des II. Pflegestärkungsgesetzes
 - ♪ Finanzierung Pflegestärkungsgesetz I & II

Gliederung



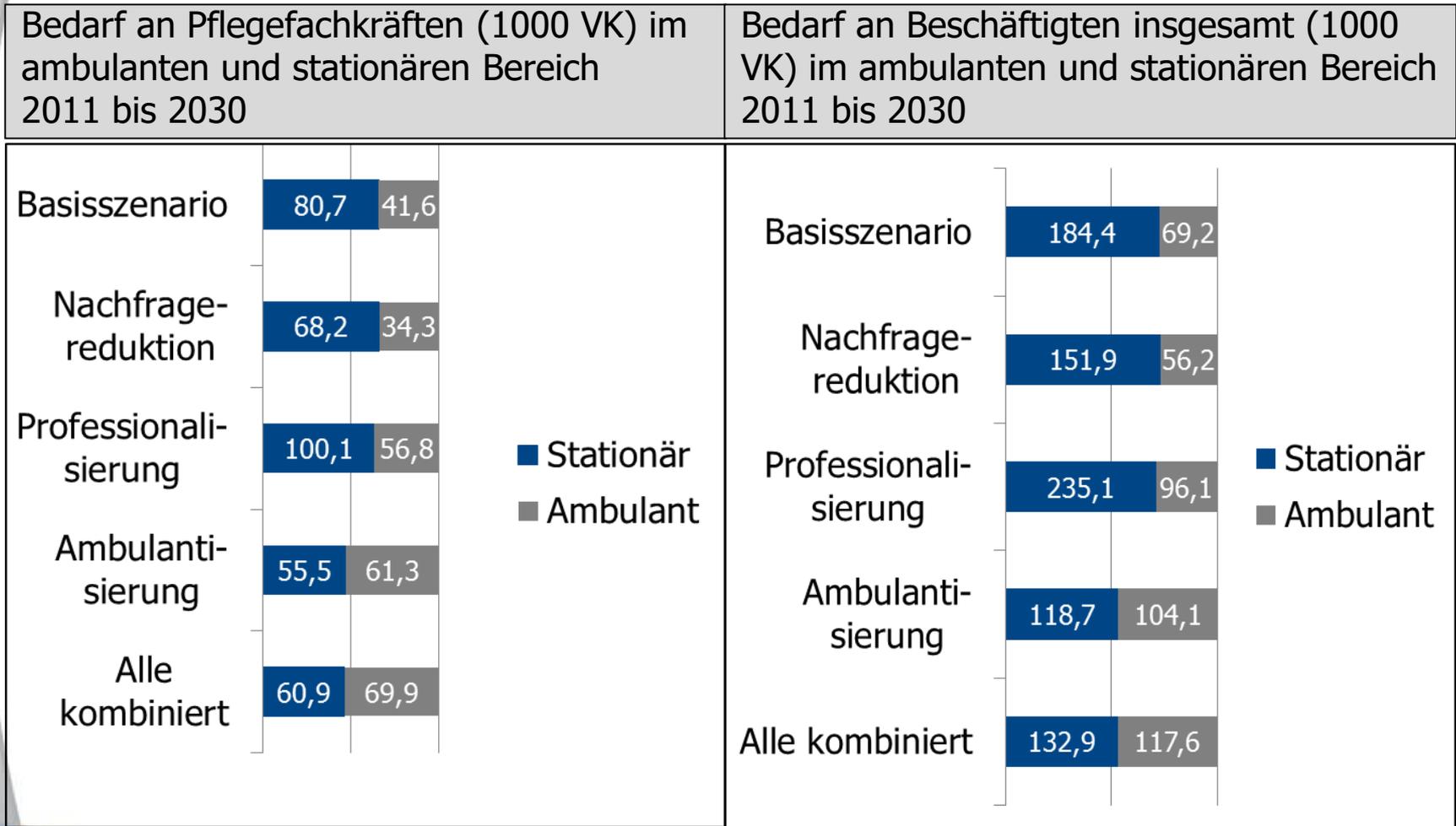
2. Umsetzung des II. Pflegestärkungsgesetzes
 - ♪ Stand der Dinge und Handlungserfordernisse
 - ♪ Strategische zukünftige Ausrichtung
 - ♪ Schlüsse für stationäre Pflegeeinrichtungen
3. Kernaussagen des III. Pflegestärkungsgesetzes
4. Zukunftsfähige Geschäftsmodelle für stationäre Pflegeeinrichtungen

Marktsituation



- ♪ Schon heute besteht eine höhere Nachfrage nach vorstationären, altengerechten Wohnformen (mit ambulanter Betreuung) als es vorhandene Angebote gibt.
- ♪ Kunden verlangen weitere Angebote zur langen Vermeidung der stationären Pflege.
 - ♪ Hier findet das eigentliche Marktwachstum statt.
- ♪ Der stärkere Ausbau vorstationärer Angebote wirkt sich unmittelbar auf Bedarf und Anforderungsprofil der stationären Pflege aus.

