

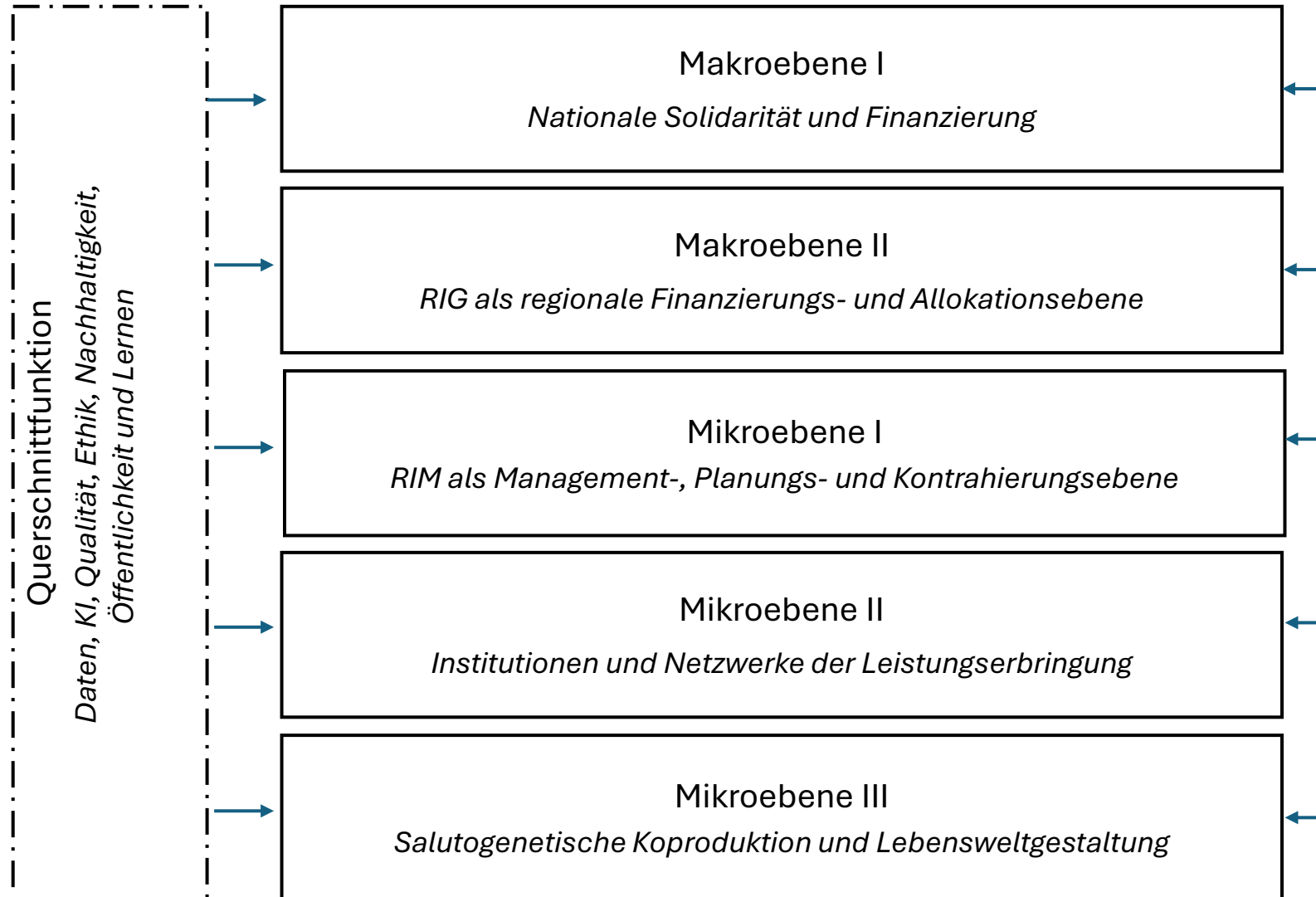
Pflege neu denken – Die kopernikanische Wende von Care Share 13

Prof. Bernd H. Mühlbauer

IPAG e.V.

