



# Forum 1: Auswirkungen des Pflegestärkungsgesetz 2 auf die Stationäre Pflege

Braunschweig, 23. Juni 2016

Thomas Harazim

1. Einleitung
2. Betrachtung der aktuellen Versorgungssituation
3. Pflegegrade: Überleitung und Thesen zur Entwicklung der Pflegesituation
4. Überleitung der Pflegesätze und die „neue“ Personalsituation im neuen System
5. Fazit und Diskussion

## Die rosenbaum nagy unternehmensberatung GmbH verfügt über mehr als 19 Jahre Erfahrung aus über 800 Projekten

### Unternehmen und Team



Vier Partner sowie ein interdisziplinäres Team aus 18 Beraterinnen und Beratern aus den Bereichen

- Volks- und Betriebswirtschaft
- Sozialpädagogik
- Medizin
- Pflege- und Gesundheitswissenschaften
- Geisteswissenschaften
- Sportwissenschaft

### Projekte

#### Themenfelder

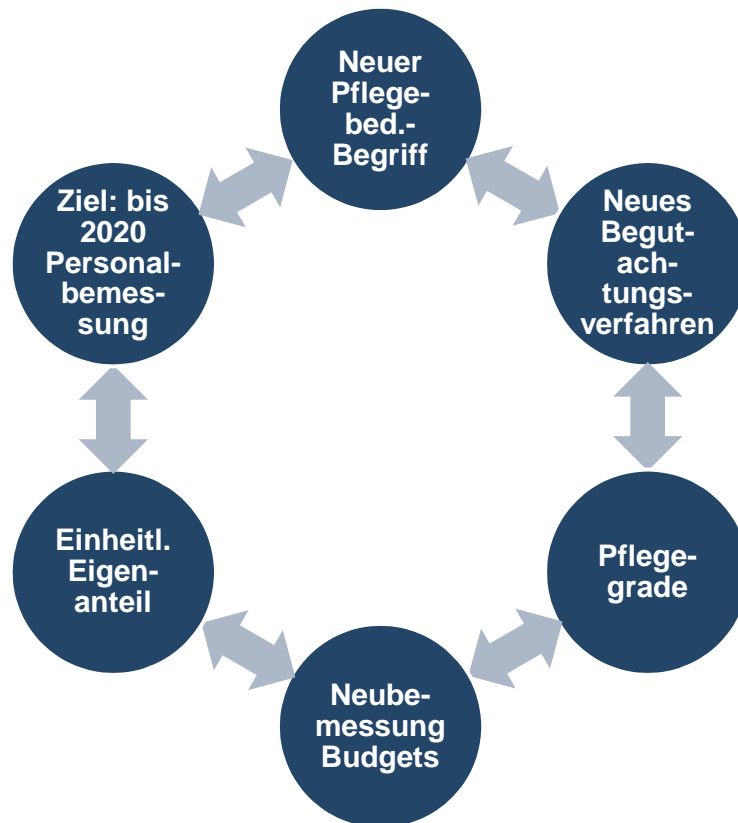
- Strategie und Marketing
- Steuerung und Controlling
- Restrukturierung und Sanierung
- Organisation und Prozessmanagement
- Interimsgeschäftsführung
- Regionalentwicklung und Wirtschaftsförderung
- Eventmanagement

#### Branchenschwerpunkte

- Komplexträger der Sozial- und Gesundheitswirtschaft
- Altenhilfe
- Eingliederungshilfe
- Kinder- und Jugendhilfe
- Suchthilfe
- Beschäftigungsförderung
- Verbände
- Städte und Kommunen
- Öffentliche Unternehmen
- Ministerien
- Etc.



# Übersicht der wichtigsten Änderungen des PSG 2



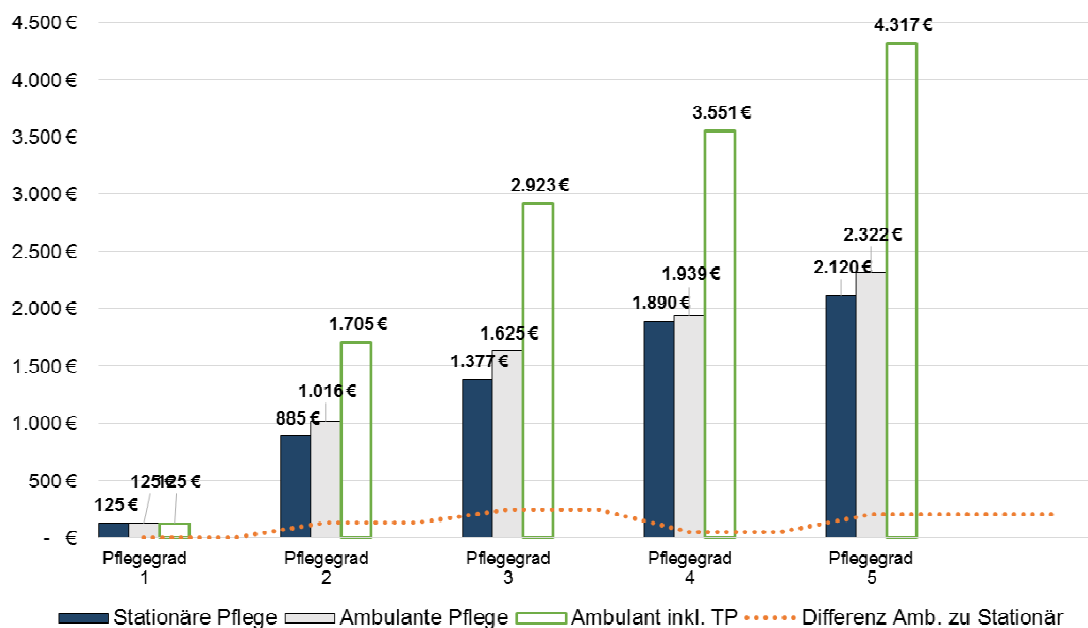
23. Juni 2016

rosenbaum | nagy  
unternehmensberatung

Seite 6

## Durch das PSG 2 wird der Verbleib in einer häuslichen Versorgung deutlich besser finanziert

PSG 2: Übersicht der monatlichen Budgets nach Pflegegrad



- Inklusive aller vorhandenen Finanzierungsmöglichkeiten für ambulante Leistungen übersteigt das ambulante Pflege-Budget in allen Pflegegraden das stationäre Budget.
- Ein Verbleib in der eigenen Häuslichkeit wird immer attraktiver bzw. besser finanziert.

