

# Die Pflegereform - Chancen für die stationäre Pflege nutzen

---

Die gesetzlichen Reformen überwinden die  
Sektorgrenzen der Versorgung

Referenten:

Michael Wipp

Ronald Richter



Rechtsanwalt, Fachanwalt für Steuerrecht,

Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Sozialrecht im  
Deutschen **Anwalt** Verein,

Partner der Kanzlei **RICHTER** RECHTSANWÄLTE mit Büros in Hamburg,  
München, Berlin und Köln

Schwerpunkte: Heim-, Pflege-, Gesellschafts-, Sozialversicherungsrecht

Veröffentlichungen:

- LPK- SGB XI, 3. Aufl., NOMOS
- LPK- Heimgesetz, 2. Aufl., NOMOS
- Münchener Anwalts-Handbuch Sozialrecht, 3. Aufl., CH Beck
- Seniorenrecht, NOMOS
- Das neue Heimrecht, NOMOS

[www.richter-rae.de](http://www.richter-rae.de)

Geschäftsführer Haus Edelberg Dienstleistungsgesellschaft für Senioren mbh, Karlsruhe

Veröffentlichungen:

- Der Regelkreis der Einsatzplanung; Vincentz Network
- Fehlzeiten konstruktiv managen; Vincentz Network
  
- Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen; Hrsg. K. Kämmer; Schlütersche Verlagsbuchhandlung

[www.michael-wipp.de](http://www.michael-wipp.de)

**10.15 – 12.30 Uhr/Kaffeepause 11.15 Uhr**

---

**Teil 1: Reform der Kranken- und Pflegeversicherung:  
Das Pflegeheim als Gewinner?**

**Teil 2: Vernetzte Angebotsstrukturen im Pflegeheim  
Organisation und praktische Umsetzung**

**13.45 – 16.30 Uhr/Kaffeepause 15.00 Uhr**

---

**Teil 3: Das Pflegeheim als Zentrum der „ambulanten“ Angebote  
Rechtliche Umsetzung: Was ist jetzt zu tun?**

**Teil 4: Vom Pflegeheim zum „Altenhilfezentrum“  
Alle Leistungen aus einer Hand**

# Die Pflegereform - Chancen für die stationäre Pflege nutzen

---

## Teil 1: Reform der Kranken- und Pflegeversicherung: Das Pflegeheim als Gewinner?

### Rechtliche Grundlagen

### Die Veränderung des Marktes

1. Änderung des Heimgesetzes zum 1.1.2002
2. Klarstellung des Haushaltsbegriffs zum 1.4.2007
3. Zulassung ambulanter SGB V-Leistungen in stationären Einrichtungen zum 1.4.2007
4. Vertragsrechtliche Erleichterungen durch das PfWEG zum 1.7.2008
5. Verknüpfung pflegerischer und ärztlicher Leistungen zum 1.7.2008

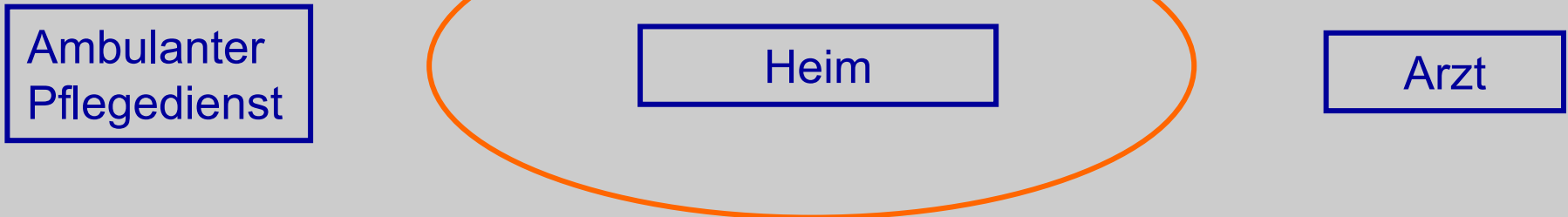
## Teil 1: Reform der Kranken- und Pflegeversicherung

### Die Veränderung des „Marktes“ der stationären Pflege

Mit der Einführung der Pflegeversicherung (1995) wird die Trennung der stationären und ambulanten Pflege festgeschrieben.

Arztmodelle in einzelnen Häusern werden abgeschafft, da SGB XI und SGB V strikt getrennt werden.

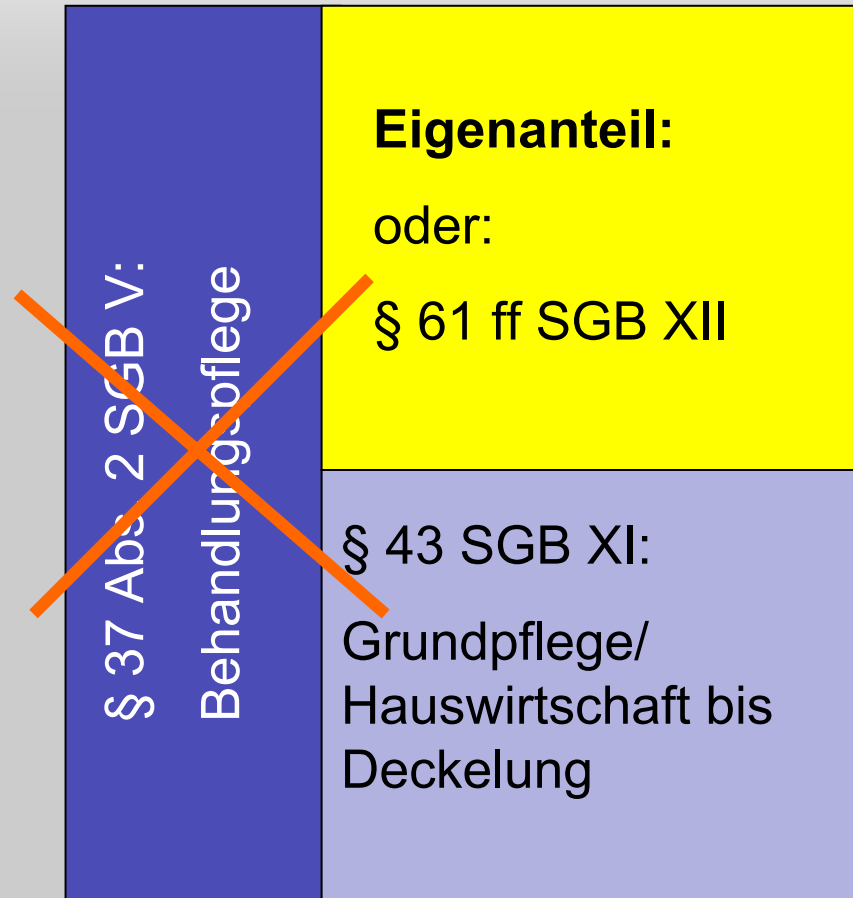
„SGB XI passt – da im BMA geschrieben – nicht zu SGB V“, daher viele Schnittstellenprobleme (vgl. statt vieler: die Rollstuhl-Rechtsprechung des BSG).



## Wichtigstes Schnittstellenproblem: Abrechnung der Behandlungspflege!

Bei Einzug in ein Pflegeheim,  
keine Leistungen der  
Behandlungspflege durch die  
Krankenkasse!

Es mangelt an einer  
gesamtwirtschaftlichen  
Betrachtung.



# Teil 1: Reform der Kranken- und Pflegeversicherung

## Die Veränderung des Marktes II – „Ambulantisierung Phase 1“

Als wichtigstes Schnittstellenproblem stellt sich im Folgenden die Nicht-abrechenbarkeit der Behandlungspflege (§ 37 SGB V) dar.

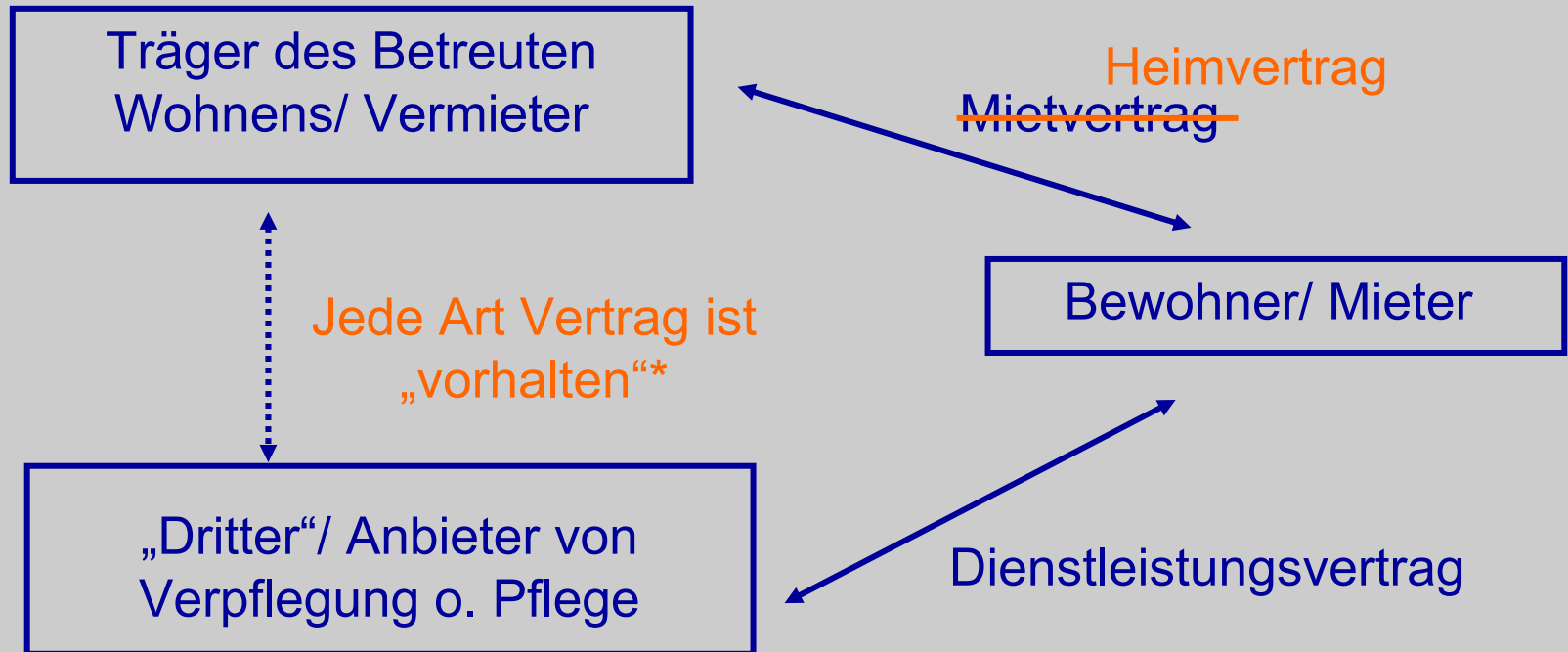
Übergangsweise soll in der Zeit vom 1.7.1996 bis 31.12.1998 die Behandlungspflege im Pflegesatz des § 43 SGB XI enthalten sein. Die Übergangsfrist wird ständig verlängert.

Allein aus dieser Finanzierungsnotwendigkeit entstehen **neue Wohnformen:**

- Besonderes Betreutes Wohnen
- „Residenzen“
- Ambulant betriebene Wohngemeinschaften

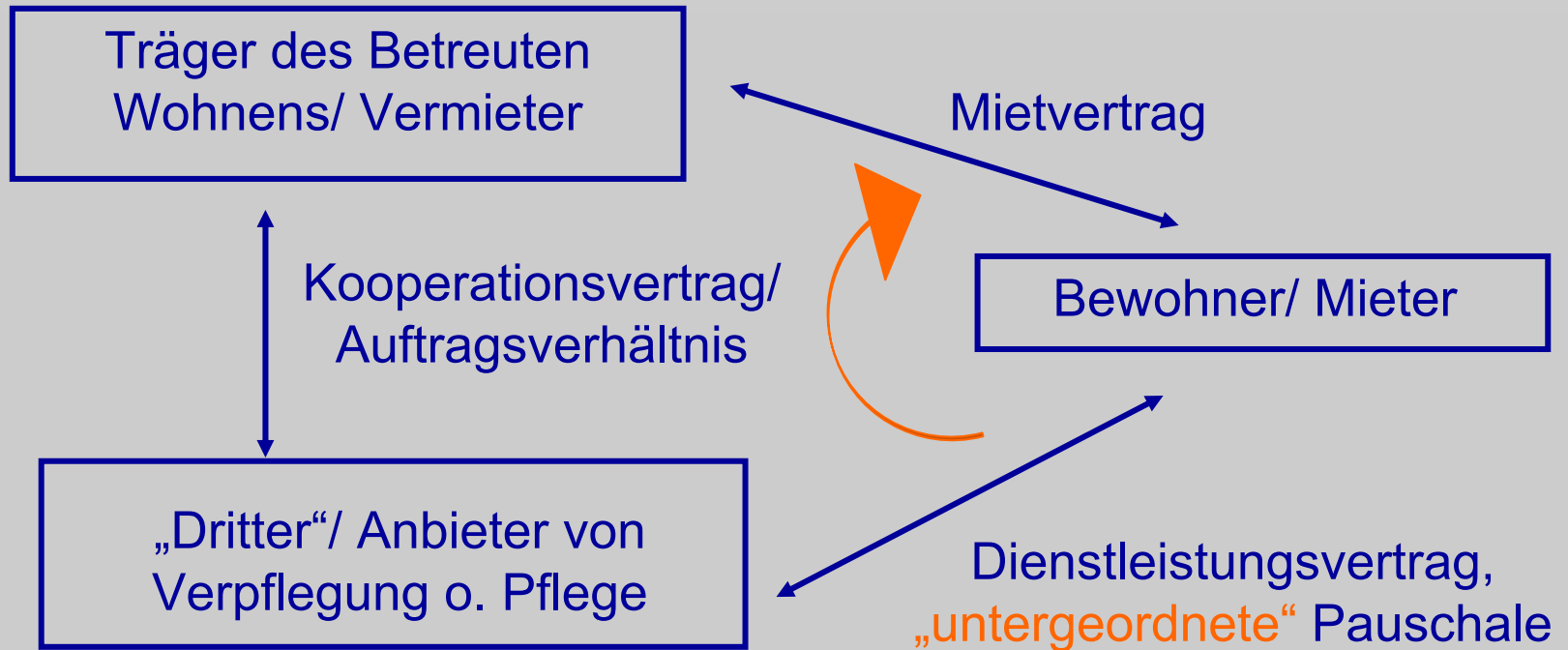
Allen Projekten ist gemein, dass die Pflege **ambulant** organisiert wird.

## 1. Reaktion: Änderung des Heimgesetzes zum 1.1.2002 – Vertragsverhältnisse, bis dahin...



\*OVG Münster, Beschl. v. 28.1.1999, 4 A 589/98

## Vertragsverhältnisse, ab 1.1.2002



# Teil 1: Reform der Kranken- und Pflegeversicherung

## Abgrenzung: Betreutes Wohnen zum Heim = Prüfung nach § 1 Abs. 2 HeimG

1. Keine Anwendung, wenn ein Vermieter durch Verträge mit Dritten oder auf andere Weise sicherstellt, dass den Mietern Betreuung und Verpflegung *angeboten* werden. (Satz 1)
2. Keine Anwendung, wenn die Mieter *vertraglich verpflichtet* sind, allgemeine Betreuungsleistungen wie Notrufdienste oder Vermittlung von bestimmten Anbietern anzunehmen. (Satz 2)
3. HeimG anwendbar, wenn die Mieter vertraglich verpflichtet sind, *Verpflegung* und *weitergehende* Betreuungsleistungen von bestimmten Anbietern anzunehmen. (Satz 3)

→ Merksatz: „Verpflegung“ und/oder „Pflege“ = HeimG!

## Teil 1: Reform der Kranken- und Pflegeversicherung:

### Anwendung: HeimG = vollstationäre Pflege? 2. Reaktion: Klarstellung des Haushaltsbegriffs zum 1.4.2007

NEIN!

Unter das HeimG fallen auch die „Altenheime“, vgl. §§ 14 HeimminbauV

**Entscheidend** für die Qualifikation als vollstationäre Pflege ist der „**Haushaltsbegriff**“

Leistungen der häuslichen Krankenpflege können nach der Neufassung der Absätze 1 und 2 des § 37 SGB V nun auch außerhalb der Familie und des Haushaltes an geeigneten Orten, insbesondere in Einrichtungen des **Betreuten Wohnens** zu Lasten der GKV erbracht werden.

# Teil 1: Reform der Kranken- und Pflegeversicherung

## Verstärkung des Trends!

### Leistungen, stationär (§ 43 SGB XI)

Keine Erhöhung der Leistungsbudgets durch das PfWEG zum 1.7.2008

PS I und PS II bleiben unverändert!

(PS I: € 1.023,00; PS II: € 1.279,00)

Damit bleiben 40 % der Leistungsausgaben ohne Erhöhung bis 2014!

