Bundesministerium
für Gesundheit

Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

www.bmg.bund.de

BERICHT DES BEIRATS ZUR ÜBERPRÜFUNG DES PFLEGEBEDÜRFTIGKEITSBEGRIFFS

26. Januar 2009

INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT DES BEIRATSVORSITZENDEN 9

EINFÜHRUNG: AUFTRAG UND ZIEL 11

KAPITEL 1: ARBEITSABLAUF / BERATUNGSSCHRITTE 16

1.1 MODELLVORHABEN UND AUSSCHREIBUNG 16
1.2 ARBEITSSCHRITTE 26
1.2.1 ZEITPLAN 26
1.2.2 ARBEITSPHASEN 26
1.3 ARBEITSORGANISATION 27
1.4 FACHKONFERENZEN UND WORKSHOP 28
1.5 KOMMUNIKATION 30
1.6 ERWEITERUNG DER DATENBASIS 31
1.7 ERGÄNZENDER BERICHT DES BEIRATS 32

KAPITEL 2: ERKENNTNISPROZESS / STUDIENERGEBNISSE 34

2.1 EINLEITUNG 34

2.2 DAS NEUE BEGUTACHTUNGSASSESSMENT 34
2.2.1 AUFBAU DES NEUEN INSTRUMENTS 35
2.2.1.1 Informationserfassung 35
2.2.1.2 Befunderhebung 35
2.2.1.3 Einschätzung der Pflegebedürftigkeit 36
2.2.1.4 Ergebnisdarstellung und Empfehlungen 36
2.2.2 BEURTEILUNG DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT 36
2.2.2.1 Berücksichtigte Aspekte der Pflege- und Hilfebedürftigkeit 36
2.2.2.2 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit 37
2.2.3 BEGUTACHTUNG VON KINDERN 39
2.2.4 NUTZBARKEIT DES INSTRUMENTS FÜR DIE EINSCHÄTZUNG WEITERER BEDARFSASPEKTE 39
2.2.4.1 Erfassung des Präventions- und Rehabilitationsbedarfs 39
2.2.4.2 Hilfsmittelversorgung 40
2.2.4.3 Erstellung eines Hilfe- oder Pflegeplans 40
2.2.5 ZUSAMMENFASSUNG 40

2.3 DISKUSSION ZUR NOTWENDIGKEIT EINER ÄNDERUNG DES BEGRIFFS DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT 41
2.3.1 ARBEITSPROZESS DER ARBEITSGRUPPE PFLEGEBEDÜRFTIGKEITSBEGRIFF (LEITUNG PROF. DR. PETER UDSCHING) 41
2.3.1.1 Ausgangspunkt der Diskussionen in der Arbeitsgruppe 41
2.3.1.2 Erster Zwischenschritt: Bewertung vorhandener Alternativen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit 42
2.3.1.3 Das Neue Begutachtungsverfahren (NBA) - eine geeignete Grundlage für einen neuen, umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriff 43

2.3.2 Strukturelle Grundsätze des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus rechtlicher Sicht ... 44
2.3.2.1 Aufgabe des Faktors "Zeit" ... 44
2.3.2.2 Die Kriterien des neuen Bewertungssystems ... 45
2.3.2.2.1 Bewertungssystematik und Gewichtung ... 46
2.3.2.2.2 Probleme der Umsetzung ... 47
2.3.3 Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf das Leistungsrecht der Pflegeversicherung ... 48
2.3.4 Verortung eines umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB I ... 50
2.3.5 Auswirkungen eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf das Verhältnis von Pflegeversicherung und Sozialhilfe (Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege) ... 51

2.4 Abschlussbericht Hauptphase 2 ... 52
2.4.1 Statistische Erfassung der Antragsteller nach dem Grad der Selbständigkeit ... 52
2.4.2 Qualität der Untersuchungsergebnisse ... 52
2.4.3 Erfassung kognitiver Beeinträchtigungen ... 53
2.4.4 Empfehlung von Rehabilitationsmaßnahmen ... 54
2.4.5 Praktische Anwendung ... 54
2.4.6 Kinderbegutachtung ... 54
2.4.7 Einteilung in Bedarfsgrade ... 55
2.4.8 Fiskalische Auswirkungen auf die Pflegeversicherung ... 56
2.4.8.1 Szenarien zur Schwellenwertfestlegung ... 57
2.4.8.2 Ergebnisse ... 58
2.4.9 Zusammenfassung ... 59

2.5 Strukturelle Wechselwirkungen auf andere Sozialleistungsbereiche, insbesondere auf die Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege, Eingliederungshilfe) ... 60
2.5.1 Problemdarstellung ... 60
2.5.2 Systematik des Sozialversicherungsrechts / Verhältnis SGB XI zu SGB XII ... 60
2.5.3 Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ... 61

2.6 Finanzielle Auswirkungen der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des dazugehörigen Assessments für die Sozialhilfeträger und die Pflegekassen (Ergänzungsprojekt – Dezember 2008 Rothgang et al.) ... 63
2.6.1 Einleitung ... 63
2.6.2 Untersuchungsauftrag ... 63
2.6.3. Umsetzung ... 64
2.6.4 Finanzielle Auswirkungen für die Sozialhilfeträger und die Pflegekassen im Überblick ... 65
2.6.5 Sozialpolitische Schlussfolgerungen der Studie ... 66

KAPITEL 3: EMPFEHLUNGEN DES BEIRATS ... 70

3.1. Präambel ... 70
3.2 Notwendigkeit einer Änderung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit ... 71
3.3 Ein differenzierter, an Lebenslagen orientierter, auf den Grad der Selbständigkeit abstellender Pflegebedürftigkeitsbegriff ... 71
3.4 Das neue Begutachtungsinstrument ... 72
3.5 Das neue Begutachtungsassessment als Instrument zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit ... 73
3.6 Abbildung von Bedarfslagen durch Module ... 74
3.7 Einteilung in Bedarfsgrade ... 74

3.8 Erfassung des Rehabilitationsbedarfs ... 75
3.9 Eignung zur Erstellung von Pflege-, Hilfe- und Versorgungsplänen ... 75
3.10 Vorschlag für eine gesetzliche Neuregelung in §§ 14, 15 SGB XI ... 76
3.11 Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf das Leistungsrecht der Pflegeversicherung ... 77
3.12 Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf andere Sozialleistungssysteme ... 78
3.13 Finanzielle Auswirkungen ... 78

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS ... 81

ANLAGEN ... 82

Anlage 1 Mitglieder des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs beim Bundesministerium für Gesundheit ... 82

Anlage 2 Entwurf der für den Begriff der Pflegebedürftigkeit maßgebenden Vorschriften ... 85

Anlage 3 Positionspapiere der Beiratsmitglieder ... 89

1. Stellungnahme der Aktion Psychisch Kranke e.V. vom 31. Oktober 2008 ... 89
2. Thesen der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen zum neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit und zum neuen Begutachtungsinstrument unter dem Gesichtspunkt der „Konvergenz zum Rehabilitations- und Teilhaberecht des SGB IX“ vom 19. Januar 2009 ... 91
3. Positionen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege zur Entwicklung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsverfahrens vom 07. Januar 2009 ... 95
4. Positionen der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger vom 18. Dezember 2008 ... 102
5. Positionspapier des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vom 24. Oktober 2008 ... 110
6. Positionspapier der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände vom Oktober 2008 ... 114
7. Thesen der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vom Januar 2009 ... 116
8. Positionspapier des Deutschen Gewerkschaftsbundes vom 20. Januar 2009 119
9. Eckpunkte zur Positionierung des Deutschen Pflegerates e.V. zur Neuformulierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach SGB XI vom 23. Oktober 2008 ... 121
10. Diskussionspapier des Deutschen Vereins zur Abgrenzung der Begriffe und Leistungen in einem neuen Verständnis der Pflegebedürftigkeit vom 01. Oktober 2008 ... 123
11. Eckpunkte der Positionierung des GKV-Spitzenverbandes zur Neuausrichtung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach dem SGB XI vom 30. Oktober 2008 ... 146
12. Stellungnahme der Länder vom 23. Januar 2009 ... 148

13. Eckpunkte des Sozialverbandes VdK Deutschland e.V., der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., der Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V., der BAG SELBSTHILFE e.V., des Sozialverbands Deutschland e.V. (SoVD), der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. zur neuen Begutachtungsinstrument und einem erweiterten Begriff der Pflegebedürftigkeit vom 03. November 2008 150
14. Positionen des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs des SGB XI vom 27. Oktober 2008 155

Materialienband

1. Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten, Gutachten des Instituts für Pflegewissenschaften der Universität Bielefeld, Verfasser: Dr. Klaus Wingenfeld, Dr. Andreas Büscher, Prof. Dr. Doris Schaeffer, 23. März 2007

2. Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, Abschlussbericht Hauptphase 1, Institut für Pflegewissenschaften der Universität Bielefeld, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe, Verfasser: Dr. Klaus Wingenfeld, Dr. Andreas Büscher, Dr. Barbara Gansweid, Bielefeld/Münster, 25. März 2008

3. Maßnahmen zur Schaffung eines neuen reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI, Abschlussbericht Hauptphase 2, Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Verfasser: Prof. Dr. Windeler, Prof. Dr. Görres, Stefanie Thomas, Andrea Kimmel, Ingo Langner, Karl Reif, Alexander Wagner, Oktober 2008

4. Finanzielle Auswirkungen der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des dazugehörigen Assessments für die Sozialhilfeträger und die Pflegekassen, Ergänzungsprojekt zum Modellprojekt „Entwicklung und Erprobung eines neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“, Abschlussbericht, Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, Verfasser: Prof. Dr. Heinz Rothgang, M. Holst, D. Kulik, Rainer Unger, unter Mitwirkung von Ulrich Schneekloth (TNS Infratest), Dezember 2008

5. „Möglichkeiten der Berücksichtigung von RAI 2.0 und/oder RAI HC bei der Erarbeitung eines zukünftigen Begutachtungsinstruments“, Expertise erstellt im Kontext von den Spitzenverbänden der Pflegekassen durchgeführten Modellvorhabens: „Maßnahmen zur Schaffung eines neuen reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“, Alice Salomon Fachhochschule Berlin, Verfasser: Prof. Dr. Vjenka Garms-Homolovà in Kooperation mit Diplom-Psychologin Katrin Theiss, November 2007

Vorwort des Beiratsvorsitzenden

Mit dem Vorschlag für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und des damit verbundenen Begutachtungsverfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit legt der Beirat zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs seinen Abschlussbericht vor. Der Abschlussbericht wurde in der Sitzung des Beirats am 26. Januar 2009 einstimmig beschlossen. Sein wesentliches Ziel ist die Verbesserung und Veränderung der Lebenslagen von Menschen mit Pflegebedarf, die in ihrer Selbständigkeit beeinträchtigt sind.

Mit den erarbeiteten Ergebnissen werden der Politik Handlungsoptionen für die Weiterentwicklung der Pflege aufgezeigt, und zugleich Grundlagen für eine sorgfältige gesellschaftliche Diskussion eines zentralen Zukunftsthemas an die Hand gegeben: Die qualitätsgesicherte, an den persönlichen Bedarfen der Betroffenen ausgerichtete und menschenwürdige Pflege, Versorgung und Betreuung Hilfebedürftiger Menschen. Das Ergebnis der Beiratsarbeit, der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, beschreibt einen Paradigmenwechsel.

Mit der vom Bundesministerium für Gesundheit erbetenen Umsetzungsstudie wird der Beirat im Anschluss an diesen Bericht den Verantwortlichen weitere Instrumente und Verfahren zur Implementation der Vorschläge unterbreiten. Die bisherigen Ergebnisse stärken die Erwartung, dass eine veränderte Betrachtung des pflegebedürftigen Menschen und eine verbesserte Pflege Wirklichkeit werden können.

Der Beirat konnte in einem konstruktiven, vertrauensvollen Klima arbeiten. Das hat seiner Arbeit gut getan. Mein Dank gilt allen Beiratsmitgliedern für die ergebnisorientierte Mitarbeit, eine offene, respektvolle Diskussionskultur und das erkennbare Ringen um die Gestaltung zukunftsfähiger Lösungsvorschläge, die von allen getragen werden konnten. Dazu hat in besonderer Weise die Studienarbeit des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (Herr Dr. Wingenfeld und Herr Dr. Büscher) und des Instituts für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen (Herr Prof. Dr. Görres), die Arbeit des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (Herr Prof. Dr. Windeler) und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (Frau Dr. Gansweid und Herr Dr. Heine), aber auch des Zentrums für Sozialpolitik an der Universität Bremen

(Herr Prof. Dr. Rothgang) beigetragen. Zu nennen ist weiter die Arbeitsgruppe unter Leitung von Herrn Prof. Dr. Udsching, die einen Entwurf für eine rechtliche Neufassung der §§ 14 und 15 des SGB XI vorgelegt hat. Ohne diese Arbeiten wäre die Entwicklung und Erprobung eines neuen Begutachtungsinstruments nicht möglich gewesen.

Einen besonderen Dank möchte ich den Mitgliedern der Redaktionsgruppe (Vorsitz Dr. h.c. Jürgen Gohde) Herrn Klaus Dumeier, Frau Prof. Dr. Kuhn-Zuber, Herrn Gert Nachtigal, Herrn Prof. Dr. Peter Udsching und Frau Dr. Irene Vorholz aussprechen.

Dank gebührt ebenso den Mitgliedern und Vorsitzenden des Steuerungskreises des Modellprojekts, Herrn Paul Jürgen Schiffer und Herrn Klaus Dumeier, den Mitgliedern des Präsidiums, Frau Sabine Jansen, Herrn Prof. Dr. Peter Udsching und Herrn K.-Dieter Voß.

Frau Christine Wilcken hat mit größter Sorgfalt die Redaktion des Abschlussberichts übernommen und seine Herausgabe betreut. Ich danke ihr besonders für diese Unterstützung der Arbeit des Beirats.

Dr. h.c. Jürgen Gohde

Einführung: Auftrag und Ziel

Mit seinem Bericht legt der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs konzeptionelle Überlegungen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI vor.

Ausgangslage

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit im SGB XI und das darauf basierende Begutachtungsverfahren werden bereits seit Einführung der Pflegeversicherung kritisch diskutiert. Pflegebedürftigkeit sei, so der Kern der Kritik, im SGB XI zu eng, zu verrichtungsbezogen und zu einseitig somatisch definiert. Dadurch würden wesentliche Aspekte, wie beispielweise die Kommunikation und soziale Teilhabe, ausgeblendet und der Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zu wenig berücksichtigt. Diese Ausgrenzung anderer Problem- und Bedarfslagen führe insbesondere dazu, dass die wachsende Zahl Hilfebedürftiger mit demenziellen Erkrankungen oder anders verursachten Einschränkungen der Alltagskompetenz keine adäquate Unterstützung durch Leistungen der Pflegeversicherung erhalte. Vielmehr verursache der im SGB XI derzeit geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff (§ 14 SGB XI) erhebliche Defizite bei der Versorgung dieser Personengruppe.

Zwar erhalten demenzkranke Menschen, die pflegebedürftig im Sinne des SGB XI und einer der Pflegestufen I bis III zugeordnet sind (§§ 14, 15 SGB XI), alle Leistungen der Pflegeversicherung wie andere Versicherte auch. Nicht jeder Demenzkranke ist allerdings allein wegen dieser Erkrankung pflegebedürftig im Sinne des Rechts der Pflegeversicherung.

Bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit wird der Hilfebedarf demenziell erkrankter Menschen gegenwärtig insbesondere durch die Einbeziehung der Hilfeform „Anleitung“, „Beaufsichtigung“ und „Unterstützung“ berücksichtigt (vgl. § 14 Abs. 3 SGB XI). Nicht erfasst wird ein darüber hinausgehender allgemeiner Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf (z.B. Weglauftendenzen, Selbst- und Fremdgefährdung, Angst, Wahnvorstellungen, Aggressionen).

Dies wird überwiegend als ungerecht empfunden, da mit dem allgemeinen Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung regelmäßig eine besonders hohe Belastung der Angehörigen verbunden ist und die bisherige isolierte Betrachtung dieses besonderen Bedarfs im Verhältnis zur Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung im Recht der Pflegeversicherung von den Betroffenen nicht verstanden wird.

Aber auch andere Aspekte des gegenwärtigen Verfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit stoßen auf Kritik, so beispielsweise die Regularien zur Ermittlung des Pflegebedarfs von Kindern, die trotz punktueller Optimierung im Rahmen der letzten Überarbeitung der Begutachtungsrichtlinien noch immer als unbefriedigend gelten.

Vor diesem Hintergrund wurde im Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 festgelegt, dass mittelfristig eine Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorbereitet werden soll.[1] Mit den vom Bundesgesundheitsministerium beschlossenen Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen, bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI und der damit verbundenen Einberufung des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurden konkrete Schritte einer solchen Überarbeitung eingeleitet.

Die Komplexität der Aufgabe erlaubte es nach Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit nicht, einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein entsprechend darauf ausgerichtetes Begutachtungsassessment bereits im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zu etablieren.[2] Über die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs könne nur auf einer pflegewissenschaftlich fundierten Grundlage entschieden werden. Darüber hinaus sei auch die Situation nach Inkrafttreten der jüngsten Reform der Pflegeversicherung einzubeziehen.

[1] Koalitionsvertrag vom 11. November 2005, Kap. 9.2., Z. 4519 (S. 92).
[2] Schreiben von Staatssekretär Dr. Schröder, BMG, vom 05. Oktober 2006.

Auftrag und Ziel

Das Bundesministerium für Gesundheit hat dem Beirat den Auftrag erteilt, als Grundlage einer zukünftigen Entscheidung über eine Änderung des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit verbundenen Begutachtungsverfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit konkrete und wissenschaftlich fundierte Vorschläge und Handlungsoptionen zu erarbeiten, wobei insbesondere die Frage der finanziellen Auswirkungen auf die Pflegeversicherung und/oder andere Sozialleistungsbereiche zu klären war.

Der Pflegebedürftigkeitsgriff ist in seiner Bedeutung und praktischen Anwendung eng mit dem Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit verbunden und gibt diesem den wesentlichen Rahmen vor. Die Entwicklung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines damit korrespondierenden neuen Begutachtungsverfahrens war daher eng aufeinander abzustimmen. Entsprechend musste – unter Berücksichtigung von Alternativformulierungen eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – bereits im Vorfeld dessen Umsetzbarkeit mit einem bundesweit einheitlichen Begutachtungsinstrument geprüft und erprobt sowie dazu das Begutachtungsinstrument selbst neu gestaltet werden. Es bedarf vor einer Entscheidung des Gesetzgebers über eine Änderung des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit verbundenen Begutachtungsverfahrens der Eruierung und Erprobung von Handlungsoptionen.

Ausgangspunkt der Entwicklung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sollte ein gegenüber dem SGB XI erweiterter Pflegebegriff sein. In die Diskussion wurde die Empfehlung einer Arbeitsgruppe des Bundespflegeausschusses aus dem Jahr 2002 einbezogen[3], einen für alle Leistungsträger umfassenden Pflegebegriff zu schaffen und damit die Hilfe- und Unterstützungsbedarfe verschiedener Sozialleistungsbereiche übergreifend zu erfassen. Aktivierungs-, Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf bezogen auf Lebensbereiche auch außerhalb der Verrichtungen im Sinne des § 14 SGB XI sowie der Bedarf an behandlungspflegerischen Maßnahmen, die Fähigkeit zu kommunizieren und der Bedarf an sozialer Betreuung sollte vom Pflegebedürftigkeitsbegriff umfasst sein. Hiervon ausgehend sollten bei der Entwicklung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs diejenigen Hilfebedarfe in den Pflegebedürftigkeits-

[3] Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumentarien, Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (Wingenfeld, Büscher, Schaeffer), 23. März 2007, S. 32.

begriff aufgenommen werden, die realistischer Weise im Leistungsrecht aufgegriffen werden können.[4]

Im Rahmen des zu dem erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff parallel zu entwickelnden Begutachtungsverfahrens ging es um die modellhafte Entwicklung und Erprobung eines neuen, durch den Gesetzgeber noch nicht vorgegebenen Begutachtungsinstruments unter Berücksichtigung der gleichzeitigen Erarbeitung eines vom Gesetzgeber ebenfalls noch nicht entschiedenen alternativen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Die Überarbeitung des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs muss aus Sicht des Bundesgesundheitsministeriums „Akzeptanzprobleme“ bei den Versicherten ebenso wie „Finanzierungsrisiken“ für die Pflegeversicherung vermeiden. Unter der Prämisse, dass die Pflegeversicherung auch in der Zukunft ein "Kernsicherungssystem" bleibt, kann und soll sie auch zukünftig nicht den gesamten Hilfebedarf pflegebedürftiger und alter Menschen übernehmen und finanzieren.[5] Daher umfasste der Auftrag insbesondere auch die Beantwortung der Frage, wie sich die Änderung vor allem finanziell auf die Pflegeversicherung und/oder andere Sozialleistungsbereiche auswirkt.

Der Auftrag an den Beirat bezog sich in erster Linie auf die Neuformulierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Entwicklung eines Begutachtungsverfahrens im Geltungsbereich des SGB XI und war von daher in besonderem Maße auf die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ausgerichtet. Dennoch galt es im Rahmen der Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs fachlich zu klären, ob und wie die Pflegeversicherung im Zusammenhang einer übergreifenden Konzeption der Bedarfsermittlung pflegebedürftiger Menschen zu positionieren ist. Diese weiter reichende Fragestellung knüpft auf der Ebene der individuellen Hilfeplanung auch an die im Koalitionsvertrag enthaltene Zielvorgabe eines Gesamtkonzepts an, nach der Hilfen für alte, behinderte und pflegebedürftige Menschen in Bezug zu setzen sind.

[4] Papier des Bundesgesundheitsministeriums „Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungs-Instruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“.

[5] Papier des Bundesgesundheitsministeriums „Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungs-Instruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“.

Diesem Auftrag und Ziel ist der Beirat mit seiner erarbeiteten Empfehlung zur Revision des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nachgekommen. Er unterbreitet mit dem vorliegenden Bericht einen realistischen und umsetzbaren Vorschlag für die Neuformulierung eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie die Gestaltung und Einführung eines bundesweit einheitlichen Begutachtungsinstruments und gibt auf Fragen der Finanzierung Antwort.

Kapitel 1: Arbeitsablauf / Beratungsschritte

Am 10. Oktober 2006 hat das Bundesministerium für Gesundheit den Beirat zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs einberufen. Der Beirat setzte sich aus verschiedenen Verbänden und Institutionen, die ihrerseits jeweils einen Vertreter in den Beirat beriefen, sowie aus Vertretern der Wissenschaft zusammen.[6] Die Verbände, Institutionen und die einzelnen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler waren so ausgewählt, dass alle Interessenlagen und Kompetenzen des Handlungsfelds „Pflege“ berücksichtigt wurden. Die konstituierende Sitzung des Beirats fand am 13. November 2006 statt.
Am 29. April 2008 wurde das Beiratsmitglied Dr. h. c. Jürgen Gohde (Vorsitzender des Kuratoriums Deutsche Altershilfe) zum Vorsitzenden des Beirats ernannt. Er übernahm den Vorsitz von Wilhelm Schmidt, Präsident des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, der vom Vorsitz des Beirats zurückgetreten war. Stellvertretender Vorsitzender des Beirats ist Prof. Dr. Peter Udsching, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht in Kassel.

1.1 Modellvorhaben und Ausschreibung

Parallel dazu hat das Bundesministerium für Gesundheit die Spitzenverbände der Pflegekassen gebeten, ein Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung im Rahmen des § 8 Absatz 3 SGB XI durchzuführen. Die Gestaltung und Einführung eines bundesweit einheitlichen Begutachtungsinstruments auf der Grundlage des SGB XI sind Aufgaben der Spitzenverbände der Pflegekassen unter Beteiligung des MDS/der MDK-Gemeinschaft.[7] Auf der Grundlage eines neu zu entwickelnden Pflegebedürftigkeitsbegriffs sollte modellhaft ein völlig neues, durch den Gesetzgeber noch nicht vorgegebenes, Begutachtungsinstrument zur richtungweisenden Weiterentwicklung der Pflegeversicherung entwickelt und erprobt werden. Es sollten Handlungsoptionen aufgezeigt werden, ob und wie der bisherigen Kritik an dem geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff und den damit verbundenen Auswirkungen sachgerecht abgeholfen werden kann. Ein Steuerungskreis, gebildet aus Vertretern des Bundesgesundheitsministeriums, der Spitzenverbände der Pflegekassen, des Medizinischen Dienstes des

[6] Mitglieder des Beirats siehe Anlage 1.
[7] § 53a Nr. 2 SGB XI.

Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Vorsitzenden des Beirats sowie der Wissenschaft übernahm die unmittelbare Betreuung des Projekts.[8]

Der Beirat hat diesen Prozess der Entwicklung und Erprobung eines neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit begleitet. Seine Aufgabe war es, eine Empfehlung zur Formulierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auszusprechen. Mit den Ergebnissen aus dem Modellprojekt sollten dem Beirat die dafür notwendigen Beratungs- und Entscheidungsgrundlagen bereitgestellt werden.

Ausschreibung

Das Modellprojekt „Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundeseinheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ sollte eine Vor- und zwei Hauptphasen umfassen.

Aufgabe und Ziel der Vorphase bestanden darin, ausgehend von einer umfassenden nationalen und internationalen Recherche eine Analyse und Bewertung von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Begutachtungs- bzw. Einschätzungsinstrumenten vorzunehmen. Hiermit sollten die Wissensgrundlagen zur Verfügung gestellt werden, auf denen weitergehende Schritte der Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Angleichung des Begutachtungsverfahrens aufbauen können.

Dieser Vorphase sollten zwei weitere Arbeitsphasen im Rahmen des Modellprojekts folgen. Es war vorgesehen, dass auf der Grundlage der Vorphase in einer sich anschließenden ersten Hauptphase ein neues, praktikables Begutachtungsverfahren erarbeitet und dieses in einer zweiten Hauptphase praktisch erprobt wird.

Zunächst wurde die Erstellung der Vorstudie von den Spitzenverbänden der Pflegekassen durch eine nationale Ausschreibung ausgeschrieben.[9] Aus mehreren Bewerbern erhielt das

[8] Mitglied im Steuerungskreis waren Prof. Dr. Martin Moers (Fachhochschule Osnabrück), Klaus Dumeier (Vorsitzender des Steuerungskreises), Paul Jürgen Schiffer (VdAK/AEV), Hanka Bendig (GKV-SV), Harald Kesselheim (AOK-BV), Prof. Axel Mühlbacher (Hochschule Neubrandenburg), Wilhelm Schmidt/Dr. h.c. Jürgen Gohde (Vorsitzender des Beirats), Dr. Matthias von Schwanenflügel/Dr. Christian Berringer/Dr. Eckard Grambow (BMG), Gerd Kukla (IKK-BV – Teilnahme bis 31.05.2008), Meinolf Moldenhauer (BKK BV- Teilnahme bis 30.04.2008), Herr Dr. Pick (MDS - Teilnahme bis zum 27.03.2007).

[9] Beschränkte Ausschreibung nach § 3 Nr. 1 Abs. 2 in Verbindung mit § 3 Nr. 3 VOL/A.

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) Anfang November 2006 den Zuschlag zur Durchführung der Vorphase.

Recherchebericht

Die als Ergebnis dieser Aufgabe durch das IPW angefertigte Studie „Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumentarien“ vom 28. Februar 2007 (sog. Recherchebericht) wurde dem Beirat im Rahmen seiner Sitzung am 20. März 2007 vorgestellt. Auf Anregungen des Beirats nahmen die Projektnehmer in dem Bericht vom 28. Februar 2007 Ergänzungen und sprachliche Präzisierungen im Hinblick auf die Darstellung des Begutachtungssystems in Japan und des alternativen Begutachtungssystems der MDK-Gemeinschaft vor. Der überarbeitete Bericht lag dem Steuerungskreis am 23. März 2007vor.[10]

Entsprechend der Ausschreibung steht im Mittelpunkt des Berichts zum einen die Frage nach den Möglichkeiten, ein wissenschaftlich fundiertes Verständnis von Pflegebedürftigkeit zu formulieren, zum anderen erfolgt eine umfassende Darstellung, Analyse und Vergleich zahlreicher Einschätzungsinstrumente. Dabei werden die Möglichkeiten und Grenzen der Adaption und/oder Kombination von Begutachtungsinstrumenten ausführlich aufgezeigt. Besondere Aufmerksamkeit richtet sich dabei auf das von der MDK-Gemeinschaft entwickelte „alternative Begutachtungsverfahren“.

Die Recherche nach Pflegebedürftigkeitsbegriffen umfasste verschiedene Quellen, u.a. pflegetheoretische Modelle, Pflegesicherungssysteme in anderen Ländern und Arbeiten internationaler Organisationen. Dabei stellten die Gutachter aus der internationalen sozialpolitischen Perspektive die Aspekte der funktionalen Abhängigkeit und personellen Hilfe als zwei für die Charakterisierung von Pflegebedürftigkeit zentrale Begriffe heraus. Aus der Perspektive pflegetheoretischer Arbeiten gehöre zu einem gemeinsamen Verständnis von Pflegebedürftigkeit die Abhängigkeit von personeller Hilfe, die aus einem Missverhältnis zwischen Beeinträchtigungen, Belastungen und Anforderungen einerseits sowie den individuellen Bewältigungsressourcen andererseits bestehe.

[10] Veröffentlicht unter: http://www.gkv.info/site/fileadmin/user_upload/PDF/Pflegeversicherung/ipw_bericht_20070323.pdf.

Aus diesen Überlegungen heraus leiteten die Gutachter Elemente eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs ab. Danach wäre eine Person als pflegebedürftig zu bezeichnen, wenn sie infolge fehlender personaler Ressourcen, mit denen körperliche oder psychische Schädigungen, die Beeinträchtigung körperlicher oder kognitiver/psychischer Funktionen, gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen kompensiert oder bewältigt werden könnten, dauerhaft oder vorübergehend zu selbständigen Aktivitäten im Lebensalltag, selbständiger Krankheitsbewältigung oder selbständiger Gestaltung von Lebensbereichen und sozialer Teilhabe nicht in der Lage und daher auf personelle Hilfe angewiesen ist. Die Gutachter der Studie empfahlen, ein solches Grundverständnis bei den anstehenden Beratungen zur Neufassung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigen.

Im Rahmen der Analyse von Einschätzungsinstrumenten nahmen die Gutachter zunächst die Erfahrungen und Entscheidungsprozesse in anderen Ländern in den Blick. Insgesamt sind 38 verschiedene Assessmentinstrumente in die Analyse aufgenommen worden.[11] Dabei konnte festgehalten werden, dass weltweit Verfahren favorisiert werden, die analog zu den vorstehend genannten Elementen eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs primär die Abhängigkeit von personeller Hilfe sowie die Ausprägung von funktionellen Einbußen, psychischen Problemlagen und Verhaltensweisen abbilden und erst auf dieser Grundlage das Ausmaß von Pflegebedürftigkeit bestimmen.

Im Rahmen des Vergleichs der verschiedenen Einschätzungsinstrumente wurde den Instrumente EASY care, FACE, RAI 2.0 und RAI HC eine grundsätzliche Eignung für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit zuerkannt.[12] Eine vorbehaltlose Empfehlung für ein einzelnes dieser Instrumente konnte unter Berücksichtigung inhaltlicher und methodischer Aspekte jedoch nicht ausgesprochen werden. Nach Einschätzung der Gutachter bedürfe jedes der genannten Instrumente kontextspezifischen Anpassungen.[13] Dieses Ergebnis liege auch in dem Umstand begründet, dass eine Entscheidung für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff entsprechende Auswirkungen auf das Begutachtungsverfahren haben werde, die zu diesem Zeitpunkt nicht vorweg genommen werden könnten.

[11] Diese Instrumente teilten sich in drei Gruppen: Instrumente zur Bestimmung eines umfassenden Pflegebedarfs, Instrumente zur vertiefenden Bestimmung von spezifischen Bereichen und Instrumente zur Einschätzung des Bedarfs bei Kindern.
[12] Eine eingeschränkte Empfehlung wurde für die Instrumente CANE, RCN Assessment und RUM abgegeben.
[13] Zudem wiesen die genannten Instrumente Schwächen vor allem aufgrund fehlender oder begrenzter Ergebnisse bzgl. der methodischen Güte sowie deren komplexe Handhabung auf.

Auch das in Entwicklung befindliche „alternative Begutachtungsverfahren“ (ABV) konnte nicht empfohlen werden. Schwächen wies das ABV im Hinblick auf die inhaltliche Reichweite, die inhaltliche Systematisierung, die Erfassung von Präventions-/Rehabilitationsbedarf sowie die Abbildung psychischer Problemlagen auf. Auch der bislang erkennbare Ansatz der Bewertungssystematik erschien, ebenso für die anderen Instrumente, optimierungsbedürftig.

Im Hinblick auf die Begutachtung von Kindern wurde im Ergebnis festgehalten, dass keines der analysierten Instrumente einen überzeugenden Ansatz liefere. Ein neues, überzeugendes Verfahren für die Begutachtung bei Kindern im Alter bis zu 14 Jahren könne mit den derzeit verfügbaren Instrumenten nicht etabliert werden.

In Zusammenfassung der Ergebnisse wurde hinsichtlich eines neuen Begutachtungsverfahrens empfohlen, entweder eines der etablierten Instrumente (FACE, EASY Care oder RAI) bzw. das alternative Begutachtungsverfahren der MDK-Gemeinschaft als mögliche Basis für ein zukünftiges Begutachtungsinstrument in Betracht zu ziehen, oder ein Instrument ohne Rückgriff auf verfügbare Verfahren zu entwickeln und dieses von vornherein mit dem Prozess der Überprüfung und Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eng zu verzahnen.

Die Gutachter sahen für die zweite Option bessere Chancen, um innerhalb des festgelegten Zeitplans ein tragfähiges Instrument zu entwickeln. Mögliche Adaptionen etablierter Instrumente und/oder Kombinationen mit anderen Instrumenten würden weitreichende Fragen inhaltlicher, methodischer, praktischer und gegebenenfalls lizenzrechtlicher Art aufwerfen, seien mit einem hohen Aufwand verbunden und nähmen daher voraussichtlich viel Zeit in Anspruch. Ähnliches gelte für eine mögliche Weiterentwicklung des alternativen Begutachtungsverfahrens. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass sich die Frage der Kinderbegutachtung mit der ersten Option mit großer Wahrscheinlichkeit nicht lösen lasse. Hingegen böte die Alternative der Neuentwicklung eines Begutachtungsinstruments mehr Spielraum für die Harmonisierung des Prozesses der Instrumentenentwicklung und des Prozesses der Überprüfung und Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Eingriffe in die Struktur eines vorhandenen Instruments, die aufgrund fehlender inhaltlicher Übereinstimmung mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff erforderlich würden, brächten in aller Regel erhebliche Komplikationen mit sich.

Angesichts dieser Tatsachen wurde von den Gutachtern empfohlen, unter Einbeziehung von Ansätzen, die sich in den vorliegenden Instrumenten vorfinden, und unter strikter Orientierung am Grundsatz des modularen Aufbaus, die Neuentwicklung eines Begutachtungsinstruments einzuleiten.

In Anbetracht dieser Einschätzung, dass keines der untersuchten Begutachtungsverfahren ohne weitere Modifikationen einzuführen wäre, sprach sich der Beirat nach Diskussion der alternativen Empfehlungen der Gutachter - Übernahme eines bestehenden, etablierten Begutachtungsinstruments oder Erarbeitung eines neuen Begutachtungsinstrumentes - einvernehmlich für die letztere Option aus. Gleichzeitig fiel durch den Beirat die Entscheidung, an die in dem Recherchebericht genannten Elemente eines Begriffs der Pflegebedürftigkeit bei der Erarbeitung eines neuen Begriffs anzuknüpfen. Dieser Entscheidung ging eine Empfehlung der Arbeitsgruppe „Formulierung eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ des Beirats voraus.

Der Beirat beschloss daher in seiner zweiten Sitzung am 20. März 2007, ausgehend von einem weit gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriff, ein neues Begutachtungsinstrument und einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gemeinsam zu entwickeln und in einem verzahnten Prozess modulartig aufeinander abzustimmen.

Leitfragen der Ausschreibung Hauptphase 1 und 2

Auf der Grundlage dieser Entscheidungen wurden durch den Beirat Leitfragen für die Ausschreibung der Entwicklung und Erprobung eines neuen, modulhaft zu gestaltenden Begutachtungsinstruments formuliert. Ein erster Entwurf der Leitfragen, die im Rahmen der Ausschreibung insbesondere zu berücksichtigen sind, ging dabei aus der Beiratssitzung vom 20. März 2007 hervor. Diese wurden in einem anschließenden Konsultationsprozess überarbeitet und präzisiert.[14]

[14] Die Leitfragen wurden den Beiratsmitgliedern im Umlaufverfahren zugeleitet und abgestimmt. Die verschiedenen Stellungnahmen flossen dabei in die endgültige Formulierung der Leitfragen ein.

Die Beantwortung folgender Leitfragen sollte bei der Erarbeitung der Konzeption des Begutachtungsinstruments sichergestellt werden:

1. In welcher Weise und wie weit reichend werden durch das neue Begutachtungsinstrument und den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff Lücken in der Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen geschlossen?
   Welche Hilfebedarfe, die die bisherige Definition und das bisherige Begutachtungsverfahren nicht berücksichtigt haben, werden vom neuen Begriff und Verfahren erfasst? Welche Hilfebedarfe bleiben unberücksichtigt?

2. Wie wird in dem neuen Begutachtungsinstrument die Begutachtung pflegebedürftiger Kinder geregelt? Wie erfolgt die Feststellung des krankheits- oder behinderungsbedingten Mehrbedarfs gegenüber einem gesunden Kind gleichen Alters?

3. Welche Möglichkeiten und Grenzen ergeben sich aus einem modulhaft gestalteten Begutachtungsinstrument?

4. Wie und in welchem Rahmen werden die unbestimmten Begriffe "Lebensbereiche" und "Soziale Teilhabe" in das modulhaft gestaltete Begutachtungsinstrument integriert?

5. Wie berücksichtigt das Begutachtungsinstrument die Strukturen und Anforderungen unterschiedlicher Leistungsträger? Leistet bzw. unterstützt das Begutachtungsinstrument eine leistungsbereichsübergreifende Bedarfserstellung, etwa als Grundlage für ein persönliches Budget?

6. In welcher Form sollen bzw. werden tatsächlich im Begutachtungsverfahren die Bereiche Krankheit, Behinderung, Pflegebedürftigkeit unterschieden? Wird durch den modulhaften Aufbau des Begutachtungsinstruments eine klare Zuordnung von Leistungsverantwortung an unterschiedliche Leistungsträger ermöglicht?

7. Welche weiteren sozialrechtlichen und fiskalischen Zusammenhänge, Entwicklungen und Konsequenzen ergeben sich aus einem erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff für das SGB V, IX, XI und XII?

8. Welche Möglichkeiten und Grenzen zur Ermittlung des Umfangs an Hilfebedarf ergeben sich, wenn auf die zeitliche Bemessung verzichtet wird?

9. Welche Möglichkeiten und Grenzen bestehen hinsichtlich dieses Instruments für die Pflegeplanung?

10. Welcher Aufwand (Begutachtungsdauer, Schulung) ist für das neue Begutachtungsverfahren erforderlich? Welchen Professionen sollen die Gutachter angehören und welche Kompetenzen sollen sie erhalten?

11. Wie berücksichtigt das neue Begutachtungsinstrument das Selbstbestimmungsrecht der zu begutachtenden Menschen? Wie werden ihre individuellen Wünsche und Bedürfnisse berücksichtigt, und wie wird in jeder Verfahrensstufe Transparenz für die Betroffenen hergestellt?

Auf der Grundlage dieser Leitfragen wurden die Hauptphase 1 und 2 des Modellprojekts durch die Spitzenverbände der Pflegekassen im Rahmen des Modellprogramms gemäß § 8 Absatz 3 SGB XI in Form einer europaweiten Ausschreibung öffentlich ausgeschrieben.[15]

Bei der Erarbeitung eines neuen Begutachtungsinstruments waren neben der Beantwortung der Leitfragen laut Ausschreibung u.a. auch folgende Schwerpunktaufgaben zu beachten:

- Das neue Begutachtungsverfahren soll objektive, nachvollziehbare und wiederholbare Abbildungen der individuellen Pflegesituation ermöglichen, d.h. Fähigkeitsstörungen, Ressourcen und Hilfebedarf des Antragstellers berücksichtigen.
- Die Begutachtungsergebnisse müssen für den Versicherten transparent und nachvollziehbar sein.

[15] Öffentliche Ausschreibung vom 23. Mai 2007 (ted.europa.eu).