23. Juni 2016

rosenbaum | nagy  
unternehmensberatung

Seite 7

1. Einleitung
2. Betrachtung der aktuellen Versorgungssituation
3. Pflegegrade: Überleitung und Thesen zur Entwicklung der Pflegesituation
4. Überleitung der Pflegesätze und die „neue“ Personalsituation im neuen System
5. Fazit und Diskussion

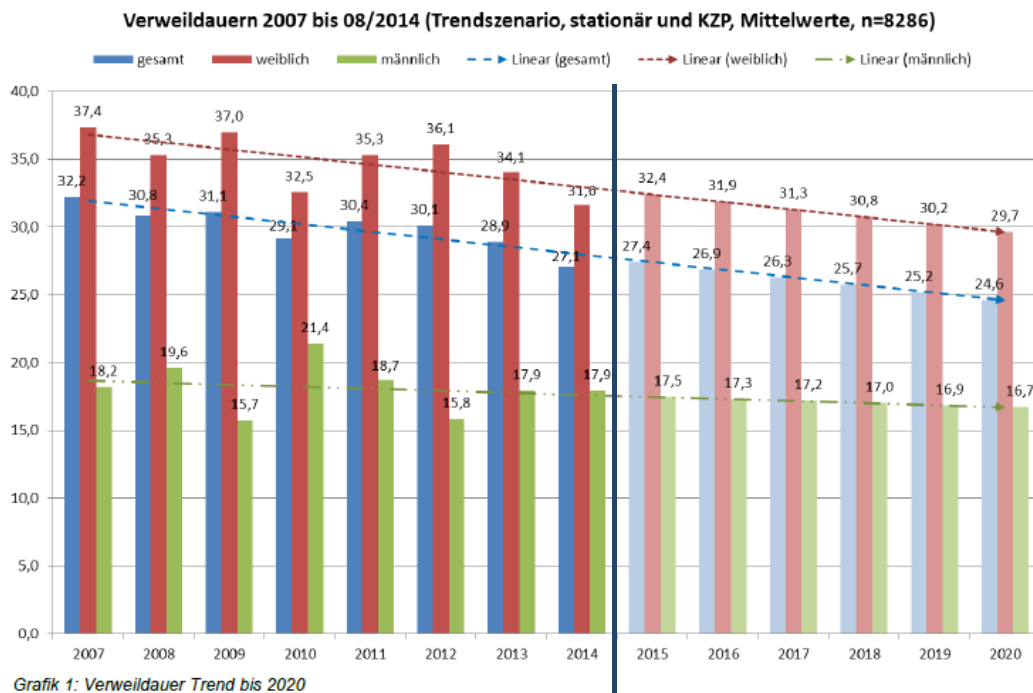
## Die durchschnittliche Verteilung der Pflegestufen in der stationären Pflege im heutigen System

- Basierend auf repräsentativen Erhebungen (Pflegestatistiken der Länder und der Pflegekassen) lässt sich eine durchschnittliche Verteilung der Pflegestufen darstellen.
- Der Großteil der Bewohner in der stationären Pflege ist in den Pflegestufen 1 und 2 eingestuft.
- Im Mittelwert haben ca. zwei Drittel aller Pflegebedürftigen eine eingeschränkte Alltagskompetenz.
- Dabei ist deutlich zu erkennen, dass der Anteil eingeschränkter Menschen mit der Höhe der Pflegestufen steigt.

Pflegestufe	Anzahl	Anteil	davon PEA	Anteil PEA
ohne	45	2,8%	0	0,0%
1	587	37,0%	270	46,0%
2	585	36,9%	421	72,0%
3	357	22,5%	339	95,0%
Härtefall	12	0,8%	11	95,0%
<b>Summe</b>	<b>1.586</b>		<b>1.042</b>	<b>65,7%</b>

PEA=Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

# Die durchschnittliche Verweildauer in der stationären Pflege liegt bei ca. 27 Monaten



Quelle: Der Wandel der Zielgruppen in der stationären Versorgung; Alters-Institut gGmbH, 2015

- Die Verweildauer verkürzt sich jährlich.
- Hieraus ist auch abzuleiten, dass ein vermehrter Aufwand für die Aufnahme eines Bewohners erforderlich ist.
- Studien zufolge liegt die Zeit allein für die Pflegeplanung bei ca. 4 Stunden pro Bewohner.
- Hinzu kommen noch weitere Tätigkeiten im Rahmen der Aufnahme.
- Steigender administrativer Aufwand bei sinkender Verweildauer

23. Juni 2016

rosenbaum | nagy  
unternehmensberatung

Seite 10

## Pflegestufenentwicklung im Laufe einer „Pflegekarriere“

### Anteil Pflegestufen bei Eintritt:

	2010	2014	Entwicklung
Pflegestufe 1	77,9%	82,6%	↑
Pflegestufe 2	19,1%	15,3%	↓
Pflegestufe 3	2,9%	2,1%	→

### Mittlere Verweildauer je Pflegestufe (in Monaten)

	2006	2010	Entwicklung
Pflegestufe 1	17,32	17,45	↑
Pflegestufe 2	12,30	10,92	↓
Pflegestufe 3	8,64	7,17	↓

Quelle: Pflegereport 2015 der AOK Nordost

- Nahezu alle Pflegebedürftigen beginnen mit der Pflegestufe 1 und verbleiben dort ca. 1,5 Jahre.
- Nur eine sehr kleine Masse hat direkt eine Pflegestufe 3 erhalten.
- Die Verweildauer nimmt hingegen mit steigender Pflegestufe ab.
- Hierbei ist auffällig, dass die Pflegestufenverweildauer in der niedrigen Pflegestufe trotz eines erhöhten Anteils ersteingestufter Menschen länger geworden ist, während die Verweildauer in den hohen Pflegestufen zurück gegangen ist.
- Die Wahrscheinlichkeit mit einer Pflegestufe 1 in die Pflegebedürftigkeit einzutreten, wird immer höher.
- Dafür verlängert sich der Zeitraum, in dem man in der Pflegestufe verweilt.