PS III, siehe § 36 SGB XI

(von € 1.432,00, über € 1.470,00 und € 1.510,00 auf € 1.550,00 zum 1.1.2012)

Härtefall

(von € 1.688,00, über € 1.750,00 und € 1.825,00 auf € 1.918 zum 1.1.2012)

# Teil 1: Reform der Kranken- und Pflegeversicherung

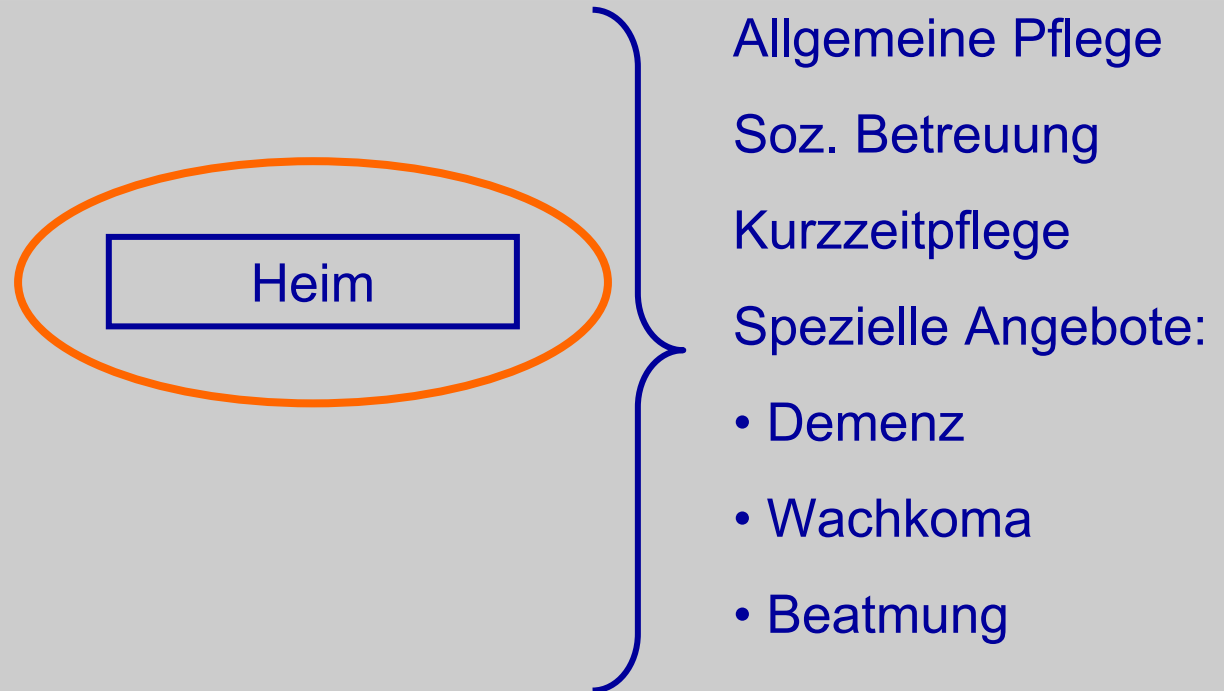
## Die Folge:

### Wer trägt die Erhöhung? BEISPIEL

Heimentgelt, Pflegestufe II beträgt (ohne Invest)		€ 2.700,00	
Erhöhung um	<b>1 %</b>		= € 27,00
Pflegekasse:	€ 1.279,00		(€ 0,00)
Krankenkasse:	€ 0,00		(€ 0,00)
Rente: Ø	€ 900,00		(€ 0,00)
<u>Sonstiges Vermögen/ Träger der Sozialhilfe:</u>			
Ungedeckter Teil	€ 521,00		(€ 27,00)

entspricht einer **Erhöhung um 5,2 %!**

## Ein Heim: Ort des Wohnens ...



# Teil 1: Reform der Kranken- und Pflegeversicherung

## 3. Reaktion: Zulassung ambulanter SGB V- Leistungen in stationären Einrichtungen ab 1.4.2007

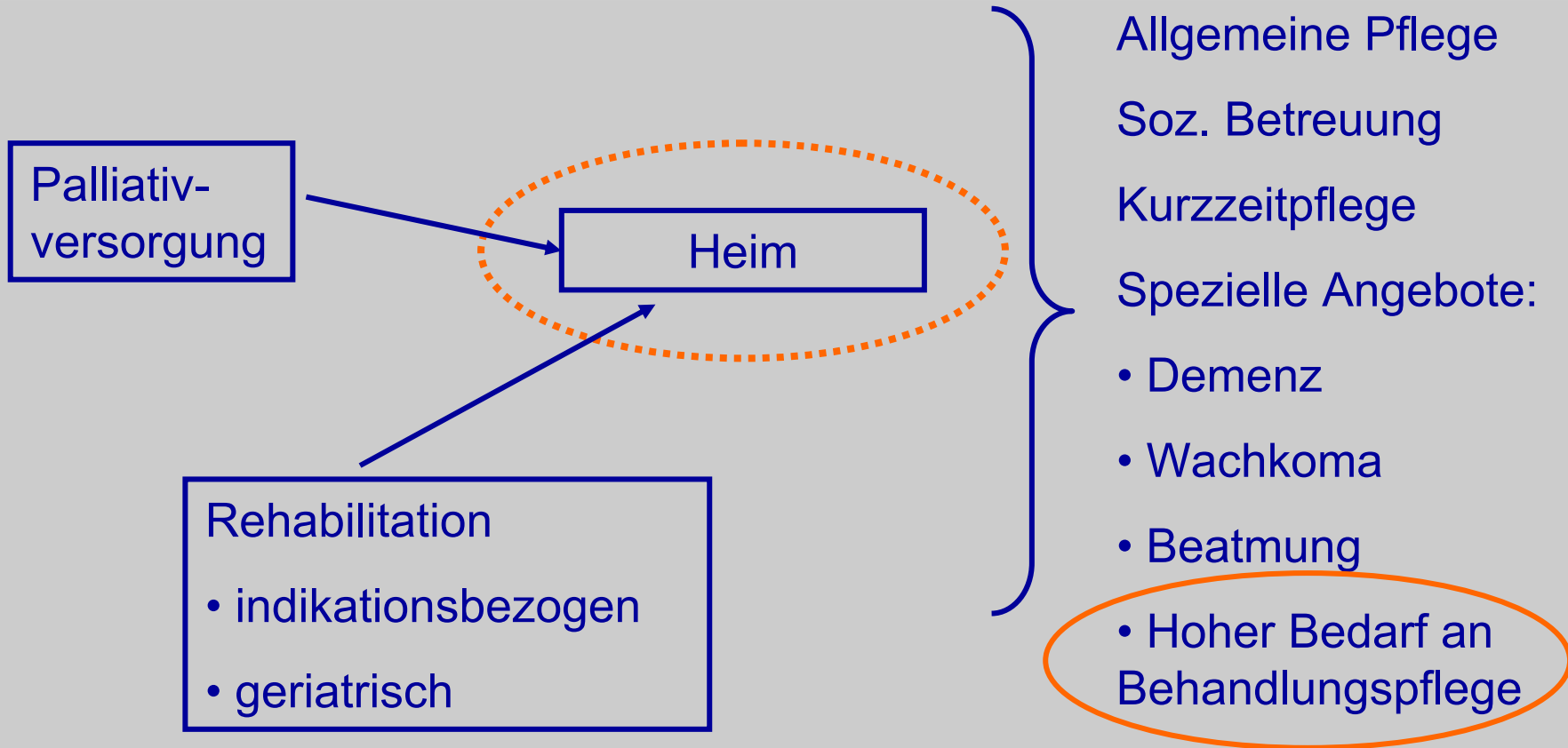
§ 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V: Ausnahmsweise ist *häusliche* Krankenpflege auch für Versicherte in vollstationären Pflegeeinrichtungen möglich, wenn auf Dauer ein besonders hoher Bedarf besteht

→ BT-Drucks. 16/3100, S. 300: Besondere, eng begrenzte Personengruppen mit besonders hohem Versorgungsbedarf (z.B. Wachkoma- und Dauerbeatmungspatienten)

§ 37b SGB V: Spezialisierte ambulante Palliativpflege

§ 40 Abs. 2 SGB V: ambulante „aufsuchende“ Rehabilitation  
[Geriatrische Rehabilitation, § 40a SGB V]

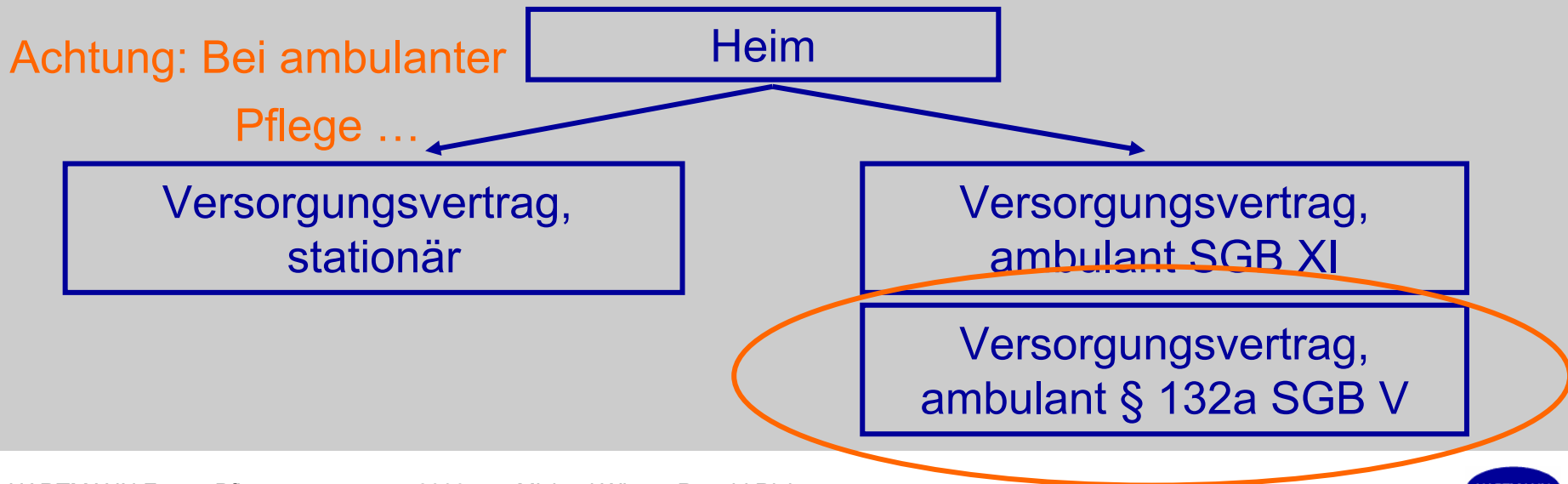
## Ein Heim: Ort des Wohnens [und ambulanter SGB V-Leistungen]



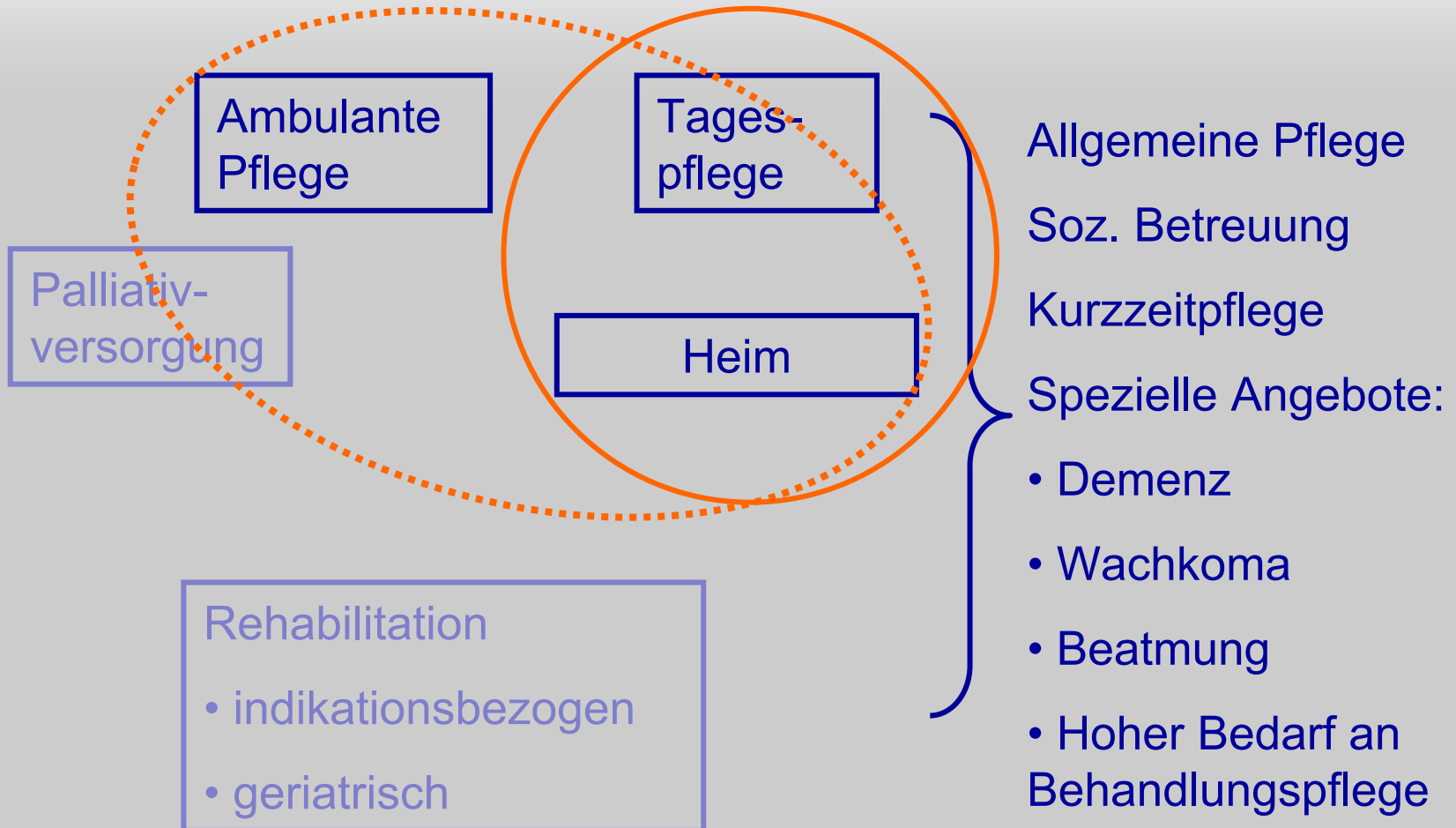
# Teil 1: Reform der Kranken- und Pflegeversicherung

## 4. Reaktion: Vertragsrechtliche Erleichterungen durch das PfWEG zum 1.7.2008

§ 72 Abs. 2 Satz 1 SGB XI: ...; für mehrere oder alle selbständig wirtschaftenden Einrichtungen (§ 71 Abs. 1 und 2) eines Pflegeeinrichtungsträgers, die örtlich und organisatorisch miteinander verbunden sind, kann ein einheitlicher Versorgungsvertrag (**Gesamtversorgungsvertrag**) geschlossen werden.



## Ein Heim: Ort des Wohnens mit Gesamtversorgungsvertrag



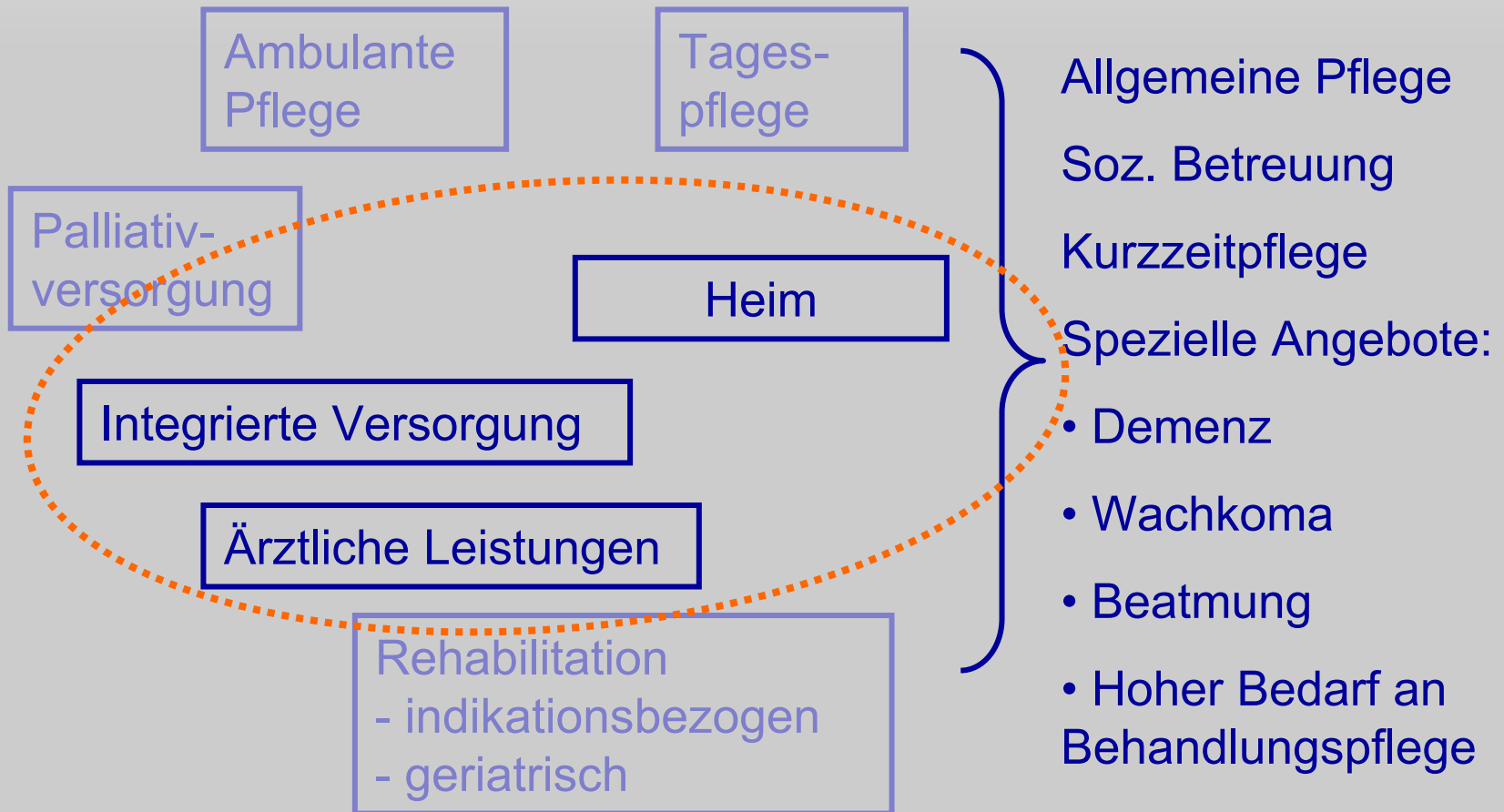
## 5. Reaktion: Verknüpfung pflegerischer und ärztlicher Leistungen

§ 95 SGB V: Öffnung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) für stationäre Leistungserbringer.