- Auf der Grundlage des Gutachtens muss die Pflegeeinrichtung in der Lage sein, einen Pflegeplan für den Pflegebedürftigen zu erstellen.
- Zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, zum Ausgleich von Behinderungen und zum Erhalt der Selbständigkeit ist sicherzustellen, dass bei jeder Begutachtung – auch wenn keine Pflegestufe vorliegt - der Präventions- und Rehabilitationsbedarf sowie notwendige Maßnahmen zur Hilfsmittelversorgung des Antragstellers ermittelt und dokumentiert werden.
- Die Erstellung des Gutachtens muss in einem ökonomisch vertretbaren Zeitrahmen erfolgen können. Der zeitliche Rahmen für ein Erst- oder Folgegutachten sollte im Regelfall maximal 45-60 Minuten für die gesamte Dauer des Hausbesuchs betragen.
- Mit der Erarbeitung eines neuen Begutachtungsverfahrens ist sicherzustellen, dass auch das Verfahren zur Feststellung des Hilfebedarfs von pflegebedürftigen Kindern situationsgerecht gestaltet ist.
- Erschwernistatbestände und – soweit rechtlich noch erforderlich – die Voraussetzungen für die Anerkennung von Härtefällen sind im Begutachtungsinstrument zu prüfen.
- Das Begutachtungsverfahren muss in der Lage sein, Fähigkeitsstörungen und Ressourcen aufzudecken, zu gewichten und eine eindeutige Zuordnung von Leistungsansprüchen ermöglichen. Die Bemessungssystematik des Begutachtungsinstruments bzw. die Gewichtung der einzelnen Module des Verfahrens sind so zu gestalten, dass es zu keiner unkontrollierten Ausweitung von Leistungsberechtigten der Pflegeversicherung kommt.
- Der Modul-Charakter des Begutachtungsinstruments muss gewährleisten, dass eine direkte Zuordnung der Hilfebedarfe zu den jeweiligen Leistungsträgern möglich ist.
- In einem eigenständigen Modul des Begutachtungsinstruments ist die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft hinsichtlich einer möglichst selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung zu berücksichtigen.
- Plausibilitätsprüfungen zu den Angaben der erbrachten Hilfeleistung sind sicherzustellen.
- Eine formale und inhaltliche Qualitätsprüfung des Begutachtungsverfahrens ist zu gewährleisten.
- Rentenrelevante Angaben zur Pflegeperson sind zu erfassen.

Im Rahmen der Erprobung sollte das Begutachtungsverfahren von einer unabhängigen Einrichtung wissenschaftlich auf seine Validität[16], Reliabilität[17], Sensitivität[18], Spezifität[19] und Änderungssensitivität[20] hin überprüft werden. Darüber hinaus sollten im Ergebnis der Erprobung klare Aussagen zu den finanziellen Folgewirkungen des neuen Begutachtungsinstruments auf die Pflegeversicherung gemacht werden können. Insbesondere sollte eine vergleichende Bewertung dieser Ergebnisse im Verhältnis zu den aktuellen Begutachtungsgrundlagen erfolgen.

Das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (MDK Westfalen-Lippe), der Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und das Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen (IPP) haben als Arbeitsgemeinschaft ein gemeinsames Angebot zu dieser Ausschreibung unterbreitet. Im Juli 2007 wurde diesem Angebot von den Spitzenverbänden der Pflegekassen der Zuschlag erteilt. Zur Durchführung des Auftrags hat die Arbeitsgemeinschaft folgende Aufgabenverteilung vereinbart: Die Erarbeitung des neuen Begutachtungsinstruments (Hauptphase 1) erfolgt gemeinsam durch das IPW, unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Schaeffer, Herrn Dr. Wingenfeld und Herrn Dr. Büscher, und den MDK Westfalen-Lippe, unter der Leitung von Frau Dr. Gansweid und Herrn Dr. Heine, dessen praktische Erprobung (Hauptphase 2) durch das IPP, unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Görres, und den MDS, unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Windeler.

Ein begleitender Gutachtenauftrag zu den „Möglichkeiten der Berücksichtigung von RAI 2.0 und/oder RAI HC bei der Erarbeitung eines zukünftigen Begutachtungsinstruments erging im Juli 2007 an Frau Prof. Dr. Garms-Homolovà. Der Auftrag sah vor, zwei Instrumente des interRAI-Assessmentsystems (RAI 2.0 und RAI HC) fachlich einzuschätzen und die Fragen zu beantworten, die sich aus dem Recherchebericht des IPW vom 23. März 2007 ergeben. Nach Auffassung des Steuerungskreises ergaben sich aus dem Gutachten jedoch keine neuen zu berücksichtigen Gesichtspunkte im Hinblick auf die Möglichkeit und Grenzen der Adaption

[16] Zielgerichtetheit auf die tatsächliche Messung der Pflegebedürftigkeit – Gültigkeit.
[17] Reproduzierbarkeit des Tests mit gleichem Ergebnis – Zuverlässigkeit.
[18] Erfassung der Betroffenen.
[19] Ausschluss der Nicht-Betroffenen.
[20] Nachweis wichtiger Veränderungen.

oder Modifikation des interRAI-Assessmentsystems bei der Entwicklung eines neuen Begutachtungssystems.

1.2 Arbeitsschritte

1.2.1 Zeitplan

Vor dem Hintergrund des durch die am 01. Juli 2008 in Kraft tretende Pflegereform und des den Ablauf der Legislaturperiode im Herbst 2009 gesetzten Rahmens sollten die Arbeiten an dem Modellvorhaben nach Vorgabe des Bundesgesundheitsministeriums zum 1. November 2006 beginnen und bis zum 30. November 2008 abgeschlossen sein. Aufgrund der durch den Steuerungskreis und den Beirat im Juni 2008 beschlossenen Erweiterung der Datenbasis wurde die Vorlage des Endberichts des Beirats an das Bundesgesundheitsministerium auf den 31. Dezember 2008 verschoben.

Die Zeitplanung als solche wurde von den Projektnehmern von Beginn an als sehr ehrgeizig eingeschätzt. Die Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten und praktikablen Begutachtungsverfahrens sowie dessen anschließende praktische Erprobung stellten für die Projektnehmer ein anspruchsvolles und aufwändiges Unternehmen dar. Der Zeitplan erforderte eine sehr straffe Arbeitsorganisation. Die Arbeiten wurden stets im Rahmen des vorgegebenen Zeitrahmens fertig gestellt.

1.2.2 Arbeitsphasen

Entsprechend der drei Arbeitsphasen wurde jeweils vor Eintritt in die nächste Phase unter Bewertung der vorliegenden Ergebnisse überprüft, ob und mit welchen Fragestellungen das Projekt fortgeführt wird. Die Arbeitsweise im Zeitverlauf stellte sich wie folgt dar:

In der Anfang November 2006 beginnenden Vorphase wurde eine umfassende nationale und internationale Analyse und Bewertung von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Begutachtungs- bzw. Einschätzungsinstrumenten vorgenommen. Mit der Recherche wurden die Wissensgrundlagen zur Verfügung gestellt, auf denen weitergehende Schritte der Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und Angleichung des Begutachtungsverfahrens aufbauen konnten. Dabei wurden insbesondere vorhandene Assessmentinstrumente auf ihre Verwendungs-

fähigkeit überprüft. Die Vorphase wurde mit Vorlage des Rechercheberichts am 28. Februar 2007 abgeschlossen.[21]

In der sich unmittelbar anschließenden Hauptphase 1 wurde von den Projektnehmern, dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld und dem Medizinische Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe, ein neues praktikables, standardisiertes und allgemein anerkanntes Begutachtungsverfahren zur Erhebung des individuellen Hilfebedarfs auf der Basis der Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen mit der Möglichkeit der Zuordnung zu einer Pflegestufe erarbeitet. Die erste Hauptphase umfasste auch einen Pretest, um bereits in dieser Phase wichtige Aufschlüsse hinsichtlich der Entwicklung einer Bewertungssystematik, der Praktikabilität des neuen Begutachtungsinstruments und des Zeitaufwands zu erbringen. Die Projektnehmer legten am 31. Dezember 2007 ihren Zwischenbericht vor. Die Hauptphase 1 endete am 29. Februar 2008 mit Vorlage des Abschlussberichts.

In der am 01. März 2008 begonnenen Hauptphase 2 wurden Eignung und mögliche Konsequenzen des in der Hauptphase 1 entwickelten Begutachtungsinstruments mit wissenschaftlichen Methoden auf der Grundlage empirischen Datenmaterials durch das Institut of Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen und den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen evaluiert. Hauptzielsetzungen der Hauptphase 2 waren die wissenschaftliche Beurteilung der Güte des neu entwickelten Begutachtungsinstruments und die Abschätzung möglicher inhaltlicher und finanzieller Folgen, die sich aus einer Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Neukonzeption des Begutachtungsinstruments ergäben. Erste Ergebnisse wurden am 31. Juli 2008 in einem Zwischenbericht präsentiert, der dem Beirat am 27. August 2008 vorgelegt wurde. Der Abschlussbericht zur Hauptphase 2 wurde fristgerecht am 31. Oktober 2008 durch die Projektnehmer eingereicht und im Rahmen des Treffens des Beirats am 06./07. November 2008 vorgelegt.

1.3 Arbeitsorganisation

Der Ablauf und die Durchführung des Modellprojekts wurden durch den Beirat begleitet. Dieser arbeitete unabhängig vom Steuerungskreis, von den Projektnehmern sowie vom Bundesministerium für Gesundheit. Im Rahmen seiner insgesamt fünfzehn Sitzungen wurde der Bei-

[21] Die überarbeitete Fassung des Berichts wurde am 23. März 2007 vorgelegt.

rat über die Projektfortschritte informiert und setzte sich mit den genannten Fragestellungen aktiv auseinander.[22] Im Zentrum stand dabei stets eine ergebnis- und konsensorientierte Diskussion.

Die Aufgabe des Beirats bestand darin, in Auswertung der durch die Projektnehmer vorgelegten Ergebnisse, dem Gesetzgeber Vorschläge zum weiteren Vorgehen zu machen. Dies umfasste insbesondere eine Empfehlung zur Formulierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Vorbereitende Arbeiten hierzu leistete eine Arbeitsgruppe des Beirats, welche sich aus Mitgliedern des Beirats oder deren Vertretern zusammensetzte.[23] Geleitet wurde die Arbeitsgruppe von Herrn Prof. Dr. Udsching.

1.4 Fachkonferenzen und Workshop

Die wissenschaftliche Diskussion im Beirat wurde im Rahmen zweier Fachkonferenzen sowie eines Workshops beim Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge begleitet und fortgesetzt. Auf Anregung des Beirats machte der damalige Vorsitzende des Beirats Wilhelm Schmidt das Angebot, die Fachkonferenzen unter dem Dach des Deutschen Vereins für öffentliche und Private Fürsorge durchzuführen. Sie dienten neben der Einbeziehung der Fachwelt in den Prozess der Entwicklung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsverfahrens vor allem dem konstruktiven Fachdiskurs und der Betrachtung des Prozesses aus verschiedenen Blickwinkeln.

Fachkonferenz am 14. Dezember 2006

Eine erste Fachkonferenz fand unmittelbar nach der Einberufung des Beirats am 14. Dezember 2006, zum Auftakt des Modellvorhabens zur Entwicklung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs statt.[24] Sie bot einen ersten Überblick der Arbeiten an dem Modellprojekt und diente insbesondere dem Austausch, welche Bedürfnisse und konzeptionellen Möglichkeiten es für die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus Sicht der beteiligten Akteure

[22] Der Beirat tagte am 13. November 2006, 20. März 2007, 04. September 2007, 14. Dezember 2007, 17. Januar 2008, 07. März 2008, 29. April 2008, 27. Juni 2008, 27. August 2008, 15. Oktober 2008, 06./07. November 2008, 24. November 2008, 09. Dezember 2008, 08. Januar 2009 und am 26. Januar 2009.
[23] Siehe Anl. 1 (Mitglieder). Die Arbeitsgruppe zur Formulierung eines Begriffs der Pflegebedürftigkeit tagte am 09. März 2007, 03. Dezember 2007, 17. Januar 2008, 06. März 2008, 25. April 2008 und 06. November 2008.
[24] Die Referate der Fachtagung sind im Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 2/2007 veröffentlicht. Der Ablauf und eine Liste der Diskussionsteilnehmer ist unter: www.deutscher-verein.de abrufbar.

gebe. Die Ergebnisse der Fachkonferenz wurden im Diskussionsprozess im Beirat aufgegriffen.

Fachkonferenz am 08. November 2007

Die den Beirat begleitende wissenschaftliche Diskussion wurde in einer weiteren Fachkonferenz beim Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge am 08. November 2007 fortgesetzt.[25] In diesem Rahmen fand – neben der Präsentation der Studie von Frau Prof. Dr. Garms-Homolovà zu zwei Instrumenten des interRAI-Assessmentsystems (S. 20) – insbesondere auch eine Debatte über das von Prof. Klie u.a. unterzeichnete Memorandum „Die Quadratur des Kreises in der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit" statt.[26] Die Unterzeichner des Memorandums betonten, dass sie die Zielsetzung einer Neuentwicklung eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des dazugehörigen Begutachtungsverfahrens uneingeschränkt begrüßten. Eine Spaltung der Wissenschaft sei durch das Memorandum weder vorgesehen noch werde dies angestrebt. Anliegen des Memorandums sei es, auf grundlegende methodische Probleme angesichts des politisch vorgegebenen Zeitrahmens hinzuweisen. Die Entwicklung eines Verfahrens habe in den meisten Ländern deutlich länger als drei Jahre in Anspruch genommen. Insofern verfehle die derzeitige Planung Kriterien wie das der Nachhaltigkeit bei der Entwicklung eines robusten Assessmentverfahrens. Zudem wurden Bedenken im Hinblick auf die Beteiligung von Interessenvertretern geäußert. Die Unterzeichner des Memorandums sprachen sich daher dafür aus, das Ausschreibungsverfahren kurzfristig zu wiederholen und zu qualifizieren.

Workshop am 02. Juni 2008

Zur Vorbereitung der weitergehender Befassung des Beirats über die leistungsrechtlichen und systematischen Auswirkungen eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, hat der Beirat den Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge gebeten, mit Experten einen Workshop durchzuführen und die Ergebnisse des Workshops im Beirat zu diskutieren. Am 02. Juni 2008 wurde der Workshop „Pflegebedürftigkeit im Kontext von SGB XI, SGB IX und SGB XII" beim Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge abgehalten. Im Rahmen dieses

[25] Die Referate der Fachtagung sind unter: www.deutscher-verein.de/03-events/2007/gruppe4/f-473-07-fachkonferenz-pflegebeduerftigkeitsbegriff abrufbar.
[26] Memorandum, Clemens Becker, Berthold Dietz, Mona Frommelt, Thomas Klie, 2008, veröffentlicht unter: www.deutscher-verein.de/03-events/2007/gruppe4/f-473-07-fachkonferenz-pflegebeduerftigkeitsbegriff.

Workshops wurden drei Arbeitsgruppen gebildet (AG 1 Begriff der Pflegebedürftigkeit und der Behinderung – Beschreibung der Lebenslagen behinderter und pflegebedürftiger Menschen / AG 2 Leistungen bei Pflegebedürftigkeit und Eingliederungshilfe für behinderte Menschen / AG 3 Feststellung der Bedarfe zur Pflege, Teilhabe und Rehabilitation) und die Ergebnisse der Arbeit in den Arbeitsgruppen in einer anschließenden Plenumsdiskussion erörtert.

1.5 Kommunikation

Der Beirat hat im Rahmen seiner Arbeit stets die Grundsätze von Transparenz und Beteiligung gewahrt und gefördert. Dies wurde zum einen durch die genannten Fachkonferenzen und Workshops beim Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge gewährleistet. Zum anderen wurden die während des Modellprojekts erstellten Berichte – Rechercheberichte sowie die Abschlussberichte Hauptphase 1 und 2 – im Internet veröffentlicht.[27] Darüber hinaus war die Kommunikation „nach innen“ über die dem Beirat angehörigen Verbände und Institutionen und deren jeweilige Vertreter fortwährend gegeben.

Am 07. Mai 2008 berichtete Frau Staatssekretärin Marion Caspers-Merk auf Anfrage der Fraktion der FDP dem Gesundheitssauschuss des Deutschen Bundestags über den Stand der Arbeit des Beirats.[28] Der Ausschuss wurde umfänglich über das Modellprojekt und die bereits vorliegenden Ergebnisse unterrichtet.[29]

Im Hinblick auf die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgemeinschaft findet ein verbindlicher Dialog zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und den Ländern statt.[30] Im Beirat wurde die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgemeinschaft angeregt.

---

[27] Veröffentlicht unter: http://www.gkv.info/site/fileadmin/user_upload/PDF/Pflegeversicherung/ipw_bericht_20070323.pdf; https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Abschlussbericht_25.03.08_1652.pdf und https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/081127_Abschlussbericht_Endfassung(neu)_3868.pdf.

[28] Ausschuss für Gesundheit im Deutschen Bundestag - Ausschussdrucksache 16(14)0383.

[29] Bereits unmittelbar nach der Einberufung des Beirats Information des Bundetages durch Antworten der Bundesregierung auf die kleinen Anfragen der FDP Fraktion zu der Zusammensetzung und den Arbeitsinhalten des Beirats, BT-Drs. 16/3389 und BT-Drs. 16/3399.

[30] Schreiben von Herrn Staatssekretär Dr. Körner, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein sowie gleichlautendes Schreiben von Friedrich Seitz, Amtschef des Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, beide vom 22. August 2008 an Herrn Staatssekretär Dr. Schröder, BMG, sowie entsprechendes Antwortschreiben vom 06. Oktober 2008.

1.6 Erweiterung der Datenbasis

Im weiteren Beratungs- und Diskussionsprozess innerhalb des Beirats kristallisierte sich die Notwendigkeit der zusätzlichen Klärung von strukturellen und finanziellen Folgen eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und Begutachtungsverfahrens für die Sozialhilfe heraus. Ausgangspunkt der Diskussion war, dass die Erprobung des neuen Assessementverfahrens bislang ausschließlich bei SGB XI-Antragstellern erfolgte. Dies war insoweit auch zweckmäßig, da auf diese Weise der große Teil der zukünftigen Leistungsbezieher erfasst wurde und die Begutachtung in so großer Zahl auf anderem Weg in der vorgegebenen Zeit nicht darstellbar schien. Jedoch wurden durch diese Vorgehensweise die Personengruppen nicht erfasst, die bislang keinen Antrag auf Pflegeleistungen nach dem SGB XI gestellt hatten, nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und Begutachtungsverfahrens jedoch zukünftig möglicherweise leistungsberechtigt wären, beispielweise behinderte Menschen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe, demenziell Erkrankte oder sonstige Hilfebedürftige. Darüber hinaus wurden bis zu diesem Zeitpunkt die fiskalischen Auswirkungen auf die Sozialhilfeträger nicht thematisiert.

Daraufhin verständigte sich der Beirat, der Beantwortung dieser Fragestellungen durch eine Erweiterung des laufenden Modellprojekts Rechnung zu tragen. Dabei war sich der Beirat der daraus folgenden zeitlichen Verschiebung des Abgabetermins seines Berichts an das Bundesministerium für Gesundheit bewusst. Mit der Durchführung einer erweiterten Studie wollte der Beirat die Gelegenheit nutzen, aussagekräftige Daten für die Bezieher von Eingliederungshilfe, demenziell Erkrankte und sonstige Hilfebedürftige vorzulegen.

Die Anfertigung einer Studie zu den Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die Sozialhilfeträger erfolgte durch die Vergabe des GKV-Spitzenverbands gemäß § 8 Absatz 3 SGB XI an den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Der Erweiterungsantrag zielte darauf ab, abzuschätzen, in welchem Umfang mit zusätzlichen Leistungsbeziehern zu rechnen ist, die bisher keinen Antrag nach dem SGB XI gestellt haben und davon erfasst sind. Weiterhin sollten die fiskalischen Auswirkungen für die Pflegeversicherung und die Sozialhilfeträger untersucht werden; auch im Hinblick auf die im laufenden Hauptprojekt erfassten Personen. Die Projektnehmer haben die entsprechende Studie am 08. Januar 2009 vorgelegt.

1.7 Ergänzender Bericht des Beirats

Nach einem Zwischenbericht des Vorsitzenden an die Ministerin zur Vorbereitung des Endberichts des Beirats bat diese den Beirat in der Sitzung vom 15. Oktober 2008 um einen ergänzenden Bericht bis Ostern 2009. Der Beirat wurde gebeten, auf der Grundlage der Ergebnisse und Empfehlungen des Endberichts, mögliche Strategien und konkrete Umsetzungsschritte der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsverfahrens in das SGB XI zu prüfen, mögliche Alternativen zu bewerten und Empfehlungen zu erarbeiten.

Dabei sollen insbesondere die folgenden Fragestellungen berücksichtigt werden:

1. Welche vorbereitenden und begleitenden Maßnahmen sind aus Sicht des Beirats zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsverfahrens erforderlich? Müssen zusätzliche administrative Voraussetzungen geschaffen werden, und wenn ja, welche?

2. Ist eine schrittweise Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens möglich und wie könnte dieses gestaltet werden? Ist ein Nebeneinander von "altem" und "neuem" Begutachtungsverfahren – ggf. mit individueller Wahlfreiheit durch den Antragsteller – möglich, und welche Folgen hätte dies?

3. Welche Möglichkeiten bestehen, im Rahmen eines Umsetzungskonzepts den Zeitpunkt der Einführung eines neuen Begutachtungsverfahrens nach bestimmten Gesichtspunkten zu differenzieren (z.B. regional unterschiedliche Einführungs- bzw. Erprobungsphasen; Unterscheidung nach bestimmten Gruppen der Antragsteller bzw. Leistungsberechtigten, z.B. schrittweise Einführung zunächst nur bei allen über 90-jährigen oder allen unter 65-jährigen Antragstellern)?

4. In welcher Form und in welchem Zeitraum soll und kann bisherigen Leistungsempfängern in der sozialen und privaten Pflegeversicherung Bestandschutz gewährt werden? Welche Wirkungen können in diesem Zusammenhang neue Begutachtungen haben?

5. Wie können die Leistungen der Pflegeversicherung an die neue Differenzierung der Bedarfsgrade angepasst werden? Sollen die Leistungsansprüche einheitlich nach den neuen Bedarfsgraden differenziert werden, oder ist eine Differenzierung nach dem Schwerpunkt der Einschränkung der Selbständigkeit sinnvoll?

6. Welche sonstigen Möglichkeiten bestehen, um das Risiko unerwünschter Kostenfolgen insbesondere für die soziale und private Pflegeversicherung zu begrenzen?

7. Welche Kostenwirkungen haben Maßnahmen und Szenarien, die auf der Grundlage der Fragen 1 bis 6 entwickelt werden, für die soziale und private Pflegeversicherung (Leistungsausgaben, Verwaltungsausgaben der Pflegekassen und der MDKen)?

In der Sitzung vom 09. Dezember 2008 erläuterte Staatssekretär Dr. Schröder nochmals die Intention, ebenso die Einsetzung der Bund- Länderarbeitsgruppe zur Bearbeitung der Schnittstellenproblematik von Pflegeversicherung, Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege. Dem Beirat wurde über das Präsidium am 08. Januar 2009 eine Arbeitsskizze vorgelegt.

Kapitel 2: Erkenntnisprozess / Studienergebnisse

2.1 Einleitung

Auf der Grundlage der durch das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld angefertigten Vorstudie hat sich der Beirat entschieden, ein neues Begutachtungsinstrument zu entwickeln und zu erproben. Die Analyse und der Vergleich der bestehenden Begutachtungsverfahren haben gezeigt, dass keines dieser Verfahren in seiner derzeitigen Fassung geeignet ist, um einem weit gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriff gerecht zu werden.

In Beantwortung der durch den Beirat für die Entwicklung und Erprobung eines neuen Begutachtungsinstruments formulierten Leifragen lassen sich folgende Ergebnisse vorlegen:

2.2 Das neue Begutachtungsassessment

Das im Verlauf des Prozesses entwickelte neue Begutachtungsinstrument („neues Begutachtungsassessment“ – NBA) wurde gemeinsam vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld und vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe erarbeitet und Anfang März 2008 dem Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorgestellt.

Gegenüber dem bisherigen Begutachtungsverfahren beinhaltet das neue Begutachtungsassessment mehrere wesentliche Veränderungen. Das Instrument zielt insbesondere auf eine *umfassende Berücksichtigung von Pflegebedürftigkeit*, vermeidet also die Engführung auf Hilfebedarf bei den Alltagsverrichtungen, die für das heutige Begutachtungsverfahren und die geltenden Vorschriften des SGB XI charakteristisch ist. Das Instrument berücksichtigt sowohl körperliche Beeinträchtigungen als auch kognitive/psychische Einbußen und Verhaltensauffälligkeiten, die einen spezifischen Unterstützungsbedarf nach sich ziehen. Im Unterschied zum jetzigen Begutachtungsverfahren ist der Maßstab zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit nicht der zeitliche Pflegeaufwand, sondern der Grad der *Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen*. Das neue Instrument folgt

damit renommierten internationalen Vorbildern. Es basiert auf einem international anerkannten Verständnis von Pflegebedürftigkeit.

Um diesen wesentlichen Änderungen insbesondere auch Ausdruck zu verleihen, hat der Beirat im Laufe der Beratungen entschieden, den für die Bestimmung eines Grades der Pflegebedürftigkeit geltenden Begriff der „Pflegestufe“ durch den Begriff „Bedarfsgrad“ zu ersetzen. Die neue Bezeichnung macht den grundsätzlichen Neubeginn bei der Einschätzung von Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung kenntlich und ist geeignet, Schwierigkeiten bei der Akzeptanz und Vermittlung des neuen Begutachtungsassessments und eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu vermeiden.

2.2.1 Aufbau des neuen Instruments

Das neue Begutachtungsinstrument ist in vier Abschnitte untergliedert:

2.2.1.1 Informationserfassung

Die Inhalte der Informationserfassung lehnen sich stark an das gegenwärtige Begutachtungsverfahren an. Sie umfassen allgemeine Angaben zur Person des Antragstellers und zur Begutachtungssituation, Informationen zur Versorgungssituation und zur Pflegeperson bzw. den Pflegepersonen, Angaben zu Erkrankungen, Funktionseinschränkungen und zur bisherigen Entwicklung von gesundheitlichen Problemen. Zugleich können die begutachteten Personen ihre Situation in ihren eigenen Worten schildern und die aus ihrer Sicht vorrangigen Problemstellungen und notwendigen Maßnahmen darstellen.

2.2.1.2 Befunderhebung

Der Gutachter hat sich neben der Prüfung verfügbarer Vorbefunde oder anderer Informationen ein eigenes Bild von den Schädigungen und Beeinträchtigungen des Pflegebedürftigen zu machen.

2.2.1.3 Einschätzung der Pflegebedürftigkeit

Dieser dritte Teil des neuen Instruments umfasst acht Bereiche bzw. „Module“, mit denen die Beeinträchtigung der Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen ermittelt wird. Die Ergebnisse dieser Einschätzung sind die Grundlage für die Ermittlung eines Grades der Pflegebedürftigkeit (Bedarfsgrad). Die Module stellen also den Kern des neuen Begutachtungsverfahrens dar und enthalten alle Merkmale, die in die Bestimmung des Grades der Pflegebedürftigkeit einfließen oder zur Darstellung anderer Beeinträchtigungen der Selbständigkeit (Hilfebedürftigkeit) Verwendung finden. Dieser Teil umfasst ferner Fragen zu besonderen pflegerischen Bedarfskonstellationen, zur Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs und zu präventionsrelevanten Risiken.

2.2.1.4 Ergebnisdarstellung und Empfehlungen

Neben der Bestimmung des Grades der Selbständigkeitseinbußen in den einzelnen Aktivitäten und Lebensbereichen und des Grades der Pflegebedürftigkeit (Bedarfsgrad) enthält dieser Teil des Begutachtungsinstruments Raum für Empfehlungen zu konkreten Maßnahmen, beispielsweise für Empfehlungen zur Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation oder zur Verbesserung der Hilfsmittelversorgung.

Neben dem Instrument selbst (Begutachtungsformular) wurde ein Begutachtungsmanual mit Anwendungshinweisen entwickelt, außerdem eine Arbeitshilfe für die Nutzung der Begutachtungsergebnisse bei der Hilfe- und Pflegeplanung.

2.2.2 Beurteilung der Pflegebedürftigkeit

2.2.2.1 Berücksichtigte Aspekte der Pflege- und Hilfebedürftigkeit

Die acht Module, mit denen der Grad der individuellen Beeinträchtigungen ermittelt wird, umfassen jeweils eine Gruppe artverwandter Aktivitäten, Fähigkeiten oder einen Lebensbereich:

1. *Mobilität*: Fortbewegung über kurze Strecken und Lageveränderungen des Körpers.

2. *Kognitive und kommunikative Fähigkeiten*: Gedächtnis, Wahrnehmung, Denken, Urteilen, Kommunikation (geistige und verbale „Aktivitäten“).
3. *Verhaltensweisen und psychische Problemlagen*: Verhaltensweisen, die mit einer Selbstgefährdung oder mit der Gefährdung anderer verbunden sein oder andere Probleme mit sich bringen können, sowie psychische Probleme wie Ängstlichkeit, Panikattacken oder Wahnvorstellungen (Selbständigkeit im Umgang mit inneren Handlungsimpulsen und Emotionen).
4. *Selbstversorgung*: Körperpflege, sich Kleiden, Essen und Trinken sowie Verrichtungen im Zusammenhang mit Ausscheidungen.
5. *Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen*: Aktivitäten, die auf die Bewältigung von Anforderungen und Belastungen infolge von Krankheit oder Therapiemaßnahmen zielen, z. B. Medikamenteneinnahme, Wundversorgung, Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln oder Durchführung zeitaufwändiger Therapien innerhalb und außerhalb der häuslichen Umgebung.
6. *Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte*: Einteilung von Zeit, Einhaltung eines Rhythmus` von Wachen und Schlafen, sinnvolles (bedürfnisgerechtes) Ausfüllen von verfügbarer Zeit und Pflege sozialer Beziehungen.
7. *Außerhäusliche Aktivitäten*: Teilnahme an sozialen und im weitesten Sinne kulturellen Aktivitäten (einschließlich außerhäusliche Mobilität).
8. *Haushaltsführung*: hauswirtschaftliche Tätigkeiten und Regelung der für die alltägliche Lebensführung notwendigen geschäftlichen Belange (Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit Behörden, Geldangelegenheiten).

2.2.2.2 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit

Die Anwendung des neuen Verfahrens liefert zunächst für jedes Modul ein Teilergebnis mit eine bestimmten Aussage (z. B. Modul 1: Aussage über den Grad der Selbständigkeit bei Aktivitäten, die der Fortbewegung oder Lageveränderung des Körpers dienen). In einem zweiten Schritt werden diese Teilergebnisse nach bestimmten, vorgegebenen Berechnungsregeln (Bewertungssystematik) zu einem Gesamtergebnis zusammengeführt. Hierbei wird zwischen Pflegebedürftigkeit und Hilfebedürftigkeit unterschieden:

- Zur Ermittlung eines Grades der *Pflegebedürftigkeit* (Bedarfsgrad) werden die Ergebnisse der Module 1 bis 6 zusammengeführt und als Wert auf einer Skala zwischen 0 und 100

Punkten dargestellt. Diese Skala ist in mehrere Bereiche unterteilt, die jeweils einem bestimmten Bedarfsgrad entsprechen. Einzelheiten dazu sind im Bericht der Instrumentenentwickler dargelegt. Die neue Systematik der Bedarfsgrade einschließlich der Punktebereiche wurde auf der Grundlage fachlicher (inhaltlicher und methodischer) Überlegungen definiert. Die von den Projektnehmern vorgeschlagene Stufung ist nicht alternativlos, Veränderungen bedürfen allerdings einer sorgfältigen fachlichen Prüfung.

- Die Module 7 und 8 (außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung) werden gesondert berücksichtigt und dienen dazu, in ähnlicher Weise einen Grad der *Hilfebedürftigkeit* zu ermitteln. Zur Ermittlung eines Bedarfsgrades, d.h. um den Grad der Pflegebedürftigkeit festzustellen, ist es nicht erforderlich, die Einschätzungsergebnisse aus diesen Modulen in die Berechnungen einzubeziehen. Es ist im Interesse einer umfassenden Einschätzung der individuellen Bedarfslagen dennoch sinnvoll, diese Module als Bestandteil des Instruments beizubehalten. Sie haben einen hohen Stellenwert für eine umfassende Beratung, für Empfehlungen zur Optimierung der häuslichen Versorgungssituation sowie für die individuelle Pflege- und Hilfeplanung.

Zur Ermittlung eines Bedarfsgrades werden die Ergebnisse der Module 1 bis 6 zusammengeführt und als Wert auf einer Skala zwischen 0 und 100 Punkten dargestellt. Diese Skala ist in mehrere Bereiche unterteilt, die jeweils einem bestimmten Grad der Pflegebedürftigkeit entsprechen:
0 bis 9 Punkte: Keine Pflegebedürftigkeit
10 bis 29 Punkte: Bedarfsgrad B1
30 bis 49 Punkte: Bedarfsgrad B2
50 bis 69 Punkte: Bedarfsgrad B3
70 und mehr Punkte: Bedarfsgrad B4.
Bedarfsgrad B4 + besondere Bedarfskonstellation: Bedarfsgrad B5.

Die Unterteilung in fünf Bedarfsgrade (B1 bis B5) ist so angelegt, dass auch solchen Pflegebedürftigen einem Bedarfsgrad zugeordnet werden, die relativ geringe Beeinträchtigungen aufweisen und nach den heute geltenden Regelungen der Pflegeversicherung keine Leistungen erhalten. Damit soll vermieden werden, dass Menschen als „nicht pflegebedürftig“ bezeichnet werden, obwohl sie auf pflegerische Hilfe angewiesen sind.

Die neue Systematik der Bedarfsgrade einschließlich der Punktebereiche wurde auf der Grundlage fachlicher (inhaltlicher und methodischer) Überlegungen definiert.

2.2.3 Begutachtung von Kindern

Die Einschätzung der *Pflegebedürftigkeit von Kindern* erfolgt mit dem gleichen Erfassungsbogen. Das Ergebnis der Einschätzung beschreibt in diesem Fall nicht den Grad der Selbständigkeit, sondern dessen Abweichung von der Selbständigkeit altersentsprechend entwickelter Kinder. Die Festlegung der Altersgrenzen, die dabei verwendet werden, stützt sich auf eine breit angelegte Recherche und Auswertung von Studien zur kindlichen Entwicklung sowie auf Unterscheidungen alterstypischer Entwicklungsstufen, die sich in anderen Einschätzungsinstrumenten finden.

2.2.4 Nutzbarkeit des Instruments für die Einschätzung weiterer Bedarfsaspekte

2.2.4.1 Erfassung des Präventions- und Rehabilitationsbedarfs

Mit dem neuen Verfahren werden Risiken erfasst, die einen spezifischen *Präventionsbedarf* begründen. Dazu gehören krankheitsbedingte Risiken, Umweltfaktoren und verhaltensbedingte Risiken. Darüber hinaus sieht das Instrument eine Überprüfung der *Rehabilitationsbedürftigkeit* und anderer Voraussetzungen zur Abklärung des Bedarfs an medizinischer Rehabilitation vor. Diese Abklärung erfolgt wesentlich systematischer als im Rahmen des heutigen Begutachtungsverfahrens. Der Gutachter soll in den Modulen 1. „Mobilität“, 2. „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“, 4. „Selbstversorgung“ und 5. „Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen“ die Entwicklungstendenz der Selbständigkeit bzw. Fähigkeiten einschätzen. Er soll angeben, ob und ggf. wie ein höherer Grad an Selbständigkeit wieder erlangt werden kann (bzw. ob es Möglichkeiten gibt, einer Verschlechterung entgegenzuwirken). Auf dieser Grundlage und unter Berücksichtigung der Rehabilitationsfähigkeit soll eine explizite Empfehlung zur Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen formuliert werden. Bei negativer Entscheidung sind vom Gutachter entsprechende Begründungen gefordert.

2.2.4.2 Hilfsmittelversorgung

Das Instrument erfasst, ähnlich wie das heutige Begutachtungsverfahren, den Status der *Hilfsmittelversorgung* und verlangt vom Gutachter eine explizite Einschätzung, inwieweit der Hilfsmittelbedarf gedeckt ist. Dokumentiert wird darüber hinaus, ob vorhandene Hilfsmittel tatsächlich genutzt werden und ob ein Bedarf an Anleitung zur Hilfsmittelnutzung besteht.

2.2.4.3 Erstellung eines Hilfe- oder Pflegeplans

Die Ergebnisse der Begutachtung lassen sich bei der *Aufstellung eines Hilfe- oder Pflegeplans* nutzen. Das Instrument erfasst in einigen Bereichen deutlich mehr Informationen als die heute üblichen Formen der pflegerischen Einschätzung in Pflegeeinrichtungen. Auch in anderen Bereichen liefert das Instrument eine *Grundlage* für die individuelle Hilfeplanung. Für die Formulierung von Empfehlungen zur individuellen pflegerischen Versorgung, wie sie bereits im heutigen Begutachtungsverfahren erfolgen, bietet das neue Verfahren eine ausreichende (und umfangreichere) Grundlage als das aktuelle Begutachtungsinstrument.

2.2.5 Zusammenfassung

Das neue Begutachtungsassessment zielt auf eine Anpassung der Begutachtung an pflegefachliche bzw. pflegewissenschaftliche Anforderungen. Durch das erweiterte Verständnis von Pflegebedürftigkeit und die Abkehr vom Maßstab des zeitlichen Pflegeaufwands greift das Instrument außerdem zentrale Punkte auf, die in den vergangenen Jahren immer wieder Anlass zu kontroversen Diskussionen gegeben haben. Insbesondere die charakteristischen Bedarfslagen von demenziell Erkrankten werden hinlänglich berücksichtigt. Zugleich ist das Verfahren so angelegt, dass Personen mit rein körperlichen Beeinträchtigungen nicht benachteiligt werden.

Darüber hinaus ist das Instrument auch anwendungsfreundlich gestaltet. Durch kurze und unkomplizierte Formulierungen sowie gleichförmige Skalen ist das Instrument für den Gutachter gut nachvollziehbar und in der Praxis leicht zu handhaben.

2.3 Diskussion zur Notwendigkeit einer Änderung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit

2.3.1 Arbeitsprozess der Arbeitsgruppe Pflegebedürftigkeitsbegriff (Leitung Prof. Dr. Peter Udsching)

2.3.1.1 Ausgangspunkt der Diskussionen in der Arbeitsgruppe

Ausgangspunkt der Diskussionen über die Notwendigkeit einer Änderung des zur Zeit im SGB XI festgelegten Begriffs der Pflegebedürftigkeitsbegriff war die Feststellung, dass dieser Begriff hilfebedürftige Menschen ungleich erfasst. Er ist einseitig auf die Bedürfnisse vor allem altersgebrechlicher Menschen ausgerichtet. Der für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit allein maßgebende Katalog von Verrichtungen in § 14 Abs. 4 SGB XI schließt vor allem Menschen mit kognitiven und psychischen Störungen aus. Nicht sachgerecht erfasst werden jedoch auch andere Hilfebedarfe. So macht die Rechtsprechungspraxis etwa deutlich, dass die Versorgungssituation pflegebedürftiger Kinder, auch jenseits geistiger Behinderung (z.B. Morbus Down), von dem verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht angemessen berücksichtigt wird. Soweit die Versorgung von den Eltern sichergestellt wird, kommen Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch die gesetzliche Krankenversicherung nach § 37 Abs. 3 SGB V nicht in Betracht. Zugleich werden die den Hilfebedarf gegenüber den Eltern bestimmenden Einschränkungen beim Umgang der Kinder mit Krankheiten oder Behinderungen vom bisherigen verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht erfasst.

Eine Änderung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit im SGB XI ist aber auch aus pflegefachlicher Sicht erforderlich. Pflegewissenschaftler haben zu Recht moniert, die verrichtungsbezogene Definition von Pflegebedürftigkeit, die im SGB XI ja nur den leistungsberechtigten Personenkreis abgrenzt, erwecke zu Unrecht in Bezug auf die Sicherstellung der Versorgung von Menschen mit eingeschränkter Autonomie den Anschein umfassender Verbindlichkeit. Aus pflegefachlicher Sicht gibt es keine Rechtfertigung für die Reduzierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf somatische Defizite, die sich im Zusammenhang mit einer Alltagsverrichtung auswirken.

Die Ungleichbehandlung von Hilfebedürftigen mit körperlichen Funktionseinbußen einerseits und solchen mit kognitiven Störungen andererseits ist auch in der Rechtsprechung als äußerst problematisch angesehen worden. Das BVerfG hat in einem Kammerbeschluss die Ungleichbehandlung als zulässige Risikoselektion in einem "Teilkaskosystem" angesehen[31] was im Schrifttum auf Kritik gestoßen ist.[32] Das BSG hat vom Verdikt der Verfassungswidrigkeit nur deshalb abgesehen, weil dem Gesetzgeber bei einem völlig neu konzipierten sozialen Sicherungssystem wie der Pflegeversicherung eine Erfahrungszeit zuzubilligen war (so ausdrücklich: BSG SozR 3-3300 § 14 Nr. 8, S. 55).

2.3.1.2 Erster Zwischenschritt: Bewertung vorhandener Alternativen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit

In einer Sitzung am 9. März 2007 hat sich die Arbeitsgruppe (unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Peter Udsching) mit den Ergebnissen des Gutachtens des Instituts für Pflegewissenschaft (IPW) an der Universität Bielefeld zu den weltweit verwendeten Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten beschäftigt (sog. Recherchebericht). Die Arbeitsgruppe hat dem Beirat empfohlen, ein neues Begutachtungsinstrument zu entwickeln, weil die untersuchten vorhandenen Instrumente ohne Anpassung für die Zwecke der Pflegeversicherung nicht zu verwenden wären.

Grundsätzlich sahen die Mitglieder der Arbeitsgruppe drei Lösungsmöglichkeiten für die angestrebte Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs:

- Erweiterung des gegenwärtigen Begriffs über die somatische Verrichtungsbezogenheit hinaus ("enge" Lösung");
- Umfassender, neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff, der sicherstellt, dass bisher nicht erfasste Personengruppen (z.B. demenzkranke und behinderte Menschen) einbezogen werden („mittlere Reichweite");
- Pflegebedürftigkeitsbegriff auf der Grundlage des Konzepts einer "teilhabeorientierten Pflege" ("weiter Begriff").