Prof. Bernd H. Mühlbauer Krankenhaus- und Unternehmensberatung, Dortmund

Mitglied des Expertenpools beim Innovationsausschuss des GBA



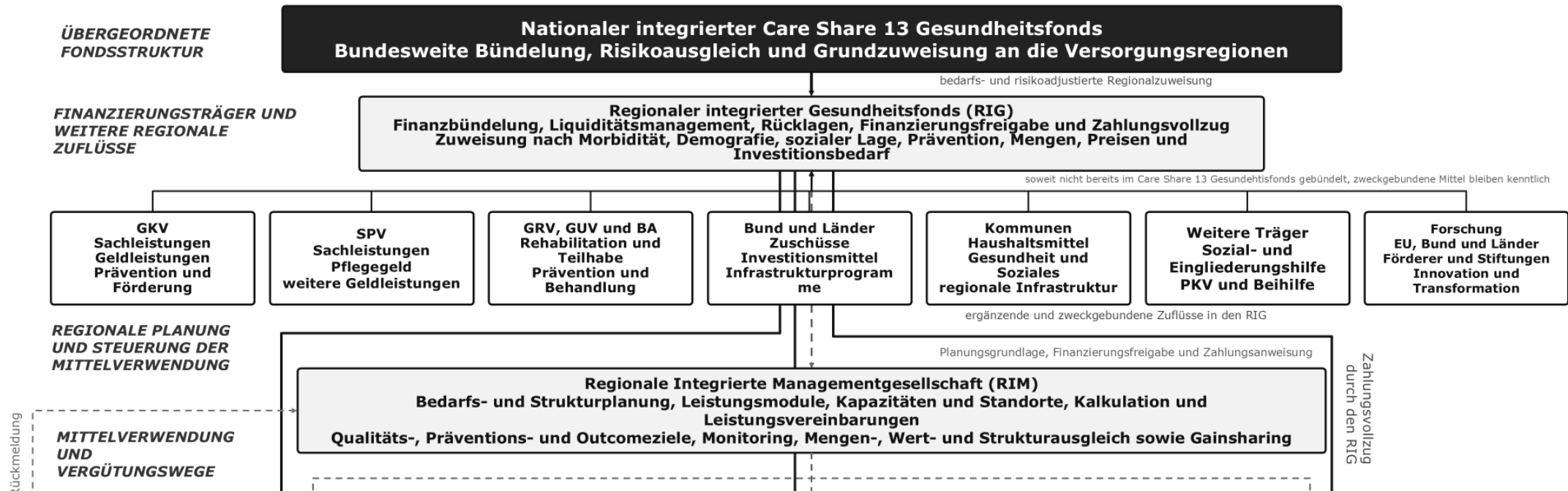
Aufgaben innerhalb der 5 Care Share 13-Ebenen sowie der Querschnittebene

	Care-Share-13-Ebene	Institutioneller Bezug	Zentrale Regelungsaufgaben
Querschnittsebene Ebenen übergreifende Infrastruktur und Entwicklungsfunktionen Daten und KI; Digitalisierung; Forschung und Technologie; Evaluation; Qualitäts- und Wirkungsmonitoring; Nachhaltigkeit; Recht und Ethik; Partizipation; Personal- und Organisationsentwicklung; lernende Rückkopplung zwischen allen Ebenen	Makro I	Nationaler Integrierter Gesundheitsfonds	Bundesweiter Ordnungsrahmen; Bündelung der Finanzierungsquellen; sozialrechtliche Rahmensetzung; einheitliche Grundsätze der Mittelverteilung; Risikoausgleich; nationale Versorgungs-, Präventions-, Qualitäts- und Nachhaltigkeitsziele
	Makro II	Regionale Integrierte Gesundheitsfonds (RIG)	Regionale Bündelung und Bereitstellung der Finanzmittel; Regionalbudget; Fonds- und Liquiditätsmanagement; Risikoausgleich und Rücklagen; Finanzierung von Vorhaltung und Leistung; Plausibilitätsprüfung und Finanzierungsfreigabe
	Mikro I	Regionale Integrierte Managementgesellschaft (RIM)	Regionale Bedarfs- und Strukturplanung; Verflechtungsanalyse; Entwicklung von Versorgungslandschaften und Leistungskatalogen; Vereinbarungen mit Leistungserbringern; Mengen-, Wert- und Strukturausgleich; Qualitäts-, Präventions- und Innovationssteuerung
	Mikro II	Leistungserbringer und regionale Versorgungsnetzwerke	Aufbau standort- und einrichtungsübergreifender Leistungsportfolios; Personal- und Kapazitätsplanung; Vorhaltung; Kooperation; Prozessketten; Aufgabenverteilung zwischen den Professionen; Case- und Caremanagement; Sicherung von Zugänglichkeit und Kontinuität
	Mikro III	Konkrete salutogenetische integrative Leistungserbringung	Ermittlung des individuellen Bedarfs; gemeinsame Ziel- und Maßnahmenplanung; Diagnostik, Behandlung, Pflege, Rehabilitation und soziale Unterstützung; Koproduktion; Stärkung von Gesundheitskompetenz und Selbstwirksamkeit; Ergebnisbewertung