23. Juni 2016

rosenbaum | nagy  
unternehmensberatung

Seite 11

1. Einleitung
2. Betrachtung der aktuellen Versorgungssituation
3. Pflegegrade: Überleitung und Thesen zur Entwicklung der Pflegesituation
4. Überleitung der Pflegesätze und die „neue“ Personalsituation im neuen System
5. Fazit und Diskussion

## Die Überleitung im PSG 2 (§140): Pflegestufen werden zu Pflegegraden

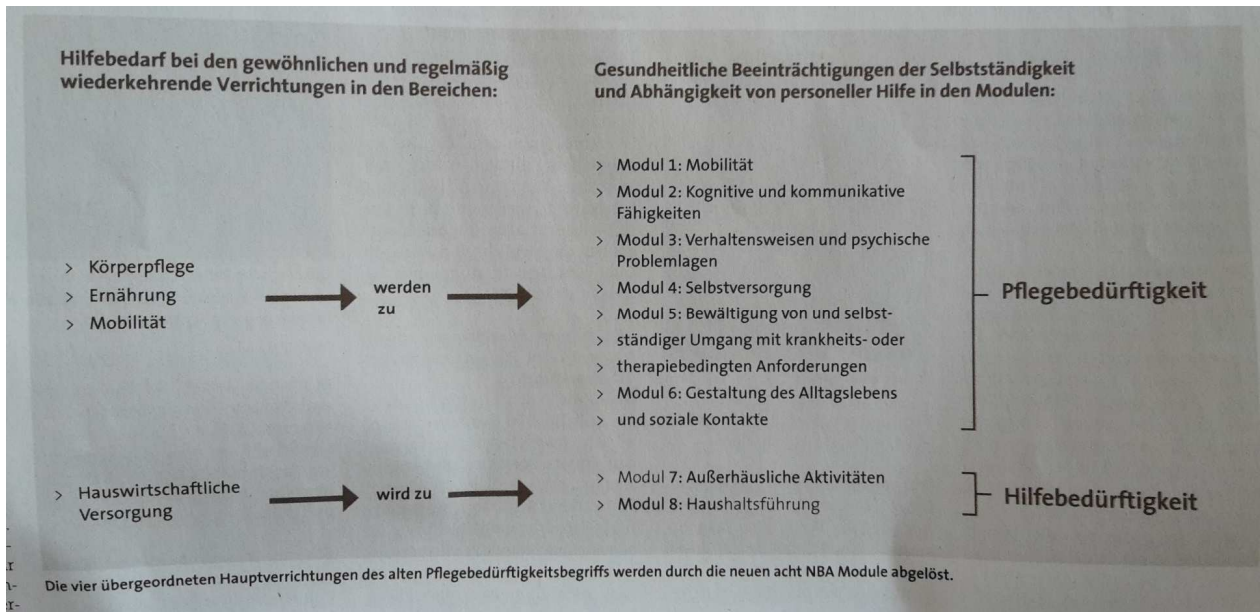
- Menschen mit einer Pflegestufe werden beginnend mit dem 01.01.2017 „ohne erneute Antragstellung und ohne erneute Begutachtung (...) einem Pflegegrad zugeordnet“.
- Die automatische Überleitung erfolgt anhand des folgenden Schemas:

Stufe der Pflegebedürftigkeit	Überleitung in den Grad der Pflegebedürftigkeit	
nicht existent	Pflegegrad 1	geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit
Pflegestufe 0 (mit PEA*)	Pflegegrad 2	erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit
Pflegestufe I		
Pflegestufe I (mit PEA*)	Pflegegrad 3	schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit
Pflegestufe II		
Pflegestufe II (mit PEA*)	Pflegegrad 4	schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit
Pflegestufe III		
Pflegestufe III (mit PEA*)	Pflegegrad 5	schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische
Härtefall		
Härtefall (mit PEA*)		

\*= Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

- Zur Einschätzung der eingeschränkten Alltagskompetenz muss nun auch bei stationären Pflegebedürftigen eine solche erfolgen (gesetzlich geregelt in §18 SGB XI).
- Alle übergeleiteten Menschen behalten die Pflegegrade auch bei nachfolgenden Prüfungen anhand des neuen Systems es sei denn, es besteht Anspruch auf eine Höherstufung (Bestandsschutz) oder ein genereller Verlust der Pflegebedürftigkeit (Entzug der Ansprüche).