[31] Vgl. BVerfG, Beschluss vom 22.5.2003, 1 BvR 452/99, FamRZ 2003, 1084 sowie SozR 4-3300 § 14 Nr. 1; NZS 2003, 535.
[32] Vgl. insbes. *Baumeister*, NZS 2004, 191.

Die Arbeitsgruppe hat sich dafür ausgesprochen, für die Arbeit im Beirat einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff möglichst weit zu fassen und ihn modulhaft aufzubauen, um für ein nachfolgendes Gesetzgebungsverfahren Entscheidungsalternativen zu eröffnen.

2.3.1.3 Das Neue Begutachtungsverfahren (NBA) - eine geeignete Grundlage für einen neuen, umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriff

Die neue Definition von Pflegebedürftigkeit als Leistungsvoraussetzung für die Pflegeversicherung soll eine umfassende Berücksichtigung von krankheits- oder behinderungsbedingten Hilfebedarfen jenseits der medizinischen Interventionen, die der Krankenversicherung zuzuordnen sind, sicherstellen. Dies erfordert nach Auffassung der pflegewissenschaftlichen Sachverständigen[33] einen Paradigmenwechsel bei der Bemessung des Unterstützungsbedarfs auf der Grundlage einer umfassenden Bewertung aller körperlichen und kognitiven (bzw. psychischen) Defizite. Maßgebend soll nicht mehr der Umfang des Hilfebedarfs sein, der nach dem zurzeit geltenden System (§ 15 SGB XI) durch den erforderlichen zeitlichen Pflegeaufwand sowie die Häufigkeit bzw. den Rhythmus von Hilfeleistungen (z.B. mehrmals täglich/rund um die Uhr) bestimmt wird. Abgestellt wird vielmehr allein auf den Grad der Selbständigkeit bzw. den Verlust an Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und/oder bei der Gestaltung von Lebensbereichen. Pflegebedürftigkeit wird dargestellt als Beeinträchtigung der Selbständigkeit; aus dem Ausmaß der Beeinträchtigung ergibt sich zugleich der Grad der Abhängigkeit von personeller Hilfe. In diesem Zusammenhang soll der Zeitaufwand, den eine Pflegeperson für Hilfeleistungen benötigt, keine Rolle mehr spielen.

Die Arbeitsgruppe sieht im neuen Begutachtungsassessment eine geeignete Grundlage, um das angestrebte Ziel einer umfassenden Einbeziehung aller Fähigkeitsstörungen und Funktionsdefizite in den Pflegebedürftigkeitsbegriff und damit eine dem Gleichheitssatz entsprechende Teilhabe aller hilfebedürftigen Menschen an den Leistungen der Pflegeversicherung zu erreichen. Sie hat deshalb auf der Basis des neuen Begutachtungsassessments eine neue gesetzliche Definition von Pflegebedürftigkeit als Leistungsvoraussetzung der Pflegeversicherung vorgeschlagen (§ 14 SGB XI - neue Fassung) und die Voraussetzungen für abgestufte Leistungen der Pflegeversicherung (§ 15 SGB XI - neue Fassung) formuliert (Anlage 2). Ausgehend von den pflegefachlich determinierten Definitionen in § 14 SGB XI sind die in

[33] Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, erstellt vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (Schaeffer, Wingenfeld, Büscher) und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (Heine, Gansweid), Bielefeld/Münster, 25. März 2008.

§ 15 formulierten Vorschläge zu den Voraussetzungen und Abstufungen der Leistungen nur im Sinne beispielhafter Umsetzungsmöglichkeiten zu verstehen.[34]

2.3.2 Strukturelle Grundsätze des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus rechtlicher Sicht

Der beschriebene Paradigmenwechsel von der Maßgeblichkeit des Umfangs des Pflegebedarfs zur Feststellung des Grades der Beeinträchtigung der Selbständigkeit zwingt zur Aufgabe tradierter Denkmuster. Dies beginnt mit der Aufgabe des zur Zeit maßgebenden Verrichtungsbezugs von Hilfeleistungen bei der Bemessung des Pflegebedarfs. Da es auf den Umfang und die Häufigkeit von Hilfeleistungen nicht mehr ankommen soll, wird auch deren bisheriger Bezugspunkt, die Verrichtung im Ablauf des täglichen Lebens, als Bemessungsfaktor überflüssig. Maßgebend soll nicht mehr der Hilfebedarf bei einzelnen Maßnahmen sein, der in der Addition bislang zur Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe führte.

Es ist deshalb auch ein Missverständnis, wenn danach gefragt wird, "welche Auswirkungen die Nichtberücksichtigung der Haushaltsführung auf die Zuerkennung einer Pflegestufe haben könnte" und auf die bislang vorgesehene Berücksichtigung eines entsprechenden Bedarfs bis zu 45 Minuten verwiesen wird. Eine derartige Nichtberücksichtigung des Bedarfs an Hilfe bei der Haushaltsführung ist im neuen Begutachtungsassessment nicht vorgesehen. Es wird lediglich vorgeschlagen, das Fehlen oder Vorhandensein der für die Haushaltsführung erforderlichen Fähigkeiten nicht gesondert zu erfassen. Entfallen soll auch der bislang alles beherrschende "Faktor Zeit" (§ 15 Abs. 3 SGB XI).

2.3.2.1 Aufgabe des Faktors "Zeit"

Die Frage, ob bei den neu festzulegenden Voraussetzungen für abgestufte Leistungen der Pflegeversicherung (§ 15 SGB XI - neue Fassung) auf den Faktor Zeit als Bemessungsgröße verzichtet werden kann, ist in der Arbeitsgruppe mehrfach durchaus kontrovers diskutiert worden. Dem Faktor Zeit kommt bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit aber schon im jetzigen System eine ambivalente Bedeutung zu: Einerseits kann nicht verkannt werden, dass Pflege eine Dienstleistung ist, die nach ihrem zeitlichen Umfang vergütet wird. Dementspre-

[34] Zu den Schwierigkeiten bei der Transformation des neuen Begutachtungsassessments in gesetzliche Regelungen siehe unten unter 2.3.2.2.2.

chend wird auch der zusätzliche finanzielle Aufwand, den ein Pflegebedürftiger bewältigen muss, maßgebend durch den zeitlichen Umfang der erforderlichen Hilfeleistungen bestimmt. Das von der Pflegeversicherung versicherte Risiko steht deshalb mit dem Faktor Zeit in einem untrennbaren Zusammenhang. Andererseits ist der Faktor Zeit ungeeignet, um eines der wesentlichen Ziele der Reform, nämlich die Einbeziehung von psychisch-kognitiven Störungen in den Begriff der Pflegebedürftigkeit sachgerecht umzusetzen. Denn der allgemeine Aufsichts- und Betreuungsbedarf etwa zur Vermeidung von Selbst- oder Fremdgefährdung besteht in der Regel schon bei leichteren Formen derartiger Störungen (etwa Demenz) nahezu rund um die Uhr. Nach bisheriger Systematik müssten deshalb derart Betroffene stets der Pflegestufe III zugeordnet werden, obgleich allein die zeitliche und örtliche Bindung der Pflegeperson eine solche Einstufung nicht rechtfertigt. Darüber hinaus ist der Faktor Zeit mit dem Stichwort "Minutenpflege" zu einem die gesamte Pflegeversicherung desavouierenden Begriff gemacht worden. Zudem ist die Zeit nur auf den ersten Blick ein leicht fassbares und überprüfbares Kriterium. Tatsächlich handelt es sich aber eher um eine scheinrationale Größe, wie auch die Rechtsprechung in neuerer Zeit erkannt hat.[35] Problematisch war beim Bemessungsfaktor Zeit zudem stets, ob und in welchem Maße für die Bewertung des Pflegebedarfs auch die konkrete Pflegesituation (etwa das Wohnumfeld sowie die Konstitution und Arbeitsweise der konkreten Pflegeperson) eine Rolle spielen sollte.[36] Das BSG hat hierzu nie eindeutig Stellung beziehen müssen.

2.3.2.2 Die Kriterien des neuen Bewertungssystems

An die Stelle des Kriteriums Zeit soll eine detaillierte Analyse menschlicher Fähigkeiten und Verhaltensweisen treten, bei der die jeweiligen Einschränkungen je nach Schweregrad mit Punkten bewertet werden. Aus der gewichteten Gesamtzahl der Punkte ergibt sich das Ausmaß des Angewiesenseins auf personelle Hilfe und damit zugleich die Höhe des Anspruchs auf Leistungen der Pflegeversicherung.

[35] vgl. BSG SozR 4-1300 § 48 Nr 6. Dem Sachverständigen wird zugestanden, "im Grenzfall einen großzügigen Maßstab anzuwenden".

[36] Bei stationärer Versorgung wurde die Beurteilung des Bedarfs durch die Vorgabe in der Begutachtungsrichtlinie objektiviert, dass von einer standardisierten Wohnung auszugehen sei.

2.3.2.2.1 Bewertungssystematik und Gewichtung

Der Grad der Einschränkung der Selbständigkeit wird bei den einzelnen Aktivitäten zunächst nach einer vierstufigen Skala erfasst:

selbständig - Punktwert 0, überwiegend selbständig - Punktwert 1,
überwiegend unselbständig - Punktwert 2, unselbständig - Punktwert 3

In einem nächsten Schritt werden die Einzelergebnisse eines Moduls addiert und einer fünfstufigen Skala zugeordnet. Fünf Stufen sollen auf dieser Ebene eine stärkere Differenzierung ermöglichen. Im Übrigen arbeitete letztlich auch das bisherige System mit einer Unterteilung in fünf Pflegestufen: Pflegestufe 0, Pflegestufen I bis III sowie Härtefall. Bei der Gesamtbewertung innerhalb eines Moduls wird danach folgende Differenzierung zugrunde gelegt:

- *selbständig*
- *geringe Beeinträchtigungen*
- *erhebliche Beeinträchtigungen*
- *schwere Beeinträchtigungen*
- *völliger/weitgehender Verlust von Selbständigkeit*

Aus den zusammen gefassten Bewertungen aller Module soll sich allerdings nicht ungefiltert der Grad der Pflegebedürftigkeit (Bedarfsgrad) ergeben. Ausgehend von empirischen Erkenntnissen befürworten die Sachverständigen eine Gewichtung, die insbesondere das Ziel hat, den Pflege- und Betreuungsaufwand bei Personen mit körperlichen und geistig/seelischen Defiziten sachgerecht und angemessen zu berücksichtigen. So wird auch der Tatsache Rechnung getragen, dass die Module „Selbstversorgung“ und "Mobilität" in etwa die heutigen Aktivitäten abdecken, die im Sinne des zur Zeit geltenden SGB XI für die Bemessung von Leistungsansprüchen relevant sind. Sie haben nach Auffassung der Sachverständigen für die Ausprägung von Pflegebedürftigkeit weiterhin zentrale Bedeutung und sollen insgesamt eine Gewicht von 50% (Selbstversorgung 40% und Mobilität10%) einnehmen. Den Bereichen „Kognition und Verhalten“ einerseits und „Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte“ andererseits wird ein Anteil von zusammen 30% zugeschrieben. Die Gewichtung der Selbständigkeit im Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen wird mit 20% vorgeschlagen.

2.3.2.2.2 Probleme der Umsetzung

Die bewusst kursorische Beschreibung der Bewertungsschritte macht deutlich, dass sich das neue Begutachtungsassessment Laien wohl schwerer als das bisherige System erschließen wird. Insoweit bestätigt sich die Erkenntnis, dass "gerechte" Lösungen in der Regel mit einem hohen Grad an Differenzierung verbunden sind und deshalb zwangsläufig kompliziert erscheinen. Die Arbeitsgruppe sieht die sich hieraus ergebenden Schwierigkeiten, die nicht nur darin bestehen werden, das neue Begutachtungsassessment den Medien zu vermitteln, sondern die sich auch auf die Entscheidung durch die Verwaltung und den Rechtsschutz auswirken. Eine sachgerechte Überprüfbarkeit im gerichtlichen Verfahren wird durch Einschaltung von Sachverständigen, die mit dem Instrumentarium des MDK (und den Begutachtungs-Richtlinien) vertraut sind, zu erreichen sein. Ohne sachverständige Unterstützung dürfte der Sozialrichter dagegen nicht in der Lage sein, eine sachgerechte Kontrolle durchzuführen. Im Vergleich zum geltenden System muss allerdings nochmals darauf hingewiesen werden, dass gerade die Möglichkeit, die vom Gutachter festgesetzten Zeitwerte nachzuprüfen, nur den Anschein von Rationalität hat.

Die durch die Differenziertheit des Bewertungssystems verursachte Intransparenz wird nach Darstellung der Sachverständigen durch eine systembedingte straffe Führung der Gutachter beim Assessement kompensiert, denen keine Entscheidungsfreiräume verblieben. Die im Vergleich zum geltenden System umfassendere Erfassung aller für den Hilfebedarf maßgebenden Einschränkungen und Fähigkeitsstörungen dürften zudem zu einer höheren Akzeptanz bei Betroffenen führen, weil diese wahrnehmen, dass ihr Hilfebedarf umfassender berücksichtigt wird als im geltenden System. Dies dürfte dazu beitragen, dass Betroffene ein auf dieser Basis gefundenes Ergebnis (Zuordnung zu einem Bedarfsgrad) stärker akzeptieren.

Bei der Transformation des neuen Begutachtungsassessments in gesetzliche Regelungen ist ein abschließender Katalog der zu berücksichtigenden Aktivitäten und Fähigkeiten, bei denen Einschränkungen und Störungen für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit maßgebend sein sollen, in § 14 (Abs. 2) SGB XI festzulegen. Dies erscheint erforderlich, weil die Zuordnung zu unterschiedlichen Leistungsgruppen (Bedarfsgraden) aus einer Gesamtschau aller zu berücksichtigenden Bereiche abgeleitet werden soll. Zudem hat eine Gewichtung der maßgebenden Lebensbereiche zu erfolgen, um den Pflege- und Betreuungsaufwand bei Personen

mit körperlichen Defiziten einerseits sowie geistig/seelischen Störungen andererseits sachgerecht und angemessen zu berücksichtigen. Auch diese Gewichtung muss im Gesetz geregelt werden. Darüber hinaus bedarf es einer Festlegung der für die Bedarfsgrade maßgebenden Punktwerte im Gesetz.

Die Arbeitsgruppe hat intensiv diskutiert, ob wegen des verfassungsrechtlichen Wesentlichkeitsgrundsatzes zusätzlich eine Detailregelung in das Gesetz aufzunehmen ist, in der das Verfahren zur Ermittlung des Umfangs der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeitsstörungen festgelegt wird; systematisch hätte sie als Abs. 3 in den § 15 eingefügt werden müssen. Nach einer Diskussion dieser Frage im Beirat, entstand die Empfehlung, insoweit auf die Begutachtungsrichtlinien zu verweisen.

2.3.3 Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf das Leistungsrecht der Pflegeversicherung

Die Arbeitsgruppe ist davon ausgegangen, dass der Beirat die Auswirkungen eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf der Grundlage des geltenden Leistungssystems zu beurteilen hat. Anders lassen sich die nur durch die Ausweitung des Begriffs bzw. durch die sich hierdurch ändernden Leistungsvoraussetzungen verursachten Folgen nicht abgrenzen. Dass der Gesetzgeber bei einer umfassenden Reform auch das bisherige Leistungssystem ändern kann, steht außer Frage.

Das neue Begutachtungsassessment führt wie schon das bisherige Bewertungssystem zur Feststellung eines Status´ der Pflegebedürftigkeit, abgestuft in bis zu fünf Bedarfsgraden. Mit der Zuordnung zu einem Bedarfsgrad steht wie im geltenden System fest, in welcher Höhe der Versicherte Leistungen beanspruchen kann. Die Art der Leistung ist hiervon gänzlich unabhängig. Die verschiedentlich geäußerte Befürchtung, die Berücksichtigung von Einschränkungen in einem bestimmten Lebensbereich (Beispiel: Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen) könne zu Leistungseinschränkungen in anderen Bereichen (etwa bei häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V) führen, wird nicht geteilt.

Änderungen des Leistungsrechts gegenüber dem geltenden System sind aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs insoweit erforderlich, als bei einer Leistung auf den Verrichtungsbezug abgestellt wird, wie dies in § 36 Abs. 2 SGB XI der Fall ist. Danach umfassen

"Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung Hilfeleistungen bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen". Will der Gesetzgeber bei den Leistungen der häuslichen Pflege die Differenzierung zwischen dem niedrigeren Leistungsniveau bei der ehrenamtlichen Pflege (Pflegegeld nach § 37 SGB XI) und dem höheren Niveau bei der professionellen Pflege (Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI) beibehalten, so muss im Gesetz (§ 36 Abs. 2 SGB XI) ausdrücklich geregelt werden, für welche Hilfeleistungen die sogenannte Sachleistung eingesetzt werden kann. Dies wird auch erforderlich sein, um die notwendige Abgrenzung gegenüber der häuslichen Krankenpflege als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung herzustellen (schon jetzt in § 36 Abs. 2, 2. Halbsatz SGB XI enthalten) und für die aufstockende sozialhilferechtliche Hilfe zur Pflege eine verlässliche Basis zu schaffen.

Der Gesetzgeber wird auch entscheiden müssen, wie mit den im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) eingeführten Leistungsverbesserungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45b SGB XI und § 87b SGB XI zu verfahren ist. Teilweise wird geltend gemacht, es sei der Bevölkerung nicht zu vermitteln, wenn die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Einzelfall zu Leistungsverschlechterungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz führe, für die die Reform gerade gedacht sei. Die Arbeitsgruppe gibt aber zu bedenken, dass sich die Beibehaltung dieser besonderen Leistungen nach Einführung eines neuen umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs am Maßstab des Art. 3 Abs. 1 GG messen lassen muss. Es wird zu prüfen sein, ob der angestrebte umfassende und dem Gleichheitssatz entsprechende Pflegebedürftigkeitsbegriff eine andere leistungsrechtliche Regelung für Menschen mit kognitiven Störungen im Grundsatz noch zulässt. Die vor allem mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eingeführte Regelungen in §§ 45a und 45b SGB XI wurde vor allem dadurch gerechtfertigt, dass der Hilfebedarf der Betroffenen vom geltenden System nicht oder zumindest nur unzulänglich erfasst wird. Die gleichmäßige Berücksichtigung aller Einschränkungen auf somatischem und geistig/seelischem Gebiet soll aber gerade bewirken, dass der Bedarf von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz auch zu einer gleichberechtigten Teilnahme am Leistungsgeschehen führt.

Für den Fall, dass entsprechend dem Vorschlag der Sachverständigen das Fehlen oder Vorhandensein der speziell für die Haushaltsführung erforderlichen Fähigkeiten nicht gesondert erfasst wird, sind die Auswirkungen auf subsidiäre Leistungssysteme zu bedenken. Es bedarf jedoch des Hinweises, dass damit keine Entscheidung bezüglich des Einsatzes von Leistun-

gen der Pflegeversicherung für hauswirtschaftlichen Versorgungsbedarf getroffen wird. Es handelt sich nur um eine Folge der Neuausrichtung des Bewertungsverfahrens: da der zeitliche Umfang des Hilfebedarfs als Bemessungsfaktor nicht mehr in Erscheinung tritt, kommt auch eine Berücksichtigung des für die Hauswirtschaft erforderlichen Zeitaufwandes nicht mehr in Betracht.

2.3.4 Verortung eines umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB I

Der Gesetzgeber wird entscheiden müssen, ob er einen umfassenden Begriff von Pflegebedürftigkeit in das SGB I aufnimmt, um auch für die anderen Sozialleistungsbereiche, in denen Pflegebedürftigkeit als leistungsauslösendes Kriterium eine Rolle spielt, einen Orientierungsrahmen festzulegen. Dieses Ziel klingt sinnvoll, ist von der Arbeitsgruppe aber sehr kontrovers diskutiert worden. Auch bei einem vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge veranstalteten Workshop ergaben sich erhebliche Einwände. Im Vordergrund steht bei den insoweit kritischen Äußerungen die Befürchtung, dass eine allgemeine Regelung, die etwa parallel zu § 10 SGB I eine Definition von Pflegebedürftigkeit enthalten und einen allgemeinen Anspruch auf Hilfe beschreiben würde[37], Erwartungen weckt, die vom bestehenden System der sozialen Sicherung und speziell der nur auf eine Teilabsicherung abzielenden Pflegeversicherung nicht erfüllt werden könnten. Hinzu kommt der Einwand, dass es zwangsläufig zu Überschneidungen zwischen einer allgemeinen Vorschrift zur Pflegebedürftigkeit und der allgemeinen Regelung des Rechts auf Teilhabe behinderter Menschen in § 10 SGB I käme. Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge weist nach Auffassung der Arbeitsgruppe in seiner Stellungnahme zudem zutreffend darauf hin, dass es auch nach Aufnahme einer allgemeinen Norm in das SGB I in jedem Zweig des Sozialleistungsrechts weiterhin einer Regelung der speziellen Leistungsvoraussetzungen bei Pflegebedürftigkeit bedürfte. Eine Norm im SGB I werde deshalb nur deklaratorische Bedeutung haben und damit eher symbolischen als normativen Charakter.

[37] Im Anschluss an Empfehlungen im Gutachten des IPW zum neuen Begutachtungsassessment könnte § 10a SGB I wie folgt lauten: "Pflegebedürftig sind Menschen, die dauerhaft oder vorübergehend, ganz oder teilweise nicht in der Lage sind, körperliche oder psychische Schädigungen, die Beeinträchtigung körperlicher oder kognitiver oder psychischer Funktionen, gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen zu kompensieren oder zu bewältigen und daher auf Hilfe durch andere angewiesen sind. Menschen, die pflegebedürftig sind, haben ein Recht auf Unterstützung und Hilfe bei selbständigen Aktivitäten im Lebensalltag, bei der selbständigen Krankheitsbewältigung und der selbständigen Gestaltung von Lebensbereichen und bei außerhäuslichen Aktivitäten."

2.3.5 Auswirkungen eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf das Verhältnis von Pflegeversicherung und Sozialhilfe (Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege)

Der neu konzipierte Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsassessment erfassen Einschränkungen und Fähigkeitsstörungen behinderter Menschen, auch soweit sie Teilhabeaspekte betreffen, umfassender als das bislang geltende verrichtungsbezogene System. Dies wird zur Folge haben, dass insbesondere Menschen mit geistiger Behinderung in größerer Zahl als bislang die Leistungsvoraussetzungen der Pflegeversicherung erfüllen und vielfach auch höheren Bedarfsgraden zuzuordnen sind als dies bislang der Fall ist.

Die Arbeitsgruppe sieht sich jedoch nicht in der Lage zu beurteilen, ob und inwieweit das neue Begutachtungsassessment geeignet ist, auch den Eingliederungshilfebedarf festzustellen, wodurch die Möglichkeit geschaffen würde, ein einheitliches Begutachtungsverfahren für beide Leistungsbereiche zu entwickeln. Nach Ansicht der Arbeitsgruppe erstreckt sich ihr Auftrag auch nicht darauf, dem Gesetzgeber Regelungsvorschläge für das Verhältnis von Leistungen der Pflege nach dem SGB XI und Leistungen der Eingliederungshilfe nach den §§ 53 ff SGB XII zu unterbreiten.

Dies gilt im Grundsatz auch für das Verhältnis zu den Vorschriften des SGB XII über die Hilfe zur Pflege (§§ 61 bis 66 SGB XII). Insoweit ist im Hinblick auf den vorgeschlagenen Begriff der Pflegebedürftigkeit ein umfassender Anpassungsbedarf zu erkennen, weil sich die §§ 61 ff. SGB XII hinsichtlich des leistungsberechtigten Personenkreises auf die Definitionen des § 14 Abs. 1 und 4 SGB XI beziehen und damit an den dort festgelegten verrichtungsbezogenen Hilfebedarf anknüpfen, der durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff aufgegeben werden soll.

2.4 Abschlussbericht Hauptphase 2

Im Rahmen des Projekts „Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen, bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ wurde in der Hauptphase 1 vom Institut für Pflegewissenschaft (IPW), Universität Bielefeld, und dem MDK Westfalen-Lippe gemeinsam ein neues Instrument zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit entwickelt. Dabei wurden Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Forschung aufgenommen und in ein praktisch einsetzbares Begutachtungsinstrument umgesetzt. In der im Rahmen der Hauptphase 2 vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), Essen, und dem Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Universität Bremen, durchgeführten praktischen Erprobung des Instruments wurde dieses auf seine Eignung, Zielorientierung und praktische Anwendbarkeit überprüft.

2.4.1 Statistische Erfassung der Antragsteller nach dem Grad der Selbständigkeit

Das neue Begutachtungsassessment (NBA) geht von fünf Bedarfsgraden aus, die anders als im derzeitigen Begutachtungsverfahren nicht den Zeitaufwand für Hilfen, sondern den Grad der Selbständigkeit und den davon abhängigen personellen Hilfebedarf zum Ausdruck bringen.

Bei den erwachsenen Antragstellern wurden nach dem neuen Begutachtungsassessment 1,74 % als selbständig/nicht pflegebedürftig, 22,62 % als in der Selbständigkeit gering beeinträchtigt, 30,27 % als erheblich beeinträchtigt, 26,11 % als schwer beeinträchtigt und 16,38 % als schwerst beeinträchtigt eingestuft; bei 2,98 % wurde eine besondere Bedarfskonstellation festgestellt (Tabelle 20, S. 64).

2.4.2 Qualität der Untersuchungsergebnisse

Die Ergebnisse der Untersuchung der Hauptphase 2 sind repräsentativ. Die Stichproben der einzelnen Studienteile sind insgesamt als ausgewogen zu bezeichnen. Es sind keine statistisch signifikanten Unterschiede zu Antragstellern aufgetreten, die nicht an der Studie teilgenom-

men haben. Gender-Aspekte wurden in der Untersuchung beachtet. Es haben sich keine relevanten Geschlechtsunterschiede in der Stichprobe ergeben, so dass auch diesbezüglich die Stichprobe das derzeitige Antragsgeschehen in den MDK korrekt widerspiegelt.

Hinsichtlich der Gütekriterien kann festgestellt werden, dass die Reliabilität (Grad der Zuverlässigkeit einer Messung) als „gut“ und die Validität („Wird das gemessen, was gemessen werden soll?“) als „sehr gut“ zu bezeichnen ist. Auch relevante Veränderungen bei Versicherten (z.B. Verschlechterung des Zustands) können mittels des neuen Begutachtungsassessments zuverlässig erfasst werden. Für ein neu entwickeltes Instrument sind dies hervorragende Ergebnisse, die dennoch offen bleiben für Weiterentwicklungen, die sich aus den Erfahrungen im Alltagseinsatz ergeben (Lernendes Verfahren).

Weitere Möglichkeiten einer Optimierung sollten deshalb genutzt werden: So könnte vor allem durch eine intensivere Gutachterschulung die Übereinstimmung zwischen den Gutachtern erhöht und damit auch die Reliabilität verbessert werden. Auch können sich aus weiteren Erfahrungen mit dem Instrument Nachjustierungen innerhalb einzelner Module als hilfreich erweisen.
Die Gewichtung der Module zueinander und die Konstruktion des Instruments in seiner Gesamtheit bleiben davon jedoch unberührt, sie hat sich bewährt.

2.4.3 Erfassung kognitiver Beeinträchtigungen

Hinsichtlich der Erfassung kognitiver Beeinträchtigungen erfüllt das neue Begutachtungsassessment die mit ihm verbundenen Erwartungen voll. Gerade diese bisher nur schwer zu begutachtende Personengruppe wird durch das neue Begutachtungsassessment sehr gut erfasst. Damit wird einer wesentlichen Intention des neuen Begutachtungsinstruments Rechnung getragen. Dennoch werden körperlich eingeschränkte Personen in der Begutachtung nicht benachteiligt.
Verglichen mit dem Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD) als einem anerkannten Referenzverfahren zur Erfassung kognitiver Störungen liefert das neue Begutachtungsassessment im Bereich der Module 2 (kognitive Störungen) und 3 (Verhaltensstörungen) sehr gute Ergebnisse (Validität). Die Übereinstimmung der beiden Verfahren liegt bei 89%.

2.4.4 Empfehlung von Rehabilitationsmaßnahmen

Die Häufigkeit der Empfehlungen zur Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen nach dem neuen Begutachtungsassessment ist mit 4,09% höher als in der vorliegenden Untersuchung nach dem derzeitigen Verfahren mit 1,41%. Die im neuen Begutachtungsassessment vorhandene Möglichkeit, eine weitere Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit zu empfehlen, etwa die Einleitung eines fachärztlichen Assessments, wurde mit 0,74% sehr selten genutzt. Das Ergebnis, wie bei einem hohen Prozentsatz der begutachteten Personen das Rehabilitationspotenzial künftig eingeschätzt wird, sollte Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

2.4.5 Praktische Anwendung

Der Zeitaufwand für die Begutachtung nach dem neuen Begutachtungsassessment lag bei etwa 60 Minuten und damit im Rahmen der derzeitigen Begutachtung. Bei Kindern war der Zeitaufwand mit etwa 70 Minuten etwas höher. In der praktischen Anwendung des neuen Begutachtungsassessments müssen vor allem die Angaben zur Krankheitsanamnese, zur pflegerischen Anamnese, zur Versorgungs- und Betreuungssituation und zu den erhobenen Befunden ausformuliert werden. Dies kann zwar teilstandardisiert durchgeführt werden, auf Freitext mit individuellen Angaben kann und sollte jedoch nicht verzichtet werden. Auch hier wird die Erfahrung mit dem neuen Begutachtungsassessment dazu führen, dass unter Routinebedingungen die Zeiten unter Aufwandgesichtspunkten eher noch verbessert werden können.

2.4.6 Kinderbegutachtung

Für die Kinderbegutachtung haben sich insgesamt positive, im Vergleich zu den Erwachsenen allerdings weniger eindeutige Ergebnisse gezeigt. Da die Datenbasis für Kindergutachten noch gering ist, sind weitere Erfahrungen zu sammeln. Zudem ist zu erwarten, dass sich die Ergebnisse in der Praxis verbessern lassen, wenn die Gutachter mit dem neuen Instrument besser vertraut und eingehend geschult worden sind. Es sollte entsprechend der Hinweise der Projektnehmer aus der Hauptphase 1 auch grundsätzlich geprüft werden, ob die Kinderbegut-

achtung in der vorliegenden Form bei sehr jungen Kindern im Alter bis zu 18 Monaten beibehalten werden sollte.

2.4.7 Einteilung in Bedarfsgrade

Die Pflegestufen aus dem derzeitigen Verfahren sind inhaltlich anders zu bewerten als die Bedarfsgrade nach dem neuen Begutachtungsassessment.

Derzeit werden Pflegebedürftige nach §§ 14, 15 SGB XI anhand der Häufigkeit der Hilfe im Rahmen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und des dafür benötigten Zeitaufwandes in eine von drei Pflegestufen eingeteilt.[38]
Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit) bedürfen mindestens einmal täglich, Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bei der Grundpflege, und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) benötigen täglich rund um die Uhr (auch nachts) Hilfe bei der Grundpflege sowie zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung.
§ 15 Abs. 3 SGB XI legt dabei die erforderlichen Mindestpflegezeiten fest. So soll der Zeitaufwand für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung für Pflegebedürftige der Pflegestufe I täglich im Wochendurchschnitt 90 Minuten betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen.[39] Für Pflegebedürftige der Pflegestufe II soll der Zeitaufwand drei Stunden bei mindestens zweistündiger Grundpflege betragen und für Pflegebedürftige der Pflegestufe III ist ein Zeitaufwand von mindestens fünf Stunden bei vierstündiger Grundpflege erforderlich.

Angesichts der Einteilung des neuen Begutachtungsinstruments in Bedarfsgrade ist eine inhaltliche Gleichsetzung mit den Pflegestufen nach dem derzeitigen Begutachtungsverfahren (Pflegestufen I bis III) nicht möglich, ein direkter Vergleich der beiden Instrumente schließt sich damit aus. Das neue Begutachtungsassessment nimmt eine neue Kategorisierung von Pflegebedürftigkeit vor. Es orientiert sich am Grad der Selbständigkeit und ist dazu in der

[38] Der Hilfebedarf allein bei hauswirtschaftlicher Versorgung führt – wie sich aus § 15 Abs. 1 SGB XI ergibt – noch nicht zur Anerkennung der erheblichen Pflegebedürftigkeit.
[39] Gemeint ist der tägliche Aufwand im Wochendurchschnitt – vgl. BSG, Urteil vom 17.06.1999 – Az: B 3 P 10/98 R.

Lage, diese in differenzierter Weise einzuschätzen und das Ergebnis in Bedarfsgraden darzustellen.

2.4.8 Fiskalische Auswirkungen auf die Pflegeversicherung

Im Abschlussbericht der 2. Hauptphase werden Modellrechnungen zu den Auswirkungen der Einführung des neuen Begutachtungsassessments auf die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung durchgeführt.[40] Diese dienen dazu, einen Eindruck von möglichen Ausgabenwirkungen *unter definierten Bedingungen* (siehe unten) zu gewinnen. Die vorgelegten Ergebnisse setzen auf den Rahmenbedingungen des Status Quo auf. Dies bedeutet:

- Die Verteilung ambulante/stationäre Leistungen entspricht der derzeitigen Verteilung im Bestand der Pflegebedürftigen.
- Die Verteilung der Leistungsarten entspricht der derzeitigen Verteilung.
- Die zugrunde gelegten Leistungssätze entsprechen den derzeit gesetzlich festgelegten Sätzen.

Veränderungen dieser für die Leistungsausgaben wichtigen Rahmenbedingungen sind denkbar – durch gesetzgeberische Entscheidungen oder z.B. Verhaltensänderungen der Antragsteller.

Weiterhin hängen die Ausgaben davon ab,

- welche Score-Werte ein Pflegebedürftiger im neuen Begutachtungsassessment erreicht und
- welche Schwellenwerte zur Definition der Bedarfsgrade festgesetzt werden

Die Score-Werte wiederum hängen von internen Eigenschaften des Instruments ab, insbesondere von der Ausgestaltung der Items und Module sowie von deren Gewichtung. Die Eigenschaften des Instruments sind jedoch aus pflegefachlich fundierten Überlegungen festgelegt worden. Orientierende statistische Berechnungen haben gezeigt, dass nur sehr drastische Verschiebungen z. B. der Modulgewichte zu relevanten Ausgabenveränderungen führen würden. Diese Verschiebungen sind pflegefachlich jedoch nicht mehr begründbar. Aus diesem Grund

[40] Siehe Abschlussbericht Hauptphase 2, 2008, S. 91 ff.

wurden für die Auswertungen keine Modifikationen am Instrument selbst vorgenommen. Veränderungen sind dagegen bei den Punktwerten möglich, die die einzelnen Grade der Pflegebedürftigkeit voneinander abgrenzen (Schwellenwerte). Werden Schwellenwerte zu höheren Punktwerten verschoben, so erreichen weniger Pflegebedürftige höhere Bedarfsgrade oder überhaupt einen leistungsbelegten Bedarfsgrad. Werden Schwellenwerte nach unten verschoben, so gelangen mehr Pflegebedürftige in den Leistungsbezug. Im Abschlussbericht der Hauptphase 1 wird ein Vorschlag für solche Schwellenwerte gemacht.[41] Dieser Vorschlag basiert jedoch nicht in gleicher Weise auf pflegefachlichen Argumenten wie z. B. die Modulgewichtung und ist höchstens durch sehr vorläufige Daten (Pre-Test) gestützt. Relativ geringe Verschiebungen der Schwellenwerte führen zudem zu deutlichen Auswirkungen auf die Leistungsausgaben. Aus diesen Gründen wurden die Schwellenwerte zwischen den Bedarfsgraden modifiziert.

2.4.8.1 Szenarien zur Schwellenwertfestlegung

Ergebnis einer jeden Begutachtung mit dem neuen Begutachtungsassessment ist ein Gesamtscore zwischen 0 und 100 Punkten, der den Grad der Pflegebedürftigkeit abbildet. Dieser Score wird anhand von Schwellenwerten in Bedarfsgrade unterteilt. Die Definition der Schwellenwerte hat entscheidenden Einfluss auf die Verteilung der Leistungsberechtigten auf die Bedarfsgrade. Theoretisch ist eine beliebige Festlegung der Schwellenwerte und damit eine Vielzahl möglicher Kombinationen denkbar. Ausgangspunkt der Modellrechnungen war eine in der 1. Hauptphase vorgenommene Schwellenwertkombination, aus der eine bestimmte Einteilung resultiert. Ein Leistungsanspruch (Bedarfsgrad 2) beginnt bei einem Schwellenwert von 30 Punkten.

Neben diesem Grund- oder Basismodell wurden zwei Arten von Szenarien berücksichtigt:

Modell 1: Der Schwellenwert, der den Eingang in das Leistungssystem definiert, wird bei einem Wert von 30 Punkten konstant gehalten. Die Schwellenwerte, die den Eingang in den Bedarfsgrad 3 und 4 markieren, werden systematisch variiert. Dabei sollen die Abstände zwischen diesen Schwellenwerten konstant bleiben.
Modell 2: Alle Schwellenwerte werden in gleicher Weise schrittweise erhöht.

[41] Vgl. Abschlussbericht Hauptphase 1, 2008, S. 77.

Tabelle 1 enthält die in Modellrechnung verwendeten Schwellenwerte für die insgesamt 5 Szenarien:

- Varianten 1A bzw. 2A gemäß Vorschlag der Hauptphase 1,
- Varianten 1B bzw. 2B, die eine Kostenneutralität im ambulanten Bereich anstreben,
- Varianten 1C bzw. 2C, die eine Kostenneutralität sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich anstreben.[42]

Tabelle 1: Schwellenwerte der betrachteten Varianten

	Variante 1A	Modell 1 Variante 1B	Variante 1C	Variante 2A	Modell 2 Variante 2B	Variante 2C
Bedarfsgrad 1	10	10	10	10	11,25	12,5
Bedarfsgrad 2	30	30	30	30	33,75	35
Bedarfsgrad 3	50	56, 25	58, 75	50	55	57,5
Bedarfsgrad 4	70	81, 25	87,5	70	76,25	80
Bedarfsgrad 5	Bedarfsgrad 4 mit besonderer Bedarfskonstellation					

Bei der Variante 1A bzw. 2A handelt es sich um die Schwellenwertkombination wie von Hauptphase 1 vorgeschlagen

2.4.8.2 Ergebnisse

Tabelle 2 enthält die Ergebnisse der Modellrechnung für die 5 Szenarien. Wie die Tabelle zeigt ergeben sich in der Basisvariante Mehrausgaben der Sozialen Pflegeversicherung von 3.4 Mrd. Euro. Durch Variation der Schwellenwerte können diese Mehrausgaben aber reduziert werden, und in den Varianten 1C und 2 C kann annähernd Kostenneutralität gewährleistet werden.

Tabelle 2:
Vergleich der absoluten Häufigkeiten im Status Quo sowie den verschiedenen Szenarien

[42] Kostenneutralität wird hierbei als Übereinstimmung der abgeschätzten Kosten unter Anwendung des gültigen Verfahrens vs. neues Begutachtungsassessment im Bereich von ca. +/- 2 % angenommen. Grundsätzlich muss aber für die folgenden genauso für die vorangegangenen Kostenabschätzungen von einer Restungenauigkeit ausgegangen werden.

Variante	Leistungsempfänger je Bedarfsgrad / Pflegestufe (I-III)					Leistungsausgaben Mrd. Euro
	insgesamt	B 2 / I	B 3 / II	B 4 / III	B 5 / Härtefall	
derzeitiger Pflegebegriff	1.964.288	1.044.008	672.283	242.153	(5.844)	17,8
1A/2A	2.023.242	772.461	683.003	483.126	84.652	21,2
1B	2.023.242	1.024.071	698.470	242.099	58.604	19,1
1C	2.023.242	1.127.897	730.664	130.424	34.258	18,1
2B	1.875.670	811.207	659.079	327.797	77.586	19,0
2C	1.843.019	919.319	579.536	278.487	65.678	18,1

2.4.9 Zusammenfassung

Das entwickelte Instrumentarium bildet eine sehr gute Grundlage, den ermittelten Grad der Abhängigkeit von pflegerischer Hilfe in Leistungen der Pflegeversicherung umzusetzen. Für den praktischen Einsatz muss eine tragfähige Verknüpfung zwischen den Abgrenzungen der Bedarfsgrade (und damit deren Schwellenwerte in den Score-Werten) und den damit verknüpften Leistungsansprüchen gefunden werden. Hierbei sollte einerseits eine den Grad der Abhängigkeit angemessen berücksichtigende Einstufung sichergestellt werden, andererseits aber auch die Kalkulierbarkeit der damit verbundenen finanziellen Folgen für die sozialen Sicherungssysteme. Die Projektnehmer der Phase 2 haben für verschiedene Szenarien möglicher Stufenbildungen die ökonomischen Konsequenzen berechnet und legen sie dem Beirat zur Information und Meinungsbildung vor. Alternativ oder zusätzlich kommen auch veränderte Zuordnungen von Bedarfsgraden und Leistungssätzen in Betracht.

