Bundesministerium
für Gesundheit

Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

27. Juni 2013

Vorwort der Vorsitzenden des Expertenbeirats

K.-Dieter Voß und Wolfgang Zöller, MdB

Die Soziale Pflegeversicherung ist der jüngste, eigenständige Zweig der Sozialversicherung. Bisher konzentriert sie sich auf zeitlich eng begrenzte Hilfen bei einzelnen Alltagsverrichtungen, insbesondere von vorrangig körperlich beeinträchtigten Menschen. Damit grenzt sie Menschen mit geistigen Behinderungen, kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen weitgehend aus. Diese fehlende Gleichbehandlung und die unzureichende Teilhabeorientierung der Pflegeversicherung bedürfen einer Korrektur. Sie führen zu falschen Versorgungsstrukturen und entsprechen nicht den Anforderungen einer demografisch gewandelten Gesellschaft.

Durch eine Reihe von gesetzgeberischen Maßnahmen seit 2001 wurden die genannten Defizite zwar gemindert. Insbesondere das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz verbessert für an Demenz erkrankte Menschen die auf ihre besonderen Bedürfnisse ausgerichtete Betreuung und Pflege. Die Gerechtigkeitslücke ist damit verringert, aber nicht beseitigt worden.

Daher hat der „Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ in den Jahren 2006–2009 ein neues Verständnis von Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung entwickelt. Zentrale Empfehlung war, einen neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit mit einem entsprechenden, neuen Begutachtungsverfahren zu schaffen.

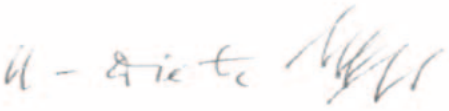
An diese Vorarbeiten des Beirats aus dem Jahre 2009 hat der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in seinen Beratungen ab dem 1. März 2012 inhaltlich angeknüpft und verbliebene offene Fragen, die für die politischen Beratungen bedeutsam sind, geklärt.

Alle maßgeblichen Organisationen, hochkarätigen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Sachverständige aus der Pflege waren im Expertenbeirat vertreten. Sie haben ihre spezifische Kompetenz engagiert eingebracht und sich dabei als ein Gremium von Expertinnen und Experten verstanden, das fachlich ausgerichtete Pflege-Empfehlungen zur Entscheidungsfindung der Politik gibt.

Mit dem Abschlussbericht wird nun ein fachlich stimmiges Konzept vorgelegt, das aus Beiratssicht Grundlage für die nach der Bundestagswahl erforderlichen politischen Beratungen und gesetzgeberischen Maßnahmen sein könnte und sein sollte. Mit diesem Bericht kann die zukünftige Politik dieses Ziel zeitnah erreichen.

Wir danken allen Expertinnen und Experten im Beirat, den beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern und den Gästen aus den Ministerien sowie den Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle des Expertenbeirats, hier insbesondere Heike Hoffer, der Leiterin der Geschäftsstelle, und Anne Ueberall-Jahn für die in den 15 Monaten geleistete intensive Arbeit und die dadurch erzielten Ergebnisse.

Berlin, den 27. Juni 2013



K.-Dieter Voß

Wolfgang Zöller, MdB

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung und Empfehlungen des Expertenbeirats 8

I. Ausgangslage und Beratungsgegenstände des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 11

1.1 Der neue Begriff der Pflegebedürftigkeit und das neue Begutachtungsassessment – Ausgangspunkte für die Verbesserung und Weiterentwicklung der Gesetzlichen Pflegeversicherung 11
1.2 Die Einführung des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit – eine fachliche und organisatorische Herausforderung für alle Akteure in der Pflege 14
1.3 Auftrag von Bundesminister Daniel Bahr an den Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und seine Aufgabenstellung 14
1.4 Selbstverständnis und Vorgehensweise des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 16

II. Gremienstruktur und Arbeitsweise des Expertenbeirats 17

2.1 Der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und seine Gremienstruktur 17
2.2 Arbeitsweise des Expertenbeirats und wissenschaftliche Unterstützung 18

III. Empfehlungen des Expertenbeirats zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 20

3.1 Empfehlungen zum Neuen Begutachtungsassessment (NBA) 20
3.1.1 Sachstand der Bewertungssystematik und der Schwellenwerte des NBA 20
3.1.2 Umgang mit den Modulen 7 und 8 des NBA 23
3.1.3 Umgang mit besonderen Bedarfskonstellationen unter Berücksichtigung der Schwellenwerte des NBA 23
3.1.4 Einstufung von Kindern von 0–18 Monaten 26
3.1.5 Klärung des Rehabilitationsbedarfs 27
3.1.6 Änderungen an den Begutachtungsmanualen 28
3.1.7 Umbenennung des Begriffs „Bedarfsgrad“ in den Begriff „Pflegegrad“ 28

3.2 Grundsätzliche Empfehlungen und Hinweise zur Ausgestaltung der Leistungen ... 29
3.2.1 Ziele der Gesetzlichen Pflegeversicherung ... 29
3.2.2 Fachpolitische Zielsetzungen ... 29
3.2.3 Fachliche Folgewirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einschließlich des NBA für die Definition der Pflegebedürftigkeit nach Art, Inhalt und Umfang der Leistungen ... 30
3.3 Empfehlungen zur gesetzlichen Neudefinition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit und zur Ausgestaltung der Leistungsinhalte ... 31
3.3.1 Gesetzliche Neudefinition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit ... 31
3.3.2 Leistungsinhalte in der häuslichen Versorgung, insbesondere: Leistungsinhalte der ambulanten Sachleistung nach § 36 SGB XI ... 31
3.3.3 Umgang mit den Sonderregelungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in der ambulant-häuslichen Versorgung (§§ 45b, 123 SGB XI) ... 33
3.3.4 Umgang mit den Infrastrukturleistungen nach §§ 45c und 45d SGB XI ... 35
3.3.5 Kurzzeit- und Verhinderungspflege / Gestaltung der Übergangsversorgung ... 35
3.3.6 Umgang mit den Sonderregelungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in der stationären Versorgung (§ 87b SGB XI) ... 36
3.3.7 Leistungen der sozialen Sicherung für pflegende Angehörige ... 37
3.4 Empfehlungen zur Gestaltung der Leistungshöhen und Relationen zwischen den Leistungsbeträgen ... 38
3.4.1 Vorbemerkungen zur Einordnung der Aussagen in diesem Abschnitt (einschließlich der beispielhaften Berechnungen) ... 38
3.4.2 Grundlagen und Rahmen für die Entwicklung von Leistungshöhen und Relationen zwischen den Leistungsbeträgen ... 38
3.4.3 Verhältnis der Leistungshöhen der ambulant-häuslichen und vollstationären Versorgung ... 39
3.4.4 Verhältnis der Leistungshöhen der Sach- und Geldleistungen ... 41
3.4.5 Leistungsrechtliche Ausgestaltung des Pflegegrads 1 ... 41
3.4.6 Möglichkeiten und Grenzen der Ableitung von Leistungshöhen und Spreizungen der Leistungsbeträge aus dem NBA ... 44
3.4.7 Vorgehensweise bei der Entwicklung einer Grundlage für die Leistungsbemessung ... 47
3.4.8 Zusammenfassung der Erkenntnisse über Leistungshöhen und Relationen zwischen den Leistungsbeträgen aus den Beispielsrechnungen ... 49
3.4.9 Beispielhafte Berechnungen ... 52
3.4.9.1 Festlegungen für die Beispielsrechnungen, Vorgehensweise bei der Berechnung und Hinweise zur Bewertung ... 52
3.4.9.2 Beispielsrechnung zu den kombinierten Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und Gleichsetzung der bisherigen Geld- und ambulanten Sachleistungsbeträge mit den zukünftigen Leistungsbeträgen ... 53
3.4.9.3 Beispielsrechnung zu den kombinierten Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und der Orientierung der Geldleistungsbeträge an den mittleren Punktwerten der Pflegegrade ... 56
3.4.9.4 Beispielsrechnung zu den kombinierten Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und der Orientierung der Geldleistungsbeträge an den unteren Schwellenwerten der Pflegegrade ... 59
3.4.9.5 Kombinierte Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und proportionalem Anstieg der Leistungsbeträge der Geld- und ambulanten Sachleistungen ... 62
3.4.9.6 Beispielsrechnung für einen separaten Entlastungsbetrag in der ambulant-häuslichen Versorgung ... 64
3.4.9.7 Nicht berechnete Leistungen in der ambulant-häuslichen Versorgung ... 65
3.4.9.8 Beispielsberechnungen für die vollstationäre Versorgung ... 65
3.4.9.9 Beispielsberechnungen zum Umgang mit § 87b SGB XI ... 68
3.5 Empfehlungen zur Gestaltung der Schnittstellen zu anderen Sozialleistungssystemen ... 69

3.5.1 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu den Leistungen anderer Sozialleistungssysteme ... 69
3.5.2 Schnittstellen zur Hilfe zur Pflege ... 69
3.5.3 Schnittstellen zur Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ... 71
3.5.3.1 Gegenwärtige Überschneidungen zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ... 72
3.5.3.2 Gegenwärtige Gestaltung der Schnittstellen zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ... 72
3.5.3.3 Zukünftige Gestaltung der Schnittstellen zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ... 73
3.5.3.4 Aktualisierung der Ergebnisse zur NBA-Einschätzung von Menschen mit Behinderungen auf der Basis der aktualisierten Bewertungssystematik ... 74
3.5.4 Schnittstellen zur Gesetzlichen Krankenversicherung ... 74
3.5.5 Hinweise zu finanziellen Auswirkungen im Verhältnis zwischen den Sozialleistungssystemen ... 75
3.6 Empfehlungen zum Leistungserbringerrecht ... 76
3.6.1 Vorgehensweise und gesetzliche Ausgangssituation ... 76
3.6.1.1 Vorgehensweise bei der Entwicklung von Empfehlungen zum Leistungserbringerrecht ... 76
3.6.1.2 Gesetzliche Ausgangssituation ... 77
3.6.2 Empfehlungen zu einzelnen Vorschriften des Leistungserbringerrechts ... 77
3.6.2.1 Übergreifende Empfehlungen und Hinweise zum Leistungserbringerrecht ... 77
3.6.2.2 Empfehlungen und Hinweise zu den Vorschriften über die Beziehungen der Pflegekassen zu den Pflegeeinrichtungen (§§ 71–76 SGB XI) und sonstigen Leistungserbringern (§§ 77–78 SGB XI) sowie zum Pflegevertrag bei häuslicher Pflege (§ 120 SGB XI); Personalbemessung ... 78
3.6.2.3 Empfehlungen und Hinweise zu den Vorschriften zur Pflegevergütung (§§ 82–92c SGB XI) ... 79
3.6.2.4 Empfehlungen und Hinweise zu den Vorschriften zur Qualitätssicherung (§§ 112 ff. SGB XI sowie § 37 Abs. 3, 5 SGB XI) ... 79
3.7 Empfehlungen zur Gestaltung des Systemübergangs ... 79
3.7.1 Empfehlungen zum Verfahren der Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens ... 79
3.7.1.1 Vom Inkrafttreten einer gesetzlichen Regelung zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bis zum Stichtag der Umsetzung ... 80
3.7.1.2 Wirksamwerden des neuen Begutachtungsverfahrens ... 80
3.7.2 Empfehlungen zur Gestaltung des Systemübergangs für Leistungsbezieher ... 81
3.7.2.1 Vorgehensweise bei der Entwicklung von Empfehlungen ... 81
3.7.2.2 Gesetzliche Ausgangssituation für Überleitungsregelungen ... 82
3.7.2.3 Wesentliche Ziele der Überleitungsregelungen ... 82
3.7.2.4 Eckpunkte für ein Überleitungskonzept bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ... 82
3.7.2.5 Ausgestaltung der formalen kollektiven Überleitung ... 83
3.7.2.6 Anknüpfungspunkt für den Bestandsschutz beim Vorher-Nachher-Vergleich ... 87
3.7.2.7 Dauer des Bestandsschutzes ... 90
3.7.3 Empfehlungen zur Gestaltung des Systemübergangs für die Leistungserbringer und Leistungsträger ... 90
3.8 Zusammenfassender Zeitplan für den Systemübergang („Roadmap“) ... 92

Anlagen 94

Anlage 1: Mitglieder des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ... 94
Anlage 2: Mitglieder der Koordinierungsgruppe 96
Anlage 3: Mitglieder der Arbeitsgruppe 1 97
Anlage 4: Mitglieder der Arbeitsgruppe 2 und der Teams 98
Anlage 5: Mitglieder der Arbeitsgruppe 3 und der Teams 99
Anlage 6: Mitglieder der Arbeitsgruppe 4 101
Anlage 7: Arbeitsgrundlage der Arbeitsgruppe 1 102
Anlage 8: Arbeitsgrundlage der Arbeitsgruppe 2 104
Anlage 9: Arbeitsgrundlage der Arbeitsgruppe 3 105
Anlage 10: Arbeitsgrundlage der Arbeitsgruppe 4 107
Anlage 11: Roadmap 109

Verzeichnisse 113

Literaturverzeichnis 113
Abbildungsverzeichnis 114
Tabellenverzeichnis 114
Abkürzungsverzeichnis 116

Zusammenfassung und Empfehlungen des Expertenbeirats

Der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs legt mit seinem Abschlussbericht ein stimmiges Konzept für die gesetzgeberische Einführung des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit vor. Es enthält zahlreiche konkrete Empfehlungen und Hinweise zu den damit verbundenen Fragen, die weit über die Antworten und Hinweise des Beirats 2009 hinausgehen. Die im Bericht des Expertenbeirats enthaltenen differenzierten Empfehlungen und Hinweise betreffen die Punkte, die aus Beiratssicht im Rahmen der gesetzgeberischen Umsetzung des Konzepts erforderlich sind.

1. Der Expertenbeirat empfiehlt die Schaffung eines neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit, der fünf Pflegegrade anstelle der bisherigen drei Pflegestufen umfasst. Die neuen Pflegegrade sind maßgebend für die Höhe der Sach- und Geldleistungen. Sie erlauben unter Berücksichtigung des Teilleistungssystems der Pflegeversicherung eine differenziertere Einstufung von erwachsenen Pflegebedürftigen und pflegebedürftigen Kindern und führen zu mehr Gerechtigkeit.

2. Der neue Begriff der Pflegebedürftigkeit bezieht neben den bereits seit 1995 begünstigten, vorrangig körperlich Betroffenen auch pflegebedürftige Menschen mit kognitiven Erkrankungen und psychischen Störungen gleichberechtigt mit ein. Anstelle der bisherigen Sonderleistungen der §§ 45b, 123 SGB XI haben zukünftig alle Pflegebedürftigen, die den gleichen Pflegegrad haben, die gleichen Leistungsansprüche.

3. Grundlage für die Einstufung in Pflegegrade und die Gleichbehandlung aller Pflegebedürftigen ist das neue Begutachtungsassessment (NBA). Es ist modular aufgebaut und misst den Grad der Selbstständigkeit in den pflegerelevanten Bereichen des täglichen Lebens. Die bisherige Beschränkung auf nur bestimmte, körperbezogene Verrichtungen entfällt. Auch die Scheingenauigkeit der bisherigen Zeitmessung wird überwunden; die Zeitmessung entfällt ersatzlos.

4. Die Bedarfslagen pflegebedürftiger Kinder, die für den Lebens- und Versorgungsalltag von pflegebedürftigen Kindern und ihren Eltern von besonderer Bedeutung sind und bei der heutigen Begutachtung für die Pflegestufen größtenteils unberücksichtigt bleiben, werden mit dem NBA besser erfasst. Damit verbessert sich die Einstufung pflegebedürftiger Kinder. Für Kinder von 0–18 Monaten wird eine pauschale Einstufung, die der Höhe nach zwischen Pflegegrad 2 und 3 liegen wird, empfohlen, sodass in dieser Zeit nur eine Begutachtung erforderlich ist.

5. Das neue Begutachtungsassessment gibt Hinweise auf Rehabilitations- und Präventionsbedarfe und stellt eine verbesserte Grundlage für die Versorgungsberatung und -planung dar.

6. Neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung bleibt die häusliche Betreuung Leistung der Pflegeversicherung. Zukünftig wird sie regelhaft zur gleichwertigen „3. Säule“ der Leistungen der Pflegeversicherung.

7. Häusliche Betreuungsleistungen stehen auch zukünftig allen Pflegebedürftigen gleichermaßen zu, auch den vorrangig körperlich beeinträchtigten Pflegebedürftigen.

8. In der vollstationären Versorgung bleiben die zusätzlichen Betreuungsangebote (bisher: § 87b SGB XI) ihrem Leistungsvolumen und ihrer Wirkung nach erhalten. Sie stehen zukünftig allen Pflegebedürftigen zur Verfügung und kommen daher auch den vorrangig körperlich beeinträchtigten Pflegebedürftigen zugute.

9. In der ambulant-häuslichen Versorgung erhalten zukünftig alle Pflegebedürftigen Zugang zu Entlastungsangeboten, die unbürokratisch im Wege der Kostenerstattung abrechenbar sind.

10. Die bisherigen Leistungsarten der Pflegeversicherung (ambulante Sachleistungen, Geldleistungen, Kombinationsleistungen, vollstationäre Sachleistungen) bleiben ebenso erhalten wie weitere Leistungen für besondere Bedarfe (zum Beispiel Hilfsmittel). Die zukünftigen Leistungsinhalte korrespondieren mit dem erweiterten Verständnis von Pflegebedürftigkeit.

11. Zur Frage einer Grundlage für die Leistungsbemessung hat der Beirat intensiv die Möglichkeiten und Grenzen einer Orientierung am tatsächlichen Gesamtaufwand für Pflege und Betreuung beraten. Eine zuverlässige Ermittlung des Gesamtaufwands ist aus methodischen Gründen nicht möglich, da es keine wissenschaftlich gesicherten, objektiven Kriterien zur Bewertung gibt. Zudem sind die Versorgungssituationen und damit die Gesamtaufwände beim gleichen Grad der Beeinträchtigung insbesondere in der ambulant-häuslichen Versorgung je nach Wohn- und familiärer Situation sehr unterschiedlich. In der stationären Versorgung, in der die Rahmenbedingungen der Versorgung stärker vereinheitlicht sind, können mit empirischen Studien zum professionellen Pflegeaufwand Hinweise gewonnen werden, die die fachliche Begründung von Leistungshöhen und -spreizungen unterstützen können.

12. Der Expertenbeirat stellt fest, dass es keine kurzfristig umsetzbare Möglichkeit gibt, Leistungshöhen und -spreizungen aus dem NBA empirisch zu begründen. Der mit dem NBA ermittelte Grad der Selbstständigkeit (Pflegegrad) entspricht dem Ausmaß der Abhängigkeit von Personenhilfe und ist ein Ausgangspunkt für die Gestaltung der Leistungsbeträge. Darüber hinaus empfiehlt der Expertenbeirat, die zukünftigen Leistungsbeträge der Pflegeversicherung an fachlich begründeten, pflegepolitischen Zielsetzungen zu orientieren (zum Beispiel die weitere Stärkung der ambulant-häuslichen Versorgung, die stärkere leistungsrechtliche Berücksichtigung höherer Betroffenheit in den oberen Pflegegraden sowie die Abwendung pflegebedingter Sozialhilfeabhängigkeit).

13. Der Expertenbeirat spricht sich mit weit überwiegender Mehrheit dafür aus, dass das bisherige Leistungsniveau auf dem Stand des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes bei der Gestaltung neuer Leistungsbeträge bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht unterschritten wird. Durch fachlich begründete Anpassungen der Leistungsbeträge können die finanziellen Auswirkungen auf die Pflegeversicherung variieren.

14. Zur Beschreibung der möglichen Auswirkungen einer Einführung des neuen Begriffes der Pflegebedürftigkeit auf die Soziale Pflegeversicherung und die Versicherten hat der Expertenbeirat beispielhafte Berechnungen durchführen lassen, die für die Analyse der Verwirklichung einzelner fachpolitischer Ziele besonders illustrativ sind. Die Beispielsrechnungen verstehen sich als analytische Werkzeuge zur Unterstützung von gesetzgeberischen Entscheidungen über das zukünftige Leistungsrecht bei Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, ohne dass der Beirat sich ausdrücklich für ein Beispiel oder eine Kombination entscheidet. Mit den Beispielsrechnungen wird die Politik in die Lage versetzt, eine konkrete Entscheidung über die finanzielle Ausstattung der Sozialen Pflegeversicherung bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu treffen.

15. Durch die Einstufung in die neuen Pflegegrade erfährt die große Mehrheit der zukünftigen Leistungsbezieher deutliche Verbesserungen, insbesondere die kognitiv und psychisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen werden bei den Leistungsbeträgen gleichgestellt.

16. Der Expertenbeirat legt ein konkretes Überleitungskonzept für bisherige Leistungsbezieher vor. Für diese wird eine unbürokratische, formale Überleitung zum Stichtag der Umstellung empfohlen, ohne dass ein neuer Antrag oder eine neue Begutachtung erforderlich sind.

17. Bisherige Leistungsbezieher, die bei formaler Überleitung einen niedrigeren Leistungsbetrag als bisher erhalten würden, erhalten Bestandsschutz in Höhe des bisherigen Leistungsanspruchs. Der Expertenbeirat favorisiert für die Ausgestaltung der formalen Überleitung für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz mehrheitlich die Variante 2 („doppelter Stufensprung“). Mit dieser

Variante würden Bestandsschutzregelungen für diesen Personenkreis weitgehend entbehrlich, da mit der Überleitung eine Besserstellung der Mehrheit dieser gegenwärtigen Leistungsbezieher erfolgt.

18. Der Expertenbeirat empfiehlt mehrheitlich, keine Befristung des Bestandsschutzes vorzusehen. Soweit sich der Gesetzgeber für eine Befristung des Bestandsschutzes entscheidet, empfiehlt der Expertenbeirat, dass dieser nicht kürzer als drei Jahre sein soll.

19. An der Schnittstelle zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege werden sich Verschiebungen der Leistungszuständigkeiten ergeben. Die Schnittstellen zur Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen werden sich weiter verschärfen. Sie sind im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu lösen.

20. Notwendige Änderungen im Vertrags- und Vergütungsrecht werden unter Berücksichtigung des Gesamtzeitplans für die Umstellung dargestellt.

21. Für die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird ein konkreter Umsetzungsplan („Roadmap“) präsentiert, der von der konkreten gesetzlichen Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens über die notwendigen Änderungen im Vertrags- und Vergütungsrecht alle zentralen Umsetzungsschritte enthält und 18 Monate umfasst.

I. Ausgangslage und Beratungsgegenstände des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

1.1 Der neue Begriff der Pflegebedürftigkeit und das neue Begutachtungsassessment – Ausgangspunkte für die Verbesserung und Weiterentwicklung der Gesetzlichen Pflegeversicherung

Menschen mit Pflegebedarf haben das Recht auf eine qualitätsgesicherte, an ihrem persönlichen Bedarf ausgerichtete, Fähigkeiten fördernde und menschenwürdige Pflege, Unterstützung und Zuwendung bis zum Lebensende.[1] Mit diesem Ziel hat der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Beirat 2009) in seinem Abschlussbericht die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs empfohlen.[2] Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff basiert auf von wissenschaftlicher Seite vorgeschlagenen Elementen eines neuen Verständnisses der Pflegebedürftigkeit. Nach diesem Verständnis ist pflegebedürftig, wer

- infolge fehlender personaler Ressourcen, mit denen körperliche oder psychische Schädigungen, die Beeinträchtigung körperlicher, kognitiver oder psychischer Funktionen oder gesundheitlich bedingte Belastungen und Anforderungen kompensiert oder bewältigt werden können,
- dauerhaft oder vorübergehend[3]
- zu selbstständigen Aktivitäten im Lebensalltag, selbstständiger Krankheitsbewältigung oder selbstständiger Gestaltung von Lebensbereichen und sozialer Teilhabe
- nicht in der Lage und daher auf personelle Hilfe angewiesen ist.[4]

Korrespondierend zu diesem neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit wurde im Rahmen der Beratungen des Beirats 2009 ein neues Begutachtungsinstrument als Kern eines neuen Begutachtungsverfahrens entwickelt, das die Elemente des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs abbildet und konkretisiert. Das so entwickelte Neue Begutachtungsassessment (NBA) erhebt in acht für die Einschätzung von Pflegebedürftigkeit relevanten Lebensbereichen (sogenannten Modulen) das jeweilige Ausmaß der Selbstständigkeit und damit der Abhängigkeit von personeller Hilfe.[5]

Das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit ist charakterisiert durch die Abkehr von einem an den Defiziten orientierten Bild des pflegebedürftigen Menschen und geprägt durch eine Sichtweise, die das Ausmaß der Selbstständigkeit jedes pflegebedürftigen Menschen erkennbar macht.[6] Mit dem NBA existiert dazu ein umfassender und pflegewissenschaftlich fundierter Begutachtungsansatz, mit dem Menschen mit Pflegebedarf anhand des jeweiligen Schweregrades ihrer Beeinträchtigungen in zukünftig fünf Pflegegrade (bisher: Bedarfsgrade)[7] eingestuft werden können.

Zentral für das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit und für die Einstufung mit dem NBA ist, dass das Ausmaß von Pflegebedürftigkeit nicht mehr anhand

1 Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009a), S. 71.

2 Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009a), S. 70.

3 Da es sich hier um den Bereich der Langzeitpflege handelt, ist die Definition für die Gesetzliche Pflegeversicherung in dem Sinne zu konkretisieren, dass Pflegebedürftigkeit mit einer erwarteten Dauer von weniger als sechs Monaten nicht erfasst ist, vgl. auch Ziffer 3.3.1 des Berichts.

4 Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009a), S. 19, 21.

5 Für eine ausführliche Darstellung des NBA vgl. Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009a), S. 34ff., sowie ergänzend Ziffer 3.1 in diesem Bericht.

6 Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009a), S. 70.

7 Vgl. zur Umbenennung Ziffer 3.1.7 in diesem Bericht.

des Faktors „Zeit“ eingeschätzt wird. Denn der Faktor „Zeit“ ist nach pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen als Bemessungsgröße für das Ausmaß der im Einzelfall benötigten Hilfen nicht sachgerecht.[8] Zudem bezieht sich der Faktor „Zeit“ gegenwärtig nur auf einen Teil der bei Pflegebedürftigkeit erforderlichen Hilfen, nämlich die Hilfen bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Alltagsverrichtungen in den Bereichen Mobilität, Ernährung, Körperpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Da diese Hilfebedarfe bei Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen häufiger vorkommen und oft ausgeprägter sind als bei Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen, erfasst der geltende Begriff der Pflegebedürftigkeit den Hilfebedarf von Menschen ungleich und berücksichtigt vor allem den Hilfebedarf von Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen (zum Beispiel allgemeiner Beaufsichtigungsbedarf oder ständige Motivation) nach wie vor nicht angemessen.

Durch das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit und das auf ihm basierende Neue Begutachtungsassessment können **wesentliche Verbesserungen für die Pflegebedürftigen** erzielt werden:

- **Gleichbehandlung von somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen bei Begutachtung und Leistungszugang:** Durch die Anknüpfung an den Grad der Selbstständigkeit anstelle des Faktors „Zeit“ ist es mit dem NBA erstmals möglich, körperlich und kognitiv und psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige bei der Begutachtung und Einstufung gleich zu behandeln.[9] Welche Leistungen ein Pflegebedürftiger in Anspruch nehmen kann, hängt nicht mehr davon ab, ob jemand somatisch, kognitiv oder psychisch beeinträchtigt ist. Pflegebedürftige können grundsätzlich aus dem gleichen Leistungsangebot wählen und erhalten – abhängig von ihrem Pflegegrad – den gleichen Leistungsbetrag.

- **Erhöhte Transparenz und geringerer Aufwand bei der Beantragung und Auswahl von Pflegeleistungen:** Für alle Antragsteller gibt es zukünftig nur noch ein einheitliches – statt zwei verschiedene – Begutachtungsverfahren. Da es keine Sonderleistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz mehr geben wird, können Pflegebedürftige leichter überblicken, welche Leistungsangebote dazu geeignet sind, sie in ihrer konkreten Pflegesituation zu unterstützen.

- **Umfassende Berücksichtigung aller für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit relevanten Kriterien bei der Begutachtung:** Die Begutachtungskriterien des NBA sind zentral für die Einschätzung des Gesamtausmaßes der Abhängigkeit von personeller Hilfe.[10] Im Vergleich zum gegenwärtigen Verfahren erweitert sich das Verständnis von Pflegebedürftigkeit durch Ausweitung der erfassten Bedarfslagen (insbesondere durch die Kriterien des Moduls 2 – kognitive und kommunikative Fähigkeiten, des Moduls 3 – Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, des Moduls 5 – Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie des Moduls 6 – Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte).[11]

- **Verbesserte Berücksichtigung der Beeinträchtigungen von Kindern:** Gerade durch die besonders wichtigen Module 2, 3 und 5 werden Bedarfslagen erfasst, die bei der heutigen Begutachtung für die Pflegestufen größtenteils unberücksichtigt bleiben, für den Lebens- und Versorgungsalltag von pflegebedürftigen Kindern und ihren Eltern aber von besonderer Bedeutung sind. Damit verbessert sich die Einstufung pflegebedürftiger Kinder mit einem leichten Trend zu den „höheren“ Stufen. So werden die meisten Kinder, die im bisherigen System keine Leistungen erhalten, zukünftig mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft.[12]

8 Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009a), S. 71.

9 Dass Personen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen mit dem NBA tendenziell höhere Pflegegrade und damit eine gegenüber dem bisherigen Begutachtungsinstrument deutliche Besserstellung erfahren, wird über die differenziertere Auswertung der Fallanalysen (N = 48) und Sekundärdatenanalysen (N = 544) von Wingenfeld & Gansweid (2013) erneut und für einzelne Untergruppen bestätigt (S. 20, 42).

10 Vgl. Wingenfeld, Büscher & Gansweid (2011), S. 21.

11 Wingenfeld & Gansweid (2013) haben dies anhand der Fallanalyse (N = 48) von einzelnen charakteristischen Personengruppen erneut und noch differenzierter als bisher gezeigt (S. 38). Auch viele spezielle Bedarfskonstellationen werden nach einer Sekundärdatenanalyse (N = 738) mit dem NBA besser als bisher erfasst (S. 50, 54).

12 Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 57, 59. Verwendet wurden in diesem Fall Daten aus der bundesweiten NBA-Erprobung (N = 227), vgl. S. 57. Siehe in diesem Zusammenhang aber auch die Empfehlung des Expertenbeirats zur Einstufung von Kindern von 0–18 Monaten unter Ziffer 3.1.4.

- **Umfassendere Informationserfassung durch das NBA und verbesserte Unterstützung der Pflegeplanung:** Das NBA leistet mit seiner umfassenden und differenzierten Erfassung der relevanten Aspekte von Pflegebedürftigkeit einen wichtigen Beitrag zum pflegerischen Assessment im Rahmen des individuellen Pflegeprozesses, ohne dass es dies ersetzen kann und will.[13] Die bereits umfassende und differenzierte Informationserfassung im Begutachtungsverfahren dient den Pflegebedürftigen und unterstützt die Pflegekräfte in ihrer täglichen Arbeit.

- **Ausgangspunkt für eine personen- und umfeldbezogene Weiterentwicklung der Leistungsgestaltung durch professionelle Leistungserbringer:** Mit dem NBA wird der starke Verrichtungsbezug des gegenwärtigen Begutachtungsinstruments und der gegenwärtigen Leistungen überwunden, sodass sich entsprechende Angebote zielgenauer auf die individuellen Bedarfslagen ausrichten lassen.[14] Auch das den Pflegebedürftigen unterstützende Umfeld kann besser berücksichtigt werden: Beispielsweise erfordern die erstmalige Berücksichtigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen im Modul 5 oder die Berücksichtigung der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte im Modul 6 die (Weiter-)Entwicklung von edukativen und beratenden pflegerischen Leistungen, um der in diesem Bereich festgestellten Bedürftigkeit entsprechen zu können.[15]

- **Verbesserte Erhebung präventions- und rehabilitationsrelevanter Aspekte und verbessertes Verfahren zur Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit:** Im Rahmen der zeitlich begrenzten Begutachtung ist es zwar nicht immer möglich, alle Informationen zu erfassen, die für eine differenzierte Rehabilitationsempfehlung erforderlich sind. Das NBA erfasst jedoch präventions- und rehabilitationsrelevante Aspekte besser und umfassender als das gegenwärtige Begutachtungsverfahren. Dadurch erlaubt es eine stärkere Präventions- und Rehabilitationsorientierung der Leistungserbringung und erleichtert die Entscheidungsfindung im Rahmen des Verfahrens zur Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit.[16]

- **Modulare Struktur bietet größere Flexibilität bei der Weiterentwicklung des Sozialleistungssystems:** Wegen der inhaltlich abgegrenzten Erfassung von Teilbereichen kann die modulare Struktur des NBA zur Zuordnung von Leistungsansprüchen zu verschiedenen Sozialleistungsträgern und bei der Gestaltung der Schnittstellen zu anderen Sozialleistungssystemen genutzt werden.[17]

Durch die dargestellten Charakteristika eröffnen der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das NBA neue Wege für eine qualitative Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung.[18] Daher bietet der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff nach Auffassung des Beirats 2009 die Chance, die zukünftigen Herausforderungen im Gefolge der demografischen Veränderungen besser bewältigen zu können.[19] Der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs[20] („Expertenbeirat“) bekräftigt diese Einschätzung und weist darauf hin, dass die mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff beabsichtigten Wirkungen auch für Weiterentwicklungen der Pflegeversicherung nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs handlungsleitend bleiben müssen.

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG)[21] hat der Gesetzgeber bereits einen ersten Schritt zur Vorbereitung der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs getan. Im Vorgriff auf die Einführung wurden insbesondere Sach- und Geldleistungsbeträge für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz auch ohne Vorliegen einer Pflegestufe eingeführt bzw. bei Vorliegen einer Pflegestufe erhöht (§ 123 SGB XI),

13 Vgl. Wingenfeld, Büscher & Gansweid (2011), S. 23.

14 Vgl. Wingenfeld, Büscher & Gansweid (2011), S. 178.

15 Vgl. Wingenfeld, Büscher & Gansweid (2011), S. 168.

16 Vgl. Wingenfeld, Büscher & Gansweid (2011), S. 23.

17 Vgl. Wingenfeld, Büscher & Gansweid (2011), S. 23.

18 Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009b), S. 16, 3. Spiegelstrich.

19 Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009b), S. 15.

20 Der Expertenbeirat hält die Grundlagen für die Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durch die Ergebnisse des Beirats 2009, insbesondere bezüglich der Schaffung des Neuen Begutachtungsassessments, für bereits so weit konkretisiert, dass er sich für eine Klarstellung in seiner Selbstbezeichnung entschieden hat und sich als „Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ bezeichnet.

21 Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz vom 23.10.2012, BGBl. 2012 Teil I, S. 2246 bis 2264.

und es wurde die Möglichkeit geschaffen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen in der häuslichen Versorgung auch über Sach- und Geldleistungen in Anspruch zu nehmen (§ 124 SGB XI).

Die Vorschriften der §§ 123, 124 SGB XI gelten nur bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Die Leistungen der Pflegeversicherung auf dem Stand des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes[22] (im Folgenden als „PfWG“ abgekürzt) waren daher rechtlicher Ausgangspunkt der Beratungen des Expertenbeirats. Da zum Zeitpunkt der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs die vorläufigen Leistungen des PNG in der Praxis etabliert sein werden, hat sich der Expertenbeirat darauf verständigt, das SGB XI in der Fassung des PNG als tatsächlichen Ausgangspunkt seiner Beratungen zu betrachten.

Der Expertenbeirat betont, dass auch nach dem Inkrafttreten der Übergangsvorschriften der §§ 123, 124 SGB XI weiterhin die Notwendigkeit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs besteht. Denn die zusätzlich eingeführten Leistungen bzw. Leistungserhöhungen und Flexibilisierungen wirken sich nur für bestimmte Gruppen von Pflegebedürftigen aus und führen nicht zu einer tatsächlichen Gleichbehandlung aller Pflegebedürftigen. Bestehende Gerechtigkeitslücken, insbesondere für kognitiv beeinträchtigte Menschen, zum Beispiel Menschen mit demenziellen Erkrankungen, oder für psychisch beeinträchtigte Menschen haben sich durch das PNG zwar verringert, sind aber nicht geschlossen worden. Zudem erhöhen die mit dem PNG neu eingeführten Leistungen die Komplexität des Systems der leistungsrechtlichen Ansprüche noch über das vorherige Maß hinaus. Aus diesem Grund sollte bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auch das gegenwärtig komplexe System der leistungsrechtlichen Ansprüche vereinfacht werden, ohne infrastrukturelle Auswirkungen zu vernachlässigen.

Aus den in diesem Kapitel genannten Gründen bekräftigt der Expertenbeirat die Notwendigkeit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Neuen Begutachtungsassessments als Grundlagen für eine Pflegeversicherung, die auf einem modernen, pflegewissenschaftlich fundierten und umfassenden Verständnis von Pflegebedürftigkeit beruht und in diesem Sinne weiterentwickelt werden kann.

[22] Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28.05.2008, BGBl. 2008 Teil I, S. 874 bis 906.

1.2 Die Einführung des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit – eine fachliche und organisatorische Herausforderung für alle Akteure in der Pflege

Die Einführung des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit bedeutet mehr als nur die Umstellung auf ein neues Begutachtungsinstrument und -verfahren. Die mit dem neuen Begriff verbundenen Ziele – die Gleichbehandlung zuvor verschieden behandelter Gruppen von Pflegebedürftigen und die gesetzliche Umsetzung der im NBA angelegten konzeptionellen Veränderungen der Pflege – können nur erreicht werden, wenn die Ausgestaltung der Gesetzlichen Pflegeversicherung konsequent den neuen Ansätzen folgt. Gleichzeitig ist zu bedenken, dass durch die Pflegeversicherung vielfach bereits ein gutes Leistungs- und Versorgungsniveau erreicht und der Aufbau einer guten Versorgungsinfrastruktur für viele Pflegebedürftige unterstützt wurde. Dieses Leistungs- und Versorgungsniveau sowie die bestehende Versorgungsinfrastruktur sind bei der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Pflegeversicherung zu berücksichtigen, damit ein ressourcenschonender Übergang gelingt.

1.3 Auftrag von Bundesminister Daniel Bahr an den Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und seine Aufgabenstellung

Am 1. März 2012 hat der Bundesminister für Gesundheit, Daniel Bahr, in der konstituierenden Sitzung den Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs darum gebeten, die folgenden Aufgaben innerhalb der laufenden Legislaturperiode zu bearbeiten und einen Bericht mit konkreten Vorschlägen vorzulegen:

Aufgaben des Expertenbeirates zur konkreten Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

1. Umfang

Die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des damit verbundenen neuen Begutach-

tungsverfahrens ist ein zentrales Anliegen der Bundesregierung. Damit werden die heutigen Maßnahmen und die mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) eingeleiteten Reformschritte im Hinblick auf eine höhere Bedarfsgerechtigkeit und Gleichbehandlung der Pflegebedürftigen fortgeführt.

Auf der Basis der bereits vorliegenden Empfehlungen des Beirates zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes sind die bisher nicht hinreichend konkretisierten fachlichen, administrativen und rechtstechnischen Fragen zu klären. Über die Einbindung kompetenter Expertinnen und Experten relevanter Organisationen in der Pflege soll sichergestellt werden, dass Ergebnisse erzielt werden, deren Umsetzung schnell und reibungslos erfolgen kann.

Der Bundesminister für Gesundheit bittet deshalb den Expertenbeirat, konkrete Vorschläge zu den noch offenen Fragen vorzulegen. Dazu gehört auch ein realistischer, zügiger Zeitplan für die einzelnen Schritte (Roadmap).

2. Rahmenbedingungen

Die Beratungen werden ergebnisoffen geführt. Bei der Arbeit des Expertenbeirates sollen insbesondere folgende Aspekte berücksichtigt werden:

2.1 Der Grundsatz des Vorrangs der ambulant-häuslichen Versorgung ist konsequent zu beachten.

2.2 Das Teilleistungsprinzip bleibt zentrales Element der Pflegeversicherung.

2.3 Kein heute bereits pflegebedürftiger Leistungsempfänger soll durch die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Nachteile erfahren.

2.4 Leistungsverschiebungen und damit Verschiebungen in der Finanzlast verschiedener Sozialleistungssysteme sind zu vermeiden. Im Rahmen eines Gesamtfinanzierungstableaus soll es nicht zu Verschiebungen der Kostenrelationen zwischen den Sozialleistungsträgern kommen. Die Frage der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist unabhängig vom Reformprozess der Eingliederungshilfe zu beantworten.

3. Prüfaufträge im Einzelnen

3.1 Aktualisierung der Datengrundlagen.
Die Daten aus dem Bericht des Beirates zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden aktualisiert, soweit das für die effiziente Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Bewertung der Auswirkungen erforderlich ist.

3.2 Leistungsrechtliche Auswirkungen.
Zu erarbeiten ist die Grundlage für die Leistungsbemessung sowie ein Vorschlag für die Leistungshinterlegung der Bedarfsgrade. Dabei sind sowohl die direkte Ableitung des Leistungsgeschehens und möglicher Leistungsansprüche aus dem Ergebnis der Begutachtung als auch Ergebnisse der Gutachten zur Typisierung zu berücksichtigen.

3.3 Übergangsregelungen.
Es bedarf der Ausgestaltung einer Übergangsregelung, die dafür sorgt, dass bisherige Leistungsbezieher durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht schlechter gestellt werden. Zugleich soll die Zahl der Neubegutachtungen von bereits Pflegebedürftigen möglichst gering und damit operativ beherrschbar gehalten werden.

3.4 Neues Begutachtungsverfahren.
In Abhängigkeit von den neuen Regelungen und gegebenenfalls den neuen Pflegestufen soll ein Vorschlag für die schrittweise Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens erarbeitet werden. Dabei soll gegebenenfalls auch geprüft werden, inwieweit die Ergebnisse des neuen Begutachtungsverfahrens aufgaben- und trägerübergreifend zum Beispiel für Beratungs- und Entscheidungszwecke genutzt werden können.

3.5 Anpassung von Vertrags- und sonstigen Regelungen.
Es sind Handlungsempfehlungen zur möglichst reibungslosen Bewältigung der administrativen und organisatorischen Schritte bei der Umstellung unter anderem im Hinblick auf die notwendige Anpassung der Vergütungsvereinbarungen zu formulieren.

3.6 Vermeidung von Verschiebebahnhöfen zwischen Sozialleistungsträgern.
Es ist ein Vorschlag zum Zusammenwirken zwischen den unterschiedlichen Sozialleistungsbereichen zu erarbeiten, der Kostenniveauneutralität für die betroffenen Sozialleistungsträger garantiert.

4. Zusammensetzung und Struktur des Beirates

4.1 Der Beirat setzt sich aus jeweils einem Experten maßgeblicher Organisationen in der Pflege sowie aus Einzelsachverständigen zusammen. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung sowie das Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familie und Jugend entsenden jeweils einen

Vertreter, die Länder insgesamt zwei Vertreter mit Gaststatus in den Expertenbeirat.

4.2 Der Beirat ist in der Wahl seiner Arbeitsformen frei. Er wird durch eine beim Bundesministerium für Gesundheit eingerichtete Geschäftsstelle in seiner Arbeit unterstützt.

4.3 Um die Prüfaufträge zeitnah erfüllen zu können, werden Arbeitsgruppen zu einzelnen Themenkomplexen eingerichtet.

1.4 Selbstverständnis und Vorgehensweise des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Der Expertenbeirat hat sich inhaltlich als Fortsetzungsgremium zum Beirat 2009 verstanden. Als Mitglieder und Gäste des Expertenbeirats wurden je ein Vertreter der gleichen Organisationen bzw. die gleichen Einzelsachverständigen wie in den Beirat 2009 berufen. Das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie das Bundesministerium für Frauen, Senioren, Familie und Jugend sowie die Länder waren mit Gaststatus im Expertenbeirat vertreten. Damit bestand neben der inhaltlichen auch eine organisationsbezogene und in vielen Fällen personelle Kontinuität zum Beirat 2009.

Der Beirat 2009 hat mit seinen Vorschlägen bereits wichtige Vorarbeiten für den Expertenbeirat geleistet. Allerdings waren nach Vorlage seiner Berichte noch zahlreiche Fachfragen einer Einführung offen: So waren verschiedene Detailfragen zum Begutachtungsinstrument zu klären und fachlich begründete Vorschläge für die Ausgestaltung des neuen Leistungsrechts zu entwickeln. Für diejenigen, die bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bereits Leistungsbezieher der Pflegeversicherung sind, waren Überleitungsregelungen zu konzipieren. Auch der konkrete Ablauf der Einführung des neuen Begutachtungsinstruments und -verfahrens und der neuen Leistungen einschließlich der Umstellung der relevanten Verträge und Vereinbarungen mussten geplant und in einen realistischen Zeitplan, die sogenannte „Roadmap", eingearbeitet werden.

Ausgangspunkt der Beratungen und Empfehlungen des Expertenbeirats waren die Empfehlungen aus dem „Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs" (2009) und aus dem „Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs" (2009). Der Expertenbeirat hat sich darauf verständigt, dass von den grundlegenden Ergebnissen und Empfehlungen aus den Berichten des Beirats 2009 grundsätzlich nicht abgewichen werden soll, soweit sich in der Zwischenzeit keine relevanten Änderungen der tatsächlichen oder rechtlichen[23] Grundlagen der beiden Berichte ergeben haben. Die Hinweise und Empfehlungen des Beirats 2009 zu den vom Expertenbeirat bearbeiteten Fragen werden daher in diesem Bericht an einschlägiger Stelle mit dargestellt.

Der Expertenbeirat ist ein Gremium von Fachexperten und Fachwissenschaftlern für die Themen Pflege und Pflegeversicherung.[24] Das Ziel seiner Beratungen war, fachlich oder fachpolitisch begründete Empfehlungen und Hinweise zu geben, wie die konkrete Ausgestaltung und Einführung des neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit in den vom Minister aufgeworfenen Themenbereichen erfolgen kann. Dabei war es der Anspruch des Expertenbeirats, seine Empfehlungen so weit wie möglich fachwissenschaftlich zu fundieren. In seinem Bericht hat der Expertenbeirat an geeigneter Stelle dargestellt, wie er zu seinen Erkenntnissen gekommen ist und auf welche Erkenntnisquellen er sich gegebenenfalls bezieht. Dort, wo es möglich und erforderlich war, hat er sich auf empirische Erkenntnisse aus (wenn möglich repräsentativen) Studien bezogen. Im Übrigen beruhen die Empfehlungen auf der fachlichen Einschätzung bzw. der Praxiserfahrung der beteiligten Experten. Gleichzeitig weist der Expertenbeirat darauf hin, dass fachlich bzw. fachpolitisch begründete Hinweise und Empfehlungen bestimmte Entscheidungen des Gesetzgebers, insbesondere die endgültige Festlegung von konkreten Leistungsbeträgen, nicht vorwegnehmen oder ersetzen können.

---

23 In rechtlicher Hinsicht sind in der Zwischenzeit insbesondere die unter Ziffer 1.1 dargestellten, vorläufigen Änderungen der Leistungen des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) durch das PNG erfolgt.

24 Zu den im Beirat vertretenen Organisationen und Personen siehe die Anlagen 1–6.

II. Gremienstruktur und Arbeitsweise des Expertenbeirats

2.1 Der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und seine Gremienstruktur

Der Expertenbeirat hat am 1. März 2012 unter dem Vorsitz von Wolfgang Zöller, MdB, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, und K.-Dieter Voß (bis zum 31. März 2010 Vorstand des GKV-Spitzenverbands) seine Arbeit aufgenommen. Zur Bearbeitung der offenen fachlichen und organisatorischen Fragen hat der Expertenbeirat vier Arbeitsgruppen mit je zwei Vorsitzenden eingerichtet. Zwei Arbeitsgruppen haben zudem aus ihrer Mitte Teams zur Bearbeitung konkreter Einzelfragen gebildet.[25] Zu speziellen Fragestellungen wurden weitere Sachverständige hinzugezogen. Der Expertenbeirat wurde fachlich und organisatorisch durch eine Geschäftsstelle beim Bundesministerium für Gesundheit unter der Leitung von Ass. jur. Heike Hoffer, LL.M. (Vanderbilt), unterstützt.

Die inhaltliche Koordination im Expertenbeirat erfolgte durch eine Koordinierungsgruppe, die aus den Vorsitzenden des Expertenbeirats, den Vorsitzenden der vier Arbeitsgruppen, den Sozialpartnern[26] sowie der Leiterin der Geschäftsstelle bestand. Mitglieder der Koordinierungsgruppe waren (in alphabetischer Reihenfolge): Dr. Martin Danner, Marco Frank, Dr. Volker Hansen, Werner Hesse, Gernot Kiefer, Dr. Monika Kücking, Dr. Peter Pick, Dr. Edna Rasch, Nadine-Michèle Szepan, Dr. Irene Vorholz, K.-Dieter Voß, Wolfgang Zöller, MdB, sowie für die Geschäftsstelle des Expertenbeirats Heike Hoffer. Die vorbereitenden Arbeiten der Koordinierungsgruppe, der Arbeitsgruppen und der Teams an den Expertenbeirat waren für den Expertenbeirat nicht verbindlich. Verbindliche Entscheidungen über die Aussagen des Berichts des Expertenbeirats wurden ausschließlich im Plenum des Expertenbeirats getroffen.

2.2 Arbeitsweise des Expertenbeirats und wissenschaftliche Unterstützung

Die vorbereitenden Arbeiten des Expertenbeirats fanden vorrangig in den vier Arbeitsgruppen und den zuarbeitenden Teams, die mit hoher Frequenz getagt haben, sowie in der Geschäftsstelle statt. Zur Bearbeitung der offenen fachlichen und organisatorischen Fragestellungen haben alle vier Arbeitsgruppen auf der Basis des Auftrags des Ministers eingangs Arbeitsgrundlagen entwickelt, die die jeweiligen Prämissen, Ziele und eine Liste der offenen Fragen zu den Themenstellungen der Arbeitsgruppen enthalten.[27]

Der Expertenbeirat hat sich angesichts der vielfältigen komplexen Fragestellungen darauf verständigt, sich vorrangig darauf zu fokussieren, welche Änderungen bei der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Neuen Begutachtungsassessments notwendig sind und hierzu Hinweise und Empfehlungen zu geben. Der Beirat 2009 hatte darüber hinaus auch empfohlen, die Einführung des neuen Pflege-

25 Übersichten über die Mitglieder des Expertenbeirats, der Arbeitsgruppen und Teams sind dem Bericht als Anlagen 1–6 beigefügt.

26 Insbesondere Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände, hier durch die Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände und den Deutschen Gewerkschaftsbund repräsentiert.