Personalsituation

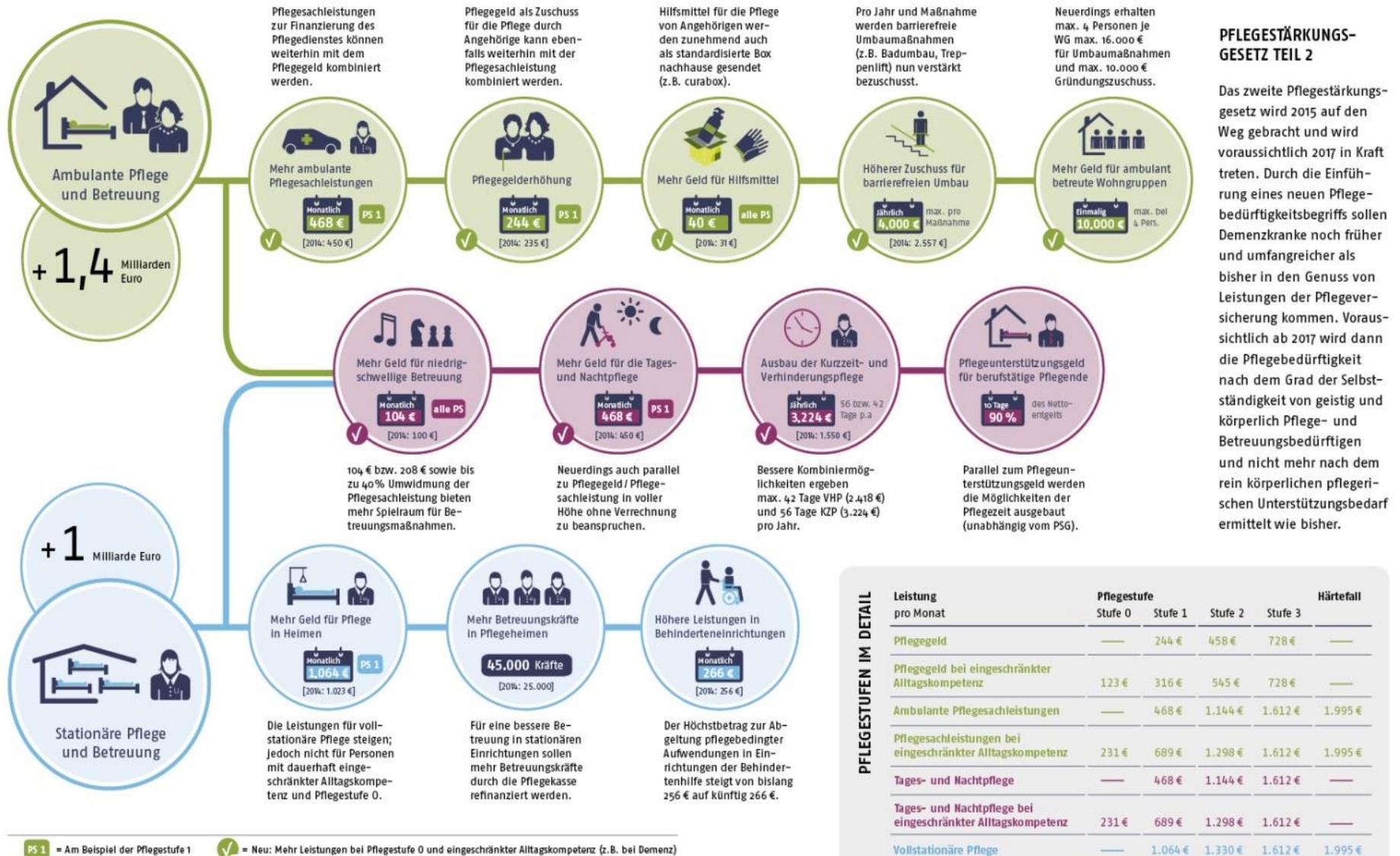


Quelle: Accenture / hcb / RWI
 IEGUS Studie: Ökonomische Herausforderungen der
 Altenpflegewirtschaft

PFLEGESTÄRKUNGSGESETZ 2015

Alle wichtigen Änderungen auf einen Blick

Mit der „Pflegereform 2015“ werden die Beiträge der Pflegeversicherung zum 1. Januar 2015 in einem Schritt um 0,3 Prozentpunkte auf 2,35 Prozent (2,6 Prozent für Kinderlose) steigen. 0,1 Prozentpunkte fließen in einen Vorsorgefonds, 0,2 Prozentpunkte in die Erweiterung der folgenden Leistungen.