Zusammengefasst empfehlen die Projektnehmer das entwickelte Instrument als zielführend, geeignet und praktikabel zur Begutachtung von Menschen mit möglicher Pflegebedürftigkeit im Sinne eines erweiterten und pflegewissenschaftlich angemessenen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

2.5 Strukturelle Wechselwirkungen auf andere Sozialleistungsbereiche, insbesondere auf die Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege, Eingliederungshilfe)

2.5.1 Problemdarstellung

Die leistungsrechtliche Umsetzung eines neuen und umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat direkte Aus- und Wechselwirkungen auf andere Sozialleistungsbereiche und dort insbesondere auf die Eingliederungshilfe und die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII. Dabei liegt eine besondere Schwierigkeit in dem Fehlen eines Gesamtkonzepts der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen. Besonders durch die enge Verzahnung und durch die vielen Berührungspunkte der Leistungen nach dem SGB IX, XI und dem SGB XII erscheint ein solches Gesamtkonzept jedoch unverzichtbar.

2.5.2 Systematik des Sozialversicherungsrechts / Verhältnis SGB XI zu SGB XII

Der unterschiedliche Rechtscharakter der Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern XI und XII - Sozialversicherungsrecht im SGB XI einerseits, Fürsorgerecht im SGB XII andererseits – beinhaltet ein systematisches Vorrang-/Nachrangverhältnis. Bürger haben bei Vorliegen der Voraussetzungen zunächst immer einen Rechtsanspruch auf Leistungen, die sie durch Beitragszahlungen erworben haben, hier also auf die Leistungen der Pflegeversicherung.

Waren die Leistungen der Eingliederungshilfe bis zur Einführung der Pflegeversicherung weitgehend schnittstellenfrei zu anderen Sozialleistungen, brachte die Einführung der Pflegeversicherung ab 1995 systembedingte Änderungen mit sich. Schon wegen der unterschiedlichen Kostenträgerschaft wurde nunmehr eine Abgrenzung erforderlich. Diese erfolgte zunächst in Orientierung an den Leistungsort, denn in Einrichtungen der Behindertenhilfe werden keine Leistungen der Pflegeversicherung erbracht (§§ 43 Abs. 1, 71 Abs. 4 SGB XI). Zur Milderung des Problems, dass in Einrichtungen der Behindertenhilfe auch Leistungen pflegerischer Art erbracht werden, wurde § 43a SGB XI eingeführt, nach dem eine pauschale Abgeltung der pflegebedingten Aufwendungen in Höhe von max. 256 Euro pro Monat durch die Pflegekasse erfolgt.

Im Verhältnis der Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII zu den Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI ist die Abgrenzung der Leistungen heute weitgehend unproblematisch, denn die pauschalen und im Umfang begrenzten Leistungen der Pflegeversicherung werden für einen genau definierten Teil des Pflegebedarfes pflegebedürftiger Menschen geleistet. Der übrige von der Pflegeversicherung nicht umfasste Pflegebedarf (ergänzende Leistungen und erweiterter Pflegebedürftigkeitsbegriff) fällt in die Eigenverantwortung der betroffenen Pflegebedürftigen, im Falle von Bedürftigkeit nach den Bestimmungen des SGB XII besteht ein Anspruch auf Leistungen der Sozialhilfe.

2.5.3 Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Mit Einführung eines umfassenden und teilhabeorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs geraten insbesondere folgende Auswirkungen in den Blick:

- Mit dem Inkrafttreten des SGB IX im Jahre 2001 ist ein Paradigmenwechsel eingetreten, der auch entscheidenden Einfluss auf die Belange pflegebedürftiger Menschen hat. Pflegebedürftige Menschen sind spätestens seit der Neudefinition des Behinderungsbegriffs in § 2 SGB IX grundsätzlich auch behinderte Menschen. Nicht jeder behinderte Mensch ist aber nach geltendem Recht auch pflegebedürftig. Pflegebedürftigkeit ist demzufolge nach sozialrechtlichem Verständnis eine Teilmenge von Behinderung. Es existiert aber auch eine Reihe von Lebenslagen, in denen eine Behinderung ohne das Merkmal der Pflegebedürftigkeit besteht. Je umfassender die Pflegebedürftigkeit aber definiert ist, desto größer wird der Personenkreis behinderter und zugleich pflegebedürftiger Menschen. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die teilhabeorientierte Pflege eine hohe Schnittmenge zur Eingliederungshilfe aufweist.

- Ein Gesamtkonzept ist auch deshalb notwendig, weil die im Fürsorgerecht verankerten Leistungen der Eingliederungshilfe als Teilhabeleistungen nach dem SGB IX grundsätzlich gegenüber den Versicherungsleistungen nachrangig sind. Im Leistungsgeschehen sind die Teilhabeleistungen hingegen umfassender. Aufgabenstellung und Ziele der Teilhabe (§ 10 SGB I und § 4 SGB IX) überlagern die in § 2 Abs. 1 SGB XI umschriebene Zielsetzung der Pflege - auch unter dem Blickwinkel eines neuen erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

- Infolge der Ausgestaltung des Pflegeversicherungsrechts als Teilabsicherung des Pflegerisikos wird die Pflegeversicherung auch weiterhin nur pauschale, in der Höhe begrenzte Leistungen erbringen. Deshalb muss die Bevölkerung darüber aufgeklärt werden, dass bei der Deckung des durch die umfassende Begutachtung offenkundig gewordenen Bedarfs gegebenenfalls auf eigene Mittel bzw. auf andere Sozialleistungsbereiche zurückgegriffen werden muss.

- Auch angesichts eines erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der von einem teilhabeorientierten Ansatz ausgeht, muss das Verhältnis und damit die Schnittstelle zur Eingliederungshilfe und zur Hilfe zur Pflege so beschrieben werden, dass auch künftig eine klare und möglichst streitfreie Rechtsanwendung möglich ist. Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff macht die Eingliederungshilfe nicht entbehrlich. Der Ansatz der Eingliederungshilfe, einen behinderten Menschen zu der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu befähigen, ist ein anderer als der der Pflege. Auch ist das neue Begutachtungsassessment schon aufgrund seiner vorrangigen Zielsetzung, die betroffenen Personen in Bedarfsgrade einzuteilen, nicht darauf angelegt, auch den individuellen Hilfebedarf behinderter pflegebedürftiger Menschen, die Eingliederungshilfeleistungen beantragen, vollständig abzubilden. Die für eine individuelle Hilfeplanung notwendige Breite wird durch das neue Begutachtungsassessment nicht erreicht. Das neue Begutachtungsassessment erscheint dennoch grundsätzlich geeignet, zweckmäßige und hilfreiche Informationen für die Bedarfsfeststellung in der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege zu liefern.

2.6 Finanzielle Auswirkungen der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des dazugehörigen Assessments für die Sozialhilfeträger und die Pflegekassen (Ergänzungsprojekt – Dezember 2008 Rothgang et al.)

2.6.1 Einleitung

Hauptziel der zweiten Hauptphase war es, die Reliabilität des neuen Begutachtungsassessments und seine praktische Eignung für die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit zu überprüfen. Allerdings war die Studienpopulation auf Antragsteller nach SGB XI-Leistungen beschränkt. Daher konnte *nicht* ermittelt werden, wie sich das neue Assessmentinstrument und ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff auf die Personen auswirkt, die bislang keinen Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI gestellt haben, weil sie nach altem Verfahren keine Erfolgsaussichten sahen. Eine zweite Gruppe von potentiellen SGB XI-Leistungsempfängern, die durch das Design der 2. Hauptphase systematisch untererfasst sind, sind die behinderten Menschen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen. Weiterhin war die Frage nach den fiskalischen Auswirkungen für die Sozialhilfeträger nicht Gegenstand der 2. Hauptphase. Um diesen Fragestellungen nachzugehen, wurde im Sommer 2008 ein Ergänzungsprojekt entwickelt und vereinbart.

2.6.2 Untersuchungsauftrag

Der Erweiterungsantrag zielt auf die Beantwortung von drei Fragestellungen ab, die in drei Arbeitspaketen untersucht werden:

1. Wie viele behinderte Menschen, die derzeit Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen, würden bei Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des dazugehörigen Assessments in Zukunft SGB XI-Leistungen beziehen und welche finanziellen Folgen sind damit für die Pflegeversicherung und die Sozialhilfeträger verbunden?

2. Wie groß ist der Anteil der „sonstigen Hilfebedürftigen“, die bisher keine Anträge gestellt haben, die bei Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des dazugehörigen Assessments in Zukunft SGB XI-Leistungen beziehen würden und welche finanziellen Folgen sind damit für die Pflegeversicherung und die Sozialhilfeträger verbunden?

3. Welche Zusatzausgaben entstehen womöglich für die Sozialhilfeträger im Bereich der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen aufgrund erhöhter Fallzahlen bzw. erhöhter Bedarfsgrade bei Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege?

2.6.3. Umsetzung

Zur Beantwortung dieser Fragen kommen unterschiedliche Methoden zum Einsatz, die zur Folge haben, dass die Ergebnisse in unterschiedlichem Ausmaß belastbar sind:

- *Arbeitspaket 1*: Um die Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des dazugehörigen neuen Begutachtungsassessments auf behinderte Menschen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen zu ermitteln, wurden insgesamt 242 neue Begutachtungen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen in Westfalen-Lippe vom MDK Westfalen-Lippe durchgeführt, in denen ermittelt wurde, in welche der neuen Bedarfsgrade die behinderten Menschen der Stichprobe gemäß dem neue Begutachtungsassessment eingestuft würden. Da alle Bezieher von Eingliederungshilfe in stationären Einrichtungen in NRW regelmäßig einen Antrag auf SGB XI-Leistungen stellen und das Ergebnis des Begutachtungsprozesses nach dem derzeit gültigen Verfahren somit vorliegt, ist es möglich, für die Stichprobe zu sagen, welche Verschiebungen sich durch die Umstellung auf das neue Begutachtungsassessment ergeben. Die Ergebnisse werden dann auf die Bundesebene hochgerechnet.

- *Arbeitspaket 2*: Um abzuschätzen, wie viele „Hilfebedürftige", die bislang noch keine Anträge auf SGB XI-Leistungen gestellt haben, nunmehr Leistungsansprüche gegenüber der Pflegeversicherung geltend machen können und welche Ausgaben daraus für die Träger der Pflegeversicherung resultieren, wurde von Ulrich Schneekloth, dem zuständigen Projektleiter bei TNS Infratest, einer Re-Analyse der Daten aus den Befragungen der Studien „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung im Alter" (MuG) durchgeführt.[43]

[43] Bei den Studien zu den Möglichkeiten und Grenzen einer selbständiger Lebensführung im Alter hat TNS Infratest im Auftrag des Bundeministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in den Jahren 2004 und 2007 repräsentative Befragungen durchgeführt (Schneekloth/Wahl 2005 und 2007). Diese Befragungsdaten wurden für eine Re-Analyse genutzt, die eigens für die Studie angefertigt wurde.

- *Arbeitspaket 3*: Anders als die Arbeitspakete 1 und 2 bezieht sich Arbeitspaket 3 auf einen Personenkreis der bereits in der 2. Hauptphase erfasst wurde. Mittels Modellrechnungen wird abgeschätzt, in welchem Umfang für die Sozialhilfeträger Zusatzausgaben entstehen, wenn die Heimbewohner nach dem neuen Begutachtungsassessment eingestuft werden. Zur Berechnung dieser fiskalischen Effekte werden die Festlegungen sowohl der Schwellenwerte (einschließlich der Varianten) als auch der Leistungsbeträge aus dem Bericht der Hauptphase 2 übernommen. Bei den Berechnungen handelt es sich also um Modellrechnungen unter Zugrundelegungen von Annahmen, die szenarienhaft variiert werden, nicht aber um Umsetzungsvorschläge. Die Ergebnisse dieser Modellrechnungen können auch zur Justierung im Leistungsrecht herangezogen werden.

2.6.4 Finanzielle Auswirkungen für die Sozialhilfeträger und die Pflegekassen im Überblick

Die Anwendung des neuen Begutachtungsassessments führt zum einen zu einer Veränderung der Zahl der als „pflegebedürftig" klassifizierten Personen (*Mengeneffekt*). Gemäß den Ergebnissen der 2. Hauptphase kommt es im ambulanten Bereich zu einem leichten Rückgang der Zahl der Leistungsberechtigten, im stationären Bereich dagegen zu einem (etwas höheren) Anstieg der Zahl der Leistungsberechtigten. Zum anderen kommt es zu einem *Struktureffekt*, der darin besteht, dass sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich die neuen Bedarfsgrade durchschnittlich höher liegen als die leistungsrechtlich gleich gesetzten alten Pflegestufen. Dieser Effekt ist fiskalisch von größerer Relevanz als der Mengeneffekt. Unter Zugrundelegung der in der 2. Hauptphase herangezogenen Annahmen über die Schwellenwerte für die einzelnen Bedarfsgrade[44] und die damit verbundenen Leistungsansprüche[45], lassen sich qualitative Aussagen über Art und Richtung der fiskalischen Effekte auf Pflegeversicherung und Sozialhilfeträger sowie Effekte für Pflegebedürftige und Leistungsanbieter ableiten. Hierbei sind die Personengruppen zu unterscheiden, die bei der Definition der drei Arbeitspakete unterschieden wurden. Tabelle 3 fasst diese Effekte für Pflegeversicherung und Sozialhilfeträger zusammen.

[44] Als Grundmodell wird hier Variante 1A (Terminologie des Berichts zur 2. Hauptphase) herangezogen, deren Schwellenwerte dem Vorschlag aus der 1. Hauptphase entsprechen.

[45] Für die Leistungsansprüche werden die aktuell gültigen Sätze nach dem SGB XI verwandt, wobei der neue Bedarfsgrad 2 leistungsrechtlich der alten Pflegestufe I, der neue Bedarfsgrad 3 der alten Pflegestufe II und der neue Bedarfsgrad 4 der alten Pflegestufe III gleichgesetzt wird.

Tabelle 3: Art und Richtung der finanziellen Auswirkungen für Pflegeversicherung und Sozialhilfeträger

	Pflegeversicherung	Sozialhilfeträger
Bisherige Antragsteller stationärer Bereich	Mehrausgaben wegen Mengen- und Struktureffekt (siehe 2. Hauptphase)	Mehrausgaben bei der Hilfe zur Pflege wegen Mengen- und Struktureffekt (Abschätzung im Bericht)
Bisherige Antragsteller ambulanter Bereich	Mehrausgaben, da der Struktureffekt den Mengeneffekt überwiegt (siehe 2. Hauptphase)	Mehr- oder Minderausgaben in Abhängigkeit von der Ausgestaltung der ergänzenden Hilfe zur Pflege
„Sonstige Hilfebedürftige“	Mehrausgaben wegen steigender Zahl Pflegebedürftiger (Abschätzung im Bericht)	Mehrausgaben wegen steigender Zahl Pflegebedürftiger
Behinderte Menschen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	Mehrausgaben wegen steigender Zahl Pflegebedürftiger (Abschätzung im Bericht)	Etwa gleich hohe Minderausgaben der Sozialhilfeträger (Abschätzung im Bericht)

2.6.5 Sozialpolitische Schlussfolgerungen der Studie

Neben den bereits im Abschlussbericht der Hauptphase 2 enthaltenen fiskalischen Wirkungen sind beim Übergang zum neuen Begutachtungsassessment weitere fiskalische Effekte zu erwarten, und zwar:

- Mehrausgaben der Sozialhilfeträger wegen steigender Zahl Pflegebedürftiger bei sonstigen Hilfebedürftigen,

- Mehrausgaben der Sozialen Pflegeversicherung für „sonstige Hilfebedürftige“, die bislang keine Anträge auf Pflegeversicherungsleistungen erhalten haben, bei Umsetzung des neuen Begutachtungsassessments aber teilweise leistungsberechtigt werden,

- Mehrausgaben der Sozialen Pflegeversicherung für behinderte Menschen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen und entsprechende Minderausgaben der Sozialhilfeträger und

- Mehrausgaben der Sozialhilfeträger für Hilfe zur Pflege in Einrichtungen.

Die Größe der entsprechenden fiskalischen Effekte hängt insbesondere auch ab von der Definition der Schwellenwerte für die Bedarfsgrade.

Für die Sozialhilfeträger entstehen in der Basisvariante[46] Mehrausgaben im Bereich Hilfe zur Pflege in Einrichtungen von 0,58 Mrd. Euro. Gleichzeitig werden die Sozialhilfeträger bei den behinderten Menschen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen um etwa 0,20 Mrd. Euro entlastet, die als Mehrleistungen nach § 43a SGB XI von der Pflegeversicherung erbracht werden müssen. Durch Setzung anderer Schwellenwerte verändern sich diese fiskalischen Effekte – bei den Sozialhilfeträgern bis hin zur Kostenneutralität und sogar noch darüber hinaus, bei der Pflegeversicherung zumindest bis zur deutlichen Reduzierung der Ausgabensteigerung. In der Summe verbleiben bei Sozialhilfeträgern und sozialer Pflegeversicherung aber Mehrausgaben von mindestens 0,24 Mrd. Euro (in Szenario 1C).[47] Welche der Varianten bevorzugt wird, ist dann letztlich eine politische Frage. Tabelle 4 fasst die fiskalischen Effekte in Abhängigkeit von den Schwellenwertszenarien überblicksartig zusammen. Allerdings ist auch die Gruppe der „sonstigen Hilfebedürftigen“ zu beachten, d.h. der Personen, die einen Pflegebedarf unterhalb der bisherigen Schwelle zum Leistungsanspruch haben, aus diesem Grund keinen Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen gestellt haben, durch die Einführung des neuen Begutachtungsassessments aber veranlasst werden könnten, einen – erfolgreichen – Antrag zu stellen. Die hieraus für die Pflegeversicherung entstehenden Kosten können nur grob abgeschätzt werden. Diese – unsicherere – Abschätzung ergibt zusätzliche Ausgaben von weiteren 400 Mio. €, die in der Tabelle nicht enthalten sind. Würde auch der Bedarfsgrad 1 mit einem Leistungsanspruch versehen, wären hier beachtliche weitere Ausgaben zu erwarten.

[46] Vgl. Fußnote 41.
[47] Zu den Szenarien siehe 2.4.8.

Tabelle 4: Fiskalische Effekte des Neuen Begutachtungsassessment bei verschiedenen Szenarien zur Schwellenwertbildung

	Mehrausgaben in Abhängigkeit von Schwellenwertszenarien (in Mrd. € per annum)				
	1A	1B	1C	2B	2C
Sozialhilfeträger					
Hilfe zur Pflege in Einrichtungen	0,58	0,17	- 0,06	0,29	0,15
Eingliederungshilfe	- 0,20	- 0,20	- 0,20	- 0,16	- 0,15
Insgesamt	**0,38**	**- 0,03**	**- 0,26**	**0,13**	**0**
Pflegeversicherung					
Leistungen nach § 43a SGB XI	0,20	0,20	0,20	0,16	0,15
andere Leistungen[1]	3,40	1,30	0,30	1,20	0,30
Insgesamt[2]	**3,60**	**1,50**	**0,50**	**1,36**	**0,45**
Pflegeversicherung und Sozialhilfe					
Insgesamt	**3,98**	**1,47**	**0,24**	**1,23**	**0,45**

1) Die Schätzungen sind aus dem Abschlussbericht der 2. Hauptphase übernommen (Windeler et al. 2008: 104).

2) 1,07 Mrd. Euro entsprechen 0,1 Beitragssatzpunkte in der sozialen Pflegeversicherung – Stand 2009.

Mit den Schwellenwerten zur Definition der Bedarfsgruppen ist bislang aber nur ein Parameter angesprochen, der als „Stellschraube" für die Ausgaben fungieren kann. Daneben können die fiskalischen Effekte auch durch Anpassungen des Leistungsrechts und des Leistungserbringungsrechts beeinflusst werden.

Werden die neuen Bedarfsgrade nach dem neuen Begutachtungsassessment *leistungsrechtlich* mit den alten Stufen gleichgesetzt, kommt es zu einem „upgrading" der bisherigen Pflegebedürftigen und einer Ausweitung des Leistungsanspruchs dieser Personen. Es handelt sich immer noch um dieselben Personen mit denselben Fähigkeiten und denselben Defiziten. Nun kann zum einen argumentiert werden, dass das neue Begutachtungsassessment deren Bedarfe klarer erkennt und die Leistungsausweitung daher angemessen ist. Dagegen kann aber auch argumentiert werden, dass durch das neue Begutachtungsassessment nicht das Leistungsniveau (in einem Teilkaskosystem) angehoben, sondern nur die Struktur verändert werden soll, indem kognitive Einschränkungen stärker, somatische dagegen weniger berücksichtigt werden. Wird der letzteren Argumentation gefolgt, wäre eine leistungsrechtliche Anpassung nach

unten folgerichtig. Dabei könnte im stationären Sektor auch die Spreizung der Pflegeversicherungsleistungen an die der Heimentgelte angepasst werden.

Anpassungsmöglichkeiten gibt es auch beim *Leistungserbringungsrecht*, insbesondere bei der Heimvergütung. Bei einer gegebenen Heimpopulation führt das neue Assessment dann zu Mehreinnahmen der Heime, wenn an der Verknüpfung von Pflegeklasse und Pflegestufe/Bedarfsgrad festgehalten wird und die Pflegesätze unverändert bleiben. Insoweit nach Bedarfsgraden differenzierte Personalschlüssel zu Anwendung kommen, führt dies auch zu einer Veränderung der Personalausstattung und damit wahrscheinlich auch des Leistungsgeschehens. Da die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs aber nicht eine Anhebung der Heimbudgets zum Ziel hat, könnten hier Anpassungen vorgenommen werden. So könnte eine budgetneutrale Umstellung vereinbart oder die Einführung eines anderen Vergütungssystems erwogen werden, das von den Bedarfsgraden abstrahiert, oder es könnten die Pflegesätze abgesenkt werden. Letzteres könnte entweder in den Pflegesatzvereinbarungen stattfinden oder formelgebunden durch den Gesetzgeber.

Ob die unter Status quo Bedingungen errechneten Mehrausgaben der Finanzierungsträger hingenommen werden oder ob einer (oder mehrere) der skizzierten Wege zur Reduktion der Mehrausgaben eingeschlagen wird, ist aber eine politische Frage, die von den zuständigen politischen Akteuren in einem demokratischen Prozess entschieden werden muss. Der vorliegende Bericht verfolgt lediglich das Ziel, die fiskalischen Konsequenzen bestimmter Entscheidungen aufzuzeigen und den Entscheidungsträgern damit die zu einer rationalen Entscheidung notwendigen Informationen bereit zu stellen.

Kapitel 3: Empfehlungen des Beirats

3.1.Präambel

Unsere Gesellschaft muss sich daran messen lassen, wie sie Menschen, Menschen mit Pflegebedarf und/oder Behinderung begegnet und insbesondere deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglicht.

Der Vorschlag für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff greift diese Aufgabenstellung auf, um die Situation der Betroffenen zu verbessern und einen ethisch relevanten Perspektivwechsel zu initiieren: Die Abkehr von einem an den Defiziten und am Unvermögen orientierten Bild des pflegebedürftigen Menschen hin zu einer Sichtweise, die das Ausmaß seiner Selbständigkeit erkennbar macht.

Die Anknüpfung an das Ausmaß der Selbständigkeit ermöglicht eine ganzheitliche, auch kontextbezogene Wahrnehmung der Lebenslage der pflegbedürftigen Menschen und so eine weitaus höhere Gerechtigkeit in der Berücksichtigung der Beeinträchtigungen von Menschen und hilft zudem, Ungleichbehandlungen zwischen Menschen mit verschiedenen Beeinträchtigungen oder ganzer Gruppen von Menschen zu vermeiden.

Die Berücksichtigung des Wunsches nach Selbständigkeit ist Ausdruck von Wertschätzung, sie bezeugt den Respekt vor den Lebenslagen der Menschen, die Achtung ihrer Würde, sie fördert Selbstverantwortung ebenso wie sie das verlässliche, solidarische Eintreten für Menschen in Risikolagen unterstützt, die ihre Kräfte und Möglichkeiten übersteigen.

Begrenzte Ressourcen in der Umsetzung erfordern dabei transparente, personenzentrierte Hilfen; finanzielle Prioritätensetzungen müssen den Rahmenbedingungen einer Gesellschaft des längeren Lebens und damit der zunehmenden Zahl pflegebedürftiger Menschen gerecht werden.

Menschen mit Pflegebedarf haben ein Recht auf qualitätsgesicherte, an ihrem persönlichen Bedarf ausgerichtete, Fähigkeiten fördernde und menschenwürdige Pflege, Unterstützung und Zuwendung bis zum Lebensende.

3.2 Notwendigkeit einer Änderung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit

Der geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI wird pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen nicht gerecht. Dies betrifft zum einen die eingeschränkte Beurteilungsgrundlage, die sich ausschließlich auf den Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen bezieht. Zum anderen ist auch die Verwendung des Faktors Zeit als Bemessungsgröße für das Ausmaß der im Einzelfall benötigten Hilfen nach pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen nicht sachgerecht.

Der geltende Begriff der Pflegebedürftigkeit erfasst zudem den Hilfebedarf von Menschen ungleich. Der für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit allein maßgebende Katalog von Verrichtungen in § 14 Abs. 4 SGB XI berücksichtigt vor allem Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen nicht ausreichend. Auch diese Ungleichbehandlung gegenüber Hilfebedürftigen mit körperlichen Funktionseinbußen begründet Änderungsbedarf.

Darüber hinaus haben sich der geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff und die mit ihm gegebenen Bewertungsinstrumente bei der Begutachtung von Kindern als nicht ausreichend geeignet herausgestellt.

Der Beirat spricht sich daher für eine Definition von Pflegebedürftigkeit aus, die diese Aspekte aufnimmt und ihnen gerecht wird.

3.3 Ein differenzierter, an Lebenslagen orientierter, auf den Grad der Selbständigkeit abstellender Pflegebedürftigkeitsbegriff

Der Beirat hält einen Begriff der Pflegebedürftigkeit für erforderlich, der alle körperlichen und geistigen bzw. psychischen Einschränkungen und Störungen umfasst, sowie ein Bewertungssystem, das Lebens- und Bedarfslagen hilfe- und pflegebedürftiger Menschen flexibel erfasst und einen hohen Grad an Differenziertheit gewährleistet, aber auch Transparenz und Akzeptanz für die Betroffenen sicherstellt.

Die Erfassung des Unterstützungsbedarfs auf der Grundlage einer umfassenden Bewertung von körperlichen, kognitiven und psychischen Einschränkungen erfordert einen Paradigmenwechsel bei der Bewertung des Unterstützungsbedarfs. Anstelle des zeitlichen Pflegeaufwandes sowie der Häufigkeit bzw. des Rhythmus' von Hilfeleistungen ist allein auf den Grad der Selbstständigkeit bzw. den Verlust von Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten abzustellen. Gleiches gilt bei der Gestaltung von Lebensbereichen.

3.4 Das neue Begutachtungsinstrument

Die Prüfung der derzeit vorhandenen Begutachtungsinstrumente in der Vorstudie des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld und in der Diskussion des Beirats hat gezeigt, dass keines von ihnen geeignet ist, um gleichzeitig einem weit gefassten Pflegebedürftigkeitsverständnis und den Anforderungen der Pflegeversicherung gerecht zu werden. Eine Adaption dieser Instrumente und/oder deren Kombination ist aufgrund weit reichender Fragen inhaltlicher, methodischer, praktischer und gegebenenfalls lizenzrechtlicher Art zudem problematisch.

Deshalb hat sich der Beirat für ein neues Begutachtungsinstrument entschieden, das internationalen Anforderungen entspricht. Es wurde vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe entwickelt und vom Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen (IPP) und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Essen erprobt. Das „neue Begutachtungsassessment“ (NBA) erfüllt die geforderten Kriterien der Reliabilität, Validität, Sensitivität, Spezifität und Änderungssensitivität. Die Ergebnisse der Untersuchung sind repräsentativ.

Erfahrungen in der Erprobungsphase zeigen, dass die Gutachter vor dem praktischen Einsatz im Umgang mit dem neuen Begutachtungsassessment eingehend zu schulen sind. Die Gutachter sollten über eine fachlich qualifizierte Vorbildung sowie ausreichende Berufserfahrung verfügen.

3.5 Das neue Begutachtungsassessment als Instrument zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit

Der Beirat empfiehlt das neue Begutachtungsassessment als Instrument zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit im Sinne eines erweiterten, umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Das neue Begutachtungsassessment bietet eine gute Grundlage für eine sachgerechte Umsetzung des vorgeschlagenen umfassenderen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Es trägt zur Verwirklichung des angestrebten Ziels bei, die Leistungen der Pflegeversicherung unter Beachtung des Gleichheitssatzes allen pflegebedürftigen Menschen zukommen zu lassen.

Das neue Begutachtungsassessment umfasst sowohl die Möglichkeit der pflegewissenschaftlichen Abbildung von Pflegebedürftigkeit als auch deren sozialrechtliche Umsetzung. Es handelt sich zudem um ein lernendes System, das im Wege der Evaluation seine Eigenschaften hinsichtlich seines Zwecks verbessern und neue pflegewissenschaftliche Erkenntnisse einbeziehen kann.

Das Verfahren ist für die Begutachtung von pflegebedürftigen Menschen im Sinne eines erweiterten umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs grundsätzlich geeignet und praktisch einsetzbar.

Optimierungsbedarf besteht allerdings noch insbesondere bei dem Modul „Selbstversorgung“ (Modul 4), dem Modul „Außerhäusliche Aktivitäten“ (Modul 7) sowie bei der Bewertung besonderer Bedarfskonstellationen. Optimierungsbedarf besteht ebenso bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit von Kindern. Aufgrund der derzeit noch geringen Datenbasis bei Kindern sind weitere Erfahrungen zu sammeln.[48]

Der Beirat regt an, den in der Hauptphase 2 der Erprobung deutlich gewordenen Verbesserungsmöglichkeiten nachzugehen und das neue Begutachtungsassessment entsprechend anzupassen und weiter zu entwickeln. Er schätzt die Probleme als zeitnah lösbar ein.

[48] Vgl. Abschlussbericht Hauptphase 2, 2008, S. 90.

3.6 Abbildung von Bedarfslagen durch Module

Die modulare Struktur des neuen Begutachtungsassessments bildet die für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit relevanten Aktivitäten und Lebensbereiche ab und ermöglicht die Erfassung inhaltlich klar abgrenzbarer Teilbereiche der Pflegebedürftigkeit.

Kognitive Einschränkungen und besondere Verhaltensweisen werden zuverlässig erfasst. Körperliche Einschränkungen werden gleichermaßen umfassend abgebildet.

Das neue Begutachtungsassessment ist geeignet Gender-Aspekte zu berücksichtigen.

Der Beirat hält das modulare Begutachtungsverfahren für einen wesentlichen Fortschritt gegenüber dem geltenden Bewertungssystem. Er begrüßt insbesondere die verbesserte Erfassung der Lebenslagen von Menschen mit geistigen Behinderungen, Demenz und anderen geronto-psychiatrischen Einschränkungen.

3.7 Einteilung in Bedarfsgrade

Der Beirat spricht sich dafür aus, den Begriff der Pflegestufe durch den Begriff des Bedarfsgrades zu ersetzen, um dem neuen umfassenden Verständnis von Pflegebedürftigkeit in verstärktem Maße Ausdruck zu verleihen.

Bei der Zuordnung zu einem Bedarfsgrad ist der Grad der Abhängigkeit von personeller Hilfe angemessen zu berücksichtigen. Eine größere Anzahl von Bedarfsgraden trägt dabei zu einer höheren Bedarfsgerechtigkeit bei. Der Beirat akzeptiert den Vorschlag des neuen Begutachtungsassessments, fünf Bedarfsgrade zu bestimmen, unter der Voraussetzung, dass diese mit Leistungen hinterlegt sind. Dabei sind die Abstufungen „geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit“, „erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit“, „schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit“, „schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit“ und „schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergeht (Bedarfsgrad 4 mit besonderer Bedarfskonstellation)“ entsprechend dem neuen Begutachtungsassessment zu übernehmen.

Für die Einschätzung eines Grades an Pflegebedürftigkeit bzw. für die Ermittlung eines Bedarfsgrades sind das Modul „außerhäusliche Aktivitäten“ (Modul 7) und das Modul „Haushaltsführung“ (Modul 8) unter methodischen Gesichtspunkten nicht notwendig, da die pflegerelevanten Inhalte bereits durch andere Module erfasst werden. Sie werden jedoch für eine umfassende Beratung sowie für die Pflege- und Hilfeplanung benötigt, so dass sie deshalb bei der Begutachtung auch künftig erhoben werden sollten.

Die zusammengefassten Bewertungen aller Module sollen nicht ungefiltert in die Ermittlung eines Bedarfsgrades einfließen. Befürwortet wird eine Gewichtung, die das Ziel hat, den Pflege- und Betreuungsaufwand bei Personen mit körperlichen und kognitiven sowie psychischen Defiziten sachgerecht und angemessen zu berücksichtigen.

3.8 Erfassung des Rehabilitationsbedarfs

Durch das neue Begutachtungsassessment wird Rehabilitationsbedarf im Sinne der zeitlich begrenzten medizinischen Rehabilitation nach § 26 SGB IX erfasst. Dennoch bestehen noch erhebliche Fragen hinsichtlich der Klärung des Rehabilitationsbedarfs.

Der Beirat regt an, bei der Umsetzung des neuen Begutachtungsassessments, wegen der gestiegenen und anerkannten Bedeutung sowie der gesetzlichen Verpflichtung von Rehabilitation vor, nach und während der Pflege, den Bereichen von Prävention und Rehabilitation besondere Aufmerksamkeit zu widmen und weitere Untersuchungen durchzuführen, und dabei der Frage nachzugehen, ob die Zahl der Empfehlungen dem tatsächlichen Bedarf an Rehabilitationsleistungen entspricht.

Die Gutachterschulungen zur Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit bei Pflegebedürftigen müssen verbessert werden.

3.9 Eignung zur Erstellung von Pflege-, Hilfe- und Versorgungsplänen

Das neue Begutachtungsassessment erfasst Risiken und Bedarfslagen, aus denen sich Erkenntnisse für die Pflege-, Hilfe- und Versorgungsplanung ableiten lassen, und ist geeignet, den pflegerischen Bedarf entsprechend dem jeweiligen Grad an Selbständigkeit zu ermitteln. Es kann daher als Grundlage für die Pflege- und Versorgungsplanung im Rahmen des SGB

XI dienen. Das neue Begutachtungsassessment ersetzt nicht die Erstellung eines umfassenden Pflege-, Hilfe- und Versorgungsplans. Dies bleibt Aufgabe der Leistungsträger und Leistungserbringer.

Für den Fall, dass für eine Person Leistungen aus mehreren Sicherungssystemen in Frage kommen, könnten die Erkenntnisse aus dem neuen Begutachtungsassessment aufgrund seines modularen Aufbaus als Orientierung zur Ermittlung von Bedarfsschwerpunkten herangezogen werden.

3.10 Vorschlag für eine gesetzliche Neuregelung in §§ 14, 15 SGB XI

Im Rahmen der sozialrechtlichen Umsetzung ist ein abschließender Katalog der zu berücksichtigenden Aktivitäten und Fähigkeiten erforderlich. Zudem hat eine Gewichtung der maßgebenden Lebensbereiche zu erfolgen, um den Pflege- und Betreuungsaufwand bei Personen mit körperlichen Defiziten einerseits sowie kognitiven und psychischen Einschränkungen andererseits sachgerecht und angemessen zu berücksichtigen. Erforderlich sind weiterhin die Festlegung der für die Bedarfsgrade maßgebenden Punktwerte im Gesetz sowie die Schaffung von verbindlichen Begutachtungsrichtlinien.

Der Beirat stellt fest, dass es der Arbeitsgruppe zur Formulierung eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs gelungen ist, für die gesetzliche Neuregelung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit in §§ 14, 15 SGB XI einen geeigneten Formulierungsvorschlag vorzulegen, der das neue Begutachtungsinstrument umsetzt. (Anlage 2)

Die Aufnahme eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in das SGB I erachtet der Beirat nach Diskussion als nicht zweckmäßig, insbesondere weil dies der Systematik des SGB I, das Hilfearten und nicht Lebenslagen beschreibt, widerspricht.

3.11 Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf das Leistungsrecht der Pflegeversicherung

Der Beirat stellt die Notwendigkeit von gesetzlichen Anpassungen in leistungsrechtlichen Vorschriften fest.

Das neue Begutachtungsassessment führt zur Feststellung eines Status´ der Pflegebedürftigkeit, abgestuft nach dem Grad der Einschränkung von Selbständigkeit in bis zu fünf Bedarfsgraden.

Die Zuordnung zu einem Bedarfsgrad legt, wie auch im geltenden System, nur die Höhe der Leistungen und nicht deren Art und Inhalt fest. Aufgrund der Abkehr des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs von den Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind Änderungen des Leistungsrechts des SGB XI insoweit erforderlich, als dort auf den Verrichtungsbezug abgestellt wird. Hier ist insbesondere § 36 Abs. 2 SGB XI in den Blick zu nehmen.

Der Beirat ist sich einig, dass eine Bestandschutzregelung geboten ist, die die Rechtspositionen von Versicherten wahrt, die auf der Basis der bisherigen Regelungen bereits Leistungen beziehen.

Weiterhin besteht Klärungsbedarf, wie die Hilfen für Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistiger Behinderung und/oder psychischen Erkrankungen in stationären Einrichtungen im Rahmen von § 87b SGB XI, der bisherigen Leistungen nach §§ 45a und 45b SGB XI sowie der Strukturmaßnahmen (niedrigschwellige Angebote) nach §§ 45c und 45d SGB XI erhalten bleiben können. Klärungsbedarf besteht auch hinsichtlich § 43a SGB XI. Näheres muss im Rahmen der Umsetzung leistungsrechtlich geregelt werden.

3.12 Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf andere Sozialleistungssysteme

Der Beirat stellt die Notwendigkeit der Prüfung leistungsrechtlicher Folgen eines erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf andere Sozialleistungssysteme (z.B. Hilfe zu Pflege und Eingliederungshilfe nach dem SGB XII) fest. Es ist notwendig, insbesondere Pflegebedürftigkeit und Behinderung in ein leistungsrechtliches Verhältnis zu setzen.

3.13 Finanzielle Auswirkungen

Der Beirat nimmt die im Rahmen des Endberichts der Hauptphase 2 vorgelegten Modellrechnungen zur Kenntnis und sieht sie als hilfreiche Datengrundlage für die erforderlichen politischen Entscheidungen an.

Der Beirat stellt fest, dass die Politik über die Festlegung der Zahl der mit Leistungen unterlegten Bedarfsgrade sowie der jeweiligen Leistungen in den einzelnen Bedarfsgraden, über die Definition der Schwellenwerte der einzelnen Bedarfsgrade und die Gewichtung der Module erheblichen Gestaltungsspielraum hat, dessen Handhabung letztlich die Folgen für die pflegerische Versorgung und die Finanzen der betroffenen Sozialleistungsbereiche bestimmt. Es ist darauf zu achten, dass es nicht zu Benachteiligungen bisheriger Leistungsberechtigter kommt. Gegebenenfalls auftretende Probleme sollten durch Bestandsschutzregelungen und zielgenaue Leistungsbeschreibungen im Rahmen der Umsetzung gelöst werden.
Der Beirat stellt fest, dass es möglich ist, auf der gegebenen gesetzlichen Basis unter bestimmten Bedingungen einen Lösungsvorschlag zu erarbeiten, der dem gegenwärtigen Leistungsvolumen weitgehend entspricht. Insofern sieht der Beirat, ohne damit eine Vorentscheidung treffen zu wollen, seinen Auftrag als erfüllt an.

Zur Klärung der Frage nach Art und Richtung finanzieller Auswirkungen des neuen Begutachtungsverfahrens für die Pflegeversicherung wie die Sozialhilfe hat das Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen (ZeS) verschiedene Szenarioüberlegungen angestellt und Modellrechnungen vorgelegt. Diese berücksichtigen auch bisher nicht oder nur teilweise durch das Leistungsgeschehen der Pflegeversicherung erfasste Menschen (Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen, Menschen mit besonderem Hilfebedarf und die bisher der sog. Pfle-

gestufe 0 zugeordneten Personen). Im Ergebnis zeigen diese Szenarien insbesondere strukturell bedingte Mehrausgaben bei Leistungsträgern und bei den Selbstzahlern.

Der Beirat sieht in den Überlegungen der Studie wichtige Ansatzpunkte für die Umsetzung des neuen Begutachtungsverfahrens und seiner Implementation.

Auf den ersten Blick treten je nach Szenario erkennbare Mehrausgaben für die Pflegeversicherung und Mehr- bzw. Minderausgaben für die Sozialhilfe und Selbstzahler auf. Es scheint nicht möglich, das neue Begutachtungsverfahren mit den Schwellenwerten der Ausgangsvariante 1A[49] und das alte Leistungsrecht unverändert nebeneinander bestehen zu lassen, wenn man nicht Mehrausgaben und/oder Leistungseinschränkungen in Kauf nehmen will.

Der Beirat sieht es daher als erforderlich an, politische Ziele zu formulieren und rechnerische Festlegungen zu treffen, die eine Umsetzung gestaltbar machen. Sie ließen sich nach der Studie durch Anpassungen von Schwellenwerten, des Leistungsrechts einschließlich des Vertragsrechts sowie den Vergütungsvereinbarungen erreichen. Anpassungen von Schwellenwerten könnten dazu beitragen, den Anstieg der Ausgaben am ehesten an das bisherige Leistungsniveau anzupassen. Denkbar und plausibel sind aber auch andere Szenarien, die Veränderungen im Leistungsrecht und in den Leistungsformen voraussetzen. In erster Linie wäre hier an sozialräumliche Konzepte für Menschen mit Pflegebedarf und/oder Behinderungen, an Leistungsformen besonders im ambulanten Bereich sowie an verstärkte Anstrengungen in der Prävention und Rehabilitation zu denken.