Care Share 13 Fonds und RIG



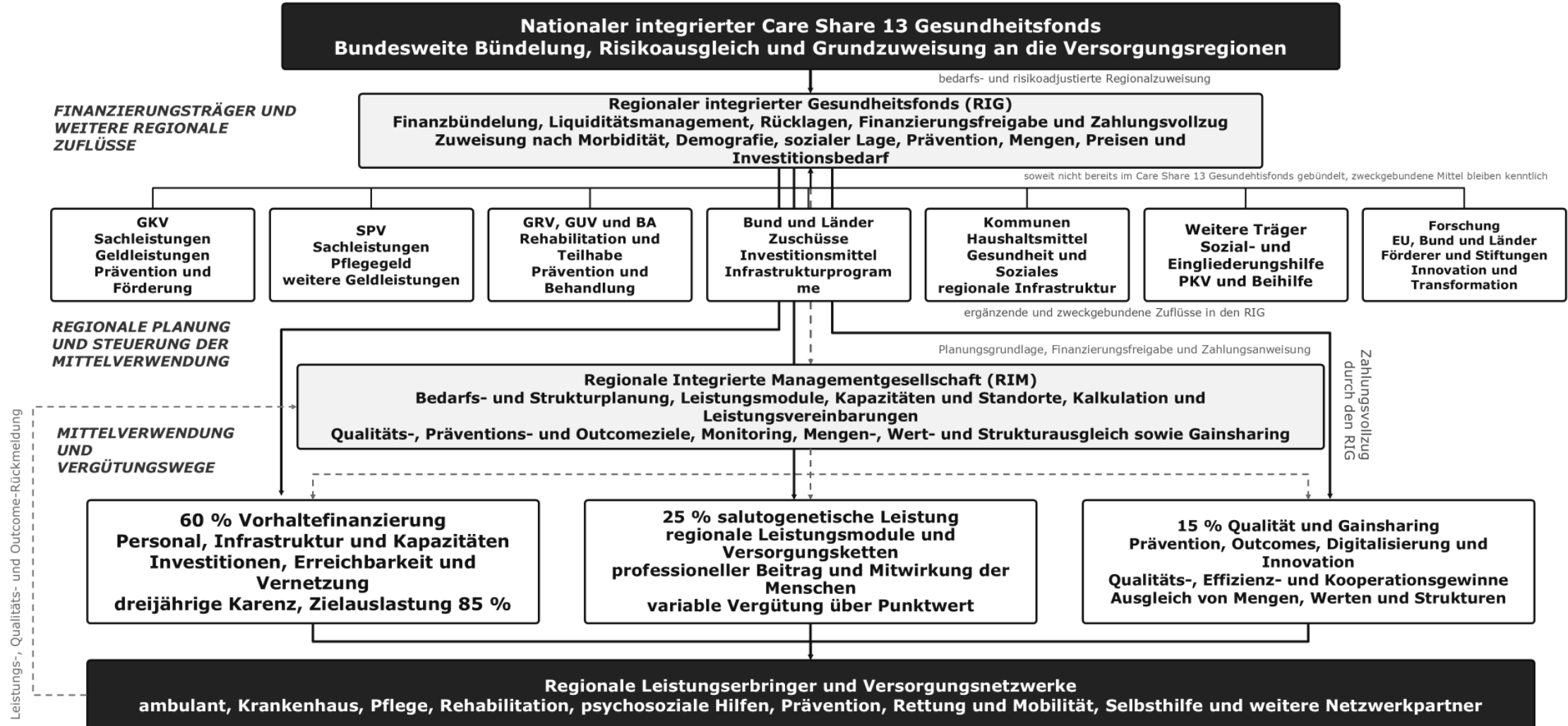
Care Share 13 Fonds, RIG und RIM



Finanzmittelzuführung und regionale Mittelverwendung im Care Share 13-Modell

Vom nationalen integrierten Gesundheitsfonds über den RIG zur vereinbarten Vergütung der Leistungserbringer