§ 92b SGB XI: Öffnung integrierter Versorgung für stationären Bereich.

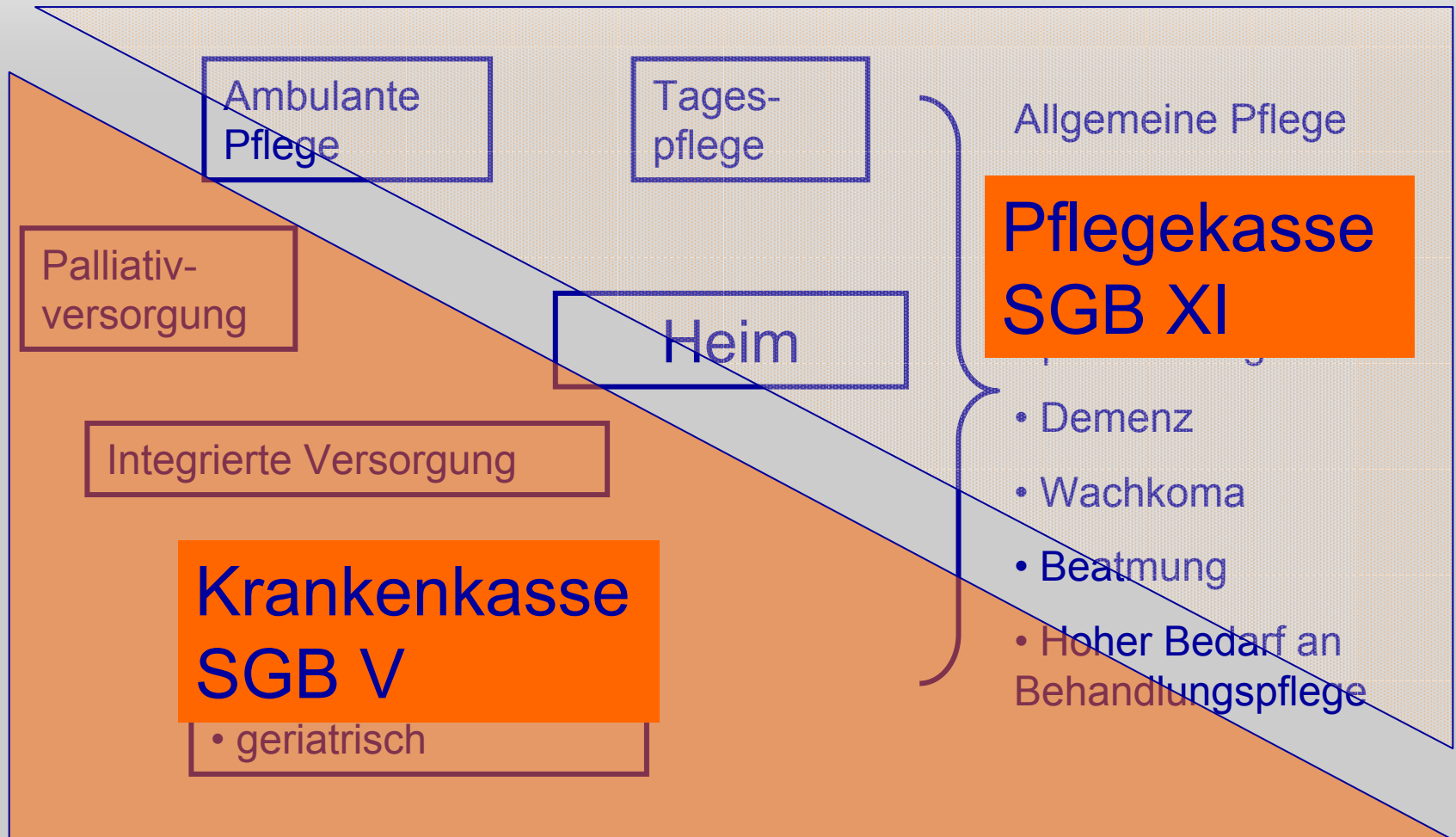
§ 119b SGB V: Ambulante (ärztliche) Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen: Stationäre Pflegeeinrichtungen können ... bei entsprechendem Bedarf ... **Kooperationsverträge** mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen. Auf Antrag der Pflegeeinrichtung hat die Kassenärztliche Vereinigung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung Verträge nach Satz 1 anzustreben. Kommt ein Vertrag nach Satz 1 nicht innerhalb von 6 Monaten nach Zugang des Antrags der Pflegeeinrichtung zustande, ist die Pflegeeinrichtung ... mit angestellten Ärzten ... zu **ermächtigen**.

## Ein Heim: Ort des Wohnens mit ärztlichen Leistungen



# Teil 1: Reform der Kranken- und Pflegeversicherung

## Ein Heim: verschiedene Leistungsträger und Mittelpunkt des Netzwerkes



# Teil 1: Reform der Kranken- und Pflegeversicherung

## Die Rechtsänderungen (WSG-GKV und PfWG) im Überblick

### Änderungen zum 1.4.2007 („Wettbewerbstärkungsgesetz“)

- Ambulante Leistungen der Krankenversicherung in vollstationären Einrichtungen
- Streichung des § 43b SGB XI (Behandlungspflege im Heim)
- Aufnahme der vollstationären Pflege in integrierte Versorgungen

### Änderungen zum 1.7.2008 („Pflegerweiterentwicklungsgesetz“)

- Leistungsausweitungen
- Einstieg in die Demenzversorgung
- Gesamtversorgungspläne
- Straffung des Leistungserbringerrechts
- Beteiligung der Leistungserbringer an der Qualitätssicherung
- Kooperationspflicht für ärztliche Leistungen

## Sektorübergreifende Versorgung ...

Die Überwindung sektoraler Grenzen bei der medizinischen Versorgung ist ein wesentliches Ziel der Reformen.

Die Überwindung sektoraler Grenzen mit dem Ziel der besten Versorgung:

- schafft Wettbewerb
- beschleunigt Innovationen
- erschließt Effizienz- und damit Wirtschaftlichkeitsreserven

→ BT-Drucks. 15/1525, S. 74

# Teil 1: Reform der Kranken- und Pflegeversicherung

## Neue Chancen ... ...angekündigte Reformen

WettbewerbsstärkungsG zur Änderung des SGB V zum 01.04.2007

Pflege-Weiterentwicklungsg zur Änderung des SGB XI zum 01.07.2008

Erste Landes-Heimgesetze [BaWü, Bayern]

bringen Verzahnung ambulant/ stationär +  
pflegerische/ ärztliche Versorgung

Bundeseinheitliches (zivilrechtliches) Einrichtungsgesetz

Finanzierung

Pflegebedürftigkeitsbegriff

- Bericht zum 1.11.2008
- Nicht stigmatisieren, sondern fördern
- Stichwort: „Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“

# Die Pflegereform

## Chancen für die stationäre Pflege nutzen

---

Die gesetzlichen Reformen überwinden die Sektorgrenzen der Versorgung

Es folgt Teil 2:

**Vernetzte Angebotstrukturen im Pflegeheim -  
Organisation und Umsetzung**

# Die Pflegereform - Chancen für die stationäre Pflege nutzen

---

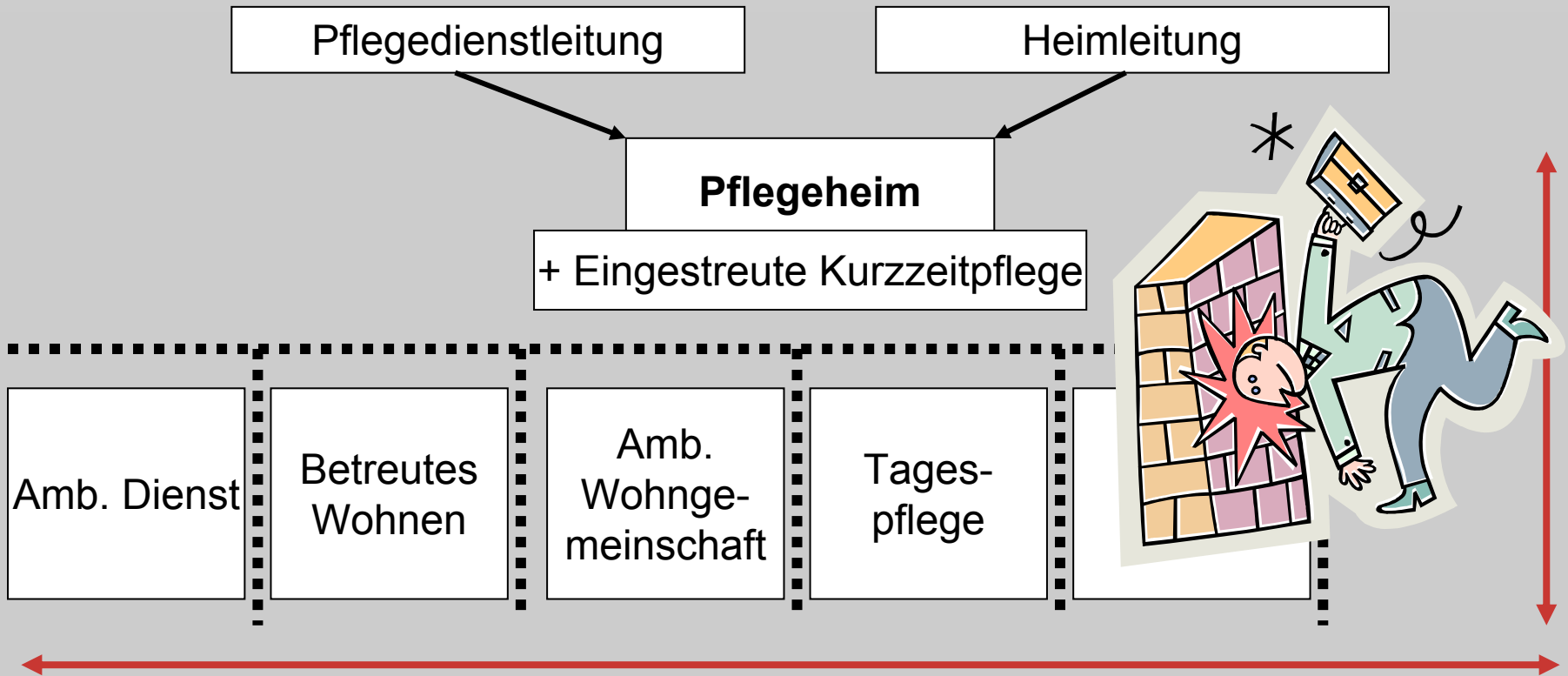
## Teil 2: Vernetzte Angebotsstrukturen im Pflegeheim

### Organisation und praktische Umsetzung

1. Ausgangspunkt und Vergütungssystematik
2. Die Qual der Wahl – welche Angebote passen?
3. Sektorenübergreifender Personaleinsatz
4. Organisatorische und vertragliche Voraussetzungen für einen sektorenübergreifenden Personaleinsatz

# Teil 2: Vernetzte Angebotsstrukturen im Pflegeheim

## Ausgangsbasis



### Gegenwärtige Systematik der Stationären Vergütung

- Pauschale Leistungsvergütung über Pflegesatz
- ~~• Bundeslandunterschiedliche (Teil)- Vergütung bei Bewohnerabwesenheit~~
- Keine Vergütung bei Bettenleerstand
- Begrenzte Vergütung der Mitarbeitervorhaltung
- Mitarbeiterbemessungssystematik: Pflegeschlüssel

### Gegenwärtige Systematik der Ambulanten Vergütung

- Einzelleistungsabrechnung im SGB XI-Bereich (Module/Leistungskomplexe)
- Einzel-/Paketabrechnung im SGB V - Bereich
- Keine Bezahlung der Mitarbeitervorhaltung
- Mindestmitarbeitervorhaltung nach SGB V (ohne Vergütung)

**Ambulante (Mindest-) Mitarbeitervorhaltung heißt nicht die Mitarbeiter nicht einzusetzen, sondern zur Dienstleistungserbringung verfügbar zu haben.**

## Teil 2: Vernetzte Angebotsstrukturen im Pflegeheim

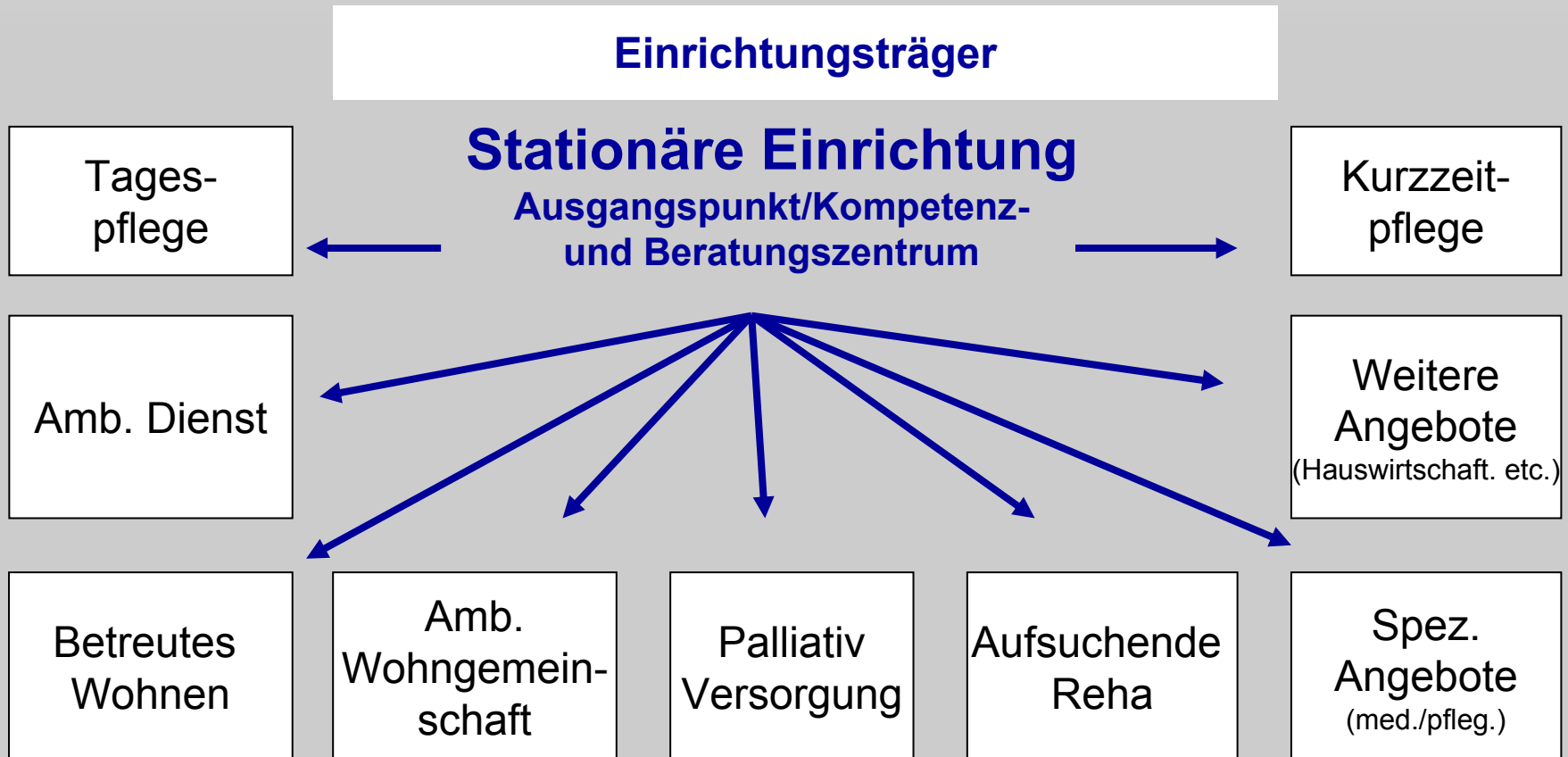


### Die Qual der Wahl

- Welche Veränderungen kommen auf uns zu? Gesetze/Umfeld/Demografie
- Welche Möglichkeiten bieten sich daraus folgernd grundsätzlich an?
- Wie gestaltet sich das Umfeld unserer Einrichtung in Bezug auf Wettbewerber, Kliniken, MVZ, spezialisierte Arztpraxen, andere Einrichtungen etc?
- Was fordert/benötigt unser Klientel oder nachfragendes Klientel?
- Bestehen (bereits) Unter- oder Überkapazitäten in bestehenden oder aktuell zu realisierenden Objekten?
- Rechnet sich der wirtschaftliche Aufwand langfristig?