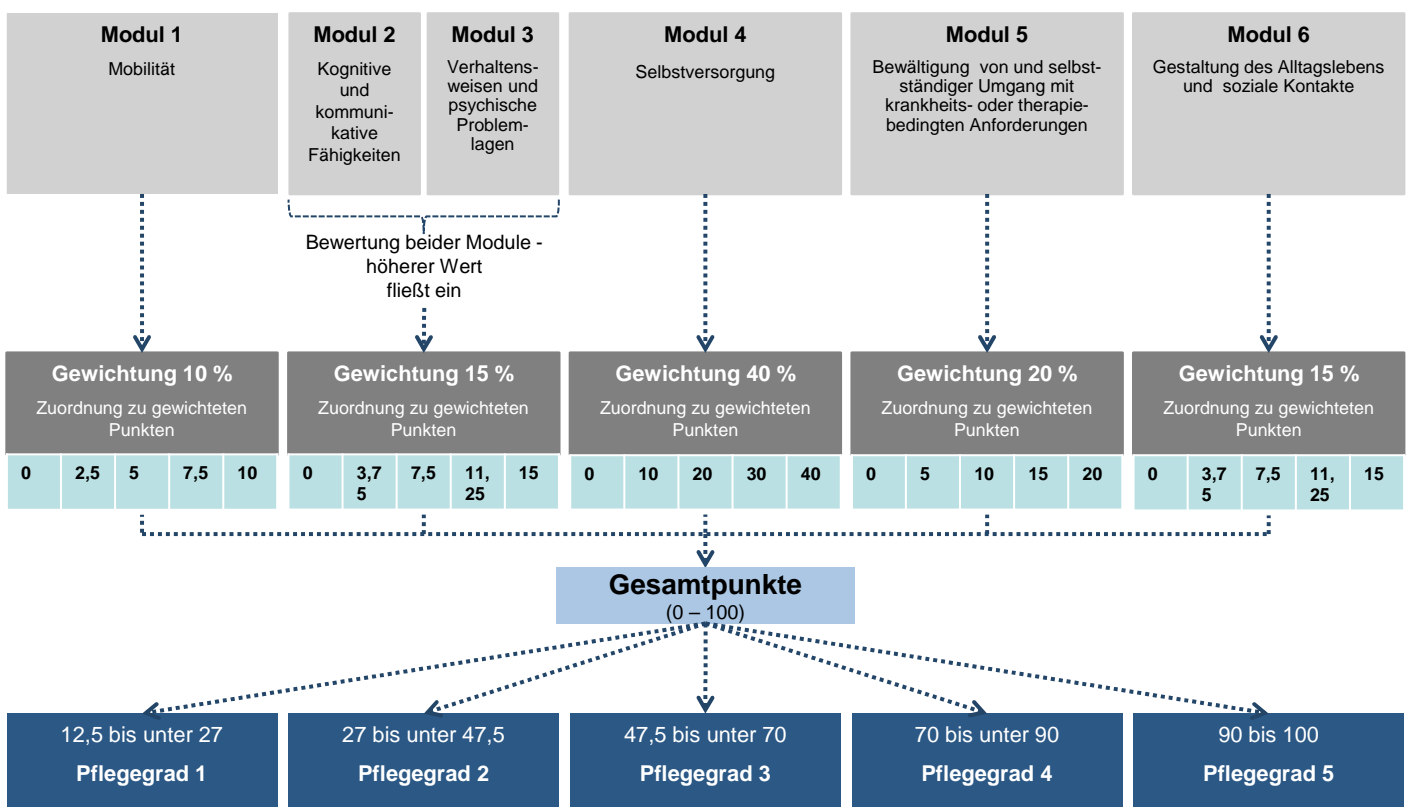
# Überleitung des alten in das neue Einstufungssystem



- Des Weiteren fließen die Kriterien aus der Erhebung der eingeschränkten Alltagskompetenz nahezu deckungsgleich in die unterschiedlichen Module mit ein, bspw. „Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen“ in Modul 2.

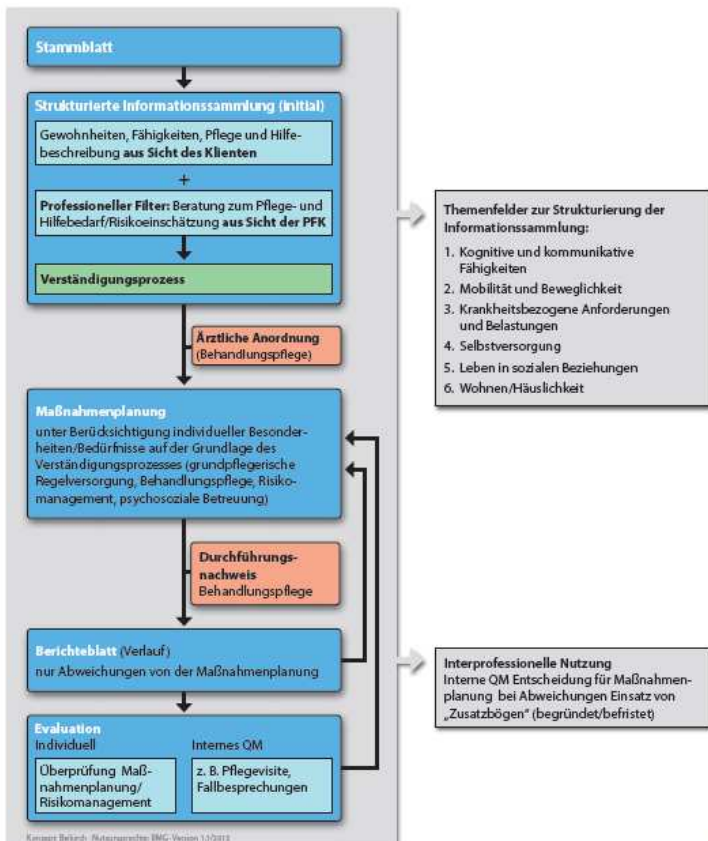
Quelle: Nicole Franke: CAREkonkret, 08.04.2016

# Übersicht über das Neue Begutachtungsassessment (NBA)





# Strukturierte Informationssammlung (SIS) – Ein Weg zur Reduktion von administrativen Tätigkeiten?



- Die derzeitigen Reformen sollen der Pflege mehr Zeit für ihre originären Tätigkeitsfelder bringen.
- Bisher ist davon noch wenig zu spüren.
- SIS stellt dabei ein wesentliches Element dar.
- Hierbei werden die relevanten Module des NBA im Rahmen der Biografiearbeit erfasst.
- Die darauf aufsetzende Pflegeplanung etc. dient als Orientierungshilfe und –nachweis für die tägliche Arbeit.
- Der Abbau von Bürokratie ist ein wesentlicher Faktor zur Steigerung der Effektivität.
- Dies darf jedoch nicht zum Abbau von Personal führen.

23. Juni 2016

rosenbaum|nagy  
unternehmensberatung

Seite 16

## Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff soll zu einer Veränderung des Blickwinkels führen

- Heute fokussiert sich der Blick auf das Erkennen von Problemen.
- Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff soll sich der Fokus nun auf den Erhalt und die Förderung von Ressourcen richten.
- Klares Ziel ist die Schaffung eines ganzheitlichen Charakters.
- Das neue Begutachtungsverfahren liefert nützliche Hinweise zur Optimierung der individuellen Pflege, auf deren Basis sich die Pflegeplanung aufsetzen lässt. erarbeiten
- Begutachtung: Befunderhebung; Empfehlungen zur Optimierung therapeutischer Maßnahmen; Optimierung der räumlichen Umgebung; Hilfsmittel
- Mittelfristig ist abzusehen, dass die LZP deutlich größere Akzente in die gerontopsychiatrische Pflege und Betreuung setzen.
- Wesentliches Kernelement ist es aber, den Blick auf den Hilfebedarf der betroffenen Person, hin zu dem Grad der **Selbständigkeit** bei der Durchführung von Aktivitäten oder die Gestaltung der im NBA aufgeführten Bereiche zu richten.