27 Die Arbeitsgrundlagen sind dem Bericht des Expertenbeirats als Anlagen 7–10 beigefügt.

Die Gremienstruktur des Expertenbeirats stellte sich wie folgt dar:

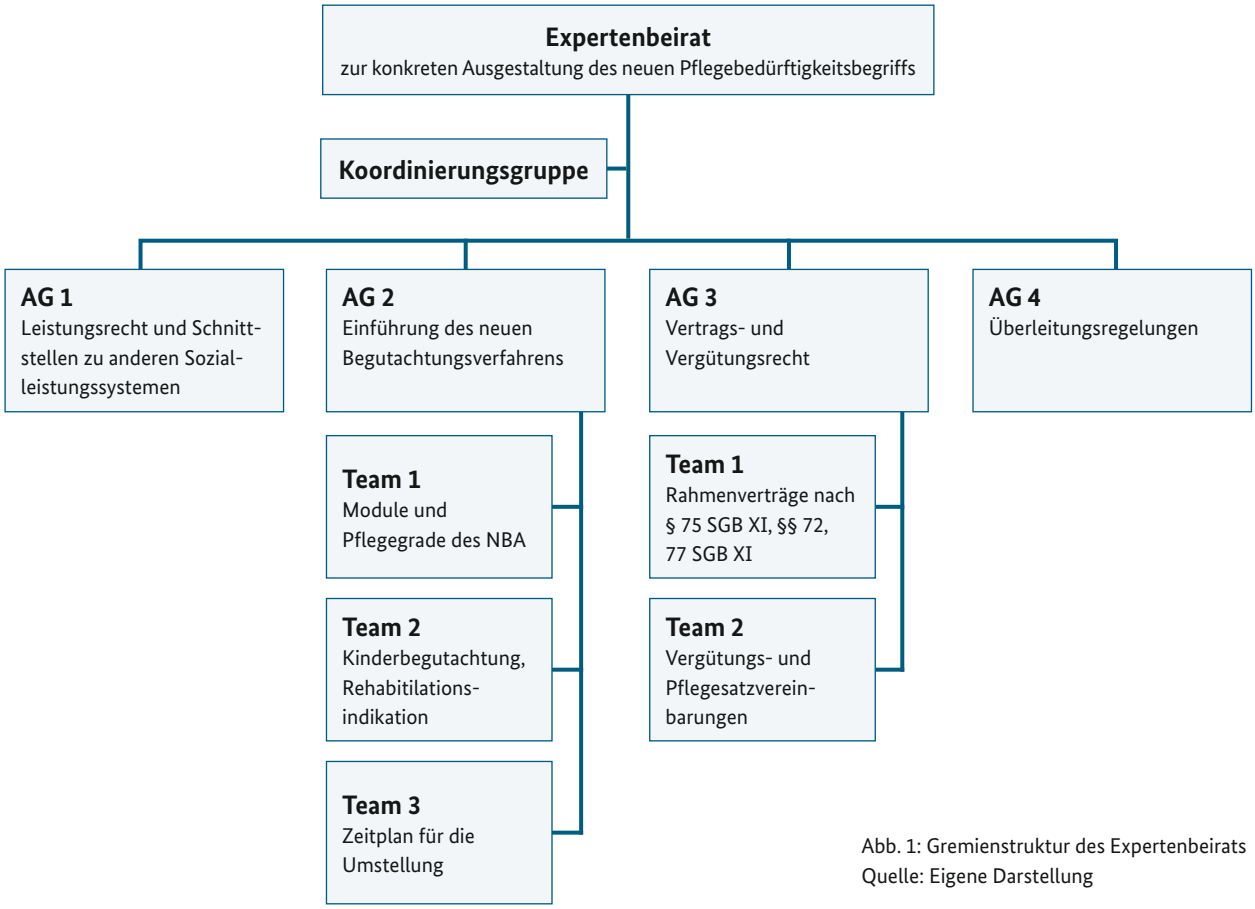


Abb. 1: Gremienstruktur des Expertenbeirats
Quelle: Eigene Darstellung

bedürftigkeitsbegriffs mit einer Diskussion über die Strukturen der Leistungserbringung zu verbinden und unter Beachtung verschiedener hierfür relevanter Ziele und Inhalte zu gestalten.[28] Diese Empfehlung hat der Expertenbeirat dort, wo es erforderlich und mit Blick auf die verfügbaren Erkenntnisgrundlagen und Ressourcen des Expertenbeirats möglich war, aufgegriffen. Er hat jedoch herausgestellt, welche Aspekte notwendig im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu klären und welche darüber hinausgehend sind.

Entsprechend dem oben dargestellten Ziel des Expertenbeirats, seine Erkenntnisse soweit möglich durch fachwissenschaftliche Erkenntnisse zu untermauern, hat der Expertenbeirat bzw. haben seine Arbeitsgruppen das Bundesministerium für Gesundheit gebeten, verschiedene Studien und Expertisen zur Unterstützung seiner / ihrer Arbeit in Auftrag zu geben. Das Bundesministerium für Gesundheit hat folgende Studien / Expertisen zur Unterstützung des Expertenbeirats in Auftrag gegeben:

- Prof. Dr. Heinz Rothgang, Maren Bauknecht & Stephanie Iwansky, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen: „Studienprotokoll Ableitung Leistungshöhen NBA – Projektthema: Studie zur Schaffung empirischer Grundlagen zur Ableitung von Leistungshöhen im SGB XI bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Neuen Begutachtungsassessments (NBA)“ (August 2012)[29]

[28] Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009b), S. 50–51.

[29] Anmerkung: Der Expertenbeirat hat die Erstellung des Studienprotokolls zur Unterstützung seiner Entscheidungsfindung in Auftrag gegeben. Die im Studienprotokoll dargestellte Studie wurde nicht beauftragt. Zur Begründung siehe die Ausführungen in Ziffer 3.4.6 des Berichts.

- Prof. Dr. Heinz Rothgang & Sebastian Sauer, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen: „Aktualisierung der Ergebnisse zur NBA-Einschätzung von Menschen mit Behinderungen auf der Basis der aktualisierten Bewertungssystematik – Aktualisierungsbericht“ (Januar 2013)
- Dr. Klaus Wingenfeld, Institut für Pflegewissenschaft (IPW) an der Universität Bielefeld & Dr. Barbara Gansweid, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe: „Analysen für die Entwicklung von Empfehlungen zur leistungsrechtlichen Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – Abschlussbericht“ (April 2013)
- Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik, Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) & Prof. Dr. Ulrike Höhmann, Hochschule Darmstadt: „Pflegewissenschaftliche Prüfung der Ergänzungen und Modifikationen zum Neuen Begutachtungsassessment (NBA)“ (April 2013)

Darüber hinaus haben Dr. Andrea Kimmel, Ingo Kowalski und Dr. Peter Pick vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) auf Bitten der Arbeitsgruppen 2 und 4 eine Kurzexpertise „Umsetzung des NBA – Überleitung heutiger Leistungsempfänger“ (April 2013, mit Ergänzungen vom Juni 2013) erstellt.

Die Studienergebnisse und Expertisen sind als ergänzende Dokumente zum Bericht des Expertenbeirats im Internet auf der Webseite des Bundesministeriums für Gesundheit (www.bundesgesundheitsministerium.de/Beiratsbericht-Pflegebeduerftigkeitsbegriff) verfügbar. Für Berichte und Expertisen zum Beirat 2009 wird auf das Literaturverzeichnis verwiesen.

Darüber hinaus haben die folgenden Experten (in alphabetischer Reihenfolge) als Sachverständige zu einzelnen Fachfragen mitgewirkt: Rita Fuchs-Mosleh (Medicproof), Norbert Müller-Fehling (Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen), Martina Stahlberg (MDK Berlin-Brandenburg), Prof. Dr. Stephan Rixen (Universität Bayreuth).

Der Expertenbeirat dankt den genannten Wissenschaftlern und Sachverständigen für ihre kompetente Unterstützung.

III. Empfehlungen des Expertenbeirats zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

3.1 Empfehlungen zum Neuen Begutachtungsassessment (NBA)

Der Beirat 2009 hat das Neue Begutachtungsassessment (NBA) als Instrument zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit und gute Grundlage für eine sachgerechte Umsetzung des vorgeschlagenen umfassenderen Pflegebedürftigkeitsbegriffs empfohlen und festgestellt, dass es zur Verwirklichung des angestrebten Ziels, die Leistungen der Pflegeversicherung unter Beachtung des Gleichheitssatzes allen pflegebedürftigen Menschen zukommen zu lassen, beiträgt.[30]

Zugleich hat der Beirat 2009 an verschiedenen Stellen des Instruments noch Optimierungsbedarf gesehen[31] und in seinem Umsetzungsbericht Änderungen an den Modulen und Schwellenwerten empfohlen.[32] Ziel des Expertenbeirats war die Zusammenstellung und Klärung der noch offenen Fragen zum NBA. Dabei hat er einerseits die offenen Fragen aus dem Bericht und dem Umsetzungsbericht des Beirats 2009 bearbeitet und andererseits weitere zu klärende Fragen zusammengestellt. Die offenen Fragen zum Neuen Begutachtungsassessment wurden im gegebenen Zeitraum durch Teams[33] so weit wie möglich geklärt und nach Beratung durch den Expertenbeirat in nachstehenden Empfehlungen zusammengefasst.

Der Expertenbeirat kommt zu der Einschätzung, dass das NBA einschließlich seiner Bewertungssystematik als Begutachtungsinstrument im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs geeignet ist, um die damit verbundenen Zielsetzungen zu erfüllen. Zu einigen Aspekten werden weiterführende Empfehlungen für die Zeit nach Abschluss der Arbeiten des Expertenbeirats bzw. vor und nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gegeben. Schon der Beirat 2009 hatte darauf hingewiesen, dass es sich bei dem NBA um ein lernendes System handelt, das im Wege der Evaluation seine Eigenschaften hinsichtlich seiner Ziele weiter verbessern und neue pflegewissenschaftliche Erkenntnisse einbeziehen kann.[34] Der Expertenbeirat bekräftigt diese Einschätzung und regt an, die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Neuen Begutachtungsassessments durch ein begleitendes Monitoring bzw. eine begleitende Evaluation zu flankieren.

3.1.1 Sachstand der Bewertungssystematik und der Schwellenwerte des NBA

In der Hauptphase 1 des Beirats 2009 wurde folgende Bewertungssystematik[35] erarbeitet:

30 Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009a), S. 73.

31 Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009a), S. 73: Optimierungsbedarf bestand insbesondere bei dem Modul „Selbstversorgung“ (Modul 4), dem Modul „Außerhäusliche Aktivitäten“ (Modul 7) sowie bei der Bewertung besonderer Bedarfskonstellationen. Optimierungsbedarf bestand auch bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit von Kindern.

32 Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009b), S. 48: Änderungen an den Modulen 1, 2, 4 und 6, da diese übermäßig sensitiv reagierten, sowie Änderung des Eingangsschwellenwerts von 10 auf 15 Punkte.

33 Vgl. zur Gremienstruktur Ziffer 2.1 sowie zur Besetzung der Teams Anlage 4 zu diesem Bericht.

34 Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009a), S. 73.

35 Vgl. Wingenfeld, Büscher & Gansweid (2011), S. 85

Tabelle 1: Bewertungssystematik der Hauptphase 1

Module	Zuordnung der Punktbereiche				
	0	1	2	3	4
1. Mobilität	0	1 – 3	4 – 6	7 – 9	10 – 15
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	0	1 – 4	5 – 8	9 – 13	14 – 24
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	> 6
4. Selbstversorgung	0	1 – 9	10 – 24	25 – 39	> 39
5. Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 12
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18
7. Außerhäusliche Aktivitäten	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 9
8. Haushaltsführung	0	1 – 5	6 – 10	11 – 15	16 – 21

Im Rahmen der Hauptphase 1 wurde festgestellt, dass nach dieser Systematik bereits eine geringe Beeinträchtigung (1 Punkt) bei einem Kriterium der Module 1, 2, 4 und 6 ausreichte, um eine Modulbewertung 1 = „geringe Beeinträchtigung“ zu erreichen. Da ursprünglich auch die Grenze zum Pflegegrad 1 bei 10 Punkten angesetzt war, erreichten auch Personen mit geringen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bereits den Pflegegrad 1.

Aus diesem Grund hatte der Beirat 2009 empfohlen, an den Modulen 1, 2, 3, 4 und 6, wegen der im Prozess der Evaluation in der Hauptphase 2 deutlich gewordenen verstärkten Sensitivität, pflegewissenschaftlich begründete Änderungen vorzunehmen und ihre Umsetzung empfohlen.[36] Die dort empfohlenen Änderungen, die erst nach Abschluss der Arbeiten des Beirats 2009 erfolgten, waren im damaligen Bericht jedoch nicht mehr zusammenfassend dargestellt worden.

Die empfohlenen Anpassungen für die einzelnen Module, Gewichtungen und Schwellenwerte aus der Hauptphase 2 wurden vom Expertenbeirat und den hinzugezogenen Fachexperten aus pflegewissenschaftlicher und pflegefachlicher Sicht beraten. Sie werden in einer Gesamtübersicht erstmals zusammenfassend dargestellt. Der Expertenbeirat empfiehlt diese Bewertungssystematik in aktualisierter Form (vergleiche Tabelle 2) als Grundlage des NBA.

36 Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009b), S. 48.

Tabelle 2: Aktualisierte Bewertungssystematik

Die in der Hauptphase 2 vorgeschlagene und aufgrund der Empfehlung des Expertenbeirats geänderte Zuordnung zu den Punktbereichen / Scorewerten ist für die einzelnen Module farbig hervorgehoben. Die jeweils erste Zeile in den Modulen stellt die in den Items möglichen Punktzahlen dar. Die jeweils letzte Zeile (blau hinterlegt) stellt die modulspezifischen Scorewerte dar, in denen sich die Gewichtung der Module widerspiegelt.

Module	Gewichtung	Zuordnung zu den Punktbereichen / Scorewert				
		0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Völlige
		Beeinträchtigung der Selbständigkeit / Fähigkeit im Modul				
1 Mobilität	10 %	0 – 1	2 – 3	4 – 6	7 – 9	10 – 15
		0	2,5	5	7,5	10
2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten***	15 %	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	> 16
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	> 6
2+3 Höchster Wert aus 2 oder 3		0	3,75	7,5	11,25	15
4 Selbstversorgung	40 %	0 – 3	4 – 9	10 – 24	25 – 39	> 39
		0	10	20	30	40
5 Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen	20 %	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 12
		0	5	10	15	20
6 Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	15 %	0 – 1	2 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18
		0	3,75	7,5	11,25	15
7 Außerhäusliche Aktivitäten		Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägungen bei den einzelnen Aktivitäten ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Hilfeplanung abzuleiten zu können (siehe dazu Ziff. 3.1.2 des Berichts).				
8 Haushaltsführung						

Weiterhin hat der Expertenbeirat eine Übersicht über die Schwellenwerte, wie sie sich im Verlaufe der Beratungen des Beirats 2009 entwickelt haben, erstellt, die Ausgangspunkt der Beratungen des Expertenbeirats war:

Tabelle 3: Schwellenwerte mit Änderungsverlauf

Pflegegrad	1 Abschlussbericht Haupthase 1 20.08.2008	2 Umsetzungsbericht vom 20.05.2009 **Szenario II**	3 Umsetzungsbericht vom 20.05.2009 **Variante 1**	4 Umsetzungsbericht vom 20.05.2009 **Variante 2**
0	0 – 9	0 – 14	0 – 14	0 – 14
1	10 – 29	15 – 29	15 – 29	15 – 29
2	30 – 49	30 – 59	30 – 49	30 – 49
3	50 – 69	60 – 79	50 – 69	50 – 69
4	70 – 100	80 – 100	70 – 100	70 – 89
5	70 – 100 + besondere Bedarfskonstellation	80 – 100 + besondere Bedarfskonstellation	70 – 100 + besondere Bedarfskonstellation	90 – 100

Der Beirat 2009 hatte beschlossen, den Schwellenwert zum Bedarfsgrad[37] 1 von 10 auf 15 Punkte anzuheben. Für die Pflegegrade 2 bis 4 (5) hat der Beirat 2009 die Umsetzungsempfehlung gegeben, die Schwellenwerte zu belassen, da ansonsten der Zugang von überwiegend körperlich beeinträchtigten Personen zu den höheren Pflegegraden erschwert oder unmöglich gemacht würden. [38]

Danach stellen sich die aktuellen Schwellenwerte, die der Expertenbeirat bestätigt, im Ergebnis wie folgt dar:

Im Interesse einer umfassenden Einschätzung der individuellen Bedarfslagen auch über die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit mit den Modulen 1 bis 6 hinaus wurde es vom Beirat 2009 dennoch als richtig angesehen, die Module 7 und 8 als Bestandteil des Instruments beizubehalten, da sie einen hohen Stellenwert für eine umfassende Beratung, für Empfehlungen zur Optimierung der häuslichen Versorgungssituation sowie für die individuelle Pflege- und Hilfeplanung haben.

Tabelle 4: Aktuelle Schwellenwerte des Expertenbeirats (Stand: Mai 2013)

	Kein Pflegegrad	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Schwellenwerte (von – bis)	0 – 14	15 – 29	30 – 49	50 – 69	70 – 89	90 – 100

Zum Umgang mit besonderen Bedarfskonstellationen hat der Expertenbeirat zwei Varianten für die konkrete Ausgestaltung erarbeitet, die unter Ziffer 3.1.3 dargestellt und kommentiert werden.

Die ausführlichen Ausarbeitungen der zuständigen Teams der AG 2 zur aktualisierten Bewertungssystematik und den Schwellenwerten sind auf der Webseite des Bundesministeriums für Gesundheit (www.bundesgesundheitsministerium.de/Beiratsbericht-Pflegebeduerftigkeitsbegriff) als externe Anlagen zum Bericht des Expertenbeirats verfügbar.

3.1.2 Umgang mit den Modulen 7 und 8 des NBA

In der Hauptphase 1 wurden innerhalb der Module 7 und 8 Stufen der Hilfebedürftigkeit entwickelt. Diese Hilfebedürftigkeit wird als Vorstufe zur Pflegebedürftigkeit angesehen. Da die Erhebung der Beeinträchtigungen aus den Modulen 1 bis 6 bereits alle für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit relevanten Aspekte umfasst, werden die Module 7 und 8 bei der rechnerischen Ermittlung des Pflegegrads nicht mit berücksichtigt.

Angesichts der komplexen Bewertungssystematik der Module 7 und 8 und der Nichteinbeziehung in die Berechnung des Pflegegrads empfiehlt der Expertenbeirat, anknüpfend an den Beirat 2009, auf die Ermittlung von eigenen Punkt- und Score-Werten für diese Module zu verzichten. Die Darstellung der qualitativen Ausprägungen zu den einzelnen Kriterien reicht nach Einschätzung des Expertenbeirats für die Nutzung im Rahmen der Hilfeplanung aus.

Die ausführlichen Ausarbeitungen der zuständigen Teams der AG 2 zu den Modulen 7 und 8 sind auf der Webseite des Bundesministeriums für Gesundheit (www.bundesgesundheitsministerium.de/Beiratsbericht-Pflegebeduerftigkeitsbegriff) als externe Anlagen zum Bericht des Expertenbeirats verfügbar.

3.1.3 Umgang mit besonderen Bedarfskonstellationen unter Berücksichtigung der Schwellenwerte des NBA

In den Empfehlungen des Beirats 2009 zur Bestimmung des Pflegegrads 5 war offen geblieben, ob eine Zuordnung zum Pflegegrad 5 ab einem bestimmten Schwellenwert oder bei Vorliegen bestimmter Bedarfskonstellationen erfolgen soll. Nach Auffassung des Beirats 2009 sollen die nach fachlichen Kriterien

37 Nunmehr: Pflegegrad, siehe Ziffer 3.1.7 in diesem Bericht.

38 Umsetzungsbericht des Beirats (2009), S. 48.

am schwersten von Pflegebedürftigkeit betroffenen Personen dem höchsten Pflegegrad zugeordnet werden.[39] Der Pflegegrad 5 erfasst daher die Fälle schwerster Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergehen.

Zum Umgang mit dem Pflegegrad 5 hat der Expertenbeirat auf der Basis der Überlegungen des Beirats 2009 als Ausgangspunkt die folgenden zwei Varianten betrachtet:

- **Variante 1:** Um in den Pflegegrad 5 eingestuft zu werden, ist ein Punktwert von mindestens 70 Punkten zu erreichen; zusätzlich muss eine bestimmte zu definierende Bedarfskonstellation vorliegen. Diese Variante ähnelt der Begründung der gegenwärtigen „Härtefälle".

- **Variante 2:** Die Einstufung in den Pflegegrad 5 wird – wie auch bei den anderen Pflegegraden – alleine über die Erreichung eines Punktwerts von mindestens 90 Punkten bewirkt. Damit sollen die Probleme und Unwägbarkeiten vermieden werden, die mit einem Verfahren entsprechend der heutigen Härtefallregelung verbunden sind.[40]

Zur Entwicklung entsprechender Empfehlungen wurde durch die von der AG 2 damit betrauten Fachexperten untersucht, wie sich ein außergewöhnlich hoher bzw. intensiver Hilfebedarf nach NBA-Kriterien in den Pflegegraden abbildet. Hierzu wurden 90 Gutachten[41] aus acht Medizinischen Diensten der Krankenversicherung und von Medicproof ausgewertet, in denen nach heutigen Kriterien ein Härtefall dokumentiert ist („Härtefall-Gutachten"). Der in den Härtefall-Gutachten dokumentierte Hilfebedarf der Personen mit und ohne erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz wurde anhand des Manuals zum NBA und der zugrunde liegenden Bewertungssystematik in eine Matrix übertragen und es wurden die jeweiligen Punktwerte nach dem NBA errechnet.

Die Ergebnisse der Analyse der Gutachten lassen sich wie folgt zusammenfassen: In den meisten – in den Härtefall-Gutachten dokumentierten – Fällen bestand eine erhebliche oder in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI. Dieser Personenkreis erzielt aufgrund der Bewertungen in den Modulen 2 und 3 und der Gewichtungen dieser Module in der Regel höhere Punktwerte als Personen, deren Alltagskompetenz nicht erheblich eingeschränkt ist.

Bei der Auswertung der Härtefall-Gutachten wurde eine Gruppe von Personen identifiziert, die derzeit als Härtefälle eingestuft sind und die nach fachlichen Kriterien als sehr schwer betroffen angesehen werden müssen, die aber über die Punktwerte nur eine Einstufung in den Pflegegrad 3 oder 4 erhalten. Dabei handelt es sich zum einen um Personen mit hochgradigen motorischen Beeinträchtigungen, aber erhaltenen kognitiven Fähigkeiten (ohne eingeschränkte Alltagskompetenz), zum Beispiel bei folgenden Krankheitsbildern: Tetraplegie, hohe Querschnittslähmung, Amyotrophe Lateralsklerose, Multiple Sklerose und Morbus Parkinson im fortgeschrittenen Stadium. Zum anderen fiel eine Gruppe von Personen mit hochgradigen kognitiven Beeinträchtigungen, aber erhaltenen motorischen Fähigkeiten auf, bei denen eine extreme motorische Unruhe bestand. Personen mit anderen Bedarfskonstellationen, insbesondere solchen, die bei der Entwicklung des NBA bereits als besondere Bedarfskonstellationen erfasst wurden, werden mit dem NBA ausreichend erfasst und in angemessen hohe Pflegegrade eingestuft.[42]

Der Expertenbeirat empfiehlt, wenn sich der Gesetzgeber oder die Vereinbarungspartner auf der Basis einer entsprechenden gesetzlichen Ermächtigung entscheiden, besondere Bedarfslagen, zum Beispiel als Grundlage für ein Erreichen des Pflegegrades 5, im Gesetz / in Richtlinien auszuweisen, diese nicht anhand von Diagnosen oder Krankheitsbildern, sondern anhand der jeweiligen Beeinträchtigungen zu beschreiben. Die beiden identifizierten besonderen Bedarfskonstellationen, die Personen mit schwersten

39 Aus der differenzierten Sekundärdatenanalyse (N = 738) von Wingenfeld & Gansweid (2013) wird deutlich, dass das NBA viele spezielle Bedarfskonstellationen besser als bisher erfasst und tendenziell in höhere Pflegegrade einstuft (S. 54.). Diese betrifft zum Beispiel im Grundsatz auch die hier aufgezeigte besondere Bedarfskonstellation der Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine, dort unter dem Stichwort „Tetraplegie" erfasst (S. 52). Tetraplegiker werden nach den Analysen von Wingenfeld & Gansweid (2013) überwiegend in die Pflegegrade 4 und 5 eingestuft und teilweise in Pflegegrad 3 (bisher: Pflegestufe II und III).

40 Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009b), S. 23.

41 Bei den gegenwärtigen Leistungsbeziehern gibt es in der vollstationären Versorgung 5.925 Härtefälle (= 4,1 % der Pflegestufe III) sowie in der ambulant-häuslichen Versorgung 1.753 Härtefälle (= 1,1 % der Pflegestufe III), Bundesministerium für Gesundheit (2011).

42 Dies wird auch durch erneute Sekundärdatenanalysen (N = 738) von Wingenfeld & Gansweid (2013) belegt, vgl. dort S. 49.

Beeinträchtigungen und außergewöhnlich hohem bzw. intensivem Hilfebedarf betreffen, die gleichwohl nicht ohne Weiteres den höchsten Pflegegrad erreichen, werden nachfolgend kurz beschrieben:

Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine
Eine der beiden besonderen Bedarfskonstellationen basiert auf dem Kriterium der „Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine". Diese umfasst nicht zwingend die Bewegungsunfähigkeit der Arme und Beine, sondern den vollständigen Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktionen. Sie ist nicht nur bei Lähmungen aller Extremitäten erfüllt, sondern kann auch bei hochgradigen Kontrakturen, rheumatischen Versteifungen, hochgradigem Tremor und Rigor bei Morbus Parkinson oder Athetose bei Chorea Huntington (Veitstanz) gegeben sein. Das Kriterium lässt sich im Rahmen der Befunderhebung sicher identifizieren.

Ausgeprägte motorische Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- oder Fremdgefährdung
Die andere besondere Bedarfskonstellation tritt bei Personen mit hochgradigen kognitiven und beziehungsweise oder psychischen Einschränkungen, aber erhaltener Mobilität, und hochgradiger motorischer Unruhe oder anderen extremen Verhaltensauffälligkeiten auf, die einen hohen personellen Aufwand verursachen.

Die ausgeprägten motorischen Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- oder Fremdgefährdung lassen sich als Kriterium für diese Bedarfskonstellation bei der Befunderhebung identifizieren. Bei der Befunderhebung sind allerdings Tagesschwankungen zu bedenken, sodass die Operationalisierung dieses Items einer weiteren Klarstellung bedürfte. Da dieses Kriterium auch bei Personen in niedrigeren Pflegegraden vorkommen kann, wäre zudem eine Abgrenzung zu den im Modul 3 abgefragten Verhaltensauffälligkeiten erforderlich. Gemeint sind hier Personen mit einem besonders intensiven Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf rund um die Uhr, die nicht nur ständige Präsenz in Rufnähe benötigen, sondern häufig ein nicht planbares Eingreifen tagsüber und nachts erforderlich machen. Die ständige personelle Einsatzbereitschaft zur Abwendung unmittelbarer Gefährdung muss rund um die Uhr notwendig sein.

Besondere Bedarfskonstellationen bei Kindern
Die beiden oben genannten besonderen Bedarfskonstellationen können zwar auch bei kleinen Kindern vorkommen, führen aber nicht zu einem vergleichbar hohen Mehraufwand. Kleinkinder bedürfen ohnehin der kompletten Übernahme aller Verrichtungen und der ständigen Beaufsichtigung. Erst ab etwa drei Jahren (Kindergartenalter) wirken sich die Folgen der benannten Bedarfskonstellationen vergleichbar zu Erwachsenen aus. Die Bedarfskonstellation „Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine" ist insbesondere bei Kindern mit Infantiler Cerebralparese gegeben. Schwere Formen geistiger Behinderungen können mit „ausgeprägten motorischen Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- oder Fremdgefährdung" einhergehen und einen extrem hohen Betreuungsaufwand verursachen.

Die dargestellten besonderen Bedarfskonstellationen wurden auch im Rahmen der hierzu eingeholten pflegewissenschaftlichen Kurzexpertise von Bartholomeyczik & Höhmann (April 2013) bestätigt. Weitere besondere Bedarfskonstellationen werden weder vom Expertenbeirat noch von den Autorinnen der Kurzexpertise gesehen.

Vor diesem Hintergrund sieht es der Expertenbeirat als eine geeignete Möglichkeit an, neben der Einstufung mit dem NBA eine gesonderte Berücksichtigung im Falle der genannten zwei Bedarfskonstellationen zuzulassen. Er schlägt vor, dass der Pflegegrad 5 (Personen mit einem außergewöhnlich hohem Hilfe- und Betreuungsbedarf) entweder erreicht wird,

a. wenn der Schwellenwert von 90 Punkten erreicht wird oder

b. wenn unabhängig vom Schwellenwert eine Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine vorliegt oder

c. wenn unabhängig vom Schwellenwert ausgeprägte motorische Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- oder Fremdgefährdung bestehen.

Auch Kinder ab drei Jahren (Kindergartenalter) sollen nach Auffassung des Expertenbeirats von dieser Regelung bei Vorliegen der entsprechenden Beeinträchtigungen erfasst werden.[43]

43 Eine Geltung der besonderen Bedarfskonstellation bereits ab dem Alter von 18–36 Monaten wird demgegenüber nicht als sinnvoll angesehen, da diese Kinder mit und ohne besondere Bedarfskonstellation sowohl der umfänglichen Pflege als auch der ständigen Beaufsichtigung bedürfen. Der Pflegegrad 5 kann daher für Kinder über besondere Bedarfskonstellationen erst ab drei Jahren, die für den Pflegegrad 5 erforderlichen 90 Punkte können erst ab fünf Jahren erreicht werden. Die Voraussetzungen des Pflegegrads 4 können regulär ab 18 Monaten erreicht werden.

In der pflegewissenschaftlichen Kurzexpertise von Bartholomeyczik / Höhmann, die sich mit den Fragen im Hinblick auf besondere Bedarfskonstellationen in der Pflege auseinander gesetzt hat, stellen die Autorinnen aus pflegewissenschaftlicher Sicht weitergehende methodische Fragen, die die Gewichtung der Kriterien (Items), die Aufteilung in Module und die Berechnung der Summen-Scores als Grundlage der Einstufung in die Pflegegrade bewegen. Die Wissenschaftlerinnen empfehlen, diese Fragen ergänzend im Rahmen von Simulationsstudien zu prüfen. Ziel der Prüfung soll einerseits die Klärung der Frage sein, ob sich die besonderen Bedarfskonstellationen über veränderte Gewichtungen der Items und Module in das Instrument einarbeiten lassen. Weiterhin soll überprüft werden, ob eine weitere Vereinfachung der Bewertungssystematik möglich ist, um die Transparenz und Akzeptanz des neuen Begutachtungsinstruments noch zu verstärken. Die inhaltliche Plausibilität der im NBA erhobenen Items und die grundsätzliche Geeignetheit des Instruments zur Einführung werden von den Wissenschaftlerinnen nicht infrage gestellt.

Seitens der Entwickler des NBA besteht die Einschätzung, dass eine Einarbeitung der besonderen Bedarfskonstellationen in das NBA voraussichtlich nicht durch einfache Änderungen des NBA erfolgen kann, ohne dass es zu wesentlichen Verschiebungen bei der Einstufung von Personengruppen durch das NBA kommt. Zudem sei von diesem Aspekt nur eine sehr kleine Gruppe betroffen, die Extremfälle darstellten, und daher außerhalb der gegenwärtigen Systematik des NBA lägen.

Der Expertenbeirat weist darauf hin, dass die Einführungsreife des NBA bereits durch den Beirat 2009 festgestellt wurde. Der Expertenbeirat bestätigt diese Einschätzung erneut.

Gleichwohl ist das NBA als „lernendes System“ zu begreifen. Insofern empfiehlt der Expertenbeirat, die von den Wissenschaftlerinnen aufgeworfenen Fragen zu prüfen. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sollte auch durch eine wissenschaftliche Evaluation begleitet werden. Die Fragen der Wissenschaftlerinnen sollten im Rahmen dieser Evaluation mit aufgegriffen werden.

Die ausführlichen Ausarbeitungen der zuständigen Teams der AG 2 zur Frage besonderer Bedarfskonstellationen sind – ebenso wie die pflegewissenschaftliche Kurzexpertise von Bartholomeyczik / Höhmann – auf der Webseite des Bundesministeriums für Gesundheit (www.bundesgesundheitsministerium.de/Beiratsbericht-Pflegebeduerftigkeitsbegriff) als externe Anlagen zum Bericht des Expertenbeirats verfügbar.

3.1.4 Einstufung von Kindern von 0–18 Monaten

Im Expertenbeirat war die Frage aufgeworfen worden, ob das NBA auch für Kinder im Alter bis zu zwölf Monaten sinnvoll eingesetzt werden könne. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Abstände zwischen den Übergängen der Entwicklungsstadien, die der Bewertungssystematik zugrunde liegen, so gering seien, dass sich das Verhältnis zwischen alters- und krankheitsbedingter Abhängigkeit von Personenhilfe innerhalb weniger Wochen verschieben könne. Die auf diese Weise in kurzen Zeitabständen notwendig werdenden Wiederholungsbegutachtungen sind den betroffenen Familien nicht zuzumuten. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass bei Kindern für die Zuordnung zu einer Pflegestufe der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden, gleichaltrigen Kind maßgebend ist (§ 15 Abs. 2 SGB XI).

Hierzu gibt der Expertenbeirat die folgenden Hinweise:

Säuglinge sind in allen Bereichen des Alltagslebens unselbstständig. Je jünger ein Kind ist, umso weniger ist es möglich, über die Merkmalsausprägung „selbstständig“ bzw. „unselbstständig“ den über das übliche Maß der Pflege und Versorgung eines Säuglings hinausgehenden Pflegebedarf abzubilden. Erst mit zunehmendem Alter eines Kindes erfasst die Abweichung vom altersgemäßen Grad der Selbstständigkeit auch das Maß an Abhängigkeit von personeller Hilfe und Versorgung.

Der für den Pflegegrad 2 notwendige Summen-Score von 30 Punkten kann erst ab einem Alter von drei Monaten und nur bei schwerstkranken, in der Regel hirngeschädigten Kindern erreicht werden, die sowohl hochgradige Verhaltensauffälligkeiten (Modul 3) aufweisen als auch einen umfangreichen Hilfebedarf bei den krankheitsbedingten Anforderungen (Modul 5) haben. Die Voraussetzungen für den Pflegegrad 4 können frühestens mit 18 Monaten erfüllt werden. Ein Großteil der jetzt eingestuften Säuglinge und Kleinkinder unter 18 Monaten könnten daher nach dem NBA keinen oder nur einen niedrigen Pflegegrad erreichen.

Aus den Fallbeschreibungen von Kindern im ersten Lebensjahr – für die aufgrund entsprechender Krankheiten und Behinderungen Anträge auf Pflegeversicherungsleistungen gestellt wurden – wird deutlich, dass die Bedarfslagen dieser Kinder unabhängig vom zugrunde liegenden Krankheitsbild (zum Beispiel frühkindliche Hirnschädigung, angeborene Herzfehler) in der Regel von Trinkschwäche, „tröpfchenweiser" oder besonders häufiger Nahrungsaufnahme, Schluckstörungen und Erbrechen gekennzeichnet sind. Einen sehr pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung haben auch Kinder mit angeborener Lippen-/Kiefer-/Gaumenspalte oder Fehlbildungen des Verdauungstraktes (zum Beispiel Oesophagus-Atresie, Pylorus-Stenose), bei denen sich der Aufwand für die Ernährung nach erfolgter Operation früher oder später normalisieren kann.

Der Expertenbeirat empfiehlt daher, Kinder bis zum 18. Lebensmonat, die einen Score-Wert von 30 Punkten erreichen, in einen eigenen pauschalen Pflegegrad einzuordnen und diesen leistungsrechtlich mit einem Betrag zwischen dem Pflegegrad 2 und dem Pflegegrad 3 zu hinterlegen. Um diesen Punktwert von 30 Punkten zu erreichen, müssen Einschränkungen in mindestens zwei Modulen bestehen. Dabei kommen einerseits die beiden altersunabhängigen Module 3 (maximal 15 Punkte) und 5 (maximal 20 Punkte) in Betracht, andererseits das Modul 4, erweitert um die besondere Bedarfskonstellation „Bestehen gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf im Bereich der Ernährung auslösen", die mit 20 Punkten bewertet wird. Eine erneute Begutachtung erfolgt mit 18 Monaten oder vorher, wenn relevante Änderungen zu erwarten sind (zum Beispiel durch eine erfolgreiche Operation).

Ab 18 Monaten werden die Kinder regulär mit dem NBA begutachtet, weil bei anhaltender Unselbstständigkeit auch andere Module in die Bewertung einfließen können. Ab dieser Altersstufe können regulär die Pflegegrade 3 und 4 erreicht werden. Nach einer vorangegangenen pauschalen Einstufung zwischen Pflegegrad 2 und 3 werden bei Kindern, die bis dahin keinen Entwicklungsfortschritt gemacht haben, Rückstufungen vermieden.

Angesichts der vergleichsweise geringen Fallzahlen (laut MDS-Begutachtungsstatistik wurden in den Jahren 2010 und 2011 bundesweit jeweils circa 1.400 Kinder unter zwölf Monaten begutachtet) wird diese Lösung vom Expertenbeirat auch für praktikabel erachtet. Sie bleibt weitgehend in der Systematik des NBA, ist transparent und ermöglicht einen nahtlosen Übergang in die nachfolgende reguläre Begutachtung. Die Lösung wurde auch von der externen Kurzexpertise von Bartholomeyczik & Höhmann (2013) bestätigt.

Die ausführlichen Ausarbeitungen der zuständigen Teams der AG 2 zur Kinderbegutachtung sind – ebenso wie die pflegewissenschaftliche Kurzexpertise von Bartholomeyczik / Höhmann – auf der Webseite des Bundesministeriums für Gesundheit (www.bundesgesundheitsministerium.de/Beiratsbericht-Pflegebedueftigkeitsbegriff) als externe Anlagen zum Bericht des Expertenbeirats verfügbar.

3.1.5 Klärung des Rehabilitationsbedarfs

Der Expertenbeirat empfiehlt Verbesserungen beim Verfahren der Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit mit dem NBA. Ziel der Empfehlungen ist es, im Rahmen der Begutachtung mit dem NBA eine bestehende Rehabilitationsbedürftigkeit besser zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Dabei sind die Anforderungen durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) zu beachten, zum Beispiel ist zu begründen, warum im Einzelfall keine Rehabilitationsempfehlung abgegeben wird. Die Empfehlung der Gutachter soll nicht auf die Leistungen der medizinischen Rehabilitation beschränkt werden, sondern auch das Verbesserungspotenzial unterhalb der Schwelle zur Rehabilitation für den betroffenen Pflegebedürftigen aufzeigen und Hinweise auf andere Leistungsträger geben.

Der Expertenbeirat hält die bereits bestehende Möglichkeit, Hinweise auf Verbesserungspotenziale in den einzelnen Modulen (1, 2, 4 und 5) des NBA zu geben, für fachlich sinnvoll. Er schlägt darüber hinaus vor, den Katalog der Antwortoptionen zu den einzelnen Modulen weiter auszuweiten und zu jeder Empfehlung eine Konkretisierung im Freitext über Pflichtfelder einzufordern. Zusätzlich soll zum Modul 6 ein entsprechender Fragenkomplex aufgenommen werden. Bei der Zusammenführung der Ergebnisse am Ende des Gutachtens sollen die gewonnenen Hinweise erneut angezeigt werden, um den Gutachtern die abschließende Wertung im Hinblick auf die Empfehlung von Einzelmaßnahmen oder komplexen Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu erleichtern.

Zusammenfassend empfiehlt der Expertenbeirat folgende Ergänzungen des NBA:

a. Durch gezielte Abfrage zu jedem Modul (auch Modul 6) werden die Gutachter im Begutachtungsablauf dazu angeleitet, die bestehenden Verbesserungspotenziale zu erkennen.

b. Der Katalog der Antwortoptionen zu den einzelnen Modulen wird ausgeweitet und konkretisiert, um den Gutachtern über die Leistungen der medizinischen Rehabilitation hinaus zum Beispiel die Auswahl geeigneter Therapie- oder Rehabilitationsmöglichkeiten oder geeigneter Heil- und Hilfsmittel zu erleichtern.

c. Kann im Rahmen der Begutachtung nicht sicher über eine Rehabilitationsindikation entschieden werden, kann der Gutachter eine weitere Abklärung empfehlen.

Die ausführlichen Ausarbeitungen der zuständigen Teams der AG 2 zum Verfahren der Klärung des Rehabilitationsbedarfs sind auf der Webseite des Bundesministeriums für Gesundheit (www.bundesgesundheitsministerium.de/Beiratsbericht-Pflegebeduerftigkeitsbegriff) als externe Anlagen zum Bericht des Expertenbeirats verfügbar.

3.1.6 Änderungen an den Begutachtungsmanualen

Im Rahmen der Hauptphase 2 wurde das NBA bereits bezüglich seiner Eignung, Zielorientierung und praktischen Anwendbarkeit bei der Begutachtung von Kindern anhand einer kleinen, nicht repräsentativen Stichprobe (N = 227) praktisch erprobt. Dabei haben sich insgesamt positive, im Vergleich zur Erprobung bei Erwachsenen allerdings weniger eindeutige Ergebnisse gezeigt.

Eine weitere Erprobung des NBA in der Begutachtung von Kindern erfolgte im Zeitraum von Oktober 2010 bis Dezember 2011 unter der Federführung des IPW der Universität Bielefeld in der autonomen Provinz Bozen (Südtirol). Dabei wurde das NBA parallel zu dem dortigen regulären Einstufungsinstrument (VITA) eingesetzt.

Zur Auswertung kamen die Ergebnisse von 100 Kindern, die an einem Tag mit beiden Erhebungsinstrumenten begutachtet wurden. Im Ergebnis bestanden keine grundsätzlichen Schwierigkeiten bei der Anwendung des NBA, allerdings empfanden die Einstufungsteams in Bozen die Beurteilung bestimmter Sachverhalte, insbesondere im Modul 2, als besonders schwierig. Das Manual zum NBA wurde deshalb in Bozen an einigen Stellen, an denen es notwendig erschien, auf die Beschreibung von Besonderheiten der Kinderbegutachtung angepasst. So wurde zu den einzelnen Kriterien festgelegt, ab welchem Alter eine Bewertung erforderlich ist, sowie kindbezogene Beispiele formuliert.

Die vom Expertenbeirat beauftragte Gruppe von Fachexperten (einschließlich Pädiatern) hat die Modifikationen, die das Begutachtungsmanual für die Erprobung in Bozen erfahren hat, dem ursprünglichen Manual synoptisch gegenübergestellt und beraten. Aufgrund der Beratung empfahlen die Fachexperten, getrennte Manuale für Erwachsene und Kinder zu erarbeiten. Nachfolgend wurde ein eigenes Manual für die Kinderbegutachtung erarbeitet, in dem die dabei zu berücksichtigenden pädiatrischen Besonderheiten besser ausformuliert und typische Beispiele zur späteren Schulung der Gutachter angeführt werden konnten.

In der Manualversion für Erwachsene wurden von den Fachexperten redaktionelle Korrekturen, Ergänzungen und Klarstellungen vorgenommen. Die Überarbeitung des Manuals für Erwachsene ist damit vorerst abgeschlossen.

Der Expertenbeirat befürwortet die Überarbeitungen und Trennung der Manuale für Kinder und Erwachsene. Die überarbeiteten Manualversionen sind auf der Webseite des Bundesministeriums für Gesundheit (www.bundesgesundheitsministerium.de/Beiratsbericht-Pflegebeduerftigkeitsbegriff) als externe Anlagen zum Bericht des Expertenbeirats verfügbar.

3.1.7 Umbenennung des Begriffs „Bedarfsgrad“ in den Begriff „Pflegegrad“

Der Expertenbeirat empfiehlt, abweichend vom bisher für die neuen Stufen verwendeten Begriff „Bedarfsgrad“ den Begriff „Pflegegrad“ zu verwenden, um deutlich zu machen, dass die Stufen des NBA den Grad der Selbstständigkeit, nicht aber den konkreten Bedarf innerhalb der Stufen abbilden. Diese Bezeichnung ist auch aus Sicht des Bürgers sinnvoll, da der Begriff „Pflege“ ebenso wie bei den bisherigen Pflegestufen und anders

als beim „Bedarfsgrad“ enthalten ist, die Veränderung gegenüber dem gegenwärtigen System und die Orientierung am Grad der Selbstständigkeit aber über den Bestandteil „-grad“ verdeutlicht werden können.

3.2 Grundsätzliche Empfehlungen und Hinweise zur Ausgestaltung der Leistungen

Der Beirat 2009 hat die Notwendigkeit von gesetzlichen Anpassungen von leistungsrechtlichen Vorschriften aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs festgestellt.[44] Durch den neuen Begriff werden Pflegebedürftige im Sinne der §§ 14, 15 SGB XI und Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI zukünftig in einen von fünf Pflegegraden eingestuft. Für die zukünftigen Leistungen sind Leistungshöhe und Leistungsinhalte durch den Gesetzgeber festzulegen. Der Expertenbeirat gibt hierzu die folgenden grundsätzlichen Empfehlungen und Hinweise:

Der Expertenbeirat stellt eingangs fest, dass die Gestaltung von Leistungshöhen und -inhalten in der Gesetzlichen Pflegeversicherung insbesondere von den nachfolgenden Aspekten abhängt:

- Ziele der Gesetzlichen Pflegeversicherung
- Fachpolitische Zielsetzungen
- Fachliche Folgewirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einschließlich des NBA
- Finanzielle Auswirkungen

Aus seinem Selbstverständnis heraus begründet der Expertenbeirat seine Empfehlungen fachlich oder fachpolitisch und auf Grundlage der bestehenden Ziele der Gesetzlichen Pflegeversicherung. Finanzielle Auswirkungen werden im Bericht jedoch – soweit möglich – mit dargestellt.

3.2.1 Ziele der Gesetzlichen Pflegeversicherung

Die bestehenden Ziele der Gesetzlichen Pflegeversicherung, die der Expertenbeirat bei der Entwicklung seiner Empfehlungen mit berücksichtigt hat, sind:

- Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit und Entlastung der Pflegebedürftigen von ihren pflegebedingten Aufwendungen
- Art und Umfang der Leistungen sind abhängig von der Schwere der Pflegebedürftigkeit
- Ausgestaltung der Pflegeversicherung als Teilleistungssystem
- Abwendung pflegebedingter Sozialhilfeabhängigkeit der Bürger
- Vorrang der ambulant-häuslichen vor der stationären Versorgung
- Vorrang der Prävention und Rehabilitation vor Pflegebedürftigkeit
- Erhaltung der Motivation und tatsächlichen Möglichkeit zur Pflege für informell Pflegende

3.2.2 Fachpolitische Zielsetzungen

Bei der Entwicklung seiner Empfehlungen zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat sich der Expertenbeirat an den bestehenden Zielen der Pflegeversicherung sowie darüber hinaus an den folgenden fachpolitischen Zielsetzungen orientiert. Dabei ist dem Expertenbeirat bewusst, dass einzelne Zielsetzungen auch miteinander in einem Zielkonflikt stehen können und abgewogen werden müssen. Nicht alle genannten Ziele wurden im Rahmen der Empfehlungen berücksichtigt.

Zentrale fachpolitische Zielsetzung der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist die Gleichbehandlung von somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen beim Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung. Dazu gehört die tatsächliche Verfügbarkeit von Angeboten, die auf die jeweiligen Bedarfslagen somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigter Pflegebedürftiger ausgerichtet sind, ohne dass eine Gruppe bevorzugt oder benachteiligt wird.

Weitere fachpolitische Zielsetzungen, die bei der konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu berücksichtigen sind, sind nach Auffassung des Expertenbeirats:

- Maßstab für die Verteilung der Ressourcen der Pflegeversicherung auf die Leistungen sind der Schweregrad der Beeinträchtigung ihrer Selbstständigkeit und der Anstieg der Abhängigkeit von personeller Hilfe. Auch der Anstieg des Einsatzes von personellen und finanziellen Ressourcen ist bei der Gestaltung der Leistungsbeträge zu berücksichtigen.

[44] Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009a), S. 77.

- Pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit von Bürgern ist möglichst abzuwenden.[45] Intendierte Funktion des Pflegegeldes bei Einführung war auch die ökonomische Stärkung des Pflegehaushalts. Dies kann bei der Entwicklung und Bewertung von Leistungsbeträgen für das Pflegegeld berücksichtigt werden.[46]

- Betreuung ist zukünftig eine gleichwertige und regelhafte „dritte Säule" der Leistungen der Pflegeversicherung. Gleichwohl ist darauf zu achten, dass die zukünftigen leistungsrechtlichen und leistungserbringerrechtlichen Vorschriften keine Anreize dafür setzen, benötigte Betreuungsleistungen nicht in Anspruch zu nehmen.

- Die ambulant-häusliche Versorgung im Wohnumfeld soll weiter gestärkt werden, um möglichst lange den Verbleib im häuslichen Umfeld zu ermöglichen. Hierzu sollte eine qualitative Weiterentwicklung des Leistungsspektrums der ambulanten Pflege erfolgen, zum Beispiel durch beratende und edukative Ansätze für pflegende Angehörige, durch die das häusliche Versorgungssetting stabilisiert werden kann. Flexible Unterstützungs- und Entlastungsangebote sollen informell Pflegende entlasten und gesundheitliche und Teilhabebeeinträchtigungen durch die geleistete Pflege und Betreuung vermeiden helfen. Dabei sollen Anreize bestehen, dass pflegende Angehörige die Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten tatsächlich in Anspruch nehmen.

- Ansätze zur Vermeidung der Verschlechterung einer bereits eingetretenen Pflegebedürftigkeit sollten gestärkt werden.

- Der Übergang zwischen verschiedenen Versorgungsformen, insbesondere bei Pflegebedürftigkeit vor und nach einem Krankenhausaufenthalt, soll verbessert werden.

- Der Zugang, die Inanspruchnahme und die Wahlmöglichkeiten der Versicherten sollen verbessert werden, auch durch Flexibilisierung der Leistungen und Vereinfachung des komplexen Leistungs- und Vertragsrechts.

Die Abhängigkeit der Gestaltung des Leistungsrechts von fachpolitischen Zielsetzungen, gesetzlichen Zielen und finanziellen Auswirkungen führt dazu, dass je nach Gewichtung der einzelnen Zielvorstellungen verschiedene mögliche Varianten für die Gestaltung des Leistungsrechts in den Vordergrund rücken. Daher unterbreitet der Expertenbeirat zu einigen Fragen mehrere Vorschläge und beschreibt die jeweiligen Auswirkungen.

3.2.3 Fachliche Folgewirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einschließlich des NBA für die Definition der Pflegebedürftigkeit nach Art, Inhalt und Umfang der Leistungen

Aus dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem Neuen Begutachtungsassessment (NBA) ergeben sich bereits verschiedene konkrete Folgen für die gesetzgeberische Umsetzung:

Das NBA mit seinen Themenbereichen (Modulen) und die in den jeweiligen Modulen erhobenen Ausprägungen von Pflegebedürftigkeit (Items) sind nicht nur für die Einstufung in einen Pflegegrad relevant. Weil bei der Begutachtung mit dem NBA festgelegt wird, wer pflegebedürftig ist, wird mit den Modulen und Items des NBA zugleich der inhaltliche Rahmen einer gesetzlichen Neudefinition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit als Leistungsvoraussetzung für die Pflegeversicherung konkretisiert.

Durch den Begriff der Pflegebedürftigkeit und das hierzu entwickelte NBA wird zudem der Rahmen für Umfang, Arten und Inhalte der Leistungen der Pflegeversicherung gesetzt. Der Umfang der Leistungen korrespondiert grundsätzlich mit dem Grad und damit der Schwere der Pflegebedürftigkeit. Art und der Inhalt der Leistungen werden durch diejenigen Maßnahmen der Grundpflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und häuslichen Betreuung konkretisiert, die mit den im NBA beschriebenen Beeinträchtigungen übereinstimmen. Die bisherige Beschränkung der Grundpflege auf die Verrichtungen des § 14 Abs. 4 SGB XI wird damit zukünftig überwunden.