## Teil 2: Vernetzte Angebotsstrukturen im Pflegeheim

### Vielfalt der Möglichkeiten/Entscheidung zur Auswahl (Eigenleistung und/oder Kooperationen)



### Warum sektorenübergreifender Personaleinsatz?

#### Erkenntnisse/Strukturelle Veränderungen zwischen 1994/95 und 2008

- Veränderte Situationen im Bereich der Belegung und Nachfrage
- Komplette veränderte Wettbewerbssituation
- Zunehmend diversifizierte Angebotsstrukturen
- Verpflichtung/Notwendigkeit zu wirtschaftlichem Handeln
- Flexibilität und Kontinuität in der Dienstleistungserbringung im Interesse der Kunden
- Arbeitsplatzsicherheit für Mitarbeiter
- Übergreifende Unternehmenszielsetzungen
- Qualitätsmanagement aus einer Hand (Leitbild, Konzepte mit gleichen Basisstrukturen)

### **Kostenfaktor Personaleinsatz**

**Ein entscheidendes Kriterium beim Ausbau sektorenübergreifender Strukturen**

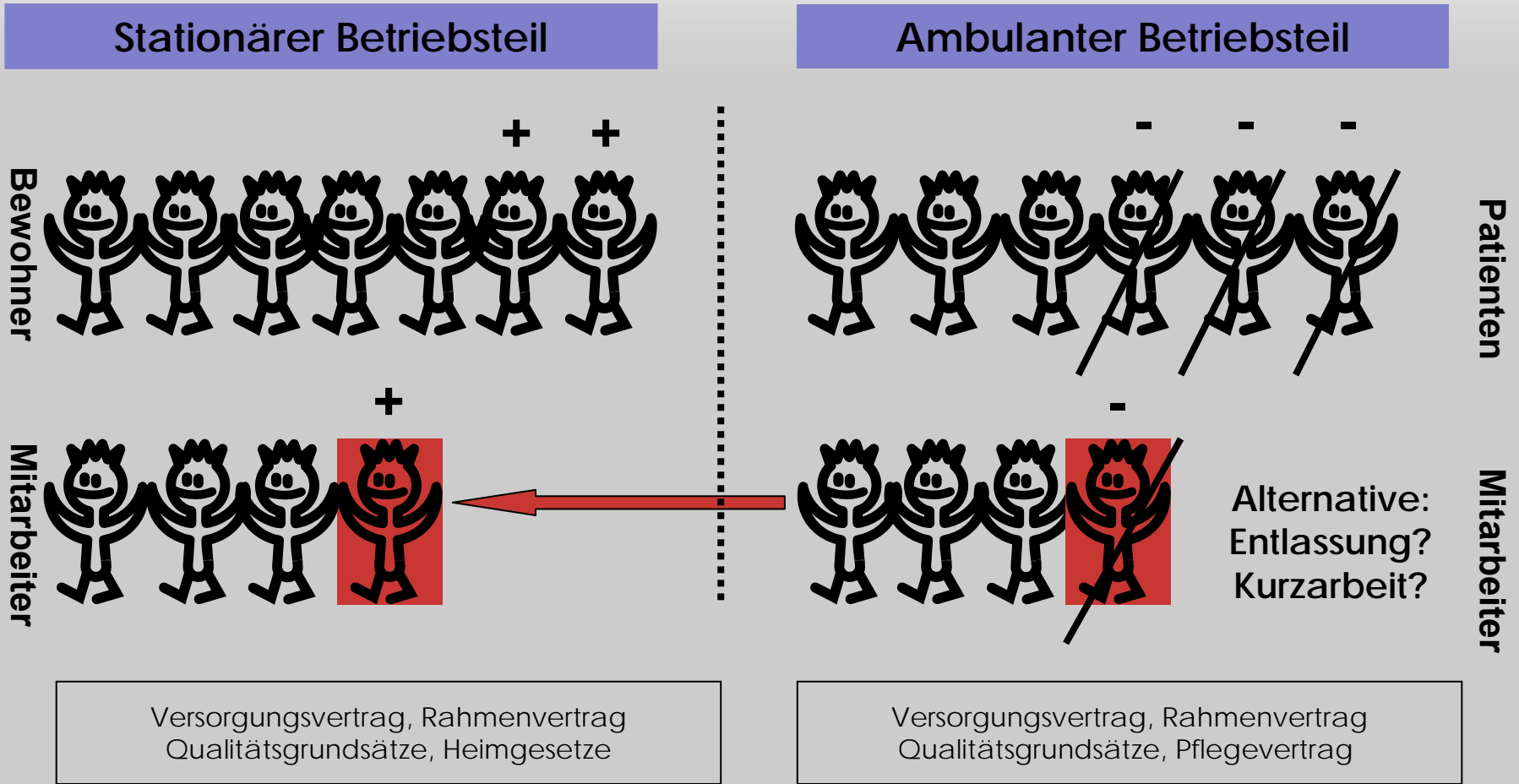
Die Angebotsrealisierung hängt in großen Teilen von den Möglichkeiten des sektorenübergreifenden Personaleinsatzes ab.

Angebote rechnen sich vielfach nicht mehr,  
wenn der Aufbau von Doppelstrukturen erforderlich ist.

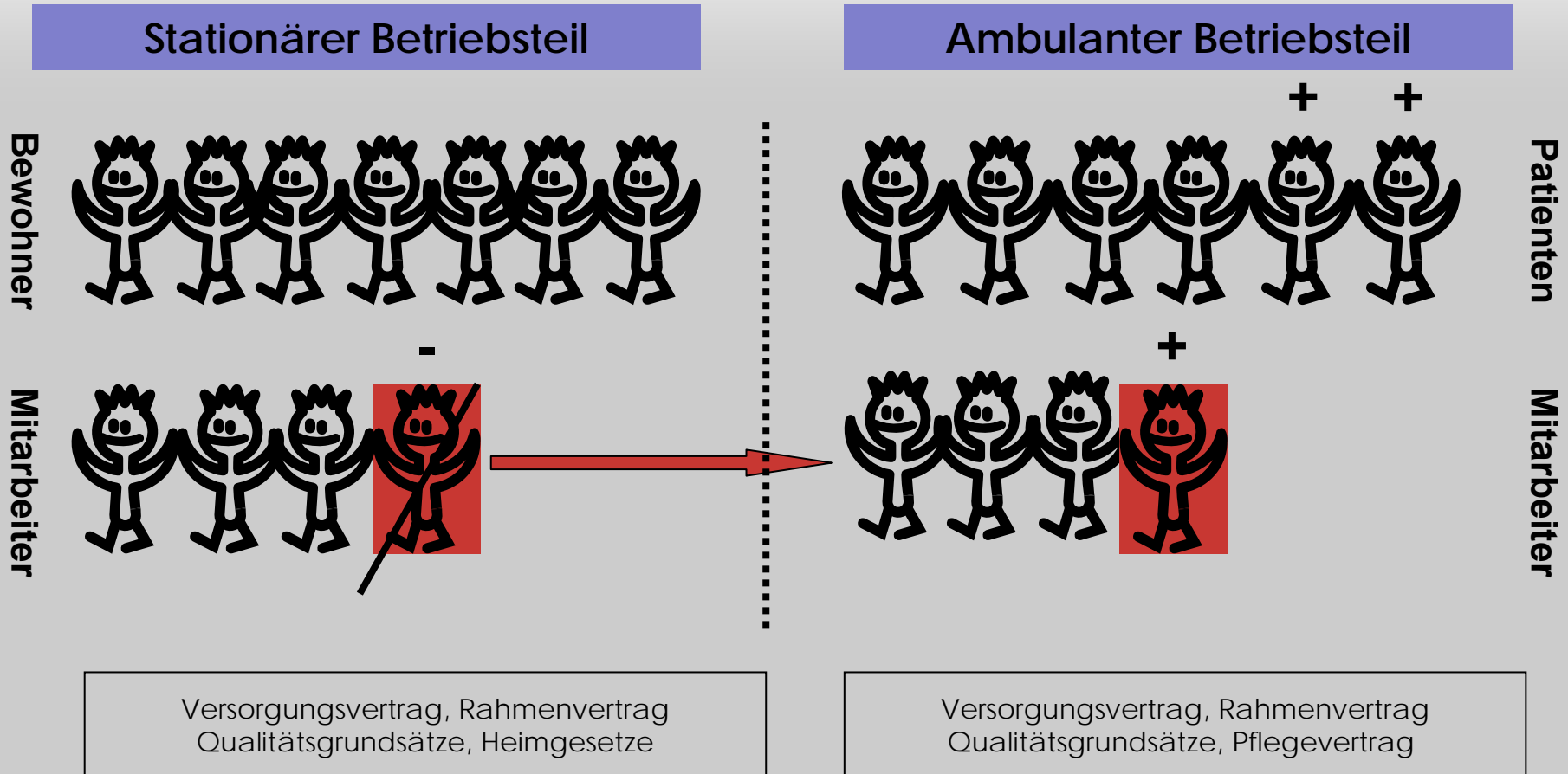
Bisher hat das SGB XI (bzw. die Verantwortlichen bei den Kassen) dieses in weiten Teilen gefordert, das ist jetzt nicht mehr der Fall!

**Doppelstrukturen können jetzt vermieden werden!**

## Dienstleistungen von ambulant nach stationär

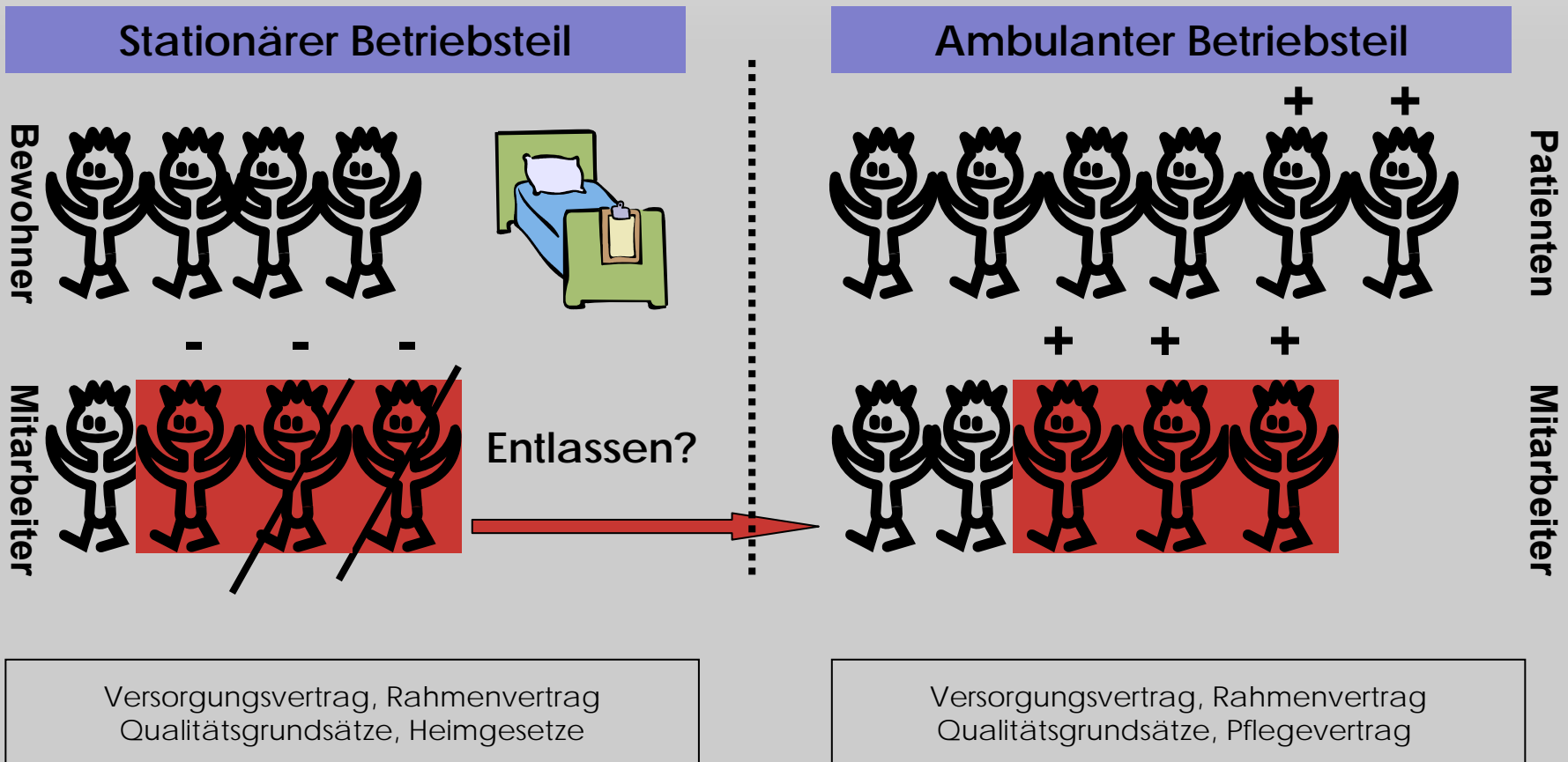


## Dienstleistungen von stationär nach ambulant

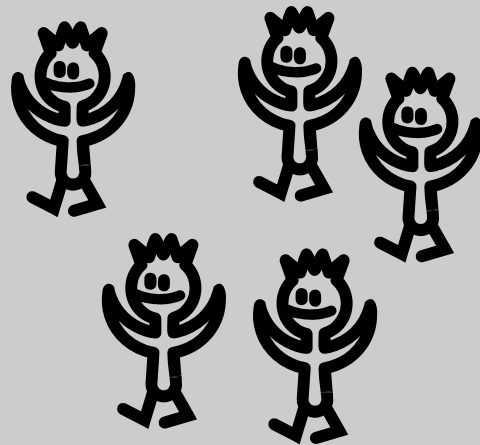


## Dienstleistungen von stationär nach ambulant

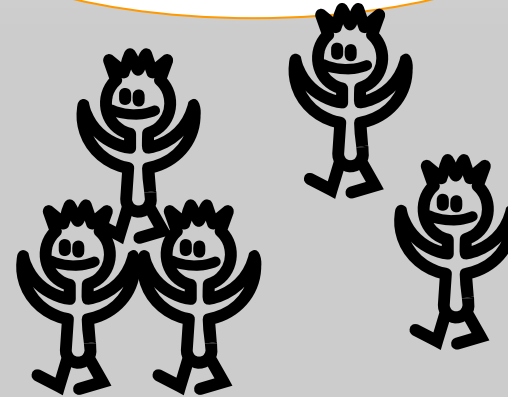
Belegungsschwierigkeiten



Amb. Betriebsteil mit  
vertragsgemäßigem  
Stellenkontingent



Stationärer Betriebsteil  
vertragsgemäßigem  
Stellenkontingent



Mitarbeiter aus ambulantem Betriebsteil zählen zur vertragsgemäßen Mindestausstattung des ambulanten Dienstes. **Deren Einsatz im stationären Betriebsteil kann gleichermaßen analog zu dem Mitarbeiter einer Zeitarbeitsfirma auf das Stellenkontingent des stat. Betriebsteils angerechnet werden.** MITARBEITERVORHALTUNG heißt nicht, die Mitarbeiter nicht einsetzen zu dürfen.

### Sektorenübergreifender Personaleinsatz: von stationär nach ambulant

Auslösende Momente	Mögliche Konsequenzen	Alternative	Möglicher Nutzen (i. Abhängigkeit v. auslös. Moment)
Abwesende Bewohner (z. Bsp. Krankenhaus etc.)	Wirtschaftliche Einbußen (in Abhängigkeit v. d. Inhalten d. Rahmenvertrags nach § 75 SGB XI)	Einsatz von Mitarbeitern im ambulanten Betriebsteil	Arbeitsplatzsicherheit Einnahmen erzielen aus MA-Einsatz i. amb. Betriebsteil Wirtschaftlicher Einsatz verfügbarer AZ-Kontingente Kein Bedarf z. Aufbau amb. Überstunden Kein Bedarf z. Einkauf teurer Zeitarbeit Amb. kann mögl. höhere Nachfrage befriedigt werden Abbau besteh. amb. Überstunden
Höhere Mitarbeiterzahl als vertraglich vereinbart	Freie Arbeitszeitkontingente Kurzarbeit		
Belegungsschwierigkeiten	Entlassung MA		
Frei verfügbare Zeitkontingente (z.Bsp. bestehende Minusstunden)			

### Differenzierung zwischen Abwesenheitstagen und Bettenleerstandstagen in Abhängigkeit zu den (bisher) unterschiedlichen Regelungen in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI nach Bundesländern!

- Abwesenheitstag = Kostenteilerstattung zu 75 % (1.07.2008)
  - Bettenleerstandstag = Keinerlei Kostenerstattung!!!
-

## Teil 2: Vernetzte Angebotsstrukturen im Pflegeheim

### Die neue bundesweite Abwesendheitsregelung, §§ 87a Abs. 1 S. 6 und 5, 43 Abs. 5 SGB XI

Garantierte Freihaltezeit für den Pflege-/ Heimplatz 42 Kalendertage je Jahr  
+ die Gesamtdauer des Krankenhaus- bzw. Rehabilitationsaufenthaltes!

Beispiel: zweimal „urlaubsbedingte“ Abwesendheit von je 21 Tagen,  
dann Krankenhausaufenthalt mit 18 Tagen Dauer

→ 42 + 18 Krankenhaus = 60 Tage bezahlte Abwesendheit

Jeweils (also für jede Abwesendheit von) 3 Tage **volle Vergütung**, dann  
min. 25 % Abschlag auf allgemeine Pflege, U+V, **nicht**: Invest!