23. Juni 2016

rosenbaum|nagy  
unternehmensberatung

Seite 17

# Doch welche Entwicklung der Pflegegrade ist in der Zukunft zu erwarten?

- Die genaue Entwicklung ist unklar, es gibt jedoch erste Anzeichen.
- Im Rahmen der EViS Studie wurde durch die Uni Bremen das NBA auf seine Anwendbarkeit hin überprüft → das Ergebnis: **Das NBA „funktioniert“**
- Das die Überleitung zum 01.01.2017 jedoch kein reales Abbild der zukünftigen Pflegegradstrukturen liefert, machen die, auf Basis des NBAs erhobenen, realen Pflegegrade klar (Stichprobe: 1.586 Bewohner aus 39 Einrichtungen in 7 Bundesländern\*):

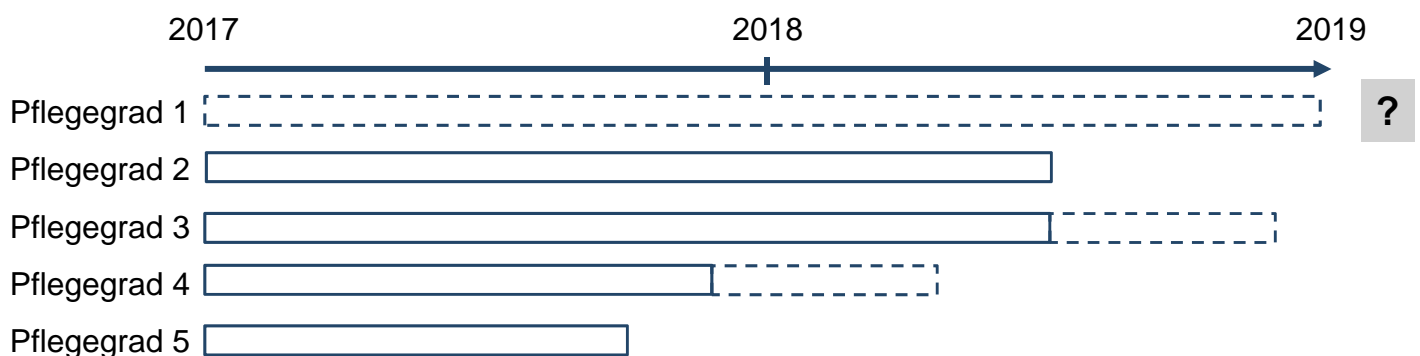
Pflegestufe	Anzahl	davon PEA	Anteil
ohne	45	0	0,0%
1	587	270	46,0%
2	585	421	72,0%
3	357	339	95,0%
Härtefall	12	11	95,0%
<b>Summe</b>	<b>1.586</b>	<b>1.042</b>	<b>65,7%</b>



Pflegegrad	Anzahl nach gesetzl. Überleitung	Anzahl nach NBA gemäß EViS-Studie	Abweichung Einstufung zur Überleitung
ohne	23	62	↗ 40
1	23	150	↑ 128
2	317	394	↑ 77
3	434	387	↘ -47
4	439	377	↘ -62
5	351	216	↘ -135
<b>Summe</b>	<b>1.586</b>	<b>1.586</b>	<b>0</b>

\*=Mecklenburg-Vorpommern, Bremen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Saarland  
 Quelle: EViS, Universität Bremen, März 2015

## These: Verweildauer in den Pflegegraden



- Basierend auf den Verweildauern in den Pflegestufen lässt sich eine zukünftige Verweildauer in den Pflegegraden „erahnen“.
  - Da hierzu noch keine Studien bzw. Echt-Werte vorliegen kann dies aber nur gemutmaßt werden.
  - Es ist aber als sehr wahrscheinlich anzusehen, dass die hohen Pflegegrade spätestens im dritten Quartal nicht mehr in der gleicher Anzahl wie zum Zeitpunkt der Überleitung zu finden sein werden.
  - Durch die vergleichsweise „hohe“ Überleitung ist eher davon auszugehen, dass die Verweildauer insbesondere in den niedrigen Pflegegraden höher sein wird.
- Und was kommt nach den „Bestandsbewohnern“? Die Vermutung liegt nahe, dass neue Bewohner insbesondere mit den Pflegegrad 2 und 3 in die Häuser kommen werden.

1. Einleitung
2. Betrachtung der aktuellen Versorgungssituation
3. Pflegegrade: Überleitung und Thesen zur Entwicklung der Pflegesituation
4. Überleitung der Pflegesätze und die „neue“ Personalsituation im neuen System
5. Fazit und Diskussion

## Konsequenzen der Neuregelungen

**Umstellung von  
Pflegestufen auf  
Pflegegrade**

**Einführung  
einrichtungseinheitlicher  
Eigenanteile**



**Notwendigkeit zur  
vollständigen Neustruk-  
turierung der Pflegesätze**

# Möglichkeiten zur Gestaltung der zukünftigen Pflegesätze

## Individuelle Verhandlung der Stellenschlüssel und der Pflegesätze



- Individuelle Festlegung der Stellenschlüssel (in Abhängigkeit vom Landesrecht)
- Individuelle Pflegesatzkalkulation nach den neuen Schlüsseln
- Aktive Positionierung hinsichtlich Zuzahlung

## Überleitung der Pflegesätze nach § 92 e



- Implizite Anwendung der bisherigen Stellenschlüssel
- Umrechnung der bisherigen Pflegesätze
- Ermittlung der Zuzahlungssätze als Residualwert