PFLEGESTÄRKUNGSGESETZ TEIL 2

Das zweite Pflegestärkungsgesetz wird 2015 auf den Weg gebracht und wird voraussichtlich 2017 in Kraft treten. Durch die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sollen Demenzerkrankte noch früher und umfangreicher als bisher in den Genuss von Leistungen der Pflegeversicherung kommen. Voraussichtlich ab 2017 wird dann die Pflegebedürftigkeit nach dem Grad der Selbstständigkeit von geistig und körperlich Pflege- und Betreuungsbedürftigen und nicht mehr nach dem rein körperlichen pflegerischen Unterstützungsbedarf ermittelt wie bisher.

PFLEGESTUFEN IM DETAIL

Leistung pro Monat	Pflegestufe				Härtefall
	Stufe 0	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	
Pflegegeld	—	244 €	458 €	728 €	—
Pflegegeld bei eingeschränkter Alltagskompetenz	123 €	316 €	545 €	728 €	—
Ambulante Pflegesachleistungen	—	468 €	1.144 €	1.612 €	1.995 €
Pflegesachleistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz	231 €	689 €	1.298 €	1.612 €	1.995 €
Tages- und Nachtpflege	—	468 €	1.144 €	1.612 €	—
Tages- und Nachtpflege bei eingeschränkter Alltagskompetenz	231 €	689 €	1.298 €	1.612 €	—
Vollstationäre Pflege	—	1.064 €	1.330 €	1.612 €	1.995 €

PS 1 = Am Beispiel der Pflegestufe 1 ✓ = Neu: Mehr Leistungen bei Pflegestufe 0 und eingeschränkter Alltagskompetenz (z.B. bei Demenz)

Kernpunkte des I. Pflegestärkungsgesetzes



- ♪ Flexibilisierung der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege
- ♪ Leistungserhöhung bei wohnumfeldverbessernden Maßnahmen und Verlängerung Gründungszuschuss für Wohngruppen
- ♪ Ausweitung der Tages- und Nachtpflege
- ♪ Ausweitung der zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen (ambulant)
- ♪ Ausweitung der Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen



Kernpunkte des I. Pflegestärkungsgesetzes



- ♪ Leistungsausweitungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (ohne Pflegestufe)
- ♪ Verbesserung für pflegende Angehörige
- ♪ Pflegevorsorgungsfonds



Kernpunkte des II. Pflegestärkungsgesetzes



- ♪ Neue Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs bis 2016
- ♪ Reformation des Begutachtungsverfahrens:
 - ♪ Aus bisher drei Pflegestufen sollen künftig fünf Pflegegrade werden, die der individuellen Pflegebedürftigkeit besser gerecht werden
 - ♪ Bei der Bewertung werden Menschen mit kognitiven und psychischen Einschränkungen mit körperlich beeinträchtigten Menschen gleichgestellt
 - ♪ Ausschlaggebend für die Pflegebedürftigkeit wird der Grad der Selbstständigkeit sein

Die Finanzierung erfolgt in 2 Schritten:

- Ab 2015: Erhöhung der Beiträge zur Pflegeversicherung um 0,3 Prozentpunkte auf 2,35 % (2,6 % für Kinderlose)
 - 0,2 Prozentpunkte sind für Leistungsausweitungen vorgesehen
 - 0,1 Prozentpunkte der Erhöhung fließen in den Pflegevorsorgefonds
- Ab 2017: Erhöhung der Beiträge um weitere 0,2 Prozentpunkte mit dem PSG II



Wesentliche Grundprinzipien:

Aus fachlicher Sicht

- Stärkung der konsequenten Beachtung von Individualität und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen
- Begrenzung der Verschriftung des Pflegeprozesses auf vier Schritte
- Strukturierte Informationssammlung (SIS) auf Basis von fünf Themenfeldern
- Rationale und fachlich begründete Risikoeinschätzung
- Beschränkung der Aufzeichnungen im Pflegebericht auf Abweichungen in der Routineversorgung



♪ **Wesentliche Grundprinzipien:**



♪ Aus juristischer Sicht

- ♪ Obligate Beibehaltung von Einzelleistungsnachweisen für Maßnahmen der Behandlungspflege
- ♪ Wegfall von Einzelleistungsnachweisen in der **stationären** Pflege für routinemäßig wiederkehrende Abläufe in der grundpflegerischen Versorgung und Betreuung
- ♪ Haftungsrechtliche Sicherstellung dieses Vorgehens durch verbindliche Vorgaben des internen QM und das Vorhandensein standardisierter Leistungs- und Stellenbeschreibungen

- ♪ Alle Bundesländer haben eigenständige Regelungen für Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf erlassen.
 - ♪ Dabei haben einige Bundesländer bereits ihr zweites Heimgesetz verabschiedet
 - ♪ bzw. deutliche Überarbeitungen vorgenommen.
- ♪ Tendenz:
 - ♪ Insbesondere die baulichen Anforderungen an die stationäre Pflege sind erheblich angestiegen, mit teilweise drastischen Auswirkungen auf Bestandseinrichtungen sowie die Wirtschaftlichkeit von Neubauten.