Soweit das NBA also zukünftig Aspekte von Pflegebedürftigkeit erhebt, die bisher nicht erhoben wurden, zum Beispiel Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (Modul 3), oder der Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen (Modul 5), sind die in diesem Kontext erforderlichen

45 Die Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände weist darauf hin, dass dieses Ziel im Einklang mit der Vorgabe aus dem Auftrag des Ministers, nach dem es nicht zu Verschiebungen in der Finanzlast verschiedener Sozialleistungssysteme kommen soll, gelöst werden muss und nicht zu Mehrausgaben zu Lasten der Sozialen Pflegeversicherung führen darf.

46 Vgl. Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 18.

pflegerischen Maßnahmen auch bei der Definition der Leistungsinhalte und Ausgestaltung der pflegerischen Versorgung aufzunehmen, soweit sie nicht ausdrücklich anderen Leistungsträgern zugeordnet sind. Bei den genannten Modulen wären zum Beispiel edukative und beratende pflegerische Leistungen besonders in den Blick zu nehmen.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff bedingt, dass somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigte Menschen dem Gleichheitssatz entsprechend auch gleichberechtigt am Leistungsgeschehen teilnehmen und die bisherigen Differenzierungen und Sondertatbestände (zum Beispiel der §§ 45b, 87b, aber auch § 123 SGB XI) ohne weitere Begründung nicht aufrechterhalten bleiben können.

3.3 Empfehlungen zur gesetzlichen Neudefinition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit und zur Ausgestaltung der Leistungsinhalte

3.3.1 Gesetzliche Neudefinition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit

Ausgangspunkt für die gesetzliche Neudefinition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit unter Berücksichtigung des Rahmens, den der neue Begriff (siehe oben Ziffer 1.1) und das neue Begutachtungsassessment hierfür setzen, sind die nachfolgenden Kriterien:

- Festlegung eines Katalogs der zu berücksichtigenden Aktivitäten und Fähigkeiten, bei denen Einschränkungen und Störungen für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit maßgebend sein sollen
- Regelung der Gewichtung der maßgebenden Lebensbereiche, um den Pflege- und Betreuungsaufwand bei Personen mit körperlichen Defiziten einerseits sowie geistigen / seelischen Störungen andererseits sachgerecht und angemessen zu berücksichtigen
- Festlegung der für die Bedarfsgrade[47] maßgebenden Punktwerte[48]

Ein Formulierungsvorschlag[49] für eine gesetzliche Neuregelung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit in §§ 14, 15 SGB XI liegt vor.

Darüber hinaus empfiehlt der Expertenbeirat, dass die Leistungszugangsgrenze „voraussichtlich mindestens 6 Monate pflegebedürftig“ beibehalten wird. Das bedeutet, dass die bestehende zeitliche Grenzziehung zwischen akutpflegerischer Versorgung im Zusammenhang mit Krankenbehandlung (SGB V) auf der einen und Langzeitpflege (SGB XI) auf der anderen Seite durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht verändert wird, da hierfür kein fachliches Erfordernis besteht.

3.3.2 Leistungsinhalte in der häuslichen Versorgung, insbesondere: Leistungsinhalte der ambulanten Sachleistung nach § 36 SGB XI

Der Expertenbeirat hat die Leistungen der häuslichen Versorgung auf Änderungsbedarfe aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs überprüft. Soweit in diesem Bericht nicht ausdrücklich Änderungsbedarfe benannt sind, sieht er keine Notwendigkeit für Änderungen.

Aufgrund der Abkehr des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs von den Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind Änderungen des Leistungsrechts des SGB XI insoweit erforderlich, als ein Verrichtungsbezug besteht. Gegenwärtig haben Pflegebedürftige bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe), vergleiche § 36 Abs. 1 S. 1 SGB XI. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung umfassen Hilfeleistungen bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen (§ 36 Abs. 2 S. 1 SGB XI). Dies bedeutet, dass der Verrichtungskatalog des § 14 Abs. 4 SGB XI gegenwärtig einerseits den Rahmen für den gegenwärtigen Begriff der Pflegebedürftigkeit setzt. Andererseits konkretisiert er über die Bezugnahme in § 36 SGB XI Art und Umfang der Leistungen der häuslichen Pflegehilfe.

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz wurde zusätzlich § 124 SGB XI (Häusliche Betreuung) als vorläufige Regelung eingeführt. Nach § 124 SGB XI haben Pflegebedürftige der gegenwärtigen Pflegestufen I–III sowie Versicherte, die wegen erheblich eingeschränk-

47 Nunmehr: Pflegegrade, vgl. Ziffer 3.1.7.

48 Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009a), S. 47–48.

49 Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009a), Anlage 2, S. 85–88.

ter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen, bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, nach §§ 36 und 123 SGB XI einen Anspruch auf häusliche Betreuung. Die Inhalte dieses Leistungsanspruchs werden durch den Gesetzgeber in § 124 Abs. 2 SGB XI beschrieben: Leistungen der häuslichen Betreuung werden neben Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung als pflegerische Betreuungsmaßnahmen erbracht. Sie umfassen danach Unterstützung und sonstige Hilfen im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen oder seiner Familie und schließen insbesondere die Unterstützung der Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen, sowie die Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags, insbesondere Hilfen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, zur Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen und zur Erhaltung eines bedürfnisgerechten Tag-Nacht-Rhythmus mit ein. Der Anspruch auf häusliche Betreuung setzt nach § 124 Abs. 3 SGB XI voraus, dass Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Einzelfall sichergestellt sind.

Bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden die Leistungsinhalte der Sachleistungen, auch des § 36 SGB XI, nicht mehr durch die Bezugnahme auf den engen Verrichtungskatalog des § 14 Abs. 4 SGB XI definiert, sondern ändern sich entsprechend der neuen Definition der Pflegebedürftigkeit. Der Expertenbeirat spricht sich dafür aus, dass neben der Grundpflege auch die hauswirtschaftliche Versorgung aus pflegefachlichen Gründen Bestandteil der Leistungen der Pflegeversicherung bleibt.

Der Expertenbeirat empfiehlt darüber hinaus, die Flexibilisierung des Leistungsspektrums des § 36 SGB XI durch § 124 SGB XI in Bezug auf häusliche Betreuung bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu erhalten und die Regelung des § 124 SGB XI – vorbehaltlich einer weiteren inhaltlichen Konkretisierung des Begriffs der häuslichen Betreuung – in § 36 SGB XI zu integrieren. Betreuung ist zukünftig als gleichwertiger Leistungsbestandteil aller Sachleistungen anzusehen. Die bisherige Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Betreuungsleistungen, dass Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung gesichert sein müssen, wird aufgegeben, da sie in Ermangelung einer definierten Schwelle nicht überprüfbar ist und dem Gleichrang von Grundpflege, hauswirtschaftlicher Versorgung und Betreuung widerspricht.

Die gegenwärtige Definition von Betreuung in § 124 SGB XI enthält nach Auffassung des Expertenbeirats bereits viele wichtige Aspekte von pflegerischer Betreuung, die beibehalten werden sollten. Bei der zukünftigen Definition der Betreuung sollte auch klargestellt werden, was nicht von der Definition erfasst ist.[50] Die zukünftige inhaltliche Konkretisierung von häuslicher Betreuung – ebenso wie die der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung – muss sich darüber hinaus auch an den Rahmensetzungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des NBA orientieren. Im Rahmen der Fallstudien von Wingenfeld & Gansweid (2013) konnte in diesem Bereich auf der Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein Spektrum der psychosozialen Unterstützung[51] festgestellt werden, das die folgenden Hilfen umfasste:

- Hilfen im Bereich der Kommunikation
- Hilfen im Umgang mit Emotionen
- Hilfen zur Bewältigung / Verhinderung von Risikosituationen
- Orientierungshilfen
- Unterstützung im Bereich bedürfnisgerechte Beschäftigung
- Kognitiv fördernde Maßnahmen
- Präsenz

Die Beeinträchtigungen, auf die sich diese Hilfen beziehen, liegen vorrangig in den Modulen 2, 3 und 6 des NBA. Der Expertenbeirat empfiehlt, bei der zukünftigen Definition von Betreuung die genannten Hilfen mit in den Blick zu nehmen. Insbesondere die Unterstützung bei psychischen Bedarfslagen ist von der gegenwärtigen Definition des § 124 SGB XI noch nicht (hinreichend) erfasst.

Eine über den gegenwärtigen gesetzlichen Stand hinausgehende Neuzuordnung der Leistungserbringer im Bereich der häuslichen beziehungsweise pflegerischen Betreuung (zum Beispiel Unterscheidung nach professionell zu leistender und auch semiprofessionell oder informell zu leistender Betreuung) hält der Expertenbeirat nicht für angezeigt.

---

50 Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 37, weisen in diesem Zusammenhang auf bestimmte „soziale Hilfen“ hin, bei denen aus fachlicher Sicht fraglich ist, ob sie als Bestandteil pflegerischer Unterstützung gelten können.

51 Vgl. Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 35–37.

Ausgehend von den zukünftigen gleichrangigen drei Grundbestandteilen Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung sind die Leistungsinhalte des § 36 SGB XI anhand der Rahmensetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des NBA (siehe oben Ziffer 3.2.3) weiter zu konkretisieren. Dies betrifft insbesondere Aspekte von Pflegebedürftigkeit, die mit dem NBA erstmals erhoben werden, zum Beispiel im Rahmen des Moduls 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) oder im Modul 5 (Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen).

Der Expertenbeirat regt an zu prüfen, ob die gegenwärtige gesetzliche Ausgestaltung der hierfür besonders relevanten edukativen und beratenden Hilfen im SGB XI auch mit Blick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ausreichend ist oder verändert werden muss.

Der Expertenbeirat geht davon aus, dass die zukünftige Konkretisierung der Leistungsinhalte des § 36 SGB XI sich entsprechend der Rahmensetzung des NBA an den im Rahmen der Pflegeeinstufung relevanten Modulen und den darin enthaltenen Items orientiert. Inhaltlich hält er darüber hinaus allgemein eine Stärkung einzelner Aspekte, die sich aus den Bedarfslagen des NBA ergeben, für wünschenswert.

3.3.3 Umgang mit den Sonderregelungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in der ambulant-häuslichen Versorgung (§§ 45b, 123 SGB XI)

Unter der Prämisse, dass somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige bei der Begutachtung und Einstufung mit dem Neuen Begutachtungsassessment (NBA) zukünftig gleichermaßen berücksichtigt werden, stellt sich die Frage, wie mit den gegenwärtigen Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) in den §§ 45b, 123 SGB XI zukünftig umgegangen werden soll.

Die Möglichkeit, zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI in Anspruch zu nehmen, steht Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz („PEA"), die die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen, zu. Seit dem 1.1.2013 hat dieser Personenkreis daneben erstmals Anspruch auf Sach- und Geldleistungen (Personen ohne Pflegestufe) bzw. Anspruch auf eine Erhöhung des Sach- und Geldleistungsbetrags der Pflegestufen I und II (§ 123 SGB XI). Nach § 124 SGB XI besteht zudem die Möglichkeit, für alle Leistungsempfänger – wenn Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind – auch im Rahmen der Sachleistung häusliche Betreuung („pflegerische Betreuungsmaßnahmen") in Anspruch zu nehmen.[52]

Damit stehen PEA im gegenwärtigen System der Pflegeversicherung abgegrenzte Leistungsvolumina zur Verfügung, mit denen ihre nicht ausreichende Berücksichtigung im gegenwärtigen Pflegebedürftigkeitsbegriff der §§ 14, 15 SGB XI teilweise kompensiert werden sollen.

Der Beirat 2009 hatte empfohlen, die Leistungen für PEA (damals bezogen auf §§ 45b, 87b SGB XI) nach „Ziel und Inhalt" zu erhalten. Die mit dem PNG neu eingeführten Leistungen und Zuschläge für PEA nach § 123 SGB XI sind gesetzlich ausdrücklich befristet bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt.

Bei Einführung des NBA erfolgt die Gleichbehandlung von somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigten Personen bereits auf Ebene der Begutachtung und des darauf basierenden neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Sonderregelungen für PEA im Leistungs- und Vergütungsrecht sind daher zukünftig grundsätzlich aus Gründen der Gleichbehandlung nicht mehr geboten.

Der Expertenbeirat ist bei seiner Empfehlung zum Umgang mit den bisherigen Leistungen der §§ 45b, 123 SGB XI von folgenden Prämissen ausgegangen:

a. Die gesonderte Beschreibung des Personenkreises „PEA" des § 45a SGB XI ist mit Einführung des NBA nicht mehr erforderlich, da es keine Sonderregelungen für diesen Personenkreis mehr geben wird.[53]

b. Die bisherigen Leistungen des § 45b SGB XI stehen zukünftig nicht mehr nur PEA, sondern allen Pflegebedürftigen zur Verfügung.

---

52 Im stationären Bereich sieht § 87b SGB XI die Vereinbarung zusätzlicher, separater Vergütungen für zusätzliche Betreuungskräfte für die Betreuung und Aktivierung von PEA in stationären Pflegeeinrichtungen vor, siehe dazu unten unter Ziffer 3.3.6.

53 Dabei werden die bisher für das Vorliegen des allgemeinen Betreuungsbedarfs nach § 45a SGB XI definierten relevanten Schädigungen und Fähigkeitsstörungen über die Items des NBA mit abgebildet, vgl. Wingenfeld, Büscher & Gansweid (2011), S. 167.

c. Betreuung in § 45b SGB XI wird auch zukünftig getrennt von pflegerischer bzw. psychosozialer Betreuung diskutiert.

d. Die Angebotsinfrastruktur, das Zulassungs- und das Kostenerstattungsverfahren des § 45b Abs. 1 S. 6 Nr. 1.–4. SGB XI sollen grundsätzlich, allerdings ohne die bisherige Beschränkung auf PEA und auch unter konzeptioneller Ausweitung auf andere, zum Beispiel vorrangig somatisch oder psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige, erhalten bleiben.

e. Es sollen Anreize dafür geschaffen werden, dass Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen sich tatsächlich entlasten.

Unter Berücksichtigung der vorstehenden Empfehlungen hat der Expertenbeirat verschiedene Modelle zum Umgang mit §§ 45b, 123 SGB XI beraten:

Mit dem Ziel, das zukünftige Leistungsgeschehen mit einer Neuordnung der Leistungsfelder zu verbinden, schlägt er vor, bei den Leistungen konzeptionell zwischen Teilleistungen zum Ausgleich der eingeschränkten Selbstständigkeit und Teilleistungen zur Entlastung des Pflegesettings zu unterscheiden:

- Als Teilleistungen zum Ausgleich der eingeschränkten Selbstständigkeit sieht er Leistungen der Grundpflege, pflegerische Betreuungsmaßnahmen (auch im Sinne des § 124 SGB XI) und Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung an, die in den §§ 36, 37, 38 und 41 SGB XI verankert sind bzw. auch weiterhin verankert sein werden. Das Leistungsvolumen der Übergangsregelung des § 123 SGB XI wird jeweils anteilig in die §§ 36, 37 SGB XI integriert. Die den Pflegegraden zugeordneten Leistungsbeträge der §§ 36, 37 SGB XI unterscheiden zukünftig nicht mehr nach somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen.

- Als Teilleistungen zur Entlastung des Pflegesettings sind und werden auch weiterhin zum Beispiel Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege (§§ 39, 42 SGB XI) verankert. Dazu kommt zukünftig die zu schaffende Entlastungsleistung für alle Pflegebedürftigen. Mit dieser können die bisherigen Leistungen des § 45b Abs. 1 S. 6 Nr. 1.–4. SGB XI im Wege der Kostenerstattung in Anspruch genommen werden.

Ziel dieser neuen Leistung ist es, eine flexible, unbürokratische Entlastungsmöglichkeit für alle pflegenden Angehörigen und andere Pflegepersonen, die einen Bedarf an entsprechenden Angeboten haben, zu schaffen. Dadurch, dass die Entlastungsleistung als separater Betrag verankert ist, werden Anreize dafür geschaffen, dass Angehörige und andere Pflegepersonen sich tatsächlich entlasten. Der Expertenbeirat geht davon aus, dass die Inanspruchnahme der Entlastungsleistung aufgrund unterschiedlich ausgeprägter Bedarfe der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen und Pflegepersonen nicht bei 100 % liegt.

Um den verfügbaren Leistungsbetrag und die Flexibilität bei der Inanspruchnahme weiter zu erhöhen, regt der Expertenbeirat ergänzend an zu prüfen, ob auch weitere Sachleistungen, zum Beispiel die Kurzzeit-, Verhinderungs- und gegebenenfalls Tages-/Nachtpflege, perspektivisch (auch hinsichtlich ihrer Leistungsvolumina) in die neue Entlastungsleistung integriert werden können. Dies hätte den zusätzlichen Vorteil, dass die Mittel für Leistungen, die gegenwärtig nicht in Anspruch genommen werden können, weil kein entsprechender Bedarf besteht, zukünftig für andere, bedarfsentsprechende Zwecke eingesetzt werden können. Zwar besteht bei einer Integration weiterer Leistungen in die Entlastungsleistung die Möglichkeit, dass zu dem Zeitpunkt, zu dem zum Beispiel Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege gebraucht werden, gegebenenfalls bereits ein (weitgehender) „Verbrauch“ des hierfür sonst einsetzbaren Leistungsbetrags eingetreten ist. Ein „Verbrauch“ der Leistungen ist allerdings auch bei gegenwärtiger Ausgestaltung möglich, ohne dass zugleich der Vorteil der möglichst bedarfsgerechten Inanspruchnahme besteht.

Als weitere Variante zum Umgang mit der bisherigen Leistung des § 45b SGB XI hat der Expertenbeirat diskutiert, die Leistung des § 45b SGB XI mit seinem Leistungsvolumen unter Erhalt seiner Leistungsinhalte, Leistungserbringer (§ 45b Abs. 1 S. 6 Nr. 1.–4. SGB XI) und seiner Vergütungsform (Kostenerstattung) vollständig in § 36 SGB XI zu integrieren. Damit könnte der gesamte Leistungsbetrag des integrierten § 36 SGB XI entweder für Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung oder pflegerische Betreuung oder für Angebote des § 45b Abs. 1 S. 6 Nr. 1.–4. SGB XI flexibel in Anspruch genommen werden. Bei dieser Variante könnte der

Anreiz für pflegende Angehörige, sich durch zum Beispiel niedrigschwellige Betreuungsangebote zu entlasten, nach Einschätzung des Expertenbeirats geringer sein. Zudem könnten sich Verschiebungen der Inanspruchnahme zwischen Angeboten mit unterschiedlichen Zulassungsanforderungen und unterschiedlicher Regulierung ergeben, zum Beispiel von Angeboten zugelassener Leistungserbringer zu niedrigschwelligen Angeboten oder von einem Leistungsbereich in einen anderen. Gegebenenfalls sollte daher zur Vermeidung nicht intendierter Effekte eine prozentuale Obergrenze für die Inanspruchnahme zum Beispiel niedrigschwelliger Angebote im Sinne des § 45c SGB XI vorgesehen werden.

Alternativ zu den vorgenannten Varianten könnten die zusätzlichen Betreuungsleistungen des § 45b SGB XI in einen eigenen Rechtsanspruch der nicht erwerbsmäßigen Pflegepersonen (§ 19 SGB XI) auf Entlastung überführt werden. Den Angehörigen und weiteren Pflegepersonen stünde damit ein eigener Anspruch gegen die Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen des / der von ihnen gepflegten oder betreuten Pflegebedürftigen zu. Von einem eigenen Rechtsanspruch der Pflegepersonen auf Entlastung könnte ein stärkerer Anreiz ausgehen, sich auch tatsächlich zu entlasten, da der Entlastungsbetrag sonst verfiele. Allerdings wäre zu prüfen, ob alleinlebende Pflegebedürftige hierdurch benachteiligt würden. Zudem wären (sozial-)versicherungsrechtliche Fragen zu klären.

Im Ergebnis favorisiert der Expertenbeirat aus den genannten Gründen die Schaffung einer Entlastungsleistung im oben beschriebenen Sinne.

3.3.4 Umgang mit den Infrastrukturleistungen nach §§ 45c und 45d SGB XI

Der Expertenbeirat weist auf den Grundsatz der Gleichbehandlung somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigter Personen in der Pflegeversicherung hin. Die Definition niedrigschwelliger Betreuungsangebote in § 45c Abs. 3 SGB XI beinhaltet grundsätzlich Angebote für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. In den Fördervorschriften der §§ 45c und 45d SGB XI ist insbesondere eine Förderung von Angeboten und Studien zugunsten demenziell erkrankter Menschen vorgesehen. Hier ist eine Anpassung der Formulierung im Sinne der Gleichbehandlung aller Pflegebedürftigen erforderlich.

Die Kofinanzierung niedrigschwelliger Angebote nach § 45c SGB XI soll erhalten bleiben.[54] Zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI werden von den Anspruchsberechtigten gegenwärtig zu weniger als 50 % in Anspruch genommen.[55] Da die Verwendung dieser Mittel je nach Bundesland zudem stark variiert, sollen die Gründe hierfür untersucht und entsprechende Maßnahmen zur aufgabenentsprechenden Ausschöpfung der Mittel bzw. zum Abbau entsprechender Barrieren ergriffen werden, um eine bessere Inanspruchnahme der zukünftigen Entlastungsleistung, auch durch Pflegebedürftige ohne eingeschränkte Alltagskompetenz, aber mit anderen Beeinträchtigungen (zum Beispiel somatisch oder psychisch) zu befördern.

3.3.5 Kurzzeit- und Verhinderungspflege / Gestaltung der Übergangsversorgung

Der Expertenbeirat weist darauf hin, dass es in Deutschland an Formen der Übergangsversorgung fehlt, die den besonderen Bedarfslagen von pflegebedürftigen Menschen in postakuten Krankheitsphasen besser gerecht werden könnten. Die Kurzzeitpflege besitzt in dieser Hinsicht eine wichtige Funktion, ist jedoch zugleich ein „Eintrittstor“ in die stationäre Dauerpflege. Durch den Ausbau anderer Angebote, etwa durch ambulante Formen der Übergangsversorgung nach dem Muster anderer Länder, könnte der zukünftig zu erwartende, demografisch bedingte Mehrbedarf an Versorgung in Übergangsphasen so gestaltet werden, dass die ambulant-häusliche Versorgung gestärkt wird.

Der Expertenbeirat empfiehlt daher, Optionen der Weiterentwicklung von Angeboten der Übergangsversorgung zu prüfen und das vorhandene Angebotsspektrum gegebenenfalls auszubauen. Er regt an, in diesem Kontext aus Flexibilitätsgründen auch die Zusammenlegung der Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege zu einem flexiblen Gesamtbetrag und die Streichung der Wartezeit von sechs Monaten zu prüfen. Änderungen, die sich dadurch bei der Infrastruktur ergeben, hin, sind dabei zu berücksichtigen.

54 Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009b), S. 43.

55 Vgl. Rothgang et al. (2011), S. 242–243.

3.3.6 Umgang mit den Sonderregelungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in der stationären Versorgung (§ 87b SGB XI)

In der ambulant-häuslichen Versorgung geht der Expertenbeirat davon aus, dass die Sonderleistungen für PEA bei Einführung des NBA grundsätzlich in das Regelleistungssystem zu integrieren sind. Für die ambulant-häusliche Versorgung wird vorgeschlagen, eine Entlastungsleistung für alle Pflegebedürftigen einzuführen (siehe oben Ziffer 3.3.3). Im stationären Bereich sieht § 87b SGB XI gegenwärtig die Vereinbarung zusätzlicher, separater Vergütungen für zusätzliche Betreuungskräfte für die Betreuung und Aktivierung von PEA in stationären Pflegeeinrichtungen vor. Die Einführung von § 87b SGB XI im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes hatte zum Ziel, die Betreuung und Aktivierung des genannten Personenkreises in einem relevanten Umfang tatsächlich zu ermöglichen. Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz wurde die Betreuungsrelation (Vollzeitkraft pro Anzahl PEA) von 1:25 auf 1:24 angehoben.

Die Ermöglichung der Anstellung zusätzlicher Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI wird in der Praxis positiv bewertet. Für PEA in stationären Einrichtungen bedeuten die Vergütungszuschläge die Gewährleistung der tatsächlichen Verfügbarkeit zusätzlicher Betreuungs- und Aktivierungsleistungen.

Nach der Zielsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (gleiche Berücksichtigung somatischer, kognitiver und psychischer Beeinträchtigungen) wäre es folgerichtig, die Leistungsvolumina des § 87b SGB XI zukünftig in die Leistungsbeträge der Pflegegrade nach § 43 SGB XI zu integrieren und für alle Pflegebedürftigen zu öffnen (Wegfall der Beschränkung auf PEA). Welcher zusätzliche, von den Pflegekassen zu finanzierende Betrag zukünftig für die Betreuung und Aktivierung einzelner Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen zur Verfügung stünde, wird dann im Rahmen der Pflegesatzvereinbarungen mit verhandelt. Dem Grunde nach bzw. aus Gründen der Gleichbehandlung zwischen ambulant-häuslicher und stationärer Versorgung ist zudem die Überlegung zu berücksichtigen, dass der Umgang mit der Vergütungsnorm des § 87b SGB XI, die quasi leistungsrechtliche Wirkung hat, vergleichbar wie in der ambulant-häuslichen Versorgung, gestaltet werden muss.

Der Beirat 2009 hatte empfohlen, die Leistungen für PEA, also auch § 87b SGB XI, nach „Ziel und Inhalt“ zu erhalten, ohne jedoch Ziel und Inhalt weiter zu konkretisieren.

Der Expertenbeirat definiert als zentrales Ziel, dass auch bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs die bisherige zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Einrichtungen für alle PEA, die hierauf gegenwärtig einen Anspruch haben, tatsächlich auf dem gegenwärtigen Niveau erhalten bleibt. Aus Gründen der Gleichbehandlung aller Pflegebedürftigen – und, weil aus fachlicher Sicht diese Betreuung und Aktivierung nicht nur für PEA, sondern auch für schwer somatisch beeinträchtigte Personen erforderlich ist – soll das gegenwärtige Niveau dieser Betreuung und Aktivierung sich zukünftig auch auf die anderen Pflegebedürftigen erstrecken. Zugleich muss durch die Gestaltung der zukünftigen Regelungen sichergestellt werden, dass diese Betreuung und Aktivierung auch in Zukunft (weiterhin) tatsächlich stattfindet. Eine Einbeziehung der bisherigen zusätzlichen Betreuung und Aktivierung in die Pflege ist fachlich geboten.

Daher spricht der Expertenbeirat die folgenden Empfehlungen aus:

a. Nach der Zielsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs müssen diejenigen Leistungen der Betreuung und Aktivierung, die gegenwärtig über die Vergütungszuschläge des § 87b SGB XI zusätzlich finanziert werden, zukünftig allen Pflegebedürftigen zur Verfügung stehen, unabhängig davon, ob sie in das Pflegesatzverfahren integriert werden oder als gesonderte Vergütungszuschläge bestehen bleiben.[56]

b. Die gesonderte Beschreibung des Personenkreises „PEA“ des § 45a SGB XI, die gegenwärtig im Rahmen von § 87b SGB XI entsprechend anzuwenden ist, wird zukünftig mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des NBA nicht mehr erfolgen.[57] Daher muss geklärt werden, an welche

56 Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste weist darauf hin, dass die Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz aus dem PflEG, PfWG und PNG nach Ziel, Inhalt und in ihrer bisherigen Ausgestaltung als zusätzliche und den pflegebedürftigen Menschen finanziell nicht belastende Leistungen in jedem Fall erhalten bleiben sollen.

57 Die zur Beschreibung von PEA erforderlichen Elemente könnten jedoch weitgehend mit dem NBA erhoben werden, soweit dies erforderlich ist.

Voraussetzungen die Erbringung von zukünftigen Leistungen der Betreuung und Aktivierung der Bewohner zukünftig geknüpft werden sollen, und ob diese Voraussetzungen bereits im NBA erhoben werden.

c. Der erreichte Status quo der bisherigen zusätzlichen Betreuung und Aktivierung in stationären Einrichtungen soll erhalten bleiben. Hierfür ist die Festlegung einer fachlich begründeten Betreuungsrelation im Bundesrecht erforderlich.

d. Mindestens das Leistungsvolumen, das heute für § 87b SGB XI zur Verfügung steht, soll auch in Zukunft für Betreuung und Aktivierung zur Verfügung stehen.

Der Expertenbeirat empfiehlt zur Umsetzung dieser Empfehlungen die Integration des § 87b SGB XI in § 43 SGB XI. Zur Verwirklichung der Zielsetzung, dass das erreichte Niveau an bisheriger zusätzlicher Betreuung und Aktivierung des § 87b SGB XI auch zukünftig und unter Ausweitung auf alle Pflegebedürftigen erhalten bleibt, soll die Integration in § 43 SGB XI unter der Voraussetzung erfolgen, dass „Betreuung und Aktivierung“ zukünftig in den Pflegesatzvereinbarungen als separater, von den Pflegekassen zu finanzierender Vergütungsbestandteil (sogenannter „gesonderter Pflegesatzbestandteil“) ausgewiesen werden. Maßgabe für diesen gesonderten Pflegesatzbestandteil ist, dass die Wirkungen des § 87b SGB XI erhalten bleiben und auch zukünftig keine Differenzierung nach Pflegegraden erfolgt. Der separate Vergütungsbestandteil „Betreuung und Aktivierung“ darf nicht durch die den Pflegebedürftigen abwählbar sein. Mit dieser Konstruktion wird erreicht, dass der erreichte Status quo der Betreuung und Aktivierung für PEA auch zukünftig erhalten bleibt und darüber hinaus zukünftig auch allen Pflegebedürftigen zur Verfügung steht.

Eine rechtstechnische Alternative ist der Erhalt der Sondernorm des § 87b SGB XI bei Ausweitung des Anwendungsbereichs auf alle Pflegebedürftigen und unter Berücksichtigung der übrigen vorstehenden Anforderungen.

Der Expertenbeirat regt zudem an, eine Flexibilisierung der Leistungserbringung zu prüfen, ohne den Anspruch auf ganzheitliche Leistungserbringung zu vernachlässigen. Insbesondere soll geprüft werden, ob zukünftig auch Betreuungsangebote nach § 45c SGB XI, gegebenenfalls auch andere Leistungen von der Einrichtung „eingekauft“ werden können.

3.3.7 Leistungen der sozialen Sicherung für pflegende Angehörige

Mit der Veränderung der Definition von Pflegebedürftigkeit ergeben sich auch Anpassungsbedarfe bei den Leistungen zur sozialen Sicherung für pflegende Angehörige.

Gegenwärtig erhält ein pflegender Angehöriger oder eine sonstige Pflegeperson Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 SGB XI, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Person(en) wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegt (§ 19 SGB XI). Die Höhe der von den Pflegekassen zu entrichtenden Rentenversicherungsbeiträge nach § 166 Abs. 2 SGB VI hängt neben der Pflegestufe I bis III des Pflegebedürftigen auch vom zeitlichen Umfang der Pflegetätigkeit des pflegenden Angehörigen oder der sonstigen Pflegeperson ab. Maßgeblich sind gegenwärtig nur die Zeiten, in denen Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erbracht wird.

Da durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einerseits eine Abkehr von der Orientierung an Zeitmessungen erfolgen soll, andererseits – selbst, wenn man an einer Zeitmessung in diesem Kontext festhält – zu klären wäre, ob neben den Zeitaufwänden für Betreuung auch Präsenzzeiten zu berücksichtigen sind, empfiehlt der Expertenbeirat, die Regelungen grundsätzlich bezüglich ihres Anknüpfungspunkts zu überprüfen. So weisen Wingenfeld & Gansweid (2013) darauf hin, dass eine zeitlich konzentrierte Hilfe in Form des Waschens des Oberkörpers nicht mit der Präsenzzeit einer Pflegeperson gleichgesetzt werden kann, die sich zwar in Rufweite befinden muss, aber in dieser Zeit durchaus eigenen Interessen nachgehen kann.[58] Dabei wären nach Einschätzung des Expertenbeirats Aspekte wie das Maß der Einschränkung der Erwerbstätigkeit, der Vergleich mit der Regelung zu Kindererziehungszeiten, aber auch eine Anknüpfung an den Pflegegrad zu diskutieren.

58 Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 33.

3.4 Empfehlungen zur Gestaltung der Leistungshöhen und Relationen zwischen den Leistungsbeträgen

3.4.1 Vorbemerkungen zur Einordnung der Aussagen in diesem Abschnitt (einschließlich der beispielhaften Berechnungen)

Der Expertenbeirat hat bereits dargelegt, dass die Ausgestaltung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung von den Zielen der Gesetzlichen Pflegeversicherung, weiteren fachpolitischen Zielsetzungen, fachlichen Folgewirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einschließlich des NBA sowie von finanziellen Auswirkungen abhängt (vergleiche Ziffer 3.2).[59] Einzelne Fragestellungen der Ausgestaltung der Leistungsbeträge können durch vorliegende wissenschaftliche Erkenntnisse weiter untermauert werden,[60] sie können jedoch die Orientierung an fachpolitischen Zielen nicht ersetzen. Für den Gesetzgeber besteht bei der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein Gestaltungs- und Konkretisierungsspielraum, den er im Rahmen seines politischen Letztentscheidungsrechts ausfüllen muss.

Weil die Pflegeversicherung als Teilleistungssystem ausgestaltet ist, können bei der zukünftigen Gestaltung des Leistungsrechts für die unterschiedlichen Leistungsbereiche und Leistungen verschiedene Zielsetzungen im Vordergrund stehen. Daher hat der Expertenbeirat die am Ende dieses Abschnitts beispielhaft aufgeführten Berechnungen nach Leistungsbereichen bzw. Leistungen unterschieden und vorrangig solche Berechnungsbeispiele aufgeführt, die für die Analyse einzelner fachpolitischer Ziele besonders illustrativ sind. Dennoch bleiben sie Rechenbeispiele, die zwar helfen, Effekte zu verdeutlichen, ohne vom Expertenbeirat in dieser Form aber konkret zur Umsetzung empfohlen zu werden, zumal einige Beispielsrechnungen gerade zeigen sollen, welche Effekte gegebenenfalls fachpolitisch **nicht** wünschenswert oder jedenfalls eher kritisch zu sehen sind. Die beispielhaften Berechnungen ergänzen daher die Empfehlungen des Expertenbeirats zur Gestaltung der Leistungshöhen und Relationen zwischen den Leistungsbeträgen in diesem Abschnitt.

Die Beispielsrechnungen verstehen sich als analytische Werkzeuge zur Unterstützung der gesetzgeberischen Entscheidung über ein neues Leistungsrecht, ohne dass der Expertenbeirat sich ausdrücklich für ein Beispiel oder eine Kombination entscheidet. Das Leistungsrecht der Gesetzlichen Pflegeversicherung ist – insbesondere in der ambulant-häuslichen Versorgung – modular gestaltet. Bei Festlegung der Leistungsbeträge im Rahmen der Gesetzgebung sind daher nicht nur die einzelnen Leistungen (zum Beispiel ambulante Sachleistungen, Geldleistungen, Entlastungsleistungen, stationäre Leistungen etc.) in ihren Auswirkungen fachlich und politisch zu bewerten. Bei der Kombination dieser „Module“ sind zudem die Wechselwirkungen und das Verhältnis der Bereiche zueinander einer eigenen fachlichen und politischen Bewertung zu unterziehen (zum Beispiel das Verhältnis ambulant-häusliche zu stationärer Versorgung oder das Verhältnis Sach- zu Geldleistung). Daher gibt der Expertenbeirat in diesem Abschnitt auch hierzu Hinweise.

Zur Durchführung einer politischen Gesamtbewertung sind dann die Ergebnisse der einzelnen Leistungsbereiche zusammenzuführen, auch um zu prüfen, welcher Ausgabenbetrag sich insgesamt ergibt. Solche Gesamtmodelle erlauben dann auch einen Vergleich bzw. eine Parallelverschiebung der möglichen Ausgabenvolumina (bis hin zu einer ausgabenneutralen Variante).

3.4.2 Grundlagen und Rahmen für die Entwicklung von Leistungshöhen und Relationen zwischen den Leistungsbeträgen

Für die Entwicklung von Leistungshöhen und Relationen zwischen den Leistungsbeträgen sind zentral folgende tatsächliche Veränderungen, die bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens voraussichtlich eintreten werden, mit zu berücksichtigen:

---

59 Auch bei Einführung der Pflegeversicherung wurden die Leistungsbeträge anhand finanzieller Auswirkungen und bestimmter fachpolitischer Zielsetzungen ausgerichtet. So war die Höhe der Geldleistungsbeträge vorrangig durch das finanziell Mögliche und das abgestufte Verhältnis zur ambulanten Sachleistung begründet. Die Höhe der ambulanten Sachleistungsbeträge orientierte sich ursprünglich an der Zahl der damit finanzierbaren professionellen Pflegeeinsätze und die Höhe der stationären Sachleistungsbeträge diente vorrangig dem Ziel der Vermeidung pflegebedingter Sozialhilfeabhängigkeit, vgl. dazu auch Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 16ff.

60 Zum Beispiel die Erkenntnisse aus der Studie von Wingenfeld & Gansweid (2013).

- Veränderung der Einstufung bisheriger Leistungsbezieher im Vergleich zum bisherigen Pflegestufensystem einschließlich der Veränderung der Einstufung von pflegebedürftigen Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe
- Anzahl von Personen, die nach Einführung des NBA gegebenenfalls zusätzlich leistungsberechtigt werden, einschließlich pflegebedürftiger Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe
- Veränderungen der Inanspruchnahme von Leistungen aufgrund der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Dem Expertenbeirat lagen insbesondere zu den ersten zwei Punkten Ergebnisse aus verschiedenen wissenschaftlichen Untersuchungen vor.[61] Zur voraussichtlichen Inanspruchnahme hat er jeweils begründete Annahmen getroffen.

Darüber hinaus sind verschiedene, fachpolitisch begründete Entscheidungen zu treffen. Diese betreffen insbesondere die folgenden Aspekte:

- Inhaltliche Ausgestaltung der Leistungen der Pflegeversicherung einschließlich des leistungsberechtigten Personenkreises (siehe dazu oben unter Ziffer 3.3), insbesondere die Einführung einer Entlastungsleistung (Ziffer 3.3.3)
- Verhältnis der Leistungshöhen der ambulant-häuslichen zur vollstationären Versorgung
- Verhältnis der Sachleistungen zu Geldleistungen in der ambulant-häuslichen Versorgung
- Leistungsrechtliche Hinterlegung des Pflegegrads 1

Der Expertenbeirat hat zu den vorgenannten Punkten jeweils fachpolitisch begründete Empfehlungen unterbreitet, die auch Grundlage seiner beispielhaften Berechnungen sind.

Der Expertenbeirat hatte keine festen Vorgaben über den finanziellen Rahmen. Er ist bei seinen Überlegungen davon ausgegangen, dass aufgrund von Struktureffekten bei der Neueinstufung der Pflegebedürftigen (relative stufenmäßige Verbesserungen insbesondere von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und mit psychischen Erkrankungen, aber auch weiterer Gruppen[62]) Fallzahlsteigerungen und / oder durch Veränderungen bei der Inanspruchnahme der Leistungen Mehrausgaben anfallen, wenn sich die Leistungsbeträge weitgehend am bisherigen Niveau der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung orientieren sollen.

Mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz wurden im Vorgriff auf die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bereits höhere Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz vorgesehen (§ 123 SGB XI). Damit sollte bewirkt werden, dass PEA, die bei einer Einstufung mit dem NBA relativ (das heißt im Verhältnis zu vorrangig somatisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen und unter Berücksichtigung, dass durch die Veränderung von einem drei- in ein fünfstufiges Pflegegradsystem Änderungen der numerischen Bezeichnungen der Pflegegrade erfolgen) höhere Pflegegrade erreichen als im bisherigen Pflegestufensystem, bereits vor Einführung des NBA als neues Begutachtungsinstrument höhere Leistungen erhalten, auch wenn sie noch nicht in die mit dem NBA erreichbare Stufe eingeordnet werden. Dies ist im Sinne eines „vorgezogenen“ – jedoch für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, aber ohne zusätzliche Pflegestufe der Höhe nach nur teilweise vollzogenen – Stufenwechsels zu verstehen. Da die zusätzlichen Leistungen für PEA im Vorgriff auf die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingeführt wurden, hält der Expertenbeirat es für angezeigt, die Veränderungen durch das PNG bei den Ausgangsbeträgen der beispielhaften Berechnungen mit zu berücksichtigen.

3.4.3 Verhältnis der Leistungshöhen der ambulant-häuslichen und vollstationären Versorgung

Der Expertenbeirat sieht den Vorrang und die Unterstützung der ambulant-häuslichen Versorgung als ein wesentliches Ziel der Pflegeversicherung bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs an. Dieses Ziel kann auf verschiedene Weise umgesetzt werden. Ein zentraler Aspekt dabei ist das Verhältnis der Leistungshöhen zwischen den Leistungen der häuslichen und der vollstationären Versorgung. Hier wird in der Fachdiskussion teilweise eine Angleichung der Leistungsbeträge der ambulanten und stationären

61 Zum einen aus der ersten Beiratsphase, vgl. Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009b), S. 59ff., sowie Rothgang & Sauer 2013, vgl. Ziffer 3.5.3.4.

62 Vgl. Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 41ff.

Sachleistung gefordert, da nicht der Ort der Pflege über Leistungsansprüche entscheiden soll, sondern das Ausmaß der Angewiesenheit auf personelle Hilfen. Zudem wird angeführt, das unterschiedliche Leistungsrecht bremse die Entwicklung von Versorgungsformen, die die Sektorgrenze ambulant-stationär überschreiten, und perpetuiere die bestehenden segmentierten Strukturen.

Bei einem direkten Vergleich der Beträge der ambulanten Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI (Pflegestufe I: 450 EUR, Pflegestufe II: 1.100 EUR, Pflegestufe III: 1.550 EUR) und der vollstationären Pflegesachleistung nach § 43 SGB XI (PS I: 1.023 EUR, PS II 1.279, PS III: 1.550 EUR) zeigt sich, dass die ambulanten Sachleistungsbeträge mit Ausnahme der Pflegestufe I den stationären Sachleistungsbeträgen schon relativ weit angenähert oder sogar identisch sind, obwohl die vollstationäre Sachleistung – anders als im ambulanten Bereich – die Leistung der medizinischen Behandlungspflege mit umfasst.

Vergleicht man die Leistungsbeträge der stationären Sachleistung mit den Gesamtbeträgen möglicher häuslicher Versorgungsarrangements, auch unter Einbezug der Erhöhungsbeträge für PEA aus § 123 SGB XI, ergänzt durch Beträge für PEA aus § 45b SGB XI und / oder aus der 150-%-Regelung bei der gleichzeitigen Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI, wird der tatsächlich in der ambulant-häuslichen Versorgung zur Verfügung stehende Betrag gerade in den Pflegestufen II und III deutlich über dem jeweiligen Sachleistungsbetrag in § 43 SGB XI liegen.

Hinzu kommen in der ambulant-häuslichen Versorgung verschiedene jährliche oder einmalige Leistungen, die je nach Bedarf abgerufen werden können (Verhinderungs- und Kurzzeitpflege nach §§ 39, 42 SGB XI oder die Wohnraumanpassung in § 40 SGB XI). Bei der Betrachtung des jeweiligen Leistungs- und Versorgungsniveaus der gegenwärtigen ambulant-häuslichen und vollstationären Leistungen stellt der Expertenbeirat daher fest, dass je nach vorliegenden Beeinträchtigungen und gewähltem Versorgungsarrangement das Leistungs- und Versorgungsniveau in der ambulant-häuslichen Pflege teils über, teils unter dem der stationären Versorgung liegt. Insgesamt wird deutlich, dass der Vergleich aufgrund der unterschiedlichen Leistungsarten und Zielrichtungen nicht möglich ist.

Bei den Überlegungen zur zukünftigen Gestaltung des Verhältnisses von ambulant-häuslichen zu vollstationären Leistungsbeträgen ist zu berücksichtigen, dass das Verhältnis auch in der Vergangenheit mit unterschiedlichen Zielsetzungen ausgestaltet wurde. So orientierte sich bei Einführung der Pflegeversicherung die Höhe der Geldleistungsbeträge vorrangig am finanziell Machbaren und daran, im Verhältnis zur ambulanten Sachleistung relativ niedriger gestaltet zu sein. Die Höhe der ambulanten Sachleistungsbeträge wurde mit der Zahl der damit möglichst finanzierbaren professionellen Pflegeeinsätze und die Höhe der vollstationären Sachleistungsbeträge vorrangig mit dem Ziel der Vermeidung pflegebedingter Sozialhilfeabhängigkeit begründet. Für die im Laufe der Zeit zusätzlich eingeführten Leistungen für PEA gelten wiederum andere Zielsetzungen, zum Beispiel die Möglichkeit zur Entlastung von pflegenden Angehörigen.

Da die Pflegeversicherung nicht bedarfsabhängig leistet, sondern als Teilleistungssystem konzipiert ist, ist es nach Einschätzung des Expertenbeirats zulässig, die begrenzten Ressourcen auch zukünftig in die Teilabdeckung unterschiedlicher Bedarfe zu steuern. Gerade in der ambulant-häuslichen Versorgung, in der die Bedarfslagen sehr heterogen sind, erfordert eine solche Steuerung Leistungstatbestände mit unterschiedlichen Zielrichtungen und unterschiedlicher finanzieller Ausstattung.

Hinzu kommt, dass sich Pflegebedürftige in der ambulant-häuslichen und der vollstationären Versorgung unterschiedlich auf die Pflegestufen bzw. die zukünftigen Pflegegrade verteilen. Die Organisation der Leistungserbringung in einer vollstationären Einrichtung bzw. gruppenbezogenen Versorgung gestaltet sich jedoch typischer Weise anders als in der Einzelversorgung durch einen ambulanten Pflegedienst oder durch Angehörige zu Hause. Zudem sind der professionelle Leistungsaufwand und sein Einfluss auf die Personalkosten in der vollstationären Versorgung wesentlich für die Höhe der Pflegesätze und damit den jeweils zu leistenden Eigenanteil der Versicherten. Eine unterschiedliche Gestaltung der Leistungshöhen und -spreizungen dient daher auch der Vermeidung zusätzlicher Belastungen der Versicherten sowie der Abwendung von pflegebedingter Sozialhilfeabhängigkeit. Die Gleichstellung der Leistungsbeträge der ambulant-häuslichen und vollstationären Versorgung erfordert daher systematische Überlegungen, die über die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hinausgehen.[63]

63 Die Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände spricht sich für gleiche Leistungsbeträge unabhängig vom Leistungsort aus.

3.4.4 Verhältnis der Leistungshöhen der Sach- und Geldleistungen

Der Expertenbeirat spricht keine Empfehlung für oder gegen den Erhalt der Unterscheidung zwischen Sach- und Geldleistungen aus. Im Rahmen seines Auftrags, Vorschläge für die Leistungshinterlegung der Pflegegrade zu unterbreiten, geht er von der bestehenden und gegenwärtig funktionierenden Unterscheidung zwischen Sach- und Geldleistungen aus. Veränderungen in diesem Bereich erfordern grundsätzliche Erwägungen, die losgelöst von der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu diskutieren wären – und auch über den Auftrag des Expertenbeirats hinausgehen. Der Expertenbeirat hat diese Unterscheidung daher als unveränderte Voraussetzung für seine Arbeit angesehen und seine Vorschläge auf dieser Basis unterbreitet.

Gegenwärtig liegen die Leistungsbeträge für die ambulante Sachleistung nach § 36 SGB XI (Pflegestufe I: 450 EUR, Pflegestufe II: 1.100 EUR, Pflegestufe III: 1.550 EUR) über den entsprechenden Beträgen der Geldleistung nach § 37 SGB XI (Pflegestufe I: 235 EUR, Pflegestufe II: 440 EUR, Pflegestufe III: 700 EUR). Bei Einführung der Pflegeversicherung wurden die höheren Beträge der ambulanten Sachleistung damit begründet, dass Sachleistungsbezieher die Pflege im häuslichen Bereich nicht ohne einen Pflegeeinsatz durch professionelle Pflegekräfte sicherstellen können, weil sie entweder alleinstehend sind oder weil ihre Familienangehörigen die Pflege nicht oder nicht mehr in vollem Umfang allein bewältigen können. Durch den Einsatz der professionellen Pflegekräfte entstehen zwangsläufig Aufwendungen, für die den Pflegebedürftigen finanzielle Mittel zur Verfügung stehen müssen, weil sie sich sonst nicht weiter für die häusliche Pflege entscheiden könnten.[64]

Aus diesen Gründen empfiehlt der Expertenbeirat, dass auch zukünftig die ambulante Sachleistung mit einem höheren Leistungsbetrag als die Geldleistung hinterlegt wird.[65]

Die Spreizung der Sach- und Geldleistungsbeträge sollte nach Einschätzung des Expertenbeirats – mit Ausnahme des Pflegegrads 1 grundsätzlich identisch sein. Allerdings kann eine abweichende Spreizung gegebenenfalls aus fachpolitischen Erwägungen heraus überlegt werden (zum Beispiel ein stärkerer Anstieg der Leistungsbeträge für die ambulante Sachleistung bei flacherem Anstieg der Geldleistungsbeträge oder umgekehrt). Dabei ist auch die Spreizung der Entlastungsleistung (siehe Ziffer 3.3.3) mit in den Blick zu nehmen.

Bei der Entwicklung von Beispielsrechnungen hält der Expertenbeirat sowohl eine vorrangige Orientierung am Sachleistungsbereich als auch am Geldleistungsbereich für fachlich begründbar. Eine vorrangige Orientierung am Sachleistungsbereich ist dann plausibel, wenn fachpolitisches Ziel der Pflegeversicherung vorrangig die Entlastung von Sachleistungsaufwendungen sein soll. Eine vorrangige Orientierung am Geldleistungsbereich ist unter der Prämisse plausibel, dass die häusliche Pflege überwiegend durch Angehörige und andere Pflegepersonen erbracht wird und Sachleistungen nur ergänzend in Anspruch genommen werden.

Der Expertenbeirat weist darauf hin, dass auch bei vollständiger Inanspruchnahme der Leistungsbeträge der ambulanten Sachleistung nach § 36 SGB XI in aller Regel noch in großem Umfang eine privat organisierte Unterstützung der Pflegebedürftigen durch Angehörige, Freunde oder andere bürgerschaftlich Engagierte erfolgt. Daher regt der Expertenbeirat an zu prüfen, im Rahmen der Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI einen Teil des Pflegegeldes nicht anzurechnen, um auch bei Ausschöpfung des Sachleistungsbetrags einen Geldbetrag für die oben genannten Zwecke zu erhalten.

3.4.5 Leistungsrechtliche Ausgestaltung des Pflegegrads 1

Der Beirat 2009 hatte empfohlen, den Pflegegrad 1 zum Zweck der Erhaltung der Selbstständigkeit und Vermeidung schwererer Pflegebedürftigkeit leistungsrechtlich auszugestalten.[66] Offen war geblieben, ob im Pflegegrad 1 auch Sach- und Geldleistungsbeträge hinterlegt werden sollen und auf welche konkreten Leistungen der Pflegeversicherung (sowie gegebenenfalls in welcher Höhe) Personen im Pflegegrad 1 Anspruch haben sollen.

Der Expertenbeirat empfiehlt, im Pflegegrad 1 einen Anspruch auf solche Leistungen vorzusehen, die entweder häufige Bedarfslagen im Pflegegrad 1 adressieren oder die der Vermeidung schwererer Pflegebedürftigkeit dienen. Durch die Studienergebnisse von Wingenfeld &

64 Das Pflegegeld war jedoch seit jeher nicht als Entgelt für die von Angehörigen und anderen informellen Helfern geleistete Unterstützung gedacht, vgl. Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 15.

65 Die Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände spricht sich für die Angleichung der Leistungsbeträge der Geld- und Sachleistung aus, da die Leistungen unabhängig vom Leistungsort gleich sein müssen.