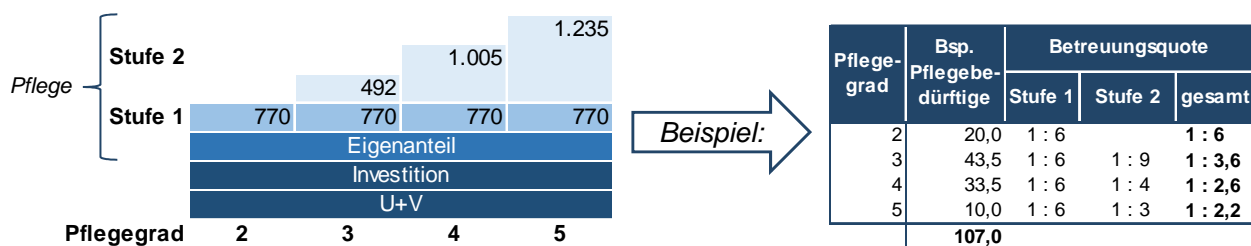
## „Vereinfachtes Verfahren“ nach § 92 c



- Bisher vollkommen unklar, soll sich jedoch an § 92 e orientieren

## Ansatz der Personalbemessung im neuen System

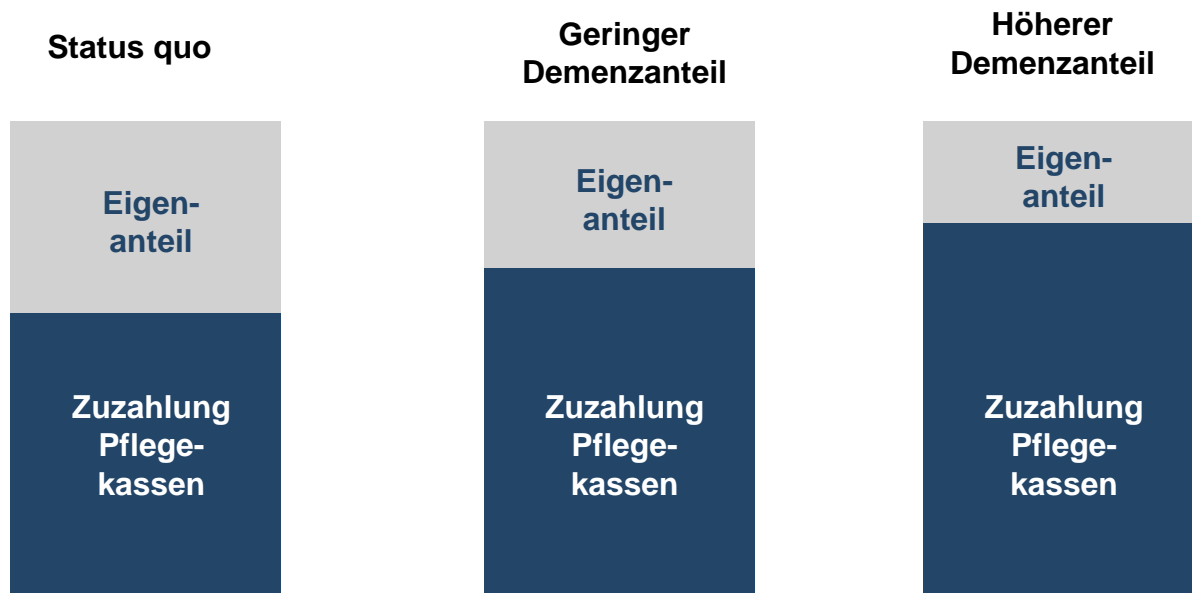
- Im PSG 2 sind die bekannten Kostensätze (Pflege, U&V, Investition) identisch zum heutigen System. → Der sensibelste Bereich ist auch da der Pflegebereich.
- Aktuell sehen wir folgenden Ansatz zur Bestimmung des Personaleinsatzes, um auch auf Belegungsschwankungen reagieren zu können:



- **Stufe 1, Fixe Personalbesetzung:** 770 Euro ist der Mindestsatz, den jeder Bewohner aus der Pflegekasse beitragen kann. Hierdurch ergibt sich in unserer Beispieleinrichtung ein Basis-Betreuungsquote von einer Pflegekraft zu ca. sechs Bewohnern (4.233 Euro monatlich Personalkosten je VB).
- **Stufe 2, variabler Personalanteil:** Hieraus wird das variable Personal je Pflegegrad finanziert. Entsprechend der Pflegeintensität kann in Abhängigkeit der jeweiligen Personalkosten eine höhere Betreuungsintensität abgedeckt werden.
- **Eigenanteil:** Durch den Eigenanteil können wird der Sachkostenanteil gedeckt und es können weitere Stellen geschaffen werden.

# Durch Grundsatz der Budgetneutralität tendenziell niedrigere Eigenanteile und Stellenschlüssel bei mehr Demenzkranken

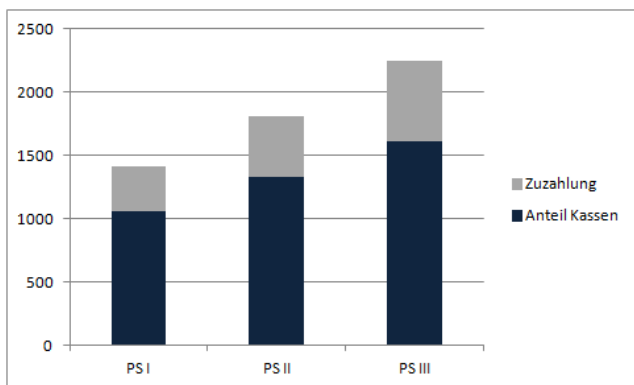
## Überleitung der Pflegesätze in Abhängigkeit vom Anteil demenzkranker Bewohner