Und nun?

Umsetzung des PSG II – Stand der Dinge und Handlungserfordernisse

Wie müsste es weitergehen?

Altenhilfe: kurzfristige Aufstellungen im operativen Bereich



Die neuen Regelungen bringen erhebliche Veränderungen mit sich, wobei generell zu sagen ist, dass für ambulante Anbieter die Chancen, für die Pflegeheime eher die Risiken überwiegen.

Grundlegende Veränderungen:

- Neues Begutachtungsverfahren
- Leistungsansprüche in fünf Pflegegraden
- Neue Kalkulations- und Finanzierungsmodelle

Eine frühzeitige Auseinandersetzung mit den Auswirkungen des Gesetzes ist erforderlich

Multifaktorielles Risiko?

- ♪ Ambulanter (Kunden-) Sog?
- ♪ Budgetneutraler Übergang nach 2017?
- ♪ Reale Auswirkung des einheitlichen Eigenanteils?
- ♪ Die Eingeschränkte-Alltagskompetenz-Falle?
- ♪ Die „2017-neue-Bewohner-Falle“?

EVIS-Studie (Rothgang et. al.): Übergang 2016 – 2017 sei „großzügig“; → Ballung in PG 3; **bei NBA 2017: mehr in PG 1 und 2!**

- ♪ Die Pflegeschlüssel-/Personalkosten-Falle?



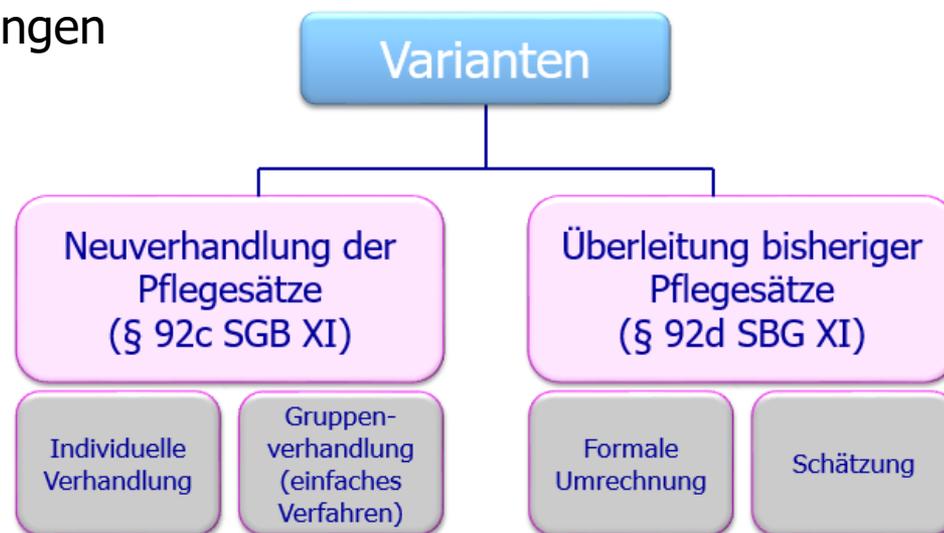
Konsequenzen für die operative Steuerung



- ♪ Aber auch für die operative Leistungserbringung ergibt sich durch die neue Finanzierungsform die Notwendigkeit einer Überprüfung der bestehenden Instrumente und Systeme.
- ♪ Gleiches gilt für Anbieter von teilstationären Angeboten, welche sich auf neue Budgets, aber teilweise auch auf neue Pflegesätze einstellen müssen.

Handlungsnotwendigkeiten

- ♪ Es empfiehlt sich, bis Ende September 2016 neue Pflegesatzvereinbarungen abzuschließen.
 - ♪ Unter Berücksichtigung der sich durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie den einheitlichen Eigenanteil ergebenden Änderungen



Überleitung der Pflegebedürftigen - Zwischenfazit



- ♪ Durch die Überleitung werden die aktuellen Bewohner nicht schlechter gestellt
- ♪ Der übergeleitete Pflegegradmix spiegelt in der Regel nicht die tatsächliche Bewohnerstruktur wider, die sich bei einer Neubegutachtung aller Bewohner ergeben würde
- ♪ Tendenziell wird sich der Pflegegradmix durch die Fluktuation verändern
- ♪ Im Rahmen der budgetneutralen Überleitung drohen wirtschaftliche Risiken

- ♪ Im Hinblick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sind von den Vereinbarungspartnern der Landesrahmenverträge die Personalstruktur und die Personalrichtwerte zu überprüfen und auf die neuen Pflegegrade anzupassen
- ♪ Die konkreten Gegebenheiten vor Ort sollen berücksichtigt werden
- ♪ § 113c SGB XI sieht vor, dass bis zum 30. Juni 2020 ein einheitliches Personalbemessungsverfahren erarbeitet werden soll
- ♪ Bei Anwendung der Überleitungsregelung werden die bestehenden Personalrichtwerte auf die Pflegegrade übertragen

Folge: Wird der übergeleitete durchschnittliche Pflegegradmix als Ausgangspunkt für die Festlegung der Personalschlüssel gewählt, wird ein sinkender Pflegegradmix zu einem geringeren Personalbedarf führen!