Für die Höhe der Abschläge ist eine Änderung des Rahmenvertrages nach  
§ 75 SGB XI notwendig, aber nicht Voraussetzung für die sonstige Anwen-  
dung dieser Regelung (wie § 43 Abs. 5 SGB XI zeigt). Der Versicherte hat  
einen Anspruch auf die Zahlung seiner Pflegekasse auch bei Abwesendheit!

Der sektorenübergreifende Personaleinsatz ersetzt nicht die üblichen Maßnahmen zur Flexibilität in der Einsatzplanung, sondern ergänzt diese.

### Ergänzende übliche Maßnahmen zum übergreifenden Personaleinsatz:

**Der Mix macht's!!!**

- Verhältnis an Vollzeit zu Teilzeitmitarbeitern
- Einsatz von geringfügig Beschäftigten („400 €“)
- Befristete Arbeitsverträge
- Vereinbarungen über Arbeitszeitkonten
- Abbau/Aufbau von Plus-/Minusstunden  
(insbesondere Minusstunden sind nur begrenzt wirtschaftl. sinnvoll)

Nicht die Einzelne der genannten Maßnahmen stellt die Ideale dar, sondern deren Kombination in Abhängigkeit von dem zu bedienenden Angebotsspektrum!

## Teil 2: Vernetzte Angebotsstrukturen im Pflegeheim

### Vorraussetzungen/Grundlagen f. übergreifenden Personaleinsatz

---

- Kooperationsvereinbarung zwischen ambulanten und stationärem Betriebsteil in Abstimmung mit den Kostenträgern  
(sofern kein Gesamtversorgungsvertrag besteht)
  - Kontinuierlicher Personalabgleich zur Transparenz im Handeln gegenüber Dritten (Kostenträger, Heimaufsichtsbehörden etc.)
- ⇒ Belegungstage nach Stufen (Soll/Ist)  
⇒ Bettenleerstandstage  
⇒ Mitarbeiterzahl Soll/Ist
- Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Vereinbarungen einschließlich derer zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement
  - Mitarbeiterauswahl innerhalb des übergreifenden Personaleinsatzes
  - Unternehmerisches Denken und Handeln bei den einzelnen PDLs

## Teil 2: Vernetzte Angebotsstrukturen im Pflegeheim

### Voraussetzung f. Sektorenübergreifenden Personaleinsatz



Funktionierende Dienst- und Einsatzplanung (vor allem im Ausgangspunkt der Sektorenübergreifenden Organisation)

Bewusstmachen der Pflegeschlüsselanteile



<p><b>Direkte/Indirekte Pflege</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• im Tag- u. Nachtdienst</li><li>• Administrative Anteile wie gesamtes Qualitätsmanagement etc.</li></ul>	<p><b>Weitere Anteile</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pflegedienstleitung</li><li>• Ergotherapie/ Soz. Dienst</li></ul>
<p><b>Fehlzeiten</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Urlaub</li><li>• Fortbildung</li><li>• Krankheit</li></ul>	

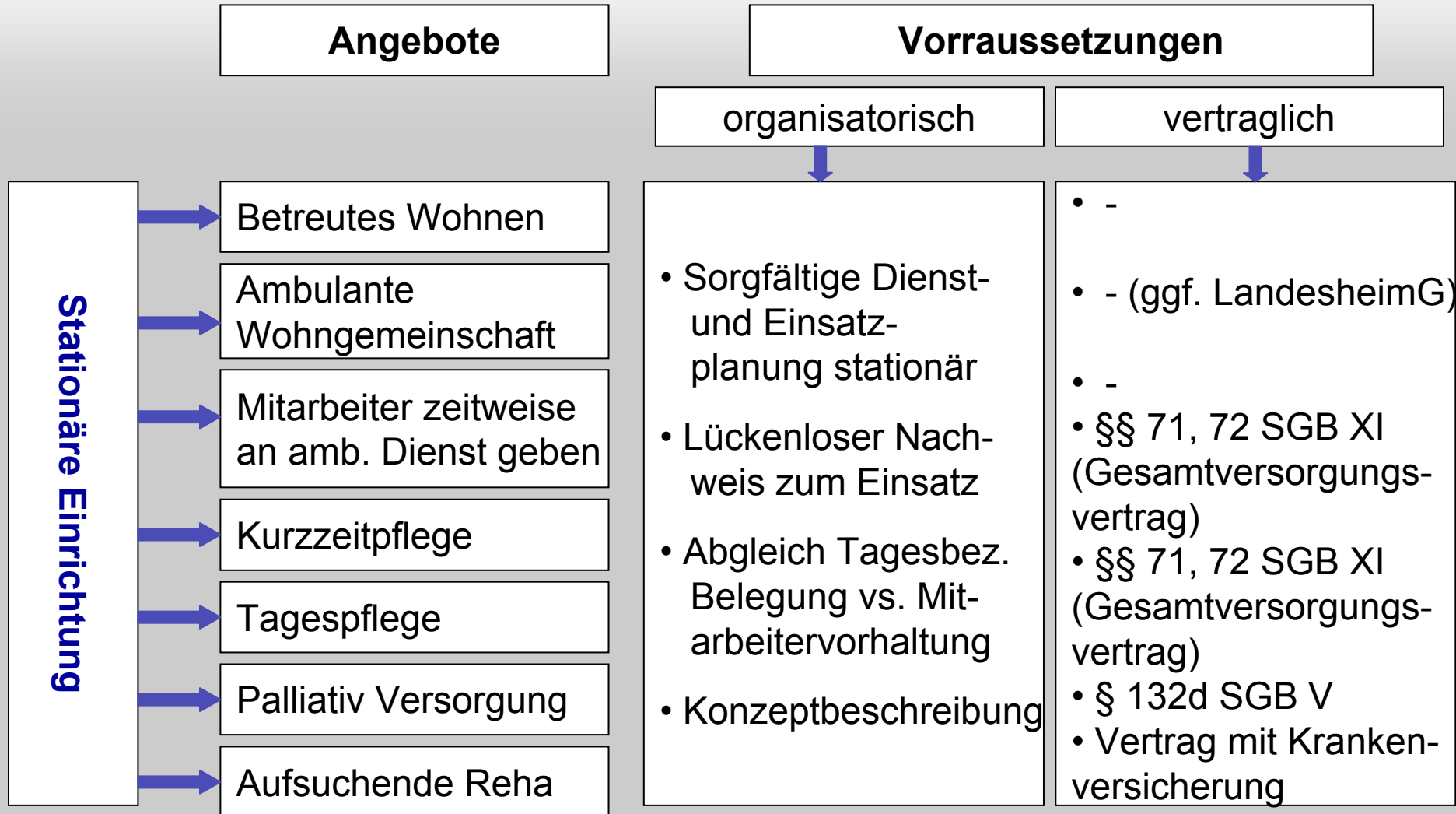
## Teil 2: Vernetzte Angebotsstrukturen im Pflegeheim

### Transparenz der freien Stellenanteile

Anzahl Bewohner/Datum	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Summe	
Max. Bewohnerzahl: 32																		<b>Belegungstage</b>
Pflegestufe 0	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
Pflegestufe 1	8	6	6	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26
Pflegestufe 2	14	13	12	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	32
Pflegestufe 3	8	10	12	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	44
<b>Bewohner Anzahl Gesamt</b>	<b>32</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>127</b>
<b>Mitarbeiter Soll in VZK</b>																		
Soll Pflegestufe 0	0,43	0,43	0,43	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Soll Pflegestufe 1	2,56	1,92	1,92	1,92	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Soll Pflegestufe 2	6,25	5,80	5,36	5,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Soll Pflegestufe 3	4,85	6,06	7,27	8,48	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	<b>14,08</b>	<b>14,21</b>	<b>14,98</b>	<b>15,76</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	
<b>Mitarbeiter Ist in VZK</b>	<b>14,50</b>	<b>14,50</b>	<b>14,50</b>	<b>14,50</b>	<b>14,50</b>	<b>14,50</b>	<b>14,50</b>	<b>14,50</b>	<b>14,50</b>	<b>14,50</b>	<b>14,50</b>	<b>14,50</b>	<b>14,50</b>	<b>14,50</b>	<b>14,50</b>	<b>14,50</b>	<b>14,50</b>	
<b>Differenz in VZK</b>	0,42	0,29	-0,48	-1,26	14,50	14,50	14,50	14,50	14,50	14,50	14,50	14,50	14,50	14,50	14,50	14,50	14,50	

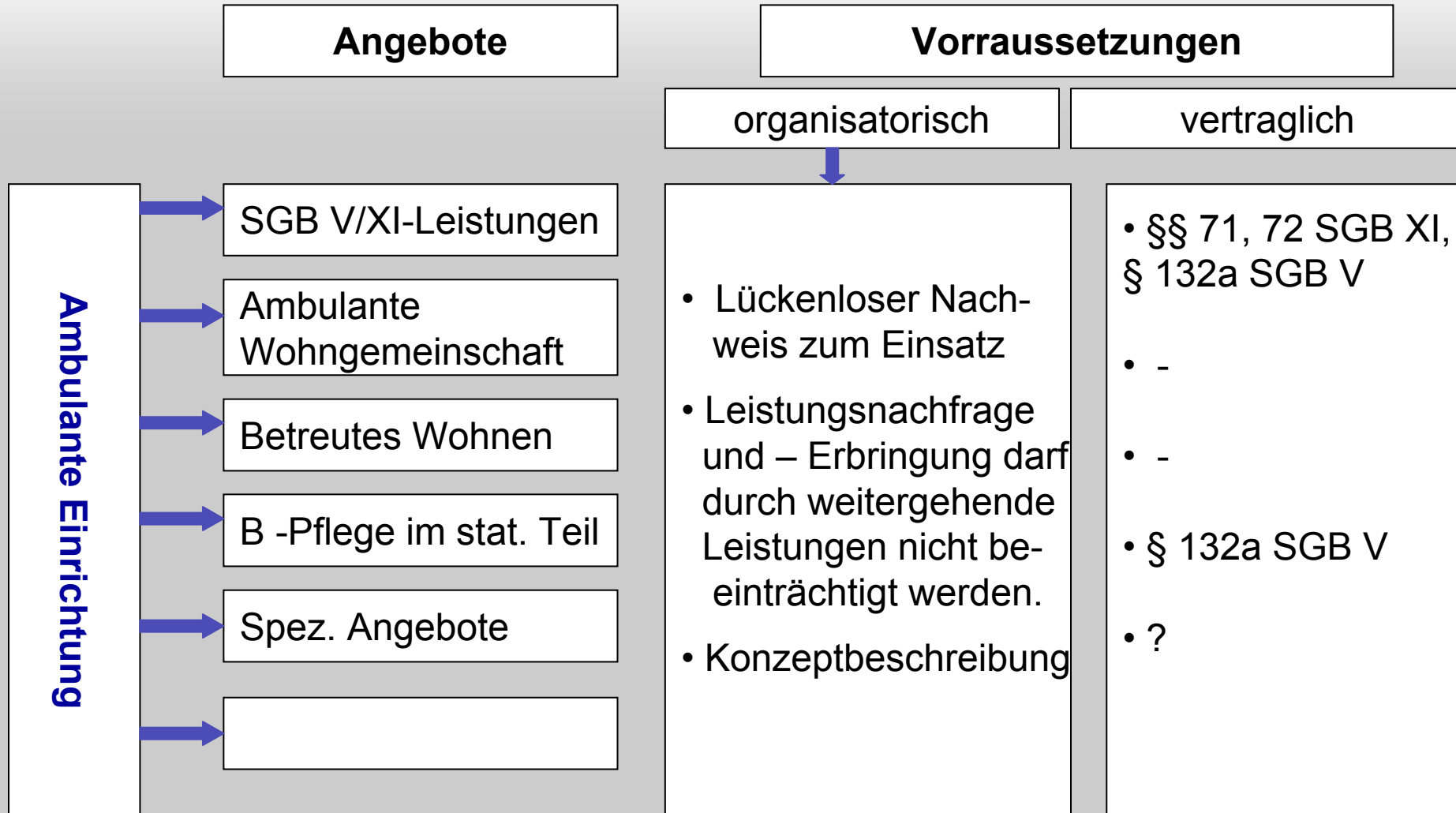
## Teil 2: Vernetzte Angebotsstrukturen im Pflegeheim

### Umsetzung der Möglichkeiten aus stationärer Sicht



## Teil 2: Vernetzte Angebotsstrukturen im Pflegeheim

### Umsetzung der Möglichkeiten aus ambulanter Sicht



### Nachweisliche Einhaltung der Leistungsverpflichtungen

**Ambulante  
Einrichtung**



- Leistungserbringung gem. Kundennachfrage
- Einhaltung der Verträge nach §§ 132 a V; 89SGB XI

**Stationäre  
Einrichtung**



- Einhaltung der Verträge nach §§ 75/85
- Abgleich tagesbezogenen Belegungstage nach Pflegestufen, Pflegeschlüssel und Mitarbeiteranzahl

**Expertentipp: Vorher mit Kostenträger Erfassungssystem abstimmen**

# Die Pflegereform - Chancen für die stationäre Pflege nutzen

---

Die gesetzlichen Reformen überwinden die Sektorgrenzen  
der Versorgung

Es folgt Teil 3:

**Das Pflegeheim als Zentrum der „ambulanten“  
Angebote - Rechtliche Umsetzung: Was ist jetzt zu tun?**

# Die Pflegereform - Chancen für die stationäre Pflege nutzen

---

## Teil 3: Rechtliche Umsetzung – Was ist jetzt zu tun?

1. Vergleich: Leistungen werden selbst oder durch Dritte erbracht
2. Spezialpflegesatz pro Abteilung
3. Gesamtversorgungsvertrag
4. Kooperationsvertrag