66 Umsetzungsbericht des Beirats (2009), S. 48–49.

Gansweid (2013) für den Expertenbeirat konnten weitere Erkenntnisse über Beeinträchtigungen, Hilfe und Pflegegrade bezüglich der Personen im Pflegegrad 1 gewonnen werden.[67] Deutlich wird, dass die Beeinträchtigungen vorrangig im somatischen Bereich liegen und Teilhilfen bei der Selbstversorgung, beim Verlassen des Hauses und der hauswirtschaftlichen Versorgung erfordern. Zudem profitieren gerade Personen mit erheblichen Beeinträchtigungen bei der Selbstständigkeit beim Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen, die keine Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten und der Mobilität aufweisen, von einer zukünftigen Einstufung in den Pflegegrad 1. Soweit diese Teilhilfen nicht von Angehörigen übernommen werden,[68] werden in der häuslichen Versorgung vorrangig Leistungen ambulanter Pflegedienste in Betracht kommen.

Zur Unterstützung der beschriebenen Personengruppe und zur Verwirklichung des Präventionsgedankens sind nach Einschätzung des Expertenbeirats insbesondere beratende und edukative Unterstützungsangebote, niedrigschwellige Unterstützungs- und Entlastungsangebote und hauswirtschaftliche Hilfen von Bedeutung. Zu beachten ist, dass Pflegebedürftige zukünftig bereits mit Einstufung in den Pflegegrad 1 grundsätzlich Zugang zu allen Leistungen, deren Leistungsvoraussetzung „Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI“ (auf der Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs) ist, haben, soweit dies nicht ausdrücklich ausgeschlossen wird. Gerade die Aufklärung und Beratung über eine gesunde, der Pflegebedürftigkeit vorbeugende Lebensführung über die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen in § 7 Abs. 1 SGB XI stellt gegenwärtig keinen Individualanspruch, sondern eine allgemeine Pflicht der Pflegekassen dar.

Der Expertenbeirat empfiehlt daher zu prüfen, ob die auch für Personen im Pflegegrad 1 zugänglichen Beratungsangebote in ihrer konkreten Ausgestaltung und praktischen Umsetzung hinreichend auf die Ziele der Förderung der Wiederherstellung der Selbstständigkeit und Vermeidung der Verschlechterung von Pflegebedürftigkeit für Personen im zukünftigen Pflegegrad 1 ausgerichtet sind und ob die gegenwärtigen gesetzlichen Grundlagen in diesem Sinne angepasst werden müssen.

Der Expertenbeirat empfiehlt, dass Pflegebedürftige durch die Einstufung in den Pflegegrad 1 zukünftig wie alle Pflegebedürftigen Anspruch auf die folgenden Leistungen haben:

- Anspruch auf Aufklärung, Beratung und individuelle Pflegeberatung nach §§ 7, 7a und 7b SGB XI
- Anspruch auf häusliche Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI (im Pflegegrad 1 und 2: halbjährlich, siehe Ziffer 3.6.2.4)
- Geltung der Vorschriften zur Rehabilitationsabklärung und vorläufigen Erbringung von Rehabilitationsleistungen nach §§ 18, 18a SGB XI i. V. m. §§ 31 und 32 SGB XI
- Anspruch auf Pflegehilfsmittel (technische und zum Verbrauch bestimmte) nach § 40 SGB XI
- Anspruch auf Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen nach § 40 Abs. 4 SGB XI (Kannleistung)
- Für Angehörige, ehrenamtliche Pflegepersonen und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit Interessierte: unentgeltliche Schulungskurse (Pflegekurse) nach § 45 SGB XI[69]

Der Expertenbeirat empfiehlt zusätzlich, dass im Pflegegrad 1 für Leistungen der Pflegeversicherung im häuslichen Bereich 100 EUR pro Monat im Wege der Kostenerstattung entsprechend § 45b Abs. 1 S. 6 Nr. 1.–4. SGB XI (unter Berücksichtigung eines möglichst geringen verwaltungsökonomischen Aufwands) zur Verfügung gestellt werden. Zusätzlich wäre Pflegebedürftigen in dieser Höhe eine Kostenerstattung für die Inanspruchnahme von Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung möglich.

Der Expertenbeirat begründet seine Empfehlung wie folgt: Es wird nicht wenige Personen im Pflegegrad 1 geben, die in vergleichbarer Situation im heutigen System in Pflegestufe I eingestuft würden. Der

67 Vgl. Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 21. Die betrachteten Personen (N = 5) hatten mäßige, rein motorische Einschränkungen aufgrund von Wirbelsäulen-, Gelenkerkrankungen oder Restlähmung nach Schlaganfall, die Probleme mit dem Gehen und Stehen haben. Bei keinem wurde eine eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt. Bei den betrachteten Personen sind aufgrund der motorischen Beeinträchtigungen vor allem Teilhilfen beim Waschen und Kleiden der unteren Extremitäten, beim Verlassen des Hauses und bei der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich. Der Bedarf an Grundpflege liegt zwischen 27 und 60 Minuten im Tagesdurchschnitt. Die Toilettenbenutzung erfolgt bei allen selbstständig, bei zwei Personen sind Hilfen beim Leeren des Toilettenstuhls erforderlich. Psychosozialer Unterstützungsbedarf besteht nur in geringem Umfang. Nächtlicher Hilfebedarf war bei dieser Personengruppe nicht feststellbar. Es besteht keine Notwendigkeit der Präsenz außerhalb der pflegerischen Hilfen.

68 In den untersuchten Fällen (N = 5) wurden die Hilfen für Pflegebedürftige im Pflegegrad 1 überwiegend von Familienangehörigen, Freunden oder Bekannten erbracht, vgl. Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 21.

69 Bei diesen handelt es sich nicht um einen Individualanspruch (streitig), sondern um eine rechtliche Verpflichtung der Pflegekassen.

Leistungsanspruch dieser Gruppe verändert sich mit der Neueinstufung, es bleiben aber relevante Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit. Dabei ist davon auszugehen, dass die Inanspruchnahme in diesem Pflegegrad nicht bei 100 % liegen wird, da ein großer Teil des Hilfebedarfs über Angehörige und andere privat Pflegende aufgefangen wird. Dennoch gibt es auch im Pflegegrad 1 Personen, die externe Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen möchten oder müssen, zum Beispiel weil sie alleinlebend sind. Für diese Fälle wird die entsprechende leistungsrechtliche Hinterlegung des Pflegegrads 1 empfohlen.

Da im Pflegegrad 1 Hilfsangebote mit präventivem Charakter im Vordergrund stehen, wird ein eigener Leistungsbetrag bei der ambulanten Sach- und bei der Geldleistung vom Expertenbeirat für nicht erforderlich gehalten;[70] den Pflegebedürftigen im Pflegegrad 1 sollen vorrangig Dienstleistungen und Sachleistungen im Wege der Kostenerstattung zur Verfügung gestellt werden. Unterhalb von Pflegegrad 1 soll es wegen des geringen Ausmaßes der Unselbstständigkeit keine Leistungen der Pflegeversicherung geben.

Welche Ausgaben sich durch eine leistungsrechtliche Hinterlegung des Pflegegrads 1 ergeben können, erfordert eine Abschätzung der voraussichtlich im zukünftigen Pflegegrad 1 anspruchsberechtigten Personen und eine Abschätzung des Grades der Inanspruchnahme der im Pflegegrad 1 jeweils vorgesehenen Leistungen. Im Einzelnen betrifft das folgende Gruppen:

- Personen, die gegenwärtig keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, mit Begutachtung nach dem NBA erstmals leistungsberechtigt werden und dann in den Pflegegrad 1 eingestuft werden, auch aus dem Kreis der pflegebedürftigen Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe
- Personen, die gegenwärtig bereits Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, weil sie entweder in eine der Pflegestufen I–III eingestuft oder nach § 45a SGB XI anspruchsberechtigt sind.

Über die voraussichtliche Größenordnung der Personen, die gegenwärtig keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, gibt es unterschiedliche Schätzungen. Teilweise können Rückschlüsse aus der Zahl der abgelehnten Antragsteller gezogen werden (siehe dazu die nachstehende Tabelle 5). Schwieriger abzuschätzen sind insbesondere diejenigen Personen, die bislang noch keinen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt haben (Nichtantragsteller, auch „sonstige Hilfeempfänger“). Im Beirat 2009 wurde für die zukünftig in den Pflegegrad 1 einzustufenden Personen von einer Spanne von 330.000 bis circa 800.000 Personen ausgegangen.[71] Angesichts der dort bereits beschriebenen methodischen Herausforderungen wurde im Ergebnis eine Schätzung von insgesamt circa 650.000 Personen, die aus dem Kreis der bisherigen Antragsteller und Nichtantragsteller neu in den Pflegegrad 1 eingestuft werden, für vertretbar gehalten.[72]

Aufgrund des PfWG und PNG und den dadurch ausgelösten Veränderungen der Leistungsansprüche für PEA und des Antragstellerverhaltens gehen Rothgang & Sauer davon aus, dass ein Teil dieser Personen inzwischen bereits Leistungen der Pflegeversicherung erhält.[73] Für die Gruppe der „sonstigen Hilfeempfänger“, die auch nach Inkrafttreten des PfWG und PNG keinen Leistungsantrag gestellt haben, schätzen Rothgang & Sauer (2013), dass bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zusätzlich rund 200.000 Personen in den Pflegegrad 1 eingestuft werden.[74] Hinzu kommen weitere circa 30.000 Personen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben und zukünftig voraussichtlich in den Pflegegrad 1 eingestuft werden.[75]

Des Weiteren ist abzuschätzen, wie viele Antragsteller (gegenwärtige Leistungsbezieher der Pflegestufen I, II, III oder PEA sowie abgelehnte Antragsteller) zukünftig in den Pflegegrad 1 eingestuft würden. Nach Annahmen und Berechnungen von Dr. Wingenfeld ergeben sich hier die nachstehenden Zahlen (siehe Tabelle 5):

70 Es wird aber darauf hingewiesen, dass gegenwärtig in der Pflegestufe „0“ durch die vorläufige Regelung des § 123 SGB XI ein Anspruch auf Geld- und Sachleistungen besteht. Allerdings würde die überwiegende Zahl der Personen, die heute in Pflegestufe „0“ Geld- oder Sachleistungen beziehen (vor allem Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz), zukünftig im Pflegegrad 2 eingestuft werden. Die unterschiedliche leistungsrechtliche Hinterlegung im Pflegegrad 1 ist auch hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Sozialhilfe zu prüfen.

71 Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009b), S. 59ff.

72 Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009b), S. 59ff.

73 Rothgang & Sauer (2013), S. 58.

74 Rothgang & Sauer (2013), S. 58.

75 Rothgang & Sauer (2013), S. 43.

Tabelle 5: Personen mit dem zukünftigen Pflegegrad 1 aus Antragstellerstatistik (gerundet)

	Derzeit leistungsberechtigt (PS I, II oder zumindest EA)	Noch nicht leistungsberechtigt (Keine Pflegestufe, keine EA)*	Zusammen
Geldleistungen	138.360	40.350	178.710
Sachleistungen	20.000	15.250	35.250
Vollstationär	14.430	4.760	19.190
	172.790	**60.360**	**233.150**

* Im Gegensatz zu denjenigen Personen, die noch nie einen Antrag gestellt haben, basieren diese Zahlen auf der Zahl der abgelehnten Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung.

Zusammen mit den rund 200.000 noch nicht leistungsberechtigten Personen („sonstige Hilfebedürftige"), die zukünftig voraussichtlich in den Pflegegrad 1 eingestuft werden und die noch nie einen Antrag auf Pflegeleistungen gestellt haben, und den circa 30.000 Personen, die aus der Gruppe der Leistungsempfänger nach § 43a SGB XI zukünftig in den Pflegegrad 1 eingestuft werden, ergeben sich insgesamt (das heißt ohne Differenzierung nach ambulant-häuslich und vollstationär) circa 463.150 Personen, die zukünftig voraussichtlich in den Pflegegrad 1 eingestuft werden. Nach der Empfehlung des Expertenbeirats hätten jedenfalls 433.150 Personen dann potenziell Anspruch auf die abrechenbare Leistung von 100 EUR.[76]

Für Pflegebedürftige in Einrichtungen der Behindertenhilfe würde sich die leistungsrechtliche Wirkung unter Zugrundelegung des bisherigen Leistungsrechts nach § 43a SGB XI richten. Danach übernimmt die Pflegekasse zur Abgeltung der in § 43 Abs. 2 SGB XI genannten Aufwendungen – unabhängig von der jeweiligen Pflegestufe – 10 % der nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgelts, pro Monat max. 256 EUR. Da für die leistungsrechtliche Hinterlegung des Pflegegrades 1 für Pflegebedürftige in Einrichtungen der Behindertenhilfe vom Expertenbeirat keine konkrete Empfehlung abgegeben wurde, bleibt dieser Personenkreis bei der nachfolgenden Kostenabschätzung außer Betracht.

Auch wenn eine abrechenbare Leistung von 100 EUR monatlich im Kostenerstattungsverfahren vorgesehen ist, werden anders als bei einer Geldleistung voraussichtlich nicht alle Pflegebedürftigen sie gleichermaßen in Anspruch nehmen. Legt man für alle Pflegebedürftigen eine durchschnittliche Inanspruchnahme von 75 % zugrunde, so ergeben sich Mehrausgaben von (433.150 x 0,75 =) 324.863,5 x 100 EUR = rund 32,49 Mio. EUR pro Monat und damit rund 389,8 Mio. EUR pro Jahr.

3.4.6 Möglichkeiten und Grenzen der Ableitung von Leistungshöhen und Spreizungen der Leistungsbeträge aus dem NBA

Gedanklicher Ausgangspunkt für die mögliche Ableitung von Leistungshöhen und / oder Relationen zwischen den Leistungsbeträgen der Pflegegrade war die Konstruktion des NBA,[77] das die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und die damit korrespondierende Abhängigkeit von personeller Hilfe von Pflegebedürftigen in fünf Schweregrade (Pflegegrade) einteilt. Im NBA steigen daher mit jedem Pflegegrad das Ausmaß bzw. die Schwere der Beeinträchtigung und dies in den Pflegegraden 2, 3 und 4 im Grundsatz gleichmäßig. Weil mit dem Pflegegrad (Grad der Beeinträchtigung) die grundsätzliche Abhängigkeit von personeller Hilfe[78] korrespondiert, ist davon auszugehen, dass auch diese über die Pflegegrade in etwa gleichmäßig ansteigt.

Von diesen Annahmen ausgehend wäre ein plausibler Ausgangspunkt, die Relationen zwischen den

76 Für die vollstationäre Versorgung hat der Expertenbeirat in seinen Berechnungsbeispielen im Pflegegrad 1 auch mit Leistungsbeträgen gerechnet, die deutlich über den 100 EUR liegen. Da hier nicht zwischen ambulant-häuslich und stationär versorgten Pflegebedürftigen unterschieden wird, wird der Betrag von 100 EUR hier für alle Pflegebedürftigen einheitlich gerechnet.

77 Vgl. zur Konstruktion Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 7: „Die Konstruktion des NBA stützt sich auf Erkenntnisse umfangreicher Studien zu Inhalten und Methoden, auf denen in verschiedenen Kontexten die Bestimmung eines Grades der Pflegebedürftigkeit bzw. die Bewertung von Merkmalen der Pflegebedürftigkeit aufbaut."

78 Die grundsätzliche Abhängigkeit von personeller Hilfe ist nicht identisch mit dem Aufwand für Pflege und Betreuung.

Leistungsbeträgen entsprechend der Stufungen der Pflegegrade, zum Beispiel anhand der Steigung der jeweiligen unteren oder mittleren Schwellenwerte eines Pflegegrads, zu gestalten. Dieser Ansatz bietet eine große Offenheit bezüglich der konkreten Spreizung der Leistungsbeträge, erlaubt aber zum Beispiel keine eindeutige Entscheidung für proportionale, degressive und progressive Steigerungen der Leistungsbeträge.

Ausgehend von dieser Feststellung, hat der Expertenbeirat untersucht, ob sich aus dem NBA weitere fachlich oder empirisch begründete Hinweise ergeben, mit denen sich die Relationen zwischen den Leistungsbeträgen und / oder Leistungshöhen noch genauer begründen lassen. Seitens der beteiligten Wissenschaftler im Expertenbeirat wurden hierzu zwei mögliche Vorgehensweisen präsentiert:

a. Erhebung des tatsächlichen Pflegeaufwands für relevante pflegerische Tätigkeiten in der stationären Versorgung pro Bewohner bei gleichzeitiger Erhebung des jeweiligen NBA-Pflegegrads[79]

b. Fallstudien zur Erhebung des tatsächlichen Aufwands für professionelle und informelle Pflege und Betreuung in der häuslichen Versorgung sowie ergänzende Auswertung von relevanten Sekundärdaten[80]

Im Ergebnis entschied sich der Expertenbeirat dafür, das Bundesministerium für Gesundheit zu bitten, in einem ersten Schritt neben der Durchführung von umfangreichen Sekundärdatenanalysen die vorgeschlagene Studie zu Fallstudien in der häuslichen Versorgung zu beauftragen.[81] Nach Auffassung des Expertenbeirats können empirische Studien zum Pflegeaufwand in der stationären Versorgung zwar grundsätzlich ebenfalls Hinweise für die Gestaltung des Leistungsrechts geben. Gerade für den Bereich der häuslichen Versorgung gibt es jedoch größere Erkenntnisbedarfe, sodass eine Studie in diesem Bereich im Rahmen der Arbeiten des Beirats präferiert wurde. Die Ableitung der Leistungsbeträge in der ambulanten Versorgung aus der Messung von Pflegeaufwänden in der stationären Versorgung ist zudem nicht ohne Weiteres plausibel, da die Versorgungssituationen sehr unterschiedlich sind. Schließlich ist eine Ist-Zeiten-Messung von Pflegeaufwänden weniger plausibel, da es um die Gestaltung des neuen Leistungsrechts geht, das ein verändertes Leistungsspektrum aufweist.

Im Kontext der Entscheidung über die Beauftragung einer unterstützenden Studie hat der Expertenbeirat sich eingehend mit den möglichen Ansätzen zu einer empirischen Begründung von Leistungshöhen und -spreizungen auseinander gesetzt. Dabei hat er – auch mit Blick auf eine langfristige Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach Einführung des NBA im Sinne eines lernenden Systems, das im Wege der Evaluation seine Eigenschaften hinsichtlich seines Zwecks verbessern und neue pflegewissenschaftliche Erkenntnisse einbeziehen kann[82] – die folgenden Erkenntnisse gewonnen:

Messung und Bewertung des Gesamtaufwands, insbesondere des zeitlichen Aufwands für Pflege und Betreuung

Zum Ansatz einer möglichen empirischen Begründung von Leistungshöhen oder -spreizungen durch Messung und Bewertung des Gesamtaufwands, insbesondere des zeitlichen Aufwands für Pflege und Betreuung, weist der Expertenbeirat darauf hin, dass die Orientierung der Leistungshöhen und -spreizungen an Zeitmessungen der mit dem NBA aus fachlichen Gründen gewählten Abkehr vom Maßstab „Zeit“ widerspricht und insbesondere in der häuslichen Versorgung aufgrund der Abhängigkeit der tatsächlich geleisteten Hilfen vom Versorgungskontext und den Präferenzen der Pflegebedürftigen nur sehr allgemeine Anhaltspunkte bieten kann.

So gibt es weltweit keine wissenschaftlich begründeten Kriterien oder Standards, nach denen sich ein objektiver Zeitbedarf für die pflegerische Versorgung eines Menschen ermitteln lässt.[83] Deshalb besteht auch keine Möglichkeit, zu beurteilen, inwieweit ein

79 Vgl. Rothgang, Bauknecht & Iwansky (2012): „Studienprotokoll Ableitung Leistungshöhen NBA – Projektthema: Studie zur Schaffung empirischer Grundlagen zur Ableitung von Leistungshöhen im SGB XI bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Neuen Begutachtungsassessments (NBA)“.

80 Vgl. Wingenfeld & Gansweid (2013): „Analysen für die Entwicklung von Empfehlungen zur leistungsrechtlichen Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“.

81 Von einigen Mitgliedern des Expertenbeirats wurde angeregt, auch die andere Studie parallel zu beauftragen; dies wurde jedoch unter Verweis auf die oben genannten Gründe mehrheitlich nicht befürwortet.

82 Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009a), S. 73.

83 Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 14, stellen fest, dass wissenschaftliche Kriterien dieser Art weder in Deutschland noch international existieren. Zudem weisen sie darauf hin, dass Instrumente, die abweichend vom internationalen Trend, die Selbstständigkeit eines Menschen in den Mittelpunkt bei Ermittlung der Pflegebedürftigkeit zu stellen, darauf abzielen, Stufen der Pflegebedürftigkeit anhand der Berechnung von notwendigen Pflegezeiten festzustellen, bislang so gut wie gar nicht wissenschaftlich erforscht sind (ebd., S. 7f).

tatsächlicher, empirisch erfasster Gesamtaufwand vom „objektiven“ Bedarf abweicht oder nicht. Eine Zeitmessung bildet daher nicht den allgemein verbindlichen Aufwand ab und kann daher nicht Grundlage für die Leistungsbemessung sein. Zudem ist eine Durchschnittsbildung bei großer Heterogenität der Versorgungslagen in der ambulant-häuslichen Versorgung nicht aussagekräftig, da die Unterschiede nicht fachlich begründbar, sondern wertorientiert sind und zum Teil in keinem Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit der betreffenden Person stehen.[84]

Nicht über den Faktor Zeit messbare Bestandteile von Pflege und Betreuung werden relativ zu gering gewichtet („gemessen werden kann nur, was messbar ist“), sodass nur ein Teil der jeweils relevanten Aufwände und Belastungen erfasst wird.[85] Belastungen und / oder organisatorische Probleme für die informell und formell Pflegenden, die nicht aus der summierten Zeitdauer,[86] sondern aus der Häufigkeit, Nichtplanbarkeit oder der Notwendigkeit der Erbringung zur Nachtzeit resultieren, werden nicht angemessen abgebildet.

Die zeitliche Erfassung zum Beispiel von notwendiger Präsenz, die insbesondere bei der Versorgung von demenziell und psychisch erkrankten Menschen typisch und sehr zeitaufwändig ist, führt zu Extremwerten (bis zu 24 Stunden pro Tag), die Gewichtungen des NBA stark verändern würden. Schließlich kann die Messung von Zeiten für Hilfen häufig nicht trennscharf erfolgen, weil sich Pflegehandlungen tatsächlich überschneiden (zum Beispiel „Waschen“ und „Kommunikation“).

Jede Interpretation von Messungen des Gesamtaufwands (auch zum Beispiel unter Einbeziehung von Häufigkeiten), der grundsätzlich den im Vergleich umfassendsten Maßstab für die Bestimmung einer Größenordnung der Abhängigkeit von Personenhilfe nach Maßgabe des NBA bietet, hat daher unter Berücksichtigung der vorgenannten Hinweise zu erfolgen.

Bestimmung des Aufwands für professionelle Leistungserbringung in der häuslichen und stationären Versorgung

Soweit Ziel der Gestaltung von Leistungsbeträgen ist, mit den Leistungen der Pflegeversicherung vorrangig die Finanzierung von ambulanten und stationären Sachleistungen zu ermöglichen, hält der Expertenbeirat eine Bestimmung des Aufwands für professionelle Leistungserbringung in der häuslichen und stationären Versorgung für einen möglichen Ansatz, um empirisch begründete Hinweise zu gewinnen, die die fachliche Begründung von Leistungshöhen und -spreizungen unterstützen können.

Mit Blick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist bei diesem Ansatz jedoch zu berücksichtigen, dass er nur einen Teil des Gesamtaufwands der häuslichen Versorgungswirklichkeit abbildet. Zudem ist eine Messung nur unter Zugrundelegung des gegenwärtigen Leistungsrechts möglich (Ist-Aufwand). Zuverlässige Aussagen über den zukünftig erforderlichen Aufwand (Soll-Aufwand) sind aus diesem Grund und wegen der vorgenannten methodischen Probleme der Zeitmessung insbesondere in der häuslichen Versorgung nicht möglich. Konzeptionell würde sich dieser Ansatz zudem erneut stark am Faktor Zeit orientieren. Für die stationäre Versorgung, in der die Rahmenbedingungen der Versorgung stärker vereinheitlicht sind, hält der Expertenbeirat unter Berücksichtigung der dargestellten methodischen Bedenken die Messung des Gesamtaufwands für einen sinnvollen Ansatz, zum Beispiel zur Ermittlung entsprechender Äquivalenzziffern.

Überprüfung der Erreichung der intendierten Wirkungen und gegebenenfalls Effizienz der zu finanzierenden (professionellen) Leistungen

Ein weiterer Ansatz könnte nach Einschätzung des Expertenbeirats sein, die Leistungsbeträge und -spreizungen vorrangig über eine Überprüfung der Erreichung der intendierten Wirkungen und gegebenenfalls Effizienz der zu finanzierenden (professionellen) Leistungen zu gestalten. Dieser Ansatz ermöglicht eine weitergehende fachlich begründete Steuerung. Auch dieser Ansatz ist jedoch zunächst theoretisch und konzeptionell zu entwickeln, um entsprechende Überprüfungen im Rahmen von Studien durchführen zu können. In grundsätzlicher Hinsicht kommt dieser Ansatz jedoch bei der Entwicklung und Bewertung von beispielhaften Berechnungen zur Anwendung.

84 Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 39.

85 So werden bei der Messung von Aufwandszeiten Hilfen betont, die vorrangig die Unterstützung bei oder Übernahme somatisch bedingter Beeinträchtigungen betreffen, weil diese vergleichsweise einfach messbar sind.

86 Zum Beispiel ist 1 x 10 Minuten für Angehörige leichter zu organisieren als 10 x 1 Minuten Hilfeleistung. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn der personelle Einsatz durch An- und Abfahrten erhöht ist, vgl. Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 22.

3.4.7 Vorgehensweise bei der Entwicklung einer Grundlage für die Leistungsbemessung

Nach dem Auftrag an den Expertenbeirat war daher eine Grundlage für die Leistungsbemessung sowie ein Vorschlag für die Leistungshinterlegung der Pflegegrade zu erarbeiten. Der Expertenbeirat hat insbesondere geprüft, ob sich Hinweise für die Gestaltung von Leistungshöhen und / oder Relationen zwischen den Leistungsbeträgen der Pflegegrade als fachliche Folgewirkungen unmittelbar aus dem Ergebnis der NBA-Begutachtung ableiten lassen. Die Erkenntnisse aus den Gutachten zur Typisierung sind in diese Beratungen mit eingeflossen.

Der Expertenbeirat stellt dazu zusammenfassend fest, dass es keine kurzfristig umsetzbare Möglichkeit gibt, Leistungshöhen und -spreizungen über die genannten Ansätze hinaus aus dem NBA empirisch zu begründen. Seine Einschätzung begründet er – unter Berücksichtigung der von Wingenfeld & Gansweid (2013) für den Expertenbeirat durchgeführten Fallstudien und Sekundäranalysen – wie folgt:

Es gibt eine Vielzahl an Argumenten und empirischen Hinweisen dafür, dass der Gesamtaufwand für Pflege und Betreuung mit den Pflegegraden ansteigt.[87] Dies gilt sowohl für die häusliche als auch für die vollstationäre Versorgung. Mit der Abhängigkeit von personeller Hilfe steigt zudem in der häuslichen Versorgung auch der tatsächlich aufgewendete durchschnittliche Zeitaufwand für professionelle und private direkte Hilfen sowie die durchschnittliche tatsächliche Häufigkeit direkter Hilfen, ebenso wie zum Beispiel die tatsächliche Häufigkeit von Nachteinsätzen oder die Notwendigkeit ständiger Präsenz.[88] Nach Wingenfeld & Gansweid zeigen die Fallstudien, dass der Anstieg „tendenziell gleichmäßig“ ist.[89] Lediglich der Übergang zwischen den Pflegegraden 2 und 3 entspricht nicht dieser Aussage. Eine mögliche Ursache kann jedoch in der Zusammensetzung der betreffenden kleinen Personengruppe liegen, in der zwei von fünf Personen unterversorgt waren.[90]

Wegen des Fehlens wissenschaftlicher Kriterien für die Bewertung der Zeitaufwände können die Fallstudien zwar den Anstieg des Gesamtaufwands über die Pflegegrade fachlich bestätigen. Es kann aber nicht festgestellt werden, in welchem Maße der Gesamtaufwand für Pflege und Betreuung in der häuslichen Versorgung über die Pflegegrade zunimmt. Konkrete Anhaltspunkte für die Festlegung der Leistungsbeträge können hieraus daher nicht gewonnen werden. Insbesondere lassen sich weder aus dem NBA selbst noch aus den zum NBA durchgeführten Fallanalysen genaue Größenordnungen für den notwendigen Gesamtaufwand für Pflege und Betreuung in den einzelnen Pflegegraden ableiten. Daher kann auch kein zahlenmäßig bestimmtes Verhältnis zwischen den Gesamtaufwänden je Pflegegrad (und damit ein aus dem NBA begründetes Verhältnis zwischen den Leistungshöhen je Pflegegrad) für die häusliche Versorgung ermittelt werden.

Da die Aufwände zudem unterschiedlicher Art sind (zum Beispiel nach Inhalt, Zeitdauer, Häufigkeit, Intensität) und es keinen Maßstab dafür gibt, wie diese unterschiedlichen Arten in Geld bemessen werden sollen, wären selbst dann, wenn eine Aufwandsmessung zuverlässig möglich wäre, keine Aussagen über absolute Leistungshöhen weder von Mindest- noch von Höchstbeträgen möglich. Allerdings lässt sich in der vollstationären Versorgung über aufwandsbezogene Äquivalenzziffern für den Übergang hilfsweise – unter Beachtung grundsätzlich gleicher methodischer Bedenken wie in der ambulant-häuslichen Versorgung und Berücksichtigung der Aktualität der zugrunde liegenden Daten – ein direkter Bezug zwischen der erbrachten Leistung und der Relation zwischen den Leistungshöhen je Pflegegrad herstellen.

Zudem sind die konkreten Lebensumstände und Versorgungssituationen in der häuslichen Versorgung – gerade wegen der beabsichtigten Gleichsetzung somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigter Personen mit dem NBA – auch bei dem gleichem Maß an Beeinträchtigung bzw. Abhängigkeit von personeller Hilfe, also dem gleichen Pflegegrad, sehr unterschiedlich. Auch aus diesem Grund kann aus dem grundsätzlichen Anstieg der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und der Abhängigkeit von personeller Hilfe nicht auf ein zahlenmäßig bestimmtes, aufwandsbezogenes Verhältnis der Leistungshöhen der Pflegegrade in der häuslichen Versorgung geschlossen werden.

87 Vgl. Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 10: Zwischen NBA-Score und Grundpflegebedarf im Sinne des heutigen SGB XI lässt sich auf der Basis von Sekundärdatenanalysen (N = 1486) „eine starke, hoch signifikante Korrelation herstellen“. Vgl. auch S. 38f zur Auswertung der Fallstudien (N = 48).

88 Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 33: Danach spiegelt die Abstufung der Pflegegrade in den Fallanalysen (N = 48) die Abstufung des empirisch vorzufindenden Bedarfs wider.

89 Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 38 (auf der Basis von N = 48).

90 Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 38.

Eine gewisses Maß an Heterogenität der Zeitaufwände und Häufigkeiten für direkte Hilfen innerhalb einzelner Pflegegrade ist bei der Einteilung aller Pflegebedürftigen in fünf Gruppen bei gleichwertiger Berücksichtigung von körperlichen, kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen unumgänglich und plausibel.[91] In der häuslichen Versorgung ist ein gewisses Maß an Heterogenität auch durch die im Vergleich zur stationären Versorgung größere Vielgestaltigkeit der tatsächlichen Versorgungsarrangements bedingt. Die mit der Einteilung in fünf große Gruppen von Pflegebedürftigkeit erfolgte Gleichsetzung unterschiedlicher Versorgungsarrangements innerhalb eines Pflegegrades entspricht dem Charakter der Pflegeversicherung als Teilleistungssystem, in dem die Begutachtung den Leistungszugang organisieren und nicht den Hilfebedarf im Einzelnen mit dem Ziel, daraus eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung abzuleiten, messen soll.

Die fachliche Begründung von Leistungsbeträgen und -relationen ist daher nach Auffassung des Expertenbeirats ausgehend von in etwa gleichmäßigen Abständen mit Hilfe von fachpolitischen Zielsetzungen zu gestalten.

Durch den Expertenbeirat war zu klären, was Grundlage für die Leistungsbemessung sein soll, das heißt nach welchen Kriterien Leistungsbeträge und Relationen zwischen den Leistungsbeträgen unter Berücksichtigung der bereits vom Expertenbeirat empfohlenen Festlegungen gestaltet werden sollen. Unter Ziffer 3.4.1, 3.4.6 und 3.4.8 hat er seine Grundlagen und Empfehlungen zur Frage der Leistungsbemessung beschrieben. Nachfolgend werden auf dieser Basis die Vorgehensweise und Annahmen bei der Umsetzung der Empfehlungen in den beispielhaften Berechnungen im Überblick erläutert. Zu den beispielhaften Berechnungen wurden jeweils die Auswirkungen auf die Pflegeversicherung und auf die Versicherten dargestellt, um dem Gesetzgeber die Wirkungen möglicher Entscheidungen zu verdeutlichen.

Der Expertenbeirat hat in einem ersten Schritt durch Dr. Wingenfeld beispielhafte Berechnungen durchführen lassen, mit denen die Veränderungen, die sich allein aufgrund der wahrscheinlichen Veränderungen der Einstufung zukünftiger Leistungsbezieher in die Pflegegrade mit dem NBA („Übergangswahrscheinlichkeiten“) ergeben würden, analysiert werden können. Eine solche rein „technische“ Übertragung der Leistungsbeträge auf die neuen Pflegegrade ist allerdings nicht als umsetzbares Modell zu verstehen, sondern nur – wie alle nachstehenden Beispielsrechnungen – als Mittel zur Analyse von Veränderungen, fachlichen Bewertungen und finanziellen Auswirkungen. Denn mit der Neueinstufung durch das NBA und der zukünftigen Gleichstellung von somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen im neuen System sind auch die bisherigen Spreizungen der Leistungsbeträge fachlich begründet anzupassen.

In einem zweiten Schritt hat der Expertenbeirat weitere Beispielsrechnungen durchführen lassen, die sich zunächst an den unteren Schwellenwerten oder mittleren Punktwerten der Pflegegrade des NBA orientieren. Bei einer solchen Vorgehensweise steigen die Leistungsbeträge in etwa gleichmäßig an.

Die Gestaltung der Leistungsbeträge muss darüber hinaus fachpolitische Zielsetzungen berücksichtigen. Diese Zielsetzungen dienen einerseits als Grundlage für die Gestaltung von Beispielsrechnungen, andererseits sind sie Maßstab für die Bewertung der Auswirkungen der Berechnungen. Der Expertenbeirat hat für den ambulant-häuslichen Bereich insbesondere beispielhafte Berechnungen zu verschiedenen Steigerungen der Leistungsbeträge durchführen lassen und die Auswirkungen auf die Pflegeversicherung und die Versicherten, auch mit Blick auf verschiedene fachpolitische Zielsetzungen, analysiert. In der vollstationären Versorgung hat der Expertenbeirat – neben der Ausgangsvariante mit den heutigen Leistungsbeträgen – weitere beispielhafte Berechnungen durchführen lassen, die sich an Äquivalenzziffern orientieren.

Neben den Zielsetzungen dient die Analyse der Veränderungen, die sich für die gegenwärtigen Leistungsbezieher nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergeben, als weiterer Maßstab für die Bewertung der beispielhaften Berechnungen. Anhand dieses zweiten Maßstabs kann überprüft werden, wie sich das Leistungs- und Versorgungsniveau für zukünftige Pflege- und Betreuungsbedürftige nach

91 Wingenfeld & Gansweid (2013) weisen darauf hin, dass beim Übergang in ein fünfstufiges System weniger Heterogenität zu erwarten ist als bei einem dreistufigen System. Heterogenität sei aber in einem Stufensystem unumgänglich, weil immer eine Zuordnung zu einer Gruppe erfolgt und keine individuelle Festlegung der Leistungshöhe (S. 15). Das NBA sei so konzipiert, dass Beeinträchtigungen unterschiedlicher Art, denen dann auch unterschiedliche Arten der Hilfestellung entsprechen, in einem Pflegegrad „vereinigt“ werden (S. 33).

Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Verhältnis zum gegenwärtigen Niveau darstellt. Damit ist sichergestellt, dass die grundsätzlichen Wirkungen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf bestimmte Personengruppen in fachlicher und finanzieller Hinsicht analysiert werden können. Zusätzlich sind im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs darüber hinaus gehende finanzielle Folgewirkungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen und finanzielle Folgen für die Leistungsträger zu untersuchen.

3.4.8 Zusammenfassung der Erkenntnisse über Leistungshöhen und Relationen zwischen den Leistungsbeträgen aus den Beispielsrechnungen

Der Expertenbeirat hat durch Dr. Wingenfeld verschiedene, beispielhafte Berechnungen durchführen lassen, die die finanziellen Effekte bei der Gestaltung von Leistungshöhen und Relationen zwischen den Leistungsbeträgen verdeutlichen. Die Auswirkungen, die sich aus der Kombination von Übergangswahrscheinlichkeiten und der Veränderungen von Leistungsbeträgen für einzelne Personengruppen zukünftig ergeben, werden durch kombinierte Darstellung der Leistungsbeträge und der Übergangswahrscheinlichkeiten auf Basis der Daten der 2. Hauptphase dargestellt und in ihren Auswirkungen beschrieben. Bei der Betrachtung einer Vielzahl solcher Berechnungsbeispiele zeigen sich bestimmte Muster und Effekte, die nachfolgend zusammengefasst werden und die nach Auffassung des Expertenbeirats handlungsleitend für die Gestaltung von Leistungsbeträgen sein können. Dabei ist immer zu beachten, dass die Festlegung des Ausgabenniveaus unabhängig von der Frage der Spreizungen im Wege der politischen Entscheidung erfolgen muss. Der Expertenbeirat spricht sich jedoch mehrheitlich dafür aus, den Leistungsbetrag im Pflegegrad 2 nicht unter den heutigen Leistungsbetrag in der Pflegestufe I zu senken und das Leistungsniveau des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes insgesamt nicht zu unterschreiten.

Neueinstufung als zentraler Faktor für die Höhe des zukünftigen Leistungsanspruchs

Im Rahmen der bei den Beispielsrechnungen dargestellten Tabellen kann verglichen werden, wie einzelne Personengruppen potenziell im heutigen System eingestuft würden und wie diese sich – unter Annahme verschiedener Leistungsbeträge in den dargestellten Varianten – zukünftig potenziell stellen. Dabei ist zu beachten, dass es hier nicht vorrangig um die Auswirkungen auf **gegenwärtige** Leistungsbezieher geht (diese werden im Abschnitt „Gestaltung des Systemübergangs“ unter Ziffer 3.7, insbesondere unter Ziffer 3.7.2, behandelt und stehen unter der Maßgabe, dass sich kein gegenwärtiger Leistungsbezieher zukünftig schlechter stellen soll). Bei der Betrachtung geht es vielmehr darum, die potenziellen Folgen für **zukünftige** Leistungsbezieher in einem fiktiven Vergleich zum gegenwärtigen System zu analysieren, das heißt auf solche Personen, die erst nach dem Stichtag für das Wirksamwerden des neuen Begutachtungsverfahrens und der neuen Leistungen einen Antrag auf Leistungen stellen.

Unter der Annahme eines dem heutigen Niveau vergleichbaren Leistungsniveaus resultieren für die Mehrheit der zukünftig Pflegebedürftigen Veränderungen beim Leistungsanspruch im fiktiven Vergleich zum heutigen System vorrangig aus der Neueinstufung. Dies zeigt sich daran, dass viele Teilgruppen in fast allen dargestellten Berechnungsvarianten entweder regelhaft einen höheren Leistungsanspruch erhalten oder regelhaft einen (etwas) niedrigeren.

Die Teilgruppen, die im fiktiven Vergleich je nach konkreter leistungsrechtlicher Ausgestaltung der Pflegegrade einen höheren oder einen niedrigeren Leistungsanspruch erhalten würden (insbesondere Leistungsbezieher aus den Pflegestufen I und II, jeweils mit und ohne EA), stehen daher in der Regel im Zentrum der Analyse von Veränderungen. Da es sich zudem voraussichtlich auch zukünftig um zahlenmäßig vergleichsweise große Gruppen handelt, können hier auch kleinere Veränderungen des Leistungsanspruchs gegenüber der bisherigen Höhe zu deutlichen Ausgabeneffekten führen. Unter diesem Blickwinkel kommt es für die Neugestaltung des Leistungsrechts zentral darauf an, wie die Leistungsbeträge in den Pflegegraden 2 und 3 gestaltet werden.

In vielen Berechnungen sind im Pflegegrad 2 vergleichbare Leistungsbeträge wie in der heutigen Pflegestufe I vorgesehen, da das NBA so konstruiert ist, dass die Schwelle zum Pflegegrad 2 mit der zur Pflegestufe I vergleichbar ist.[92] Für die Pflegestufe II bzw. den Pflegegrad 3 ist eine Vergleichbarkeit nicht mehr gegeben und die Gleichsetzung unzulässig.[93] In vielen Berechnungen werden, um ein vergleichbares Leis-

92 Vgl. Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 20.

93 Vgl. Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 20.

tungsniveau zu erhalten, jedoch vergleichbare Leistungsbeträge in Pflegestufe I und Pflegegrad 2 bzw. in Pflegestufe II und Pflegegrad 3 gesetzt, die sich in etwa auf dem Niveau der heutigen Sach- und Geldleistungsbeträge (ohne Zusatzbeträge des § 123 SGB XI) bewegen. Für die kleinere Gruppe der PEA, die bei der Neubegutachtung nicht um zwei „Stufen" höher als im heutigen System eingestuft werden, würde dies bedeuten, dass sie im Vergleich zum gegenwärtigen (PNG) Leistungsrecht zukünftig niedrigere Leistungsansprüche auf dem gleichen Niveau wie gegenwärtig somatisch beeinträchtigte Personen hätten.[94]

Die Bedeutung des „Neueinstufungseffekts" zeigt sich dabei insbesondere dort, wo die zukünftigen Leistungsbeträge unterhalb des bisherigen Leistungsniveaus (Stand PNG) liegen. Auf der Basis der Übergangswahrscheinlichkeiten in der ambulant-häuslichen Versorgung verbessern sich PEA der Pflegestufen „0", I und II bei Einstufung mit dem NBA mehrheitlich um zwei „Stufen", also von Pflegestufe „0" in den Pflegegrad 2, von Pflegestufe I in den Pflegegrad 3 und von Pflegestufe II in den Pflegegrad 4. Eine kleinere Gruppe verbessert sich nur um eine „Stufe" (zum Beispiel Pflegestufe I in den Pflegegrad 2 bzw. Pflegestufe II in den Pflegegrad 3) und eine sehr kleine verbleibt auf der numerisch korrespondierenden Stufe (dies sind allerdings insbesondere Personen ohne EA).

Dabei sind in den Beispielsrechnungen typischer Weise zwei Varianten vorzufinden: Liegen die Leistungsbeträge in den Pflegegraden 2 und 3 im Verhältnis zum heutigen Niveau eher hoch (zum Beispiel auf oder über dem Niveau der heutigen Sach- und Geldleistungsbeträge der Pflegestufen I und II zuzüglich der jeweiligen PNG-Zuschläge aus § 123 SGB XI), stellen sich Personengruppen mit EA in der Regel mindestens so, wie sie sich im heutigen System gestellt hätten, oder erhalten höhere Leistungsbeträge. Zugleich würden Personengruppen ohne EA bei einer solchen leistungsrechtlichen Ausgestaltung zukünftig deutlich erhöhte Leistungsbeträge erhalten, weil die Gleichstellung der Leistungsbeträge von somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen auf einem entsprechend hohen Niveau stattfände.

Orientieren sich die neuen Leistungsbeträge eher am Niveau der Sach- und Geldleistungsbeträge der Pflegestufen I und II ohne PNG-Zuschläge, besteht der zukünftige Leistungsanspruch für Personengruppen mit diesen Stufen ohne EA auf dem bisherigen Niveau. Der zukünftige Leistungsanspruch für Personengruppen dieser Stufen mit EA hängt daher vorrangig davon ab, ob sie sich bei der Einstufung mit dem NBA im Vergleich zum bisherigen System um nominell eine „Stufe" (also zum Beispiel von PS I zu PG 2) oder um nominell zwei „Stufen" besser stellen. Diejenigen, die sich nominell um zwei „Stufen" besser stellen, erhalten nach wie vor deutlich höhere Leistungen, als sie im bisherigen System erhalten hätten. Diejenigen, die sich nur nominell um eine „Stufe" besser stellen, hätten zukünftig einen niedrigen Leistungsanspruch als im bisherigen System, weil die vorübergehende Erhöhung durch den gegenwärtigen PNG-Zuschlag dann wegfiele.[95]

Dass die Leistungsbeträge in § 123 SGB XI nicht bereits vorsorglich zwischen solchen PEA, die sich um nominell eine „Stufe" (also zum Beispiel von PS I in PG 2), und solchen, die sich nominell um zwei „Stufen" (also zum Beispiel von PS I in PG 3) verbessern, differenzieren, liegt einerseits darin begründet, dass das neue System mit dem bisherigen nicht vergleichbar ist. Andererseits kann gegenwärtig (das heißt ohne Begutachtung nach dem NBA) nicht unterschieden werden, welche Personen aus dem Kreis der PEA zukünftig nominell zum Beispiel um eine und welche nominell um zwei oder mehr „Stufen" höher eingestuft würden. Insofern entsprechen die zusätzlichen Leistungsbeträge des § 123 SGB XI eher dem voraussichtlichen „Stufensprung" der größeren Gruppe der PEA, also um nominell zwei „Stufen", sehen aber für PEA, die bei einer Begutachtung nicht nominell zwei „Stufen" höher eingestuft werden, einen ebenso hohen Betrag vor. Die zukünftigen Leistungsbeträge in den Pflegegraden 2 und 3 spielen daher im Vergleich zu den Leistungsbeträgen der anderen Pflegegrade eine größere Rolle bei der Bewertung der leistungsrechtlichen und finanziellen Auswirkungen.

Veränderungen bei der Spreizung bewirken ebenfalls vorrangig Effekte in den mittleren Pflegegraden

Die bisherige Spreizung zum Beispiel der ambulanten Sachleistungsbeträge (ohne § 123 SGB XI) weist einen

94 Siehe zu diesem Aspekt auch die Ausführungen unter Ziffer 3.7.2 (Überleitungsregelungen und Bestandsschutz).

95 Dabei ist zu berücksichtigen, dass aus rechtlicher Sicht die Leistungen und Zuschläge des § 123 SGB XI nur bis zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gelten sollen. Der Expertenbeirat hat sich jedoch dafür ausgesprochen, das Leistungsniveau des PNG als Ausgangspunkt zu betrachten.

deutlichen Sprung zwischen Pflegestufe I und II auf, während die bisherigen Geldleistungsbeträge (ohne § 123 SGB XI) eher gleichmäßig und flacher ansteigen. Daher bewirkt ein gleichmäßiger und flacherer Anstieg der Leistungsbeträge (zum Beispiel bei einer entsprechenden Angleichung der Spreizung der Leistungsbeträge zwischen ambulanter Sachleistung und Geldleistung) bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II, teilweise auch der Pflegestufe I, gegebenenfalls eine leichte Absenkung der Leistungsbeträge im Vergleich zum bisherigen Niveau. Dieser Effekt schwächt sich ab, je mehr das Leistungsniveau insgesamt angehoben wird. Auch bei diesem Effekt stehen die Personen der heutigen Pflegestufen I und II bzw. der zukünftigen Pflegegrade 2 und 3 besonders im Fokus.

Auch wenn eine veränderte Spreizung tendenziell zu leicht abgesenkten Leistungsbeträgen bei Personen in den heutigen Pflegestufen I und II führen kann, spricht sich der Expertenbeirat tendenziell dafür aus, die Spreizung der Leistungsbeträge in der ambulant-häuslichen Versorgung auch zukünftig stärker zugunsten der höheren Pflegegrade auszugestalten, um gerade bei schwerer betroffenen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen deutliche Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten durch den Einkauf von professionellen Dienstleistungen zu ermöglichen.

Demgegenüber hält der Expertenbeirat einen flacheren Anstieg der Leistungsbeträge bzw. eine relative Begünstigung der unteren Pflegegrade, auch wenn diese unter Präventionsgesichtspunkten sinnvoll erscheinen mag, fachlich für weniger bedeutsam, zumal die präventiven Wirkungen gegenwärtig nicht ohne Weiteres belegt werden können und fachlich hierfür auch andere Optionen bestehen (zum Beispiel eine Stärkung edukativer und beratender Maßnahmen) als nur die relative Begünstigung der unteren Pflegegrade.

Abhängigkeit vom Gesamtleistungsniveau
Naturgemäß stellen sich in den Berechnungsbeispielen umso mehr Personen leistungsrechtlich besser, je höher die zukünftigen Leistungsbeträge sind. Ziel der Umsetzung des NBA ist die Gleichstellung der leistungsrechtlichen Stellung der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und anderer kognitiv und psychisch beeinträchtigter Personen im Verhältnis zu vorrangig somatisch beeinträchtigten Personen. Auf welchem Niveau die Gleichstellung erfolgt, ist im Rahmen der Entscheidung über die konkreten Leistungsbeträge durch den Gesetzgeber zu entscheiden. Welche weiteren fachpolitischen Ziele bei dieser Entscheidung berücksichtigt werden sollten, hat der Expertenbeirat dargestellt und die möglichen Auswirkungen anhand von Beispielsrechnungen skizziert.

Rolle des Bestandsschutzes
Bei der Neugestaltung der Leistungsbeträge wird der Gesetzgeber auch zu bedenken haben, für wie viele bisherige Leistungsbezieher jeweils vorübergehend oder dauerhaft Bestandsschutz bestehen würde. Die Berechnungsbeispiele berücksichtigen bei der Darstellung der finanziellen Auswirkungen sowohl die Absenkungen als auch die Erhöhungen von Leistungsansprüchen für einzelne Personengruppen. Da für jeden gegenwärtigen Leistungsbezieher, der trotz formaler Überleitung (siehe hierzu Ziffer 3.7.2.5) im neuen System einen niedrigeren Leistungsbetrag erhalten würde, Bestandsschutz auf dem heutigen Niveau zu gewährleisten ist, sind die Mehrausgaben für den Bestandsschutzes zusätzlich zu berechnen. In den Berechnungsbeispielen sind die Überleitungs- und Bestandsschutzkosten nicht mit dargestellt.

Orientierung der Leistungsbeträge in der vollstationären Versorgung an aufwandsbezogenen Äquivalenzziffern
Eine vom Expertenbeirat dargestellte fachpolitische Zielsetzung im Rahmen der Gestaltung der Leistungsbeträge ist, die finanziellen Belastungen der Bürger durch pflegebedingte Aufwendungen in allen Pflegegraden ab Pflegegrad 2 möglichst gleich hoch zu halten und pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit von Bürgern, soweit möglich, zu vermeiden. Dafür ist bei der Gestaltung der Leistungsbeträge eine Orientierung an den Begründungen der Pflegesätze notwendig, die sich am tatsächlichen Aufwand orientieren.