- ♪ Das Einstufungsmanagement ist und bleibt die **wichtigste Stellschraube** für die maximal erreichbare Personalausstattung in der Hand des Pflegemanagement
- ♪ **Höherstufungen werden** aufgrund des gleichbleibenden Eigenanteils für den Kunden dahingehend **einfacher**, dass das Einverständnis für ein Höherstufungsverfahren leichter zu bekommen sein dürfte als bisher
- ♪ Für die vollstationäre Pflege muss das **Einstufungsmanagement** zu einem **Kernprozess im Pflegemanagement** werden (ähnlich wie in der ambulanten Pflege der Leistungsvertrieb)
- ♪ **Pflegeplanungen auf die Systematik des NBA ausrichten**
→ Prüfung, ob Umstellung auf das Strukturmodell sinnvoll und leistbar

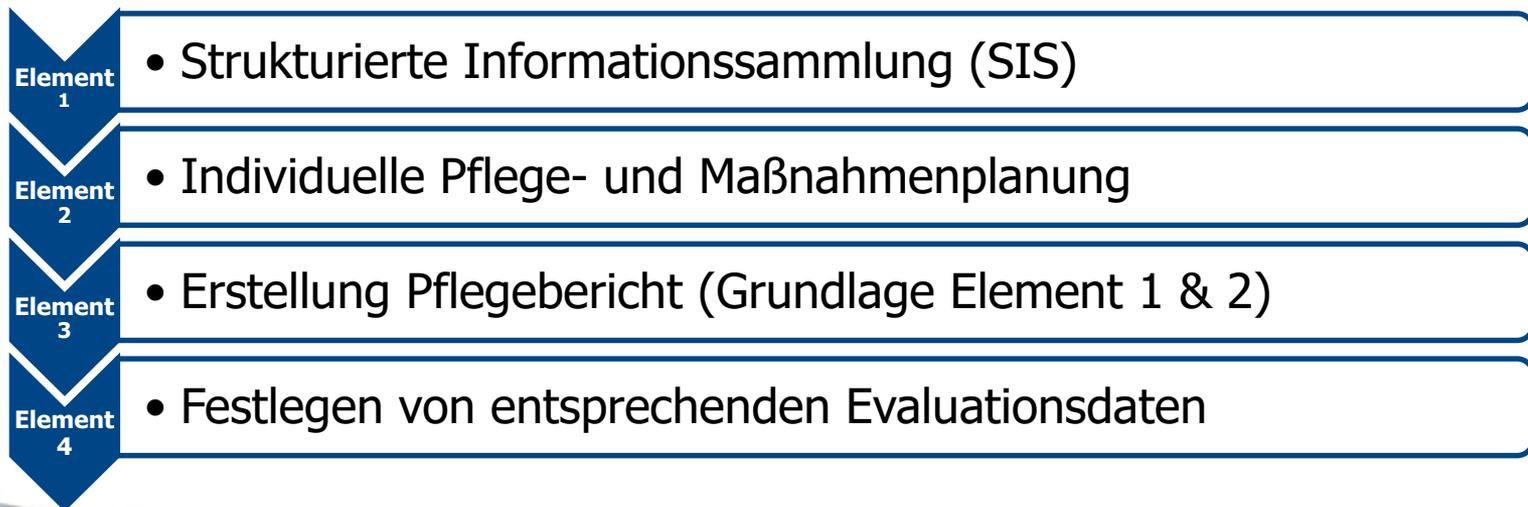


Häufigste Befunde bei Unsicherheiten im Einstufungsmanagement

- ♪ Bis zu 30 % der Kunden in vollstationären Pflegeeinrichtungen sind falsch eingestuft (zu niedrig)
- ♪ Die Anzahl der Kunden, die sich im Höherstufungsverfahren befinden, liegt deutlich unter 5 % (*10 – 15 % als Benchmark*)
- ♪ Die erreichbare Personalausstattung wird häufig unterschritten



- ♪ Projekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit:
 - ♪ „Praktische Anwendung des Strukturmodells Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“
- ♪ Die empfohlene Grundstruktur zur Pflegedokumentation:



Was ist zu tun?



♪ **Handwerk:**

- ♪ Überleitung der Bewohner in Abrechnungsprogramm und FIBU
- ♪ Sicherheit im NBA
 - ♪ Empfehlung: Kombination mit „Entbürokratisierung“ / SIS / Maßnahmenplanung (selbe Mitarbeiter als Multiplikatoren?) – **Einbindung aller Pflege(fach)kräfte -> spät!**
- ♪ Bewohnerinformation
 - ♪ (z. B. nach Abschluss PSV/womit?)
 - ♪ Schreiben
 - ♪ Angehörigenabend
 - ♪ Informationsmaterialien
 - ♪ Empfehlung: im November 2016
- ♪ Neue Grundlagen (QMH, Heim-/Pflegeverträge usw.)