## Ein Heim: Die Qual der Wahl! Welche Leistungen sollen angeboten werden?



# Teil 3: Rechtliche Umsetzung – Was ist jetzt zu tun?

## Der Ambulantisierungstrend - Ursachen

Öffentliche Wahrnehmung

Demographie

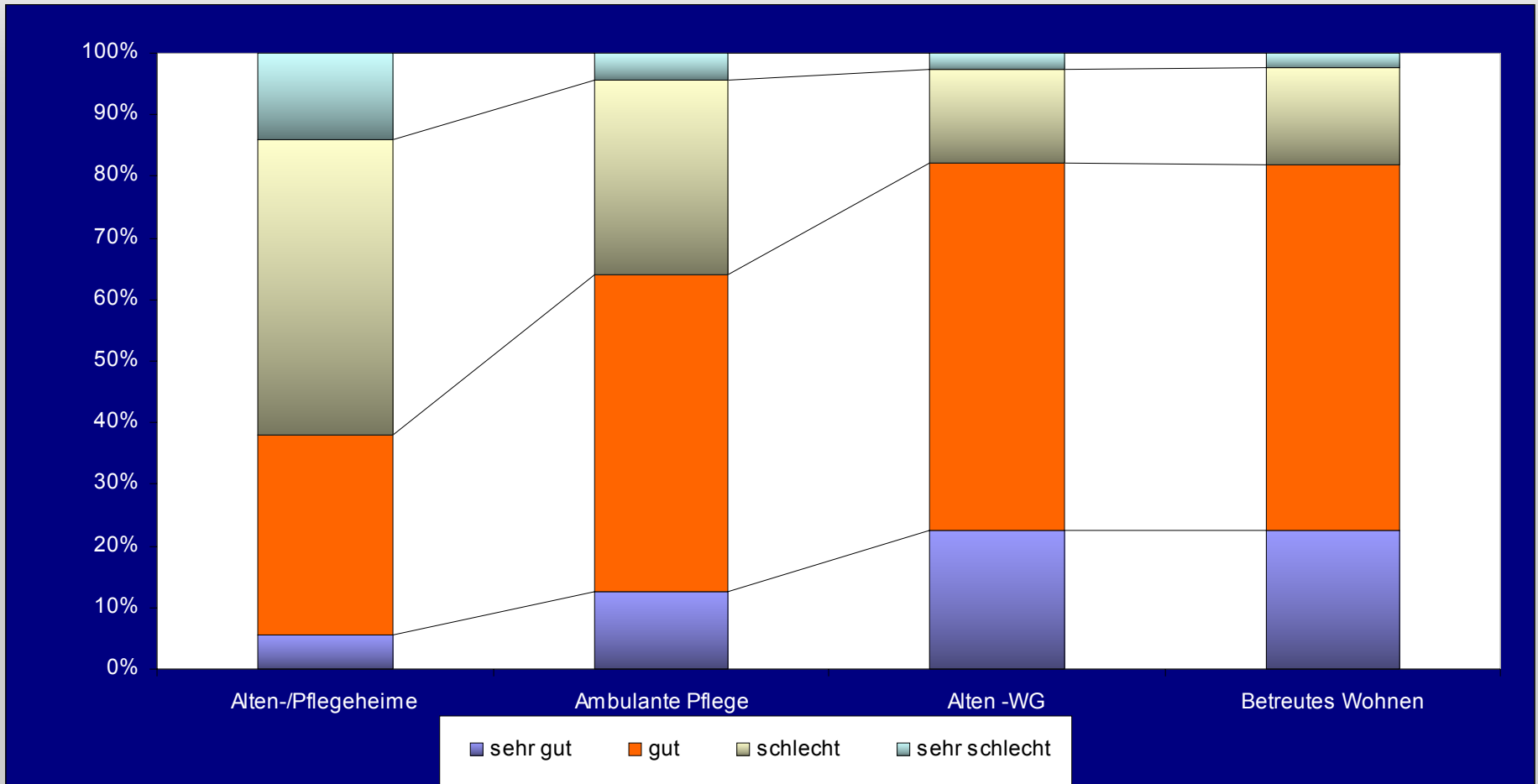
Politik

Finanzielle Erwägungen

Entwicklungen in der Wohnwirtschaft

# Teil 3: Rechtliche Umsetzung – Was ist jetzt zu tun?

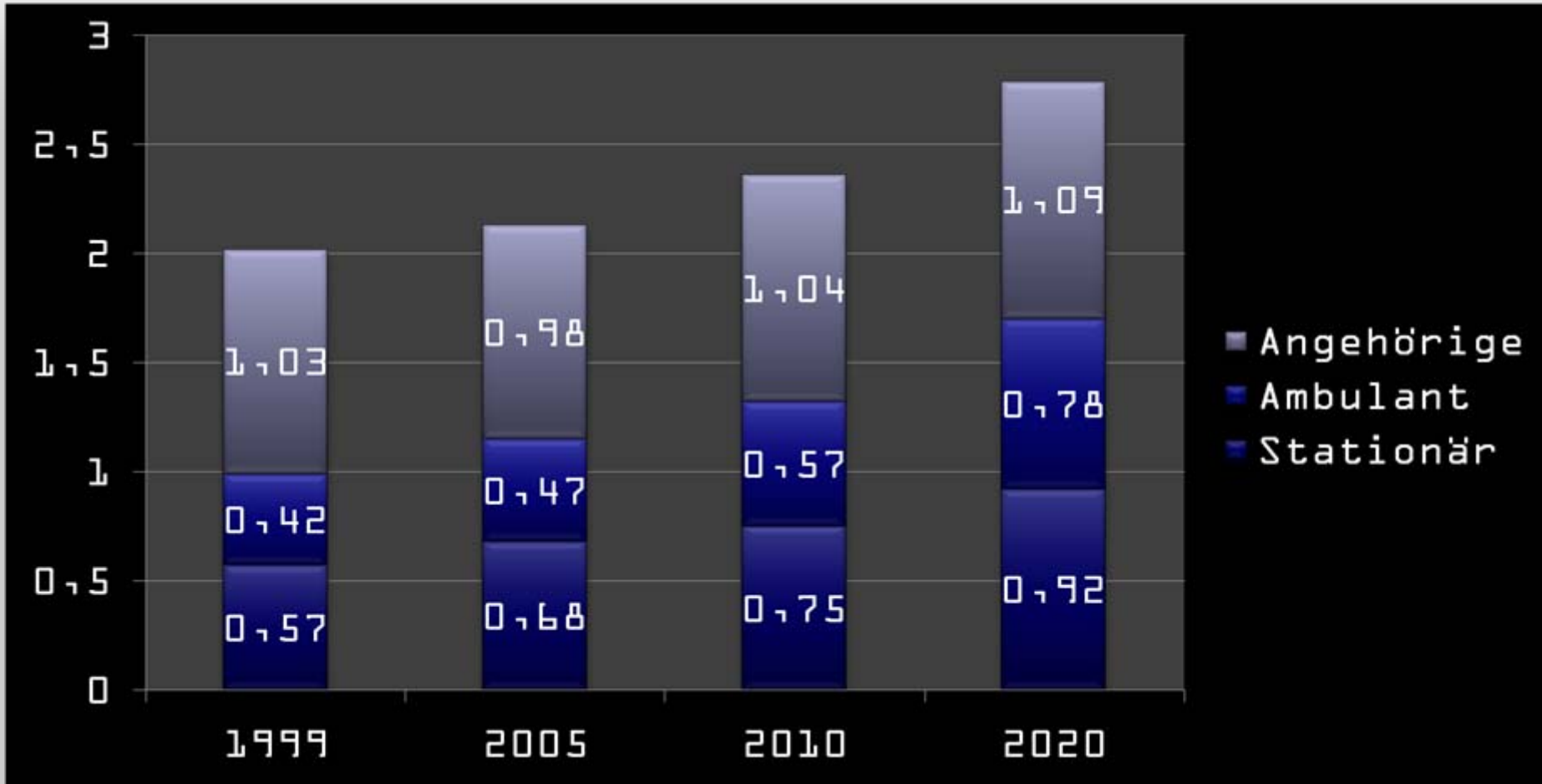
## Ruf der Branche



Quelle: Studie: Delta Lloyd Deutschland AG / F.A.Z-Institut.

# Teil 3: Rechtliche Umsetzung – Was ist jetzt zu tun?

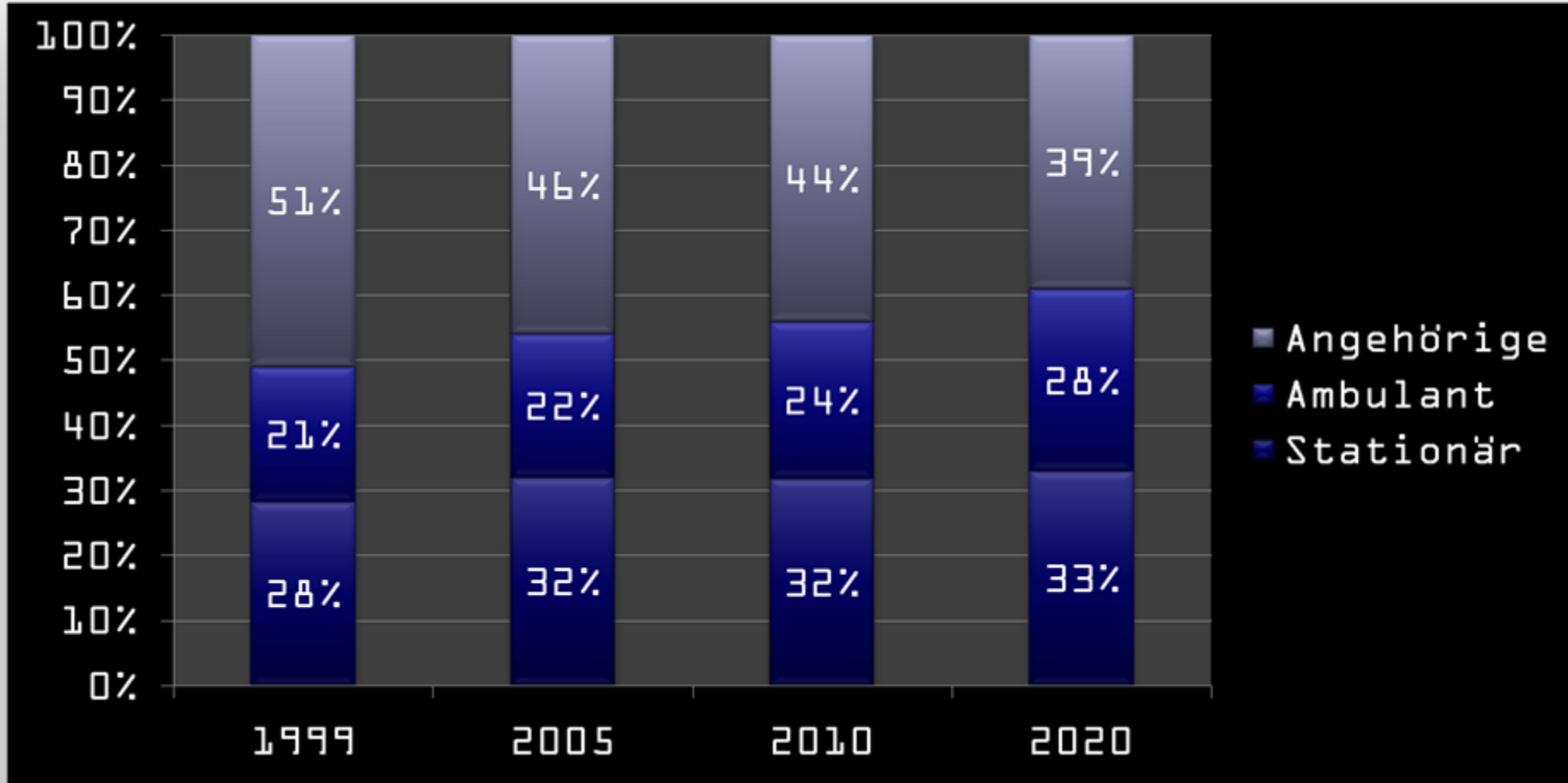
## Vollstationäre Pflege - Prognosen



Quelle: BMSG, Prof. Schnabel, axion (Millionen Fälle)

## Teil 3: Rechtliche Umsetzung – Was ist jetzt zu tun?

### Verteilung der Pflege künftig?



Vergleich: UK – 60 % vollstationäre Pflege!

## Teil 3: Rechtliche Umsetzung – Was ist jetzt zu tun?

### Verweildauer



- In der Realität sind die Pflegezeiten gestiegen
- Die Verweildauer im vollstationären Bereich ist gesunken
- Überproportionale Steigerung der häuslichen Verweildauer der Bewohner

Quelle: FELICIE Studie, zit. n. R. Scholz, RESIDENCIA 2007

## Teil 3: Rechtliche Umsetzung – Was ist jetzt zu tun?

### Schritt – Analyse: Wie sieht mein lokaler Markt aus?

Bitte Fragen Sie sich:

Was sind meine Stärken (Schwächen)?

Woher bekomme ich meine Bewohner?

Wie sieht die Entwicklung in einem Zeitraum von 5 Jahren aus?

Ändern sich die Ansprüche oder Bedürfnisse meiner Bewohner?

Wie reagiere ich darauf? Personell, baulich, ...

Woher kommen meine (qualifizierten) Pflegekräfte?

## Teil 3: Rechtliche Umsetzung – Was ist jetzt zu tun?

### Möglichkeiten ...

Leistungen werden selbst erbracht

#### Voraussetzungen:

- Abschluss der Verträge mit dem Sozialleistungsträger (PK/ KK)
- Vorhalten der personellen und sachlichen Anforderungen
- Wirtschaftliche Leistungserbringung möglich

Leistungen werden durch einen anderen Leistungserbringer erbracht

#### Voraussetzungen:

- Auswahl eines Leistungserbringers, mit entsprechender Qualität
- Abschluss eines Kooperationsvertrages
- Leistungsabgrenzung möglich
- Entgelt-/ Honoraraufteilung

## Teil 3: Rechtliche Umsetzung – Was ist jetzt zu tun?

### Wohnwirtschaft

Anstieg des Bedarfs nach seniorenrechtlichen Wohnungen (800.000 Wohnungen bis 2050)

Fokussierung der Wohnwirtschaft auf das Segment der Senioren

Lösungsansatz aus der Wohnwirtschaft um die explodierenden Pflegekosten einzudämmen

KfW-Programme zu Modernisierung und Umbau

Wohnwirtschaft tritt bereits als Konkurrent auf

„Aktion: Impulse für den Wohnungsbau, 2007“ - Durch die Schaffung von 1 Mio. barrierefreien Wohnungen die Pflege- und Sozialhaushalte um 15 – 20 Mrd. € zu entlasten...

MIETEN / KAUFEN

- Mietwohnungen
- Kaufen
- Gewerbe
- Seniorenwohnen
- Interessentenformular
- Pflegewohnen
- Residenzen
- Seniorenwohnhäuser
- SOPHIA - Hilfe im Alltag für Senioren
- Flyer/Downloads
- Studentenwohnungen
- Stellplätze / Garagen
- Ferienwohnungen
- Stadtteilinfo

Seniorenwohnungssuche

# Sie suchen eine Seniorenwohnung ?

Hier können Sie Ihre Wünsche angeben.

[Bedienungshilfe](#)

BEZIRK

- keine Angaben
- Köpenick
- Friedrichshagen
- Köpenick

STRASSE

OBJEKTART

- keine Angaben
- Seniorenwohnung
- Seniorenresidenz

ZIMMERZAHL

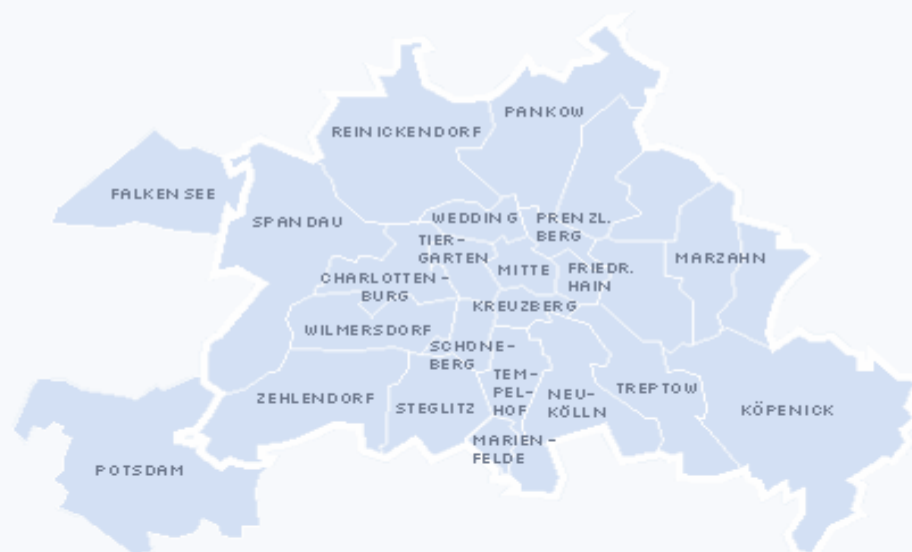
- keine Angaben
- 1 Zimmer
- 2 Zimmer
- 3 Zimmer

WOHNFLÄCHE

keine Angaben

BRUTTOWARMMIETE

EUR



- » Wohnungen / Häuser
- » Garagen / Stellplätze
- » Wohnsinn
- » Ihre Mietanfrage
- » Suchagent / Merkliste
- » **Wohnen im Alter**
  - » So funktioniert 's im Detail
  - » Die Leistungen im Überblick
  - » Unser Partner
- » Kaufen statt Mieten
- » Umzugstipps
- » Kontakt
- » Kundencenter / Servicebüros

## Wohnen im Alter - Annington Wohnen Plus



Wie wohnt man, wenn man älter wird? Gerade im Alter möchten Sie nicht auf ihr gewohntes Umfeld mit Nachbarn und Freunden verzichten. Sie wollen möglichst lange ein selbstständiges, selbst bestimmtes Leben in Ihrer Wohnung führen. Aber manchmal ändern sich die Lebensumstände und die körperliche Verfassung, so dass man kleine Hilfen und Unterstützung benötigt.

### Das bieten wir Ihnen

Mit unserem Serviceangebot „Annington Wohnen Plus“ bieten wir unseren älteren Mietern und Eigentümern Unterstützung für die Bereiche Pflege/Gesundheit, Alltag und Freizeit.

„Annington Wohnen Plus“ ist unter der kostenlosen Servicenummer **0800 100355** rund um die Uhr erreichbar.

Geschulte Mitarbeiter unseres Kooperationspartners **ÖRAG Service GmbH** vermitteln qualitätsgeprüfte Angebote vom Menüservice, über Fahr- und ambulante Pflegedienste sowie Benennung von Fachärzten im Ausland bis hin zu Reiseinformationen.

Die Beratung erfolgt telefonisch und damit schnell und direkt, unabhängig von Ort und Zeit.

Das bisherige „Annington Wohnen Plus“-Konzept wurde in den letzten Jahren über regionale Beratungsbüros in sieben Städten angeboten. Allerdings machte die große Nachfrage deutlich, dass der Service ausgeweitet werden muss. Aus diesem Grund wurden die bisherigen

## Teil 3: Rechtliche Umsetzung – Was ist jetzt zu tun?

### Gefahren in der Pflege

- Heime unter 72 Betten und solche in Gebieten mit niedriger Kaufkraft geraten tendenziell leichter in Schieflagen (Admed/RWI-Studie)
- Nicht mehr marktgerechter Bauzustand vieler bestehender Pflegeheime
- Neue Kundenanforderungen
- Zunehmend kritischere Öffentlichkeit
- Steigender Druck auf Alterseinkommen der Mittelschicht

Insolvenzgefahr für ca. 30 % in den nächsten 10 Jahren

## Teil 3: Rechtliche Umsetzung – Was ist jetzt zu tun?

### 2. Pole künftiger Strategien

In welchem Geschäft sind wir?