Aus diesem Grund empfiehlt der Expertenbeirat für den Übergang eine Orientierung der stationären Leistungsbeträge an aufwandsbezogenen Äquivalenzziffern, die für diesen Bereich grundsätzlich darstellbar sind: In der vollstationären Versorgung lässt sich über aufwandsbezogene Äquivalenzziffern ein direkter Bezug zwischen der zu erbringenden Leistung und der Relation zwischen den Leistungshöhen je Pflegegrad herstellen, da die Versorgung grundsätzlich vollständig als Dienstleistung durch Mitarbeiter der Einrichtung erfolgt und der Leistungsaufwand grundsätzlich berechenbar und darstellbar ist, auch

als Zeitwert.[96] Daher empfiehlt der Expertenbeirat – anders als in der häuslichen Versorgung – die Relationen hilfsweise anhand aufwandsbezogener Äquivalenzziffern zu gestalten. Dabei ist zu prüfen, ob Datengrundlagen für die bisher unterbreiteten Vorschläge[97] zur Gestaltung von Äquivalenzziffern noch hinreichend aussagekräftig sind oder ob sie aktualisiert werden müssen.

3.4.9 Beispielhafte Berechnungen

3.4.9.1 Festlegungen für die Beispielsrechnungen, Vorgehensweise bei der Berechnung und Hinweise zur Bewertung

Zu den Beispielsrechnungen hat der Expertenbeirat auf der Basis der Hinweise von Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 60–62, die folgenden Festlegungen getroffen:

Festlegungen bezüglich der Ausgangsbeträge

- Die Leistungsbeträge aus § 123 SGB XI sind bei der kombinierten Darstellung der Übergangswahrscheinlichkeiten und Veränderungen der Leistungsbeträge bei den heutigen PEA mit berücksichtigt. Hintergrund ist, dass der Expertenbeirat sich darauf verständigt hat, vom gegenwärtigen Leistungsrecht einschließlich der PNG-Leistungen auszugehen.
- Wenn keine Härtefallregelung im gegenwärtigen Recht vorgesehen ist (insbesondere bei der Geldleistung), wird der heutige Betrag der PS III als Ausgangswert für den Vergleich genommen.

Festlegungen bezüglich der zukünftigen Leistungsbeträge

- Der Expertenbeirat hat eine Empfehlung zur leistungsrechtlichen Hinterlegung des Pflegegrads 1 (im Wege der Kostenerstattung abrechenbarer Betrag) ausgesprochen. Pflegegrad 1 hat damit eine Sonderstellung im System der Pflegegrade. Daher wurden die Berechnungen über die finanziellen Wirkungen der leistungsrechtlichen Ausgestaltung separat dargestellt (vergleiche Ziffer 3.4.5) und die Beispielsrechnungen beginnen in der Regel erst mit dem Pflegegrad 2. Für die Gestaltung von Gesamtrechnungen können die Hinweise zu den finanziellen Wirkungen des Pflegegrads 1 jeweils modular hinzugerechnet werden.
- Der zukünftige Leistungsbetrag im Pflegegrad 2 soll nicht unter dem der Pflegestufe I des gegenwärtigen Leistungsrechts (ohne § 123 SGB XI) liegen, da er den Einstieg in eine erhebliche Pflegebedürftigkeit markiert und das NBA dementsprechend konstruiert wurde.[98]
- Im stationären Bereich wird jeweils von einem gleichbleibenden „Sockelbetrag“ ausgegangen, der um einen steigenden Anteil für Pflege und Betreuung erhöht wird, sodass hier der Ausgangsbetrag im Pflegegrad 2 anders begründet werden muss. Der Sockelbetrag begründet sich dadurch, dass in der vollstationären Versorgung ein relativ hoher Aufwand für indirekte Leistungen zu berücksichtigen ist. Daher soll nach Auffassung des Expertenbeirats bei der Entwicklung der Leistungsbeträge ein Sockelbetrag definiert werden, zu dem zuvor aufwandsbezogen definierte Beträge für direkte Pflegeleistungen addiert werden.

Die beispielhaften Berechnungen werden zur besseren Illustration fachlicher und finanzieller Auswirkungen und im Einklang mit den übrigen Empfehlungen zum Leistungsrecht nach Geldleistung, ambulanter Sachleistung, Entlastungsleistung und stationärer Sachleistung sowie § 87b SGB XI unterschieden. Folgende Leistungen der ambulant-häuslichen Versorgung wurden nicht in die Berechnungsbeispiele mit einbezogen: Kombinationsleistungen, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, Wohnraumanpassung, Beratung (siehe dazu auch Ziffer 3.4.9.7).

Vorgehensweise bei der Berechnung der Beispiele

Bei der Berechnung der Beispiele durch Dr. Wingenfeld wurde die jeweilige Grundgesamtheit der Leistungsbezieher aus den Bestandszahlen für die jeweiligen Leistungsarten für das Jahr 2011[99] sowie aus der Begutachtungsstatistik der Medizinischen Dienste für das Jahr 2009 (aktuellste, öffentlich verfügbare Version) ermittelt. Aus der Begutachtungsstatistik wurde die Zahl der Antragsteller entnommen, deren Anträge als „nicht pflegebedürftig“ (im Sinne des SGB XI) abgelehnt worden sind. Es wurde unterstellt, dass diese Gruppe den Bestand für die Pflegestufe „0“ für ein Jahr abbildet.

96 Vgl. Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 74 sowie oben Ziffer 3.4.6. Anerkannte Kriterien zur Definition des Umfangs notwendiger Leistungen existieren allerdings auch in diesem Fall nicht.

97 Vgl. Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 78–79.

98 Das NBA ist so konzipiert, dass ein Großteil der Personen, die heute die Pflegestufe I aufweisen, mindestens den Pflegegrad 2 erreichen, vgl. Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 60.

99 Bundesministerium für Gesundheit (2011).

In der vollstationären Pflege wurden die gegenwärtig als Pflegestufe „0“ anzusehenden Personen anhand der vorliegenden Forschungsergebnisse[100] geschätzt.

In absoluten Zahlen wurde von folgenden Grundgesamtheiten[101] ausgegangen:

- Für Geldleistungen: 1.184.753 Leistungsbezieher
- Für ambulante Sachleistungen: 216.075 Leistungsbezieher
- Für vollstationäre Leistungen: 649.333 Leistungsbezieher

Nicht berücksichtigt wurden Kombinationsleistungsempfänger (siehe dazu auch Ziffer 3.4.9.7).

Mit den aus der Neuauswertung der Daten aus den in der bundesweiten NBA-Erprobung (2008) ermittelten Übergangswahrscheinlichkeiten,[102] differenziert nach Geldleistungen, ambulanten Sachleistungen und vollstationären Leistungen, wurde unter Zugrundelegung der Bestandszahlen ermittelt, wie sich die gegenwärtigen Leistungsbezieher auf die Pflegegrade verteilen würden. Dies dient der Prognose darüber, wie sich die **zukünftigen** Leistungsbezieher, die nach dem Stichtag erstmals einen Antrag auf Pflegeleistungen stellen, voraussichtlich auf die Pflegegrade verteilen werden. Für die gegenwärtigen Leistungsbezieher, die formal in die neuen Pflegestufen übergeleitet werden, ist diese Prognose nur insofern relevant, als aus ihr (kombiniert mit der Wahl einer Überleitungsvariante aus Ziffer 3.7.2.5) die voraussichtliche Anzahl der Bestandsschutzfälle ermittelt werden kann.

100 Vgl. Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 74.

101 Die Grundgesamtheiten der Leistungsempfänger wurden auf der Basis des Berichtsjahrs 2011 ermittelt, da neuere Angaben zum Zeitpunkt der Beauftragung von Dr. Wingenfeld nicht vorlagen. Im nachfolgenden Berichtsjahr 2012 haben sich leichte Veränderungen dieser Zahlen ergeben. Mit Inkrafttreten des PNG zum 1.1.2013 ist abzusehen, dass sich die Anzahl der Leistungsempfänger weiter verändert und voraussichtlich noch erhöht. Hierzu lagen dem Expertenbeirat noch keine Zahlen vor. Für die Ermittlung der voraussichtlichen Ausgabenwirkungen eines konkreten Umsetzungsmodells müsste dann die Zahl der Leistungsempfänger zudem auf den Zeitpunkt der tatsächlichen Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hochgerechnet werden. Für die in diesem Bericht beschriebenen Ausgabeneffekte wurde die Anzahl der Leistungsempfänger jeweils mit der Höhe des gegenwärtig in den Pflegestufen bzw. zukünftig in den Pflegegraden möglichen Leistungsanspruchs multipliziert, bei Entlastungsleistungen unter Berücksichtigung des derzeitigen Inanspruchnahmeverhaltens.

102 Dabei können die Erhebungsergebnisse aus der 2. Hauptphase aus 2008 nicht – auch nicht unter Zugrundelegung der neuen Bewertungssystematik – einfach hochgerechnet werden.

Vorgehensweise bei der Bewertung der Auswirkungen der Beispielsrechnungen

Die Bewertung der Auswirkungen betrachtet im Rahmen der Auswirkungen auf die Versicherten zum einen, ob die Veränderungen den fachpolitischen Zielsetzungen der Einführung des NBA, insbesondere der Gleichbehandlung von somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen, entsprechen. Sie betrachtet zum anderen, inwieweit durch die gewählte Spreizung andere vom Expertenbeirat dargestellte, fachpolitische Ziele verwirklicht werden. Die Veränderungen der Höhe des Leistungsanspruchs können vor diesem Hintergrund sowohl qualitativ als auch finanziell bewertet werden. Die finanziellen Auswirkungen der leistungsrechtlichen Veränderungen und Neueinstufungen auf die Pflegeversicherung werden (ohne Bestandsschutzkosten) dargestellt.

3.4.9.2 Beispielsrechnung zu den kombinierten Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und Gleichsetzung der bisherigen Geld- und ambulanten Sachleistungsbeträge mit den zukünftigen Leistungsbeträgen

Für die ambulant-häusliche Versorgung wurde zunächst eine Berechnung vorgenommen, welche die Auswirkungen der Übergangswahrscheinlichkeiten bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Verhältnis zu den Auswirkungen veränderter Leistungsbeträge möglichst deutlich hervortreten lässt. Damit können die Auswirkungen, die sich aus den Übergangswahrscheinlichkeiten ergeben, von den Effekten, die sich durch eine unterschiedliche Höhe und Spreizung von Leistungsbeträgen ergeben können, analytisch unterschieden werden. In diesem Berechnungsbeispiel wurden daher zunächst als zukünftige Leistungsbeträge die bisherigen Leistungsbeträge der Pflegestufen I, II und III (ohne PNG-Zuschläge) gesetzt. Der Expertenbeirat weist darauf hin, dass eine solche Variante rein „technischer“ Natur ist, da sie die veränderte Zusammensetzung der Gruppen in den Pflegegraden und fachpolitische Ziele der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bei der Gestaltung der Leistungsbeträge ausklammert.

Bei der Berechnung wurde angenommen, dass die zukünftigen Leistungsbeträge der Pflegegrade 2, 3 und 4 (sowie gegebenenfalls 5) unmittelbar den bisherigen Leistungsbeträgen der Pflegestufen I, II und III (sowie gegebenenfalls Härtefallregelungen) entsprechen. Nicht berücksichtigt werden bei den zukünftigen Leistungsbeträgen in den Beispielsrechnungen die durch das PNG eingeführten zusätzlichen Beträge für PEA in § 123 SGB XI sowie die Beträge für PEA aus § 45b SGB XI

und / oder aus der 150-%-Regelung bei der gleichzeitigen Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI. Denn die Leistungsbeträge nach § 123 SGB XI bilden – wie oben dargestellt – einen teilweisen Vorgriff auf den Stufensprung, der mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erfolgt, ab. Daher gelten sie ausdrücklich nur bis zur Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Die Besserstellung der PEA wird also in diesem Berechnungsbeispiel nur über den beabsichtigten Stufensprung bewirkt, nicht über ein insgesamt erhöhtes Leistungsniveau.

Im Pflegegrad 1 wurde kein Leistungsbetrag hinterlegt, da dieser nach der Empfehlung des Expertenbeirats nicht als Sach- oder Geldleistung, sondern nur im Wege der Kostenerstattung in Anspruch genommen werden kann (vergleiche Ziffer 3.4.5). Im Pflegegrad 5 wird in Ermangelung eines Härtefallbetrags bei Geldleistungen angenommen, dass der Betrag dem der gegenwärtigen Pflegestufe III entspricht.

Unter Berücksichtigung dieser Annahmen ergeben sich für die **Geldleistung (§ 37 SGB XI)** folgende Leistungsbeträge (Tabelle 6).

Unter Berücksichtigung der voraussichtlichen NBA-Einstufungen für zukünftige Leistungsbezieher ergeben sich dabei folgende Wirkungen (Tabelle 7).

Tabelle 6: Leistungsbeträge für Beispielsrechnung zu den kombinierten Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und Setzung der gegenwärtigen Geldleistungsbeträge als zukünftige Geldleistungsbeträge

PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
n/a*	235	440	700	700

Tabelle 7: Kombinierte Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und Setzung der gegenwärtigen Geldleistungsbeträge als zukünftige Geldleistungsbeträge

		Voraussichtliches Ergebnis der NBA-Einstufung zukünftiger Leistungsempfänger (Geldleistungsbezieher) in Pflegegrade (in %) im Vergleich zu heute und zukünftige Leistungsbeträge						
Pflegestufe / Pflegegrad		**Kein**	**PG 1**	**PG 2**	**PG 3**	**PG 4**	**PG 5**	
	Leistungsbetrag	n/a	n/a*	235 EUR	440 EUR	700 EUR	700 EUR**	Anteil an allen Geldleistungsbeziehern in %
„PS 0“	n/a	53,7	35,0	11,3	0,0	0,0	0,0	9,7
„PS 0 + EA“	120 EUR	0,0	16,7	75,0	8,3	0,0	0,0	1,6
PS I	235 EUR	0,8	23,7	54,9	19,8	0,8	0,0	42,6
PS I + EA	235 + 70 EUR	0,0	2,3	22,9	66,6	8,2	0,0	15,3
PS II	440 EUR	0,0	5,7	40,0	42,9	11,4	0,0	16,8
PS II + EA	440 + 85 EUR	0,0	0,0	2,8	44,7	46,9	5,6	7,6
PS III	700 EUR	0,0	0,0	12,5	25,0	50,0	12,5	4,4
PS III + EA	700 EUR	0,0	0,0	0,0	0,0	43,7	56,3	2,1

* Im Pflegegrad 1 empfiehlt der Expertenbeirat, einen im Wege der Kostenerstattung abrechenbaren Leistungsbetrag von 100 EUR, nicht aber für Geldleistungen, vorzusehen, vergleiche Ziffer 3.4.5.

** Bei Geldleistungen sind gegenwärtig keine Härtefallregelungen vorgesehen. Daher wurde für den Pflegegrad 5 der Betrag von 700 EUR gesetzt.

Für die **ambulante Sachleistung (§ 36 SGB XI)** ergäben sich unter Berücksichtigung der oben stehenden Annahmen in dieser Berechnungsvariante die folgenden Leistungsbeträge (Tabelle 8).

Unter Berücksichtigung der voraussichtlichen NBA-Einstufungen für zukünftige Leistungsbezieher ergeben sich dabei folgende Wirkungen (Tabelle 9).

Auswirkungen auf die Pflegeversicherung: Saldiert wären in der vorstehenden Beispielsrechnung für Geldleistung –0,02 Mrd. EUR pro Jahr und für Sachleistungen +0,15 Mrd. EUR pro Jahr an Ausgabenveränderungen zu erwarten. Dabei ist zu beachten, dass die Saldierung niedrigere Leistungsansprüche gegen höhere Leistungsansprüche aufrechnet, ohne Berücksichtigung etwaiger Bestandsschutzregelungen (und -ausgaben). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass im Pflegegrad 5 bei Fortschreibung der Spreizungen höhere Leistungsbeträge als die gegenwärtig veranschlagten 700 EUR anzusetzen wären, was die Leistungsausgaben erhöhen würde. Eine leistungs-

Tabelle 8: Leistungsbeträge für Beispielsrechnung zu den kombinierten Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und Setzung der gegenwärtigen ambulanten Sachleistungsbeträge als zukünftige Sachleistungsbeträge

PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Siehe Ziffer 3.4.5.	450	1.100	1.550	1.918

Tabelle 9: Kombinierte Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und Setzung der gegenwärtigen ambulanten Sachleistungsbeträge als zukünftige Sachleistungsbeträge

		Voraussichtliches Ergebnis der NBA-Einstufung zukünftiger Leistungsempfänger (Sachleistungsbezieher ambulant) im Vergleich zu heute in Pflegegrade (in %) und zukünftige Leistungsbeträge						
Pflegestufe / Pflegegrad		**Kein**	**PG 1**	**PG 2**	**PG 3**	**PG 4**	**PG 5**	
	Leistungsbetrag	n/a	n/a*	450 EUR	1.100 EUR	1.550 EUR	1.918 EUR	Anteil an allen Sachleistungsbeziehern in %
„PS 0“	n/a	45,5	33,3	19,7	1,5	0,0	0,0	21,2
„PS 0 + EA“	225 EUR	14,3	28,5	57,2	0,0	0,0	0,0	1,9
PS I	450 EUR	2,4	28,6	54,8	13,5	0,8	0,0	29,6
PS I + EA	450 + 215 EUR	0,0	0,0	28,6	66,3	5,1	0,0	18,0
PS II	1.100 EUR	0,0	2,0	30,0	58,0	10,0	0,0	12,4
PS II + EA	1.100 + 150 EUR	0,0	0,0	0,0	36,0	54,1	9,9	9,6
PS III	1.550 EUR	0,0	0,0	14,3	14,3	42,9	28,6	4,1
PS III + EA	1.550 EUR	0,0	0,0	0,0	0,0	38,5	61,5	3,2
HF	1.918 EUR	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-
HF + EA	1.918 EUR	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-

* Im Pflegegrad 1 empfiehlt der Expertenbeirat, einen im Wege der Kostenerstattung abrechenbaren Leistungsbetrag von 100 EUR vorzusehen, vergleiche Ziffer 3.4.5.

rechtliche Hinterlegung im Pflegegrad 1 für ambulante Sachleistungen wäre ebenfalls hinzuzurechnen.

Auswirkungen auf die Versicherten: In der Spreizung stellen die hier verwendeten Leistungsbeträge der ambulanten Sachleistung eine Variante dar, die für eine größere Begünstigung der oberen Pflegegrade und damit ein fachpolitisches Ziel des Expertenbeirats steht. Daher kann diese Variante auch als entsprechendes Vergleichsmodell dienen. Ein weiteres fachpolitisches Ziel, das dieser Art der Spreizung zuzuordnen wäre, ist die stärkere Entlastung von pflegenden Angehörigen durch Inanspruchnahme von Sachleistungen in den höheren Pflegegraden. Dazu passt (komplementär) der relativ flachere Anstieg der Geldleistungsbeträge über die Pflegegrade und die vergleichsweise niedrigeren Beträge. Es könnte allerdings argumentiert werden, dass die tatsächliche Wahlfreiheit der Betroffenen bei einem solchen Auseinanderfallen der Leistungsbeträge in den oberen Pflegegraden dann eingeschränkt ist. Die genannten Auswirkungen müssen abgewogen werden.

Die Spreizung der hier verwendeten Leistungsbeträge für die Geldleistung ist demgegenüber deutlich geringer. Da in diesem Berechnungsbeispiel die neuen Beträge im Grundsatz den bisherigen entsprechen und nur die PNG-Zuschläge wegfallen, sind aus der Neueinstufung kaum grundsätzliche Erkenntnisse über den Effekt solcher Spreizungen abzuleiten.

In der Verteilung unterscheiden sich die Personengruppen, die bei einer Begutachtung mit dem NBA jeweils niedrigere, gleich viel oder höhere Leistungsansprüche als im heutigen System erhalten, hier bei Geld- und Sachleistungen nicht. Die Mehrheit der zukünftigen Leistungsbezieher, die heute als EA in den Pflegestufen „0“, I und II eingestuft würden, erhält bei diesem Berechnungsbeispiel zukünftig einen deutlich höheren Leistungsbetrag als im heutigen System; diejenigen, die heute als PEA in der Pflegestufe III eingestuft würden, bleiben unverändert. Damit profitieren vor allem diejenigen Personen, die heute als PEA eingestuft würden, weil sie bei der zukünftigen Einstufung um nominell zwei „Stufen“ höher eingestuft werden als im heutigen System. Soweit sie nur nominell eine „Stufe“ höher erreichen, erhalten sie zukünftig den heutigen Leistungsbetrag ohne PNG-Zuschlag für Sach- und Geldleistungsempfänger sowie für Personen in der Pflegestufe „0“. Wenn im Pflegegrad 1 jedenfalls ein im Wege der Kostenerstattung zur Verfügung stehender, abrechenbarer Betrag von 100 EUR vorgesehen wird, würde damit die Höhe des heutigen PNG-Zuschlags nahezu erreicht. Circa ein Drittel der Personen, die heute als pflegebedürftig, aber ohne EA, eingestuft würden, würden nach der zukünftigen Einstufung in diesem Berechnungsbeispiel weniger Leistungen erhalten als im heutigen System.

3.4.9.3 Beispielsrechnung zu den kombinierten Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und der Orientierung der Geldleistungsbeträge an den mittleren Punktwerten der Pflegegrade

Ausgehend von dem Anstieg der Summen-Sores des NBA hat der Expertenbeirat Beispielsrechnungen durchführen lassen, die sich an den mittleren Punktwerten der Pflegegrade orientieren, um den Anstieg des Ausmaßes der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit sowie der Abhängigkeit von personeller Hilfe abzubilden. Bei einer solchen Vorgehensweise steigen die Leistungsbeträge in etwa gleichmäßig (das heißt um in etwa den gleichen Betrag) und in etwa linear an (Tabelle 10). Im Pflegegrad 1 wurde kein Leistungsbetrag hinterlegt, da dieser nach der Empfehlung des Expertenbeirats nicht für Sach- und Geldleistungsbeträge gilt (vergleiche Ziffer 3.4.5).

Unter Berücksichtigung des heutigen Leistungsniveaus (nicht der heutigen Leistungsbeträge) und ausgehend vom Leistungsniveau der Pflegestufe III bzw. des Pflegegrads 4 wurde eine Beispielsrechnung für die folgenden Leistungsbeträge durchgeführt (Tabelle 11).

Unter Berücksichtigung der voraussichtlichen NBA-Einstufungen für zukünftige Leistungsbezieher ergeben sich dabei folgende Wirkungen (Tabelle 12).

Tabelle 10: Verhältnis der Leistungsbeträge bei Orientierung an den mittleren Punktwerten der Pflegegrade

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Verhältnis der Leistungsbeträge	n/a	40	60	80	95

Tabelle 11: Leistungsbeträge für Beispielsrechnung zu den kombinierten Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und der Orientierung der Geldleistungsbeträge an den mittleren Punktwerten der Pflegegrade

PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Siehe Ziffer 3.4.5.	390	580	770	920

Tabelle 12: Kombinierte Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und der Orientierung der Geldleistungsbeträge an den mittleren Punktwerten der Pflegegrade

		Voraussichtliches Ergebnis der NBA-Einstufung zukünftiger Leistungsempfänger (Geldleistungsbezieher) in Pflegegrade (in %) und zukünftige Leistungsbeträge						
Pflegestufe / Pflegegrad		**Kein**	**PG 1**	**PG 2**	**PG 3**	**PG 4**	**PG 5**	
	Leistungsbetrag	n/a	n/a*	390 EUR	580 EUR	770 EUR	920 EUR**	Anteil an allen Geldleistungsbeziehern in %
„PS 0“	n/a	53,7	35,0	11,3	0,0	0,0	0,0	9,7
„PS 0 + EA“	120 EUR	0,0	16,7	75,0	8,3	0,0	0,0	1,6
PS I	235 EUR	0,8	23,7	54,9	19,8	0,8	0,0	42,6
PS I + EA	235 + 70 EUR	0,0	2,3	22,9	66,6	8,2	0,0	15,3
PS II	440 EUR	0,0	5,7	40,0	42,9	11,4	0,0	16,8
PS II + EA	440 + 85 EUR	0,0	0,0	2,8	44,7	46,9	5,6	7,6
PS III	700 EUR	0,0	0,0	12,5	25,0	50,0	12,5	4,4
PS III + EA	700 EUR	0,0	0,0	0,0	0,0	43,7	56,3	2,1

* Im Pflegegrad 1 empfiehlt der Expertenbeirat, einen im Wege der Kostenerstattung abrechenbaren Leistungsbetrag von 100 EUR, nicht aber bei Geldleistungen vorzusehen, vergleiche Ziffer 3.4.5.

Für die **ambulante Sachleistung (§ 36 SGB XI)** ergäben sich unter Berücksichtigung der oben stehenden Annahmen in dieser Berechnungsvariante die folgenden Leistungsbeträge (Tabelle 13).

Unter Berücksichtigung der voraussichtlichen NBA-Einstufungen für zukünftige Leistungsbezieher ergeben sich dabei folgende Wirkungen (Tabelle 14).

Tabelle 13: Leistungsbeträge für Beispielsrechnung zu den kombinierten Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und der Orientierung der ambulanten Sachleistungsbeträge an den mittleren Punktwerten der Pflegegrade

PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Siehe Ziffer 3.4.5.	765	1.118	1.530	1.805

Tabelle 14: Kombinierte Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und der Orientierung der ambulanten Sachleistungsbeträge an den mittleren Punktwerten der Pflegegrade

		Voraussichtliches Ergebnis der NBA-Einstufung zukünftiger Leistungsempfänger (Sachleistungsbezieher ambulant) im Vergleich zu heute in Pflegegrade (in %) und zukünftige Leistungsbeträge						
Pflegestufe / Pflegegrad		**Kein**	**PG 1**	**PG 2**	**PG 3**	**PG 4**	**PG 5**	
	Leistungsbetrag	n/a	n/a*	765 EUR	1.118 EUR	1.530 EUR	1.805 EUR	Anteil an allen Sachleistungsbeziehern in %
„PS 0“	n/a	45,5	33,3	19,7	1,5	0,0	0,0	21,2
„PS 0 + EA“	225 EUR	14,3	28,5	57,2	0,0	0,0	0,0	1,9
PS I	450 EUR	2,4	28,6	54,8	13,5	0,8	0,0	29,6
PS I + EA	450 + 215 EUR	0,0	0,0	28,6	66,3	5,1	0,0	18,0
PS II	1.100 EUR	0,0	2,0	30,0	58,0	10,0	0,0	12,4
PS II + EA	1.100 + 150 EUR	0,0	0,0	0,0	36,0	54,1	9,9	9,6
PS III	1.550 EUR	0,0	0,0	14,3	14,3	42,9	28,6	4,1
PS III + EA	1.550 EUR	0,0	0,0	0,0	0,0	38,5	61,5	3,2
HF	1.918 EUR	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-
HF + EA	1.918 EUR	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-

* Im Pflegegrad 1 empfiehlt der Expertenbeirat, einen im Wege der Kostenerstattung abrechenbaren Leistungsbetrag von 100 vorzusehen, vergleiche Ziffer 3.4.5.

Auswirkungen auf die Pflegeversicherung: Saldiert wären in der vorstehenden Beispielsrechnung für Geldleistung +1,54 Mrd. EUR pro Jahr und für Sachleistungen +0,40 Mrd. EUR pro Jahr an Ausgabenveränderungen zu erwarten. Das Berechnungsbeispiel ist deswegen so hoch angesetzt, weil hier angenommen wurde, dass die Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI in die Sachleistung integriert (in diesem Beispiel durch eine Erhöhung des Pflegegrads 2 um 100 EUR umsetzt) sind. Die vom Expertenbeirat favorisierte, separate Entlastungsleistung wäre mit diesem Beispiel unter Berücksichtigung des PNG-Leistungsniveaus nicht darstellbar. Hierfür wäre eine Niveauverschiebung der Leistungsbeträge nach unten plausibel. Bei einem Ausgangsbetrag im Pflegegrad 2 bei der Geldleistung von 305 EUR (bisheriger Sachleistungsbetrag zuzüglich PNG-Zuschlag) und bei der ambulanten Sachleistung von 665 EUR (ebenfalls einschließlich PNG-Zuschlag) ergäben sich bei vergleichbarer Spreizung (Orientierung anhand der mittleren Punktwerte) Ausgabenveränderungen von +0,30 Mrd. EUR pro Jahr für Geldleistungen und +0,15 Mrd. EUR pro Jahr für ambulante Sachleistungen (diese Variante ist nicht tabellarisch dargestellt).

Auswirkungen auf die Versicherten: In diesem Berechnungsbeispiel folgen die Leistungsbeträge in ihrem Anstieg dem Anstieg des Ausmaßes der Beeinträchtigung und der Abhängigkeit von personeller Hilfe im NBA, was die derzeit bestmögliche Näherung an einen fachlich begründeten Anstieg der Leistungsbeträge darstellt. Da der Anstieg der Leistungsbeträge deswegen relativ flach ist, sind vor allem in den oberen Pflegegraden Veränderungen im Sinne von im Vergleich zu heute niedrigeren Leistungsbeträgen zu erwarten. Diese werden hier durch das hohe Ausgangsniveau des Berechnungsbeispiels

„aufgefangen". Die vorrangig intendierte Gleichbehandlung von somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen wäre hier daher auf einem im Vergleich zu bisher eher hohen Leistungsniveau jedenfalls in den niedrigeren Pflegegraden erfolgt (der Einstiegsbetrag im Pflegegrad 2 übertrifft bei der Geldleistung den heutigen Geldleistungsbetrag zuzüglich des PNG-Zuschlags).

Das Berechnungsbeispiel könnte als Beispiel für einen „degressiven" Anstieg dienen, der relativ die unteren Pflegegrade begünstigt und daher als „präventionsorientiert" betrachtet werden könnte. Diese Wirkungen wären allerdings zu belegen. Wäre das Leistungsniveau insgesamt niedriger, wäre für die oberen Pflegegrade zu erwarten, dass relativ mehr Eigenleistungen durch die Bürger (nachrangig: die Sozialhilfeträger) notwendig werden, was dem fachpolitischen Ziel der Abwendung der Abhängigkeit von Sozialhilfeleistungen bzw. Entlastung von zu hohen Eigenanteilen entgegenstehen könnte. Ebenso würden die Pflegehaushalte in den oberen Pflegegraden relativ geringer entlastet bzw. durch das Pflegegeld gestärkt.

3.4.9.4 Beispielsrechnung zu den kombinierten Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und der Orientierung der Geldleistungsbeträge an den unteren Schwellenwerten der Pflegegrade

Eine weitere Beispielsrechnung, die den Anstieg der Summen-Scores des NBA etwas anders nachbildet, ist die Orientierung an den unteren Schwellenwerten des NBA. Auch dabei steigen die Leistungsbeträge gleichmäßig (um in etwa den gleichen Betrag) und in etwa linear an (Tabelle 15).

Im Pflegegrad 1 wurde kein Leistungsbetrag hinterlegt, da dieser nach der Empfehlung des Expertenbeirats nicht für Sach- und Geldleistungsbeträge gilt (vergleiche Ziffer 3.4.5).

Unter Berücksichtigung des heutigen Leistungsniveaus (nicht der heutigen Leistungsbeträge) wurden Beispielsrechnungen zu den Ausgabeneffekten für die folgenden Leistungsbeträge der Geldleistung (§ 37 SGB XI) bzw. ambulanten Sachleistung (§ 36 SGB XI) durchgeführt (Tabelle 16).

Tabelle 15: Verhältnis der Leistungsbeträge bei Orientierung an den unteren Schwellenwerten der Pflegegrade

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Verhältnis der Leistungsbeträge	n/a	30	50	70	90

Tabelle 16: Leistungsbeträge für Beispielsrechnung zu den kombinierten Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und der Orientierung der Geldleistungsbeträge an den unteren Schwellenwerten der Pflegegrade

PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Siehe Ziffer 3.4.5.	305	508	712	915

Unter Berücksichtigung der voraussichtlichen NBA-Einstufungen für zukünftige Leistungsbezieher ergeben sich dabei hinsichtlich der Geldleistung (§ 37 SGB XI) folgende Wirkungen (Tabelle 17).

Für die ambulante Sachleistung (§ 36 SGB XI) ergäben sich unter Berücksichtigung der oben stehenden Annahmen in dieser Berechnungsvariante die folgenden Leistungsbeträge (Tabelle 18).

Unter Berücksichtigung der voraussichtlichen NBA-Einstufungen für zukünftige Leistungsbezieher ergeben sich dabei hinsichtlich ambulanten Sachleistungen (§ 36 SGB XI) folgende Wirkungen (Tabelle 19).

Auswirkungen auf die Pflegeversicherung: Saldiert wären in der vorstehenden Beispielsrechnung für Geldleistung +0,73 Mrd. EUR pro Jahr und für Sachleistungen +0,63 Mrd. EUR pro Jahr an Ausgabenveränderungen zu erwarten. Unter der Annahme, dass die Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI in die Sachleistung integriert werden, ist das Berechnungsbeispiel betragsmäßig recht hoch angesetzt. Unter der Annahme der vom Expertenbeirat favorisierten separaten Entlastungsleistung wäre eine Niveauverschiebung nach unten für diese Beispielsrechnung plausibel. So ergäben sich bei einem Ausgangsbetrag im Pflegegrad 2 bei ambulanter Sachleistung von 665 EUR (nicht tabellarisch dargestellt) und vergleichbarer Spreizung Ausgabenveränderungen von +0,34 Mrd. EUR pro Jahr.

Tabelle 17: Kombinierte Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und der Orientierung der Geldleistungsbeträge an den unteren Schwellenwerten der Pflegegrade

		Voraussichtliches Ergebnis der NBA-Einstufung zukünftiger Leistungsempfänger (Geldleistungsbezieher) in Pflegegrade (in %) und zukünftige Leistungsbeträge						
Pflegestufe / Pflegegrad		**Kein**	**PG 1**	**PG 2**	**PG 3**	**PG 4**	**PG 5**	
	Leistungsbetrag	n/a	n/a*	305 EUR	508 EUR	712 EUR	915 EUR	Anteil an allen Geldleistungsbeziehern in %
„PS 0“	n/a	53,7	35,0	11,3	0,0	0,0	0,0	9,7
„PS 0 + EA“	120 EUR	0,0	16,7	75,0	8,3	0,0	0,0	1,6
PS I	235 EUR	0,8	23,7	54,9	19,8	0,8	0,0	42,6
PS I + EA	235 + 70 EUR	0,0	2,3	22,9	66,6	8,2	0,0	15,3
PS II	440 EUR	0,0	5,7	40,0	42,9	11,4	0,0	16,8
PS II + EA	440 + 85 EUR	0,0	0,0	2,8	44,7	46,9	5,6	7,6
PS III	700 EUR	0,0	0,0	12,5	25,0	50,0	12,5	4,4
PS III + EA	700 EUR	0,0	0,0	0,0	0,0	43,7	56,3	2,1

* Im Pflegegrad 1 empfiehlt der Expertenbeirat, einen im Wege der Kostenerstattung abrechenbaren Leistungsbetrag von 100 EUR, nicht aber bei Geldleistungen vorzusehen, vergleiche Ziffer 3.4.5.

Tabelle 18: Leistungsbeträge für Beispielsrechnung zu den kombinierten Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und der Orientierung der ambulanten Sachleistungsbeträge an den unteren Schwellenwerten der Pflegegrade

PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Siehe Ziffer 3.4.5.	765	1.275	1.785	2.295

Tabelle 19: Kombinierte Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und der Orientierung der ambulanten Sachleistungsbeträge an den unteren Schwellenwerten der Pflegegrade

		Voraussichtliches Ergebnis der NBA-Einstufung zukünftiger Leistungsempfänger (Sachleistungsbezieher ambulant) im Vergleich zu heute in Pflegegrade (in %) und zukünftige Leistungsbeträge						
Pflegestufe / Pflegegrad		**Kein**	**PG 1**	**PG 2**	**PG 3**	**PG 4**	**PG 5**	
	Leistungsbetrag	n/a	n/a*	765 EUR	1.275 EUR	1.785 EUR	2.295 EUR	Anteil an allen Sachleistungsbeziehern in %
„PS 0“	n/a	45,5	33,3	19,7	1,5	0,0	0,0	21,2
„PS 0 + EA“	225 EUR	14,3	28,5	57,2	0,0	0,0	0,0	1,9
PS I	450 EUR	2,4	28,6	54,8	13,5	0,8	0,0	29,6
PS I + EA	450 + 215 EUR	0,0	0,0	28,6	66,3	5,1	0,0	18,0
PS II	1.100 EUR	0,0	2,0	30,0	58,0	10,0	0,0	12,4
PS II + EA	1.100 + 150 EUR	0,0	0,0	0,0	36,0	54,1	9,9	9,6
PS III	1.550 EUR	0,0	0,0	14,3	14,3	42,9	28,6	4,1
PS III + EA	1.550 EUR	0,0	0,0	0,0	0,0	38,5	61,5	3,2
HF	1.918 EUR	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-
HF + EA	1.918 EUR	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-

* Im Pflegegrad 1 empfiehlt der Expertenbeirat, einen im Wege der Kostenerstattung abrechenbaren Leistungsbetrag von 100 EUR vorzusehen, vergleiche Ziffer 3.4.5.

Erwartungsgemäß sind also die Mehrausgaben insbesondere im ersten Berechnungsbeispiel recht hoch, was allerdings erheblich durch das insgesamt hohe Leistungsniveau (PG 2 entspricht bisherigem Betrag zuzüglich PNG-Beträge sowie bei Sachleistungen noch zuzüglich 100 EUR für integrierte Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI) und weniger durch die stärkere Spreizung bedingt ist.

Auswirkungen auf die Versicherten: Auch in diesem Berechnungsbeispiel folgen die Leistungsbeträge in ihrem Anstieg dem Anstieg des Ausmaßes der Beeinträchtigung und der Abhängigkeit von personeller Hilfe im NBA, was die derzeit bestmögliche Näherung an einen fachlich begründeten Anstieg der Leistungsbeträge darstellt. Da der Anstieg der Leistungsbeträge im Vergleich zum Berechnungsbeispiel der mittleren Punktwerte der Pflegegrade deutlich steiler ist, finden sich – bei vergleichsweise hohem Ausgangsniveau insbesondere des ersten Berechnungsbeispiels – in den oberen Pflegegraden deutlich höhere Leistungsbeträge als heute.

Fachpolitisch wird hier durch die Begünstigung der oberen Pflegegrade die Orientierung an der Schwere der Pflegebedürftigkeit und an der Entlastung von Angehörigen von Pflegebedürftigen in höheren Pflegegraden in besonderem Maße berücksichtigt. Dabei ist – wenn man die Berechnungsbeispiele als Bausteine eines Modellszenarios wählen würde – die Differenz zwischen Sach- und Geldleistungsbeträgen gerade in den oberen Pflegegraden erheblich und setzt (gegebenenfalls gewünschte) Anreize in Richtung stärkerer Inanspruchnahme von Sachleistungen in den oberen Pflegegraden.

Die vorrangig intendierte Gleichbehandlung von somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen erfolgt hier auf so hohem Niveau, dass viele zukünftig Pflegebedürftige im Rahmen der Einstufung bzw. bisherige Pflegebedürftige durch die formale Überleitung gleichermaßen profitieren. Im direkten Vergleich profitieren allerdings Personen, die heute Leistungen aufgrund einer EA beziehen würden, deutlich mehr als die somatisch Pflegebedürftigen, bei

denen durchaus noch nennenswerte Anteile zukünftig niedrigere Leistungsbeträge im Vergleich zu heute zu erwarten hätten (teilweise aber mit geringer Differenz).

3.4.9.5 Kombinierte Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und proportionalem Anstieg der Leistungsbeträge der Geld- und ambulanten Sachleistungen

Eine weitere Beispielsrechnung wählt einen proportionalen Anstieg der Leistungsbeträge. Dabei steigen die Leistungsbeträge gleichmäßig (das heißt um den Betrag des Pflegegrad 2, hier: um 235 EUR bei Geldleistungen bzw. 450 EUR bei Sachleistungen je Pflegegrad) an. Im Pflegegrad 1 wurde kein Leistungsbetrag hinterlegt, da dieser nach der Empfehlung des Expertenbeirats nicht für Sach- und Geldleistungsbeträge gilt (vergleiche Ziffer 3.4.5).

Ausgehend vom heutigen Leistungsbetrag in der Pflegestufe I wurde eine Beispielsrechnung für die folgenden Leistungsbeträge durchgeführt (Tabelle 20).

Unter Berücksichtigung der voraussichtlichen NBA-Einstufungen für zukünftige Leistungsbezieher ergeben sich dabei hinsichtlich der Geldleistung (§ 37 SGB XI) folgende Wirkungen (Tabelle 21).

Für die ambulante Sachleistung (§ 36 SGB XI) ergäben sich unter Berücksichtigung der oben stehenden Annahmen in dieser Berechnungsvariante die folgenden Leistungsbeträge (Tabelle 22).

Tabelle 20: Leistungsbeträge für Beispielsrechnung zu den kombinierten Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und proportionalem Anstieg (Geldleistung)

PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Siehe Ziffer 3.4.5.	235	470	705	940

Tabelle 21: Kombinierte Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und proportionalem Anstieg (Geldleistung)

		Voraussichtliches Ergebnis der NBA-Einstufung zukünftiger Leistungsempfänger (Geldleistungsbezieher) in Pflegegrade (in %) und zukünftige Leistungsbeträge						
Pflegestufe / Pflegegrad		**Kein**	**PG 1**	**PG 2**	**PG 3**	**PG 4**	**PG 5**	
	Leistungsbetrag	n/a	n/a*	235 EUR	470 EUR	705 EUR	940 EUR	Anteil an allen Geldleistungsbeziehern in %
„PS 0“	n/a	53,7	35,0	11,3	0,0	0,0	0,0	9,7
„PS 0 + EA“	120 EUR	0,0	16,7	75,0	8,3	0,0	0,0	1,6
PS I	235 EUR	0,8	23,7	54,9	19,8	0,8	0,0	42,6
PS I + EA	235 + 70 EUR	0,0	2,3	22,9	66,6	8,2	0,0	15,3
PS II	440 EUR	0,0	5,7	40,0	42,9	11,4	0,0	16,8
PS II + EA	440 + 85 EUR	0,0	0,0	2,8	44,7	46,9	5,6	7,6
PS III	700 EUR	0,0	0,0	12,5	25,0	50,0	12,5	4,4
PS III + EA	700 EUR	0,0	0,0	0,0	0,0	43,7	56,3	2,1

* Im Pflegegrad 1 empfiehlt der Expertenbeirat, einen im Wege der Kostenerstattung abrechenbaren Leistungsbetrag von 100 EUR, nicht aber bei Geldleistungen vorzusehen, vergleiche Ziffer 3.4.5.

Tabelle 22: Leistungsbeträge für Beispielsrechnung zu den kombinierten Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und proportionalem Anstieg (ambulante Sachleistung)

PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Siehe Ziffer 3.4.5.	450	900	1.350	1.800

Tabelle 23: Kombinierte Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und proportionalem Anstieg (ambulante Sachleistung)

		Voraussichtliches Ergebnis der NBA-Einstufung zukünftiger Leistungsempfänger (Sachleistungsbezieher ambulant) im Vergleich zu heute in Pflegegrade (in %) und zukünftige Leistungsbeträge						
Pflegestufe / Pflegegrad		**Kein**	**PG 1**	**PG 2**	**PG 3**	**PG 4**	**PG 5**	
	Leistungsbetrag	n/a	n/a*	450 EUR	900 EUR	1.350 EUR	1.800 EUR	Anteil an allen Sachleistungsbeziehern in %
„PS 0“	n/a	45,5	33,3	19,7	1,5	0,0	0,0	21,2
„PS 0 + EA“	225 EUR	14,3	28,5	57,2	0,0	0,0	0,0	1,9
PS I	450 EUR	2,4	28,6	54,8	13,5	0,8	0,0	29,6
PS I + EA	450 + 215 EUR	0,0	0,0	28,6	66,3	5,1	0,0	18,0
PS II	1.100 EUR	0,0	2,0	30,0	58,0	10,0	0,0	12,4
PS II + EA	1.100 + 150 EUR	0,0	0,0	0,0	36,0	54,1	9,9	9,6
PS III	1.550 EUR	0,0	0,0	14,3	14,3	42,9	28,6	4,1
PS III + EA	1.550 EUR	0,0	0,0	0,0	0,0	38,5	61,5	3,2
HF	1.918 EUR	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-
HF + EA	1.918 EUR	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-

* Im Pflegegrad 1 empfiehlt der Expertenbeirat, einen im Wege der Kostenerstattung abrechenbaren Leistungsbetrag von 100 EUR vorzusehen, vergleiche Ziffer 3.4.5.

Unter Berücksichtigung der voraussichtlichen NBA-Einstufungen für zukünftige Leistungsbezieher ergeben sich dabei hinsichtlich ambulanten Sachleistungen (§ 36 SGB XI) folgende Wirkungen (Tabelle 23).

Auswirkungen auf die Pflegeversicherung: Saldiert wären in der vorstehenden Beispielsrechnung für Geldleistung +0,19 Mrd. EUR pro Jahr und für Sachleistungen −0,06 Mrd. EUR pro Jahr an Ausgabenveränderungen zu erwarten.

Auswirkungen auf die Versicherten: Die Auswirkungen bei der Beispielsrechnung zur Geldleistung sind dementsprechend vergleichbar dem Eingangsbeispiel auf der Basis der bisherigen Leistungsbeträge ohne PNG-Zuschläge. Ein Unterschied besteht lediglich im Pflegegrad 3, bei dem die hier vorgestellte, proportionale Variante mit 470 EUR über der am gegenwärtigen Betrag orientierten Eingangsvariante mit 440 EUR liegt. Im Vergleich führt diese Abweichung bei der Steigung in der hier vorliegenden Variante zu einer gewissen, aber nicht sehr starken Besserstellung von

Personen, die im heutigen System in Pflegestufe II (ohne EA) eingestuft würden.

Gleichzeitig wird für Personen, die im heutigen System in Pflegestufe II (mit EA) eingestuft würden, zukünftig aber nicht nominell zwei, sondern nur eine „Stufe" höher eingestuft würden, der „Wegfall" der PNG-Zuschläge abgemildert. Für Personen, die im heutigen System in Pflegestufe I eingestuft würden, besteht zwischen diesen beiden Varianten kein Unterschied. Auch führt die kleine Differenz (+5 EUR) beim proportionalen Berechnungsbeispiel (mit Ausnahme des zusätzlichen Erhalts von 5 EUR) zu keinen anderen Effekten als im Eingangsbeispiel.

Hinsichtlich der Verwirklichung fachpolitischer Zielsetzungen in diesem Berechnungsbeispiel wird daher auf oben verwiesen.

3.4.9.6 Beispielsrechnung für einen separaten Entlastungsbetrag in der ambulant-häuslichen Versorgung

Der Expertenbeirat favorisiert bei der Frage, wie mit den bisherigen Leistungen der §§ 123, 45b SGB XI zukünftig umgegangen werden soll, ein Modell, in dem anstelle des bisherigen § 45b SGB XI ein Anspruch der Pflegebedürftigen auf einen separaten Betrag zur Entlastung pflegender Angehöriger besteht (siehe oben Ziffer 3.3.3). Dieser Leistungsanspruch wird dabei zukünftig allen Pflegebedürftigen zur Verfügung stehen, nicht nur Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI.

Ausgehend von dieser Überlegung hat der Expertenbeirat eine Beispielsberechnung durchführen lassen, die die Wirkungen der Ausweitung des bisherigen § 45b SGB XI auf alle Pflegebedürftige unter Spreizung der bisherigen Beträge über vier (mit PG 1: fünf) Pflegegrade darstellt. Die gegenwärtige Inanspruchnahme der Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI liegt bei circa 40–50 %.[103]

Dabei wird die empfohlene leistungsrechtliche Hinterlegung des Pflegegrads 1 nicht mit dargestellt, da die finanziellen Auswirkungen bereits unter Ziffer 3.4.5 dargestellt sind. Diese können aber im Sinne eines modularen Aufbaus zu den hier dargestellten finanziellen Auswirkungen hinzugerechnet werden.

Eine kombinierte Darstellung der Übergangswahrscheinlichkeiten erfolgt hier nicht, da dem Expertenbeirat keine statistischen Daten zur bisherigen „Einstufung" nach § 45a SGB XI (bisher: erhebliche EA: bis zu 100 EUR / erhöhte EA: bis zu 200 EUR) vorliegen (Tabelle 24).

Auswirkungen auf die Pflegeversicherung: In der dargestellten Variante könnten die Mehrausgaben für Geldleistungsbezieher bei Vollausschöpfung theoretisch um bis zu 1,22 Mrd. pro Jahr steigen (von bisher theoretisch bis zu 0,52 auf bis zu 1,74 Mrd.). Die Inanspruchnahme liegt bei Geldleistungsbeziehern mit EA derzeit bei circa 0,26 Mrd. Wenn zunächst 20 % der neu Leistungsberechtigten die Leistungen in Anspruch nehmen, könnten Mehrkosten in Höhe von circa 0,24 Mrd. entstehen.

Die theoretischen Mehrausgaben für Bezieher ambulanter Sachleistungen könnten demgegenüber um bis zu 0,19 Mrd. (von 0,11 auf 0,30 Mrd.) steigen. Die Inanspruchnahme liegt bei ambulanten Sachleistungsbeziehern mit EA derzeit bei circa 0,05 Mrd. Wenn zunächst 20 % der neu Leistungsberechtigten die Leistungen in Anspruch nehmen, könnten daher Mehrkosten in Höhe von circa 0,04 Mrd. entstehen.

Auswirkungen auf die Versicherten: Die Wirkungen allein der Einstufung mit dem NBA sind in diesem Rechenbeispiel nicht darstellbar. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass aus fachpolitischer Sicht eine Gesamtbetrachtung mit den Leistungen insbesondere der ambulanten Sachleistung und

Tabelle 24: Leistungsbeträge für Beispielsrechnung für einen separaten Entlastungsbetrag in der ambulant-häuslichen Versorgung

PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Siehe Ziffer 3.4.5.	100	200	200	200

103 Bundesministerium für Gesundheit (2011); Rothgang et al. (2011), S. 242–243.

Geldleistung erfolgen muss, auch hinsichtlich der jeweiligen Spreizungen und Leistungsniveaus. Die gemeinsame Betrachtung dieser zukünftig additiv zu erbringenden Entlastungsleistung mit Geld- oder ambulanter Sachleistung kann gegebenenfalls eine Spreizung der Geld- und Sachleistungsbeträge sinnvoll erscheinen lassen, die bei isolierter Betrachtung der Beträge nicht fachlich begründet werden kann. So könnten bei den Geld- und Sachleistungsbeträgen geringere Spreizungen / ein flacherer Anstieg der Leistungsbeträge sinnvoll sein, soweit über die Entlastungsleistung insgesamt ein fachlich wünschenswertes Leistungsniveau bzw. ein fachpolitisch wünschenswerter Anstieg der Leistungsbeträge erreicht wird.

3.4.9.7 Nicht berechnete Leistungen in der ambulant-häuslichen Versorgung

Bei der Betrachtung der Berechnungsbeispiele ist auch zu beachten, dass verschiedene Leistungen der ambulant-häuslichen Versorgung nicht in die Berechnungsbeispiele mit einbezogen wurden: Kombinationsleistungen, Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege, Wohnraumanpassung, Beratung. Grundsätzlich stehen diese Leistungen zukünftig allen Pflegebedürftigen zur Verfügung, sodass sich die veränderten Stufenzuordnungen auch auf die Ausgaben für diese Leistungen auswirken können. Bei einigen Leistungen wird dies aufgrund der insgesamt geringen Inanspruchnahme weniger ins Gewicht fallen als zum Beispiel bei der Kombinationsleistung, die (bezogen auf die Anzahl der Leistungsempfänger, die diese Leistung in Anspruch nehmen) fast 14 % der Leistungen der Pflegeversicherung ausmacht.[104]

[104] Bundesministerium für Gesundheit (2011).