Was ist zu tun?

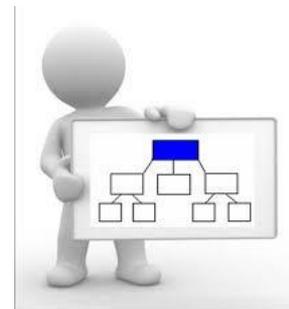


♪ Gestaltung:

- ♪ Vorsicht mit Neubegutachtung bis zur Pflegesatzvereinbarung mit Überleitung
 - ♪ Wenig PEA → höherer einrichtungsindividueller Eigenanteil
 - ♪ Cave: vordergründiger Preiswettbewerb gegeben?
- ♪ Nach Abschluss der Pflegesatzvereinbarung: aktivstes Einstufungsmanagement, ergänzt um:
 - ♪ Konzept-Fokussierung: neue Gruppen mit höheren Ansprüchen (geistig behinderte Menschen?, ...)
 - ♪ Personalstrategie: gerontopsychiatrische Fachkräfte?
- ♪ Weitere Optimierung im Pflege-Prozessmanagement
- ♪ Ambulantisierung, Netzwerk-Stärkung, neue Zielgruppen, Quartiersgestaltung,

Was muss eine gute Ablauforganisation können?

- ♪ Erfüllung der Kundenbedürfnisse unter Beachtung der Konzepte Selbstbestimmtheit und Teilhabe in der vom Träger definierten Qualität
- ♪ Optimale Passung zwischen Leistungszeit und Netto-Arbeitszeit (setzt Arbeitsplanung voraus)
- ♪ Flexibilität (Engpassmanagement)
- ♪ Fähigkeit verankern, Prozesse zu hinterfragen (Überwindung der Logik des „Kompensieren-Wollens“) durch Entwicklung der Managementkompetenz im mittleren Pflegemanagement



Was ist zu tun?

♪ Gestaltung:

- ♪ **Umsetzung der lokal passenden Strategie der Belegung und Ergebnissicherung mit Bewohnern höherer Pflegegrade bei Personalstabilität**
- ♪ Ggf. ergänzende Gesamt-Preis- und Erlössteuerung über die Invest-Kostensätze
 - ♪ Selbstzahler-Differenzierung
 - ♪ Neuverhandlung bei (niedrigerer) Platzzahl
- ♪ In aller Regel keine Erweiterungsplanung mehr
 - ♪ ohne Quartiersbezug,
 - ♪ ohne ambulante betreute Wohnform und/oder Tagespflege,
 - ♪ ohne (stabile Verbindung zur) ambulanten Pflege und Betreuung



Fazit

- ♪ Tendenziell werden wegen der Vergütungsanreize im ambulanten Bereich Kunden in den unteren Pflegegraden weniger in den vollstationären Einrichtungen versorgt
- ♪ Die (großzügigen) Überleitungsregelungen i.V.m. der Fluktuation (Veränderung der Bewohnerstruktur) kann zu Unter- oder (temporär) Überdeckungen führen
 - ♪ Ungelöste Probleme der Personalbemessung im Zuge der Überleitung und künftig nach Pflegegraden
 - ♪ Höhe des Eigenanteils
- ♪ Langfristig werden überwiegend Schwer- und Schwerstpflegebedürftige zu den Kunden einer vollstationären Pflegeeinrichtung zählen
 - ♪ Verweildauerproblematik
 - ♪ Personaleinsatz



Empfehlung: Auswirkungen des PSG II simulieren!

- ♪ Prognose zur künftigen Bewohnerstruktur und Auslastung
 - ♪ Belegung zieht wahrscheinlich Ende 2016 nochmal an (ggf. forcieren) und stagniert Anfang 2017
 - ♪ Fluktuation nach Überleitung (bringt grav. Veränderung)
 - ♪ Einstufungsmanagement (vor und nach dem 01.01.17)
 - ♪ **Vorsicht bei Höherstufungen vor Abschluss der Pflegesatzverhandlungen (inkl. Einstufung der eingeschränkten Alltagskompetenz)**
 - ♪ Höhe des Eigenanteils (Idee eines möglichst niedrigen Eigenanteils aus Wettbewerbsgründen zum 01.01.17 überdenken)

Einordnung: mehr als ein Paradigmenwechsel!