Steigerungen der Fallzahlen aufgrund der demografischen Entwicklung sind in jedem Fall zu berücksichtigen.

Der Beirat wird daher im Rahmen der Umsetzungsplanung verschiedene konkrete Szenarien rechnen.

Bei der Definition von Schwellenwerten ist die demografische Herausforderung zwingend im Blick zu behalten. Die Festlegung der Schwellenwerte als Instrument von Leistungskürzungen zu nutzen, würde letztlich nur zu einer Verschiebung der Probleme bei der Versorgung alter,

[49] Bei der Ausgangsvariante 1A handelt es sich um die Schwellenwertkombination wie von Hauptphase 1 vorgeschlagen, vgl. Abschlussbericht Hauptphase 1, 2008, S. 85.

pflegebedürftiger und/oder behinderter Menschen führen. Es muss sicher gestellt sein, dass weder Menschen mit Pflegebedarf und/oder Behinderung noch die im Bedarfsfall zuständigen Sozialleistungsträger einseitig durch die Veränderungen belastet werden.

Angesichts der demografischen Herausforderung ist in der Wahrung eines solidarischen Beitrags zu den Kosten der Pflege eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu sehen, in deren Rahmen angesichts der zu erwartenden Anstiegs der Zahl von Menschen mit Pflegebedarf bei veränderten familiären Strukturen und abnehmenden personellen Ressourcen sowie des starken Wunsches in der häuslichen Umgebung zu bleiben, auch die bisherige Verhältnisbestimmung und Bewertung ambulanter und stationärer Leistungen berührt werden kann.

Das neue Begutachtungsverfahren und der ihm zugrunde liegende neue Pflegebedürftigkeitsbegriff werden zu einer veränderten Betrachtung des pflegebedürftigen Menschen und damit auch zu einer besseren Pflege führen.

Abkürzungsverzeichnis

ABV	Alternatives Begutachtungsverfahren
CANE	Camberwell Assessment of Need for the Elderly
EASY care	ursprünglich Instrument zur Ersteinschätzung des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens von älteren, in häuslicher Umgebung lebenden Menschen, mittlerweile umfassendes Assessment
IPW	Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
IPP	Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen
interRAI	verschiedene Instrumente der internationalen RAICooperation
FACE	Functional Assessment of the Care Environment for Older People
MDK Westfalen-Lippe	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
NBA	Neues Begutachtungsassessment
RAI 2.0	Resident Assessment Instrument für Heimbewohner
RAI HC	Resident Assessment Instrument Home Care
RCN Assessment	Royal College of Nursing´s Older People Assessment Tool
RUM	Resource Use Measure
TFDD	Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung

Anlagen

Anlage 1

a) Mitglieder des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs beim Bundesministerium für Gesundheit

Dr. h.c. Jürgen Gohde, Kuratorium Deutsche Altershilfe
Vorsitzender des Beirats ab 29. April 2008

Wilhelm Schmidt, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.
Vorsitzender des Beirats bis 28. April 2008

Prof. Dr. Peter Udsching, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht,
Stellv. Vorsitzender des Beirats

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik, Lehrstuhl für Epidemiologie – Pflegewissenschaft, Universität Witten / Herdecke

Dr. Fritz Baur, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe

Andreas Besche Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Klaus Dumeier, Leiter des Steuerungskreises

Stephan Dzulko, Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.

Dr. Franz Fink, Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Karin Evers-Meyer, MdB, Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen

Bärbel Habermann, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.

Dieter Hackler, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Erika Huxhold, Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Sabine Jansen, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz
Mitglied im Präsidium des Beirats

Jens Kaffenberger, Sozialverband VdK Deutschland

Harald Kesselheim, AOK-Bundesverband

Sigrid König, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

Dr. Hellmut Körner, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein

Dr. Monika Kücking, GKV-Spitzenverband

Helga Kühn-Mengel, MdB, Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten

Prof. Dr. Gabriele Kuhn-Zuber, Deutscher Behindertenrat

Prof. Dr. Heinrich Kunze, Aktion Psychisch Kranke e.V.

Dieter Lang, Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

Herbert Mauel, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

Gert Nachtigal, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Dr. Peter Pick, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
(Mitgliedschaft ruhte in der Projektphase)

Dr. Doris Pfeiffer, VdAK/AEV
(Mitglied bis 30.06.2007)

Prof. Dr. Heinz Rothgang, Zentrum für Sozialpolitik, Abt. f. Gesundheitsökonomie, Universität Bremen

Paul Jürgen Schiffer, Verband der Ersatzkassen e.V. – vdek,

Jürgen Sendler, Deutscher Gewerkschaftsbund

Andrea Pawils, Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Dr. Irene Vorholz, Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

K.-Dieter Voß, GKV-Spitzenverband,
Mitglied im Präsidium des Beirats

Franz Wagner, Deutscher Pflegerat e.V.

Helga Walter, Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V.

b) Mitglieder der Arbeitsgruppe "Formulierung eines Begriffs" des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Prof. Dr. Peter Udsching, Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht,
Vorsitzender der Arbeitsgruppe

Dr. Franz Fink, Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Sigrid König, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

Werner Korte, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe

Klaus Lachwitz, Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.

Herbert Mauel, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

Dr. Peter Pick, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
(Mitgliedschaft ruhte in der Projektphase)

Jutta Prem, Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Prof. Dr. Doris Schiemann, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften - Pflegewissenschaft, Fachhochschule Osnabrück

Paul Jürgen Schiffer, Verband der Ersatzkassen e.V. – vdek,

Franz Wagner, Deutscher Pflegerat e.V.

Ulrich Wendte, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie

Michael Willamowski, Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

Anlage 2 Entwurf der für den Begriff der Pflegebedürftigkeit maßgebenden Vorschriften

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig sind Personen, die nach näherer Bestimmung der folgenden Sätze Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche oder psychische Schädigungen, Beeinträchtigungen körperlicher oder kognitiver oder psychischer Funktionen, gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können.
Maßgeblich sind Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeitsstörungen, in den Bereichen:

1. Mobilität,
2. Kognitive Fähigkeiten,
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
4. Selbstversorgung,
5. Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen,
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte,
[7. Außerhäusliche Aktivitäten,] [50]

[8. Haushaltsführung].

Die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder die Fähigkeitsstörungen und der Hilfebedarf durch andere müssen auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und zumindest in dem in § 15 festgelegten Umfang gegeben sein.

[50] Nr. 7 und 8 werden bei der Zuordnung zu einem Grad der Pflegebedürftigkeit nach § 15 nicht berücksichtigt. Sie dienen in erster Linie der Umsetzung des § 7a Abs. 1 Satz 2 SGB XI.

(2) Hierbei ist im Einzelnen auf die nachfolgenden Aktivitäten und Fähigkeiten abzustellen:

1. Im Bereich der Mobilität: Positionswechsel im Bett, Stabile Sitzposition halten, Aufstehen aus sitzender Position/Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches und Treppensteigen.
2. Im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten: Personen aus dem näheren Umfeld erkennen, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Gedächtnis, mehrschrittige Alltagshandlungen ausführen, Entscheidungen im Alltagsleben treffen, Sachverhalte und Informationen verstehen, Risiken und Gefahren erkennen, Mitteilung elementarer Bedürfnisse, Aufforderungen verstehen, und Beteiligung an einem Gespräch.
3. Im Bereich der Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen: Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigung von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen, Ängste, Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen und sonstige inadäquate Handlungen.
4. Im Bereich der Selbstversorgung: Körperpflege (vorderen Oberkörper waschen, Rasieren, Kämmen, Zahnpflege, Prothesenreinigung, Intimbereich waschen, Duschen oder Baden - einschließlich Haare waschen), An- und Auskleiden (Oberkörper an- und auskleiden, Unterkörper an- und auskleiden), Ernährung (Essen mundgerecht zubereiten/Getränke eingießen, Essen, Trinken), Ausscheiden (Toilette/Toilettenstuhl benutzen, Folgen einer Harninkontinenz bewältigen/Umgang mit Dauerkatheter/Urostoma Folgen einer Stuhlinkontinenz bewältigen/Umgang mit Stoma)
5. Im Bereich des Umgangs mit krankheits-/ therapiebedingten Anforderungen und Belastungen: Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen oder Sauerstoffgabe, Einreibungen, Kälte-/Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln, Verbandswechsel/Wundversorgung, Wundversorgung bei Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung, Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung, zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuch anderer medizinischer/therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnter Besuch

medizinisch/therapeutischer Einrichtungen und Besuch von Einrichtungen zur Durchführung von Frühförderung (nur bei Kindern)

6. Im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen, Ruhen und Schlafen, sich beschäftigen, in die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt und Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes.
7. [Im Bereich der außerhäuslichen Aktivitäten: das Verlassen und das Fortbewegen außerhalb der Wohnung, die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel im Nahverkehr, das Mitfahren in einem PKW, die Teilnahme an kulturellen, religiösen oder sportlichen Veranstaltungen, der Besuch von Schule, Kindergarten, Arbeitsplatz, Werkstatt für behinderte Menschen, Tagespflegeeinrichtung sowie die Teilnahme an sonstigen Aktivitäten mit anderen Menschen.
8. Im Bereich der Haushaltsführung: das Einkaufen für den täglichen Bedarf, die Zubereitung einfacher Mahlzeiten, einfache und aufwändige Aufräum- und Reinigungsarbeiten, die Nutzung von Dienstleistungen, die Regelung von finanziellen und Behördenangelegenheiten.][51]

Soweit auf Aktivitäten und Fähigkeiten nach Nr. 5 abgestellt wird, bleiben Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Abs. 2 SGB V unberührt.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Störungen bei den in Abs. 2 genannten Aktivitäten oder Fähigkeiten sind nach dem Grad ihrer Ausprägung in den vier Kategorien selbständig, überwiegend selbständig, überwiegend unselbständig und unselbständig zu erfassen. Für jeden Bereich ist auf der Grundlage der erfassten Aktivitäten und Fähigkeitsstörungen daraus ein Teilergebnis zu bilden und in einer fünfstufigen Skala darzustellen. Die Zusammenfassung aller Ergebnisse ist in einem Gesamtpunktwert auszudrücken, wobei die Bereiche nach Abs. 1 wie folgt gewichtet werden:

1. Mobilität: 10%
2. Kognitive Fähigkeiten und 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: 15%
4. Selbstversorgung: 40%
5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen: 20%
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: 15%.

[51] Nr. 7 und 8 werden bei der Zuordnung zu einem Grad der Pflegebedürftigkeit nach § 15 nicht berücksichtigt. Sie dienen in erster Linie der Umsetzung des § 7a Abs. 1 Satz 2 SGB XI.

§ 15 Grade der Pflegebedürftigkeit[52]

(1) Leistungen der Pflegeversicherung werden nach dem Grad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit in den in § 14 genannten Bereichen nach folgender Abstufung auf der Grundlage des nach § 14 Abs. 3 ermittelten Gesamtpunktwertes bemessen:

- Bedarfsgrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit (10-29 Punkte)
- Bedarfsgrad 2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit (30-49 Punkte)
- Bedarfsgrad 3: schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit (50-69 Punkte)
- Bedarfsgrad 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit (mehr als 70 Punkte)
- Bedarfsgrad 5: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergeht (Bedarfsgrad 4 mit besonderer Bedarfskonstellation).

(2) Bei Kindern ist für die Zuordnung zu einem Bedarfsgrad der allein wegen Krankheit oder Behinderung bedingte Grad der Beeinträchtigung ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten im Verhältnis zu altersentsprechend entwickelten Kindern maßgebend. Für die Zuordnung zu einem Bedarfsgrad gilt § 15 Abs. 1 entsprechend.

§ 16 Verordnungsermächtigung

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zur Bewertung des Grades der Beeinträchtigung in den einzelnen in § 14 Abs. 2 aufgeführten Teilbereichen im Rahmen der nach § 18 durchzuführenden Begutachtung zu erlassen.

[52] Die in Abs. 1 aufgeführten Gesamtpunktwerte entsprechen dem Vorschlag der Ausgangsvariante 1A aus der Hauptphase 1, vgl. Abschlussbericht Hauptphase 1, 2008, S. 85.

Anlage 3 Positionspapiere der Beiratsmitglieder

1. Stellungnahme der Aktion Psychisch Kranke e.V. vom 31. Oktober 2008

Die Aktion Psychisch Kranke (APK) begrüßt die Ergebnisse, weil der Ansatz (Grad der Abhängigkeit von personaler Hilfe bei eingeschränkter Selbständigkeit) und die Kriterien (Module) sowie das Begutachtungsverfahren grundlegend besser als das Verfahren nach § 14 SGB XI geeignet sind, den Pflegebedarf von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen insbesondere mit Demenz zu erfassen. Der bisherige, vom abschließenden Katalog von körperlichen Verrichtungen abgeleitete Pflegebedarf berücksichtigt die durch psychische Beeinträchtigungen bewirkten Einschränkungen der selbständigen Alltagsbewältigung völlig unzureichend, und die ergänzende Einführung von „erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf" in §§ 45 a & b SGB XI bringt keinen systematische Ausgleich der bisherigen Gerechtigkeitslücke.

Die APK setzt große Hoffnungen in das neue Verfahren und die noch zu treffenden Entscheidungen, dass damit die bisherige Benachteiligung dieser Zielgruppe im Vergleich zu Menschen mit körperlichem Pflegebedarf ausgeglichen wird.

Der Vergleich der Ergebnisse nach altem und neuem Verfahren lässt erkennen, dass Personen mit psychischen Beeinträchtigungen, die nach bisherigem Verfahren Pflegestufe 0 oder 1 erhielten, nach dem neuen Verfahren zum Teil höheren Stufen zugeordnet wurden, das neue Verfahren also besser geeignet, Pflegebedarfen von psychisch beeinträchtigten Menschen abzubilden.

Das vorgesehene Verfahren hat sich zur Bestimmung der Pflegestufe, aus der entsprechende Pauschalbeträge folgen, nach wissenschaftlichen Erkenntnissen bewährt, ersetzt aber nicht eine Bedürfnis- und bedarfsorientierte Pflege- bzw. Hilfe-Planung. Letztere gehen von den Zielen und Gewohnheiten der Person in ihrem Lebenskontext aus, berücksichtigen Motivation, Ressourcen, Belastbarkeit sowie Unterstützung im sozialen Umfeld, und pla-

nen/vereinbaren davon ausgehend mit der betroffenen Person/ihrer rechtlichen Vertretung und ggf. Angehörigen das individuelle Vorgehen im Rahmen des Pflegeprozesses.

Die meisten Menschen wollen zu Hause leben und sterben. Zur Stärkung des Wunsch- und Wahlrechts der Nutzer empfehlen wir, die finanzielle Benachteiligung bei individuellen Problemlösungen in eigener Häuslichkeit im Vergleich zu institutionellen Lösungen auszugleichen und dazu den finanziellen Zuschusswert der Pflegestufen unabhängig von Art und Ort der Leistungserbringung festzusetzen. Dies ermöglicht auch die Einbeziehung des SGB XI-Zuschusses in ein persönliches Pflegebudget und erleichtert die Verknüpfung mit Leistungen zur Teilhabe.

Die Teilhabeorientierung der Pflege wird begrüßt. Der Hilfebedarf nach Modul 7 und 8 war bisher somatisch definiert, künftig wird er sozial definiert. Damit wird der ICF-Systematik entsprochen, ohne dass ein gesonderter Hilfebedarf zum Leben in der Gemeinschaft in Frage gestellt wird, der sich durch die überwiegende Zielbestimmung unterscheidet. Das erfordert dann, auch den Schutz der Menschen, die in eigener Häuslichkeit mit Leistungen aus der Pflegeversicherung leben, zu verbessern.

Der hoch einzuschätzende Wert der bisher vorgelegten Ergebnisse wird nicht in Frage gestellt durch Hinweis auf folgende Bereiche mit Optimierungsbedarf oder offene Fragen z. B.:
Weitere Qualifizierung der Gutachter kann zur Verschiebung der Ergebnisse führen.
Die bisher auch ins neue Begutachtungsverfahren eingegangenen Personen haben ihren Antrag in Kenntnis des bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gestellt. Z. Zt. schwer abschätzbar ist ein eventueller Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen Personen und deren Pflegestufen, wenn in der Bevölkerung den neuen Pflegebedüftigkeitsbegriff zur Grundlage für Anträge macht.

Die Folgekosten-Abschätzung muss verschiedene Bereiche berücksichtigen, zwischen denen Wechselwirkungen bestehen. Diese verschiedenen Bereiche erfordern teils politische Entscheidungen und teils die Beobachtung von Entwicklungstrends. Angesichts dieser Komplexität empfehlen wir, dem Grunde nach die weitere empirische Begleitung als Grundlage für informierte Entscheidungen in Schritten eines längeren Umsetzungsprozesses vorzusehen, im Prinzip also ein „lernendes System“.

2. Thesen der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen zum neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit und zum neuen Begutachtungsinstrument unter dem Gesichtspunkt der „Konvergenz zum Rehabilitations- und Teilhaberecht des SGB IX“ vom 19. Januar 2009

Allgemeines

Der Paradigmenwechsel des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) besteht insbesondere darin, dass sich der behinderte Mensch im deutschen Rechtsgefüge nicht mehr durch das Vorliegen und die Schwere einer Krankheit oder Behinderung, sondern über die dadurch verursachten Folgen, nämlich die Art und das Ausmaß der Beeinträchtigung seiner Teilhabe am Leben in der Gesellschaft definiert. Dies gilt in gleicher Weise auch für die Pflegebedürftigkeit. Pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen sind deshalb bereits seit dem 1.7.2001 grundsätzlich auch behinderte Menschen im Sinne des § 2 SGB IX, auf die die Bestimmungen des SGB IX fast vollständig Anwendung finden.

Das SGB IX ist in ähnlicher Weise bereichsübergreifend wirksam, wie die Regelungen des Ersten, Vierten und Zehnten Buches Sozialgesetzbuch und damit im Bereich aller sozialen Leistungsgesetze unmittelbar zu beachten, es sei denn diese spezifischen Gesetze enthielten abweichende Bestimmungen. Die sozialrechtsübergreifende Wirksamkeit des SGB IX ist zugleich ein Hinweis darauf, dass Krankheit, Pflege und Behinderung Teilaspekte des übergreifenden Anspruchs auf Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sind. Die Leistungen zur Pflege und die zur Teilhabe und Rehabilitation haben gemeinsam das Ziel der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern.

Zur Klarstellung der danach geltenden Rechtslage für pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen hat die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderte Menschen schon im Dezember 2006 „Empfehlungen für eine teilhabeorientierte Pflege“ vorgelegt.

Bei der Entwicklung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs müssen daher die Bestimmungen des SGB IX als übergreifendes Recht beachtet werden.

Das SGB IX regelt, welche Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe chronisch kranke, pflegebedürftige und behinderte Menschen im Sinne seines § 2 beanspruchen können, orientiert diese Leistungen an Teilhabezielen, verpflichtet die Rehabilitationsträger zur die Feststellung des individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs sowie zur Gestaltung und Ausführung der Leistungen und gibt differenzierte Rahmenbestimmungen für das Verwaltungs-, Leistungs- und Leistungserbringungsverfahren vor.

Hinsichtlich der Rehabilitations- und Teilhabeleistungen pflegebedürftiger Menschen besteht daher insbesondere ein Regelungsbedarf zur Herstellung von Konvergenz der Sozialgesetzbücher V, IX, XI und XII.

Ein Kernziel des SGB IX war und ist die Beseitigung und Vermeidung von Schnittstellen im gegliederten System sowie die Gewährleistung der Konvergenz der gesetzlichen Bestimmungen und der Leistungen sowie der Kooperation und Koordination der Leistungsträger einschließlich ihrer Verwaltungsverfahren. Wird diesen Maßstäben in den spezifischen Sozialgesetzbüchern nicht hinreichend Rechnung getragen, besteht die Gefahr, dass sich das Rehabilitations- und Teilhaberecht erneut auseinander entwickelt und sich die Lebenssituation chronisch kranker, pflegebedürftiger und behinderter Menschen verschlechtert.

Diese notwendige Verzahnung wird am Beispiel der neuen Leistungsform Persönliches Budget sehr deutlich. Mit dem Persönlichen Budget ist ein Instrument geschaffen worden, das einen grundlegenden Wandel bei der Pflege und Betreuung von behinderten Menschen eingeleitet hat: Es trägt dem Prinzip größtmöglicher Selbstbestimmung Rechnung und verfolgt das Ziel, Menschen mit Behinderungen genau die Unterstützung zukommen zu lassen, die sie benötigen, um aktiv an der Gesellschaft teilzuhaben. Insbesondere im Rahmen dieses Instruments muss der Teilhabe- und der Pflegebedarf so erhoben werden können, dass alle Bedarfe festgestellt und von den beteiligten Leistungsträgern insgesamt abgedeckt werden.

Die vorliegenden Thesen sollen bewirken:

- die durchgängige Orientierung des Leistungsgeschehens an individuellen Lebenssituationen, Ressourcen und Bedarfslagen,
- die konsequente Ausrichtung von Verwaltungshandeln und -verfahren aller zuständigen Träger an die Bedarfe behinderter und pflegebedürftiger Menschen.

Thesen:

1. Behinderte Menschen mit Pflegebedarf haben einerseits Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI), andererseits Anspruch auf Teilhabeleistungen nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX).

2. Insbesondere im Rahmen des Persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX (aber nicht nur dort) muss der Teilhabe- und der Pflegebedarf so erhoben werden können, dass alle Bedarfe festgestellt und von den beteiligten Leistungsträgern insgesamt abgedeckt werden.

3. Der Teilhabebedarf muss von den Trägern der Leistungen zur Teilhabe funktionsbezogen und ganzheitlich festgestellt werden (§ 10 SGB IX). Das Instrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss mit diesem Verfahren vollständig kompatibel sein.

4. Im Ergebnis muss der behinderte Mensch die nach dem individuellen Pflege- und Teilhabebedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft funktionsbezogen festgestellt und so ausgeführt werden, dass sie nahtlos ineinander greifen. Dazu sind die Träger der Pflegeversicherung als Rehabilitationsträger in das Neunte Buch Sozialgesetzbuch aufzunehmen.

5. Der Umstand, dass bestimmte kommunikative und kognitive Bedarfe im Rahmen des Pflege-Assessments stärker berücksichtigt werden, darf nicht dazu führen, dass bestehende nicht gedeckte Bedarfe in diesem Bereicht zukünftig von der Eingliederungshilfe nicht mehr übernommen werden.

6. Die gesetzlichen Definitionen von Pflegebedürftigkeit einerseits und Behinderung andererseits dürfen keine ausgrenzende Entweder-Oder-Wirkung entfalten.

7. Das SGB IX hat ein für alle Rehabilitationsträger verbindliches Bezugssystem geschaffen. Damit ist z. B. unter medizinischer Rehabilitation immer der teilhabeorientierte Begriff der §§ 26ff. SGB IX zu verstehen. Wenn im Rahmen eines Pflege-Assessments auch der Bedarf an medizinischer Rehabilitation erhoben wird (oder Vorstufen davon), so kann und darf dieses umfassende Verständnis nicht eingeengt werden. Entsprechende Richtlinien

einzelner Leistungsträger sind daher als Bezugsrahmen nicht geeignet, da sie den dem geltenden umfassenden Leistungsanspruch zum Teil nicht entsprechen.

8. Die Abgrenzung zwischen Pflege und Eingliederungshilfe sollte aus beiden Perspektiven unter Einbeziehung von Wissenschaftlern der beteiligten Disziplinen erörtert und dafür einen Beirat zur Teilhabe etabliert werden.

3. Positionen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege zur Entwicklung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsverfahrens vom 07. Januar 2009

0. Vorbemerkung

Bei der hier vorliegenden Positionierung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege zur Entwicklung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsverfahrens kann auch zu diesem Zeitpunkt nur eine vorläufige Positionierung vorgenommen werden, da weiterhin die Ergebnisse der sogenannten Rothgangstudie zu den Auswirkungen des neuen Begutachtungsverfahrens u. a. zur zukünftigen Leistungsberechtigung von Menschen mit Behinderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe noch nicht vorliegen.

1. Das neue Begutachtungsverfahren

1.1 Das neue Begutachtungsverfahren hat eine hohe inhaltliche Gültigkeit (Validität)

Nach sozialwissenschaftlicher Definition fragt man mit dem Kriterium „Gültigkeit“ (Validität) danach, ob ein Verfahren das misst, was es zu messen vorgibt. Das neue Begutachtungsverfahren, das derzeit erprobt wird und sich in einer Phase der sozialwissenschaftlichen Instrumentenentwicklung befindet, erweist sich nach den bis heute vorliegenden Berichten der derzeitigen Begutachtungspraxis inhaltlich weit überlegen. Es beruht auf einer theoretisch gesicherten Begriffserklärung und -ableitung. Die einzelnen Items und Module, die Einschätzungsvorgaben, die Skalen und Abstufungen sind inhaltlich begründet, logisch und nachvollziehbar und somit ist die Basis für die Gültigkeit (Validität) des Instruments gegeben. Das Konstrukt „Pflegebedürftigkeit“, das mit diesem Instrument abgebildet wird, entspricht somit den heutigen fachlichen Vorstellungen.

1.2 Die Objektivität und Zuverlässigkeit des neuen Begutachtungsverfahrens muss dringend verbessert werden.

Bei den Kriterien Objektivität und Zuverlässigkeit (Reliabilität) fragt man, ob das Verfahren die „wahre“ Pflegebedürftigkeit einer Person misst und zwar unabhängig von der Person des Begutachters und unabhängig von den Rahmenbedingungen, in der das Verfahren durchgeführt wird.

Die Ergebnisse der Untersuchungen zur Instrumentenentwicklung lassen den Schluss zu, dass einzelne Items und die Durchführungsanweisung und -schulung verbessert werden muss. Die statistischen Kennwerte für die Zuverlässigkeit sind für ein Verfahren ungenügend, das die Grundlage für die Zuerkennung von sozialrechtlich begründeten Leistungsansprüchen ist. Da Objektivität und Zuverlässigkeit die Voraussetzung für die Gültigkeit sind, bedarf es insbesondere in den Modulen drei, fünf und sieben sowie bei den besonderen Bedarfskonstellationen dringend einer Nachbesserung. Auch sollte das Instrument nochmals hinsichtlich seiner Anwendbarkeit bei Kindern und seiner Aussagekraft zum Rehabilitationsbedarf optimiert werden. Es wäre äußert beklagenswert, wenn die inhaltlich begründeten, so vielversprechenden Werte für die Gültigkeit durch mangelnde Zuverlässigkeit des Instruments in Frage gestellt werden.

2. Die Auswirkungen des neuen Konstrukts „Pflegebedürftigkeit“ auf die Leistungen der Pflegeversicherung anderer Sozialleistungssysteme

2.1 Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff erweitert die Gruppe der anspruchsberechtigten Personen

Das neue Begutachtungsverfahren hat als Grundlage einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der nicht mehr allein somatisch ausgerichtet ist. Auch der allgemeine Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf und die Schwierigkeiten der Alltagsbewältigung durch kognitive, kommunikative und psychische Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen werden einbezogen. Dadurch werden Menschen als pflegebedürftig eingeschätzt, die bisher nicht berücksichtigt wurden. Besonders Menschen mit so genannter eingeschränkter Alltagskompetenz haben die Aussicht, nach dem neuen Verfahren in die Gruppe der Anspruchsberechtigten aufgenommen zu werden. Wenn dieser Personengruppe daraus auch ein Anspruch auf angemessene Leistung erwächst, sind die Forderungen erfüllt, für die sich die Wohlfahrtsverbände schon seit der Einführung der Pflegeversicherung eingesetzt haben.

2.2 Erfordernisse an eine leistungsrechtliche Umsetzung

Das neue Begutachtungsverfahren verändert und erweitert die Personengruppe der Anspruchsberechtigten. Nach den in Auftrag gegebenen Berechnungen würde diese Erweiterung eine Leistungsausdehnung bewirken, die erhebliche Auswirkungen auf den Beitragssatz der Pflegeversicherung hätte. Es bieten sich unserer Ansicht nach verschiedene Optionen zur Lösung der Problematik an:

- Erhöhung der Beitragssätze für die Pflegeversicherung
- veränderte Zugangsmöglichkeiten
- veränderte Spreizungen zwischen den Pflegestufen

Zur Lösung der Problematik bedarf es eines intensiven gesellschaftlichen Diskurses und Verständigungsprozesses und entsprechender politischer Entscheidungen. Die Verteilung der Zuordnung zu Pflegestufen nach dem heutigen Begutachtungsverfahren ist nicht vergleichbar mit der Verteilung des Grads der Abhängigkeit von personaler Unterstützung nach dem neuen Verfahren. Darum kann dieser erforderliche Diskurs nicht auf der Grundlage der bisherigen Untersuchungsergebnisse stattfinden. Dazu müssen durch neue einschlägige wissenschaftliche Untersuchungen Szenarien aufbereitet werden, um gültiges Datenmaterial und fundierte Berechnungen für begründete Entscheidungen zur Verfügung zu stellen.

2.3 Die schon erreichte Verbesserung für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz muss erhalten bleiben.

Bei der Neuausrichtung und Verteilung der Leistungssätze müssen die Leistungsverbesserungen aus dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz nach §§ 45a ff SGB XI und § 87b SGB XI erhalten bleiben. Hinter diese Reform darf auch die Neukonstruktion des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht zurück fallen.

2.4 Keine Kürzungen der Häuslichen Krankenpflege nach SGB V

Das Modul 5 „Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ weist Überschneidungen mit der ärztlich verordneten häuslichen Krankenpflege auf. So wird der personale Hilfebedarf bei Leistungen, die im Leistungskatalog der häuslichen Kranken-

pflege enthalten sind, auch einstufungsrelevant für die Pflegeversicherung. Dies darf nicht dazu führen, dass der Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege, häuslichen psychiatrischen Krankenpflege und Soziotherapie sowie der ambulanten Palliativversorgung eingeschränkt wird. Insofern muss im Pflegebedürftigkeitsbegriff klar gestellt werden, dass die Leistungen nach §§ 37 sowie 37a und b SGB V unberührt bleiben.

2.5 Hilfebedarfe im Bereich der Haushaltsführung

Die Konstrukteure des neuen Begutachtungsverfahrens betonen immer wieder, dass sich die Nichtberücksichtigung der hauswirtschaftlichen Versorgung/Haushaltsführung bei der Begutachtung nicht auf den Leistungsbezug auswirken wird. Bekanntlich sind Einschränkungen in der Haushaltsführung die ersten Zeichen für die Abhängigkeit von personeller Hilfe. Darum muss gewährleistet werden, dass Leistungen der Pflegeversicherung weiterhin den Unterstützungsbedarf bei der Haushaltsführung berücksichtigen bzw. Leistungsbestandteil der Pflegeversicherung bleiben, auch wenn die Begutachtung diesen Bereich nicht abfragt.

2.6 Bedarfsdeckung im SGB XII im Bereich der Pflege

Die im gegenwärtigen § 62 SGB XII festgeschriebene Bindungswirkung des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch muss auch nach Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes erhalten bleiben. Die Regelung des gegenwärtigen § 61 Abs. 1 SGB XII, dass die Hilfe zur Pflege auch Kranken und behinderten Menschen zu leisten ist, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen oder einen geringeren Bedarf als nach § 61 Abs.1 Satz 1 haben oder die der Hilfe für andere Verrichtungen bedürfen, und die im SGB XII festgeschriebene Bedarfsdeckung müssen auch nach Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes erhalten bleiben.

3. Trägerübergreifende Verwendung des neuen Begutachtungsverfahrens

3.1 Das Verfahren ist nur modifiziert oder als Teil eines erweiterten Verfahrens für andere Leistungsgesetze verwendbar

Das neue Begutachtungsverfahren kann durch den verfolgten Ansatz nicht dazu verwendet werden, den Hilfe-, Teilhabe-, Rehabilitations- und Pflegebedarf zur Ermittlung des An-

spruchs und der Leistungshöhe für verschiedene Personengruppen zu bestimmen. Dem steht nicht entgegen, dass das Verfahren in das Assessment für andere Leistungstatbestände einbezogen wird.

3.2 Teilhabebedarf nach SGB IX und / oder SGB XII

In der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen gibt es nach Bundesländern und teilweise nach zuständigen Sozialhilfeträgern unterschiedliche Verfahren der Ermittlung und Feststellung des so genannten Hilfebedarfs. Ein transparentes und vergleichbares Verfahren gibt es nicht und somit ist für manche Akteure in der Behindertenhilfe und Psychiatrie das Interesse an einem solchen Verfahren groß, wie es jetzt für den Pflegebedürftigkeitsbegriff erarbeitet wird. Die im Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. zusammengeschlossenen Akteure haben sich nach einer Veranstaltung im Frühjahr darauf geeinigt, dass man nicht ein einheitliches Verfahren kreieren, sondern dass man sich auf gemeinsame, empirisch überprüfbare Kriterien einigen wolle, mit denen vorhandene oder noch zu entwickelnde Verfahren auf ihre Tauglichkeit überprüft werden können.

Erst wenn man sich auf Kriterien wie Überprüfbarkeit, Transparenz, sozialwissenschaftliche Gütekriterien (Objektivität, Zuverlässigkeit und Gültigkeit des Verfahrens), Personorientierung, angemessene Beteiligung des Antragstellers einigen wird, ist auch das neue Begutachtungsverfahren für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sinnvoll anwendbar. Folgende Klarstellungen müssen dieser Aussage jedoch vorangestellt werden:

(1) Das neue Begutachtungsverfahren repräsentiert das Konstrukt „Pflegebedürftigkeit“ und nicht das Konstrukt „Teilhabebedürftigkeit“.

(2) Wie alle anderen Instrumente zur Ermittlung des Hilfe- oder Teilhabebedarfs kann auch das neue Begutachtungsverfahren nur eine Grundlage für die Verhandlung und Vereinbarung über den individuellen Bedarf und die daraus folgende Leistung des Antragstellers sein. Es gibt keinen unmittelbaren Zusammenhang zwischen Punktwerten, die sich aus der Begutachtung ergeben, und den in Fachleistungsstunden oder in Geld zu definierenden Leistungen.

4. Teilhabeorientierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und das Abgrenzungsproblem zur Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach SGB XII

4.1 Selbstbestimmte, chancengerechte Teilhabe ist auch für pflegebedürftige Menschen ein Handlung leitendes Prinzip

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsverfahren enthalten Elemente der Teilhabeorientierung. Insofern das Prinzip der selbstbestimmten und chancengerechten Teilhabe ein Grundprinzip des Sozialstaates ist, ist diese neue Sichtweise vorbehaltlos zu unterstützen.

4.2. Die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen wird von einer teilhabeorientierten Pflege weder ersetzt noch ist sie eine bloß ergänzende Leistung zur Pflegeleistung

Bei der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen steht die Befähigung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und am Arbeitsleben im Vordergrund. Sie sind eigenständige Leistungen, die von einem erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff unberührt bleiben müssen.

5. Stellungnahme zu den Empfehlungen im Kapitel 3 des Berichtes des Beirats

5.1 Auswirkungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf andere Sozialleistungssysteme

Die Verbände der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege legen Wert auf die Feststellung, dass sie die Position der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe nicht mit trägt, auch wenn diese Position als Anlage im Bericht des Beirats für die Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs beigefügt werden sollte.

5.2 Finanzielle Auswirkungen

Voll unterstützt wird die Forderung, dass das neue Begutachtungsverfahren nicht als Instrument zur Leistungskürzung genutzt werden darf. Richtig ist auch, dass die vorgelegten Rechenbeispiele in keiner Weise geeignet sind, jetzt Prognosen über Kostensteigerungen vorzulegen. Es fehlt jedoch eine Forderung, die hier schon unter 2.2 formuliert wurde: Es ist ein neuer Auftrag an ein wissenschaftliches Institut erforderlich, damit neue Berechnungen angestellt und unterschiedliche Szenarien auf der Grundlage der Daten entwickelt werden, die in

der 1. Hauptuntersuchung erhoben worden sind. Dabei sollten auch Szenarien zur Diskussion gestellt werden, die eine andere Verteilung der bisherigen Leistungssätze vorschlagen.

4. Positionen der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger vom 18. Dezember 2008

1. Beratungsverlauf und –stand

Die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, dem ein neues und umfassendes Verständnis von Pflegebedürftigkeit zu Grunde liegt, ist aus Sicht der Sozialleistungsträger ein wichtiger Schritt in der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Sie stehen daher dem Vorhaben, den Pflegedürftigkeitsbegriff des SGB XI den neuen Erkenntnissen der Pflegewissenschaft anzupassen und hierfür ein neues Begutachtungsverfahren einzuführen, aufgeschlossen gegenüber.

Allerdings hat die leistungsrechtliche Umsetzung eines neuen und umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs direkte Auswirkungen. Dies trifft besonders auf andere Sozialleistungsbereiche und dort insbesondere auf die Leistungen nach dem SGB XII, vor allem im Verhältnis zur Eingliederungshilfe und zur Hilfe zur Pflege zu. Diese sowie neue Schnittstellen zwischen den verschiedenen Leistungen sind erst im Laufe der Beratungen im Beirat in die Überlegungen einbezogen worden und auf Initiative des Beirats in einem Workshop und danach in den zuständigen Gremien des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. diskutiert worden.

Die dort geführten Diskussionen zur Abgrenzung der Begriffe und Leistungen in der Eingliederungshilfe und in der Pflege in einem neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit verdeutlichte die vielen ungelösten Fragestellungen. Das zu dieser Thematik vom Deutschen Verein beschlossene Diskussionspapier vom 1.10.2008 zeigt zwar verschiedene Lösungsansätze auf, ohne jedoch einen abschließenden und konsensfähigen Weg der Neuausrichtung und streitfreien Gestaltung der unterschiedlichen Rechtsgebiete vorzuschlagen. Es stellt aber heraus, dass Überlegungen zur Weiterentwicklung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit unmittelbar die Stellung und Bedeutung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII berühren.

Eine besondere Schwierigkeit liegt in dem Fehlen eines Gesamtkonzepts der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen, wie es in der Koalitionsvereinbarung zwischen CDU, CSU und SPD vom 11.11.2005 vereinbart war (Zeile 4203 f.).

Durch die enge Verzahnung und durch die vielen Berührungspunkte der Leistungen nach dem SGB XI und dem SGB XII ist ein solches Gesamtkonzept aus Sicht vieler Mitglieder des Beirats unverzichtbar (s. auch Nr.3).

Vor diesem Hintergrund wird begrüßt, dass in einem weiteren Projekt auch die Wirkungen eines neuen Pflegeassessments auf die Behindertenhilfe und die Geeignetheit dieses Verfahrens für den Personenkreis, der heute Eingliederungshilfeleistungen nach dem SGB XII, in der Regel aber noch keine Pflegeleistungen nach dem SGB XI erhält, geprüft wurde. Die Ergebnisse müssen noch ausgewertet und bei den weiteren Überlegungen im Rahmen eines Gesamtkonzepts berücksichtigt werden.

2. Das Verhältnis der Leistungen nach dem SGB XI und SGB XII

Der unterschiedliche Rechtscharakter der Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern XI und XII - Sozialversicherungsrecht im SGB XI einerseits, Fürsorgerecht im SGB XII andererseits – beinhaltet bereits ein Vorrang-/Nachrangverhältnis. Bürger haben bei Vorliegen der Voraussetzungen zunächst immer einen Rechtsanspruch auf Leistungen, die sie durch Beitragszahlungen erworben haben, hier also auf die Leistungen der Pflegeversicherung. Diese dürfen ihnen unter Hinweis auf Fürsorgeleistungen des Staates nicht versagt werden, weil dem Fürsorgerecht das Bedürftigkeitsprinzip zugrunde liegt.

Waren die Leistungen der Eingliederungshilfe bis zur Einführung der Pflegeversicherung weitgehend schnittstellenfrei zu anderen Sozialleistungen, brachte das Dazwischentreten der Pflegeversicherung ab 1995 systembedingte Änderungen mit sich, weil nunmehr allein schon wegen der unterschiedlichen Kostenträgerschaft eine Abgrenzung erforderlich wurde. Diese erfolgte zunächst in Orientierung an den Leistungsort, denn in nicht zugelassenen Einrichtungen der Behindertenhilfe gibt es nicht die Leistungen der vollstationären Pflege nach § 43 SGB XI, Dazu wurde in § 71 Abs. 4 SGB XI geregelt, dass Einrichtungen der Behindertenhilfe keine Pflegeeinrichtungen sind. Zugleich wurde bestimmt, dass notwendige Hilfe in diesen Einrichtungen einschließlich der Pflegeleistungen zu gewähren ist (§ 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI). Eine eingeschränkte finanzielle Leistung der behinderten und gleichzeitig pflegebedürftigen Menschen erfolgt jedoch über § 43 a SGB XI, auch wenn hier immer wieder kritisiert wurde, dass behinderte Menschen so trotz eines grundsätzlichen Anspruchs bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung benachteiligt würden.

Im Verhältnis der Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII zu den Leistungen der Pflegeversicherung nach dem SGB XI ist die Abgrenzung der Leistungen heute weitgehend unproblematisch, denn die pauschalen und im Umfang begrenzten Leistungen der Pflegeversicherung werden für einen genau definierten Teil des Pflegebedarfs pflegebedürftiger Menschen geleistet; der übrige von der Pflegeversicherung nicht umfasste Pflegebedarf (ergänzende Leistungen und erweiterter Pflegebedürftigkeitsbegriff) fällt in die Eigenverantwortung der betroffenen Pflegebedürftigen; im Falle von Bedürftigkeit nach den Bestimmungen des SGB XII besteht ein Anspruch auf Leistungen der Sozialhilfe.