3.4.9.8 Beispielsberechnungen für die vollstationäre Versorgung

In der vollstationären Versorgung stehen die möglichen Effekte von Neueinstufungen nach Einführung des NBA in einem anderen Kontext als in der ambulant-häuslichen Versorgung. Insbesondere führen Veränderungen bei der Einstufung in Pflegestufen bzw. zukünftig Pflegegrade – anders als in der ambulant-häuslichen Versorgung – auch bei Höherstufungen (zum Beispiel von PS I auf PS II oder von PG 2 auf PG 3) nicht unbedingt zu einer finanziellen Verbesserung der Situation für die Betroffenen, da der tatsächliche Eigenanteil der Pflegebedürftigen von den Pflegesätzen abhängt. So ist es denkbar, dass mit einer formalen Überleitung oder Neueinstufung, bei der sich der Pflegebedürftige um nominell zwei „Stufen“ (zum Beispiel statt PS II zukünftig PG 4) verändert, zwar zukünftig ein höherer Leistungsanspruch gegen die Pflegeversicherung erworben wird. Zugleich steigt jedoch auch der Pflegesatz in den höheren „Stufen“, sodass der Eigenanteil, den der Versicherte zu leisten hat, ebenfalls steigen kann. In so einem Fall würde die Pflegeversicherung zwar einen höheren Leistungsbetrag zahlen, ohne dass dies notwendig zu einer finanziellen Entlastung des Pflegebedürftigen führt.

Der Expertenbeirat nähert sich der Frage zukünftiger Sachleistungsbeträge in der vollstationären Versorgung über zwei Rechenmodelle an. Einerseits zeigt er auch hier ein Rechenbeispiel auf der Basis der bisherigen Leistungsbeträge auf (Tabelle 25). Andererseits stellt er – entsprechend der Empfehlung des Expertenbeirats – ein Rechenbeispiel auf der Basis aufwandsbezogener Äquivalenzziffern dar (Tabelle 28).

Unter Berücksichtigung der voraussichtlichen NBA-Einstufungen für zukünftige Leistungsbezieher ergeben sich dabei auf der Basis der bisherigen Leistungsbeträge folgende Wirkungen (Tabelle 26).

Tabelle 25: Leistungsbeträge für Beispielsrechnung mit Setzung der gegenwärtigen vollstationären Sachleistungsbeträge als neue Beträge

PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Siehe Ziffer 3.4.5.	1.023	1.279	1.550	1.918

Tabelle 26: Kombinierte Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und Setzung der gegenwärtigen vollstationären Sachleistungsbeträge als neue Beträge

		Voraussichtliches Ergebnis der NBA-Einstufung zukünftiger Leistungsempfänger (vollstationäre Sachleistung) in Pflegegrade (in %) und zukünftige Leistungsbeträge						
Pflegestufe / Pflegegrad		**Kein**	**PG 1**	**PG 2**	**PG 3**	**PG 4**	**PG 5**	
	Leistungsbetrag	n/a	n/a*	1.023 EUR	1.279 EUR	1.550 EUR	1.918 EUR	Anteil an allen Sachleistungsbeziehern in %
„PS 0“	n/a	43,8	25,0	31,3	0,0	0,0	0,0	2,9
„PS 0 + EA“	n/a	0,0	40,0	60,0	0,0	0,0	0,0	0,9
PS I	1.023 EUR	0,0	9,8	68,6	21,6	0,0	0,0	18,9
PS I + EA	1.023 EUR	0,0	0,0	22,2	68,9	8,9	0,0	16,7
PS II	1.279 EUR	0,0	0,0	10,0	53,3	33,3	3,3	10,2
PS II + EA	1.279 EUR	0,0	0,0	0,0	28,7	60,9	10,3	29,6
PS III	1.550 EUR	0,0	0,0	0,0	33,3	16,7	50,0	2,1
PS III + EA	1.550 EUR	0,0	0,0	0,0	0,0	40,7	59,3	18,6
HF	1.918 EUR	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-
HF + EA	1.918 EUR	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-

* Im Pflegegrad 1 empfiehlt der Expertenbeirat, einen im Wege der Kostenerstattung abrechenbaren Leistungsbetrag von 100 vorzusehen, vergleiche Ziffer 3.4.5.

Auswirkungen auf die Pflegeversicherung: Bei diesem Rechenbeispiel ergäbe sich eine Veränderung der Leistungsausgaben um +1,28 Mrd. EUR pro Jahr.

Auswirkungen auf die Versicherten: Der Anstieg der Leistungsbeträge ist hier vergleichsweise flach, da sie – wie auch bisher schon – einen Sockelbetrag berücksichtigen (siehe Annahmen). Da in der vollstationären Versorgung die Sachleistungsbeträge des § 43 SGB XI nicht zwischen Pflegebedürftigen mit und ohne EA differenzieren,[105] ist der Einstufungseffekt in diesem Rechenbeispiel recht einfach darzustellen. Personen, die heute eine EA hätten, würden zukünftig den gleichen Leistungsbetrag wie heute oder – bei höherer Einstufung – einen höheren Leistungsbetrag erhalten; somatisch Pflegebedürftige, die heute in die Pflegestufen I, II und III eingestuft würden, würden bei diesem Rechenbeispiel zukünftig zum Teil niedrigere Leistungsansprüche erhalten.

Dabei ist zu beachten, dass in der vollstationären Versorgung die Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Pflegegrade zukünftig deutlich von der gegenwärtigen Verteilung in der häuslichen Versorgung abweichen wird.[106] Das NBA behandelt Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zukünftig im Stufensystem gleich. Da in vollstationären Pflegeeinrichtungen vorrangig Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz leben, besteht die Tendenz, dass sich auch in dem Fall, dass sich die zukünftigen Leistungsbeträge der Höhe nach an den gegenwärtigen Leistungsbeträgen orientieren, viele zukünftige Leistungsbezieher in der vollstationären Versorgung besser stellen als im heutigen System.[107]

Allerdings führen stufenmäßige Verbesserungen, die aufgrund der Einstufung in Pflegegrade im Vergleich

105 Allerdings gibt es für PEA die Sonderleistung des § 87b SGB XI.

106 Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 73.

107 Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 77.

zum gegenwärtigen Pflegestufensystem erreicht werden, auch bei Zuordnung eines höheren Leistungsbetrags nicht notwendig dazu, dass die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zukünftig einen gleichen oder geringeren Eigenanteil als bisher zu leisten haben, da die Höhe des Eigenanteils auch von den im föderal gestalteten Pflegesatzrecht vereinbarten, regional unterschiedlichen Pflegesätzen abhängt. Entsprechend gestalten sich auch die finanzielle Ausstattung von Pflegeeinrichtungen und mögliche Zuzahlungsbeträge der Sozialhilfeträger unterschiedlich.

Rechenbeispiel mit aufwandsbezogenen Äquivalenzziffern

Wingenfeld & Gansweid (2013)[108] schlagen aufgrund ihrer Analysen die folgenden Äquivalenzziffern vor (Tabelle 27):

Tabelle 27: Darstellung der von Wingenfeld & Gansweid vorgeschlagenen Äquivalenzziffern (2013)

PG 1	0,7
PG 2	1,0
PG 3	1,3
PG 4	1,7
PG 5	1,9

Auf dieser Basis hat der Expertenbeirat eine beispielhafte Berechnungsvariante betrachtet. Dabei ist zu beachten, dass Äquivalenzziffern noch keine Aussage über das Leistungsniveau treffen und auf dieser Basis auch ausgabenneutrale Modelle gerechnet werden können. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die Höhe des Eigenanteils auch hier von den Pflegesätzen abhängt und regionale Unterschiede auch bei aufwandsbezogenen Ansätzen nur relativ begleitet werden können.

Im Pflegegrad 1 wurde kein Leistungsbetrag hinterlegt, da dieser nach der Empfehlung des Expertenbeirats nicht für Sach- und Geldleistungsbeträge gilt (vergleiche Ziffer 3.4.5) (Tabelle 28).

Unter der Berücksichtigung der voraussichtlichen NBA-Einstufungen für zukünftige Leistungsbezieher ergeben sich dabei auf der Basis aufwandsbezogener Äquivalenzziffern folgende Wirkungen (Tabelle 29).

Tabelle 28: Leistungsbeträge für Beispielsrechnung Äquivalenzziffernmodell mit 1.023 EUR in PG 2

PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
n/a	1.023	1.330	1.739	1.944

108 Wingenfeld & Gansweid (2013), S. 79.

Tabelle 29: Kombinierte Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten beim Äquivalenzziffernmodell mit 1.023 EUR in PG 2

		Voraussichtliches Ergebnis der NBA-Einstufung zukünftiger Leistungsempfänger (vollstationäre Sachleistung) in Pflegegrade (in %) und zukünftige Leistungsbeträge						
Pflegestufe / Pflegegrad		**Kein**	**PG 1**	**PG 2**	**PG 3**	**PG 4**	**PG 5**	
	Leistungsbetrag	n/a	n/a*	1.023 EUR	1.330 EUR	1.739 EUR	1.944 EUR	Anteil in %
„PS 0“	n/a	43,8	25,0	31,3	0,0	0,0	0,0	2,9
„PS 0 + EA“	n/a	0,0	40,0	60,0	0,0	0,0	0,0	0,9
PS I	1.023 EUR	0,0	9,8	68,6	21,6	0,0	0,0	18,9
PS I + EA	1.023 EUR	0,0	0,0	22,2	68,9	8,9	0,0	16,7
PS II	1.279 EUR	0,0	0,0	10,0	53,3	33,3	3,3	10,2
PS II + EA	1.279 EUR	0,0	0,0	0,0	28,7	60,9	10,3	29,6
PS III	1.550 EUR	0,0	0,0	0,0	33,3	16,7	50,0	2,1
PS III + EA	1.550 EUR	0,0	0,0	0,0	0,0	40,7	59,3	18,6
HF	1.918 EUR	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-
HF + EA	1.918 EUR	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-

* Im Pflegegrad 1 empfiehlt der Expertenbeirat, einen im Wege der Kostenerstattung abrechenbaren Leistungsbetrag von 100 EUR, nicht aber für Geldleistungen, vorzusehen, vergleiche Ziffer 3.4.5.

Auswirkungen auf die Pflegeversicherung: Bei diesem Rechenbeispiel ergeben sich Veränderungen bei den Leistungsansprüchen um +1,88 Mrd. EUR pro Jahr. Wird der Pflegegrad 1 rechnerisch hinterlegt, ergäben sich (unter der Annahme, dass PG 1 = 100 EUR beträgt) +1,90 Mrd. EUR Mehrausgaben pro Jahr. Unter der Annahme, dass PG 1 = 716 EUR beträgt (Errechnung anhand der Äquivalenzziffern mit obigen Leistungsbeträgen), lägen die Mehrausgaben bei +2,05 Mrd. EUR pro Jahr.

Auswirkungen auf die Versicherten: Wie schon beim vorherigen Rechenbeispiel erreichen Personen, die bei heutiger Begutachtung eine EA erhalten würden, mit dem NBA zukünftig durchweg höhere Pflegegrade und entweder im Vergleich unveränderte (PG 2) oder höhere Leistungsansprüche (PG 3–5). Von den Personen, die mit dem heutigen Begutachtungsverfahren ohne EA in den Pflegestufen I, II und III eingestuft würden, erzielt zukünftig ein Teil durch die Neueinstufung einen niedrigeren Leistungsbetrag als im heutigen System. Da es sich um ein Beispiel handelt, dass aufwandsbezogen konzipiert ist, ergäbe sich allerdings, soweit die Pflegesätze ebenfalls aufwandsbezogen gestaltet werden, eine größere Parallelität, sodass der jeweilige Eigenanteil der Versicherten – ohne Berücksichtigung regionaler Unterschiede bei den Pflegesätzen – in der Tendenz konstanter gehalten würde.

3.4.9.9 Beispielsberechnungen zum Umgang mit § 87b SGB XI

Zum Umgang mit § 87b SGB XI hat der Expertenbeirat (siehe oben Ziffer 3.3.7) zwei Optionen dargestellt: einerseits die Erhaltung der Norm des § 87b SGB XI mit Wirkung für alle Pflegebedürftigen, andererseits die Integration in § 43 SGB XI, wobei die Vereinbarung von „Betreuung“ als ein von den Pflegekassen zu finanzierender, gesonderter Vergütungsbestandteil mit bundesgesetzlich festzulegender Betreuungsrela-

tion erfolgen soll. Diese beiden Optionen sind bei der Entwicklung von differenzierteren Berechnungen zu berücksichtigen. Zur Vereinfachung einer beispielhaften Berechnung wird hier davon ausgegangen, dass § 87b SGB XI erhalten bleibt, die Mittel aber zukünftig allen Pflegebedürftigen zur Verfügung stehen. Ein entsprechender Bedarf ist auch bei vielen Bewohnern ohne kognitive Beeinträchtigungen gegeben, bei denen sich die Lebensqualität hierdurch deutlich verbessern würde. Finanziell wäre mit Mehrausgaben von circa +0,3 Mrd. EUR pro Jahr (gegenüber den Ausgaben von gegenwärtig 0,5 Mrd. EUR pro Jahr) zu rechnen, eine genaue Abschätzung ist schwierig.

3.5 Empfehlungen zur Gestaltung der Schnittstellen zu anderen Sozialleistungssystemen

3.5.1 Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu den Leistungen anderer Sozialleistungssysteme

Neben der Pflegeversicherung sehen auch andere Sozialleistungssysteme Pflegeleistungen vor. Ein Teil dieser Pflegeleistungen (zum Beispiel Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz) ist nach der Systematik des deutschen Sozialleistungssystems gegenüber den Leistungen der Pflegeversicherung vorrangig. Ein anderer Teil (zum Beispiel Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII) ist gegenüber den Leistungen der Pflegeversicherung nachrangig. Dort, wo sich die Voraussetzungen oder Rechtsfolgen der Pflegeversicherung mit denen anderer Sozialleistungsträger überschneiden, sind Regelungen zu treffen, die das Verhältnis zueinander und insbesondere die Leistungsträgerschaft sowie das Verfahren klären. In der Pflegeversicherung finden sich diese Regelungen gegenwärtig in § 13 SGB XI.

Mit einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verändern sich die Voraussetzung (Pflegebedürftigkeit) und teilweise die Rechtsfolgen (Inhalt der Pflege- und Betreuungsleistungen) der Pflegeversicherung. Insbesondere werden die in der Gesetzlichen Pflegeversicherung zukünftig zu definierenden pflegerischen Betreuungsmaßnahmen gleichrangiger Bestandteil der Sachleistungen. Damit erweitern sich die bestehenden und ergeben sich neue Schnittstellen zu anderen Sozialleistungssystemen. Auftrag des Ministers an den Expertenbeirat ist es, einen Vorschlag zum Zusammenwirken zwischen den unterschiedlichen Sozialleistungsträgern zu erarbeiten, der „Verschiebebahnhöfe“ (Leistungsverschiebungen und damit Verschiebungen in der Finanzlast verschiedener Sozialleistungssysteme) zwischen den Sozialleistungsträgern vermeidet. Der Auftrag sieht auch vor, dass die Frage der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs unabhängig vom Reformprozess der Eingliederungshilfe zu beantworten ist.

Der Expertenbeirat hat sich in seinen Beratungen angesichts des dichten Zeitplans seiner Arbeiten vorrangig den Schnittstellen zur Hilfe zur Pflege (§§ 61 ff. SGB XII), zur Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§ 53 ff. SGB XII) und zur Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) gewidmet.

3.5.2 Schnittstellen zur Hilfe zur Pflege

Der Beirat 2009 hatte die Frage gestellt, wie sich das Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu den Leistungen der Hilfe zur Pflege bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gestaltet, und umfassenden Anpassungsbedarf identifiziert, weil sich die Definition des § 61 SGB XII auf die bisherigen §§ 14, 15 SGB XI bezieht.[109] Im Rahmen der Entwicklung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des NBA war zudem die Einschätzung getroffen worden, dass trotz des weiterreichenden Charakters des § 61 SGB XII auch die dort enthaltenen Bestimmungen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff abgedeckt werden, es sei denn, es werde vom Kriterium der Dauer der erwarteten Pflegebedürftigkeit von sechs Monaten abgewichen.[110]

Der Expertenbeirat ist bei seiner Empfehlung zur zukünftigen Gestaltung der Schnittstellen zur Hilfe zur Pflege von folgenden Prämissen ausgegangen:

a. Die Hilfe zur Pflege bleibt gegenüber der Pflegeversicherung nachrangiges Leistungssystem (§ 13 Abs. 3 S. 1 Nr. 1 SGB XI, § 2 Abs. 1 SGB XII).

b. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit im SGB XII entspricht – analog dem bisherigen § 61 Abs. 1 S. 1 SGB XII (hier nicht: Abs. 1 S. 2) – auch zukünftig inhaltlich dem der Pflegeversicherung.

109 Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009), S. 48–50.

110 Wingenfeld, Büscher & Gansweid (2011), S. 178.

c. Auch zukünftig übernimmt die Hilfe zur Pflege bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen bedarfs- und bedürftigkeitsabhängig Pflege- und Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige, deren Bedarf nicht durch die Pflegeversicherung gedeckt wird.

d. Auch unterhalb von Schwellenwert 15 besteht immer noch eine Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit der Möglichkeit der Abhängigkeit von Personenhilfe („geringfügige" Pflegebedürftigkeit). Für die Finanzierung von notwendigen Hilfebedarfen unterhalb dieses Schwellenwerts sind in erster Linie die betroffenen Bürger und ihre Familien, in zweiter Linie die Sozialhilfeträger zuständig.

Auf der Basis der vorstehenden Prämissen sieht der Expertenbeirat die folgenden Fallkonstellationen, in denen die Hilfe zur Pflege auch zukünftig – abhängig vom tatsächlichen Bedarf und finanzieller Bedürftigkeit – für Pflegeleistungen zuständig ist: zum einen bei Leistungen für Pflegebedürftige mit erwarteter Pflegebedürftigkeit von weniger als sechs Monaten, zum anderen bei Leistungen für Pflegebedürftige, die gegenüber den gedeckelten Leistungen der Pflegeversicherung einen quantitativen Mehrbedarf haben.

Bezüglich der Frage, ob zukünftig noch Leistungen für einen „geringeren" Hilfebedarf als den der Pflegeversicherung durch die Hilfe zur Pflege zu leisten sind, stellt der Expertenbeirat zunächst fest, dass es bis zum Inkrafttreten der Änderungen durch das PNG keine leistungsrechtlich anerkannte Pflegebedürftigkeit unterhalb der Schwelle der „erheblichen Pflegebedürftigkeit" im Sinne des § 15 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB XI gegeben hat. Ein Teil der vom SGB XII finanzierten Hilfen unterhalb dieser „Erheblichkeitsschwelle" hatte allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung von Personen mit der sogenannten „Pflegestufe 0" zum Gegenstand. Mit dem Inkrafttreten des PNG wurde diese Eingangsschwelle durch die Möglichkeit, auch in der „Pflegestufe 0" neben den Leistungen des § 45b SGB XI Sach- und Geldleistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung zu erhalten, teilweise abgesenkt, allerdings sind die Leistungsbeträge für PEA in der Eingangsstufe niedriger als für vorrangig somatisch Pflegebedürftige im Sinne der §§ 14, 15 SGB XI.

Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des NBA wird die bisherige Eingangsschwelle der „erheblichen Pflegebedürftigkeit" durch Einführung eines für alle Pflegebedürftigen geltenden Pflegegrads 1 (Schwellenwert 15 Punkte) auf ein einheitliches Niveau festgelegt. Dies gilt auch für die Schwelle zum Sachleistungsbezug.[111]

Unterhalb der Schwelle zum Pflegegrad 1 besteht im pflegewissenschaftlichen Sinne ein geringfügiger personeller Hilfebedarf. Pflegebedürftige mit solchen geringfügigen Hilfebedarfen (1–14 Punkte) haben in der Regel keine nennenswerten kognitiven Beeinträchtigungen und keine größeren zeitlichen Betreuungsbedarfe.[112] Typische Hilfebedarfe unterhalb des Schwellenwerts von 15 Punkten sind zum Beispiel: nicht alleine baden können, Unterstützung beim Einstieg in die Badewanne benötigen, Hilfe bei der Fußpflege, aber auch Personen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen, die sich außerhalb des Hauses nicht sicher bewegen können. Es handelt sich insgesamt um eine eher kleine Personengruppe, deren Hilfebedarf häufig von Angehörigen aufgefangen wird oder nicht gedeckt wird (zum Beispiel bei alleinlebenden Personen).

Rechtlich gibt es bisher keine absolute Untergrenze für das sozialhilferechtlich relevante Maß an Pflegebedürftigkeit. Nach einer Auffassung in der juristischen Literatur zur Frage, ob eine Untergrenze für das sozialhilferechtlich relevante Maß an Pflegebedürftigkeit besteht, sei in solchen Fällen zu prüfen, ob der Leistungsberechtigte ohne die Pflegeleistung in seiner persönlichen Existenz bedroht wäre.[113]

Der Expertenbeirat hält es für grundsätzlich möglich, aber nur in Einzelfällen für wahrscheinlich, dass unterhalb der Schwelle von 15 Punkten Bedarfe an Pflege- und Betreuungsleistungen existieren. Es bestehen unterschiedliche Auffassungen darüber, ob die benötigte Personenhilfe unterhalb von Pflegegrad 1 gesetzgeberisch im Rahmen der Hilfe zur Pflege oder im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt / Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung oder Altenhilfe zu decken ist.[114]

111 Vgl. Ziffer 3.4.5 zur leistungsrechtlichen Hinterlegung des Pflegegrads 1.

112 Es ist daher unwahrscheinlich, dass es in dieser Gruppe Pflegebedürftige gibt, die bisher als PEA mit „Pflegestufe 0" einen Anspruch auf Sach- und Geldleistungen nach § 123 SGB XI hatten.

113 H. Schellhorn in: Schellhorn / Schellhorn / Hohm (2006), § 61, Rn. 31.

114 Die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege hält eine Zuordnung zur Hilfe zur Pflege für geboten.

Die Hilfe zur Pflege wird nach Einschätzung des Expertenbeirats zukünftig nur noch sehr eingeschränkt für solche Pflege- und Betreuungsleistungen zuständig sein, die über das nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs geltende Leistungsspektrum der Pflegeversicherung hinausgehen. Zunächst sind Hilfebedarfe für „andere Verrichtungen“ ohne ein verrichtungsbezogenes System aus systematischen Gründen zukünftig nicht mehr denkbar. Soweit das zukünftige Leistungsspektrum der Pflegeversicherung nicht alle zur Deckung des Pflege- und Betreuungsbedarfs relevanten Pflege- und Betreuungsleistungen erfasst, bleiben „andere Pflege- und Betreuungsleistungen“ in Einzelfällen möglich.

Auch soweit die bisherigen „anderen Verrichtungen“ zukünftig vom Leistungsrecht der Pflegeversicherung umfasst sind, bleibt die Hilfe zur Pflege bei Vorliegen der sozialhilferechtlichen Voraussetzungen für mögliche quantitative Mehrbedarfe, zum Beispiel für Bereitschaftsdienste bei nicht planbarem Pflegebedarf, leistungsverpflichtet.

Nach § 13 Abs. 3a SGB XI finden die zusätzlichen Betreuungsleistungen des § 45b SGB XI bei den Leistungen der Hilfe zur Pflege keine Berücksichtigung; sie sind daher gegenwärtig durch die Pflegeversicherung zusätzlich zu gewähren. Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der im SGB XI und in der Hilfe zur Pflege identisch ist, wird Betreuung ein gleichrangiger Bestandteil von Pflegeleistungen, der für alle Pflegebedürftigen gleichermaßen zugänglich und nicht mehr als „zusätzlich“ zu betrachten ist. Damit ist nach Auffassung des Expertenbeirats eine Nichtberücksichtigung im Rahmen der Hilfe zur Pflege aus fachlicher Sicht nicht mehr aufrechtzuerhalten.

Für die Vergütungszuschläge für Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf nach § 87b SGB XI gilt bisher, dass die Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen und die Träger der Sozialhilfe mit den Vergütungszuschlägen weder ganz noch teilweise belastet werden dürfen (§ 87b Abs. 2 S. 3 SGB XI). Der Expertenbeirat hat zwei Varianten zum Umgang mit § 87b SGB XI bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs dargestellt (siehe zu den Varianten Ziffer 3.3.6). Diese sehen beide eine Ausweitung der Vergütungszuschläge für Betreuung auf alle Pflegebedürftigen vor und sichern ein bestimmtes Leistungsniveau an Betreuung im stationären Bereich. Mit Blick auf die Hilfe zur Pflege wären sie zukünftig – unabhängig von der Wahl der Variante – nicht mehr als „zusätzlich“ anzusehen, sondern würden gegebenenfalls regelhafter Bestandteil auch des Leistungsrechts der Hilfe zur Pflege.

3.5.3 Schnittstellen zur Eingliederungshilfe für behinderte Menschen

Schon der Beirat 2009 hat deutlich gemacht, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsassessment Einschränkungen und Fähigkeitsstörungen von Menschen mit Behinderungen, auch soweit sie Teilhabeaspekte betreffen, umfassender als das bislang geltende verrichtungsbezogene System erfassen.[115] Dies werde nach Einschätzung des Beirats 2009 zur Folge haben, dass insbesondere Menschen mit geistiger Behinderung in größerer Zahl als bislang die Leistungsvoraussetzungen der Pflegeversicherung erfüllen und vielfach auch höheren Pflegegraden zuzuordnen sind, als dies bislang der Fall ist.[116] Angesichts des erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs müsse die Schnittstelle zur Eingliederungshilfe für behinderte Menschen so beschrieben werden, dass auch künftig eine klare und möglichst streitfreie Rechtsanwendung möglich ist.[117]

Der Expertenbeirat ist bei der Beratung seiner Überlegungen zur zukünftigen Gestaltung der Schnittstellen zur Eingliederungshilfe für behinderte Menschen von der heutigen Situation ausgegangen, das heißt, die Eingliederungshilfe ist gegenüber der Pflegeversicherung nicht nachrangiges (und auch nicht vorrangiges) und damit de jure gleichrangiges Leistungssystem (vgl. auch § 13 Abs. 3 S. 3 SGB XI), während nach den Regelungen der Sozialhilfe (§ 2 SGB XII) die Eingliederungshilfe wie alle Leistungen der Sozialhilfe nachrangig ist. Nachrangig gegenüber den Leistungen der Eingliederungshilfe sind gegenwärtig allein Betreuungsleistungen, die beim „Poolen“ von Leistungen durch mehrere Pflegebedürftige im Sinne des § 36 Abs. 1 S. 5 SGB XI in Anspruch genommen werden (vergleiche § 36 Abs. 1 S. 7 SGB XI).

Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der damit verbundenen Gleichstellung somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigter Pflegebedürftiger

115 Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009a), S. 51.

116 Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009a), S. 51.

117 Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009a), S. 62.

und dem Gleichrang der pflegerischen Betreuungsleistung gegenüber den Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung im Leistungsrecht der Pflegeversicherung werden sich die Überschneidungsbereiche und Abgrenzungsfragen zwischen der Pflegeversicherung (und damit auch der Hilfe zur Pflege) und der Eingliederungshilfe erweitern und die Schnittstellenproblematik wird sich weiter verschärfen.

Die Frage der zukünftigen Gestaltung der Schnittstellen wird nicht nur durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs beeinflusst. Weitere, in ihren konkreten Auswirkungen jedoch noch nicht geklärte Entwicklungen sind:

- Die geplante Reform der Eingliederungshilfe, bei der Leistungen zukünftig gegebenenfalls unabhängig vom Ort der Leistungserbringung (personenzentriert) erbracht werden
- Die in der nächsten Legislaturperiode geplante Überführung der Leistungen der Eingliederungshilfe in ein Bundesleistungsgesetz, das die rechtlichen Vorschriften zur Eingliederungshilfe in der bisherigen Form ablöst
- Die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung im Lichte der UN-Konvention für Menschen mit Behinderungen

3.5.3.1 Gegenwärtige Überschneidungen zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe für behinderte Menschen

Schon im gegenwärtigen Recht gibt es Überschneidungen zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung und denen der Eingliederungshilfe, sowohl in der ambulant-häuslichen als auch in der stationären Versorgung.

Überschneidungen zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe gibt es einerseits auf Ebene der Voraussetzungen des SGB XI: Pflegebedürftigkeit setzt das Vorliegen einer Krankheit oder Behinderung voraus. Umgekehrt ist die Abhängigkeit von Personenhilfe als zentrales Kriterium des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs für das Vorliegen einer Behinderung im Sinne des § 2 SGB IX jedoch nicht konstitutiv. Im Unterschied zum Begriff der Behinderung setzt allerdings weder die gegenwärtige noch die neue Definition von Pflegebedürftigkeit (mit Ausnahme der Pflegebedürftigkeit von Kindern) ein Abweichen vom (alters-) typischen Zustand voraus (anders bei der Definition von Behinderung).

Grundsätzlich umfasst der Begriff der Behinderung noch weitergehende Merkmale als der zukünftige Begriff der Pflegebedürftigkeit (zum Beispiel Störungen der Sinne und Empfindungen, geistige Fähigkeiten, seelische Gesundheit). Pflegebedürftige Menschen sind in der Regel auch behindert im Sinne der gesetzlichen Definition; umgekehrt sind aber nicht alle Menschen mit Behinderungen pflegebedürftig. Die Eingliederungshilfe ist mit ihrem Ziel der Eingliederung in die Gesellschaft grundsätzlich weitergehend als die Pflegeversicherung, deren Ziel vorrangig die Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit sein wird.

Auf Ebene der Leistungen finden sich Überschneidungen insbesondere im Bereich der gegenwärtigen und zukünftigen Betreuungsleistungen der Pflegeversicherung zu entsprechenden Teilhabeleistungen der Eingliederungshilfe. Im Rahmen der Fallstudien von Wingenfeld & Gansweid (2013) konnte in diesem Bereich auf der Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein Spektrum der psychosozialen Unterstützung festgestellt werden, das die folgenden Hilfen umfasst:

- Hilfen im Bereich der Kommunikation
- Hilfen im Umgang mit Emotionen
- Hilfen zur Bewältigung / Verhinderung von Risikosituationen
- Orientierungshilfen
- Unterstützung im Bereich bedürfnisgerechte Beschäftigung
- Kognitiv fördernde Maßnahmen
- Präsenz

Die Beeinträchtigungen, auf die sich diese Hilfen beziehen, liegen vorrangig in den Modulen 2, 3 und 6 des NBA. Einige dieser Hilfen werden auch im Rahmen der verschiedenen Teilhabeleistungen der Eingliederungshilfe erbracht, insbesondere auch im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, §§ 55 ff. SGB IX.

3.5.3.2 Gegenwärtige Gestaltung der Schnittstellen zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe für behinderte Menschen

Leistungsbezieher der Eingliederungshilfe, die pflegeversichert sind, können nach gegenwärtigem Recht in der ambulant-häuslichen Versorgung die Pflegeversicherungsleistungen grundsätzlich voll in Anspruch nehmen. Eine Abgrenzung ist daher nur zwischen der

Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe erforderlich; diese wird von der Rechtsprechung vorrangig nach dem inhaltlichen Schwerpunkt der Hilfe vorgenommen. In der stationären Versorgung von Pflegebedürftigen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe im Sinne von § 71 Abs. 4 SGB XI leben, erfolgt eine Abgrenzung nach dem Wohnort des Versicherten, indem durch § 43a SGB XI für pflegebedürftige Personen, die in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, zur Abgeltung der pflegebedingten Aufwendungen ein pauschaler Zuschuss gewährt wird. Dessen Leistungsbetrag liegt mit max. 256 EUR erheblich niedriger als alle Leistungsbeträge der ambulanten Sachleistung (zum Beispiel Pflegestufe I: 450 EUR) bzw. der stationären Sachleistung (zum Beispiel Pflegestufe I: 1.023 EUR).

3.5.3.3 Zukünftige Gestaltung der Schnittstellen zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe für behinderte Menschen

Der Expertenbeirat weist darauf hin, dass die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs die Problematik der Schnittstellen zur Eingliederungshilfe weiter verschärft. Die Schnittstellen bedürfen daher der dringenden Klärung. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs darf hierdurch aber nicht verzögert werden.

In der ambulant-häuslichen Versorgung werden bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs den Versicherten, die zugleich Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen, weiterhin die vollen ambulanten Sachleistungen (dann abhängig vom Pflegegrad) zur Verfügung stehen.

In der stationären Versorgung ist – vorbehaltlich der grundsätzlichen Fragen, die sich im Zusammenhang mit der Regelung des § 43a SGB XI stellen[118] und auf deren Klärungsbedarf schon der Beirat 2009 hingewiesen hatte[119] – zunächst die Höhe der gegenwärtigen Pauschale im Rahmen einer Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu überprüfen, wenn sich die Leistungsbeträge der stationären Sachleistung ändern, insbesondere wenn diese zukünftig ausdrücklich aufwandsbezogen vereinbart werden. Denn mit der Pauschale des § 43a SGB XI, die 10 % des nach § 75 Abs. 3 SGB XII vereinbarten Heimentgelts, max. 256 EUR, umfasst und die häufig ausgeschöpft wird, wird der Pflegeaufwand in Einrichtungen der Behindertenhilfe in der Regel nicht hinreichend abgedeckt.[120]

Soweit der Gesetzgeber – auch aufgrund der Entwicklungen in der Eingliederungshilfe – darüber hinausgehende Änderungen bei der Gestaltung von Schnittstellen wünscht, zum Beispiel um zu klären, welche Leistungen der Hilfe zur Pflege und welche Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen zuzuordnen sind, sieht der Expertenbeirat als zentrale Kriterien hierfür die Schaffung eines großen Maßes an Rechtssicherheit, um nicht übermäßig viele Widerspruchs- und Gerichtsverfahren durchführen zu müssen, und die Sicherstellung eines geringen verwaltungsökonomischen Aufwands für Leistungsträger, Leistungserbringer und Pflegebedürftige / behinderte Menschen an.

Das deutsche Sozialrecht kennt verschiedene gesetzgeberische Ansätze zur Gestaltung von Schnittstellen zur Abgrenzung von Sozialleistungssystemen. Die gesetzliche Ausgestaltung erfolgt in den beteiligten Sozialleistungssystemen oft mithilfe unbestimmter Rechtsbegriffe, da eine definitorische Eindeutigkeit wegen der Komplexität der zugrunde liegenden Sachverhalte häufig weder fachlich noch begrifflich möglich ist. Welcher Ansatz jeweils sinnvoll ist, hängt stark von der konkreten Ausgestaltung der jeweils abzugrenzenden Leistungen ab. Für die Pflegeversicherung hat der Expertenbeirat Empfehlungen und Hinweise gegeben, wie insbesondere die Leistungsinhalte der Sachleistungen sich im Zuge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verändern sollen. Ein definitorischer Abgrenzungsversuch zur Eingliederungshilfe wäre jedoch erst nach abschließender Festlegung der Leistungsinhalte durch den Gesetzgeber möglich.

Zur Lösung der Schnittstellenfragen zur Eingliederungshilfe werden in der fachpolitischen Diskussion daher vorrangig die folgenden Optionen diskutiert:

- Vorrang-/Nachrangregeln
- Gesetzliche Zuordnungen
- Pauschalierte Anrechnungen / finanzielle Transfers
- Leistungsortbezogene Regelungen
- Altersgrenzen

118 Vgl. Rothgang & Sauer (2013), S. 60.

119 Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009a), S. 77.

120 Vgl. Höfer / Pöld-Krämer, in: Klie / Krahmer (2009), § 43a, Rn. 8.

Im Ergebnis ist der Expertenbeirat der Auffassung, dass die verschiedenen Ansätze (einschließlich der gegenwärtig verwendeten), die zur Bewältigung der Schnittstellen zwischen der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Eingliederungshilfe bestehen, abgewogen werden müssen. In der Kürze der Zeit der Beiratsarbeit konnte keinem Ansatz eindeutig der Vorrang gegeben werden.

3.5.3.4 Aktualisierung der Ergebnisse zur NBA-Einschätzung von Menschen mit Behinderungen auf der Basis der aktualisierten Bewertungssystematik

Ergänzend hat der Expertenbeirat das Bundesministerium für Gesundheit um die Aktualisierung der Daten zu den Auswirkungen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die Bezieher von Leistungen der Eingliederungshilfe in Einrichtungen der Behindertenhilfe auf Basis der neuen Bewertungssystematik gebeten. Die Datenaktualisierung durch Rothgang & Sauer (2013) wurde durchgeführt.

Die zentralen Ergebnisse der Datenaktualisierung sind:

- Die Einführung des NBA führt – ceteris paribus – dazu, dass sich die Zahl der nach § 43a SGB XI Leistungsberechtigten um 60.000 Personen erhöhen würde. Die Anwendung der neuen Bewertungssystematik hatte dabei einen begrenzten Effekt.
- Der finanzielle Mehraufwand hierfür läge bei rund 200 Mio. EUR pro Jahr.
- Werden anstelle der Leistungen nach § 43a SGB XI – abweichend von der gegenwärtigen Gesetzeslage – ambulante oder stationäre Sachleistungen unterstellt, ergäben sich erhebliche Mehrausgaben von 1,5 Mrd. EUR pro Jahr (ambulante Sachleistungen) bzw. 2 Mrd. EUR pro Jahr (stationäre Sachleistungen).

Die Ergebnisse der Datenaktualisierung von Rothgang & Sauer (2013) stehen auf der Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit (www.bundesgesundheitsministerium.de/Beiratsbericht-Pflegebeduerftigkeitsbegriff) zur Verfügung.

3.5.4 Schnittstellen zur Gesetzlichen Krankenversicherung

Bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind auch die Schnittstellen zur Gesetzlichen Krankenversicherung, insbesondere zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V, zu betrachten. Inhaltlich ist zwischen dem neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit und dem Begriff der Krankheit (als einer wesentlichen Leistungsvoraussetzung des SGB V) zu unterscheiden: Pflegebedürftigkeit beschreibt den Umgang mit den Folgen von Krankheiten, nicht das Vorliegen der Diagnose selbst. Insbesondere das Modul 5 des NBA geht inhaltlich über § 37 SGB V hinaus, es unterstützt in diesem Kontext wichtige Aktivitäten für die autonome Lebensführung.[121]

Das Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung ist in § 13 SGB XI bzw. den einzelnen leistungsrechtlichen Normen geregelt. Die Schnittstellen bestehen derzeit im Wesentlichen bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege bzw. medizinischen Behandlungspflege, der Hilfsmittelversorgung und der medizinischen Rehabilitation. Bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs können zusätzliche Schnittstellen zur Gesetzlichen Krankenversicherung hinzukommen, wenn dadurch auch vorrangig psychisch erkrankte Personen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung (zum Beispiel Betreuungsleistungen) erhalten. Im Übrigen bleiben die Schnittstellen unverändert, solange in Folge des Pflegebedürftigkeitsbegriffs das Leistungsrecht nicht geändert wird.

Die Abgrenzung der Leistungen der Pflegeversicherung zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V erfolgt nach § 13 Abs. 2 SGB XI. Grundsätzlich bleiben nach § 13 Abs. 2 SGB XI die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V (Anspruch auf häusliche Krankenpflege zur Vermeidung von Krankenhausbehandlung oder zur Sicherung der ärztlichen Behandlung) von den Leistungen der Pflegeversicherung unberührt und sind von der Krankenversicherung zu finanzieren. Der Umgang mit den sogenannten krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen im Sinne von § 15 Abs. 3 S. 3 SGB XI ändert sich dadurch nicht.

In Ausnahmefällen kann die Leistung auch bei Versicherten in stationärer Versorgung in einer Pflegeeinrichtung erbracht werden, die einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege

121 Vgl. Wingenfeld, Büscher & Gansweid (2011), S. 177.

haben (§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V). Im Übrigen sind die Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege im stationären Bereich Bestandteil der Leistungen der Pflegeversicherung (§ 43 Abs. 2 SGB XI). Die Finanzierungszuständigkeit der Pflegeversicherung für die medizinische Behandlungspflege wird durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht unmittelbar berührt.

Für die Abgrenzung der Pflegehilfsmittel von den Hilfsmitteln nach § 33 SGB V (Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln) sieht § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI vor, dass die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln durch die Pflegekasse erfolgt, wenn sie zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung zu leisten sind. Stationäre Pflegeeinrichtungen haben Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig sind, vorzuhalten.

Das Verhältnis zwischen den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und den Leistungen der Pflegeversicherung wird in den §§ 5 und 31 SGB XI geregelt. Danach sind die Leistungen der Rehabilitation unabhängig von den Leistungen der Pflegeversicherung zu erbringen. Die Pflegekassen sollen darauf hinwirken, dass frühzeitig alle geeigneten Maßnahmen auch zur medizinischen Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden (§ 5 Abs. 1 SGB XI). Wenn eine sofortige Leistungserbringung von Rehabilitationsmaßnahmen zur Vermeidung, Überwindung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit notwendig ist, hat die Pflegekasse die Leistungen vorläufig selbst zu erbringen (§ 32 SGB XI). Im Rahmen der Pflegebegutachtung wird seit dem Inkrafttreten des PNG zudem nicht nur eine gesonderte Rehabilitationsempfehlung mit dem Pflegegutachten abgegeben, sondern dem Versicherten auch mit einer umfassenden und begründeten Stellungnahme durch die Pflegekassen zugesandt. Darüber hinaus sind die besonderen Belange pflegender Angehöriger gem. § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB V bei der Entscheidung über die Rehabilitationsleistungen der Krankenkassen zu berücksichtigen. Ergänzend dazu kann seit der Neuregelung durch das PNG Kurzzeitpflege auch in den Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation in Anspruch genommen werden, wenn während der Rehabilitationsmaßnahme für eine Pflegeperson eine gleichzeitige Unterbringung und Pflege des Pflegebedürftigen erforderlich ist (§ 42 Abs. 4 SGB XI). Weiterer Regelungsbedarf durch die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs besteht nicht.

3.5.5 Hinweise zu finanziellen Auswirkungen im Verhältnis zwischen den Sozialleistungssystemen

Auftrag des Ministers an den Expertenbeirat war es, einen Vorschlag zum Zusammenwirken zwischen den unterschiedlichen Sozialleistungsträgern zu erarbeiten, der „Verschiebebahnhöfe“ (Leistungsverschiebungen und damit Verschiebungen in der Finanzlast verschiedener Sozialleistungssysteme) zwischen den Sozialleistungsträgern vermeidet. Nach dem Auftrag soll Maßstab die Sicherstellung einer „Kostenniveauneutralität“ sein, das heißt, im Rahmen eines Gesamtfinanzierungstableaus soll es nicht zu Verschiebungen der Kostenrelationen zwischen den Sozialleistungsträgern kommen.

Die Beurteilung und Gestaltung eines solchen kostenniveauneutralen Vorschlags setzt die Kenntnis der finanziellen Auswirkungen auf die beteiligten Sozialleistungssysteme voraus. Diese können zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht festgestellt werden, da die Festlegung konkreter Leistungsbeträge dem Gesetzgeber obliegt. Aus diesem Grund ist es dem Expertenbeirat nicht möglich, konkrete Vorschläge in diesem Sinne zu unterbreiten. Der Expertenbeirat hat sich daher darauf beschränkt, grundsätzliche Auswirkungen im Verhältnis zwischen den beteiligten Sozialleistungssystemen, und zwar beschränkt auf die Gesetzliche Pflegeversicherung, auf die Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen) und auf die Gesetzliche Krankenversicherung, darzustellen, die bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu erwarten sind.

Die nachfolgenden Darstellungen dienen dazu, Ansatzpunkte für kostenniveauneutrale Gestaltungen aufzuzeigen.

Mögliche Be- und Entlastungswirkungen bezüglich der Gesetzlichen Pflegeversicherung
Finanzielle Mehrbelastungen für die Gesetzliche Pflegeversicherung könnten sich insbesondere aus folgenden Gründen ergeben:

- Ausweitung des Kreises der Leistungsbezieher der Gesetzlichen Pflegeversicherung durch Einführung des Pflegegrads 1 und Berücksichtigung bisher nicht berücksichtigter Aspekte von Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Begutachtung (unter anderem bei Leistungsbeziehern in Einrichtungen der Behindertenhilfe)
- Verschiebung kognitiv und psychisch beeinträchtigter Pflegebedürftiger in höhere Pflegestufen
- Gleichstellung bei den Leistungen der Pflegeversicherung für somatisch, kognitiv und psychisch beeinträchtigte Pflegebedürftige
- Temporäre Mehrbelastungen aufgrund von Überleitungsregelungen

Finanzielle Entlastungen für die Gesetzliche Pflegeversicherung können in geringem Umfang durch Personen entstehen, die im neuen System niedriger eingestuft werden, als es gegenwärtig der Fall wäre.

Mögliche Be- und Entlastungswirkungen – bezogen auf die Sozialhilfeträger
Finanzielle Entlastungen der Sozialhilfeträger in der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen zulasten der Pflegeversicherung sind insbesondere durch die folgenden Entwicklungen denkbar:

- Neue Anspruchsberechtigung auf Pflegeversicherungsleistungen von Personen in der Hilfe zur Pflege oder Eingliederungshilfe für behinderte Menschen durch Einführung und leistungsrechtliche Hinterlegung des Pflegegrads 1
- Leistungsbezieher in der Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe für behinderte Menschen können Pflegeversicherungsleistungen auf der Basis eines erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs erhalten, insbesondere erhalten sie Zugang zu den bisher nur vorrangig somatisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen vorbehaltenen Regelleistungen der Pflegeversicherung (zum Beispiel §§ 36, 37 SGB XI)

Eine Entlastung der Sozialhilfeträger im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen zu Lasten der Pflegeversicherung könnte zudem erfolgen, wenn eine Aufhebung der Beschränkung der Leistungen für behinderte Menschen in Pflegeeinrichtungen in § 43a SGB XI erfolgt.

Finanzielle Mehrbelastungen für die Sozialhilfeträger ergeben sich durch die Ausweitung des Leistungsspektrums der Pflegeversicherung, das dann entsprechend durch die Leistungen der Hilfe zur Pflege finanziert werden muss. Dies gilt insbesondere für die bisherigen zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 87b SGB XI, die zukünftig nicht mehr als „zusätzlich“, sondern ebenfalls als Regelleistung anzusehen sind. Weitere Mehrbelastungen können sich durch die Einstufung von Pflegebedürftigen in höhere Pflegestufen in der vollstationären Versorgung ergeben, soweit diese zu einem steigenden Eigenanteil führt, der gegebenenfalls von den Sozialhilfeträgern zu übernehmen ist.

Be- und Entlastungswirkungen im Verhältnis der Gesetzlichen Pflegeversicherung zur Gesetzlichen Krankenversicherung
Zwischen der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegeversicherung kommt es durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht notwendig zu größeren Leistungsverschiebungen.

3.6 Empfehlungen zum Leistungserbringerrecht

3.6.1 Vorgehensweise und gesetzliche Ausgangssituation

3.6.1.1 Vorgehensweise bei der Entwicklung von Empfehlungen zum Leistungserbringerrecht

Die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs erfordert nicht nur eine Neugestaltung des Leistungsrechts, sondern zieht auch Anpassungsbedarfe im Leistungserbringerrecht, insbesondere im Vertrags- und Vergütungsrecht, nach sich. Der Expertenbeirat stellt in diesem Abschnitt die notwendigen Änderungsbedarfe bei den gesetzlichen Grundlagen des Vertrags- und Vergütungsrechts fest und formuliert hierzu Empfehlungen.

Darüber hinaus identifiziert der Expertenbeirat Änderungsbedarfe bei betroffenen Verträgen, Vereinbarungen und Empfehlungen auf Bundes- und Landesebene und gibt gegebenenfalls ergänzende Hinweise, mit welchen sonstigen Maßnahmen im Vertragsrecht die mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbundenen Ziele gefördert werden können. Verhandlungen der Vertragspartner kann er jedoch weder ersetzen noch vorwegnehmen.

Bezogen auf die Gestaltung des Systemübergangs, werden unter Ziffer 3.7 zudem ergänzende Hinweise zum verwaltungsökonomischen und zeitlichen Aufwand der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Leistungserbringerrecht gegeben.

3.6.1.2 Gesetzliche Ausgangssituation

Gesetzlicher Bezugspunkt für den Änderungsbedarf ist das Pflege-Versicherungsgesetz in der Fassung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes. Dabei ist zu beachten, dass die mit dem PNG eingeführten leistungsrechtlichen Übergangsvorschriften der §§ 123, 124 SGB XI nur bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gelten. Weiter ist zu beachten, dass im Rahmen der Umsetzung der Regelungen der §§ 123, 124 SGB XI und anderer aufgrund des PNG eingeführter Regelungen bereits Änderungen der Verträge und Vereinbarungen erfolgt sind, an die bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs angeknüpft werden kann.

Änderungsbedarfe im Leistungserbringerrecht sind abhängig von Änderungen des Leistungsrechts. Daher schließen die Empfehlungen zum Leistungserbringerrecht an die Ausführungen und Empfehlungen des Expertenbeirats zur leistungsrechtlichen Ausgestaltung an.

3.6.2 Empfehlungen zu einzelnen Vorschriften des Leistungserbringerrechts

3.6.2.1 Übergreifende Empfehlungen und Hinweise zum Leistungserbringerrecht

Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden Pflegebedürftige – unabhängig von der Art ihrer Beeinträchtigung – aus den bisherigen drei Pflegestufen und der Einstufung nach § 45a SGB XI in ein einheitliches, fünfstufiges System der Pflegegrade eingestuft. Soweit sich Vorschriften des Leistungserbringerrechts auf die bisherigen Pflegestufen (zum Beispiel bei den Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI oder als Anknüpfungspunkt für die Personalbemessung in stationären Pflegeeinrichtungen) oder die bisherige Einstufung nach § 45a SGB XI (zum Beispiel bei den zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 87b SGB XI) beziehen, wird grundsätzlich eine formale Überführung der Anknüpfung an die bisherigen Pflegestufen in Pflegegrade entsprechend der Überleitungsregelung in Ziffer 3.7.2.5 empfohlen.

Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und – im Vorgriff hierauf – teilweise bereits mit dem PNG wird klargestellt, dass das Verständnis von Pflegebedürftigkeit im SGB XI auch bestimmte Arten der Betreuung umfasst. Der Expertenbeirat hält es daher für erforderlich, die Begriffe „Pflege“ und „Betreuung“ auch im Leistungserbringerrecht des SGB XI grundsätzlich daraufhin zu überprüfen, ob der Begriff der „Pflege“ jeweils „Betreuung“ mit umfasst oder ob der Begriff der „Betreuung“ jeweils separat aufgeführt werden soll. In jedem Fall ist eine einheitliche gesetzgeberische Definition der Begriffe „Pflege“ bzw. „Betreuung“ sowie gegebenenfalls eine Ausdifferenzierung des Begriffs der Betreuung anhand der in den Empfehlungen zum Leistungsrecht gegebenen Hinweise erforderlich (vergleiche Ziffer 3.3.2). Dies ist insbesondere auch für die Frage, welche Leistungen die Pflegeversicherung und welche andere Sozialleistungssysteme, zum Beispiel die Sozialhilfe, tragen, erforderlich.

Dem Gesetzgeber und den Vertragspartnern wird empfohlen, bei der Neudefinition der Leistungsinhalte von „Betreuung“ sowie der Struktur- und Qualitätsanforderungen, die an die jeweils zuständigen Leistungserbringer zu stellen sind, die Erkenntnisse aus den Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch Betreuungsdienste (§ 125 SGB XI n. F) zu berücksichtigen. Die Neudefinition sollte gegebenenfalls im Allgemeinen Teil erfolgen. Der Hinweis für die Definition von „Betreuung“ gilt analog für Teilhabeleistungen, wenn diese leistungsrechtlich explizit im Gesetz verankert werden sollten.