Das PSG II initiiert einen Anpassungs- und Entwicklungsbedarf für die vollstationären Pflegeeinrichtungen:

- ♪ Vom Gesetzgeber initiierte Anreizwirkung führt zur **Notwendigkeit strategischer Neuausrichtung**
- ♪ **Neuer Pflege(bedürftigkeits)begriff** zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit
- ♪ Konzeptionelle Neuausrichtung & Veränderung der Haltung beruflich Pflegender zur **Beantwortung zukünftiger Kundenbedürfnisse** (Stichwort: Lebensstil, Selbstbestimmtheit & Teilhabe, Lebensqualität, besondere Pflegebedarf)
- ♪ Anpassungen zur **Messung von Qualität und Transparenz** für den Kunden gem. aktualisierter Maßstäbe & Grundsätze (Stichwort: indikatorengestützte Verfahren)
- ♪ Umsetzung und Absicherung der **Entbürokratisierung**



Das III. Pflegestärkungsgesetz

Kernaussagen

- ♪ Einbeziehung der Kommune
 - ♪ Sicherstellung der Versorgung
 - ♪ Pflegekassen sollen verpflichtet werden, sich an Ausschüssen zu beteiligen, die sich mit regionalen Fragen oder sektorenübergreifender Versorgung beschäftigen
 - ♪ Die Pflegekassen müssen Empfehlungen der Ausschüsse, die sich auf die Verbesserung der Versorgungssituation beziehen, künftig bei Vertragsverhandlungen einbeziehen

Kernpunkte des III. Pflegestärkungsgesetzes



♪ Beratung

- ♪ Kommunen sollen mit dem PSG III für die Dauer von fünf Jahren ein Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten erhalten
- ♪ Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollen dadurch eine Beratung aus einer Hand erhalten zu allen Leistungen, die sie in Anspruch nehmen können wie z. B. der Hilfe zur Pflege, der Eingliederungshilfe oder der Altenhilfe



- ♪ Angebote zur Unterstützung im Alltag
 - ♪ Das PSG III schafft für Kommunen die Möglichkeit, sich an Maßnahmen zum Auf- und Ausbau der Angebote zur Unterstützung im Alltag auch in Form von Personal- oder Sachmitteln einzubringen
 - ♪ Diese Angebote zur Unterstützung im Alltag richten sich nicht nur an Pflegebedürftige, sondern auch an deren Angehörige
 - ♪ Darüber hinaus sollen Länder, die die ihnen zustehenden Mittel fast vollständig abgerufen haben, auch die Mittel nutzen können, die von anderen Ländern nicht verwendet wurden
 - ♪ Ziel ist die möglichst vollständige Ausschöpfung des Beitrags der Pflegeversicherung von bis zu 25 Millionen Euro für den Aufbau solcher Angebote

- ♪ Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Recht der Hilfe zur Pflege
 - ♪ Wie im SGB XI soll auch im Recht auf Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch (SGB XII) und im Bundesversorgungsgesetz (BVG) der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt werden, damit sichergestellt ist, dass finanziell Bedürftige im Falle der Pflegebedürftigkeit angemessen versorgt werden



- ♪ Regelung der Schnittstellenproblematik zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe
 - ♪ Auch die pflegerischen Betreuungsmaßnahmen gehören zum Leistungsbereich der Pflegeversicherung
 - ♪ Das führt zu Abgrenzungsfragen zwischen den Leistungen der Eingliederungshilfe und den Leistungen der Pflegeversicherung bzw. Hilfe zur Pflege
 - ♪ Grundsätzlich vorrangig sind Leistungen der Pflege gegenüber den Leistungen der Eingliederungshilfe im häuslichen Umfeld
 - ♪ Außerhalb des häuslichen Umfelds gehen dagegen die Leistungen der Eingliederungshilfe den Leistungen der Pflege vor

- ♪ Maßnahmen zur Verhinderung von Abrechnungsbetrug in der Pflege
 - ♪ Die Gesetzliche Krankenversicherung erhält ein systematisches Prüfrecht
 - ♪ Auch Pflegedienste, die ausschließlich Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Auftrag der Krankenkassen erbringen, sollen zukünftig regelmäßig durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erfasst werden
 - ♪ Bestehende Instrumente der Qualitätssicherung im Bereich der Pflegeversicherung sollen weiterentwickelt werden
 - ♪ Darüber hinaus soll die Pflegeselbstverwaltung in den Ländern gesetzlich verpflichtet werden

Zukunftsfähige Geschäftsmodelle für stationäre Pflegeeinrichtungen

Forderungen aus den Pflegestärkungsgesetzen



- ♪ Kreative Gestaltung des Personalmix
 - ♪ Bietet Chancen, ist jedoch keine Qualitätsgarantie
- ♪ Sicherung der Finanzierung
 - ♪ z.B. um automatische Leistungsanpassungen in Höhe vom Inflationsausgleich und Lohnentwicklung zu sichern
- ♪ Sicherstellung, dass die Pflegeversicherung durch eine solidarische und paritätische Finanzierung der Beiträge eine bessere Einnahmebasis bekommt