Damit bestand weitgehend kein besonderes rechtliches oder praktisches Bedürfnis nach einer inhaltlichen Abgrenzung von Eingliederungshilfe bzw. Hilfe zur Pflege und Pflegeversicherungsleistungen.

3. Paradigmenwechsel

Mit dem Inkrafttreten des SGB IX im Jahre 2001 ist ein Paradigmenwechsel eingetreten, der auch entscheidenden Einfluss auf die Belange pflegebedürftiger Menschen hat. Pflege und Behinderung stehen seitdem noch mehr in einer engen rechtlichen und tatsächlichen Beziehung. Pflegebedürftige Menschen sind spätestens seit der Neudefinition des Behinderungsbegriffs (§ 2 SGB IX) grundsätzlich auch behinderte Menschen, nicht jeder behinderte Mensch ist aber nach geltendem Recht auch pflegebedürftig. Pflegebedürftigkeit ist demzufolge und auch nach fachwissenschaftlichem und sozialrechtlichem Verständnis eine Teilmenge von Behinderung. Es bestehen aber auch eine Reihe von Lebenslagen, in denen eine Behinderung ohne das Merkmal der Pflegebedürftigkeit besteht. Der Personenkreis behinderter und zugleich pflegebedürftiger Menschen wird sich um so mehr vergrößern, je umfassender die Pflegebedürftigkeit definiert ist.

Dies hat zwangsläufig zur Folge, dass auch das Pflegeversicherungsrecht in das übergreifende Recht des SGB IX eingebunden sein muss. Nur dann kann erreicht werden, dass der Teilhabe- und Pflegebedarf so erhoben werden kann, dass alle Bedarfe festgestellt, von allen beteiligten Leistungsträgern insgesamt abgedeckt werden und nahtlos ineinander greifen.

Ein zweiter wesentlicher Paradigmenwechsel besteht in der von einer breiten Fachöffentlichkeit – so auch von der 85. ASMK getragenen – Forderung des Wechsels von der objekt- zur subjektbezogenen Förderung. Der damit verbundene Ansatz der personenzentrierten Leistungen ist in einem Gesamtkontext zu sehen und kann nur wirksam greifen, wenn er nicht isoliert in einem Rechtsgebiet (dem SGB XII) eingeführt und umgesetzt wird. Für behinderte und pflegebedürftige Menschen würde dies bedeuten, dass ihr Anspruch auf Leistungen unabhängig von der Frage besteht, an welchem Ort die jeweilige Leistung erbracht werden muss. Die Bindung der Pflegeleistungen an den Pflegeort bzw. an Zulassungsverfahren wäre dann systemfremd und würde zu unüberwindbaren praktischen Problemen führen.

Bei der Beratung über die leistungsrechtliche Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes sind diese Aspekte unverzichtbar zu berücksichtigen, was in den bisherigen Beratungen des Beirats jedoch nicht geschehen ist.

4. Erwartungen an einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff

Ein erweiterter Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI muss die geweckten Erwartungen erfüllen. Es erscheint nicht vermittelbar, einen weiten Begriff der Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung einzuführen, der verschiedenste Lebensbereiche umfasst, ohne jedoch Leistungen für diese Bedürfnisse vorzusehen. Die Ausgestaltung des Pflegeversicherungsrechts als sog. Teilkaskoversicherung birgt jedoch genau die Gefahr, dass die Pflegeversicherung die durch die Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs erweckten Erwartungen nicht erfüllen kann, sodass die Betroffenen einen Teil des durch die Begutachtung offenkundig gewordenen Bedarfs aus eigenen Mitteln abzusichern haben bzw. auf andere Sozialleistungsbereiche verwiesen werden, die jedoch eigene Anspruchsvoraussetzungen haben und diese auch in eigener Zuständigkeit prüfen. Besonders deutlich wird dies bei der Sozialhilfe, die als unterstes Netz der sozialen Sicherung hier eine Auffangfunktion inne hat.

Vor diesem Hintergrund wird gefordert, dass auch die Sozialhilfe durch die Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht mehr als heute finanziell belastet wird, wie dies auch für die Pflegeversicherung gefordert wird. Bei gleichbleibendem Leistungsvolumen in der Pflegeversicherung besteht die Befürchtung, dass eventuelle Leistungsausweitungen im Bereich der demenziell erkrankten Menschen mit Leistungseinsparungen in anderen Bereichen einhergehen, die wiederum von der Sozialhilfe aufgefangen werden müssten. Die Annahme, durch

eine eventuelle Einbeziehung von Personen mit der sog. Pflegestufe 0 könnten Kosteneinsparungen bei den Trägern der Sozialhilfe realisiert werden, müsste daher durch Gegenrechnung der Mehrausgaben bei den übrigen Pflegebedürftigen geprüft werden.

In der weiteren Diskussion wäre die Frage zu klären, wie angesichts eines erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der von einem teilhabeorientierten Ansatz ausgeht, das Verhältnis und damit die Schnittstelle zur Eingliederungshilfe und zur Hilfe zur Pflege so beschrieben werden kann, dass auch künftig eine klare und möglichst streitfreie Rechtsanwendung möglich ist.

Dabei ist das Problem zu überwinden, dass die im Fürsorgerecht verankerten Leistungen der Eingliederungshilfe als Teilhabeleistungen nach dem SGB IX gegenüber den Versicherungsleistungen nachrangig sind, im Leistungsgeschehen jedoch die Teilhabeleistungen umfassend sind, wobei die Pflegeleistungen lediglich einen Teil oder eine Ergänzung der Teilhabeleistungen darstellen. Aufgabenstellung und Ziele der Teilhabe (§§ 10 SGB I und 4 SGB IX) überlagern nämlich die in § 14 Abs. 3 SGB XI umschriebene Zielsetzung der Pflege - auch unter dem Blickwinkel eines neuen erweiterten Pflegebegriffs. Der bisher beschrittene Weg, beide Leistungen gleichrangig zu stellen, löst die Probleme gerade nicht.

Eine Lösung könnte darin bestehen, dass die Pflegeversicherung ihre Leistungen als Teil der zu erbringenden bedarfsgerechten Leistung als Geldleistung einbringt, unabhängig davon, an welchem Ort und in welcher Lebenslage sich die anspruchsberechtigte Person befindet.

Die Sozialhilfeträger sind nicht der Auffassung, dass ein neuer umfassender Pflegebegriff die Eingliederungshilfe entbehrlich macht bzw. so weit überlagert, dass bei vergleichbaren Lebenssituationen nur noch Hilfen zur Pflege bereitgestellt werden müssen. Denn der Ansatz der Eingliederungshilfe, einen behinderten Menschen an der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu befähigen, ist ein anderer als der der Pflege. Diese ist auch bei einem neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit primär darauf ausgerichtet, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten (§ 2 Abs. 1 Satz 2, § 28 Abs. 4 Satz 1 SGB XI).

Zu bedenken ist auch, dass Leistungen der Sozialhilfe für alle Hilfearten bedarfsdeckend zu erbringen sind, während die Pflegeversicherung als „Teilkaskoversicherung“ voraussichtlich auch zukünftig lediglich pauschale und in der Höhe begrenzte Leistungen gewähren kann.

Da aber bei einer Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI auch eine Neudefinition der Leistungsvoraussetzungen in der Hilfe zur Pflege erfolgen muss, werden künftig aller Voraussicht nach Teile der bisherigen Eingliederungshilfe in den Bereich der Hilfe zur Pflege fallen. Gerade für diese Bereiche ist wegen der unterschiedlichen Leistungsträger und Leistungssysteme eine trennscharfe Abgrenzung notwendig.

Wesentliche Voraussetzung einer abschließenden Bewertung ist auch die Festlegung der leistungsrechtlichen Folgen eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Derzeit ist noch offen, welche Leistungen aus welcher Einstufung folgen bzw. welcher Leistungsträger für welche Leistung zuständig sein wird. Vor einer Beantwortung dieser Frage sind auch die Schnittstellen nicht eindeutig feststellbar.

5. Das neue Begutachtungsverfahren (NBA) und seine Anwendung in der Behindertenhilfe und der Hilfe zur Pflege

Das NBA stellt eine wesentliche Verbesserung der bisherigen rein defizitär orientierten MDK-Begutachtung dar. Positiv wird bewertet, dass durch die Erfassung von Selbständigkeitsgraden eine grundsätzlich kompetenzorientierte Betrachtungsweise verfolgt wird. Auch ist positiv zu vermerken, dass sich dies neu entwickelte Verfahren an die Vorgehensweise und Checkliste der ICF anlehnt.

An die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird von verschiedenen Seiten die Hoffnung geknüpft, dass künftig eine einheitliche Erfassung des Hilfe- und Pflegebedarfs der Leistungsberechtigten möglich sein soll, um Doppelbegutachtungen und Mehrfachuntersuchungen zu vermeiden.

Es hat sich jedoch herausgestellt, dass das neue NBA schon aufgrund seiner vorrangigen Zielsetzung, die betroffenen Personen in Pflegestufen einzuteilen, nicht darauf angelegt ist, dass es auch den individuellen Hilfebedarf behinderter pflegebedürftiger Menschen, die Eingliede-

rungshilfeleistungen beantragen, vollständig abbildet. Die für eine individuelle Hilfeplanung notwendige Tiefe wird durch das NBA nicht erreicht.

Es erscheint aber grundsätzlich geeignet, zweckmäßige und hilfreiche Informationen für die Bedarfsfeststellung in der Eingliederungshilfe zu liefern. Dabei orientiert sich das NBA mit seiner modularen Struktur weitgehend an den Lebensbereichen/-feldern der ICF.

Eine über die Grundinformationen zur Bedarfsfeststellung in der Sozialhilfe hinausgehende Feststellung zu einem mehr oder weniger komplexen Bedarf wäre nur mit entsprechenden Ergänzungen des NBA möglich. So werden beispielsweise Kompetenzen und Ressourcen im Bereich der Fähigkeiten bei der Haushaltsführung oder Aktivitäten zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft nicht oder nicht ausreichend erfasst. Eine zielorientierte Hilfeplanung bedarf weiterer spezifischer Informationen, um eine längerfristige und qualitativ wie auch quantitativ sichere Aussage zum Bedarf im Einzelfall zuzulassen.

Außerdem sind für einzelne Gruppen von Leistungsberechtigten aufgrund spezifischer Problemlagen (z.B. bei Menschen mit besonderen oder auffälligen Verhaltensweisen) ergänzende Informationen erforderlich.

Über die Informationen aus dem NBA hinaus ist es notwendig, die für eine zielorientierte Hilfeplanung erforderlichen qualitativen Fragen, also die Ziele der Eingliederungshilfeleistung, ihre Wirksamkeit, die vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten, zu klären, da dies das NBA nicht leisten kann.

Das NBA liefert zwar in der vorliegenden Fassung gute Grundlagen und Basisinformationen für eine komplexe Teilhabeplanung. Weitere Informationen, die auch den Anforderungen an einen Gesamtplan nach § 58 SGB XII gerecht werden können, sind jedoch zusätzlich in geeigneter Form zu ermitteln.

Das NBA kann ebenfalls für die Hilfe zur Pflege und hier insbesondere für ambulante Leistungen den Hilfe- und Pflegebedarf nicht abschließend erfassen.

5. Strukturelle Wechselwirkungen auf andere Sozialleistungsbereiche

Die Wechselwirkungen auf andere Sozialleistungsbereiche, insbesondere den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, müssen in ein Gesamtkonzept einbezogen werden. Auch für diesen Sozialversicherungszweig muss der mit dem SGB IX eingeläutete, unter Nr. 3 beschriebene Paradigmenwechsel gelten. Auch hier sind die Leistungen in der Regel als Sachleistungen ausgestaltet und an die Institution der Leistungserbringer bzw. den Ort der Leistungserbringung gebunden. Die Neufassung des § 37 SGB V, in dem die strikte Bindung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege an die klassische Häuslichkeit gelockert wurde, ist ein erster Schritt in Richtung eines personenzentrierten Ansatzes. Würde dieser Weg in allen Sozialleistungsbereichen fortgesetzt, würde dies die Voraussetzungen für vernetzte und abgestimmte Leistungen im Sinne des SGB IX erheblich verbessern. In die Überlegungen einzubeziehen wären auch die Pflege nach dem Bundesversorgungsgesetz und nach dem Lastenausgleichsgesetz.

Im Bereich der Hilfsmittelversorgung könnte durch den erweiterten, auf Teilhabe ausgerichteten Pflegebedürftigkeitsbegriff eine neue Abgrenzungsproblematik entstehen, wenn als Folge der Rechtsänderung ein größerer Teil als bisher den Pflegehilfsmitteln zugeordnet würde, weil der Teilhabeaspekt auch in der Pflege stärkeres Gewicht erhält. Die Sozialhilfeträger wären hiervon aber nur am Rande betroffen.

Hingegen sind wesentliche Wechselwirkungen eines neuen erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf andere Teilhabeleistungen, wie die Frühförderung, die vorschulische und schulische Förderung, die berufliche Aus- und Fortbildung, die Teilhabe am Arbeitsleben – auch in Werkstätten für behinderte Menschen nach jetzigem Erkenntnisstand nicht erkennbar.

5. Positionspapier des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e.V. zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vom 24. Oktober 2008

Die mit der Einführung eines neuen Begriffes der Pflegebedürftigkeit verknüpfte Entwicklung und Erprobung eines neuen Begutachtungsinstrumentes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist mittlerweile weit vorangeschritten. Hintergrund der Entwicklung ist die zunehmende Diskussion darüber, ob der heutige Pflegebegriff und das heutige Begutachtungsverfahren geeignet sind, um Pflegebedürftigkeit so zu beschreiben und zu erfassen, dass auf dieser Grundlage auch die pflegerische Versorgung gerecht und dem heutigen Pflegeverständnis entsprechend dem tatsächlichen individuellen Bedarf möglich wird. Nach den bisherigen Erfahrungen mit der Erprobung des neuen Begutachtungsverfahrens darf wohl davon ausgegangen werden, dass auf dieser Grundlage eine weiterentwickelte Feststellung der individuellen Pflegebedürftigkeit möglich ist.

Besondere Konfliktfelder des aktuellen bisherigen Begutachtungsverfahrens und auch des Pflegebegriffs waren umschrieben mit dem sehr unglücklichen Begriff der sog. Minutenpflege, mit der einseitigen somatischen Ausrichtung bei gleichzeitiger Vernachlässigung des Bedarfes von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, der Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen Pflege- und Krankenversicherung und natürlich auch der Abgrenzung zwischen der Pflegeversicherung und z.B. der Eingliederungshilfe oder der Hilfe zur Pflege.

Aus Verbrauchersicht ist wohl zu berücksichtigen, ob und inwieweit das Begutachtungsverfahren nachvollziehbar ist und wie gut es auf diesem Hintergrund gelingt, zu einer eigenen Einschätzung einer angemessenen Einstufung zu erhalten. Insgesamt ist zu berücksichtigen, ob und inwieweit die finanziellen Auswirkungen einer Veränderung des Pflegebegriffs und des Begutachtungsverfahrens die Finanzierung der Pflegeversicherung im jetzigen Rahmen ermöglichen.

Die immer wieder auftauchende Diskussion um die sog. Minutenpflege hat häufig in Vergessenheit geraten lassen, in welch erheblichem Umfang eine finanzielle Entlastung sowohl der einzelnen pflegebedürftigen Menschen als auch der Sozialhilfeträger eingetreten ist. Solange

nicht geplant ist, den Teilleistungscharakter der Pflegeversicherung aufzugeben, wird es notwendig sein, die notwendigen Leistungen entsprechend der zeitlichen Notwendigkeit auch finanziell zu bewerten. Insofern steht aus unserer Sicht nicht zu erwarten, dass mit der Änderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs oder einem neuen Begutachtungsverfahren erreicht wird, dass irreführende Begriffe wie der der Minutenpflege künftig verhindert werden können. Wir betrachten solche Entwicklungen eher als Ausdruck des Wunsches nach einer umfänglichen Leistungsverpflichtung der Pflegeversicherung, ohne gleichzeitig auch die damit einhergehenden finanziellen Folgen eingehen zu wollen.

Ein besonderer Kritikpunkt war immer die einseitig somatische Ausrichtung bei gleichzeitiger Vernachlässigung des Bedarfes von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Wären hier keine politischen Entscheidungen erfolgt, würde dies tatsächlich für eine Veränderung sprechen. Zu prüfen ist aber, ob durch einen neuen Pflegebegriff in Verbindung mit einem neuen Begutachtungsinstrument eine angemessenere Berücksichtigung des Hilfebedarfs erfolgt, als dies heute mit dem Verfahren zur Feststellung des Hilfebedarfs bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz der Fall ist. Sofern hier keine nennenswerten Unterschiede festzustellen sind, muss zumindest festgehalten werden, dass mittlerweile nicht nur der jeweilige Bedarf erhoben wird, sondern in allen Leistungsbereichen auch deutlich bessere Leistungsansprüche gegeben sind. Problematisch könnte hier sogar werden, dass heute zusätzlich gewährte Leistungen (§ 45 b SGB XI, § 87 b SGB XI) künftig zumindest strittig sein könnten.

Die Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen Pflege- und Krankenversicherung wird auch in Zukunft möglichst eindeutig erfolgen müssen. Abgrenzungsschwierigkeiten haben immer wieder die Gerichte beschäftigt. Ein möglichst umfassender Pflegebegriff schafft tendenziell neue Abgrenzungsprobleme, wenn er sich von der Definition her nicht auf das politisch definierte Leistungsspektrum der Pflegeversicherung beschränkt. Insbesondere die Diskussion um die besondere Berücksichtigung der sog. krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen hat den Gesetzgeber im Rahmen des GKV-WSG zur notwendigen Klarstellung bewogen. Die Verbesserung der Situation durch die Berücksichtigung der krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen sowohl im SGB XI als auch im SGB V erscheint auch bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern besonders notwendig zu sein. Die Erweiterung des Pflegebegriffs darf nicht dazu führen, dass gleichzeitig die Leistungspflicht der Krankenversicherung reduziert wird. Dies würde die betroffenen Menschen finanziell erheblich belasten.

Die Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen Pflege- und Krankenversicherung wird auch in Zukunft möglichst eindeutig erfolgen müssen. Abgrenzungsschwierigkeiten haben immer wieder die Gerichte beschäftigt. Ein möglichst umfassender Pflegebegriff schafft tendenziell neue Abgrenzungsprobleme, wenn er sich von der Definition her nicht auf das politisch definierte Leistungsspektrum der Pflegeversicherung beschränkt. Insbesondere die Diskussion um die besondere Berücksichtigung der sog. krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen hat in der Vergangenheit dazu geführt, die notwendige Klarheit in der Abgrenzung herzustellen. Die Verbesserung der Situation durch die Berücksichtigung der krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen erscheint auch bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern besonders notwendig zu sein. Die Erweiterung des Pflegebegriffs darf nicht dazu führen, dass gleichzeitig die Leistungspflicht der Krankenversicherung reduziert wird. Dies würde die betroffenen Menschen finanziell erheblich belasten.

Ein nicht auf das politisch definierte Leistungsspektrum der Pflegeversicherung beschränkter Pflegebegriff und damit einhergehend auch das Begutachtungsverfahren rufen Abgrenzungsfragen auch zwischen der Pflegeversicherung und z.B. der Eingliederungshilfe oder der Hilfe zur Pflege hervor. Wenn die Teilhabeorientierung zum Leitmotiv des Pflegebegriffes und des Begutachtungsverfahrens wird, kann auf die klare Beschreibung der Auswirkungen auf unterschiedliche Leistungsbereiche nicht verzichtet werden. Politisch zu entscheiden ist auch, ob Leistungsbereiche zusammengefasst werden sollen oder eben nicht. Die Auswirkungen bis hin zu den finanziellen Auswirkungen z.B. für die unterhaltspflichtigen Angehörigen dürften erheblich sein.

Pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen bietet das heutige Begutachtungsverfahren die Möglichkeit, relativ gut nachvollziehen zu können, auf Basis welcher Kriterien letztlich die Zuordnung zu einer Pflegestufe erfolgt. Unterstützende Instrumente wie z.B. Pflegetagebücher haben aus diesem Grund weite Verbreitung gefunden. Zu beachten sind aber auch die Auswirkungen der Akzentverschiebung mit dem in der Erprobung befindlichen neuen Begutachtungsverfahren. So dürfte davon auszugehen sein, dass Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz – lässt man die weiter oben erwähnte Problematik der jetzigen zusätzlichen Leistungen weg – tendenziell eher einer höheren Pflegestufe zugeordnet würden. Andererseits würde künftig der hauswirtschaftliche Unterstützungsbedarf eher vernachlässigt werden, auch wenn dieser vor dem Hintergrund der Zunahme der Ein-Personen-Haushalte bei gleichzeitigem Rückgang der kontinuierlichen Unterstützung durch die Angehörigen ein ent-

scheidendes Kriterium für den weiteren Erhalt der Selbständigkeit bleiben dürfte. Hier wäre zumindest darauf zu achten, dass die Leistungen der Pflegeversicherung auch für den Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung bestehen bleiben.

Grundlage möglicher politischer Entscheidungen wird immer auch die Einschätzung der finanziellen Auswirkungen sein. Wenn eine Änderung möglichst den nach heutigem Ermessen vorgesehenen finanziellen Rahmen beachten soll, wird neue Gerechtigkeit in der Feststellung der Pflegebedürftigkeit immer um den Preis neuer Härten an anderen Stellen erreicht. Geachtet werden sollte darauf, dass ein Instrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit diese nur insoweit erhebt, wie anschließend auch Antworten auf eine daraus resultierende Leistung gegeben werden.

6. Positionspapier der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände vom Oktober 2008

Der Pflegesektor wächst zunehmend und bietet wegen seiner Personalintensität auch eine hohe Zahl von Arbeitsplätzen. Die Finanzierung des Pflegebereichs über die lohnbezogen finanzierte soziale Pflegeversicherung führt jedoch zu höheren **Personalzusatz- und damit Arbeitskosten** und wirkt damit negativ auf die Schaffung neuer bzw. den Erhalt bestehender Arbeitsplätze. Ohne **grundlegende und nachhaltige Strukturreformen** droht die Belastung der Arbeitskosten durch Pflegebeiträge in den kommenden Jahrzehnten in Folge der demografischen Entwicklung und des damit einhergehenden deutlichen Anstiegs der Zahl der Pflegeleistungsempfänger zudem auch noch erheblich zu steigen. Wenn nicht gegengesteuert wird, kommt es zu einer **beschleunigten Ausgabenexpansion**, während gleichzeitig die Finanzierungsbasis der Pflegeversicherung aus Löhnen und Gehältern tendenziell schrumpft. Dennoch sind bisher keinerlei Maßnahmen ergriffen worden, um die Finanzierbarkeit der sozialen Pflegeversicherung dauerhaft sicherzustellen.

Vor diesem Hintergrund muss die soziale Pflegeversicherung dringend grundlegend und nachhaltig sowohl auf der Leistungs- als auch auf der Finanzierungsseite reformiert werden. Folgende **Maßnahmen** sind unverzichtbar:

1. Die **Sachleistungen** in der ambulanten und stationären Pflege müssen auf einem insgesamt niedrigeren Niveau angeglichen werden.

2. Zur Gewährleistung einer verantwortungsvollen und kostenbewussten Leistungsnachfrage sind prozentuale **Selbstbehalte** mit Höchstgrenzen einzuführen.

3. Die Weiterentwicklung des Leistungskatalogs darf **keine höheren Leistungsausgaben** zur Folge haben, d. h. jede Leistungsausweitung muss an anderer Stelle durch Einsparungen in mindestens gleicher Höhe ausgeglichen werden.

4. In der sozialen Pflegeversicherung muss auf allen Ebenen – sowohl zwischen den Pflegekassen als auch zwischen den Leistungsanbietern – ein **Kosten- und Qualitätswettbewerb** eingeführt werden.

5. Zentraler Reformschritt muss die Entkoppelung der Pflegekostenfinanzierung vom Arbeitsverhältnis sein durch Umstellung der lohnbezogenen Beitragsfinanzierung auf ein einkommensunabhängiges **Pflegeprämienmodell** mit Auszahlung des Arbeitgeberanteils in den Bruttolohn und steuerfinanziertem sozialen Ausgleich für einkommensschwache Versicherte.

6. Zur langfristigen Sicherung der Finanzierbarkeit ist der Auf- und Ausbau einer **kapitalgedeckten Risikovorsorge** unverzichtbar.

In einem derart modernisierten und zukunftssicheren Pflegeversicherungssystem können alle derzeit rund 56 Mio. gesetzlich versicherten Erwachsenen – bei prämienfreier Mitversicherung der rund 14, 5 Mio. Kinder – gegen eine kassenindividuelle **monatliche Pauschale von durchschnittlich 24 €** abgesichert werden.

Für den **Sozialausgleich** an einkommensschwache Versicherte stehen - überwiegend finanziert durch die Auszahlung des Arbeitgeberanteils in den steuerpflichtigen Bruttolohn – etwa 2,4 Mrd. € zur Verfügung. Die Aufbringung eventuell darüber hinaus erforderlicher Ausgleichsmittel darf zu keiner unmittelbaren oder mittelbaren Mehrbelastung der Arbeitgeber führen. der alternativlose Wechsel zum Pflegeprämienmodell muss für die Betriebe, wenn hieraus positive Wachstums- und Beschäftigungseffekte resultieren sollen, im Umstellungszeitpunkt **kostenneutral** sein.

Sofern es zu einer **Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs** kommt, muss darauf geachtet werden, dass dies nicht implizit zur einer Kostenexpansion mit Mehrbelastungen für die Beitragszahler der sozialen Pflegeversicherung führt. Von daher ist es zwingend erforderlich, die Zahlen, Daten und Fakten des Projektes so aufzubereiten, dass den politischen Entscheidungsträgern die finanziellen Folgen einer Neubestimmung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit deutlich werden. Notwendig ist es auch, Kompensationsmöglichkeiten aufzuzeigen, sofern es zu einer Ausweitung der Leistungen oder des Kreises der anspruchsberechtigten Personen kommt.

7. Thesen der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vom Januar 2009

1. Die Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist zu begrüßen. Die bisherige hauptsächlich somatisch ausgerichtete Bestimmung der Pflegebedürftigkeit vernachlässigt kognitive Veränderungen und psychische Beeinträchtigungen, die aber gleichfalls Pflegebedürftigkeit auslösen können.

2. Die mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz verstärkt erfolgte Berücksichtigung von Pflegebedürftigen mit erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfen (§§ 45a ff., 87b SGB XI) weist bereits in diese Richtung und nimmt dem Gesetzgeber den zeitlichen Handlungsdruck. Änderungen am Gesamtsystem können daher und müssen auch sorgfältig vorbereitet und in ihren Auswirkungen auf die Leistungsberechtigten und Leistungsträger verlässlich abgeschätzt werden.

3. Das Neue Begutachtungsassessment ist in einem fachlich und wissenschaftlich fundierten, transparenten Verfahren entstanden und scheint gut nachvollziehbar. Die Erprobung hat unter Beweis gestellt, dass das Assessment in der praktischen Umsetzung reliable, valide und repräsentative Ergebnisse erbringt.

4. Die Entwicklung des Neuen Begutachtungsassessments orientierte sich *nicht* primär an den Strukturen und Anforderungen des unterschiedlichen Leistungsrechts (z.B. SGB XI und SGB XII). Dies ist aus pflegewissenschaftlicher Sicht verständlich, löst aber nicht die Herausforderung, dass nach wie vor unterschiedliche Leistungsträger zuständig sein werden, denen Leistungen nachvollziehbar zugeordnet werden müssen. Dies gilt insbesondere, wenn Leistungen – wie in der Sozialhilfe – weiterhin bedarfsdeckend zu erbringen sind.

5. Der Beirat hat im Laufe der Diskussionen zutreffend erkannt, dass starke Wechselwirkungen insbesondere zum SGB XII bestehen, und zwar über die Hilfe zur Pflege hinaus vor allem mit Blick auf die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und auf die Altenhilfe. Je nach Ausgestaltung können zusätzlich auch die Grundsiche-

rung im Alter und bei Erwerbsminderung und die Hilfe zum Lebensunterhalt betroffen sein. Dies wirft rechtliche und tatsächliche Probleme auf, deren Lösung aussteht.

6. Die Entscheidung für das Begutachtungsinstrument kann daher ebenso wie die Entscheidung über den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht isoliert getroffen werden. Dreh- und Angelpunkt ist die leistungsrechtliche Ausgestaltung im SGB XI und in den weiteren Sozialleistungsgesetzen, die offen ist.

7. Den durch das Neue Begutachtungsassessment erfassten Kompetenzen muss ein Anspruch auf Leistungen gegenüber stehen. Alles andere ist den Bürgern nicht zu vermitteln. Problematisch ist insoweit auch, dass das Modul 7 (Außerhäusliche Aktivitäten) und das Modul 8 (Haushaltsführung) zwar Hilfebedürftigkeit auslösen sollen, beim Assessment aber keine Pflegebedürftigkeit begründen oder verstärken sollen.

8. In den Modulen 7 und 8, aber auch in Teilen des Moduls 2 (Kognitive und kommunikative Fähigkeiten) und des Moduls 6 (Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte) zeigen sich Überschneidungen zum derzeitigen Leistungsbestand des SGB XII. Hier muss für die Pflegebedürftigen Transparenz geschaffen werden.

9. Nach wie vor ist unklar, wie Pflegebedürftigkeit und Behinderung von einander abgegrenzt werden können bzw. in welches leistungsrechtliche Verhältnis sie gesetzt werden können. Eine Abstimmung mit dem Behinderungsbegriff des SGB XII ist nicht erfolgt noch ist ersichtlich, wie bei einem teilhabeorientierten Pflegebedürftigkeitsbegriff die Abgrenzung zur Eingliederungshilfe für behinderte Menschen erfolgen kann, deren Ziel (gleichfalls) die Teilhabe an der Gesellschaft ist.

10. Unbeschadet der ausstehenden Abgrenzung zur Behinderung ist die Ungleichbehandlung von behinderten und nicht behinderten Pflegedürftigen aufzuheben. Pauschale Leistungsbegrenzungen, wie sie z. B. § 43a SGB XI vornimmt, sind weder sachgerecht noch können sie vermittelt werden. Sofern behinderte Menschen pflegebedürftig sind, müssen ihnen unabhängig davon, wo und wie sie leben, die Leistungen der Pflegeversicherung vollumfänglich zur Verfügung stehen.

11. Das Modul 5 (Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen) weist Schnittstellen zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V auf.

12. Pflegebedürftigkeit darf nicht erst ab einer bestimmten Grenze Leistungen auslösen. Die bisherige Pflegestufe 0 ist einzubeziehen.

13. Pflegeversicherung und Hilfe zur Pflege stellen bislang auf gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen ab. Soll der Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht mehr verrichtungsbezogen sein, ist eine Anpassung erforderlich.

14. Zu klären ist, wer zukünftig die Begutachtung vornehmen soll, insbesondere dann wenn der Pflegebedürftigkeitsbegriff Wirkung über das SGB XI hinaus entfaltet. Die derzeitige Dominanz der Pflegekassen wird insofern mit Sorge verfolgt. Die Entscheidung über den sozialhilferechtlichen Bedarf muss den Sozialhilfeträgern obliegen. Zugleich muss bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit dem Sozialhilfeträger eine gleichberechtigte Stellung bzw. dieselbe Möglichkeit der Mitwirkung und Einflussnahme wie den Pflegekassen zukommen.

15. Das Neue Begutachtungsassessment liefert für die Belange der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen eine Vielzahl wichtiger Informationen. Es ermöglicht aber nicht die individuelle Bedarfsermittlung und Hilfeplanung für behinderte Menschen. Auch die in der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen übliche wirkungsorientierte Zielsteuerung ist über das Neue Begutachtungsassessment nicht möglich. All dies muss in jedem Fall zusätzlich bzw. alternativ erfolgen.

16. Für pflegebedürftige Kinder und Jugendliche ist eine spezifische Begutachtung erforderlich, die ihren spezifischen Bedarfslagen Rechnung trägt.

17. Die Entscheidung über den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff muss zugleich die ökonomischen Folgen in den Blick nehmen. Sie erfordert ein tragfähiges Konzept zur Finanzierbarkeit. Einseitige Verschiebungen zu Lasten der Sozialhilfeträger werden abgelehnt.

8. Positionspapier des Deutschen Gewerkschaftsbundes vom 20. Januar 2009

Der heutige Begriff von Pflegebedürftigkeit schließt Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, deren spezifische Selbständigkeitseinbußen eher nach Hilfen im Bereich psychosozialer Betreuung, Begleitung und Kommunikation verlangen, regelhaft von den Leistungen des SGB XI aus.
Der DGB hat die Spezialbestimmungen der §§ 45 a und 87 b SGB XI zugunsten des großen Personenkreises von Menschen, die entsprechenden Hilfebedarf haben, sehr begrüßt – als Zwischenschritt. Rechtlich kann diese Gruppe pflegebedürftiger Menschen Gleichstellung mit den übrigen Pflegebedürftigen erst mit der Weiterentwicklung des somatisch verengten Pflegebedürftigkeitsbegriffes erlangen.
Mit der parallel notwendigen Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstrumentes haben wir zudem die Erwartung verknüpft, sie möge ein höheres Maß an Flexibilität aufweisen, um besser auch für die Bestimmung des individuellen Hilfebedarfs genutzt werden zu können.

Auf beiden Feldern betrachten wir die bisherigen Arbeitsergebnisse im Beirat als positiv.

Was Schwerpunkte für Konkretisierungswünsche in Richtung einer abschließenden Stellungnahme angeht, nehmen wir grundsätzlich positiv Bezug auf die von den Sozialverbänden und anderen Betroffenen-Organisationen vorgelegten Eckpunkte. Dabei betonen wir besonders die Punkte 5 und 12 (einheitliches Begutachtungsverfahren und Vernetzung mit anderen Leistungen zur Teilhabe), sowie die Punkte 7 und 9, in denen Bestandsschutzregelungen im Allgemeinen und speziell für die Bezieher/innen von Leistungen nach den §§ 45 a und 87 b SGB XI eingefordert werden.
Dabei ist allerdings zu bedenken: Wenn ein überarbeiteter Begriff von Pflegebedürftigkeit die in diesen Spezialnormen angesprochenen Selbstständigkeitseinbußen und Hilfebedarfe einschließt, werden die Spezialnormen dem Grunde nach überflüssig. Es darf dann nicht sein, dass die Bezugsberechtigten – etwa durch spezifische Gewichtung der einzelnen Module oder durch entsprechende Bestimmung der Schwellenwerte zwischen den Pflegestufen diese Berechtigung wieder verlieren.

Die Darlegungen in Punkt 8 (deutliche Erhöhung der Sach- und Geldleistungen) möchten wir uns augenblicklich aus folgendem Grund nicht anschließen: Vorausgesetzt, es wird nicht

mehr drei, sondern fünf Pflegestufen geben, dann muss zunächst das „vorhandene“ Geld sinnvoll auf die neuen Pflegestufen umgeschichtet und gerechnet werden, bevor pauschal überall Erhöhung der Beträge nachgedacht werden kann; weiter unterstellt, das neue Begutachtungsinstrument kann dazu beitragen, sinnvolle Hilfen besser zu konkretisieren, so kann das auch positiv verändernde Effekte auf die Angebotsstruktur haben (Hilfen und Dienste professionell und ehrenamtlich, wohnortnahe Netzwerke).

Wenn alle Hilfe- und Betreuungsbedarfe gleichberechtigt berücksichtigt werden, wird es zwangsläufig eine neue Berechtigtenstruktur geben. Deshalb ist einerseits Bestandsschutz wichtig, andererseits ist davon auszugehen, dass ein grundsätzlich breiterer Kreis von Anspruchsberechtigten und zielgenauere Erfassung erforderlicher Hilfen auch zu mehr Kosten führen kann.

Wie das konkret aussehen soll, bedarf einer gesellschaftlichen Diskussion, der sich der DGB nicht verschließt.

9. Eckpunkte zur Positionierung des Deutschen Pflegerates e.V. zur Neuformulierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach SGB XI vom 23. Oktober 2008

Der Deutsche Pflegerat begrüßt die Erarbeitung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes mit dem Ziel die Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu verbessern. Wir unterstützen ausdrücklich das neue Begutachtungsverfahren, da es Pflegebedürftigkeit auf wissenschaftlicher Grundlage erfasst. Das jetzt vorliegende Begutachtungsverfahren zeigt einen längst überfälligen Weg von der somatischen Bedürftigkeitseinschätzung zur personenorientierten Pflege unter Berücksichtigung von Ressourcen und Bedürfnissen des Einzelnen. Der langjährigen Forderung der Pflege- und Berufsverbände, einen ganzheitlichen Begriff der Pflegebedürftigkeit, auch unter Berücksichtigung geistig Behinderter, psychisch Kranker und altersdementer Menschen, insbesondere auch den Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Aktivitäten zum Ausgleich von Kommunikationsbeeinträchtigungen zu berücksichtigen, wird Rechnung getragen.

Besonders zu begrüßen ist, dass mit dem Begutachtungsinstrument der verrichtungsbezogene Ansatz auf der Basis von Zeitkorridoren verlassen wird. Insbesondere die Begutachtung zu Fragen besonderer Bedarfskonstellation, zur Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs und zu präventionsrelevanten Risiken sowie die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit von Kindern und Jugendlichen sind in dem Begutachtungsinstrument berücksichtigt und begrüßenswert.

Der Vorschlag der künftigen Eingruppierung in fünf Pflegestufen ist realitätsbezogen und begrüßenswert. Er verspricht eine größere Gerechtigkeit bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit. Bedenklich wäre aus Sicht des DPR, wenn mit Pflegestufe 1 kein Leistungsanspruch erworben werden sollte. Hier sehen wir Probleme bei der Vermittlung dieser Tatsache gegenüber den Versicherten und schlagen vor dies als Pflegestufe 0 abzubilden. Ungelöst ist aus unserer Sicht die Problematik, dass sich im Sample der Evaluierung eine erhebliche Anzahl von Versicherten in Pflegestufe 1 befinden, die stark kognitiv oder körperlich beeinträchtigt sind. Hier muss nachjustiert werden. Ungerecht wäre darüber hinaus, wenn durch das neue Verfahren bestimmte Personengruppen schlechter gestellt würden als im bisherigen System. Deshalb sind in jedem Fall Bestandschutzregelungen vorzusehen.

Bei den Leistungen der Pflegeversicherung muss darauf geachtet werden, dass mit einem erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff keine Leistungsansprüche aus anderen Sozialgesetzbüchern abgebaut werden. Mögliche bestehende Schnittmengen (SGB I, V, IX und XII[53]) bedürfen der Klärung, um Verschiebebahnhöfe zu vermeiden.

Fazit:

Mit dem neuen Begutachtungsverfahren und dem ihm zugrunde liegenden Pflegebedürftigkeitsbegriff wird ein wichtiger und richtiger Weg eingeschlagen, der auch nicht politisch motiviert verlassen werden sollte. Zentral bleibt die Forderung einer konsequenten Ausrichtung von Verwaltungshandeln und –verfahren aller Leistungsträger an dem Bedarf behinderter und pflegebedürftiger Menschen.
Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen muss Grundlage der Zielsetzung sein.
Das vorliegende Begutachtungsinstrument muss in Korrespondenz zu SGB V, SGB IX, SGB XI und SGB XII realisiert werden. Der Fokus ist weiterhin auch auf die Lebenssituation chronisch kranker, pflegebedürftiger und behinderter Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen zu richten.
Die von der Bundesregierung in Aussicht gestellte Gesetzesänderung in den §§ 14, (Begriff der Pflegebedürftigkeit) 15 (Stufen der Pflegebedürftigkeit) und 16 (Verordnungsermächtigung) muss zügig nach Vorlage des Abschlussberichtes des Beirates umgesetzt werden.

Die aktuelle Finanzlage der Pflegeversicherung bietet keine Möglichkeit von Leistungsausweitungen. Daher ist die Finanzausstattung von SGB XI zu prüfen und entsprechend der Bedarfslage der Menschen in Deutschland weiter zu entwickeln.

[53] z. B. beim Modul 5 (Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen) bezüglich der Leistungen der häuslichen Krankenpflege SGB V oder Module 7 (Außerhäusliche Aktivitäten) und 8 (Haushaltsführung) bez. Leistungen der Eingliederungshilfe in SGB XII.

10. Diskussionspapier des Deutschen Vereins zur Abgrenzung der Begriffe und Leistungen in einem neuen Verständnis der Pflegebedürftigkeit vom 01. Oktober 2008[54]

Einleitung

Die fachwissenschaftliche Begründung und Fundierung eines neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit und seine Umsetzung im Sozialleistungsrecht ist ein überfälliger Schritt, der auch vom Deutschen Verein seit längerem angemahnt wurde.[55] Der Deutsche Verein begrüßt, dass sich die Bundesregierung und die Spitzenverbände der Pflegekassen durch die Projekte zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit gemeinsam dieser Herausforderung angenommen haben. An diesem, das Feld der Altenhilfe und Pflege sowie auch die Hilfen für Menschen mit Behinderung betreffenden Reformprojekt mitzuwirken, sieht der Deutsche Verein als vornehme Pflicht. Er möchte durch seine Expertise und Erfahrung seinen Beitrag leisten, um die Grundlagen für eine gesetzgeberische Realisierung zu schaffen. Mit seiner Stellungnahme zur Abgrenzung der Begriffe und Leistungen in einem neuen Verständnis der Pflegebedürftigkeit legt der Deutsche Verein konzeptionelle Überlegungen zur politischen und rechtlichen Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und seiner Begutachtung vor. In diesen Überlegungen werden eine Reihe von Fragen diskutiert, die durch die Arbeit am Grundstein der Pflegeversicherung aufgeworfen werden und erste Vorstellungen für deren Lösung entworfen. Der Deutsche Verein versteht seine Vorschläge als Ergänzung und Unterstützung des Beratungsprozesses im Beirat „Pflegebedürftigkeitsbegriff“ beim Bundesministerium für Gesundheit.