#### A) Spezialisierung – Nischenlösung

- Hohe pflegerische Kompetenz
- Prozess Know-How
- demnächst medizinische Kompetenz
- Focus auf PS II 2 und höher

#### B) Seniorenbetreuung

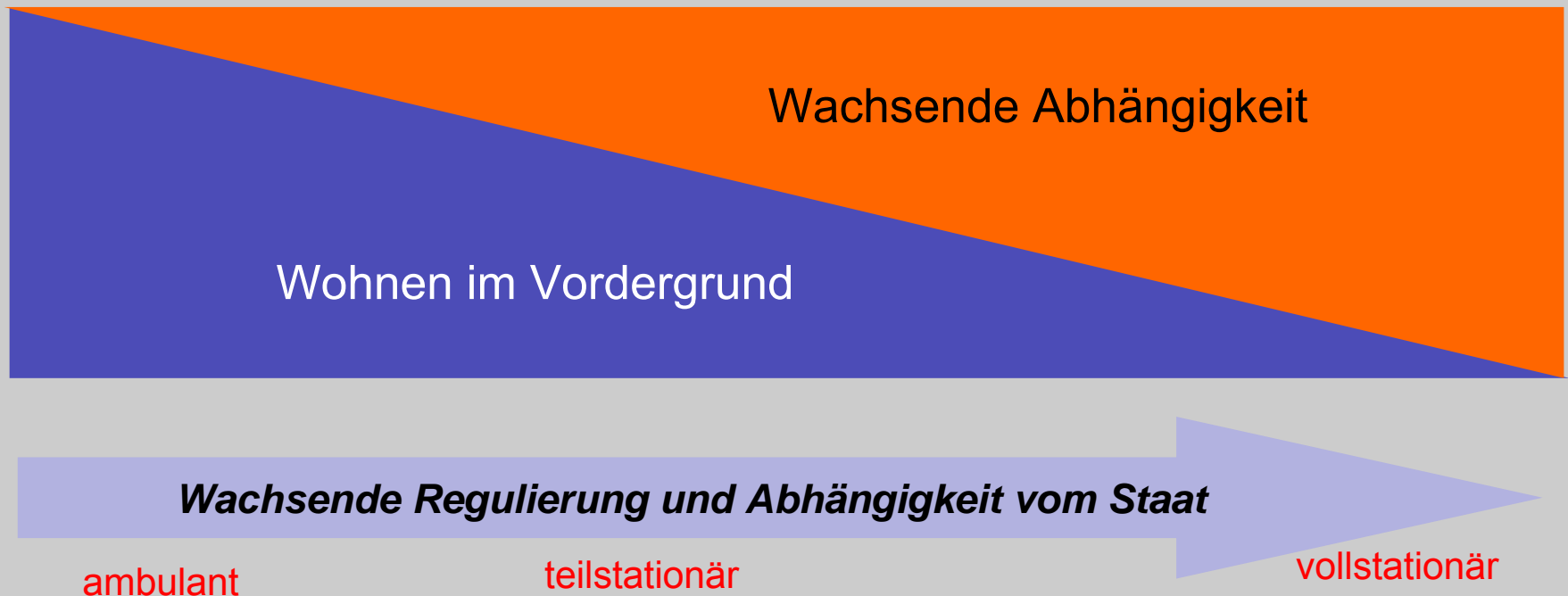
- In die Breite
- Anker der Gemeinde für Senioren

# Teil 3: Rechtliche Umsetzung – Was ist jetzt zu tun?

## Paradigmenwechsel

Stationäre Pflege: Immobilie der Verrichtung angepasst

Ambulante Pflege: Verrichtung dem Lebensumfeld angepasst



### Voraussetzung: Kompetenz in der Pflege

- Prozesskonsistenz
- Schnittstellenkompetenz
- Ausbau der Personalpotentiale
- Demenz als Regelleistung behandeln
- Kompetenz bei den medizinischen Schnittstellen entwickeln
- Segmentierung als Schlüssel zum Marktzugang

## Teil 3: Rechtliche Umsetzung – Was ist jetzt zu tun?

Ein Heim: Im Zentrum des Netzwerks...  
mit eigener Leistungserbringung

ambulante – stationäre Pflege

Ambulante  
Pflege

Palliativ-  
versorgung

Rehabilitation

- indikationsbezogen
- geriatrisch

Tages-  
pflege

Heim

Profilierung:

- Demenz
- Wachkoma
- Beatmung
- Hoher Bedarf an  
Behandlungspflege

## Teil 3: Rechtliche Umsetzung – Was ist jetzt zu tun?

### Beispiel: Spezialabteilung mit eigenem Pflegesatz

Der Einrichtung bleibt es unbenommen, einen speziellen (höheren) Pflegebedarf in einer selbständigen Pflegeabteilung mit eigenen Pflegesätzen zu versorgen. (BSG, Ur. v. 14.12.2000, B 3 P 19/00R)

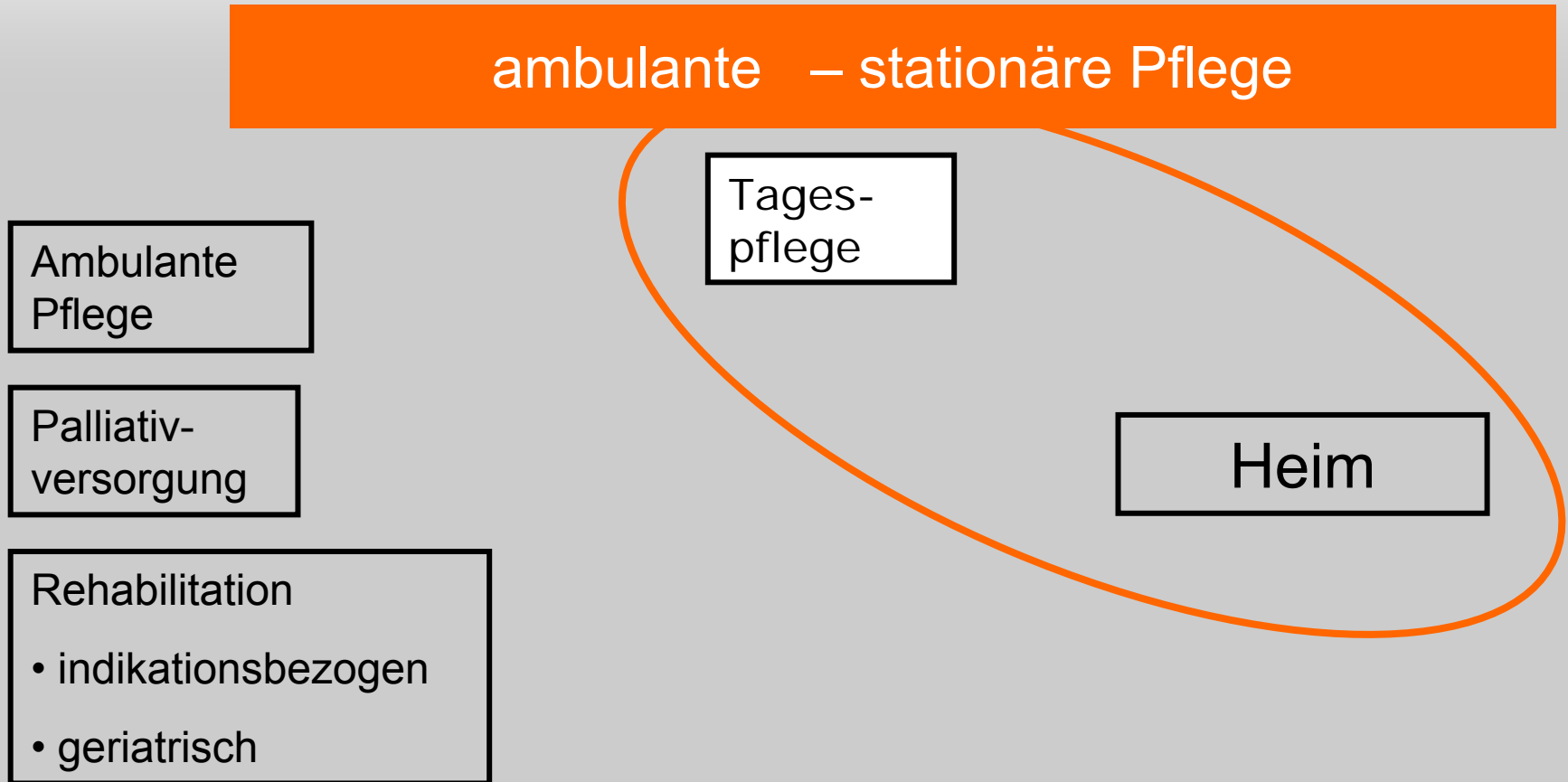
Voraussetzung: „damals“ eine eigene LQV nach § 80a SGB XI, jetzt der Abschluss einer Vergütungsvereinbarung mit entsprechenden **Leitungs- und Qualitätsmerkmalen (LQM)**, § 84 Abs. 5 SGB XI also: personelle und sachliche Voraussetzungen definieren

Pflegesätze in „Spezialabteilungen“ steigen, sind aber durch (Mehr-) Leistung gedeckt.

Pflegesätze in den allgemeinen Abteilungen werden entlastet (sinken)

In einigen Bundesländern (Bayern, Niedersachsen) werden dafür gesonderte Versorgungsverträge abgeschlossen.

## Ein Heim als Basis einer Plattform mit Leistungen der Tagespflege



## Teil 3: Rechtliche Umsetzung – Was ist jetzt zu tun?

### Mehr Leistungen

#### Tagespflege: „Mehrleistungszuschlag“

- Werden Tages- und Nachpflege mit häuslicher Pflege oder mit Pflegegeld kombiniert, gelten besondere Höchstsätze
- Eine Kumulation und Kombination wird nicht grenzenlos zugelassen
- ...zu diesen Grenzbeträgen vgl. § 41 Abs. 4 bis 6 SGB XI

Mehrleistungszuschlag von 50%!

PS I: € 210,00

PS II: € 490,00

PS III: € 735,00

## Teil 3: Rechtliche Umsetzung – Was ist jetzt zu tun?

### ...geregelt über einen Gesamtversorgungsvertrag

#### Voraussetzungen:

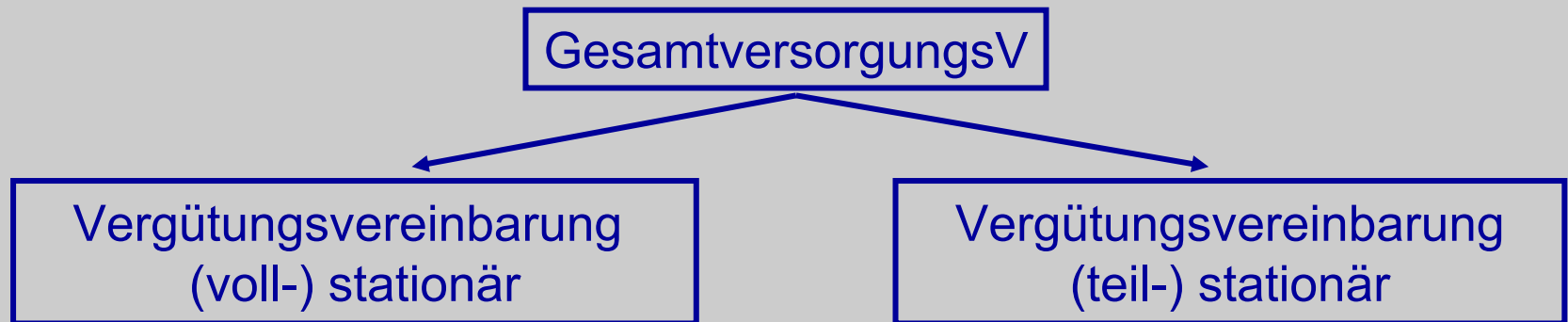
personelle, sächliche, bauliche Voraussetzungen

Ein Gesamtversorgungsvertrag eines Trägers bedeutet:

Eine leitende Pflegefachkraft,

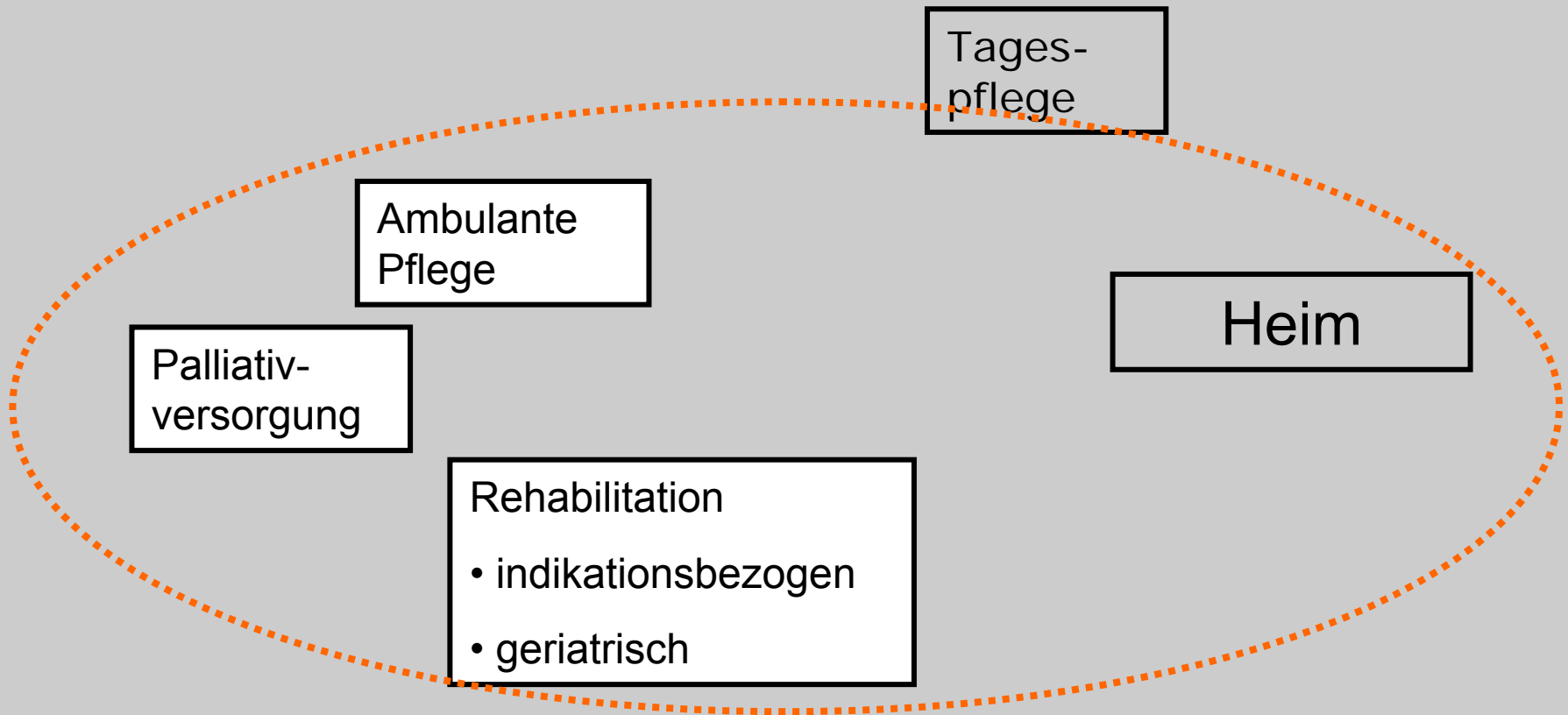
„sektorübergreifender“ Personaleinsatz ohne weiteres möglich,

aber: verschiedene Vergütungsvereinbarungen



## Ein Heim als Basis einer Plattform mit Kooperationsleistungen

ambulante – stationäre Pflege



## Teil 3: Rechtliche Umsetzung – Was ist jetzt zu tun?

### Leistungserbringung durch Dritte

#### Vorteile:

- Der „Dritte“ ist für die Status begründenden Verträge zuständig
- Dieser hält personelle und sächliche Mittel vor
- ...übernimmt regelmäßig die Abrechnung und den Forderungseinzug

#### Regelungsbereiche:

- Konkrete Leistungseinbindung
- Akzeptanz bei den Bewohnern („Kunden“) für Fremddienstleister

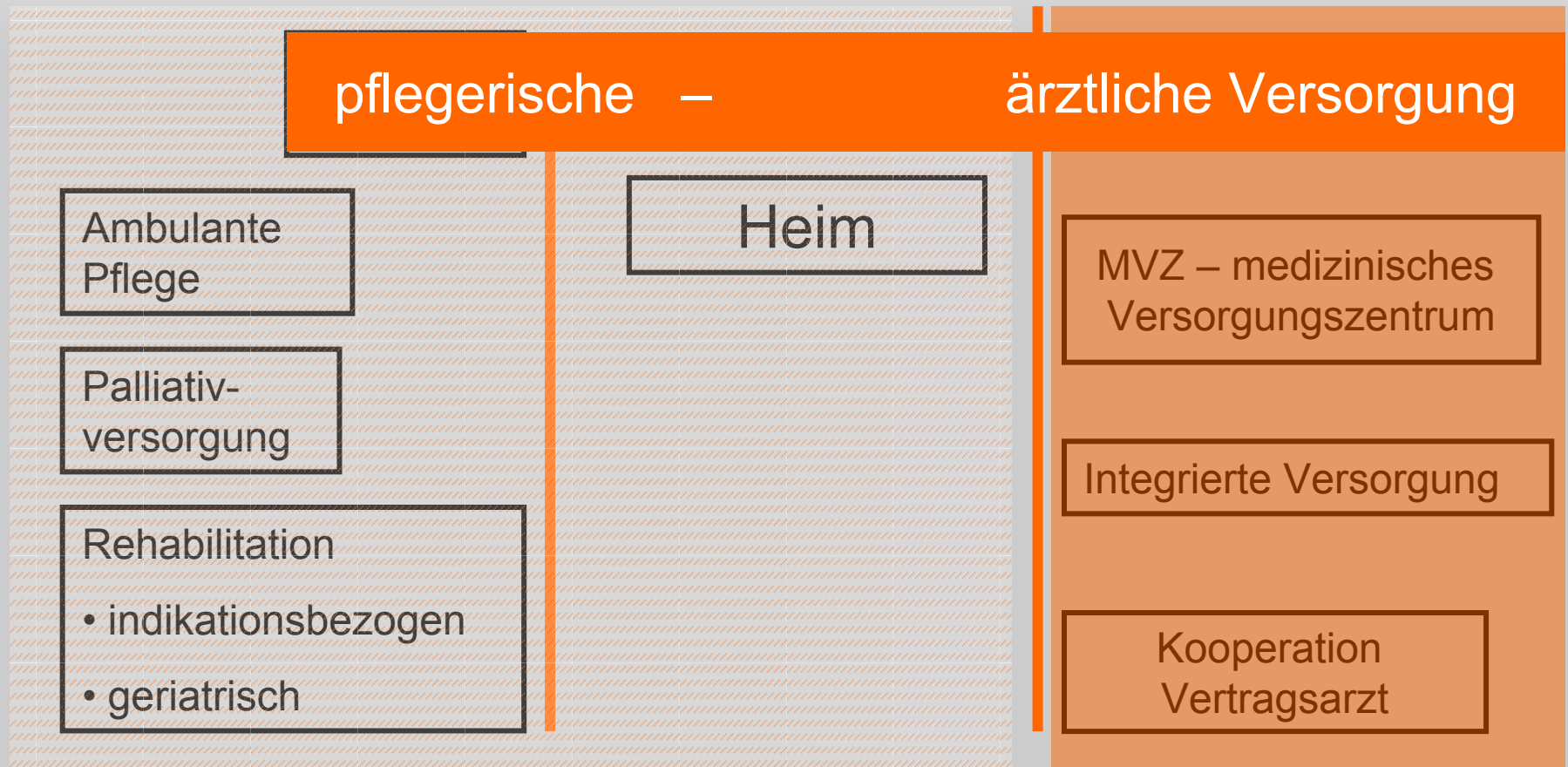
### Abschluss eines Kooperationsvertrages