Diese Empfehlung betrifft insbesondere die §§ 71 und 75 SGB XI. Darüber hinaus betrifft sie den Begriff der „Allgemeinen Pflegeleistungen“, der in §§ 75 Abs. 2 Nr. 1, 82 Abs. 1 Nr. 1, 82b Abs. 2, 84 Abs. 4, 89 und 90 SGB XI enthalten ist, und der Abgrenzung zu den Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI dient.

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sind Pflegebedürftige nicht nur hinsichtlich ihrer Einstufung, sondern auch hinsichtlich ihrer Leistungen gleichzustellen. Die bisherige faktische Differenzierung zwischen vorrangig somatisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen auf der einen Seite und vorrangig kognitiv oder psychisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen auf der anderen Seite im Leistungsrecht ist aufzuheben. Dementsprechend hat der Expertenbeirat verschiedene Optionen für die Neugestaltung des Leistungs-

rechts unter Integration der Leistungen der §§ 45b, 123 SGB XI bzw. § 87b SGB XI (siehe oben Ziffern 3.3.3 und 3.3.6) diskutiert.

Die leistungserbringungsrechtlichen Auswirkungen der verschiedenen Optionen zum Umgang mit §§ 45b, 123, 124 SGB XI in der häuslichen Versorgung einerseits und § 87b SGB XI in der stationären Versorgung andererseits sowie mit §§ 45c, 45d SGB XI werden aus Gründen der Übersichtlichkeit bereits bei den leistungsrechtlichen Empfehlungen unter den Ziffern 3.3.3, 3.3.4 und 3.3.6 mit dargestellt. Ergänzend empfiehlt der Expertenbeirat, die leistungserbringungsrechtlichen Vorschriften des bisherigen § 45b Abs. 3 SGB XI aus gesetzessystematischen Gründen und Klarheit in das 7., 8. und 11. Kapitel SGB XI zu überführen.

3.6.2.2 Empfehlungen und Hinweise zu den Vorschriften über die Beziehungen der Pflegekassen zu den Pflegeeinrichtungen (§§ 71–76 SGB XI) und sonstigen Leistungserbringern (§§ 77–78 SGB XI) sowie zum Pflegevertrag bei häuslicher Pflege (§ 120 SGB XI); Personalbemessung

Unter Bezugnahme auf seine übergreifenden Empfehlungen und Hinweise empfiehlt der Expertenbeirat, die Definition der Pflegeeinrichtungen in § 71 Abs. 1 und 2 SGB XI um den Aspekt der „Betreuung“ zu erweitern und in § 75 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI die Abgrenzung zwischen „allgemeinen Pflegeleistungen“ unter dem Blickwinkel von „Betreuung“ zu prüfen.

Der Expertenbeirat bittet die Vertragspartner zu prüfen, ob infolge der leistungsrechtlichen Änderungen die Leistungsbeschreibungen in den Rahmenverträgen / in der Bundesempfehlung nach § 75 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI angepasst werden müssen. Insbesondere ist zu prüfen, ob die Betreuungsleistungen entsprechend der zukünftigen Definition in den Rahmenverträgen korrekt abgebildet sind.

Die Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen sind in den Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 2 Nr. 3 zu vereinbaren. Soweit dies über Personalrichtwerte nach Abs. 3 S. 1 Nr. 2. erfolgt, sind diese zukünftig statt auf drei Pflegestufen (vergleiche § 75 Abs. 3 S. 4 Nr. 1 SGB XI) auf fünf Pflegegrade zu beziehen. Mit der Neustrukturierung der Leistungsansprüche infolge des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden sich nach Einschätzung des Expertenbeirats zudem die Leistungsstrukturen und das Leistungsspektrum der Pflegeeinrichtungen verändern. Daher weist der Expertenbeirat darauf hin, dass auch die Personalstruktur und Personalrichtwertvereinbarungen zu prüfen und gegebenenfalls anzupassen sind. Wie dies erfolgen soll, ist auch zukünftig durch die Vereinbarungspartner des § 75 SGB XI zu klären.

Daneben ist die Entwicklung von Personalbemessungssystemen auf der Basis des NBA, die im Expertenbeirat aus Zeitgründen nicht möglich war, auch auf fachwissenschaftlicher Ebene fortzusetzen. Dabei weist der Expertenbeirat darauf hin, dass das NBA kein Personalbemessungssystem ist und aus ihm auch nicht die Personalbemessung unmittelbar abgeleitet werden kann. Personalbemessungssysteme haben mehrere Komponenten: Bedarfsklassifikation – Leistungsbeschreibung – Zuordnung von Personal. Das NBA stellt eine Bedarfsklassifikation dar, jedenfalls für den Bereich der stationären Pflege. Es ist im Rahmen der Entwicklung von Personalbemessungssystemen nutzbar.

Der Expertenbeirat betont, dass die Frage der Personalbemessung bei Umstellung von drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade eine wesentliche Voraussetzung für die Anpassung der Entgelte für stationäre Pflegeeinrichtungen ist. Sie hat im Rahmen des vom Expertenbeirat empfohlenen vorbereitenden Umsetzungszeitraums von 18 Monaten zu erfolgen.[122] Von der Personalbemessung hängen unmittelbar die Pflegesätze und davon wiederum der Eigenanteil der Bürger bzw. der aufstockenden Leistungen der Sozialhilfe ab. Die Frage der Personalbemessung geht daher in ihrer Bedeutung weit über die Einrichtungsebene hinaus.

Bei § 77 SGB XI sieht der Expertenbeirat derzeit keinen notwendigen gesetzlichen Änderungsbedarf. Er empfiehlt, nach endgültiger Festlegung der neuen Leistungen durch den Gesetzgeber erneut zu prüfen, ob der Einzelvertrag nach § 77 SGB XI und Pflegevertrag nach § 120 SGB XI infolge des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs geändert werden müssen und inwieweit die Qualitätssicherung der Leistungen der Einzelpflegekraft betroffen ist.

Weiterer Änderungsbedarf wird zu diesem Vorschriftenkomplex nicht gesehen.

---

122 Vgl. Ziffer 3.8.

3.6.2.3 Empfehlungen und Hinweise zu den Vorschriften zur Pflegevergütung (§§ 82–92c SGB XI)

Der Expertenbeirat empfiehlt, die Begriffe der „sozialen Betreuung", „häuslichen Betreuung" und „allgemeinen Betreuung" in den verschiedenen einschlägigen Vorschriften entsprechend der übergreifenden Hinweise neu zu definieren und bei § 82 SGB XI in Abs. 1 S. 3 gegebenenfalls die Begriffe „bei stationärer Pflege" auf nach dem Komma zu versetzen. Bezüglich der Hinweise an die Vertragspartner wird auf die Ausführungen zu § 75 SGB XI bzw. die übergreifenden Hinweise verwiesen.

Der Expertenbeirat weist darauf hin, dass durch die formalen Neueinstufungen im Rahmen der Überleitung (vergleiche Ziffer 3.7.3.5) bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs möglicherweise die Regelung des § 87a Abs. 2 SGB XI (Höherstufung von Bewohnern) berührt ist. Hier ist eine gesetzgeberische Klarstellung erforderlich. Zudem muss ausgeschlossen werden, dass allein infolge der Überführung in das neue System eine Prämienausschüttung nach § 87a Abs. 4 SGB XI vorgenommen wird.

Der Expertenbeirat sieht keinen Anlass, die Vorschrift des § 88 SGB XI einschließlich der Systematik nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu ändern.

Weiterer Änderungsbedarf wird in diesen Abschnitten nicht gesehen.

3.6.2.4 Empfehlungen und Hinweise zu den Vorschriften zur Qualitätssicherung (§§ 112 ff. SGB XI sowie § 37 Abs. 3, 5 SGB XI)

Der Expertenbeirat stellt fest, dass ein erster Prüfauftrag zur Neugestaltung der Qualitätssicherung unter Einbeziehung von Betreuung als Leistungsbestandteil bereits durch die Einführung der Übergangsregelung des § 124 SGB XI initiiert wurde. Inwieweit darüber hinaus die Frage der Qualitätssicherung für Betreuungsleistungen neu zu betrachten ist, hängt von der konkreten Ausgestaltung der Leistungen der Betreuung im zukünftigen System ab. Nach gegenwärtigem Stand werden Änderungen in der Qualitätssicherung von Betreuungsleistungen nicht für erforderlich gehalten.

Die Häufigkeit der Pflegeeinsätze für Geldleistungsbezieher in der häuslichen Versorgung in § 37 Abs. 3 SGB XI ist gegenwärtig abhängig von der jeweiligen Pflegestufe bzw. der Einstufung als „Person mit eingeschränkter Alltagskompetenz" nach § 45a SGB XI. Der Expertenbeirat empfiehlt, § 37 Abs. 3 SGB XI dahingehend zu ändern, dass die Häufigkeit und Vergütung zukünftig allein vom Pflegegrad abhängt. Dabei soll die Beratung in den Pflegegraden 1–2 zukünftig halbjährlich, in den Pflegegraden 3–5 zukünftig vierteljährlich erfolgen, ohne dass eine Differenzierung zwischen PEA und Pflegebedürftigen ohne EA erfolgt. Der Expertenbeirat weist ergänzend darauf hin, dass die fachlich-konzeptionelle Ausrichtung und die Vergütung der Beratungseinsätze dahingehend überprüft werden müssen, ob sie tatsächlich aufgabenangemessen sind.

3.7 Empfehlungen zur Gestaltung des Systemübergangs

3.7.1 Empfehlungen zum Verfahren der Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens

Die Einführung des NBA wird bei allen an der Pflegeversicherung beteiligten Organisationen arbeitsintensive Umsetzungsarbeiten mit sich bringen. Legislative Planungen sollten berücksichtigen, dass dies besonders auch schon **vor** dem regelhaften Einsatz des NBA erforderlich ist. Der Expertenbeirat empfiehlt daher, aus Gründen der Sorgfalt und der Qualität einen ausreichenden zeitlichen Vorlauf vorzusehen. Dabei wird es organisationsspezifische Aufgaben geben. Schnittmengen der notwendigen Umsetzungsschritte, die alle beteiligten Organisationen betreffen, sollten ressourcenschonend auch gemeinsam bearbeitet werden.

Der Expertenbeirat empfiehlt, die seit dem Umsetzungsbericht 2009 vorgenommenen Änderungen am NBA nach Abschluss der Arbeiten des Expertenbeirats und vor Einführung des NBA im Rahmen einer Erprobung bezüglich ihrer Umsetzbarkeit in der Begutachtungspraxis und ihrer Auswirkungen auf die beiden Manuale zu unterziehen. Damit sollen eventuelle Begutachtungsprobleme frühzeitig aufgedeckt, Missverständnisse und Schwächen in den Manualen aufgezeigt und gegebenenfalls notwendige Änderungen und Anpassungen an den Manualen bereits vor Einführung des Instruments vorgenommen werden können.

3.7.1.1 Vom Inkrafttreten einer gesetzlichen Regelung zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bis zum Stichtag der Umsetzung

Bei der Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens sind verschiedene zentrale Schritte zu beachten, die zu einem wesentlichen Teil vor dem Stichtag für die Geltung des neuen Begutachtungsverfahrens (und der darauf fußenden neuen Leistungen) liegen. Begonnen werden können diese Aufgaben in der Mehrzahl mit dem Inkrafttreten einer gesetzlichen Regelung zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Erst ab diesem Zeitpunkt ist bei den betroffenen Organisationen die Bereitstellung von Haushaltsmitteln für Aufgaben im Rahmen der Einführung entsprechend der jeweils geltenden Regelungen grundsätzlich möglich. Der Expertenbeirat sieht insbesondere die vorbereitenden Aufgaben als wichtig an, deren Inhalte und Ausprägung nachfolgend skizziert werden; eine ausführlichere Darstellung findet sich als Anlage 11 im Anhang des Berichtes.

Vor dem Stichtag für die Einführung sind insbesondere durch den GKV-Spitzenverband neue Begutachtungs-Richtlinien zu erarbeiten, damit sachlich verknüpfte Richtlinien sind zu novellieren und diese durch das Bundesministerium für Gesundheit genehmigen zu lassen. Die Begutachtungs-Richtlinien dienen der Zielsetzung, bundesweit eine Begutachtung nach einheitlichen Kriterien zu gewährleisten; im Rahmen der Vorbereitung der Geltung des neuen Begutachtungsverfahrens dienen sie als Bezugsrahmen für eine Vielzahl weiterer Schritte.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das NBA müssen für die Versicherten, Pflegeeinrichtungen, Seniorenvertretungen / Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Pflegestützpunkte und so weiter transparent erklärt werden. Diese Aufgabe betrifft sowohl die Leistungsträger (Pflegekassen, private Versicherungsunternehmen, Sozialhilfeträger) und Medizinischen Dienste, aber auch Einrichtungsträger und ihre Verbände. Inhaltlich geht es auch darum, ein realistisches Verständnis für die Möglichkeiten des NBA zu schaffen und unnötige Anträge und Begutachtungen zu vermeiden. Insbesondere in den letzten Monaten vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind gezielte Informationskampagnen über den neuen Begriff, das neue Verfahren und die neuen Leistungen durchzuführen.

Liegen die Begutachtungs-Richtlinien vor, sind Gutachter in der Anwendung des neuen Instruments auf der Grundlage ebenfalls neu zu entwickelnder Schulungskonzepte und -materialien zu schulen. Zugleich sind die technischen Voraussetzungen für die Arbeit mit dem NBA (Entwicklung einer entsprechenden Software) zu schaffen und die Instrumente zur Sicherung der Qualität der Pflegebegutachtung anzupassen.

Für die Vorbereitungen zur Einführung des NBA ist – auch unter der Annahme, dass einige Arbeitsschritte parallel erledigt werden können – in der Gesamtschau von einem Zeitbedarf von mindestens 18 Monaten auszugehen. Der Expertenbeirat empfiehlt daher, diesen Zeitbedarf gesetzlich einzuräumen und zugleich Vorsorge für ein nachhaltendes Monitoring und eine begleitende Evaluation zu treffen. Im Rahmen dieser begleitenden Evaluation sind auch verschiedene vonseiten der Wissenschaft aufgeworfene Fragen zum NBA zu prüfen.[123]

3.7.1.2 Wirksamwerden des neuen Begutachtungsverfahrens

Nach dem Stichtag kann es zu einem erhöhten Antragsaufkommen für Neubegutachtungen durch die Medizinischen Dienste kommen. In den Jahren 2010 und 2011 haben die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) jeweils rund 1,46 Mio. Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit durchgeführt (siehe Tabelle 30 für 2011). Hinzu kamen im Jahr 2011 rund 123.000 Begutachtungsaufträge, die vom medizinischen Dienst der privaten Krankenversicherung, der Medicproof GmbH, bearbeitet worden sind.[124]

123 Siehe oben Ziffer 3.1.3.

124 Vgl. Medicproof (2011), S. 5.

Tabelle 30: Begutachtungen der MDK für die Soziale Pflegeversicherung im Jahr 2011 nach Begutachtungsarten

Begutachtungsart	Anzahl	in Prozent
Erstbegutachtungen	769.852	52,5
Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen	597.506	40,8
Widerspruchsbegutachtungen	98.745	6,7
Begutachtungen insgesamt	**1.466.103**	**100,0**

Zusätzliche Erstanträge und Anträge auf Neubegutachtung sind insbesondere von solchen Personen zu erwarten, die sich durch eine Neubegutachtung und eine erfolgreiche Höherstufung ein höheres Leistungsniveau versprechen, als sie es im Rahmen der Überleitung erhalten haben. Die Größe dieser Gruppe wird durch die konkrete Gestaltung des Leistungsrechts und insbesondere der Überleitungsregelungen, aber auch durch öffentliche Wahrnehmung und individuelle Erwartungen an das neue Verfahren beeinflusst werden. Es wird erforderlich sein, hierfür zusätzliche Gutachter einzuplanen, aber auch durch intensive Information falschen Erwartungen entgegenzuwirken.

Zudem hält der Expertenbeirat auch die Klarheit von konkreten Überleitungsregelungen für ein wesentliches Instrument. Hierzu werden im nachfolgenden Abschnitt Anmerkungen und Empfehlungen ausgesprochen.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsverfahren werden sich nicht allein in der Begutachtung im eigentlichen Sinn für den Versicherten auswirken, sondern auch in der Gestaltung seiner Leistungen und in den damit notwendig verbundenen vertraglichen Regelungen zwischen Leistungsberechtigten, Leistungsträgern und Leistungserbringern. Auch hier werden erhebliche Aufgaben auf Grundlage veränderter gesetzlicher Bestimmungen zu bewältigen (siehe oben Ziffern 3.2 und 3.3 zum Leistungsrecht sowie unten Ziffer 3.7.3 zum Leistungserbringerrecht) und entsprechende zeitliche und personelle Ressourcen vor und nach dem Stichtag bei allen Beteiligten vorzusehen sein.

3.7.2 Empfehlungen zur Gestaltung des Systemübergangs für Leistungsbezieher

3.7.2.1 Vorgehensweise bei der Entwicklung von Empfehlungen

Bei der Entwicklung von Empfehlungen hat der Expertenbeirat den Sachstand der Beratungen der für das Thema „Bestandsschutz“ zuständigen Arbeitsgruppe des Beirats 2009 zur Grundlage genommen und weiterentwickelt. Für die einzelnen im Beirat 2009 offen gebliebenen Fragen und Aspekte wurden konkrete Regelungsoptionen herausgearbeitet, die sich an den nachstehend unter Ziffer 3.7.2.3 genannten Zielen orientieren. Aus der Gesamtschau dieser Regelungsoptionen wurden unter Einbeziehung von Datenmaterial insbesondere zu den Auswirkungen einer Einstufung mit dem NBA auf einzelne Gruppen von Pflegebedürftigen („Übergangswahrscheinlichkeiten“) mehrere Überleitungsmöglichkeiten entwickelt, aus fachlicher wie rechtlicher Sicht beraten und Empfehlungen für ein Überleitungskonzept erarbeitet.

Der Expertenbeirat hat bei seinen Überlegungen neben den Übergangswahrscheinlichkeiten auch verschiedene, vom Beirat beratene Optionen der leistungsrechtlichen Ausgestaltung bedacht. Definitive Aussagen zu den kombinierten Wirkungen der Einführung der neuen Pflegegrade und des konkreten Leistungsrechts auf einzelne oder bestimmte Gruppen von Pflegebedürftigen und die finanziellen Auswirkungen lagen ihm nicht vor. Diese hängen von der konkreten Ausgestaltung des Leistungsrechts durch den Gesetzgeber ab.

3.7.2.2 Gesetzliche Ausgangssituation für Überleitungsregelungen

Der Expertenbeirat hat sich darauf verständigt, den Stand des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) als tatsächliche Grundlage seiner Beratungen zu betrachten.[125] Im Rahmen des PNG wurden Übergangsregelungen geschaffen, die verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 123 SGB XI) und die Möglichkeit für alle Pflegebedürftigen, im Rahmen der Sachleistung auch häusliche Betreuung in Anspruch zu nehmen (§ 124 SGB XI), vorsehen. Beide Regelungen sind befristet bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt. Dies bedeutet, dass ein Bestandsschutz für diese zusätzlichen Leistungen des PNG rechtlich nicht erforderlich ist. Da die zusätzlichen Leistungen als Vorgriff auf die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gedacht sind, hält der Expertenbeirat es für angezeigt, die Veränderungen durch das PNG bei der Gestaltung der Überleitungsregelungen mit zu berücksichtigen. Dies ist ein wichtiger Maßstab für das Erreichen des politischen Auftrags und die Schaffung öffentlicher Akzeptanz für die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

3.7.2.3 Wesentliche Ziele der Überleitungsregelungen

Ein wesentliches Ziel der Ausgestaltung der Übergangsregelungen ist, dass bisherige Leistungsbezieher durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht schlechter gestellt werden (vergleiche auch den Auftrag des Ministers unter Ziffer 1.3). Maßstab hierfür ist der Vergleich des bisherigen Leistungsniveaus eines Leistungsbeziehers mit dem Leistungsniveau, wie es sich für ihn nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gestaltet.

Ziel ist ferner, dass nach dem Stichtag der Einführung keine Begutachtungen nach dem bisherigen Begutachtungsverfahren („parallele Begutachtungen“) mehr durchgeführt werden müssen und das bisherige Leistungsrecht möglichst nicht parallel weiter administriert werden muss, um einen hohen verwaltungsökonomischen Mehraufwand und die aufwändige Entwicklung entsprechender Softwarelösungen zu vermeiden.

Ein weiteres wesentliches Ziel bei der Art und Weise der Ausgestaltung der Überleitungsregelungen ist, dass die Zahl der notwendigen Neubegutachtungen von bereits Pflegebedürftigen möglichst gering und damit für die Medizinischen Dienste operativ beherrschbar gehalten wird. Eine Begutachtung nach Aktenlage zur Gestaltung der Überleitung ist nicht möglich.

Bei der Gestaltung der Überleitungsregelungen ist die grundsätzliche Gleichbehandlung der betroffenen Versicherten unter Berücksichtigung der Ziele der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu beachten; Ungleichbehandlungen sind sachlich zu begründen. Das Verfahren der Überleitung sollte von einer großen Transparenz geprägt sein und zügig Rechtsklarheit schaffen, damit die Versicherten so schnell wie möglich ihre Leistungen tatsächlich erhalten.

3.7.2.4 Eckpunkte für ein Überleitungskonzept bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Vor diesem Hintergrund und unter Beachtung der vorgenannten Ziele und gesetzlichen Ausgangssituation empfiehlt der Expertenbeirat folgende Eckpunkte für ein Überleitungskonzept bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs:

a. Ab einem festzulegenden Stichtag circa 18 Monate[126] nach Veröffentlichung einer gesetzlichen Regelung zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Bundesgesetzblatt sollen alle Antragsteller auf Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung („Neufälle“) nur noch nach dem Neuen Begutachtungsassessment (NBA) begutachtet werden.

b. Nach dem Stichtag gilt allein das neue Leistungsrecht, sodass alle Neufälle Leistungen nach dem dann geltenden neuen Leistungsrecht der Gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten.

c. Die bisherigen Leistungsbezieher[127] (auch Personen, die Leistungen aufgrund eingeschränkter

125 Siehe oben Ziffer 1.1.

126 In diesem Zeitraum sind die in der Roadmap genannten Prozessschritte zu erledigen (siehe hierzu Ziffern 3.7.1 und 3.8).

127 Zu klären ist, wie diese Gruppe definiert wird, zum Beispiel ob Antragsteller vor dem Stichtag, Begutachtete vor dem Stichtag oder nur (rechtskräftig) Beschiedene vor dem Stichtag zu dieser Gruppe gehören, oder Kombinationen wie zum Beispiel entweder rechtskräftig Beschiedene oder Personen, die mindestens fünf Wochen vor dem Stichtag den Antrag gestellt haben (vgl. § 18 Abs. 3b SGB XI).

Alltagskompetenz im Sinne von § 45a SGB XI erhalten) werden grundsätzlich aufgrund einer sogenannten formalen Überleitungsregel kollektiv in die neuen Pflegegrade übergeleitet (siehe Ziffer 3.7.2.5). Für sie gilt grundsätzlich ebenfalls das neue Leistungsrecht, das heißt, sie haben einen Anspruch auf den Leistungsbetrag, der ihrem Pflegegrad zugeordnet ist.

d. Für bisherige Leistungsbezieher, deren zukünftiges Leistungsniveau im neuen Leistungsrecht bei formaler Überleitung niedriger wäre als bisher, besteht ein Bestandsschutz in Höhe des bisherigen Leistungsanspruchs, sodass sich kein bisheriger Leistungsbezieher zukünftig schlechter stellen wird. Das alte Leistungsrecht bleibt fiktiv nur für den Fall parallel bestehen, dass ein Bestandsschutz auch für die Art der Leistungen sowie den Wechsel des Versorgungsarrangements gewährt wird.

e. Stellen bisherige Leistungsbezieher, die nach der Überleitungsregel der Variante 2 (vergleiche Tabelle 34) kollektiv in die neuen Pflegegrade übergeleitet wurden, einen Antrag auf Neubegutachtung, sind sie nach der Begutachtung mit dem NBA entsprechend dem tatsächlichen Begutachtungsergebnis einzustufen. Dies gilt auch dann, wenn die Begutachtung zu einer Einstufung führt, mit der ein unterhalb des durch den Bestandsschutz gewährten Leistungsniveaus erreicht wird.

Eine Überleitung, die im Rahmen dieser Eckpunkte erfolgt, hat nach Einschätzung des Expertenbeirats die folgenden Wirkungen, die im Einklang mit den oben formulierten Zielen der Überleitung stehen: Die intendierten Wirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs treten für alle Pflegebedürftigen unmittelbar mit dem Stichtag ein; eine schrittweise Einführung für verschiedene Personengruppen oder Versorgungsformen ist nicht erforderlich. Dennoch muss keine Neubegutachtung aller circa 2,5–2,6 Millionen[128] Leistungsbezieher zum Stichtag erfolgen, die sich über mehrere Jahre hinziehen würde und mit hohen Personal- und Verwaltungskosten verbunden wäre. Auch ein Nebeneinander von bisherigem und neuem Begutachtungsinstrument und -verfahren ist voraussichtlich nicht erforderlich.

Bisherige Leistungsbezieher, die durch die formale kollektive Überleitung nicht unmittelbar den Pflegegrad erhalten, der ihnen aufgrund ihrer Beeinträchtigungen möglich erscheint, können einen Antrag auf Höherstufung stellen („potenzielle Höherstufungsfälle“). Dadurch, dass – unter der Voraussetzung, dass die formale Überleitung nach Variante 2 (vergleiche Ziffer 3.7.2.5) erfolgt – bei einem Antrag auf Begutachtung nach dem NBA die Möglichkeit besteht, in einen Pflegegrad eingestuft zu werden, mit dem nur ein im Vergleich niedrigeres Versorgungsniveau erreicht wird (vergleiche Ziffer e.), ist zu erwarten, dass nur solche Leistungsbezieher einen Antrag stellen, bei denen eine gute Wahrscheinlichkeit besteht, dass der Höherstufungsantrag Erfolg hat.

Der Expertenbeirat geht davon aus, dass diese Konstellation bei Überleitung nach Variante 2 (vergleiche Ziffer 3.7.2.5) tendenziell nur bei wenigen Fällen auftreten kann und setzt voraus, dass effektive Beratungsmöglichkeiten für Personen, die eine Begutachtung anstreben, bestehen.

3.7.2.5 Ausgestaltung der formalen kollektiven Überleitung

Formale kollektive Überleitung für Pflegebedürftige ohne eingeschränkte Alltagskompetenz
Bei der Überleitung der Pflegebedürftigen vom bisherigen System der Pflegestufen in die neuen Pflegegrade soll nach Auffassung des Expertenbeirats eine formale Überleitungsregel angewendet werden, mit der bisherige Leistungsbezieher zum Stichtag per Gesetz kollektiv in einen neuen Pflegegrad eingestuft werden. Aufgrund der unterschiedlichen leistungsrechtlichen Ausgangssituationen von Pflegebedürftigen ohne EA und von Personen mit EA, bei denen eine eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI festgestellt wurde, ist die Frage, welche formale Überleitungsregel angewendet werden soll, für beide Gruppen getrennt zu betrachten. Zur Ermittlung der formalen Überleitungsregel hat der Expertenbeirat die nachstehende Tabelle 31, in der die Auswirkungen einer Einstufung mit dem NBA auf einzelne Gruppen von Pflegebedürftigen („Übergangswahrscheinlichkeiten“) dargestellt werden, verwendet.

128 Gegenwärtige Prognose für das Jahr 2015.

Tabelle 31: Auswirkungen einer Einstufung mit dem NBA auf einzelne Gruppen von Pflegebedürftigen („Übergangswahrscheinlichkeiten")*

	Voraussichtliches Ergebnis der NBA-Einstufung gegenwärtiger Leistungsempfänger in Pflegegrade (in %)						
Pflegestufe / Pflegegrad	**Kein**	**PG 1**	**PG 2**	**PG 3**	**PG 4**	**PG 5**	**Anteil an allen Pflegebedürftigen in %**
„PS 0"	49,8	33,8	15,7	0,6	0,0	0,0	21,9
„PS 0" / EA+	5,7	28,6	60,0	5,7	0,0	0,0	2,4
„PS 0" / EA++	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,6
PS I	1,2	23,5	56,5	18,2	0,7	0,0	29,3
PS I / EA+	0,0	1,4	29,1	66,7	2,8	0,0	9,5
PS I / EA ++	0,0	0,0	13,6	68,2	18,2	0,0	4,5
PS II	0,0	3,3	30,7	50,0	15,3	0,7	10,1
PS II / EA +	0,0	0,0	1,1	43,2	48,4	7,4	6,4
PS II / EA ++	0,0	0,0	0,9	27,4	61,9	9,7	7,6
PS III	0,0	0,0	9,5	23,8	38,1	28,6	1,4
PS III / EA +	0,0	0,0	0,0	0,0	46,9	53,1	2,2
PS III / EA ++	0,0	0,0	0,0	0,0	36,7	63,3	4,1

* Für die Studienpopulation der Erwachsenen (Pflegegrad 5 ab 90 Punkten); zusätzlich differenziert nach Nichtvorliegen oder Vorliegen erheblicher oder in erhöhtem Maße eingeschränkter Alltagskompetenz entsprechend der Kriterien des § 45a SGB XI, dabei gilt: „EA+" (erheblich); „EA++" (in erhöhtem Maße).

Pflegebedürftige ohne EA würden – dies zeigt die voranstehende Tabelle – bei einer Neueinstufung mit dem NBA zu über 50 % nach dem folgenden Schema eingestuft:

Tabelle 32: Regel für die formale Überleitung der bisherigen Pflegebedürftigen ohne EA

Pflegestufe	Pflegegrad
I	2
II	3
III	4
Härtefall	5

Anmerkung: Bei Personen, die gegenwärtig nicht in eine der Pflegestufen I–III eingestuft sind und bei denen auch keine EA vorliegt, die aber bei einer Einstufung mit dem NBA den Pflegegrad 1 oder einen höheren Pflegegrad erreichen, ist keine formale Überleitung möglich, da diese Personen bisher keine Leistungsbezieher waren und der Pflegeversicherung nicht bekannt sind. In diesen Fällen ist immer zunächst eine Antragstellung und Begutachtung mit dem NBA erforderlich.

Bei Anwendung dieser Überleitungsregel wird für eine große Zahl (über 50 %) der bisherigen Leistungsbezieher ohne eingeschränkte Alltagskompetenz sichergestellt, dass ihr zukünftiges Leistungsniveau (mindestens) dem bisherigen entspricht, soweit der zukünftige

Leistungsanspruch in dem jeweils formal korrespondierenden Pflegegrad gleich hoch oder höher ist als der Leistungsanspruch in der bisherigen Pflegestufe. Eine kleinere Gruppe (weniger als 30 %) der bisherigen Leistungsbezieher in jeder Pflegestufe würde mit einer solchen Überleitungsregel besser gestellt als bei einer entsprechenden Begutachtung mit dem NBA. Eine weitere Gruppe (etwa 20 %) könnte mit einem Antrag auf Höherstufung durch eine Begutachtung nach dem NBA potenziell einen noch höheren Pflegegrad als aufgrund der formalen Überleitung erreichen. Die Überleitungsregel gilt sowohl für bisherige Leistungsbezieher in der ambulant-häuslichen als auch in der vollstationären Versorgung.

Formale kollektive Überleitung für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA)
Zu klären ist, ob auch Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) nach der obigen Überleitungsregel eingestuft werden sollen oder ob aufgrund ihrer bisherigen Sonderstellung im System des Leistungsrechts eine andere Überleitungsregel als passender anzusehen ist. Nach den Übergangswahrscheinlichkeiten in Tabelle 33 würden sich in den oberen Pflegestufen über 55 % (Pflegestufe II mit EA+/EA++, Pflegestufe III mit EA+/EA++), in den unteren Pflegestufen knapp 70 % (Pflegestufe „0“ mit EA+/EA++, Pflegestufe I mit EA+/EA++) der PEA bei einer Begutachtung mit dem NBA um zwei „Stufen“ verbessern, also zum Beispiel von Pflegestufe „0“ auf Pflegegrad 2, von Pflegestufe I nach Pflegegrad 3 und so weiter.

Der Expertenbeirat sieht für die formale kollektive Überleitung von PEA drei mögliche Varianten, die mit ihren Wirkungen nachfolgend dargestellt werden:

Variante 1: Einfacher „Stufensprung“ auch für alle Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
Eine Möglichkeit ist, dem Grundsatz nach die gleiche formale Zuordnung wie in Tabelle 32 auch auf Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (einschließlich der Zuordnung aus der bisherigen Pflegestufe „0“ in den Pflegegrad 1 und unabhängig davon, ob sie neben der festgestellten eingeschränkten Alltagskompetenz auch nach bisherigem Recht in eine Pflegestufe eingestuft werden oder nicht) anzuwenden. Die Überleitungsregel würde sich wie folgt (vergleiche Tabelle 33) gestalten:

Tabelle 33: Variante 1: Regel für die formale kollektive Überleitung für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz durch einfachen „Stufensprung“

Pflegestufe	Pflegegrad
0 + EA	1
I + EA	2
II + EA	3
III + EA	4
Härtefall + EA	5

Bei dieser Variante ergeben sich nach Einschätzung des Expertenbeirats die folgenden Wirkungen:

- Die Zuordnung entspricht nur bei circa 30 % der PEA der Einstufung, die sie im Rahmen einer Begutachtung mit dem NBA erhalten würden. Diese Übereinstimmung mit dem voraussichtlichen Begutachtungsergebnis ist damit deutlich geringer als im Vergleich zur Überleitungsregel der nachfolgenden Variante 2 und immer noch geringer als in der folgenden Variante 3. Für die Mehrheit der Menschen aus einer der Hauptzielgruppen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergäbe sich daher keine automatische, stufenmäßige Verbesserung und damit ein mögliches Akzeptanzproblem.

- Es wären bei dieser Variante nach Einschätzungen des MDS circa 912.000 Höherstufungsanträge[129] (ambulant-häuslich und vollstationär) zu erwarten, von denen der überwiegende Teil voraussichtlich erfolgreich wäre. Damit verbunden wären die entsprechenden Personalkosten / der entsprechende Verwaltungsaufwand für zusätzliche Begutachtungen sowie die zusätzliche Administration dieser Verfahren bei den Pflegekassen und weiteren Leistungsträgern. Damit sind im Vergleich zu Variante 2 deutlich mehr Höherstufungsanträge zu erwarten und ebenfalls mehr als in Variante 3.

[129] Vgl. Kimmel et al. (2013b).

- Die Leistungsausgaben für formal übergeleitete PEA nach dem Stichtag wären durchschnittlich niedriger als in der Variante 2 und etwas niedriger als bei Variante 3. Allerdings fallen (dauerhaft oder befristet) zusätzliche Bestandsschutzkosten für diese nicht kleine Gruppe bisheriger Leistungsbezieher an, wenn die Leistungsbeträge in den bei formaler Überleitung korrespondierenden Pflegestufen nicht vergleichbar den bisherigen Leistungsbeträgen für PEA ausfallen. Dies wäre zum Beispiel der Fall, wenn man den gegenwärtigen Betrag für PEA in „Pflegestufe 0“ nach § 123 SGB XI (zum Beispiel Pflegegeld: bis zu 120 EUR, Pflegesachleistung: bis zu 225 EUR) als zusätzlichen, tatsächlichen Ausgangspunkt nimmt und der zukünftige Vergleichsbetrag niedriger wäre. Die Bestandsschutzkosten wären im Vergleich deutlich höher als bei Variante 2 und immer noch höher als bei Variante 3.

Variante 2: Doppelter „Stufensprung“ für alle Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
In dieser Variante würden Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz – entsprechend der voraussichtlichen tatsächlichen Einstufung der Mehrheit dieser Gruppe – jeweils differenziert und typischer Weise um zwei Stufen höher eingeordnet als bisher (also zum Beispiel von Pflegestufe I in Pflegegrad 3 oder von „Pflegestufe 0“ in Pflegegrad 2). Die Überleitungsregel würde sich wie folgt (vergleiche Tabelle 34) gestalten.

Tabelle 34: Variante 2: Regel für die formale kollektive Überleitung für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz durch doppelten „Stufensprung“

Pflegestufe	Pflegegrad
0 + EA	2
I + EA	3
II + EA	4
III + EA	5
Härtefall + EA	5

In dieser Variante ergeben sich nach Einschätzung des Expertenbeirats die nachfolgenden Wirkungen:

- Die Zuordnung entspricht in größerem Maße als bei Anwendung der Regeln der Varianten 1 und 3 den Übergangswahrscheinlichkeiten (vergleiche Tabelle 31). Mit der Zuordnung ergibt sich eine automatische stufenmäßige Verbesserung für fast alle Personen in der Hauptzielgruppe mit zu erwartenden positiven Auswirkungen auf die öffentliche Akzeptanz.

- Es wären nach Einschätzungen des MDS kaum zusätzliche Höherstufungsanträge[130] (theoretisch bis zu circa 266.000 – ambulant-häuslich und vollstationär, tatsächlich unter Berücksichtigung von Ziffer e. unter Ziffer 3.7.2.4 jedoch voraussichtlich deutlich weniger) zu erwarten, sodass Personalressourcen und die Verwaltung im Vergleich zu insbesondere Variante 1, aber auch Variante 3 geschont würden. Die formale Zuordnung in der Variante 2 sorgt daher für eine schnelle Klarheit über den zukünftigen Pflegegrad für fast alle gegenwärtigen PEA.

- Es wäre kein umfangreicher Bestandsschutz für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz notwendig; die Bestandsschutzkosten für PEA wären daher im Vergleich zu Variante 1 oder 3 zu vernachlässigen. In der Anfangszeit wäre allerdings im Vergleich zu Variante 1 mit erheblichen, im Vergleich zu Variante 3 mit deutlichen Mehrausgaben bei den Leistungsausgaben zu rechnen, die im Verlaufe der Zeit abnähmen.

Variante 3: Regel für einen differenzierten „Stufensprung“ für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz werden bei einer Begutachtung mit dem NBA voraussichtlich teilweise um eine, teilweise um zwei „Stufen“ höhergestuft (vergleiche Tabelle 31). Es ist daher zu überlegen, ob im Rahmen der formalen Überleitung und korrespondierend mit den zwei „Stufen“ des § 45b Abs. 1 S. 2 SGB XI Personen mit „erheblich“ eingeschränkter Alltagskompetenz („EA+“) jeweils um eine Stufe, Personen mit „in erhöhtem Maße“ eingeschränkter Alltagskompetenz („EA++“) jeweils um zwei Stufen höher eingestuft werden sollten als bisher. Die Überleitungsregel würde sich wie folgt (vergleiche Tabelle 35) gestalten.

130 Vgl. Kimmel et al. (2013b).

Tabelle 35: Variante 3: Regel für die formale kollektive Überleitung für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz durch differenzierten „Stufensprung“

Pflegestufe	Pflegegrad
0	0
0 / EA+	1
0 / EA++	2
I	2
I / EA+	2
I / EA++	3
II	3
II / EA+	3
II / EA++	4
III	4
III / EA+	4
III / EA++	5
Härtefall	5
Härtefall / EA+	5
Härtefall / EA++	5

Erläuterungen:
0 = keine Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14, 15 SGB XI
EA+ = erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz
EA++ = in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz

Nach Einschätzung des Expertenbeirats ergeben sich bei dieser Variante die folgenden Wirkungen:

- Die formale Zuordnung erfolgt bezogen auf PEA differenzierter als in Variante 2 und Variante 1. Sie entspricht in geringerem Maße als Variante 2 (da auch EA+ tendenziell eher zwei „Stufen“ höher eingestuft werden) den Übergangswahrscheinlichkeiten (Tabelle 33), allerdings in etwas größerem Maße als Variante 1. Sie führt zu einer Ungleichbehandlung innerhalb der Gruppe der PEA, die sich nachteilig auf die Akzeptanz auswirken könnte. Die Zahl der Höherstufungsanträge bliebe nach Einschätzung des MDS mit circa 429.000 (nur ambulant-häuslich)[131] etwas geringer als bei Variante 1, aber deutlich höher als bei Variante 2.
- Er ergäben sich geringere Leistungsausgaben als in Variante 2 und höhere Leistungsausgaben als in Variante 1. Die Bestandsschutzausgaben wären gegenüber Variante 2 erhöht, aber geringer als bei Variante 1.

Der Expertenbeirat befürwortet – unter der Prämisse, dass die zukünftigen Leistungsbeträge der jeweils korrespondierenden „Stufe“ in den Pflegegraden nicht unter den Leistungsbeträgen der heutigen Pflegestufen liegen – aus den dort genannten Gründen in der Tendenz die Überleitung nach Variante 2. Sollte der Gesetzgeber sich für eine andere Variante als diese entscheiden, wäre nach Auffassung des Expertenbeirats Ziffer e. der Eckpunkte für ein Überleitungskonzept[132] nicht anzuwenden.

3.7.2.6 Anknüpfungspunkt für den Bestandsschutz beim Vorher-Nachher-Vergleich

Rechtlicher Maßstab dafür, ob eine „Schlechterstellung“ eines bisherigen Leistungsbeziehers vorliegt und daher Bestandsschutz gewährt wird, ist grundsätzlich der Vergleich des bisherigen Leistungsniveaus für den jeweiligen Leistungsbezieher mit dem Leistungsniveau nach erfolgter formaler Überleitung. Um eine „Schlechterstellung“ im Einzelfall festzustellen, ist zu klären, wie das relevante Leistungsniveau jeweils festgestellt wird.

Diese Feststellung begegnet in der ambulant-häuslichen Versorgung und der vollstationären Versorgung verschiedenen Schwierigkeiten. Aus diesem Grund ist die Frage für die beiden Leistungsbereiche nachfolgend getrennt dargestellt.

Im Ergebnis spricht sich der Expertenbeirat sowohl in der ambulant-häuslichen Versorgung als auch in der vollstationären Versorgung tendenziell für die sogenannte abstrakte Anknüpfung an die Leistungshöhe des bisherigen, theoretisch zu realisierenden Rechtsanspruchs auf laufende Leistungen aus. In jedem Fall

131 Zum vollstationären Bereich liegen dem Expertenbeirat keine Zahlen vor.

132 Vgl. Ziffer 3.7.2.4.

gibt es im Kontext der Überleitung ein umfassendes Beratungserfordernis für die Pflegebedürftigen, das wirksam sichergestellt werden muss.

Anknüpfung in der ambulant-häuslichen Versorgung
In der ambulant-häuslichen Versorgung sind die Definition des jeweiligen Leistungsniveaus und damit die Bestimmung eines entsprechenden Anknüpfungspunkts für die Vorher-Nachher-Betrachtung sehr vielschichtig. Einerseits stehen den Pflegebedürftigen in der ambulant-häuslichen Versorgung mehrere verschiedene Leistungen zur Verfügung, die je nach konkreter Versorgungssituation unterschiedlich kombiniert werden können, um das Pflegearrangement möglichst weitgehend an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen auszurichten. Andererseits gibt es für die kombinierte Inanspruchnahme verschiedener Leistungen (zum Beispiel eine Kombination von Sach- und Geldleistungen, § 38 SGB XI, aber auch eine Kombination mit Leistungen der Tages- und Nachtpflege, § 41 SGB XI) unterschiedliche Regelungen dafür, zu welchem Prozentsatz die kombinierten Leistungen ausgeschöpft werden können. Dabei sind die Pflegebedürftigen an die Entscheidung über eine bestimmte Kombination von Sach- und Geldleistungen in der Regel sechs Monate gebunden (vergleiche § 38 S. 3 SGB XI), während andere Versorgungsoptionen in der häuslichen Versorgung (zum Beispiel der Wechsel von der Geld- zur Sachleistung) grundsätzlich monatlich veränderbar sind. Die leistungsrechtliche Wahlentscheidung ist nach Erfahrungen der Pflegeversicherung demgegenüber im Zeitverlauf recht konstant.

Grundsätzlich hält der Expertenbeirat einen Bestandsschutz für alle pflegestufenabhängigen Leistungen für erforderlich, die als laufende (monatliche) Leistungen ausgestaltet sind. Bestandsschutz ist auch für die (nicht pflegestufenabhängigen, aber nach Schweregrad gestuften) Leistungen des § 45b SGB XI erforderlich.

Für weitere pflegestufenunabhängige Leistungen (zum Beispiel Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Pflegehilfsmittel oder wohnumfeldverbessernde Maßnahmen) ist nach Einschätzung des Expertenbeirats auch bei Veränderungen der Leistungsbeträge dann kein Bestandsschutz erforderlich, wenn diese als einzelne Leistungen wie bisher weiter bestehen. Werden zum Beispiel Leistungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege zukünftig in einen separaten Entlastungsbetrag einbezogen (siehe oben Ziffer 3.3.3), sind sie gegebenenfalls in eine Gesamtbetrachtung des bisherigen Leistungsniveaus mit einzubeziehen. Hierfür wären zunächst Daten zur Inanspruchnahme zu ermitteln. Dies zeigt, dass jede zusätzliche Integration von Leistungen weitere Überleitungsprobleme aufwirft und auch unter diesem Gesichtspunkt zu betrachten ist. Gegebenenfalls könnte in diesem Fall mit Zuschlägen gearbeitet werden.

Der Expertenbeirat hat bei der Frage des relevanten Anknüpfungspunkts für einen Vorher-Nachher-Vergleich in der ambulant-häuslichen Versorgung drei grundsätzliche Möglichkeiten beraten:

- Abstrakte Anknüpfung an die Leistungshöhe des bisherigen, theoretisch zu realisierenden Rechtsanspruchs auf laufende Leistungen
- Individuelle Anknüpfung an die Höhe der tatsächlich erbrachten Leistungen im Durchschnitt auf ein Jahr bezogen
- Individuelle Anknüpfung an die Höhe der tatsächlich erbrachten Leistungen zum Stichtag

Rechtlicher Maßstab für die Frage, ob Bestandsschutz zu gewähren ist, ist die Feststellung, ob eine Abweichung vom bisherigen Leistungsniveau vorliegt. Aus diesem Grund ist eine Anknüpfung an das bisher abstrakt zu realisierende Leistungsniveau zwar relativ weitgehend, da es – je nachdem, welche Leistungsansprüche einbezogen werden – deutlich über dem tatsächlich in Anspruch genommenen liegen kann. Allerdings bieten die gesetzlich bezifferbaren Leistungsbeträge eine zuverlässige betragsmäßige Anknüpfungsmöglichkeit und die Chance, die Wahlmöglichkeiten bei den Leistungen der häuslichen Versorgung auch im Bestandsschutzfall zu erhalten. Sie müssen jedoch für jeden Einzelfall untersucht und bestimmt werden. Dazu wäre es erforderlich, dass die Leistungen sowohl nach altem als auch nach neuem Recht ermittelt und dann verglichen werden.

Zur Frage, ob die mögliche Anknüpfung an ein individuelles Leistungsniveau bezogen auf einen Stichtag oder auf einen Durchschnittswert[133] erfolgen sollte, ist der Expertenbeirat der Auffassung, dass beide Varianten gleichermaßen möglich sind. Folge des Bezugs auf einen Stichtag ist die Einfachheit der Regelung. Allerdings unterliegt der Leistungsanspruch zum

[133] Zum Beispiel als Referenzwert (Durchschnitt 12 Monate), der immer den Referenzwert für die neue Leistung bildet und monatlich abgeglichen wird.

Stichtag einer gewissen Zufälligkeit und ist anfälliger für eine Strategie, mit der versucht werden könnte, zum Stichtag hin ein möglichst hohes Leistungsniveau zu erreichen, damit dies durch den Bestandsschutz konserviert wird. Auch das Leistungsniveau einer bisherigen geringen Inanspruchnahme würde so dauerhaft manifestiert. Bei einem Bezug auf einen Durchschnittswert wird davon ausgegangen, dass die Leistungsinanspruchnahme/-höhe über das Jahr bei den Pflegebedürftigen in der Regel sehr konstant ist. Folge des Bezugs auf einen Durchschnittswert wäre, dass punktuelle Entwicklungen des Leistungsniveaus über das Jahr zum Stichtag nivelliert werden und geringere Anreize gesetzt werden, auf den Stichtag hin das tatsächliche Leistungsniveau punktuell zu erhöhen (geringere Strategieanfälligkeit).

Möglich wäre zudem eine gruppenbezogene Anknüpfung an die Höhe der bisher tatsächlich erbrachten Leistungen (zum Stichtag oder durchschnittlich auf ein Jahr bezogen), gerade auch bei einer differenzierten Überleitung (Variante 3). Ob eine gruppenbezogene Anknüpfung möglich ist, hängt von der konkreten Definierbarkeit und Einschätzbarkeit des Leistungsniveaus entsprechender Gruppen ab, die erst nach Festlegung der Einzelheiten des neuen Leistungsrechts beurteilt werden kann. Ist dies möglich, kann eine solche Vorgehensweise nach Einschätzung des Expertenbeirats der Erleichterung des Verwaltungsaufwands gegenüber der Einzelfallbetrachtung dienen.

Für welche Anknüpfungsmöglichkeit der Gesetzgeber sich letztlich entscheidet, hat auch Einfluss auf die Ausgestaltung anderer Aspekte des Bestandsschutzes. So ist der Expertenbeirat der Auffassung, dass zu prüfen ist, ob die Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts bei der Gestaltung des häuslichen Versorgungsarrangements (zum Beispiel der Wechsel von einer Kombinationsleistung zu einer reinen Sachleistung) grundsätzlich auch vom Bestandsschutz erfasst sein soll. Zweck der Erstreckung des Bestandsschutzes auf das Wunsch- und Wahlrecht ist, zu erreichen, dass bei einer Veränderung kein schlechterer Bestandsschutz besteht als bei den Personen, die ihr Versorgungsarrangement nicht ändern, und dass keine Anreize geschaffen werden, die die Gestaltungsmöglichkeiten der Pflegebedürftigen in dieser Hinsicht begrenzen. Andererseits ist zu beachten, dass auch Pflegebedürftige, die sich (zufällig) im Gesundheitszustand verändern und deswegen einen Antrag auf Neueinstufung stellen / eine Wiederholungsbegutachtung erhalten, sich mit Neueinstufung mit allen Konsequenzen im neuen System befinden.[134]

Die Erstreckung des Bestandsschutzes auch auf Änderungen des Versorgungsarrangements mit dem Effekt, dass sich die Leistungsbeträge nach dem Stichtag entsprechend der bisherigen Beträge je nach konkretem Versorgungsarrangement immer wieder erhöhen oder verringern könnten, wäre insbesondere im Rahmen der abstrakten Anknüpfung realisierbar. Bei der Anknüpfung an einen tatsächlichen Betrag (ob zum Stichtag oder durchschnittlich), entspräche eine solche Erstreckung des Bestandsschutzes nicht der gewählten Logik, da ein tatsächlicher Anknüpfungsbetrag nicht mehr in diesem Sinne variiert werden kann.

Der Expertenbeirat befürwortet daher mehrheitlich die abstrakte Anknüpfung.[135]

Anknüpfung in der stationären Versorgung

In der stationären Versorgung sind für die Frage der Anknüpfung verschiedene Ansatzpunkte denkbar, da der Ausgangspunkt „vergleichbares Leistungsniveau“ ebenfalls vielschichtig ist. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass das individuelle Versorgungsniveau eines Bewohners einer vollstationären Einrichtung sich auch bei Veränderungen der Stufenzuordnungen und / oder Leistungsbeträge nicht verschlechtert, da immer die aufgrund der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung zu leisten ist. Eine Verschlechterung beim Leistungsniveau liegt in jedem Fall dann vor, wenn nach formaler Überleitung in einen Pflegegrad der zugeordnete Leistungsbetrag der stationären Sachleistung (§ 43 SGB XI) niedriger ist als der in der korrespondierenden bisherigen Pflegestufe. Welchen Eigenanteil der Pflegebedürftige im Einzelfall leisten muss, hängt allerdings auch von den Pflegesätzen und der Art, wie diese übergeleitet werden, ab.