Die Überarbeitung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit findet vor dem Hintergrund einer Reihe ungelöster Fragestellungen der Pflegeversicherung statt, die zum einen das Verhältnis zur Eingliederungshilfe für behinderte Menschen betreffen und zum anderen die Finanzierung der Pflegeversicherung. Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurde nicht erreicht, dass alle wesentlich behinderten Menschen die Pflegeleistungen erhalten, die sie benötigen. Aus unter-

[54] Verantwortlicher Referent im Deutschen Verein: Dr. Jonathan I. Fahlbusch. Das Diskussionspapier wurde von der Arbeitsgruppe „Pflegebedürftigkeitsbegriff“ erarbeitet und nach Beratungen in den Fachausschüssen Altenhilfe und Pflege sowie Rehabilitation und Teilhabe am 1. Oktober 2008 vom Präsidium des Deutschen Vereins verabschiedet.

[55] Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Reformbedarf in der Pflegeversicherung, NDV 2004, 261, 262.

schiedlichen Gründen ist eine konfliktfreie Abstimmung zwischen den Leistungsbereichen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nicht realisiert. Diese Gründe liegen in den Interessen und Verständnissen in den jeweiligen Lebenslagen von pflegebedürftigen und behinderten Menschen begründet und sie beruhen auf unterschiedlichen leistungserbringungsrechtlichen Voraussetzungen und Strukturen, die eine Wahlentscheidung der Träger der Einrichtungen für eines der Leistungssysteme erfordern. Des Weiteren fehlt es in der Pflegeversicherung an einer nachhaltigen Finanzierung, die Handlungsspielräume eröffnete und die umfängliche Absicherung des Lebensrisikos der Pflegebedürftigkeit ermöglichte.

Der Deutsche Verein erwartet, dass mit einem neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit die skizzierten grundlegenden Fragestellungen bewältigt werden sollten. Dies kann jedoch nur gelingen, wenn die gleichwertige Bedeutung und Stellung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und deren Weiterentwicklungsprozess in vollem Umfang Berücksichtigung finden.

Der Deutsche Verein geht davon aus, dass die bisherigen Überlegungen die Finanzierungsfragen der Pflegeversicherung verschärfen. Länder und Kommunen haben deshalb ihre Erwartung formuliert, dass mit der Umsetzung eines neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit keine Belastungen aus der Pflegeversicherung in die Sozialhilfe verlagert werden. Von Seiten der Träger der Einrichtungen und von Seiten der Betroffenen wird die Erwartung formuliert, dass die Integrität der Eingliederungshilfe als umfassende Hilfeart nicht in Frage gestellt werden darf. Insbesondere die in vielfältiger Hinsicht innovativen Ansätze zur Weiterentwicklung der Strukturen der Eingliederungshilfe, die der Deutsche Verein aufgezeigt hat[56], müssen selbstständig fortgeführt werden. Eine über einen erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren vermittelte Steuerung und Einflussnahme der Pflegeversicherung auf die Strukturen, Leistungen und Leistungserbringung in der Eingliederungshilfe lehnt der Deutsche Verein ab.

Der Deutsche Verein erwartet, dass in den Überlegungen zur Weiterentwicklung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit die Stellung und Bedeutung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen auf gleicher Augenhöhe wahrgenommen wird.

[56] Verwirklichung selbstbestimmter Teilhabe behinderter Menschen! Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung zentraler Strukturen in der Eingliederungshilfe, NDV 2007, 245 ff.

I. Pflegebedürftigkeit als gesamtkonzeptionelle Herausforderung

Von Pflegebedürftigkeit sind nicht nur alte Menschen betroffen, sondern auch Kinder, junge Menschen und auch ein großer Teil der Menschen mit Behinderung. Ein neues, erweitertes Verständnis von Pflegebedürftigkeit berührt damit nicht nur den Regelungskreis der gesetzlichen Pflegeversicherung. Betroffen sind vielmehr auch die Lebenswelten behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen, die der Unterstützung und Pflege bedürfen, um am Leben in der Gesellschaft teilhaben zu können, aber auch Fragen der Infrastrukturen und Lebensbedingungen vor Ort und die Schnittstellen zur Hilfebedürftigkeit älterer Menschen. Der Deutsche Verein erinnert deshalb an das von der Regierungskoalition formulierte Paradigma eines Gesamtkonzeptes der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen.[57] In diesem Paradigma kommt die Erkenntnis zum Ausdruck, dass Sozialreformen in den einzelnen Leistungsbereichen des Sozialrechts nicht ohne Folgen auf und Abstimmungen mit anderen Leistungsbereichen erfolgen sollten. Es geht um eine Perspektive, die der Gesetzgeber einnehmen sollte, um zusammengehörende und in gegenseitiger Abhängigkeit existierende Sicherungssysteme als Ganzes zu betrachten und diese nur unter Berücksichtigung möglicher Wechselwirkungen zu reformieren.[58] Die Aufgabe des Gesamtkonzeptes besteht also darin, die Leistungen für pflegebedürftige, behinderte und alte Menschen aufeinander zu beziehen, Versorgungslücken zu schließen und die Übergänge zwischen den verschiedenen Leistungsbereichen zu erleichtern. Diese Maßstäbe sind im Hinblick auf die Entwicklung eines neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit von besonderer Bedeutung. Ohne Beachtung der Wechselwirkungen eines neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit im Sozialrecht wird die Umsetzung fachwissenschaftlicher Erkenntnisse im gegliederten Leistungsrecht der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe gefährdet.

Eine gesamtkonzeptionelle Betrachtungsweise bedeutet auch, dass eine Sozialreform nicht begrenzt gedacht und betrieben werden sollte, wenn bereits im Entwicklungsprozess deutlich wird, dass Wechselwirkungen mit anderen Leistungssystemen zu erwarten sind.

In den Überlegungen zur sozialrechtlichen Umsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist ein gesamtkonzeptioneller Ansatz zu verfolgen. Die Wechselwirkungen ins-

[57] Koalitionsvertrag vom 11. November 2005, Zeile 4203 f.
[58] Deutscher Verein: Erste Überlegungen für ein Gesamtkonzept der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Mensche und ihrer Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, NDV 2006, 306.

besondere auf die Sozialhilfe sind mit zu beschreiben und in den Vorschlägen für die Umsetzung einzubeziehen.

II. Begriffe der Pflegebedürftigkeit und der Behinderung – Beschreibungen der Lebenslagen behinderter und pflegebedürftiger Menschen

Mit der Weiterentwicklung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit wird eine Grundentscheidung notwendig über die begriffliche Fassung der Pflegebedürftigkeit in pflegewissenschaftlicher, gesellschaftspolitischer und juristischer (leistungsrechtlicher) Hinsicht. Diese Grundentscheidung muss auch den Begriff der Behinderung und seine Facetten und Bedeutungsgehalte sowie Rechtsfolgen in den Blick nehmen. Der Deutsche Verein geht in dieser Stellungnahme vom Beratungsstand im Beirat Pflegebedürftigkeitsbegriff im September 2008 aus. Mit der danach gefundenen Definition ist zunächst der pflegewissenschaftliche Ansatz erfüllt, eine umfassende Beschreibung von Pflegebedürftigkeit zu entwickeln, der auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und Methoden beruht und nationale wie internationale Forschungsergebnisse und Vorstellungen berücksichtigt. Zentrales Definitionsmerkmal von Pflegebedürftigkeit soll danach die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bzw. die Abhängigkeit von personeller Hilfe sein.[59] Zusammenfassend wird eine Person dann als pflegebedürftig bezeichnet, wenn sie

- infolge fehlender personaler Ressourcen, mit denen körperliche oder psychische Schädigungen, die Beeinträchtigung körperlicher oder kognitiver/psychischer Funktionen, gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen kompensiert oder bewältigt werden könnten,
- dauerhaft oder vorübergehend
- zu selbständigen Aktivitäten im Lebensalltag, selbstständiger Krankheitsbewältigung oder selbstständiger Gestaltung von Lebensbereichen und sozialer Teilhabe
- nicht in der Lage und daher auf personelle Hilfe angewiesen ist.[60]

[59] Wingenfeld/Büscher/Gansweid: Abschlussbericht zur Hauptphase 1, überarbeitete, korrigierte Fassung vom 25. März 2008, S. 28.
[60] Wingenfeld/Büscher/Schaeffer, Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten, Bielefeld, Februar 2007, S. 42.

Dabei wurde die Entwicklung und Begründung eines pflegewissenschaftlichen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit schon in der Formulierung des Projektauftrages und dann in der Durchführung im Hinblick auf eine leistungsrechtliche Umsetzung vorgenommen.

Der Deutsche Verein nimmt wahr, dass die fachliche Debatte im Bereich der Pflege verstärkt nichtsomatisch bedingte Einschränkungen der Selbstständigkeit in den Blick nimmt und von einem vormals stark medizinisch geprägten Verständnis von Pflegebedürftigkeit nunmehr zu einem die Lebenswelten, Kontextfaktoren und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft berücksichtigenden Verständnis von Pflegebedürftigkeit gelangt ist.[61] Pflegebedürftigkeit wird damit auch als eine Lebenslage beschrieben, wie sie für behinderte Menschen kennzeichnend ist, der Überschneidungsbereich und damit die Übereinstimmung zwischen den Lebenslagen behinderter und pflegebedürftiger Menschen wird möglicherweise größer.

Gleichzeitig findet eine fachwissenschaftliche Debatte auf nationaler und internationaler Ebene statt, Behinderung und Teilhabe zu bestimmen. Bedeutende Fortschritte im Verständnis von Behinderung sind etwa durch die Behindertenkonvention und den ICF[62] erzielt worden. Im Hinblick auf die Ratifizierung der Behindertenkonvention geht der Deutsche Verein davon aus, dass sich die Verständnisse von Behinderung und Teilhabe in der Fachöffentlichkeit, aber auch die Wahrnehmung in der Bevölkerung wandeln und eine Dynamik unterstützen werden, die Lebenswelten behinderter Menschen besser zu verstehen und zu beschreiben. Er unterstützt den grundlegenden Paradigmenwechsel, der in der Behindertenhilfe Platz greift, mit seinen Zielen, den Menschen mit Behinderung als Subjekt und nicht als Objekt fürsorglichen Handelns zu sehen und die Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen in den grundlegenden Lebensbereichen Arbeit, Wohnen, Mobilität und Freizeit mitten in unserer Gesellschaft zu verwirklichen.[63]

Eine Äquivalenz der mit den Begriffen „Behinderung“ und „Pflegebedürftigkeit“ beschriebenen Lebenslagen in fachlicher und inhaltlicher Hinsicht besteht wohl nicht. In den fachwissenschaftlich und sozialrechtlich verwendeten Verständnissen von Behinderung wird aber

[61] Vgl. die umfassende Darstellung der pflegetheoretischen und pflegewissenschaftlichen Diskussion in: Wingenfeld/Büscher/Schaeffer (Fußn. 7), S. 19 ff., zu entsprechenden Feststellungen in der Enquêtekommission des Landtages NRW und im Bundespflegeausschusses: S. 30 f.
[62] International Classification of Functioning, Disability and Health.
[63] Vgl. den Beschluss der 84. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder am 15./16. November 2007, http://www.hamburg.de/servlet/contentblob/117200/asmk-84/data.pdf.

deutlich, dass Pflegebedürftigkeit in einer Reihe von Lebenslagen eine Teilmenge von Behinderung ist, aber auch eine Reihe von Lebenslagen bestehen, in denen eine Behinderung ohne Merkmale von Pflegebedürftigkeit besteht. In einzelnen Vorschriften ist dies auch zum Ausdruck gebracht, indem zum Beispiel die Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen auch die Aufgabe umfassen, den behinderten Menschen so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.[64] Der Deutsche Verein erkennt bereits in den fachwissenschaftlichen Beschreibungen, aber auch in der sozialleistungsrechtlichen Umsetzung einen großen Überschneidungsbereich zwischen Lebenslagen behinderter und pflegebedürftiger Menschen. Er hat schon mehrfach darauf hingewiesen, dass Personen, die eine Pflegestufe erreichen, im Grundsatz auch wesentlich behindert sind.[65] Der Überschneidungsbereich wird besonders augenfällig, wenn in einem modernen Verständnis die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bzw. die Abhängigkeit von personeller Hilfe als zentrales Merkmal zur Beschreibung der Lebenslage eines Menschen herangezogen wird.

Dabei ist zu beachten, dass die fachwissenschaftlichen Herangehensweisen andere sein können als die der leistungsrechtlichen Umsetzung. Ein Ergebnis des Umsetzungsprozesses kann es sein, dass sich der Gesetzgeber dafür entscheidet, den Leistungstatbeständen im SGB XI und SGB XII ein anderes Verständnis zugrunde zu legen, als es sich aus einer fachwissenschaftlichen Perspektive ergibt. Die begriffliche Ebene ist stets von der Ebene der leistungsrechtlichen Umsetzung zu unterscheiden.

Der Deutsche Verein betont, dass die fachlichen, systematischen und rechtlichen Verständnisse von Pflegebedürftigkeit und Behinderung gleichermaßen einem dynamischen Entwicklungsprozess unterliegen. Er wünscht sich eine konstruktive und wechselseitige Debatte in diesem Prozess, die jeweils die fachlichen und kulturellen Perspektiven, Zielsetzungen und wissenschaftlichen Erkenntnisse ernst nimmt und die jeweiligen Eigenheiten, aber auch Funktionen in ihrem historischen, systematischen und leistungsrechtlichen Kontext berücksichtigt. Die wesentlichen inhaltlichen Aspekte der aktuellen Entwicklung im Bereich der gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Behinderung müssen Berücksichtigung finden: die Bedeutung des personenzentrierten Ansatzes, die Berücksichtigung der ICF in der Eingliederungshilfe, die individuelle Bedarfsermitt-

[64] § 53 Abs. 3 Satz 2 SGB XII.
[65] Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Weiterentwicklungsbedarf des SGB XI und verwandter Gesetze, NDV 1999, 181, 183; Deutscher Verein, Gesamtkonzept (Fußn. 5), NDV 2006, 306, 309.

lung, der dynamische Behinderungsbegriff und der Inklusionsansatz der UN-Konvention.

III. Regelung der Pflegebedürftigkeit im SGB I

Unter seinen Mitgliedern hat der Deutsche Verein ausführlich diskutiert, ob im SGB I eine abstrakte Beschreibung einer Lebenslage, die den Grund für eine sozialstaatliche Intervention darstellt (Ergebnis: Teilhabe- und Rehabilitationsbedürftigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit), geschaffen werden sollte. Eine solche Norm, die im SGB I eingefügt wird, würde für alle Sozialleistungsbereiche ein Begriffsverständnis vorgeben. Für eine solche Norm streitet der Umstand, dass Pflegebedürftigkeit im Leistungsrecht der Kranken-, Unfall- und Pflegeversicherung, in der Sozialhilfe und im Bundesversorgungsgesetz für leistungsrechtliche Ansprüche von Bedeutung ist. Gegen die Formulierung eines abstrakten Verständnisses spricht die Erwartung, dass auch in Zukunft in den einzelnen Zweigen des Sozialrechts jeweils zu regeln sein wird, in welcher Hinsicht Pflegebedürftigkeit für einen Leistungsanspruch konstitutiv ist. So würde eine Norm im SGB I nicht mehr als eine deklaratorische Bedeutung und damit eher symbolischen als rechtsverbindlichen Charakter haben. Eine Definition von Pflegebedürftigkeit im SGB I würde sich darüber hinaus nicht systematisch einfügen, weil das SGB I auch im Übrigen nicht die Aufgabe wahrnimmt, Anspruchsvoraussetzungen zu beschreiben. Entsprechend wird im SGB I gerade nicht etwa der Begriff der Krankheit als leistungsrechtliche Voraussetzung definiert. Auch definiert das SGB I bisher nicht Lebenslagen als Ausgangspunkt für die Sozialgesetze, sondern beschreibt Leistungsarten.

Der Deutsche Verein weist darauf hin, dass eine auch nur symbolische und rechtlich weitgehend unverbindliche Norm bedeutungsvoll sein kann. Sie kann einerseits Ausdruck eines Paradigmenwechsels im Umgang mit der Lebenslage pflegebedürftiger Menschen sein und damit als Signal des Gesetzgebers verstanden werden, im Hinblick auf den demografischen Wandel seine Wertschätzung für den Personenkreis zu zeigen, der von personeller Hilfe abhängig ist. Eine solche Norm kann aber auch die Vorstellung nähren, die beschriebene Lebenslage führe zu Leistungen des Sozialstaates.

Der Deutsche Verein ist deshalb der Auffassung, dass eine Normierung der Lebenslage „Pflegebedürftigkeit“ im SGB I nur dann erfolgen sollte, wenn es gelingt, die so beschriebene Lebenslage auch in den Sozialgesetzbüchern entsprechend mit Leistungen zu

unterlegen. Eine Norm, die Erwartungen weckt, die der Sozialstaat nicht einlösen wird, sollte hingegen nicht geschaffen werden.

IV. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit im SGB XI

Der Deutsche Verein erinnert erneut daran, dass die soziale Pflegeversicherung mit der Zielsetzung verbunden war, im Falle der Pflegebedürftigkeit die Abhängigkeit weiter Teile der Bevölkerung von der Sozialhilfe zu vermeiden. Er versteht den Prozess zur Entwicklung eines neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit auch als Aufgabe, durch die leistungsrechtliche Neujustierung die Einschränkungen der Selbstständigkeit bzw. die Abhängigkeit von personeller Hilfe im Leistungsrecht der sozialen Pflegeversicherung möglichst treffend zu erfassen. Daneben besteht ein eigener Aufgabenbereich der Kommunen im Feld der Altenhilfe und Pflege sowie der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Der Deutsche Verein hat bereits auf die Verantwortung der Kommunen im Feld der Altenhilfe hingewiesen und die hier zu bearbeitenden Herausforderungen beschrieben.[66] Er hat damit deutlich gemacht, dass sich Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und der weiteren Hilfen wirksam und nahtlos ergänzen müssen.

Da die finanzielle Grundausstattung der sozialen Pflegeversicherung so bemessen ist, dass dieser Zweig der Sozialversicherung ein Teilleistungssystem darstellt, ist der Hinweis nötig, dass die Finanzausstattung der sozialen Pflegeversicherung veränderbar ist. Veränderte leistungsrechtliche Voraussetzungen und Inhalte können eine andere Finanzausstattung der sozialen Pflegeversicherung erforderlich machen. Der Deutsche Verein wirbt für das sozialpolitische Ziel, finanzielle Belastungen durch ein neues Verständnis von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, die von den Pflegebedürftigen selbst bzw. bei Bedürftigkeit von den Trägern der Sozialhilfe zu übernehmen wären. In einer Umsetzung eines neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit sollte das Leistungsrecht so gestaltet werden, dass die Pflegeversicherung im gegebenen Finanzrahmen Leistungen zur Verfügung stellen kann und keine zusätzlichen Belastungen der Sozialhilfe bewirkt werden oder die Finanzausstattung der Pflegeversicherung muss verändert werden.

[66] Deutscher Verein: Empfehlungen zur Gestaltung der sozialen Infrastruktur in den Kommunen mit einer älter werdenden Bevölkerung, NDV 2006, 529, 536 f.

Der Deutsche Verein hält es für die politische Durchsetzung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs für unerlässlich, den Versicherten der Pflegeversicherung gegenüber offenzulegen, mit welchen Leistungen die Sozialversicherung auf ihre Einschränkungen der Selbstständigkeit bzw. Abhängigkeit von personeller Hilfe zu reagieren gedenkt. In der Bevölkerung besteht die Erwartung, dass sich die Bedarfslage und die zu ihrer Behebung eingesetzten Mittel entsprechen. Pflegebedürftige wollen genau das erhalten, was sie an Unterstützung benötigen. Der Deutsche Verein hält es für die zentrale sozial- und gesellschaftspolitische Herausforderung in einem künftigen Reformprozess, mit diesen Erwartungen der Bevölkerung gegenüber dem Sozialstaat umzugehen. Gegebenenfalls muss eine Bestandsaufnahme die politische Konsequenz nach sich ziehen, die Finanzausstattung der Pflegeversicherung zu verbessern.

Das neue Begutachtungsverfahren beruht auf der Vorstellung, durch die Begutachtung alle wesentlichen Merkmale zu erfassen, die für die Bestimmung eines Grades an Pflegebedürftigkeit von Bedeutung sind. Das Instrument weist damit den Anspruch auf, die Lebenswelt des betroffenen Menschen zumindest im Hinblick auf seine Pflegebedürftigkeit vollständig und umfassend zu betrachten. Ein solcher Anspruch kann beim betroffenen Menschen nur Akzeptanz und Mitwirkungsbereitschaft auslösen, wenn aus der Begutachtung Leistungen folgen, die mit den festgestellten Merkmalen und Eigenschaften in Beziehung stehen. Der betroffene Mensch erwartet nach einer umfassenden, die intimsten Bereiche seines Lebens erfassenden Begutachtung, dass das Leistungsrecht auf die festgestellten Bedarfe und Bedürfnisse reagiert. Eine Begutachtung, die Merkmale erfasst, die leistungsrechtlich unbeachtet bleiben, kann dazu führen, dass entweder die Einsicht in die Notwendigkeit der Tiefe und Ausführlichkeit der Begutachtung beim betroffenen Menschen schwindet oder sie weckt Erwartungen und eine Anspruchshaltung, die die Sozialleistungsträger vor neue Herausforderungen stellen.

Gelingt es, durch ein neues Begutachtungsverfahren und ein neues Verständnis von Pflegebedürftigkeit die Lebenslagen von pflegebedürftigen Menschen differenzierter abzubilden, so hält es der Deutsche Verein auch für vermittelbar, dass eine leistungsrechtliche Reform zu höheren Leistungen bei der einen und möglicherweise niedrigeren Leistungen bei anderen Zielgruppen führen wird. Eine solche, „Systemgerechtigkeit“ herstellende Reform muss naturgemäß mit Regelungen abgefedert werden, die diejenigen Versicherten in ihrem Vertrauen schützt, die nach dem bisherigen Leistungsrecht höhere Leistungen bekommen haben als sie

nach einem Leistungsrecht erhalten würden, das auf einem neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit beruht.

Für die sozialrechtliche Umsetzung eines neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit hält es der Deutsche Verein bereits jetzt für wünschenswert, die Überlegungen aus der Projektphase zur Beschreibung der Leistungsvoraussetzungen nicht lediglich in einem Vorschlag zur Neufassung der §§ 14 und 15 SGB XI darzustellen. Vielmehr muss auf Basis der Ergebnisse der Projektphase ein Rahmen bestimmt werden, welche Zielgruppen in welchem Umfang Geldleistungen und Unterstützung bzw. Pflege erhalten werden. Hierbei ist es unerlässlich, auch die Grundlinien einer Einstufung in leistungsrechtlicher Hinsicht und die Bestimmung von Leistungsbeträgen vorzuschlagen. Der Deutsche Verein hält eine fünfstufige Skala der Pflegebedürftigkeit für eine geeignete Methode, Grade der Pflegebedürftigkeit differenziert zu beschreiben. Empfehlungen, wie das vorhandene oder ein verändertes künftiges Beitragsvolumen in einzelnen Pflegestufen und Leistungen ausgedrückt werden kann, wären wünschenswert. Zumindest aber modellhafte, an den politischen Möglichkeiten orientierte Vorschläge müssen bereit gestellt werden. Eine Abschätzung der finanzwirtschaftlichen Folgen einer Neubestimmung des Verständnisses des Lebensrisikos der Pflegebedürftigkeit dürfte anders nicht möglich sein.

Im Zuge der Verabschiedung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes hat der Deutsche Bundestag eine Entschließung[67] gefasst, wonach die Frage zu beantworten ist, wie sich mögliche Änderungen in finanzieller Hinsicht auf die Pflegeversicherung und andere Leistungsbereiche auswirken. Der Deutsche Verein hält die Beantwortung dieser Frage zum Beispiel durch modellhafte Berechnungen ebenfalls für erforderlich. Hierbei sollten unterschiedliche Leistungsbeträge in der jeweiligen Pflegestufe bei einem gegebenen Beitragsvolumen und die möglicherweise notwendige Erhöhung des Beitragsvolumens im Hinblick auf eine notwendige Leistungshöhe innerhalb der einzelnen Pflegestufen geprüft werden. Solche Modellrechnungen sollen auch ermöglichen abzuschätzen, wie die Leistungen in Bezug auf den Beitragssatz und das Finanzvolumen der Pflegeversicherung in einem volkswirtschaftlich verträglichen Rahmen gehalten werden können.

Der Deutsche Verein sieht gerade im Hinblick auf die Entschließung des Deutschen Bundestages den Beirat als das richtige Forum an, um diese Fragestellungen umfassend und differen-

[67] Vgl. BT-Drucks. 16/8525, S. 8.

ziert mit allen Akteuren im Feld der Pflege zu diskutieren und zu Empfehlungen zu gelangen, die politisch umsetzbar sind.

Der Deutsche Verein hält es für erforderlich, bereits im Zuge der Diskussion eines neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit und seiner Begutachtung die leistungsrechtliche Umsetzung im SGB XI zu bestimmen. Dies ist für die Bestimmung der systematischen und leistungsrechtlichen Folgen im SGB XI, für die Abschätzung der finanziellen Folgen im SGB XI und darüber hinaus sowie für die Akzeptanz der Begutachtung in der Bevölkerung von großer Bedeutung.

V. Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und Pflegebedürftigkeit im SGB XI

Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen. Ein wesentlicher Bestandteil der Eingliederungshilfe ist die Aufgabe, einen wesentlich behinderten Menschen zu befähigen, möglichst in gleicher Weise wie Menschen ohne Behinderung den Anforderungen des Lebens genügen zu können. Um diese Befähigung in unterschiedlichen Lebensphasen zu erlangen, werden in der Eingliederungshilfe überwiegend pädagogisch und sozialtherapeutisch geschulte Fachkräfte eingesetzt, die Unterstützung leisten sollen, Fähigkeiten herzustellen und verloren gegangene Fähigkeiten wiederzuerlangen. Um die Aufgaben der Eingliederungshilfe zu erreichen, ist in vielen Fällen auch Pflege erforderlich. Die Pflege kann ein unverzichtbarer Bestandteil der Eingliederungshilfe sein, um eine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erreichen. In der Eingliederungshilfe wird deshalb häufig eine umfassende Hilfeart gesehen, deren pflegerische Anteile entweder eine dienende Funktion haben oder von unter- bzw. nachgeordneter Bedeutung sind, weil sie das Ziel der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft verfolgen.

Nach Wahrnehmung des Deutschen Vereins konzentrieren sich die Diskussionen im Beirat auf die Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. In der Eingliederungshilfe für

behinderte Menschen findet gleichzeitig ein eigenständiger Diskussionsprozess über die Weiterentwicklung der Strukturen, der Hilfeformen, der Verfahren zur Feststellung von Bedarfen und vieler fachlicher wie begrifflicher Ansätze statt. Der Deutsche Verein weist darauf hin, dass die pflegeversicherungsrechtliche Umsetzung eines neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit deshalb eine enge Abstimmung mit diesen Diskussionen erfordert. Von der Pflegereform werden eine Vielzahl von Leistungen, die im Rahmen der Eingliederungshilfe erbracht werden, wie zum Beispiel die Frühförderung, Maßnahmen zur schulischen und beruflichen Bildung oder die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, unberührt bleiben. Eine enge Abstimmung der beiden Reformprozesse beinhaltet die Erkenntnis, dass die Eigenständigkeit der Eingliederungshilfe in fachlicher, professioneller und rechtlicher Hinsicht gewahrt bleiben muss. Nur in einer Abstimmung auf gleicher Augenhöhe lassen sich Verschlechterungen in der fachlichen und leistungsrechtlichen Gestaltung der Hilfen für behinderte Menschen vermeiden.

In dem Abstimmungsprozess sind neben den Reformdiskussionen auch eine Reihe von systematischen Unterschieden zwischen dem Pflegeversicherungsrecht und der Sozialhilfe zu beachten. Dies betrifft etwa die auf dem Sachleistungsprinzip in der Pflegeversicherung einerseits und dem Geldleistungsprinzip in der Sozialhilfe andererseits beruhende unterschiedliche Gestaltung der Beziehungen zwischen den Leistungsträgern und den Leistungserbringern. Es betrifft aber vor allem auch die unterschiedlichen Instrumente zur Steuerung und Planung der Hilfeprozesse und die unterschiedliche Ausrichtung der Hilfen: In der Pflegeversicherung wird eine Unterstützung zunächst aufgrund Eintretens eines bestimmten Lebensrisikos geleistet, in der Eingliederungshilfe dienen die Hilfen eher der Erreichung bestimmter Ziele, dem Ziel der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

1. Überschneidungsbereich aufgrund gewandelter fachwissenschaftlicher Perspektiven

Zwischen den Leistungsbereichen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Pflege bestehen seit jeher Überschneidungsbereiche. Schon mit Einführung des Tatbestandes der Eingliederungshilfe war die Erkenntnis verknüpft, dass diese Hilfeform auch einen Anteil der Pflege enthält. Seither sind die leistungsrechtliche Abgrenzung und damit die Bestimmung der sachlichen Zuständigkeit im gegliederten Sozialleistungssystem umstritten. Eine konsistente, fachlich, rechtlich und sozialpolitisch überzeugende Lösung der Schnittstellenproblematik ist bisher nur in Ansätzen gelungen. Aus dem Projekt zur Entwicklung eines neu-

en Verständnisses von Pflegebedürftigkeit und der fachlichen Diskussion bis hinein in den politischen Raum ist jedoch deutlich geworden, dass die moderne Pflege ebenfalls eine teilhabeorientierte, aktivierende Aufgabe verfolgt. Die Teilhabeverluste („Vereinsamung“) älterer Menschen sind häufig die Vorstufe zur Hilfe- und Pflegebedürftigkeit.

Es ist nicht möglich, Leistungen zur Teilhabe und Rehabilitation abschließend der aktivierenden Pflege zuzuordnen und solche der aktivierenden Pflege der Eingliederungshilfe. Die Zuordnung einer Lebenslage hat nicht nur fachliche Wertungen zum Inhalt, sondern muss auch die Selbsteinschätzung des Betroffenen, eine gesellschaftliche Wertung sowie kulturelle und strukturelle Bedingungen berücksichtigen. Der Deutsche Verein teilt die Sorge behinderter Menschen, dass das von den Projektnehmern entwickelte Verständnis von Pflegebedürftigkeit Facetten ihres Lebens nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt, die für diese Menschen als erheblich für die Bestimmung eines Grades an Abhängigkeit von personeller Hilfe ist. In welchem Umfang diese Sorge entkräftet werden kann, kann sich nur aus den Ergebnissen des vom Beirat Pflegebedürftigkeitsbegriff initiierten erweiterten Forschungsvorhabens zu den Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die Sozialhilfe und ggf. weiterer Untersuchungen ergeben. Auch wenn es bisher noch an vertieften wissenschaftlichen Erkenntnissen fehlen mag, so spricht viel dafür, dass eine fachwissenschaftlich erschöpfende Beschreibung der Lebenslagen von behinderten und pflegebedürftigen Menschen eine Vielzahl von identischen, aber auch eine Reihe von unterschiedlichen Merkmalen haben wird.

Die Bestimmung einer Trennlinie wird des Weiteren durch erhebliche Unterschiede in der fachlichen Beschreibung der Unterstützungsleistungen erschwert. Die fachwissenschaftlichen Perspektiven in der Arbeit mit pflegebedürftigen Menschen einerseits und Menschen mit Behinderung andererseits unterscheiden sich hinsichtlich der Perspektiven und der wissenschaftlichen Grundlagen. In der Pflege überwiegen pflegerische und medizinische Standards, während in der Hilfe für Menschen mit Behinderung aufgrund der Vielgestaltigkeit von Behinderungen unterschiedliche therapeutische, heilpädagogische, pädagogische und erzieherische Disziplinen das Leistungsgeschehen prägen.

Die Vergrößerung der Überschneidung der Leistungsbereiche verschärft die Abgrenzungsfrage. In dieser zu tauglichen Maßstäben zu kommen, ist aber umso dringender, je größer die mögliche Kongruenz von Leistungsbereichen ist. Da absehbar ein einheitliches Leistungsrecht, das die Abgrenzungsproblematik ein für alle mal beseitigen würde, politisch nicht zu

erreichen scheint, wird es notwendig sein, im Gesetz durch funktionale oder inhaltliche Kriterien zu ermöglichen, eine Trennung der sozialleistungsrechtlichen Verantwortung und damit der sachlichen Zuständigkeit vorzunehmen.

Eine nach ähnlichen oder gleichen inhaltlichen und fachlichen Kriterien vorgenommene Beurteilung der Lebenslagen pflegebedürftiger und behinderter Menschen schafft nach Einschätzung des Deutsche Vereins eine leistungsrechtlich anspruchsvolle Herausforderung.

2. Offene Fragen der Abgrenzung

a) Jeweils abschließende Beschreibung der Leistungsbereiche

Die Bestimmung der Bedarfslage und damit der Leistungsvoraussetzungen erfolgt in der Pflege einerseits und der Eingliederungshilfe andererseits unterschiedlich. In der Sozialhilfe gilt das Gebot der individuellen Bedarfsdeckung. Dies beinhaltet, dass für die Bedarfsbemessung die Besonderheiten des Einzelfalles, die eigenen Kräfte und Ressourcen sowie Mittel des Leistungsberechtigten ausschlaggebend sind. Die angemessenen Wünsche des Leistungsberechtigten haben eine herausgehobene Bedeutung in der Gestaltung des Hilfeprozesses. Die Entscheidung des Leistungsberechtigten, nach Hilfe zu suchen und mögliche Unterstützungsleistungen auszuwählen, sind maßgeblich für den Leistungsrahmen. So erklärt sich, dass Menschen mit Behinderung, die sich in einer sehr ähnlichen Lebenslage befinden, ganz unterschiedliche Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten können. Dies ist in der Pflegeversicherung bisher grundsätzlich anders. Hier folgen aus der Begutachtung fest bemessene Leistungen.

Die Projektnehmer haben auftragsgemäß im neuen Begutachtungsverfahren einen modularen Aufbau gewählt. Die Pflegebedürftigkeit wird bezogen auf unterschiedliche Module (Lebensbereiche) bestimmt. Die Module ergeben in der Gesamtschau – zumindest nach pflegewissenschaftlichen Kriterien - eine abschließende Beschreibung der Pflegebedürftigkeit. Leistungen können damit bezogen auf die unterschiedlichen Lebensbereiche ausgerichtet sein oder auf den Grad der Pflegebedürftigkeit. Die Teilhabe und Rehabilitationsbedürftigkeit von behinderten Menschen ist demgegenüber bisher nicht in ähnlicher Weise in einer modularen Struktur beschrieben worden. Die Leistungen werden deshalb auch nicht auf einzelne Lebensberei-

che bezogen, sondern auf einen Gesamtbedarf. Eine Idee zur Abgrenzung der Leistungsbereiche von Pflege und Teilhabeleistungen bezieht sich nun darauf, Module jeweils ausschließlich einem der Leistungssysteme zuzuordnen. Der Deutsche Verein hält nach derzeitigem Erkenntnis und Forschungsstand eine abschließende Bewertung für zu früh, ob über einen modularen Aufbau der Lebenslagen von pflegebedürftigen Menschen einerseits und von Menschen mit Behinderung andererseits eine begriffliche und leistungsrechtliche Zuordnung gelingen kann. Auch eine modulare Struktur zur Beschreibung einzelner Lebensbereiche würde möglicherweise nicht zu einer willkürfreien Zuordnung führen.

Eine Alternative zu der fachwissenschaftlich anspruchsvollen Abgrenzung ist die Bestimmung einer rein leistungsrechtlich definierten Trennlinie. Das Gesetz kann in begrenztem Umfang Zuordnungen vornehmen, die fachwissenschaftlich nicht abschließend begründet erscheinen. Solche Zuordnungsentscheidungen werden im Bereich der Pflegeversicherung etwa im Falle der Behandlungspflege vorgenommen, die grundsätzlich im stationären Bereich leistungsrechtlich der Pflegeversicherung und im ambulanten Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zugewiesen ist. Sie ist eine Pflegeform, die nicht den 21 Verrichtungen des SGB XI und damit nicht dem derzeitigen Begriff der Pflegebedürftigkeit zugeordnet werden kann und doch teilweise leistungsrechtlich dem SGB XI zugewiesen ist.

Leistungsrechtliche Zuordnungen von fachwissenschaftlich anderen Disziplinen zuzuordnenden Interventionen können nach Auffassung des Deutschen Vereins nur ausnahmsweise und bezogen auf begrenzte Überschneidungsbereiche überzeugen. Für die betroffenen Menschen sind sie schwer nachzuvollziehen. Für die berufliche und fachwissenschaftliche Standardsetzung ist der „fremde“ Leistungsrahmen wenig hilfreich.

Eine Abgrenzung von Leistungstatbeständen über die Zuordnung von Modulen nach kausalen und finalen bzw. fachwissenschaftlichen Merkmalen vorzunehmen, erscheint derzeit noch nicht möglich. Der Deutsche Verein hält eine weitergehende Diskussion für erforderlich, ob hierin ein vielversprechender Weg in der Abgrenzungsfrage zu sehen ist.

b) Abgrenzung nach dem Schwerpunkt oder den Zielen der zu bewilligenden Leistungen

In der Abgrenzung der Hilfearten der Sozialhilfe untereinander wird seit langem versucht, nach dem Schwerpunkt der Leistungen bzw. nach dem Schwerpunkt der verfolgten Ziele eine leistungsrechtliche Zuordnung vorzunehmen. Für die Abgrenzung der Hilfe zur Pflege von der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen wird dabei auch ein inhaltliches Kriterium in der Zielsetzung der Hilfen angenommen. Zugrunde gelegt wird ein Verständnis, das die Pflege als ein Geschehen betrachtet, das eher erhaltenden, bewahrenden Charakter habe, während der Eingliederungshilfe ein eher dynamischer auf Entwicklung und Veränderung ausgerichteter Prozess eigen sei. Entsprechend werden Lebenslagen, in denen aufgrund des Grades der Abhängigkeit von personeller Hilfe nur noch wenige oder keine Entwicklungsmöglichkeiten mehr gegeben scheinen, als solche der Pflege verstanden, während Lebenslagen, in denen sich der betroffene Mensch noch zumindest potenziell entwickeln konnte, als solche verstanden, in denen Aussicht auf Eingliederung in das Leben in der Gesellschaft besteht. Solche Zuschreibungen der Lebenssituation eines in der Regel hochgradig von personeller Hilfe abhängigen Menschen finden regelmäßig erhebliche Kritik. Auch der Deutsche Verein hat in seinen Empfehlungen zur Abgrenzung der Hilfearten untereinander früher eine nämliche Abgrenzung vertreten.[68] Die Kritik an einer solchen Abgrenzung beruht auf gewandelten gesellschaftlichen Anschauungen und erheblichen Fortschritten in den wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Möglichkeit eines Einzelnen, sich noch zu entwickeln und am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben. Die Prämisse eines bewahrenden Charakters der Pflege einerseits und der dynamischen Entwicklungsmöglichkeit in der Teilhabe andererseits ist jedoch nicht auf die Lebenslage eines Menschen bezogen, sondern auf das Leistungsrecht. Mit der getroffenen Unterscheidung nach dem Schwerpunkt bzw. der Zielsetzung der Hilfe soll eine Abgrenzung der Leistungsarten gelingen, die für die Bestimmung der sachlichen Zuständigkeit eines Leistungsträgers erforderlich ist. Bereits in der Darstellung der gewandelten fachwissenschaftlichen Betrachtungen ist deutlich geworden, dass sich die moderne Pflege mit der Zielsetzung einer Aktivierung und der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft an die Aufgaben und Zielsetzungen der Eingliederungshilfe angenähert hat. Es bedarf aber erst eines weiteren gesetzgeberischen Schrittes, der Leistungsart „Pflege“ auch diese erweiterte Aufgabe zuzuschreiben. Im bisherigen Leistungsrecht des SGB XI kann die Aktivierung nur schwer als Aufgabe der Pflege identifiziert werden, auch wenn der fachwissenschaftliche Ansatz ein anderer ist. Der Deutsche Verein hält die Überlegungen darüber aber noch nicht für abgeschlossen, ob die Pflege tatsächlich einen ähnlichen oder gleichen Auftrag haben sollte, wie er der-

[68] Deutscher Verein: Empfehlungen zur Abgrenzung von Arten der Sozialhilfe untereinander, 2. Aufl. 1978, Nr. 33, S. 17.

zeit von der Eingliederungshilfe wahrgenommen wird. Selbstverständlich benötigen pflegebedürftige Menschen häufig auch Hilfe bei der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Ob dies aber aktivierende Pflege genannt werden muss oder auch eine ergänzende Form der Eingliederungshilfe bleiben kann, hält der Deutsche Verein noch nicht für ausreichend ausgelotet.