ÜBERGEORDNETE FONDSSTRUKTUR



Vergütungsbestandteile für Leistungserbringer

Finanzierungs- bestandteil	Gewichtung	Beschreibung
1.Vorhaltung (Basisfinanzierung)	60 %	Durchschnittssätze für Investitions- und Betriebskosten (monistische Finanzierung), Fixierung über drei Wirtschaftsjahre.
2. Mengenkomponte	25 %	Vergütung der direkten Versorgungsleistungen (medizinisch, pflegerisch, therapeutisch).
3. Qualitätskomponente	10 %	Vergütung nach Outcome-Indikatoren. Innerhalb dieser Komponente sind bis zu 10 % Zuschlag für Präventions- und Gesundheitsförderungsziele möglich.
4. Innovations- und Nachhaltigkeitszuschläge	bis 5 %	Boni für Digitalisierung, ökologische Nachhaltigkeit, sektorübergreifende Vernetzung/Kooperation und innovative Versorgungsformen.

Aufbau der Gebührenordnung und der Eigenleistungen

Mit den Symbolen der Modellrechnung lautet dies:

$$P_{\{eff\}} = P_{\{prof\}} + (1 - \alpha) \times P_{\{self\}}$$

Eingesetzt ergibt sich

$$P_{\{eff\}} = 800 \text{ Punkte} + (1 - 0,5) \times 400 \text{ Punkte}.$$

Schrittweise gerechnet:

$$800 \text{ Punkte} + 0,5 \times 400 \text{ Punkte} = 800 \text{ Punkte} + 200 \text{ Punkte} = 1.000 \text{ Punkte}.$$

Die effektive professionelle Abrechnungsmenge beträgt also 1.000 Punkte. Sie sinkt nicht um den gesamten potenziellen Eigenleistungsanteil von 400 Punkten, sondern nur um den tatsächlich übernommenen Eigenleistungsanteil von 200 Punkten. Das ist entscheidend. Die Vergütungsordnung folgt damit keiner Kürzungslogik. Sie unterstellt nicht, dass Patient:innen Leistungen ersetzen, die sie tatsächlich nicht übernehmen. Sie reduziert die professionelle Vergütung nur insoweit, wie Eigenleistungen dokumentiert, angeleitet, realistisch und qualitätsgesichert übernommen werden.

Was Pflege auf den unterschiedlichen Ebenen bedeutet

	Care-Share-13-Ebene	Institutioneller Bezug	Zentrale Regelungsaufgaben
Querschnittsebene Ebenenübergreifende Entwicklungsfunktionen Pflege der Wissens-, Qualitäts- und Lernfähigkeit des Gesamtsystems: Daten und KI verantwortlich nutzen, Wirkungen evaluieren, Qualität entwickeln, Nachhaltigkeit sichern, Forschung fördern sowie Recht, Ethik und Partizipation auf allen Ebenen verankern	Makroebene I	Nationaler Integrierter Gesundheitsfonds	Pflege der gesellschaftlichen Solidarität und des sozialen Sicherungsversprechens: verbindliche Rechtsgrundlagen schaffen, Finanzierungsquellen zusammenführen, überregionale Risikounterschiede ausgleichen und die langfristige Leistungsfähigkeit des Gesundheits- und Sozialwesens sichern
	Makroebene II	Regionale Integrierte Gesundheitsfonds (RIG)	Pflege der regionalen Finanzierungs- und Versorgungssicherheit: Mittel bedarfsgerecht verteilen, Vorhaltung gewährleisten, Liquidität und Rücklagen sichern, regionale Unterschiede ausgleichen und Ressourcen treuhänderisch bewirtschaften
	Mikroebene I	Regionale Integrierte Managementgesellschaft (RIM)	Pflege der regionalen Versorgungslandschaft: zukünftige Bedarfe erkennen, Strukturen entwickeln, Einrichtungen und Berufsgruppen miteinander verbinden, Versorgungslücken vermeiden und regionale Lern- und Entwicklungsprozesse organisieren
	Mikroebene II	Leistungserbringer und regionale Versorgungsnetzwerke	Pflege verlässlicher Organisationen und Versorgungsketten: Personal, Kompetenzen und Infrastruktur vorhalten, multiprofessionelle Zusammenarbeit ermöglichen, Schnittstellen gestalten und vollständige, pünktliche und durchgängige Leistungen gewährleisten
	Mikroebene III	Konkrete salutogenetische Leistungserbringung	Pflege mit Menschen und in ihrer Handlungsfähigkeit: Menschen nicht als passive Empfänger versorgen, sondern ihre Ressourcen, Gesundheitskompetenz, Selbstwirksamkeit und Beteiligung fördern und sie als Koproduzenten in die Leistungserbringung einbeziehen