# Konsequenzen der einheitlichen Zuzahlungssätze in der stationären Pflege

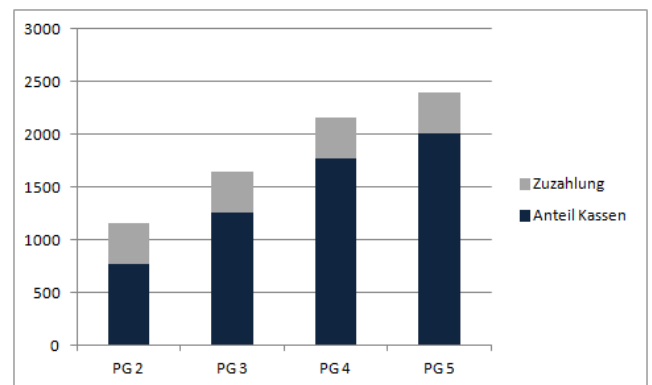
## Stellenschlüssel in Abhängigkeit von Schwere der Pflege

bisher  
  
 Preisermittlung nach unterschiedlichen Personalschlüsseln



Preise grundsätzlich kostendeckend

Nach Entwurf PSG 2  
  
 Eingriff in Preisbildung



Ggf. nicht kostendeckende Preise für einzelne Pflegegrade

# Heute: Teilweise sehr unterschiedliche Personalressourcen zwischen den Bundesländern

Bundesland	Personalanzahlzahlen/-korridore vollstationär: im Bereich Pflege und Betreuung allgemein			
	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	sonstiges**
Baden-Württemberg	3,96 – 3,13	2,83 – 2,23	2,08 – 1,65	
Bayern	3,0 bei 38,5 Std.	2,25 bei 38,5 Std.	1,9 bei 38,5 Std.	
Berlin	4,01	2,5	1,97	
Brandenburg	3,93	2,83	1,96	Härtefall: 1,7
Bremen	3,77 – 4,08	2,35 – 2,55	1,88 – 2,04	
Hamburg	4,22 – 4,06	2,48 – 2,39	1,76 – 1,69	1 VK
Hessen	bis zu 1:3,4 bei 38,5 Std	bis zu 1:2,42 bei 38,5 Std. (PSI* ÄZ 1,4)	bis zu 1:1,89 bei 38,5 Std. (PSI* ÄZ 1,8)	
Mecklenburg-Vorpommern	4,51 – 3,87	3,26 – 2,52	2,22 – 1,82	1:60, mind. 0,75 VK
Niedersachsen	4,5 – 3,65	3,0 – 2,43	2,2 – 1,82	1 VK für PDL
Nordrhein-Westfalen	4,0	2,5	1,8	
Rheinland-Pfalz	3,8	2,65	1,8	1 VK für PDL
Saarland	1:3,66 (Kann-Regelung ab 1.10.2014: 1:3,2)	1:2,81 (Kann-Regelung ab 1.1.2014: 1:2,65)	1:2,07 (Kann-Regelung ab 1.1.2014: 1:2,05)	1 VK für PDL
Sachsen	4,5 – 3,3	2,9 – 2,3	1,9 – 1,6	
Sachsen-Anhalt	3,65 – 4,5	2,43 – 3,0	1,82 – 2,2	
Schleswig-Holstein	6,0 – 4,05	4,0 – 3,05	2,8 – 2,28	1:100; max. 1 VK
Thüringen	keine.	keine.	keine.	keine.

Quelle: Drucksache 18/7911; Deutscher Bundestag; 17.03.2016

23. Juni 2016

rosenbaum | nagy  
unternehmensberatung

Seite 26

# Heute: Verteilung der Pflegebedürftigen je Vollzeitkraft in den Bundesländern

	PB/VZÄ	PB/VZÄ
	ambulant	stationär
Baden-Württemberg	3,39	1,58
Bayern	2,97	1,58
Berlin	1,72	1,82
Brandenburg	2,68	2,07
Bremen	2,48	1,69
Hamburg	2,18	1,73
Hessen	3,19	1,63
Mecklenburg-Vorpommern	2,79	2,01
Niedersachsen	3,37	1,73
Nordrhein-Westfalen	3,06	1,57
Rheinland-Pfalz	3,15	1,64
Saarland	3,61	1,55
Sachsen	2,50	1,92
Sachsen-Anhalt	2,96	1,91
Schleswig-Holstein	2,63	1,61
Thüringen	2,83	1,88
Deutschland	2,89	1,67

- Die unterschiedlichen Personalschlüssel führen bereits heute zu teilweise sehr großen Unterschieden in der Versorgungssituation der Pflegebedürftigen.
- Die Abweichungen variieren dabei teilweise um bis zu 0,5 Vollzeitstellen je Pflegebedürftigen.

Quelle: Pflegestatistik nach § 109 SGB XI und Sonderauswertungen zur Pflegestatistik

Quelle: Drucksache 18/7911; Deutscher Bundestag; 17.03.2016

23. Juni 2016

rosenbaum | nagy  
unternehmensberatung

Seite 27

# Zukunft: Unterschiedliche Überleitungsverfahren führen zu unterschiedlichen Ausgangssituationen

	Bayern	Berlin	Hamburg*	Nieder-sachsen	NRW*	Schleswig-Holstein	Thüringen
PSG 2-Zuschlag	max. 3,7%	Abhängig von neuer Personalmenge	max. 5%	max. 3,7%	max. 6,8%	max. 2,5%	max. 5%
Staffelung nach Anteil PEA	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein
Neue einheitliche Personalschlüssel	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja
Individuelle Personalschlüssel unter Kostenberücksichtigung	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein

Vergleich der Überleitung gemäß vereinfachten Verfahrens

\*= Entwurf

- Die meisten Bundesländer tendieren zu einem pauschalen Aufschlag.
- Die Aufschläge belaufen sich auf 2,5 % bis ca. 7%, je nach Bundesland.
- Die Überleitung der Personalschlüssel ist dabei sehr unterschiedlich gehandhabt.
- Eine kostendeckende Berechnung der Personalschlüssel findet nur in wenigen Bundesländern Anwendung

## Einführung neuer Personalschlüssel

	Berlin	NRW	Hamburg
Pflegegrad 1	1:7,25	1:8,00	1:13,4
Pflegegrad 2	1:3,90	1:4,66	1:4,60
Pflegegrad 3	1:2,80	1:3,05	1:2,80
Pflegegrad 4	1:2,20	1:2,24	1:1,99
Pflegegrad 5	1:1,80	1:2,00	1:1,77

- Einige Bundesländer führen pauschale, neue Personalschlüssel ein.
- Dabei führen diese Schlüssel auf Grund der „hohen“ Überleitung in der Regel zu einem deutlichen Personalanstieg.
- Fraglich ist hier eher, in wieweit die Personalsteigerungen auch realisiert werden können.