Die Abgrenzung von Leistungsarten nach dem Schwerpunkt bzw. Zielen der Hilfen beruht auf einer sozialleistungsrechtlichen Aufgabenbeschreibung. Die Begutachtung einer Lebenslage gibt zunächst nur einen Hinweis auf die insgesamt notwendigen Hilfen. Die jeweiligen Hilfesysteme können aber unterschiedliche Aufgaben innerhalb der gesamten Hilfe wahrnehmen.

c) Einbeziehung, Verschränkung oder Anrechnung der Leistungen der Eingliederungshilfe im SGB XI

Für die Sozialhilfe ist der Nachrangrundsatz kennzeichnend. Er besagt, dass Sozialhilfe nur erhält, wer sich nicht selbst helfen kann oder die erforderliche Hilfe nicht von anderen erhält. Aufgrund der beschriebenen inhaltlichen Überschneidungen der Leistungsbereiche der Pflege und der Eingliederungshilfe hat der Gesetzgeber bestimmt, dass Leistungen der Eingliederungshilfe im Verhältnis zu denen der Pflege nicht nachrangig sind.[69] Gerade im Verhältnis von Leistungen der Pflegeversicherung und solchen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ist der sozialhilferechtliche Nachranggrundsatz aufgehoben. Dies hat seinen maßgeblichen Grund in dem Verständnis, dass die Pflege eines behinderten Menschen nach bisheriger Praxis nicht Maßnahmen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ersetzt und auch keine entsprechende Aufgabe hat. Es wurde schon gezeigt, dass die fachliche und inhaltliche Ausrichtung der Hilfen in der Pflege einerseits und der Eingliederungshilfe andererseits sehr unterschiedlich sein kann.

Im Hinblick auf die in einem neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit zum Ausdruck kommende Betrachtung der Lebenswelten behinderter und pflegebedürftiger Menschen erscheint die klare Unterscheidung und Trennung von Leistungsbereichen schwieriger. Das Verhältnis von Pflegeleistungen und Leistungen der Eingliederungshilfe muss deshalb zumindest teilweise neu bestimmt werden.

[69] § 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI.

Der Deutsche Verein kann nach Abwägung der Argumente zur Abgrenzung der Hilfearten aber noch keine abschließende Lösung erkennen. Die Wiederherstellung des Nachrangs der Eingliederungshilfe erscheint ihm ebenso zweifelhaft wie ihm eine der erweiterten inhaltlichen Bedeutung der Pflege nach einem neuen Verständnis Rechnung tragende größere Einbeziehung der Leistungen der Pflegeversicherung als notwendig erscheint. In der vom Deutschen Verein mehrfach betonten Gleichrangigkeit der Hilfesysteme der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe müssen sich die beiden hieraus ergebenden Leistungen wirksam ergänzen und in einem einheitlichen Zusammenhang die Bedarfe eines Menschen decken. Wie diese Leistungen aufeinander bezogen werden könnten, ob und wie ggf. eine Anrechnung gestaltet sein könnte, ob und wie ggf. die Leistungen miteinander verschränkt oder verzahnt sein könnten, hält der Deutsche Verein für offen. Denn für Lösungen in dieser Frage sind eine Vielzahl von Vorfragen noch nicht beantwortet, wie etwa die inhaltliche Beschreibung der Aufgaben einer zukünftigen Pflege und des SGB XI und daneben der Aufgaben der Eingliederungshilfe.

Eine wirksame und abgestimmte Einbeziehung der Leistungen der Pflegeversicherung in der Eingliederungshilfe muss im Weiteren unabhängig von Versorgungsformen gelingen. Das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit betrachtet die Lebenslage eines Menschen aus dem Blickwinkel der Pflege unabhängig von der gewählten oder benötigten Versorgungsform. Das neue Begutachtungsverfahren sieht keine Differenzierung des Grades der Pflegebedürftigkeit danach vor, wie oder wo ein Mensch lebt. Die Reformüberlegungen in der Eingliederungshilfe, ambulante und stationäre Hilfen nach den gleichen Kriterien zu gestalten, weisen in die gleiche Richtung. Der Deutsche Verein hält es für kaum überzeugend, einen nach den Kriterien des neuen Begutachtungsverfahrens gegebenen Grad an Abhängigkeit von personeller Hilfe nur deshalb leistungsrechtlich nicht anzuerkennen, weil die betroffene Person in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe lebt. Eine gelingende Einbeziehung oder Verschränkung von Leistungen der Pflege und der Eingliederungshilfe wird also auch eine Regelung wie § 43a SGB XI in Frage stellen.

Schließlich muss diskutiert werden, wie eine neu zu bestimmende Schnittstelle die leistungsrechtlichen Eigenheiten, die jeweiligen Strukturprinzipien und Kulturen bewältigt. Die Umsetzung eines neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit kann in der Schnittstelle Folgefragen etwa nach der Gestaltung der Hilfen als Sachleistung, der Notwendigkeit eines Versor-

gungsvertrages und der jeweiligen Steuerungsbefugnisse der Leistungsträger auslösen. Auch in diesem Feld sieht der Deutsche Verein noch die Notwendigkeit einer vertieften Debatte.

In aller Offenheit über die Frage, wie die Leistungen des SGB XI auf solche der Eingliederungshilfe bezogen werden sollten, hält der Deutsche Verein als Maßstab für eine Lösung fest, dass

- **in den fachlich begründeten Überschneidungsbereichen eine vom Gesetzgeber bestimmte Zuordnung der sachlichen Zuständigkeit gefunden werden muss,**
- **die integrierte Erbringung von Leistungen für den betroffenen Menschen nicht in Frage gestellt werden darf und damit**
- **vermieden werden muss, dass insbesondere behinderte Menschen durch ein neues Verständnis von Pflegebedürftigkeit und darauf folgende Leistungen der Pflegeversicherung schlechter versorgt und betreut werden als bisher.**

VI. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit im SGB XI und Hilfe zur Pflege

Nach geltender Rechtslage besitzt die Hilfe zur Pflege eine originäre Aufgabe. Der ihr zugrunde liegende Begriff von Pflegebedürftigkeit weist im Vergleich zum Begriff im SGB XI zwei wesentliche Unterschiede auf. Die Hilfe zu Pflege kann zum einen hinsichtlich anderer Verrichtungen geleistet werden als die Leistungen der Pflegeversicherung. Zum anderen enthält der Tatbestand keine zeitliche Mindestpflegebedürftigkeit und erfasst damit auch Personen, die die Stufen nach dem SGB XI nicht erreichen. Neben der in diesen originären Aufgaben liegenden Funktion der Hilfe zur Pflege erfüllt diese zwei typische sozialhilferechtliche Aufgaben: Sie dient als Leistungsnorm für Personen, die die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des SGB XI nicht erfüllen und allein deshalb keine Leistungen bekommen können, und sie dient dazu, im Umfang unzureichende Leistungen nach dem SGB XI aufzustocken.

Die Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wirft die Frage auf, ob und ggf. in welchem Umfang weiterhin alle diese Funktionen der Hilfe zu Pflege weiter bestehen bleiben. Werden Leistungen des SGB XI dem neuen Begriff nachgebildet und Pflegebedürftigkeit nicht mehr in 21 Verrichtungen ausgedrückt, gibt es jedenfalls keine anderen Verrichtungen in einem ergänzenden Leistungssystem mehr. Des Weiteren wird ein neues Verständnis von Pflegebedürftigkeit nach dem derzeitigen Beratungsstand im Beirat auf den Faktor Zeit ver-

zichten, um die Lebenslage eines Menschen zu beschreiben, sondern vielmehr auf Grade der Abhängigkeit von personeller Hilfe abstellen. Es stellt sich dann die Frage, ob und ggf. in welchem Umfang es eine Bagatell- oder Interventionsschwelle im SGB XI gibt, unterhalb derer keine Leistungen zu erbringen sind, auch wenn ein bestimmbarer Grad an Hilfebedürftigkeit besteht. Der Deutsche Verein geht davon aus, dass der Gesetzgeber die mit dem Phänomen demenzieller Erkrankungen verbundene und mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz verwirklichte Erkenntnis gelten lassen wird, wonach auch andere als verrichtungsbezogene Abhängigkeiten von personeller Hilfe bereits zu Leistungen aus der Pflegeversicherung führen können. Inwiefern danach unterhalb einer Interventionsschwelle überhaupt Leistungen der Sozialhilfe in Form der Hilfe zur Pflege weiterhin notwendig sein werden, ist zu prüfen.

Für Leistungen der Hilfe zur Pflege kann nach den bisherigen Überlegungen und unter Beibehaltung eines umfänglich beschränkten Leistungsrahmens des SGB XI schließlich eine Ergänzungsfunktion bestehen bleiben (Nachrangfunktion). Der Deutsche Verein anerkennt zwar, dass ein Sozialversicherungssystem auch Lücken in der Versicherung der Zielgruppe haben kann und einen unzureichenden Deckungsrahmen besitzen kann. Er verweist aber auf die parallele Lage in der gesetzlichen Krankenversicherung, wo er seit einiger Zeit mit Sorge beobachtet, dass bedürftigen Menschen der Zugang zu notwendigen Gesundheitsleistungen versperrt ist. Der Deutsche Verein betont daher, dass Aufgabe der Sozialhilfe ist, nach den Umständen des Einzelfalles dem Einzelnen zu erbringen, was dieser benötigt, um ein Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht.

Im Hinblick auf die noch völlig offene Ausgestaltung einer leistungsrechtlichen Umsetzung eines neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit im SGB XI ist die Frage nach den Folgen für die Hilfe zur Pflege noch nicht zu beantworten. Ob dieser Hilfeform auch zukünftig eine originäre Aufgabe zukommen wird oder zukommen muss, wird sich erst beantworten lassen, wenn die Aufgabe des SGB XI bestimmt ist. Aber bereits in dieser Bestimmung ist die Hilfe zur Pflege mitzudenken. Denn in diesem Feld betätigen sich die Träger der Sozialhilfe nicht nur mit pflegerischen Leistungen, sondern auch in infrastruktureller Hinsicht, in der Gestaltung der Lebenslagen älterer Menschen und in ihrer Verantwortung für das Leben älterer Menschen in der Kommune.

Der Deutsche Verein mahnt eine gesetzliche Umsetzung eines neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit an, der die Hilfe zur Pflege und ihren Aufgabenbereich mit in den Blick

nimmt. Die Aufgaben und Funktionen der Hilfe zur Pflege müssen eigenständig im Bezug auf das SGB XI bestimmt werden. Die leistungsrechtlichen Regelungen müssen Teil eines Konzepts der Politik für ältere Menschen sein.

VII. Feststellung der Bedarfe zur Pflege, Teilhabe und Rehabilitation

Die Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments und der Gegenstand der Begutachtung sind untrennbar verbunden. Die Feststellung von Bedarfen und die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit sind auf einen Leistungstatbestand bezogen. Festgestellt werden jeweils die Voraussetzungen zur Inanspruchnahme von Sozialleistungen. Weitere Feststellungen beziehen sich auf Anspruchsvoraussetzungen, die über den jeweiligen Leistungstatbestand hinausgehen und deshalb weitergehende Ermittlungen nach sich ziehen (etwa versicherungsrechtliche Voraussetzungen, Selbsthilfemöglichkeiten, Einsatz von Einkommen und Vermögen usw.).

Der Deutsche Verein hat im Rahmen der Diskussion über die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen mit Überlegungen zur Bedarfsfeststellung in diesem Sachbereich begonnen. Diskutiert werden Maßstäbe und Grundsätze bis hin zu Verfahren der Bedarfsfeststellung. Das im Projekt Pflegebedürftigkeitsbegriff entwickelte Assessment ist dabei ein Impuls und Beispiel für die Bestimmung von Graden der Abhängigkeit von personeller Hilfe. Die Überlegungen, inwieweit dieses Assessment Beispiel oder Vorlage oder Teil einer Bedarfsfeststellung im Rahmen der Eingliederungshilfe sein kann oder sein sollte, ist noch völlig offen. Ob die in dem neuen Begutachtungsverfahren gewählten Grundverständnisse und Perspektiven für Leistungen der Eingliederungshilfe nutzbar gemacht werden können, ob und ggf. inwiefern sie der Ergänzung oder Erweiterung bedürfen oder ob ein anderer Ausgangspunkt gewählt werden muss, ist vertieft zu prüfen.

Ein weiterer Aspekt der Überlegungen betrifft den Personenkreis der Menschen mit Behinderung, die pflegebedürftig sind. Gerade für Menschen mit Behinderung ist es notwendig, differenziert darzustellen, in welchem Umfang sie - abgesehen von Pflege - der Hilfe durch andere bedürfen. Der Deutsche Verein begrüßt es deshalb, dass der Beirat bzw. die Spitzenverbände der Pflegekassen in einem weiteren Projekt prüfen, wie sich die Nutzung des neuen Begutachtungsverfahrens in der Zielgruppe der behinderten Menschen auswirkt und zu welchen Ergebnissen es führt. Er hält es für zwingend erforderlich, die Erkenntnisse aus diesem Projekt als

Grundlage einer Prüfung heranzuziehen, die die Tauglichkeit und Begutachtungstiefe des neuen Begutachtungsverfahrens für Menschen mit Behinderung zum Gegenstand hat.

Jedenfalls sollte aus Sicht des Deutschen Vereins ein neues Begutachtungsverfahren im SGB XI dem Träger der Sozialhilfe auch ermöglichen, die tatbestandlichen Voraussetzungen der Hilfe zur Pflege festzustellen. Feststellungen über die gesundheitliche Lage eines Menschen, die nach einem standardisierten und wissenschaftlichen Kriterien folgenden Verfahren vorgenommen werden, haben als sachverständige gutachterliche Aussagen eine tatsächliche Bindungswirkung unabhängig von sich daran anschließenden Sozialleistungen. Die Feststellung über Tatsachen ist also regelmäßig bedeutungsvoll für unterschiedliche Leistungsträger. Entsprechend lassen sich die Feststellungen über den Grad der Pflegebedürftigkeit nur bedingt auf ein Leistungssystem beschränken. Deshalb ist die leistungsrechtliche Übersetzung einer Lebenslage in Sozialleistungen schon in der Feststellung über die Lebenslage mitzudenken.

Im Ergebnis können dann institutionelle Formen der Begutachtung sinnvoll sein, die umfassende Feststellungen ermöglichen, die bei allen Leistungsträgern Akzeptanz finden und die Grundlage für Leistungsentscheidungen bilden.

Bedeutung, Wirkung und Nutzen eines neuen Begutachtungsverfahrens in der Pflege sind im Kontext der Bedarfsfeststellung in der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen zu analysieren und zu prüfen.

VIII. Ausblick

Der Deutsche Verein stellt fest, dass der Gesetzgeber mit der Verabschiedung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes einen großen Schritt in der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung unternommen hat. Gerade im Hinblick auf die Einbeziehung von hilfebedürftigen, demenziell erkrankten Menschen, die bisher wenige oder keine Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten haben, hat der Gesetzgeber Verbesserungen geschaffen. Diese kompensieren zwar nicht alle Unzulänglichkeiten des geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Es sollte jedoch nicht übersehen werden, dass die erweiterten Leistungen für Bedarfe an Aufsicht, Begleitung und Anleitung für Menschen mit Fähigkeitsstörungen den Ausschluss der nichtsomatischen Pflegebedarfe erheblich abmildern. Im Hinblick auf die Verbesserungen für demenziell erkrankte Menschen und die damit verbundenen Leistungsausweitungen auch für

Menschen mit Behinderung, die bisher keine Leistungen des SGB XI erhalten haben, ist ein qualitativer Schritt auf der leistungsrechtlichen Seite unternommen worden, um weitere Bedarfslagen neben den Verrichtungen in das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung einzubeziehen.

Der Deutsche Verein geht davon aus, dass die mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz erfolgten Leistungen dem Umfange nach auch nach Einführung eines neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit Bestand haben sollen. Für die Umsetzung eines neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit bietet die beschriebene Erweiterung des Leistungsrechts die Möglichkeit, die Folgen für neu in den Blick genommene Zielgruppen abzuschätzen. Eine Umsetzung der Ergebnisse aus dem Projekt zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und zur Entwicklung eines Begutachtungsinstruments lässt sich nach Auffassung des Deutschen Vereins dann in einen nächsten Schritt zur Reform des SGB XI einpassen.

Der Deutsche Verein sieht die Debatte um die Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz entschärft. Wegen der aufgezeigten Schnittstellenfragen, aber auch wegen der wünschenswerten Erhaltung des mit der Reform erreichten Leistungsniveaus für demenziell erkrankte Menschen hält es der Deutsche Verein für zwingend erforderlich, eine tiefgehende und grundsätzliche Debatte über die Folgen eines neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit in fachlicher, rechtlicher und finanzieller Hinsicht zu führen, ehe ein gesetzlicher Umsetzungsschritt unternommen wird. Die Umsetzung eines neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit kann im Sinne eines gesamtkonzeptionellen Ansatzes nur in Beziehung zu den Reformüberlegungen in der Sozialhilfe, insbesondere in der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, gelingen.

11. Eckpunkte der Positionierung des GKV-Spitzenverbandes zur Neuausrichtung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach dem SGB XI vom 30. Oktober 2008

- Die Forderung nach der Berücksichtigung des besonderen Versorgungs- und Betreuungsbedarfs von Versicherten mit eingeschränkter Alltagskompetenz bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit wird als wichtiges und richtiges sozialpolitisches Anliegen gestützt. Diese Neuausrichtung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist im Hinblick auf die bereits mit dem Pflege-Leistungsergänzungsgesetz geschaffenen und mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz zum 1. Juli 2008 ausgebauten speziellen Leistungsansprüche für diesen besonderen Personenkreis konsequent.

- Die damit verbundene Neuausrichtung der Hilfebedarfsfeststellung und die Zuordnung zu den leistungsrechtlich relevanten Pflegestufen muss insbesondere folgenden Aspekten Rechnung tragen:

  - Das Hilfebedarfsfeststellungsverfahren muss valide, reliabel, transparent und nachvollziehbar sein.
  - Es muss umfassend den kognitiven und somatischen Hilfebedarf erfassen und diese Bedarfe gleichgewichtet werten.
  - Die Pflegestufenspreizung muss in angemessener Relation zu dem tatsächlichen Pflege-/Betreuungsaufwand in den jeweiligen Stufen stehen.
  - Bei der Umstellung auf die neue Systematik muss ggf. über Bestandsschutzregelungen entschieden werden.

- Der Teilleistungscharakter der Pflegeversicherung muss - auch für Leistungen der Betreuung und Versorgung von Versicherten mit eingeschränkter Alltagskompetenz - erhalten bleiben. Bei der Ausgestaltung der Leistungen zur Betreuung und Versorgung von Versicherten mit eingeschränkter Alltagskompetenz ist an die bestehenden speziellen Leistungen der Pflegeversicherung mit dem besonderen Fokus auf niedrigschwellige Betreuungsangebote anzuknüpfen und auf Kompatibilität zu den Betreuungsleistungen anderer Träger zu achten.

- Die Neuausrichtung des Hilfebedarfsfeststellungsverfahrens und des Pflegebedürftigkeitsbegriffs darf nicht zu „Verschiebebahnhöfen“ unter den beteiligten Leistungsträgern führen. So darf der Anspruch zugleich behinderter Menschen auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII nicht eingeschränkt werden. Ferner darf die Neuausrichtung nicht zum Anlass genommen werden, die heutige anteilige Finanzierung der Pflegeversicherung für Pflegeleistungen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen auszuweiten.

12. Stellungnahme der Länder vom 23. Januar 2009

1. Die Sozialministerien der Länder unterstützen das Modellvorhaben zur Entwicklung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Erarbeitung und Erprobung eines neuen Begutachtungsinstruments. Sie begrüßen das damit angestrebte Ziel, Leistungen der Pflegeversicherung nach dem XI. Sozialgesetzbuch (SGB XI) auch auf Menschen mit demenziellen Erkrankungen oder anders verursachten Einschränkungen der Alltagskompetenz auszudehnen. Die ASMK hat bereits im Jahr 2005 einen entsprechenden Beschluss gefasst und die Untersuchung eines funktionsbasierten Begutachtungssystems angeregt.

2. Die Länder halten das vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld entwickelte Neue Begutachtungsassessment für ein fundiert ausgearbeitetes und grundsätzlich geeignetes Instrumentarium, um den bisher rein somatisch geprägten Pflegebedürftigkeitsbegriff abzulösen und künftig insbesondere die Personengruppe der demenziell erkrankten Personen oder der Personen mit anders verursachten Einschränkungen der Alltagskompetenz in die Pflegeversicherung mit einzubeziehen.

3. Die Länder weisen darauf hin, dass die Umsetzung der bisher vom Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsberichts vorgelegten Ergebnisse aus fachlichen und politischen Gesichtspunkten strukturelle Änderungen des Leistungsrechts des SGB XI erfordern würde. Es ist kaum darstellbar, dass der strikt verrichtungsbezogene Ansatz bei den ambulanten Sachleistungen angesichts eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der Kompetenzeinschränkungen und vor allem auch die Kompetenzeinschränkungen von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz abbildet, aufrecht erhalten bleibt. Je nach Ausgestaltung eines neuen Leistungsrechtes können sich erhebliche Wechselwirkungen mit anderen Sozialleistungen, vor allem nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) ergeben, besonders gilt das für die Eingliederungshilfe und die Hilfe zur Pflege. Im Zuge der Überprüfung des Leistungsrechts des SGB XI und des SGB XII ist auch die Vorschrift des § 43 a SGB XI zu prüfen. Die Länder verweisen auch auf die aktuell geführte Diskussion, die Leistungen der Eingliederungshilfe neu zu überdenken. Die Länder begrüßen daher den weiteren Gutachtenauftrag zu den Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die Sozialhilfeträger an das Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen. Da dieses Gutachten die Auswirkungen auf der Grundlage des geltenden Leistungsrechts des

SGB XI untersuchen soll, ist aber darauf hinzuweisen, dass von diesem Gutachten für die genannten weitergehenden Fragestellungen noch keine Erkenntnisse zu erwarten sind.

4. Es ist aus Sicht der Länder wünschenswert, dass das neue Begutachtungsinstrument so weiter entwickelt wird, dass Bedarfsfeststellungsverfahren in der Eingliederungshilfe darauf zurückgreifen können. Die Hilfeplanung in der Eingliederungshilfe erfordert allerdings weitergehende, über das neue Begutachtungsverfahren in der Pflegeversicherung hinaus gehende Elemente. Inwieweit es möglich ist, gemeinsame Grundlagen für unterschiedliche Feststellungszwecke zu schaffen, bedarf noch einer vertieften Erörterung, an der Experten aus allen betroffenen Bereichen beteiligt werden müssen. Dasselbe gilt für die Frage, wie ein solches gemeinsames System verfahrensmäßig auszugestalten ist.

   Soweit sich in der praktischen Erprobung des Neuen Begutachtungsassessment herausstellt, dass die Module sieben und acht (Feststellung von Hilfebedürftigkeit) für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit entbehrlich sind, sollten sie nicht in die gesetzliche Definition des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs übernommen werden.

5. Die Länder halten es angesichts der Schnittstellenproblematik für notwendig, dass der Bund unabhängig von der Diskussion und den Ergebnissen des Beirats zeitnah eine gesonderte Bund-Länder-Arbeitsgruppe einsetzt, deren Aufgabe es ist, die Schnittstellen und Wechselwirkungen mit anderen Sozialleistungen auf der Grundlage von Überlegungen zur Ausgestaltung des Leistungsrechts im SGB XI interdisziplinär zu erarbeiten. Darüber hinaus sind die möglichen leistungsrechtlichen und fiskalischen Auswirkungen sowie mögliche Konsequenzen im Verhältnis Bund, Länder und Kommunen darzustellen.

6. Die Länder weisen auf die schwierige finanzielle Lage sowohl der Pflegekassen wie auch der Haushalte der Länder und der kommunalen Gebietskörperschaften hin. Da die Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus Sicht der Bundesregierung Finanzierungsrisiken für die Pflegeversicherung vermeiden muss (s. Einführung des Abschlussberichtes), weisen die Länder schon jetzt darauf hin, dass die Anpassung des Leistungsrechts des SGB XI auch nicht zu erweiterten Finanzierungspflichten oder Risiken für die Hilfe zur Pflege oder die Eingliederungshilfe nach dem SGB XII führen darf.

13. Eckpunkte des Sozialverbandes VdK Deutschland e.V., der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., der Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V., der BAG SELBSTHILFE e.V., des Sozialverbands Deutschland e.V. (SoVD), der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. zur neuen Begutachtungsinstrument und einem erweiterten Begriff der Pflegebedürftigkeit vom 03. November 2008

1. Der heutige Pflegebegriff ist vorrangig auf körperbezogene (somatische) Aspekte fokussiert, soziale, psychosoziale und kommunikative Aspekte von Pflege werden weitestgehend ausgegrenzt. Es wird ausdrücklich begrüßt, dass der erweiterte Pflegebedürftigkeitsbegriff den allgemeinen Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und damit auch kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen berücksichtigt. Damit wird deutlich, dass Pflege mehr ist als das, was bisher im verrichtungsbezogenen Pflegebegriff als solche definiert ist.

2. Leistungen der Pflegeversicherung werden bislang nur gewährt bei erheblicher Pflegebedürftigkeit (Hilfebedarf von mindestens 90 Minuten täglich für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung). Der Entwurf des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ermöglicht eine neue Pflegestufe unterhalb dieser Schwelle („neue Pflegestufe 1: geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit“). Dies wird ausdrücklich begrüßt. Diese neue Pflegestufe muss indessen auch leistungsrechtlich relevant sein. Es ist den Betroffenen nicht zu vermitteln, dass sie zwar pflegebedürftig sind, ihnen aber dennoch keine Leistungen der Pflegeversicherung zustehen.

3. Das neue Begutachtungsinstrument (NBA) stellt einen Fortschritt gegenüber dem heutigen Begutachtungsverfahren in der Pflegeversicherung dar. Das NBA erfasst Selbständigkeitseinbußen in einem umfassenderen Sinne als bisher. Dieser Vorteil des NBA darf nicht dadurch eingeschränkt werden, dass auf Module wie hauswirtschaftliche Versorgung und außerhäusliche Aktivitäten verzichtet wird.

4. Die mit der Neuentwicklung verknüpfte Erwartung, das NBA möge im Sinne des SGB IX den gesamten Hilfe-, Rehabilitations- und Pflegebedarf trägerübergreifend und umfassend ermitteln, erfüllt sich nicht. Es wurde hier die Chance vergeben, im Rahmen

des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs grundsätzliche Fragestellungen hinsichtlich Pflege und Teilhabe zu klären. Dazu hätten von vornherein sowohl die unterschiedlichen Gruppen behinderter Menschen und ihrer Interessenvertreter als auch in diesen Gebieten sachkundige Wissenschaftler stärker in die Beiratsarbeit einbezogen werden müssen. So stellt das NBA einen Kompromiss zwischen den beiden zentralen Funktionen (Feststellung von Leistungsansprüchen, Ergebnisnutzung bei der Hilfe- und Pflegeplanung) und des von den Pflegekassen vorgegebenen maximalen Zeitrahmens der Begutachtung von einer Stunde dar. Der Kompromiss geht daher zwangsläufig zu Lasten des Nutzens für die individuelle Hilfe/Pflegeplanung, welche auch Teilhabeaspekte berücksichtigt. Je stärker diese Fragen der sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe tangiert sind, desto gröber wird das Instrument und desto unterschiedlicher werden die jeweiligen Bedarfe eingeschätzt. Die Erfassung des (medizinischen) Rehabilitationsbedarfs gelingt auch mit dem NBA nur unzureichend. Ergänzende und vertiefende Feststellungsverfahren sind deshalb unverzichtbar.

5. Da das NBA gerade bei Fragen der sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe allenfalls Anhaltspunkte, jedoch keine ausreichende Grundlage für die individuelle Hilfeplanung gibt, muss der Sozialhilfeträger eigenständige Ermittlungen anstellen und kann in diesem Bereich nicht an die Entscheidungen der Pflegekassen gebunden sein. Wünschenswert wäre aus Sicht der Betroffenen ein einheitliches trägerübergreifendes Begutachtungsverfahren auf der Grundlage des SGB IX.

6. Mit dem neuen Begutachtungsinstrument und der Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind die heute bestehenden Versorgungslücken noch nicht geschlossen. Entscheidend ist, ob und welche Leistungen von den Pflegekassen die Personen tatsächlich erhalten. Dies hängt letztlich von der Verteilung der Leistungsberechtigten auf die Pflegestufen und der Höhe des Geldbetrags der einzelnen Stufen sowie davon ab, welche Leistungen der Betroffene mit dem Geldbetrag in Anspruch nehmen darf.

7. Ob es zu einer Ausweitung des berechtigten Personenkreises und einer Veränderung der Verteilung der Leistungsberechtigten auf die Pflegestufen kommt, hängt von den definierten Schwellenwerten und der Gewichtung der einzelnen Module bzw. der Teilergebnisse für die einzelnen Module ab. Die Definition der Schwellenwerte und die Gewichtung der Module muss vorrangig nach pflegewissenschaftlichen Erkennt-

nissen festgelegt werden und danach, welche Hilfe der Mensch mit Pflegebedarf tatsächlich benötigt. Keinesfalls dürfen Schwellenwerte allein aus fiskalischen Gründen oder zur unbedingten Erreichung eines kostenneutralen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verändert werden. Da indessen bereits jetzt absehbar ist, dass bestimmte Personengruppen schlechter gestellt werden als im bisherigen System, sind in jedem Fall Bestandsschutzregelungen vorzusehen.

8. Der mit dem NBA entwickelte neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird Auswirkungen auf die Definition der Sachleistungen nach § 36 SGB XI haben, die bisher an den verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriff der §§ 14, 15 SGB XI geknüpft ist. Auf diese Weise wird das Leistungsspektrum um nicht verrichtungsbezogene Bedarfe erweitert. Das erfordert zum einen die Ermöglichung einer individuelleren Planung des jeweiligen Bedarfs an Leistungen, die nicht mehr an die verrichtungsbezogenen Teilbedarfe anknüpfen. Zum anderen muss sichergestellt werden, dass auch die erweiterten Leistungen qualitätsgesichert und überprüfbar sind. Das erweiterte Leistungsspektrum erfordert zudem eine deutliche Erhöhung der Sach- und Geldleistungsbeträge. Alles andere wäre für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen nicht nachvollziehbar.

9. Die mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz verbundenen Leistungsverbesserungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45 a und § 87b SGB XI müssen erhalten bleiben. Der Bevölkerung wäre nicht zu vermitteln, wenn die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Einzelfall zu Leistungsverschlechterungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz führt, für die die Reform gerade gedacht ist. Hinzu kommt, dass die mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz verbesserten Leistungen für diese Menschen auch dazu dienen, pflegeentlastende Infrastrukturen aufzubauen. Sollten diese Leistungen zukünftig in die sonstigen Geld- und Sachleistungen integriert werden, besteht die Gefahr, dass diese, insbesondere auch für pflegende Angehörige oder pflegende nahe stehende Personen, entlastenden Angebote, die erst seit wenigen Jahren verstärkt aufgebaut werden, zurückgefahren und wieder abgebaut werden.

10. Auf Kritik stößt, dass der Entwurf des Pflegebedürftigkeitsbegriffs in Bezug auf die Haushaltsführung (Modul 8) Einschränkungen vorsieht. Die hauswirtschaftliche Ver-

sorgung, wie wir sie heute kennen, muss im Pflegebedürftigkeitsbegriff integriert und Leistungsbestandteil der Pflegeversicherung bleiben. Zumindest muss in § 14 SGB XI klargestellt werden, dass der diesbezügliche Hilfebedarf aus Mitteln der Pflegeversicherung gedeckt werden kann. Gerade die hauswirtschaftliche Versorgung stellt für viele Menschen mit geringerem Pflegebedarf ein notwendiges Modul zur Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung dar und ist im Sinne einer aktivierenden Pflege unerlässlich.

11. Das Modul 5 „Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ weist Überschneidungen mit der ärztlich verordneten häuslichen Krankenpflege auf. So wird der personale Hilfebedarf bei Leistungen, die im Leistungskatalog der häuslichen Krankenpflege enthalten sind, auch einstufungsrelevant für die Pflegeversicherung. Dies darf nicht dazu führen, dass der Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege eingeschränkt wird. Insofern muss im Pflegebedürftigkeitsbegriff klar gestellt werden, dass die Leistungen nach § 37 SGB V unberührt bleiben.

12. Die Deckung des Pflegebedarfs kann für behinderte Menschen mit Pflegebedarf eine wesentliche Voraussetzung für Teilhabe im Sinne des SGB IX sein. Leistungen zur Pflege müssen daher mit anderen Leistungen zur Teilhabe koordiniert und vernetzt werden. Leistungen zur Pflege nach SGB XI sind perspektivisch als Teilhabeleistung und die Leistungsträger der Pflege als Rehabilitationsträger in das Neunte Buch Sozialgesetzbuch aufzunehmen; als Meilenstein auf diesem Weg ist zuvor das Verhältnis der Pflegeversicherung zur Sozialhilfe als Rehabilitationsträger abzuklären.

13. Eine Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs darf nicht dazu führen, dass der Zugang zu Leistungen zur Teilhabe nach dem SGB IX und zur Eingliederungshilfe nach dem SGB XII eingeschränkt wird. Der Gesetzgeber hat das Verhältnis von Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe in den §§ 13 Abs. 3 Satz 3, 43a, 71 Abs. 3 und 4 SGB XI und § 55 SGB XII geregelt. Danach sind Leistungen der Eingliederungshilfe im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig. Sie bleiben vom SGB XI unberührt und sind in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe *einschließlich der Pflegeleistungen* zu gewähren. Die Einbeziehung der Pflege in die Eingliederungshilfe (vgl. § 55 SGB XII) entspricht der Grundregelung der Teilhabe in den §§ 10 SGB I und 4 SGB IX. Danach umfassen die Leis-

tungen zur Teilhabe auch die Leistungen, die darauf gerichtet sind, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Die Leistungen der Teilhabe, insbesondere der Eingliederungshilfe sind im Vergleich zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherung oder der Hilfe zur Pflege (§§ 61ff. SGB XII) umfassender angelegt und betrachten den Menschen mit seinem Hilfebedarf aus einer anderen Perspektive. Die Leistungen zur Eingliederungshilfe haben für behinderte Kinder und Jugendliche überwiegend einen pädagogischen/ erzieherischen Schwerpunkt und werden dementsprechend von HeilerzieherInnen, HeilpädagogInnen, HeilerziehungspflegerInnen u. a. erbracht. Im Erwachsenenalter steht die Befähigung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, insbesondere am Arbeitsleben, im Vordergrund. Sie sind eigenständige Leistungen, die von einem erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff unberührt bleiben müssen.

Es ist absehbar, dass der Beirat die Definition der Schnittstellenprobleme und die Abgrenzung zwischen Pflege und Eingliederungshilfe nicht wird leisten können. Es erscheint daher sinnvoll, das Verhältnis von Leistungen der Pflege nach dem SGB XI und Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§ 53f. SGB XII) und die Abgrenzung dieser Leistungen aus beiden Perspektiven unter Einbeziehung von Wissenschaftlern der beteiligten Disziplinen zu erörtern und dafür einen Beirat zur Teilhabe zu etablieren.

14. Hinsichtlich der Pflegebegutachtung von Kindern und Jugendlichen wird die Entwicklung eines spezifischen Begutachtungsinstruments begrüßt. Schon bei der Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs muss aber der spezifischen Bedarfssituation von Kindern und Jugendlichen Rechnung getragen werden. Eine Subtraktion des fiktiven Unterstützungsaufwandes für nicht pflegebedürftige Kinder stellt keine adäquate Bedarfsbestimmung dar.

14. Positionen des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs des SGB XI vom 27. Oktober 2008

1. 40 Mitgliedsunternehmen des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sind Träger der Pflegeversicherung nach dem SGB XI für 9.3 Mio. privat krankenversicherte Bürgerinnen und Bürger. Diese Unternehmen müssen den in der privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) Versicherungspflichtigen einen Versicherungsschutz mit gleichwertigen Leistungen wie im Vierten Kapitel des SGB XI bieten und sind nach § 23 Absatz 6 Nr. 1 SGB XI verpflichtet, für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie für die Zuordnung zu einer Pflegestufe dieselben Maßstäbe und Grundsätze wie in der sozialen Pflegeversicherung anzulegen. Die Regelungen der §§ 14 und 15 SGB XI sind daher in die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die PPV (MB/PPV 2009) übernommen und damit zum Bestandteil der abgeschlossenen Versicherungsverträge gemacht worden.

2. Die Verbandstochter MEDICPROOF GmbH, führt als medizinischer Dienst der PPV jährlich mehr als 100.000 Begutachtungen von Versicherten durch, die Leistungen aus der PPV in Anspruch nehmen möchten. Die Gutachter legen ihrer Tätigkeit die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen und insbesondere auch die Begutachtungsrichtlinien nach den §§ 17, 53a SGB XI zugrunde und beachten die einschlägigen Vorgaben zur Qualitätssicherung. Bei der Beurteilung der medizinischen und pflegerischen Sachverhalte sind die von der MEDICPROOF GmbH eingesetzten Gutachter (Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachkräfte) nicht weisungsgebunden. Ihre Feststellungen sind als Schiedsgutachten nach § 64 VVG-alt (§ 84 VVG – neu) für die Parteien des Versicherungsvertrages verbindlich (BSG, Urteile vom 22.08.2001, Az: B 3 P 21/00 R und B 3 P 4/01 R), wobei im Falle eines Einspruchs des Versicherten mit dessen Zustimmung regelmäßig eine erneute Begutachtung durch einen anderen Gutachter erfolgt.

3. Aus Sicht der PKV gilt es, bei der Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments und eines entsprechenden Pflegebegriffs deren Hauptfunktionen fest im Blick zu behalten, nämlich die Feststellung der Leistungsansprüche zwecks sachgerechter Verteilung der Mittel der Pflegeversicherung auf die Pflegebedürftigen und die Unterstützung bei der Hilfe- und Pflegeplanung. Den Bedürfnissen der Praxis kommt dabei großes Gewicht zu. Eine Überfrachtung des Vorhabens birgt die Gefahr des Scheiterns.

4. Trotz der im Massengeschäft bewährten Verfahren und einer hohen Akzeptanz bei den zu begutachtenden Antragstellern – die Rate der Einwendungen lag 2007 insgesamt bei unter 4 % - ist festzustellen, dass die Zuverlässigkeit (Reliabilität) der Untersuchungen auf der Grundlage der geltenden Regelungen noch verbessert werden kann, dies auch durch Verbesserung des derzeitigen Pflegebegriffs und des daran anknüpfenden Instruments zur Begutachtung. Die PKV verbindet unter dem Gesichtspunkt der individuellen Gerechtigkeit mit einer Neuentwicklung die Erwartung, dass sich die Replizierbarkeit der Begutachtungsergebnisse insgesamt erhöht und diese weniger anfällig für Zufallsfehler sind. Sie spricht sich daher bei grundsätzlicher Zustimmung zu dem Neuen Begutachtungs- Assessments (NBA) vor einer gesetzgeberischen Entscheidung für weitere Testungen aus.

5. Maßgebend für die insgesamt positive Bewertung des NBA durch die PKV ist die Verbesserung der Validität gegenüber dem bisherigen Verfahren. Der Ansatz, Pflegebedürftigkeit über den Zeitbedarf eines Laien für die Übernahme der erforderlichen Verrichtungen zu erfassen, wird von der Praxis schon länger als nicht optimal empfunden, u.a. weil der Gutachter die diesbezüglichen Angaben des Betroffenen nicht überprüfen kann. Der gewählte neue Ansatz, bei dem statt der Pflegezeit der Grad der Selbständigkeit ermittelt wird, entspricht demgegenüber insgesamt den Erwartungen, die die PKV mit der Arbeit des Beirats verbindet und die darin bestehen, die Bedarfe von Pflegebedürftigen umfassend abzubilden und dabei Personen mit kognitiven Einschränkungen besser gerecht zu werden.

6. Bedenken gegen das NBA bestehen in Bezug auf die Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit auf der Laienebene. Die aufgrund der Komplexität eingeschränkte Transparenz des neuen Verfahrens steht im Widerspruch zu berechtigten Forderungen der Öffentlichkeit und wirft ein Vermittlungsproblem für den Versicherer, für den Gutachter vor Ort und letztlich für die politisch verantwortlichen Stellen auf. Zusammen mit möglicherweise veränderten Verteilungswirkungen in Einzelfällen oder in Bezug auf bestimmte Gruppen, kann die Akzeptanz der neuen Systematik beeinträchtigt werden. Eine Verbesserung der Transparenz sollte daher angestrebt werden.

7. Die PKV hält es außerdem für erforderlich, dass ein neues Begutachtungsinstrument und ein darauf aufbauender neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff keine Leistungserweiterungen der Pflegeversicherung nach sich ziehen. Durch einen geänderten Pflegebegriff sollten keine

Erwartungen geweckt werden, die nicht erfüllt werden können. Bereits jetzt ist die Pflegeversicherung in einer finanziell angespannten Lage, die durch weitere Leistungsausweitungen noch verschärft würde. Eine Entlastung ist angesichts der Überalterung der Bevölkerung nicht zu erwarten. Die PKV hält nichts davon, eine öffentliche Diskussion über eine Ausweitung der Leistungen losgelöst von der Finanzierungsfrage zu beginnen. Sie hat Verständnis dafür, wenn sich andere Kostenträger gegen eine Verlagerung von neuen Kosten der Pflege in Ihren Bereich verwahren.

8. Vorschläge, die darauf hinauslaufen, eine eigenständige Pflegeversicherung aufzulösen, lehnt die PKV ab.

Impressum

Herausgeber:
Bundesministerium für Gesundheit
Referat Öffentlichkeitsarbeit
11055 Berlin

Gestaltung: BUTTER. Agentur für Werbung GmbH
Foto: Julia Baier
Druck: pH-Druck GmbH

Stand: Januar 2009, 1. Auflage

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.