Forderungen aus den Pflegestärkungsgesetzen



- ♪ Eine finanzielle und soziale Aufwertung der Pflegeberufe ist dringend notwendig
- ♪ Nachbesserung beim Thema Bestandsschutz – jedoch nur bis 2019; Allerdings bestehen Befürchtungen im Sinne eines „endlichen Bestandsschutz“ bei Neubewertungen

→ „Nach der Reform ist vor der Reform“

Zukunftsfähige Geschäftsmodelle für stationäre Pflegeeinrichtungen



- ♪ Besonderes/„hochwertiges“ Leistungsprofil
 - ♪ Medizin (auch: Krankenhausnachsorge)
 - ♪ Demenz, insbesondere schwere Formen
 - ♪ Spezialisierungen (je nach Marktlage)
 - ♪ Höchstmaß an Professionalität (beachte: Empathie)
 - ♪ Lokale Stärke und Präsenz entscheidend
 - ♪ Exzellenzorientierung
 - ♪ Permanenter „Entwicklungs- und Gestaltungsmodus“
- **Mitgestaltung, zumindest aber Teilnahme/Teilhabe an „hybriden“ vorstationären Betreuungs-/Hilfeformen**

Zukunftsfähige Geschäftsmodelle für Pflegeunternehmen



- ♪ Die aufgezeigten Trends aus Politik und Markt sowie deutlich steigende Personalkosten stellen alle Akteure, insbesondere aber stationäre Einrichtungen unausweichlich vor grundlegende Fragen zur Stimmigkeit der bestehenden Geschäftsmodelle.
- ♪ Stationär wird nur weiterhin Gewinn erzielt werden können, wenn die Angebote in ein Geflecht intersektoraler Betreuungsleistungen eingebettet sind.

Ein bloßes „weiter so“ springt zu kurz

Zukunftsfähige Geschäftsmodelle für Pflegeunternehmen



- ♪ Stationäre Pflege ist immer mehr konzentriert auf die Begleitung in der Endphase des Lebens. Die Nähe zu medizinischen Fragestellungen nimmt zu.
- ♪ Die stationäre Pflege behält ferner ihren Platz für besondere Formen und besonders fortgeschrittene Stadien der Demenz.
- ♪ Professionalisierung nicht mehr nur als Erfolgsfaktor, sondern als Überlebensvoraussetzung
- ♪ Stärke am Ort der Leistungserbringung von fundamentaler Bedeutung

Zukunftsfähige Geschäftsmodelle für Pflegeunternehmen



- ♪ Kombinationen mit ambulanten Modellen („hybride“ Organisationsformen) und Vernetzung werden essenzielle Aspekte
- ♪ Zumindest zwei Chancenfelder lassen sich identifizieren:
 - ♪ Verbreiterung der Möglichkeiten für Definition und Ausbau des Leistungsportfolios (Breite)
 - ♪ Verbesserung der Möglichkeiten, Leistungen maßzuschneidern (Tiefe)

Zukunftsfähige Geschäftsmodelle für Pflegeunternehmen

- Intersektorale Leistungsangebote, die aus einem Baukasten entnommen und vor Ort auf die spezifischen Marktanforderungen maßgeschneidert werden, bringen entscheidende Wettbewerbsvorteile und können sektorale Modelle verdrängen
- Das Pflegeheim ist dabei nicht mehr „nur“ das letzte Glied in einer Versorgungskette, sondern vielmehr der Nukleus einer „hybriden“, kiez- bzw. sozialraum-orientierten Versorgung
- Es kann gleichzeitig als „Infrastrukturplattform“ für die professionelle Hilfestruktur dienen
- Auch ehrenamtliches und zivilgesellschaftliches Engagement werden in den Leistungsmix integriert und professionell koordiniert



Fazit



- ♪ Maximale Selbstbestimmung und Selbstorganisation bei der Zusammenstellung der Hilfesettings
- ♪ Weiterhin deutliche „Gewichtsverlagerung“ von Nachfrage und Mittelfluss in Richtung ambulanter Betreuungsformen
- ♪ Minimierung des zwingend erforderlichen Einsatzes von Fachkräften zugunsten eines anforderungsgerechten Qualifizierungsmixes; gleichzeitig: maximale Einbindung „zivilgesellschaftlichen“ Engagements in das Leistungssetting
- ♪ Sicherung fairer Wettbewerbsbedingungen und Einhaltung von Qualitätsstandards besonders wichtig

Fazit



- ♪ Bei allen Effizienzreserven: Es wird weiterhin zusätzliches Geld in das System kanalisiert werden müssen
- und
- ♪ Unternehmerisches Handeln braucht kalkulierbare Rahmenbedingungen



contec

Die Management- und Unternehmensberatung
der Gesundheits- und Sozialwirtschaft

contec – der gemeinsame Weg zum Ziel

Ihr Ansprechpartner: **Dietmar Meng**
Geschäftsführer der contec GmbH

Kontakt: ✉: dietmar.meng@contec.de
☎: 0152-53678107



www.contec.de

Bochum • Berlin • Stuttgart • München