Beschluss am 5. Februar 2016 durch die Pflegesatzkommission

## Überleitung der Pflegesätze nach § 92 e

- Budgetneutrale Umstellung der Vergütungen zum 1. Januar 2017 unter Beibehaltung der bisherigen Personalmenge (Stichtagsbezogen)
1. „Mitnahme“ der bisherigen Personalmengen aus den einzelnen Pflegestufen in die neuen Pflegegrade, und zwar unter Berücksichtigung des Vorliegens eingeschränkter Alltagskompetenz.
  2. Rückrechnung der Personalschlüssel im Verhältnis zu den vereinbarten Personalkosten und den Tagesbeträgen der Pflegeleistungen.

## „Vereinfachtes Verfahren“ nach § 92 c

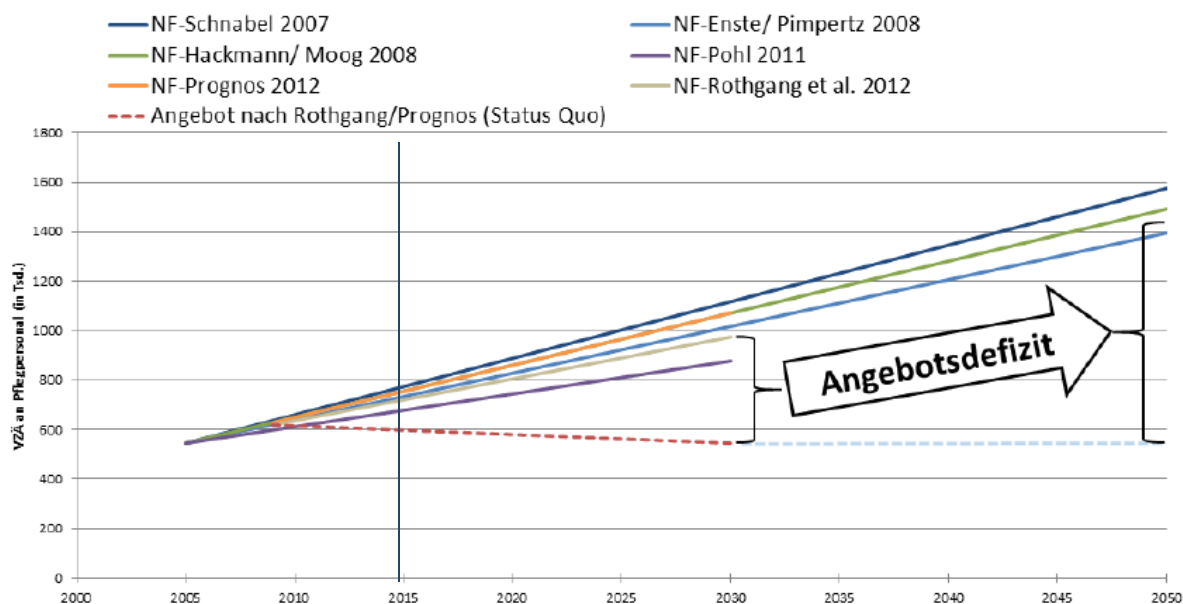
- Gewährung nur bei individueller Verhandlung, nicht im Rahmen der gesetzlichen Regelungen
- Zuschläge auf das Pflegepersonalkosten-budget in Abhängigkeit der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Anteil Bew. mit EAK	Zuschlag
0 bis 40 Prozent	1,3%
<40 bis 60 Prozent	2,5%
<60 bis 80 Prozent	3,2%
Über 80 Prozent	3,7%

## Wesentliches Problem für die kommenden Jahre: Personalkräftemangel

### Metaprognose: Verschärfung des Problems spätestens ab 2030

#### Arbeitskräfte in Einrichtungen und Diensten nach SGB XI



Annahme eines linearen Verlaufs

---: Angebotskurven      —: Nachfragekurven

Quelle: Der Wandel der Zielgruppen in der stationären Versorgung; Alters-Institut gGmbH, 2015





- Die Überleitung stellt die Pflegegrade zu „positiv“ dar. Eine Begutachtung unter realen Bedingungen wird tendenziell eher zu niedrigeren Pflegegraden führen.
- Im 1. Halbjahr 2017 werden noch hohe Pflegegrade in die Einrichtung nachrücken. Ab Ende 2017 / Anfang 2018 wird eine Verlagerung der Pflegeintensitäten stattfinden.
- Tendenziell werden mehr Pflegegrad 3 Kunden kommen und weniger im Pflegegrade 4. Der Pflegegrad 5 wird nur noch selten vorkommen.
- Die Pflegegrade 2 werden selten in die Einrichtung kommen.
- Der zugrunde gelegte Personalschlüssel kann dazu führen, dass Personal ab 2018 wieder abgebaut werden könnte bzw. muss.
- Die Pflegebedürftigkeit selber wird sich nicht direkt ändern.
- Durch den ganzheitlichen Charakter des neuen Bedürftigkeitsbegriffs kann jedoch eine neue Versorgungsstruktur (bspw. unter Einbeziehung von ausgebildeten Therapeuten oder Pflegemanagern) geschaffen werden. Unklar ist jedoch wie eine Finanzierung erfolgen soll.
- Der Bereich der Betreuung wird zukünftig noch relevanter werden. Eine Abkehr vom Grundsatz der 50% Fachkraftquote ist zu denkbar.

## Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

## Haben Sie Fragen?

Kontakt:  
**Thomas Harazim**  
Stolberger Str. 114a  
50933 Köln  
Tel.: 0221 / 5 77 77 53  
[harazim@rosenbaumnagy.de](mailto:harazim@rosenbaumnagy.de)

Weitere Informationen rund um das  
Thema PSG 2 und darüber hinaus finden  
Sie unter:  
[http://www.rosenbaum-  
nagy.de/psg2.html](http://www.rosenbaum-nagy.de/psg2.html)