In einem Kooperationsvertrag sind insbesondere folgende Fragen zu klären:

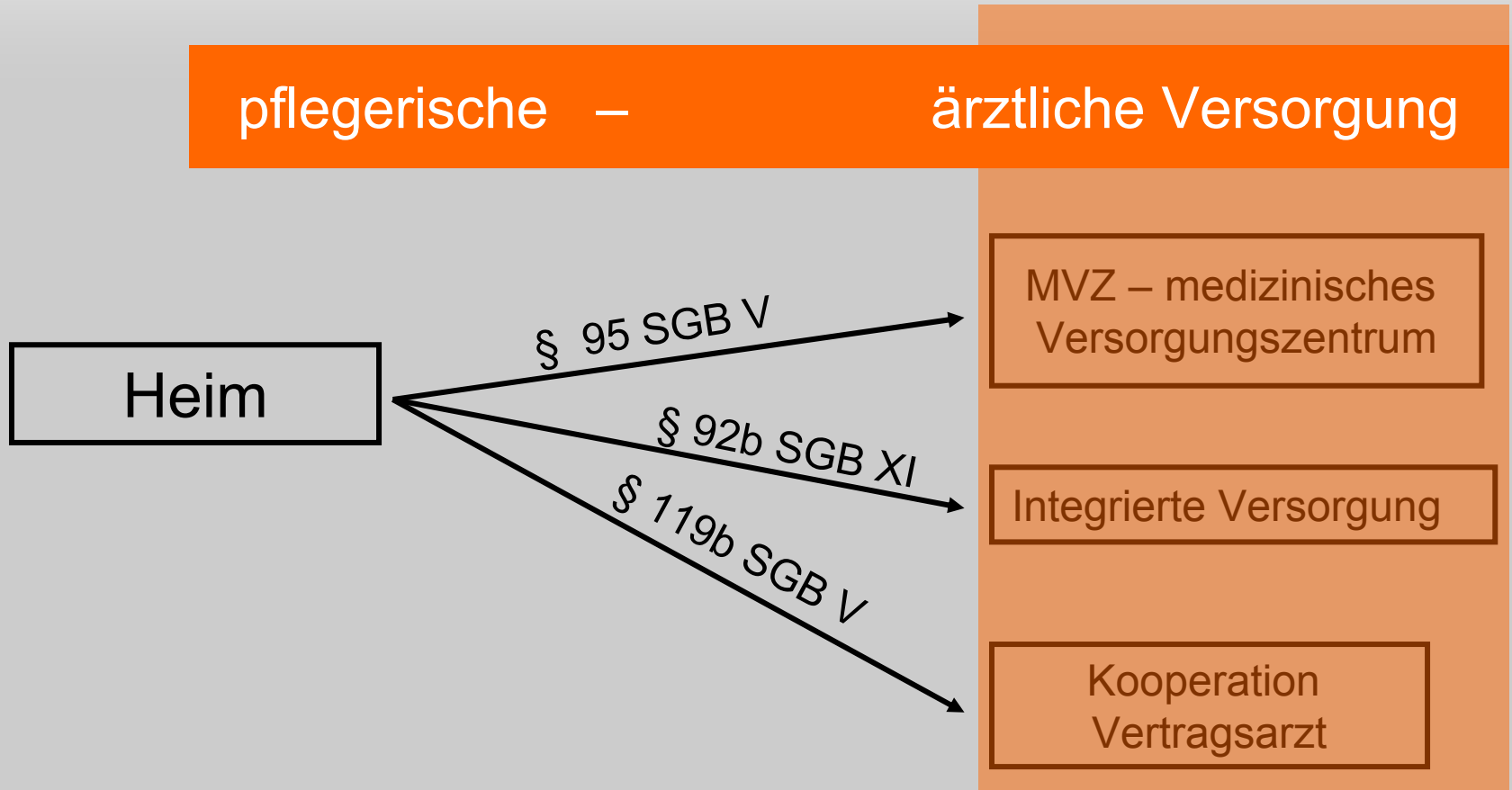
- Wer erbringt welche Leistung?
- Wer stellt sächliche Mittel zur Verfügung?
- Wer schließt den Vertrag mit dem Bewohner?
- Wer haftet?
- Wer sichert die Qualität?
- Wer rechnet ab?
- Wer dokumentiert?

# Teil 3: Rechtliche Umsetzung – Was ist jetzt zu tun?

## Ein Heim: Im Zentrum des Netzwerks...



## Ein Heim: Im Zentrum des Netzwerks...



# Die Pflegereform - Chancen für die stationäre Pflege nutzen

---

Die gesetzlichen Reformen überwinden die Sektorgrenzen  
der Versorgung

Es folgt Teil 4:

**Vom Pflegeheim zum „Altenhilfezentrum“  
Alle Leistungen aus einer Hand –  
„Verlängerung der Wertschöpfungskette“**

# Die Pflegereform - Chancen für die stationäre Pflege nutzen

---

## Teil 4: Vom Pflegeheim zum „Altenhilfezentrum“ Alle Leistungen aus einer Hand – „Verlängerung der Wertschöpfungskette“

- Möglichkeit 1: Gegenwärtige Form der getrennten Sektoren
- Möglichkeit 2 : (Teil)- Gesamtversorgungsvertrag (GV)
- Möglichkeit 3: Alle Angebote unter einem Gesamtversorgungsvertrag (GV)

# Teil 4: Vom Pflegeheim zum „Altenhilfezentrum“

**Möglichkeit 1**

**Trägerschaft**

„Ambulante“ Angebote

(Teil-) stationäre Angebote

PDL ambulant

PDL stationär

**Sektorenübergreifender Personaleinsatz**

## Mögliche Angebote

1. Ambulanter Dienst
2. Amb. Wohn-  
gemeinschaft.
3. B-Pflege i. Heim
4. Spez. Angebote

## Mögliche Angebote

1. Stationäre Angebote
2. Kurzzeitpflege
3. Tagespflege
4. Spez. Angebote

## **Sektorenübergreifende gemeinsame Aktivitäten:**

- Qualitätsmanagement

Begrenzte Kooperationsmöglichkeiten

Begrenzte Kooperationsmöglichkeiten

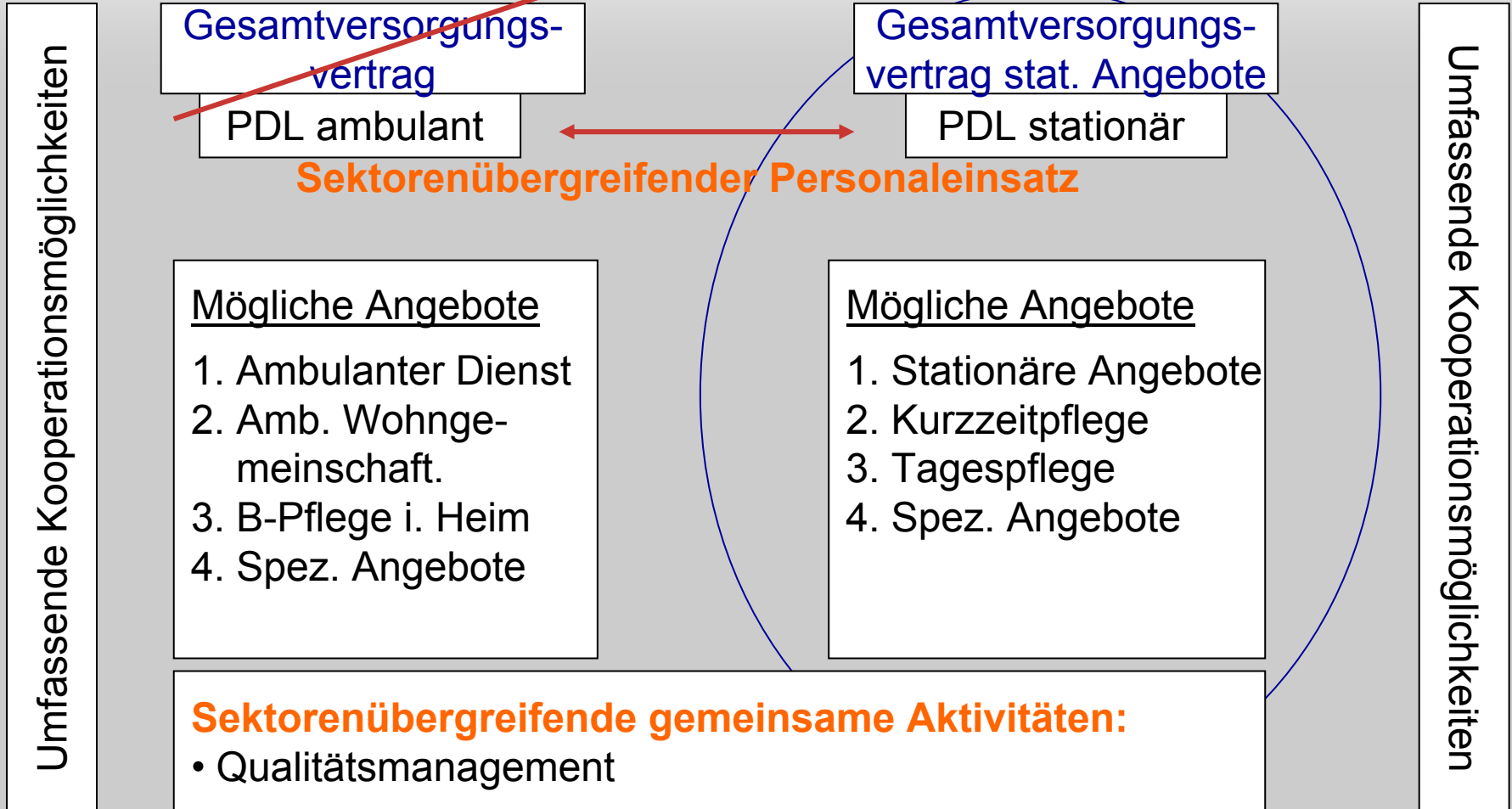
# Teil 4: Vom Pflegeheim zum „Altenhilfezentrum“

## Möglichkeit 2

### Trägerschaft

#### „Ambulante“ Angebote

#### (Teil-) stationäre Angebote



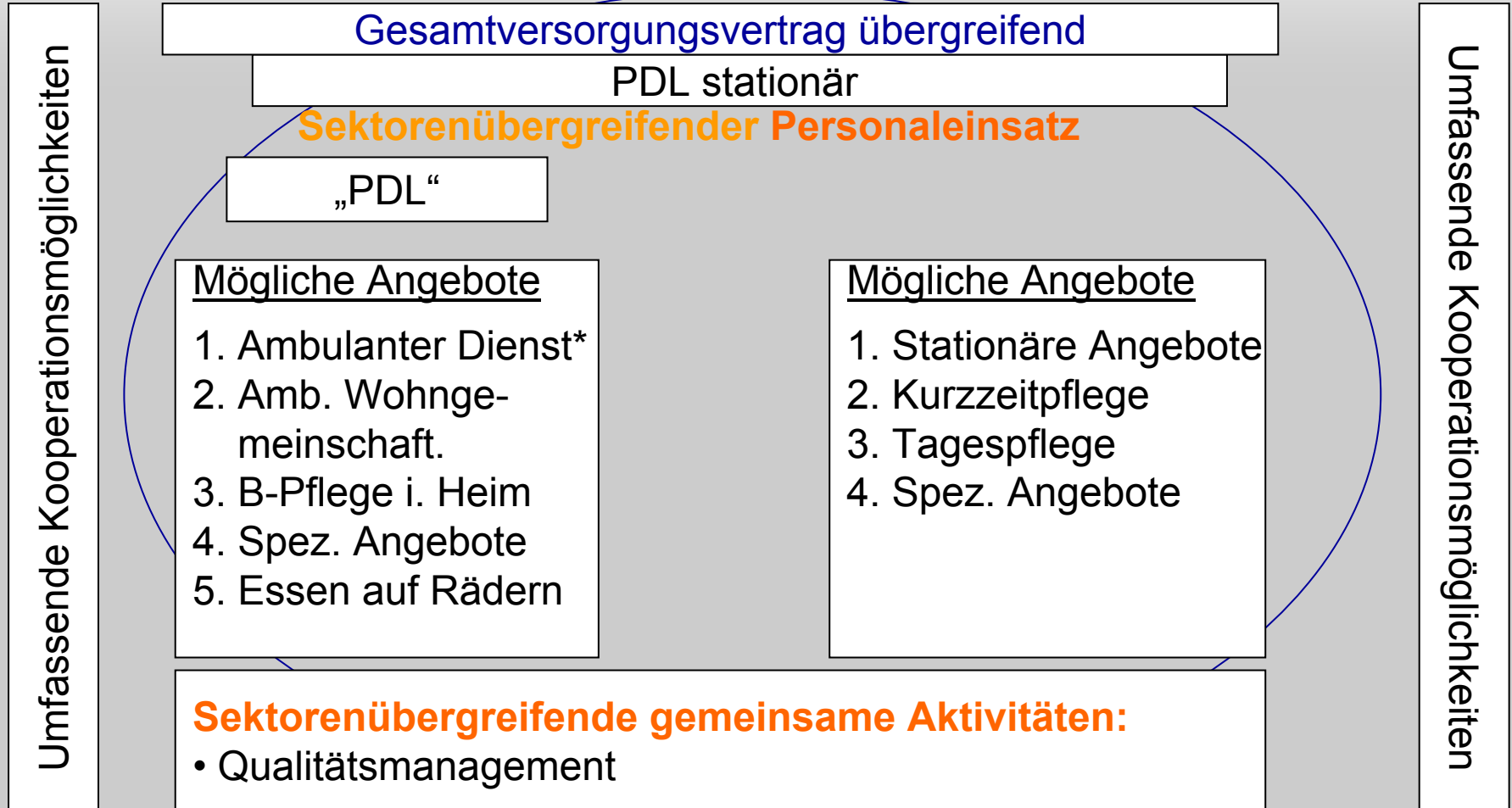
## Teil 4: Vom Pflegeheim zum „Altenhilfezentrum“

**Möglichkeit 3**

**Trägerschaft**

„Ambulante“ Angebote

(Teil-) stationäre Angebote



## Teil 4: Vom Pflegeheim zum „Altenhilfezentrum“

### Pro und Contra der Möglichkeiten 1 bis 3

	Ausgangsbasis/ Chancen	Risiken/ Problemkonstellationen
Möglichkeit 1	Kein Handlungsbedarf – alles lassen wie es ist!	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chancen wie mit der Pflegereform kommen nicht jedes Jahr</li> <li>• Wettbewerber dagegen bauen möglicherweise ihre Angebote aus</li> </ul>
Möglichkeit 2	Ambulante/stationäre Angebote weitgehend autonom; Zusammenarbeit möglich; keine Abhängigkeit von einem GV über alle Bereiche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Übergang zwischen den Sektoren etwas schwieriger</li> </ul>
Möglichkeit 3	Einfachere Durchlässigkeit zwischen den Sektoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle Leistungsbereiche hängen von einem GV ab</li> </ul>

## Trägerschaft

### Umfassende Kooperationsmöglichkeiten

„Ambulante“ Angebote



(Teil-) stationäre Angebote

- Homecare Unternehmen
- Apothekenvertrag
- Sanitätshaus
- Friseur
- Fußpflege

- Palliativ Versorgung im Heim
- Rehamassnahmen i. Heim
- Homecare Unternehmen
- Apothekenvertrag
- Sanitätshaus
- Friseur
- Fußpflege

## Teil 4: Vom Pflegeheim zum „Altenhilfezentrum“

### Zusammenfassung/mögliche Schrittfolge Ihres Vorgehens

- Prüfen, in welchen Punkten neue Möglichkeiten aus dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz und dem Wettbewerbsstärkungsgesetz zu nutzen sind
- Abgleich mit (geplanten) Angeboten und Bedarfsanalyse vor Ort
- Bestehende Angebote Dritter auf Nutzen für die eigene Planung prüfen
- Prüfen mit welchem Aufwand und/oder welchen Partnern die Maßnahmen umgesetzt werden können (Kosten-/Nutzen-/Vorteilsanalyse)
- Prüfen, in welcher Form interne Synergien bestehen, wie z. Bsp. Möglichkeiten zum sektorenübergreifender Personaleinsatz
- Einbezug Partner vor Ort (Gemeinden/Wettbewerber auf Teilsektoren)
- Vertragsgespräche mit den beteiligten Partnern

**Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

---

**Auf Wiedersehen beim  
Hartmann Forum Pflegemanagement  
im Jahr 2009**