134 Allerdings gilt dies nur, soweit der Gesetzgeber sich bei der Überleitung von PEA für Variante 2 entscheidet, vgl. Ziffer 3.7.2.4.

135 Bedenken gegen eine an sich wünschenswerte abstrakte Anknüpfung bestehen nach Auffassung des Verbandes der privaten Krankenversicherung unter Praktikabilitätsgesichtspunkten. Eine Bestandsschutzregelung, die es erforderlich machen würde, zum Zwecke der Vorher-Nachher-Prüfung des Leistungsanspruchs über längere Zeit laufend einen vollständigen Vergleich zwischen den Ansprüchen nach altem und nach neuem Recht durchführen zu müssen, würde nach Einschätzung des Verbandes eine erhebliche Ausweitung des Verwaltungsaufwands nach sich ziehen.

Soweit § 87b SGB XI in § 43 SGB XI im Sinne einer der oben genannten Optionen integriert wird (vergleiche Ziffer 3.3.6), erhöht das Leistungsvolumen aus § 87b SGB XI das für § 43 SGB XI zur Verfügung stehende Leistungsvolumen. Bei einer Spreizung der Leistungsbeträge, die relativ nahe an der heutigen Spreizung liegt, könnte dies dazu führen, dass bei einem Vergleich der Leistungsbeträge viele oder sogar alle Leistungsbezieher in der stationären Versorgung besser gestellt werden.

Soweit § 87b SGB XI als eigene Norm, allerdings mit Wirkung für alle Pflegebedürftigen bestehen bleibt (vergleiche Ziffer 3.3.6), hängt die Notwendigkeit eines Bestandsschutzes allein von der zukünftigen Spreizung und Höhe der Leistungsbeträge des § 43 SGB XI im Vergleich zum bisherigen Stand ab. Für Veränderungen des § 87b SGB XI selbst, zum Beispiel des Verhältnisses von Bewohnern zu Vollzeitkräften für Betreuung (Betreuungsrelation), ist nach Einschätzung des Expertenbeirats kein Bestandsschutz zu gewähren, da § 87b SGB XI kein Individualanspruch, sondern ein Vergütungsanspruch der Einrichtung mit Wirkung für Dritte ist.

3.7.2.7 Dauer des Bestandsschutzes

Im Auftrag des Ministers ist keine Vorgabe über die Dauer des Bestandsschutzes enthalten. Hinsichtlich einer möglichen Dauer des Bestandsschutzes wird im Expertenbeirat ein breites Spektrum an Möglichkeiten gesehen. An einem Ende des diskutierten Spektrums steht die auch im Beirat 2009 diskutierte Variante, den Bestandsschutz auf circa drei Jahre zu befristen. Damit hätten die Betroffenen Zeit, sich auf die veränderte Situation einzustellen. Da ein großer Teil der Pflegebedürftigen durchschnittlich weniger als drei Jahre Leistungen bezieht, würde so zügig Rechts- und Ausgabensicherheit geschaffen und die Parallelität verschiedener Leistungsbeträge könnte zeitnah beendet werden. Zudem würden gerade diejenigen, in der Regel die älteren Pflegebedürftigen, die im Schnitt einen kürzeren Leistungsbezug haben, innerhalb dieser Zeit häufig bereits einen Höherstufungsantrag stellen und damit automatisch in das neue System überführt.

Andererseits werden einzelne Personengruppen (zum Beispiel Menschen mit sehr langem Leistungsbezug)[136] bei einer Befristung auf zum Beispiel drei Jahre ab diesem Zeitpunkt möglicherweise niedrigere Leistungsbeträge erhalten. Dies spricht für einen lebenslangen Bestandsschutz oder weitere Auffangregelungen, zum Beispiel eine Re-Evaluationspflicht der Frage durch den Gesetzgeber nach zum Beispiel drei Jahren. Zudem gibt es keine fachlichen Gründe, die für eine Befristung des Bestandsschutzes sprechen; jede zeitliche Grenze ist insofern – unter Beachtung fachlicher Erwägungen – politisch zu setzen. Nachteile einer unbefristeten Lösung sind – neben den Kostenwirkungen – dass die Notwendigkeit, auch nach zum Beispiel zehn Jahre noch Altfälle zu lösen, einen bürokratischen Aufwand bedeutet, insbesondere auch, wenn zum Beispiel das alte Leistungsrecht wegen abstrakter Anknüpfung und Erstreckung des Bestandsschutzes auf die Wahlmöglichkeiten des Versorgungsarrangements parallel weiter geprüft werden muss. Zudem würde bei einem lebenslangen Bestandsschutz die bisherige Besserstellung somatisch beeinträchtigter Personen dauerhaft konserviert.

Der Expertenbeirat empfiehlt mehrheitlich, keine Befristung des Bestandsschutzes vorzusehen. Soweit sich der Gesetzgeber für eine Befristung des Bestandsschutzes entscheidet, empfiehlt der Expertenbeirat, dass dieser nicht kürzer als drei Jahre ist.

3.7.3 Empfehlungen zur Gestaltung des Systemübergangs für die Leistungserbringer und Leistungsträger

Besonderheiten für die Gestaltung der Pflegesätze bei der Überleitung in der vollstationären Versorgung
In der vollstationären Versorgung können die Wirkungen der vom Expertenbeirat empfohlenen formalen Überleitung endgültig erst anhand der kombinierten Zusammenschau der Stufenverschiebungen, der konkreten Ausgestaltung der Leistungsbeträge und der entsprechenden Pflegesätze bewertet werden. Zu bedenken ist, dass das Erreichen eines höheren Leistungsbetrags, zum Beispiel aufgrund der höheren Einstufung im System der Pflegegrade als bisher im System der Pflegestufen, zwar eine rechtliche Besserstellung, aber nicht automatisch insgesamt zu einer finanziellen Besserstellung der Leistungsbezieher

136 Zum Beispiel Menschen mit körperlichen und psychisch / geistigen Behinderungen, insbesondere auch Kinder und Jugendliche sowie jüngere Erwachsene.

führen muss, da die finanzielle Belastung der Versicherten auch von ihrem jeweils zu leistenden Eigenanteil abhängt. Daher kommt es hier zentral darauf an, wie im Rahmen der Überleitung mit den bisherigen Pflegesätzen umgegangen wird.

§ 84 Abs. 2 SGB XI sieht für die Pflegevergütung drei Pflegeklassen und einen Zuschlag für Härtefälle vor, faktisch also vier Pflegeklassen. Zudem haben nahezu alle stationären Pflegeeinrichtungen Vereinbarungen mit den Trägern der Sozialhilfe bezüglich der Vergütung für Personen in der sogenannten „Pflegestufe 0". Tatsächlich gibt es daher fünf nach Grad der Pflegebedürftigkeit abgestufte Pflegesätze. Künftig soll es fünf Pflegegrade geben. Demzufolge sind die Pflegevergütungen in fünf Klassen einzuteilen.

Zu berücksichtigen ist weiter, dass sich die Zahl der Pflegebedürftigen in jeder Pflegestufe bei Einführung des Systems der Pflegegrade verändert. Bisher verteilen sich die Pflegebedürftigen in der vollstationären Versorgung in etwa wie folgt auf die Pflegestufen: Pflegestufe I circa 43 %, Pflegestufe II circa 37 %, Pflegestufe III circa 20 %. Bei Begutachtung dieser vollstationär Pflegebedürftigen mit dem NBA würde die Verteilung auf Pflegegrade zukünftig in etwa wie folgt aussehen: Pflegegrad 1 circa 3 %, Pflegegrad 2 circa 20 %, Pflegegrad 3 circa 30 %, Pflegegrad 4 circa 30 % und Pflegegrad 5 circa 17 %. Während bisher die große Mehrzahl der Pflegebedürftigen in der Eingangspflegestufe I eingestuft war, würde sich der Anteil von Pflegebedürftigen in höheren Stufen zukünftig deutlich erhöhen.

Für den Umgang mit den bisherigen Pflegesätzen im Rahmen der Überleitung in der vollstationären Versorgung sieht der Expertenbeirat drei grundsätzliche Möglichkeiten:

a. **Variante 1: Neuverhandlung der Pflegesätze innerhalb von 18 Monaten:** Die vom Expertenbeirat für die Vorbereitung des Inkrafttretens der neuen Regelungen empfohlene Vorbereitungsphase von 18 Monaten müsste für die Neuverhandlung aller Pflegesätze genutzt werden (für die Neuverhandlung selbst sind etwa 12 Monate vorzusehen, siehe oben). Sollte die Neuverhandlung innerhalb dieses Zeitraums nicht gelingen, wären Auffangregelungen zu schaffen, um eine zeitgerechte Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens und der neuen Leistungen zum Stichtag zu ermöglichen.

b. **Variante 2: Überleitung der Pflegesätze anhand der Regel aus Tabelle 32:** Die bisherigen Leistungsbezieher in der vollstationären Versorgung werden nach der oben stehenden Empfehlung des Expertenbeirats auch hier anhand der formalen Überleitungsregeln (Tabelle 32 sowie nach einer der Varianten 1–3) übergeleitet. Parallel dazu würden zum Stichtag auch die Pflegesätze nach der Regel aus Tabelle 32 übergeleitet. Soweit mit den Trägern der Sozialhilfe Pflegesätze der „Pflegestufe 0" vereinbart sind, würden diese zu Pflegesätzen des Pflegegrads 1. Nach dem Vorbild des Art. 49a § 5 PflegeVG könnte ergänzend vorgesehen werden, dass die Pflegesatzpartner von der pauschalen Überleitung abweichende Pflegesätze aushandeln können. Soweit § 87b SGB XI als separater Vergütungsbestandteil in § 43 SGB XI integriert wird, wäre er als Entgeltbestandteil der Überleitungsregelung zu erfassen. Diese Variante hätte die folgenden Wirkungen: Die Pflegesätze würden schnell feststehen. Unter der Annahme, dass die zukünftigen Leistungsbeträge des § 43 SGB XI im durch Überleitung formal zugeordneten Pflegegrad (ein oder zwei Stufen „höher" als die nominelle Pflegestufe) mindestens denen der bisherigen Pflegestufen entsprechen, würden viele bis nahezu alle vollstationär versorgten Pflegebedürftigen gleich hohe oder sogar deutlich höhere Leistungsbeträge erhalten als bisher. Ob sich PEA besser stellen, hängt von der Wahl der Überleitungsregel für diese Personengruppe ab. Insgesamt würde diese Variante zu erheblichen Mehrausgaben führen.

c. **Variante 3: Überleitung der Pflegesätze als Übergangsregelung anhand von speziellen Äquivalenzziffern:** Unter der Annahme der vom Expertenbeirat empfohlenen formalen Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade könnten Äquivalenzziffern für die Überleitung der Pflegesätze entwickelt werden.[137] Es wird darauf hingewiesen, dass die Überleitung mittels Äquivalenzziffern auch im Rahmen der Einführung der Pflegeversicherung erfolgte und dass die damaligen Äquivalenzziffern bei der Gestaltung der Pflegesätze bis heute Wirkung entfalten. Dieser Aspekt ist bei der Entscheidung über die Nutzung von Äquivalenzziffern zu beachten.

137 Dabei handelt es sich nicht um die Äquivalenzziffern, die zur Neugestaltung der Leistungsbeträge in der vollstationären Versorgung vorgeschlagen wurden, siehe oben Ziffer 3.4.9.8.

Bezüglich der Vergütung für Unterkunft und Verpflegung und der Investitionskosten sieht der Expertenbeirat keinen durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bedingten Regelungsbedarf.

Weitere organisatorische und administrative Konsequenzen
Der Expertenbeirat weist darauf hin, dass die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs beim Systemübergang eine Vielzahl an organisatorischen und administrativen Konsequenzen mit sich bringt. Der Expertenbeirat spricht hierfür folgende Empfehlungen aus:

Die Vertragspartner überprüfen die Verträge nach § 75 SGB XI und passen sie – falls infolge der leistungsrechtlichen Änderungen erforderlich – innerhalb von 6–12 Monaten nach Inkrafttreten einer gesetzlichen Regelung zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt) an. Zwar ist die Anpassung vieler Vertragsbestandteile nicht unbedingt zeitkritisch, da die Leistungen auch auf der Basis der alten Verträge bei den Pflegebedürftigen ankommen. Wenn eine zeitnahe Anpassung der Verträge auf den neuen Stand gewünscht ist, ist jedoch ein effektiver Konfliktlösungsmechanismus erforderlich. Bezüglich des Zeitrahmens ist zudem zu prüfen, ob die auf der Basis von § 124 SGB XI in dieser Form des PNG erfolgten Änderungen (soweit sie zu diesem Zeitpunkt bereits abgeschlossen sind) im konkreten Fall bereits ausreichen oder noch weiterer Anpassungsbedarf besteht.

Im Anschluss erfolgt gegebenenfalls die Anpassung der Pflegesätze nach §§ 82 ff. SGB XI für die vollstationäre Versorgung. Eine Anpassung der Vergütungen der ambulanten Pflegeleistungen bleibt hiervon unberührt. Der Zeitbedarf zur Neugestaltung der Pflegesätze in der vollstationären Pflege infolge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hängt im Wesentlichen vor der gewählten Option zur Überleitung von altem ins neue Leistungsrecht ab. Bei den Optionen „aufwandsbezogene Äquivalenzziffern“ und „Überleitung anhand der Regel aus Tabelle 32“ bedarf es lediglich einer gesetzlichen Regelung, die klarstellt, zu welchem Stichtag die Überleitung erfolgt (gegebenenfalls empfiehlt sich, eine Befristung hierfür einzuführen). Sofern der Gesetzgeber die Option favorisiert, die Pflegesätze in der vollstationären Versorgung zwischen den Vertragspartnern neu verhandeln zu lassen, empfiehlt es sich, einen Umsetzungszeitraum von mindestens 6–12 Monaten einzuräumen.

Nach Vorliegen der Verhandlungsergebnisse zu §§ 75 und 82 ff. SGB XI bedarf es einer Anpassung des Datenträgeraustauschs nach § 105 SGB XI, der zwischen den Vertragspartnern zu vereinbaren ist und eine Anpassung der Software der Leistungsträger und -erbringer (Rechenzentren). Hierfür ist ein Zeitraum von sechs Monaten vorzusehen.

Zu berücksichtigen ist zudem der Zeitbedarf für Entwicklung und Umstellung des Verfahrens der Personalbemessung sowie gegebenenfalls für eine (Neu-) Ermittlung der Datengrundlagen für die Bestimmung von Äquivalenzziffern, die die Grundlage der Leistungsbeträge in der vollstationären Versorgung bilden sollen. Die Ermittlung der Datengrundlagen kann und sollte allerdings bereits vor Veröffentlichung der gesetzlichen Regelungen zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erfolgen.

Der Expertenbeirat hält es für plausibel, dass – wenn mehr Pflegebedürftige ins Pflegeversicherungssystem einbezogen werden – die absolute Nachfrage nach Pflegekursen nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Bedarf an Pflegeeinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI steigt. Hierfür sind entsprechende Vorkehrungen zu treffen.

3.8 Zusammenfassender Zeitplan für den Systemübergang („Roadmap“)

Nachfolgend werden die wichtigsten Eckdaten des Umsetzungsprozesses, wie sie vom Expertenbeirat empfohlen werden, im Überblick dargestellt. Die ausführlichen Hinweise zum Prozessablauf bei Einführung des neuen NBA befinden sich im Anhang (Anlage 11) zu diesem Bericht.

Tabelle 36: Übersicht zur Roadmap

Zeit	Aufgabe
Bis zu 12 Monate vorher	Gegebenenfalls Ermittlung und Festlegung der Äquivalenzziffern für die Gestaltung der Leistungsbeträge in der vollstationären Versorgung
Bis zu 12 Monate vorher	Gesetzgebungsverfahren
Tag 0	Veröffentlichung des „Gesetzes zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ im Bundesgesetzblatt (zugleich: Inkrafttreten des Gesetzes)
Monate 1–12	Überprüfung und – soweit infolge der leistungsrechtlichen Änderungen erforderlich – Anpassung der Verträge nach § 75 SGB XI
Monate 1–6	Überprüfung von Personalanhaltszahlen und -richtwerten
Monate 1–6	Entwicklung von Informationsmedien für die Leistungsträger (Pflegekassen und Sozialhilfeträger), Leistungserbringer und Versicherten- bzw. Betroffenenverbände über die neue Einstufungssystematik des NBA und zu Überleitungsregelungen
Monate 1–9	Erarbeitung und Fertigstellung der Begutachtungs-Richtlinien durch den GKV-Spitzenverband unter Beteiligung des MDS und der anderen Beteiligten (§ 17 Abs. 1 SGB XI)
Monate 1–9	Entwicklung von zielgruppenspezifischen Informationsmedien zu den Änderungen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff für Versicherte, Pflegeeinrichtungen, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Seniorenvertretungen und so weiter
Monate 12–18	Gegebenenfalls Neuverhandlung der Pflegesätze für vollstationäre Pflegeeinrichtungen (falls keine formale Überleitung)
Monate 9 und 11	Durchführung des Beteiligungsverfahrens mit Auswertung und Beschlussfassung durch den GKV-Spitzenverband (§ 17 Abs. 1 in Verbindung mit § 118 SGB XI)
Monat 12	Genehmigung der Begutachtungs-Richtlinien durch das Bundesministerium für Gesundheit liegt vor
Monate 12–18	Konzeptionelle Anpassung der Sachleistungen, Betreuungs- und Entlastungsangebote (zukünftig für alle Pflegebedürftigen) durch die jeweiligen Leistungserbringer
Monate 13–15	Entwicklung, Pilotierung und Evaluation eines Schulungskonzeptes (Curriculum) für die Gutachter der Medizinischen Dienste, Medicproof und anderer unabhängiger Gutachter
Monate 13–16	Entwicklung und Erprobung eines Qualitätssicherungsverfahrens für die Begutachtung und Beratung; Anpassung der Richtlinien zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung (§ 53a SGB XI)
Monate 13–16	Entwicklung und Anpassung von Schulungskonzepten und Curricula für Schulungen der Mitarbeiter in den Pflegeeinrichtungen
Monate 13–19	Entwicklung, Erprobung und Einführung der Software für das Gutachtenformular
Monate 16–18	Zielgruppenspezifische Information zu den Änderungen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und über die neue Einstufungssystematik des NBA sowie zu Überleitungsregelungen für Leistungsträger, Versicherte, Pflegeeinrichtungen, Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, Seniorenvertretungen und so weiter unter Nutzung verschiedener Informationsmedien
Monat 16–18	Schulung der Gutachter bei den Medizinischen Diensten, Medicproof und von anderen unabhängigen Gutachtern anhand des erprobten Curriculums
Monat 18	Stichtag für die Geltung des neuen Begutachtungsverfahrens und des neuen Leistungsrechts Stichtag für die formale Überleitung der bisherigen Leistungsbezieher Gegebenenfalls Stichtag für die formale Überleitung der Pflegesätze oder Überleitung anhand von Äquivalenzziffern (falls keine Neuverhandlung)
Ab Monat 18	Gegebenenfalls Anpassung des Datenträgeraustausches nach § 105 SGB XI

Anlagen

Anlage 1

Mitglieder des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

K.-Dieter Voß
Vorsitzender des Expertenbeirats

Wolfgang Zöller
MdB, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten
Vorsitzender des Expertenbeirats

Gisela Bahr-Gäbel
Deutscher Pflegerat

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
Universität Witten / Herdecke und Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Standort Witten

Adolf Bauer
Sozialverband Deutschland

Andreas Besche
Verband der privaten Krankenversicherung

Oliver Blatt
Verband der Ersatzkassen

Prof. Dr. Andreas Büscher
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Hochschule Osnabrück

Antje Claassen-Fischer
Deutscher Behindertenrat

Dr. Martin Danner
Deutscher Behindertenrat

Dr. Ulrike Diedrich
Medicproof

Dr. Franz Fink
Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege

Marco Frank
Deutscher Gewerkschaftsbund

Dr. Barbara Gansweid
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe

Prof. Dr. Stefan Görres
Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen

Dr. Volker Hansen
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Dr. med. Ulrich Heine
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe

Verena Heinz*
BKK Dachverband

Jürgen Hohnl
Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen

Hubert Hüppe
MdB, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen

Sabine Jansen
Deutsche Alzheimer Gesellschaft

Jens Kaffenberger
Sozialverband VdK Deutschland

Gernot Kiefer
GKV-Spitzenverband

Ulrich Krüger
Aktion Psychisch Kranke

Dieter Lang
Verbraucherzentrale Bundesverband

Herbert Mauel
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste

Dr. Peter Pick
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

Jörg Rabe
Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe

Dr. Edna Rasch
Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

Prof. Dr. Doris Schaeffer
Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Karl-Heinz Schönbach
AOK-Bundesverband

Prof. Dr. Peter Udsching
Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht

Dr. Irene Vorholz
Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

Helga Walter
Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen

Dr. Klaus Wingenfeld
Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld

Ute Zentgraff
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

* Bis 31.03.2013: Heinz Kaltenbach, BKK Bundesverband.

Gäste

Dr. Martin Schölkopf*
Bundesministerium für Gesundheit

Dr. Christian Berringer
Bundesministerium für Gesundheit

Dieter Hackler
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Dr. Christine Stüben
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Wolfgang Rombach
Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Jutta Prem
Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Gerd Künzel
Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie, Land Brandenburg

Franz Wölfl
Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

Bernd Kronauer
Arbeitsstab beim Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten

Walburga Milles
Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See

Geschäftsstelle des Expertenbeirats

Ass. jur. Heike Hoffer, LL.M. (Vanderbilt)

Anne Ueberall-Jahn

* Bis 31.04.2013: Birgit Naase, Bundesministerium für Gesundheit.

Anlage 2
Mitglieder der Koordinierungsgruppe

Koordinierungsgruppe des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

K.-Dieter Voß
Vorsitzender des Expertenbeirats

Wolfgang Zöller
MdB, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten
Vorsitzender des Expertenbeirats

Dr. Martin Danner
Deutscher Behindertenrat
Vorsitzender der AG 4

Marco Frank
Deutscher Gewerkschaftsbund
Sozialpartner

Dr. Volker Hansen
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
Sozialpartner

Werner Hesse
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege
Vorsitzender der AG 3

Gernot Kiefer
GKV-Spitzenverband
Vorsitzender der AG 2

Dr. Monika Kücking
GKV-Spitzenverband
Vorsitzende der AG 1

Dr. Peter Pick
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
Vorsitzender der AG 2

Dr. Edna Rasch
Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge
Vorsitzende der AG 4

Nadine-Michèle Szepan**
AOK-Bundesverband (ab Juni 2012)
Vorsitzende der AG 3

Dr. Irene Vorholz
Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände
Vorsitzende der AG 1

Geschäftsstelle des Expertenbeirats

Ass. jur. Heike Hoffer, LL.M. (Vanderbilt)

Anlage 3
Mitglieder der Arbeitsgruppe 1

Leistungsrecht und Schnittstellen zu anderen Sozialleistungssystemen

Dr. Monika Kücking
GKV-Spitzenverband
Vorsitzende der Arbeitsgruppe 1

Dr. Irene Vorholz
Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände
Vorsitzende der Arbeitsgruppe 1

Andreas Besche
Verband der Privaten Krankenversicherung

Dr. Franz Fink
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Bettina Freund
Arbeitsstab des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen

Sabine Jansen
Deutsche Alzheimer Gesellschaft

Matthias Krömer
Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe

Herbert Mauel
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste

Fabian Müller-Zetzsche
Sozialverband Deutschland

Heiko Wiemer
Deutscher Pflegerat

Ute Zentgraff
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Gäste

Dr. Christian Berringer
Bundesministerium für Gesundheit

Magnus Kuhn
Bundesministerium für Gesundheit

Julia Hanrath
Bundesministerium für Gesundheit

Franziskus Nostadt
Bundesministerium für Gesundheit

Dr. Christine Stüben
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Jutta Prem
Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Gerd Künzel
Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie, Land Brandenburg

Melanie Lange
Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

** bis 31.05.2012 Karl-Heinz Schönbach

Für die Geschäftsstelle des Expertenbeirats

Ass. jur. Heike Hoffer, LL.M. (Vanderbilt)

Anlage 4
Mitglieder der Arbeitsgruppe 2 und der Teams

Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens

Gernot Kiefer
GKV-Spitzenverband
Vorsitzender Arbeitsgruppe 2

Dr. Peter Pick
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
Vorsitzender Arbeitsgruppe 2

Dr. Uda Bastians
Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und i.V. Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe

Dr. Ulrike Diedrich
Medicproof

Andreas Elvers
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Dr. Barbara Gansweid
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe

Bettina Freund
Arbeitsstab des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen

Jens Kaffenberger
Sozialverband VdK Deutschland

Dr. Anja Ludwig
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Thomas Meißner
Deutscher Pflegerat

Bernd Tews
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste

Helga Walter
Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen

Gäste

Dr. Eckhard Grambow
Bundesministerium für Gesundheit

Cornelia Reitberger
Bundesministerium für Gesundheit

Dr. Christine Stüben
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Jutta Prem
Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Peter Rath
Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Freie und Hansestadt Hamburg

Für die Geschäftsstelle des Expertenbeirats

Ass. jur. Heike Hoffer, LL.M. (Vanderbilt)

Mitglieder Team 1: Module und Bedarfsgrade[138] des NBA

Uwe Brucker
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

Dr. Ulrike Diedrich
Medicproof

Andreas Elvers
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

138 Nunmehr: Pflegegrade.

Dr. Barbara Gansweid
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe

Thomas Meißner
Deutscher Pflegerat

Norbert Müller-Fehling
Bundesverband für körper- und mehrfach-behinderte Menschen

Marie-Luise Schiffer-Werneburg
GKV-Spitzenverband

Martina Stahlberg
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg

Gäste

Cornelia Reitberger
Bundesministerium für Gesundheit

Mitglieder des Teams 2: Kinder-begutachtung, Rehabilitation

Uwe Brucker
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

Dr. Ulrike Diedrich
Medicproof

Rita Fuchs-Mosleh
Medicproof

Dr. Barbara Gansweid
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe

Norbert Müller-Fehling
Bundesverband für körper- und mehrfach-behinderte Menschen

Marie-Luise Schiffer-Werneburg
GKV-Spitzenverband

Martina Stahlberg
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg

Gäste

Cornelia Reitberger
Bundesministerium für Gesundheit

Mitglieder des Teams 3: Zeitplan für die Umstellung

Uwe Brucker
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

Olaf Christen
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Klaus Dumeier
GKV-Spitzenverband

Bernd Fleer
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

Dr. Anja Ludwig
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Dr. Peter Pick
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

Marie-Luise Schiffer-Werneburg
GKV-Spitzenverband

Anlage 5
Mitglieder der Arbeitsgruppe 3 und der Teams

Vertrags- und Vergütungsrecht

Nadine-Michèle Szepan
AOK-Bundesverband
Vorsitzende der Arbeitsgruppe 3

Werner Hesse
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege
Vorsitzender der Arbeitsgruppe 3

Dr. Elisabeth Fix
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Gisela Bahr-Gäbel
Deutscher Pflegerat

Andrea Kocaj
Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

Dieter Lang
Verbraucherzentrale Bundesverband

Herbert Mauel
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste

Jörg Rabe
Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger

Kay Wilke-Schultz
AOK Nordost

Gäste

Elke Metz
Bundesministerium für Gesundheit

Ralf Döbler
Bundesministerium für Gesundheit

Dr. Christine Stüben
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Jutta Prem
Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Ulrich Schmolz
Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, Baden-Württemberg

Jürgen Kirchberg
Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration

Für die Geschäftsstelle des Expertenbeirats

Ass. jur. Heike Hoffer, LL.M. (Vanderbilt)

Mitglieder Team 1: Rahmenverträge nach § 75 SGB XI, §§ 72, 77 SGB XI

Oliver Blatt
Verband der Ersatzkassen

Dr. Elisabeth Fix
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Jürgen Kirchberg
Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration

Dieter Lang
Verbraucherzentrale Bundesverband

Herbert Mauel
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste

Ulrich Schmolz
Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, Baden-Württemberg

Nadine-Michèle Szepan
AOK-Bundesverband

Kay Wilke-Schultz
AOK Nordost

Mitglieder Team 2: Vergütungs- und Pflegesatzvereinbarungen

Dr. Elisabeth Fix
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Werner Hesse
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Andrea Kocaj
Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

Dieter Lang
Verbraucherzentrale Bundesverband

Thomas Meißner
Deutscher Pflegerat

Jörg Rabe
Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger

Kay Wilke-Schultz
AOK Nordost

Anlage 6
Mitglieder der Arbeitsgruppe 4

Überleitungsregelungen („Bestandsschutz“)

Dr. Martin Danner
Deutscher Behindertenrat
Vorsitzender Arbeitsgruppe 4

Dr. Edna Rasch
Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge
Vorsitzende Arbeitsgruppe 4

Dr. Uda Bastians
Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und i.V. Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe

Andreas Besche
Verband der privaten Krankenversicherung

Oliver Blatt
Verband der Ersatzkassen

Antje Claassen-Fischer
Deutscher Behindertenrat

Marco Frank
Deutscher Gewerkschaftsbund

Bettina Freund
Arbeitsstab des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen

Dr. Volker Hansen
Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Rolf Höfert
Deutscher Pflegerat

Erika Stempfle
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Bernd Tews
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste

Verena Werthmüller
Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Gäste

Magnus Kuhn
Bundesministerium für Gesundheit

Julia Hanrath
Bundesministerium für Gesundheit

Dr. Christine Stüben
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Jutta Prem
Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Ankristin Wegener
Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt

Melanie Lange
Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

Für die Geschäftsstelle des Expertenbeirats

Ass. jur. Heike Hoffer, LL.M. (Vanderbilt)

Anlage 7
Arbeitsgrundlage der Arbeitsgruppe 1

Leistungsrecht und Schnittstellen zu anderen Sozialleistungssystemen

I. Prämissen

1. Grundlage der Überlegungen ist der Auftrag an den Expertenbeirat und die Berichte des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 26. Januar 2009 und vom 20. Mai 2009. Bereits beantwortete Fragen sollen nicht neu aufgeworfen werden.

2. Insbesondere ist das NBA mit den im Umsetzungsbericht empfohlenen Modifizierungen und Nacharbeiten (zum Beispiel hinsichtlich der Bewertungssystematik, der Gewichtung der Module zueinander oder hinsichtlich des Eingangsschwellenwerts für den Bedarfsgrad 1) Grundlage für die weiteren Beratungen.

3. Die Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz aus dem PflEG, PfWG und Entwurf zum PNG sollen nach Ziel und Inhalt erhalten bleiben.

4. Es ist weder durch den Bundesminister für Gesundheit noch durch den Expertenbeirat ein Finanzrahmen für die Umsetzung des NBA und die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs festgelegt worden. Neben dem fachlich Gebotenen sind die finanziellen Folgen zu berücksichtigen.

5. Der Grundsatz des Vorrangs der ambulant-häuslichen Versorgung ist konsequent zu beachten. Das Teilleistungsprinzip bleibt zentrales Element der Pflegeversicherung.

6. Die Wechselwirkungen zu anderen Sozialleistungssystemen müssen mit betrachtet werden.

7. Zum Verfahren: Die wesentlichen für die Arbeit der AG 1 und der anderen Arbeitsgruppen erforderlichen Entscheidungen werden vom Expertenbeirat beraten und getroffen. Die AG 1 bereitet diese Entscheidungen entsprechend vor. Es ist in zentralen Punkten die Abstimmung der Arbeitsergebnisse im Koordinierungskreis mit den anderen Arbeitsgruppen erforderlich.

II. Ziele

1. Hauptziel:
Entwicklung von Vorschlägen für die Neugestaltung des Leistungsrechts der Gesetzlichen Pflegeversicherung unter Berücksichtigung der Wechselwirkungen zu anderen Sozialleistungssystemen. Zu erarbeiten ist die Grundlage für die Leistungsbemessung sowie ein Vorschlag für die Leistungshinterlegung der Bedarfsgrade.

2. Unterziele:
2.1 Feststellung, wie die Leistungen auf der Grundlage des Formulierungsvorschlags für eine gesetzliche Neuregelung in §§ 14, 15 SGB XI (Seite 76 des Beiratsberichts) im ambulanten und stationären Bereich in der sozialen Pflegeversicherung zu gestalten sind. Ziel ist die konkrete Entwicklung eines Vorschlags für fachlich begründete zukünftige Leistungsarten und Zuordnung von Leistungshöhen auf der Basis aktualisierter Daten.

2.2 Feststellung der Anzahl der vom NBA zusätzlich erfassten Personen (auch derjenigen, die derzeit keine Leistungen der Eingliederungshilfe oder der Pflegeversicherung beziehen) unter wissenschaftlicher Begleitung, zum Beispiel durch eine bundesweite Studie auch unter Berücksichtigung von Personen in der stationären, regelmäßigen ambulanten und sporadischen ambulanten medizinischen Versorgung.

2.3 Entwicklung eines Vorschlags für die zukünftige inhaltliche Abgrenzung der Leistungen der Pflegeversicherung von den Leistungen anderer Sozialleistungsträger (zum Beispiel Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, Hilfe zur Pflege, Jugendhilfe, Agentur für Arbeit) und Aufzeigen von aus Sicht der AG notwendigen Änderungen in anderen Leistungsgesetzen. Zu bedenken ist auch, dass die Pflegeversicherung nur ein Teilleistungssystem ist. Für die Sozialhilfe, die bedarfsgerecht leisten muss (§ 9 Abs. 1 SGB XII), ist im Rahmen der Umsetzung vor allem wichtig, welche Art der Leistungen in welcher Höhe die Pflegeversicherung zukünftig übernehmen wird.

2.4 Ermittlung der Kostenfolgen der vorgeschlagenen Umsetzung für die Pflegebedürftigen und ihre Familien, Beitragszahler, die soziale und private Pflegeversicherung einschließlich der Verwaltungsausgaben der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, die Träger der Sozialhilfe sowie die

Leistungserbringer unter Saldierung der Änderungen durch das PfWG und PNG (in der in Kraft getretenen Fassung).

2.5 Gegebenenfalls Anpassung des Formulierungsvorschlags für eine neue gesetzliche Definition der Pflegebedürftigkeit als Leistungszugangskriterium auf der Basis der Ergebnisse des bisherigen Beirats und gegebenenfalls der Verortung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB I oder SGB XI.

2.6 Identifizierung relevanter Aspekte für einen konkreten, realistischen Zeitplan für die einzelnen Schritte (Roadmap) in Abstimmung mit den Ergebnissen der Arbeitsgruppen 2, 3 und 4.

III. Zu entscheidende Aspekte:

1. Bei allen Punkten zu berücksichtigen: Welche Daten bedürfen der kurzfristigen Aktualisierung (Aktualisierung soll unter Einbeziehung der im Entwurf für ein PNG vorgesehenen Leistungen erfolgen)? Sind die den Berechnungen zugrunde liegenden Annahmen (zum Beispiel S. 31, S. 59ff. des Umsetzungsberichts) wissenschaftlich nach wie vor vertretbar?

2. Soll der Begriff „Bedarfsgrad“ durch einen anderen Begriff ersetzt werden? Mit welcher Methode soll die Ableitung möglichst passgenauer, den Grad der Selbstständigkeit berücksichtigender Leistungen aus dem NBA erfolgen (vergleiche hierzu Umsetzungsbericht S. 30)? Ist die Typisierung ein geeigneter Ansatz? Bestehen andere Möglichkeiten zur Ableitung von Leistungen aus dem NBA (diese Frage sollte unter Einbeziehung der Wissenschaft bearbeitet werden)?

   2.1 Welche Personenkreise sollen zukünftig grundsätzlich Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben?

   2.2 Welche Leistungen benötigen diese Personenkreise?

   2.3 Was sollte aus pflegefachlicher Sicht unter Berücksichtigung der Ergebnisse von 2. Gegenstand der Sachleistungen und Zweck der Geldleistungen der Pflegeversicherung sein (zum Beispiel Leistungen der Grundpflege, Betreuungsleistungen, hauswirtschaftliche Versorgung)?

3. Welche Leistungen soll die Pflegeversicherung zukünftig übernehmen?

   3.1 Sollen einheitliche Leistungsarten für Demenzkranke und vorrangig somatisch Pflegebedürftige geschaffen werden oder sollen die existierenden Leistungsarten für Demenzkranke als separate Leistungsarten bestehen bleiben (Grundlage für die Diskussion: Ziff. 3.5 auf S. 43–45 des Umsetzungsberichts)?

   - Leistungsberechtigter Personenkreis?
   - Umgang mit Infrastrukturleistungen (zum Beispiel §§ 45c, 45d SGB XI sowie § 87b SGB XI)?
   - Zukünftige Verortung und organisatorische Einbettung der niedrigschwelligen Angebote nach § 45b SGB XI?

   3.2 Soll (in Abstimmung mit AG 3) neben den Leistungsinhalten auch die Leistungsorganisation im Rahmen der AG 1 diskutiert werden (zum Beispiel neue Versorgungsformen, Kombinationsleistungen und Anrechnungsvorschriften, Sach- oder Geldleistungen, weitere Flexibilisierung der Leistungen, Budgetleistungen etc.)?

   3.3 Sollen die Leistungsansprüche so ausgestaltet werden, dass sich die Versicherten aus dem Leistungsangebot der Pflegeversicherung die Leistungen frei zusammenstellen können?

4. Wie können die neuen Leistungen so gestaltet werden, dass es an den Schnittstellen zu den Leistungen anderer Sozialleistungsträger, insbesondere der Sozialhilfe (zum Beispiel der Hilfe zur Pflege, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Jugendhilfe), auch bei Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, für die Betroffenen und die Sozialleistungsträger zu möglichst wenig Abgrenzungs- und Koordinationsproblemen kommt? Ist es möglich, Leistungen definitorisch abzugrenzen? Wie können die Wechselwirkungen insbesondere zwischen der Gesetzlichen Pflegeversicherung, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und Hilfe zur Pflege zum Beispiel bezüglich der Regelung des § 43a SGB angemessen berücksichtigt werden?

5. Wie sollen die Leistungen der Höhe nach ausgestaltet werden?

   5.1 Wie können die Leistungsbeträge auch im Verhältnis der Bedarfsgrade zueinander begründet werden (vergleiche hierzu Umsetzungsbericht S. 30)?

   5.2 Sollen die Leistungshöhen einheitlich gestaffelt nur nach den neuen Bedarfsgraden differenziert werden, oder ist eine Differenzierung (auch) nach dem Schwerpunkt der Einschränkung der Selbstständigkeit sinnvoll? Hat das eine Abkehr von den fünf Bedarfsgraden zur Folge?

   5.3 Im Auftrag ist vorgesehen, dass der Grundsatz des Vorrangs der ambulant-häuslichen Versorgung zu beachten ist. Soll es nach Auffassung der AG 1 zu einer Anhebung der Leistungshöhen im ambulanten Bereich unter dem Gesichtspunkt der Stärkung der Versorgung in der eigenen Häuslichkeit (bis hin zu einer vollständigen Angleichung der Leistungsbeträge ambulant und stationär) kommen?

   5.4 Die Ergebnisse der im Beiratsbericht niedergelegten Szenarien sind nicht mehr aktuell. Es sind daher auf der Basis der vorangegangenen Festlegungen und aktualisierter Daten neue Szenarien zu entwickeln, um die Kostenfolgen zu berechnen.

Anlage 8
Arbeitsgrundlage der Arbeitsgruppe 2

Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens

Vorbemerkung
Die in dem nachfolgenden Diskussionsvorschlag enthaltenen Aspekte dienen der Beratung der AG 2 über die Inhalte und Organisation ihrer Arbeit. Sie sind weder als gesetzt noch abschließend zu verstehen und müssen auch nicht alle von der AG beantwortet werden.

I. Grundlagen

1. Grundlage der Überlegungen ist der Auftrag an den Expertenbeirat und die Berichte des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 26. Januar 2009 und vom 20. Mai 2009. Bereits beantwortete Fragen sollen nicht neu aufgeworfen werden.

2. Insbesondere ist das NBA mit den im Umsetzungsbericht empfohlenen Modifizierungen und Nacharbeiten (zum Beispiel hinsichtlich der Bewertungssystematik, der Gewichtung der Module zueinander oder hinsichtlich des Eingangsschwellenwerts für den Bedarfsgrad 1 und zu den Schwellenwerten) Grundlage für die weiteren Beratungen.

3. Die Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz sollen nach Ziel und Inhalt erhalten bleiben.

4. Wechselwirkungen zu den anderen Sozialleistungssystemen müssen mit betrachtet werden.

5. Es ist weder durch den Bundesminister für Gesundheit noch den Expertenbeirat ein Finanzrahmen für die Neustrukturierung der Pflegeversicherung durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff festgelegt worden. Neben dem fachlich Gebotenen sind die finanziellen Folgen darzustellen.

II. Verfahren

Die wesentlichen für die Arbeit der AG 2 und der anderen Arbeitsgruppen erforderlichen Entscheidungen werden vom Expertenbeirat beraten und getroffen. Die AG 2 bereitet diese Entscheidungen vor. Es ist in zentralen Punkten die Abstimmung der Arbeitsergebnisse in der Koordinierungsgruppe mit den anderen Arbeitsgruppen erforderlich.

III. Ziele

1. Hauptziel:
Entwicklung von Vorschlägen und Bestimmung der wesentlichen Schritte für die Umsetzung des Neuen Begutachtungsassessments (NBA)

2. Unterziele:
2.1 Feststellung und Klärung der noch offenen Fragestellungen zum NBA aus dem Bericht und dem

Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs aus dem Jahr 2009 wie zum Beispiel der Anpassung der Module, der Klärung des Verfahrens zur Rehabilitationsindikation und so weiter (siehe IV. Ziffern 1–5)

2.2 Sammlung zusätzlich zu klärender Fragestellungen

2.3 Prüfung der Auswirkungen der leistungsrechtlichen Vorschläge auf das NBA

2.4 Auswertung der Auswirkungen im Fall von wesentlichen Änderungen des NBA, bezogen auf die Verschiebungen von den bisherigen Pflegestufen zu den neuen Bedarfsgraden und die Anzahl der vom weiterentwickelten NBA zusätzlich erfassten Personen unter wissenschaftlicher Begleitung, zum Beispiel durch eine bundesweite Studie

2.5 Erstellung eines Umsetzungsplans für die Einführung des NBA

IV. Zu entscheidende Aspekte

1. Prüfung der Notwendigkeit der Anpassung der Module 1 bis 7

2. Klärung der noch offenen Fragen zu den Bedarfsgraden 1 und 5

3. Klärung der noch offenen Fragen zur Feststellung der Rehabilitationsindikation

4. Feststellung der Verschiebungen von den bisherigen Pflegestufen zu den Bedarfsgraden im Fall der Änderung des NBA nach abschließender Abnahme des NBA. Ermittlung der Anzahl der Gewinner und Verlierer unter wissenschaftlicher Begleitung

5. Auswirkungen der leistungsrechtlichen Vorschläge auf das NBA, Abschätzung der Wirkungen

6. Prüfung der Möglichkeiten der Überleitung der bisherigen Pflegestufen in die Bedarfsgrade nach dem NBA

7. Erarbeiten eines Zeitplans zum Beispiel für die Fertigstellung der Begutachtungs-Richtlinien, für die Schulung der Pflegegutachter und so weiter

8. Prüfung der Nutzung der im Formulargutachten aus dem NBA enthaltenen Informationen unter Berücksichtigung des Datenschutzes (für andere Akteure zum Beispiel Betreuungseinrichtung, Beratungszwecke)

9. Umgang mit den Modulen 7 und 8

10. Begutachtung von Kindern

Anlage 9
Arbeitsgrundlage der Arbeitsgruppe 3

Vertrags- und Vergütungsrecht

Vorbemerkung: Ziele der AG 3
Die AG bearbeitet die sich aus der Novellierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergebenden Fragen zum Vertrags- und Vergütungsrecht sowie zu möglichen neuen Strukturen der Leistungserbringung.

In Abhängigkeit von den Ergebnissen identifiziert sie Änderungsbedarfe gesetzlicher Grundlagen und gibt Hinweise für notwendige Änderungen. Sie identifiziert den Änderungsbedarf betroffener Verträge und Empfehlungen auf Bundes- und Landesebene sowie Arbeitsschritte, die für die Neufassung der Verträge des SGB XI erforderlich sind, und gibt eine zeitliche Einschätzung zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in Verträgen und Vergütungsvereinbarungen ab.

Sie zeigt organisatorische und administrative Konsequenzen infolge des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, insbesondere in der Übergangsphase, auf.

Sie erarbeitet auch ergänzende Hinweise, mit welchen sonstigen Maßnahmen im Vertragsrecht die mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbundenen Ziele gefördert werden können.

Die Beratungsergebnisse der AG 3 werden – wie auch die Ergebnisse der anderen AGs – dem Expertenbeirat zur Beratung und Abstimmung vorgelegt. Bis dahin sind sie vorläufig und als beiratsintern zu behandeln.

I. Prämissen

1. Grundlage der Arbeit ist der Auftrag des Bundesministers für Gesundheit an den Expertenbeirat vom 1. März 2012.

2. Grundlage der Arbeit sind weiter die Berichte des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 26. Januar 2009 („Beiratsbericht“) und vom 20. Mai 2009 („Umsetzungsbericht“).

3. Die Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) aus dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG), Pflege-Weiterentwicklungs-Gesetz (PfWG) und Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) sollen nach Ziel und Inhalt erhalten bleiben.

4. Die Übergangsregelungen des PNG zur Leistungsverbesserung, insbesondere für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, schaffen kein Präjudiz für die Novellierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

5. In der Ausgestaltung ihrer Vorschläge ist die AG 3 maßgeblich von Vorarbeiten der AG 1 (Leistungsrecht) und AG 4 (Überleitungsregelungen) abhängig.

6. Die AG benennt die zu bearbeitenden Fragen und formuliert Empfehlungen an die Akteure. Verhandlungen der Vertragspartner kann sie jedoch weder ersetzen noch vorwegnehmen.

7. Die Vorschläge der AG 3 müssen auch den Gesichtspunkt des organisatorischen und administrativen Verwaltungsaufwands berücksichtigen.

8. Die Empfehlungen basieren auf dem notwendigen Änderungsbedarf durch die Novellierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs gegenüber der sozialen Pflegeversicherung in der Fassung des Pflegeneuausrichtungsgesetzes[139] (Minimallösung). Ergänzende, über die Minimallösung hinausgehende Änderungsbedarfe sind fundiert zu begründen.

9. Vorläufige Prämisse der AG 3 auf Basis der bisherigen Beratungen der AG 1: Beibehaltung der bisherigen Leistungsstruktur ambulant (Geld-/Sachleistungen, Kombileistungen) und stationär.

II. Zu entscheidende Fragen

1. Geklärt werden muss, ob sich infolge der Neudefinition des Leistungsrechts Änderungen beim Leistungsumfang und bei der Leistungsstruktur im Vergleich zum Leistungsrecht ergeben. Dies kann erst in Abhängigkeit von den Ergebnissen der AG 1 (Ziffern III. 2.3, 3.1, 5.2 der Arbeitsgrundlage der AG 1) geklärt werden. Mit dem Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes werden häusliche Betreuungsleistungen als Übergangsregelung ergänzend in den Leistungskatalog der Sozialen Pflegeversicherung aufgenommen. Hieraus ergeben sich bereits Bedarfe für Vertrags- und Vergütungsanpassungen. Falls Vertragsanpassungen bereits aufgrund des PNG erfolgten: Müssen mit der Neudefinition und der Festlegung der Leistungsarten bisherige Regelungen überarbeitet werden?

2. Ergeben sich zulassungs- und vertragsrechtliche Änderungen hinsichtlich der Strukturanforderungen durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs? Bedarf es einer neuen Personalstruktur anhand von Pflegegraden? Gibt es Anpassungsbedarf bei den Personalrichtwerten, neue Vergütungsformen anhand von Pflegegraden?

3. Welche administrativen und organisatorischen Konsequenzen ergeben sich in der Übergangsphase? Bedarf es einer Ermittlung von Äquivalenzziffern? Gibt es eine Äquivalenz alter und neuer Pflegeklassen? Wie kann die Umstellung erfolgen? Welche Prämissen sind hierfür zu setzen? Die Beantwortung der Frage sind neben den Ergebnissen aus der AG 1 auch abhängig von den Ergebnissen der AG 4.

4. Die Leistungen für PEA nach PflEG, PfWG und PNG sollen nach Ziel und Inhalt erhalten bleiben. Was sind Ziel und Inhalt? Wie sollen mit diesen Leistungen und deren Verträgen umgegangen werden? Wie können zum Beispiel §§ 45b, 45c und 87b SGB XI in das Gesamtsystem integriert werden?

5. Müssten im Falle eines vom Ort der Leistungserbringung unabhängigen einheitlichen Leistungsanspruches auch die Instrumente der Qualitätssicherung

---

139 Beschlusslage im Expertenbeirat ist es, dass sowohl das Pflege-Weiterentwicklungs-Gesetz (PfWG) als auch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) in Bezug zu nehmen sind. Begründung ist, dass das PfWG wegen der Ausgestaltung der PNG-Leistungen als Vorziehleistungen relevanter Bezugspunkt bleiben müsse, mindestens für die Kostenfolgeberechnungen; das PNG ist deswegen relevant, weil es die dann aktuelle Gesetzeslage darstelle.

angepasst werden? Ergeben sich Änderungsbedarfe bei der Qualitätssicherung von Leistungen (unter anderem zum Beispiel bei § 115 Abs. 3 SGB XI), die durch das Neue Begutachtungsassessment und den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff stärker in den Fokus des Leistungsrechts rücken?

6. Gibt es Auswirkungen auf Zusatzleistungen?

7. Welche Besonderheiten ergeben sich beim „Poolen" von Leistungen?

8. Soweit § 40 SGB XI im Leistungsrecht geändert wird: Welche Anpassungen in § 78 SGB XI sind notwendig?

9. Welche gesetzlichen Änderungen im SGB XI sind notwendig, welche sinnvoll (zum Beispiel Vereinheitlichung der Begriffe „Pflege", „Versorgung", „Betreuung" etc. im Vertrags- und Vergütungsrecht bzw. den dieses betreffenden allgemeinen Vorschriften)?

Anlage 10
Arbeitsgrundlage der Arbeitsgruppe 4

Überleitungsregelungen

I. Prämissen

1. Relevante Vorgaben aus dem Auftrag des Ministers vom 1. März 2012 an den Expertenbeirat:

   1.1 „Der Grundsatz des Vorrangs der ambulant-häuslichen Versorgung ist konsequent zu beachten." (Auftrag, Ziffer 2.1)

   1.2 „Das Teilleistungsprinzip bleibt zentrales Element der Pflegeversicherung." (Auftrag, Ziffer 2.2)

   1.3 „Kein heute bereits pflegebedürftiger Leistungsempfänger soll durch die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs Nachteile erfahren." (Auftrag, Ziffer 2.3)

   1.4 „Leistungsverschiebungen und damit Verschiebungen in der Finanzlast verschiedener Sozialleistungssysteme sind zu vermeiden. Im Rahmen eines Gesamtfinanzierungstableaus soll es nicht zu Verschiebungen der Kostenrelationen zwischen den Sozialleistungsträgern kommen. Die Frage der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist unabhängig vom Reformprozess der Eingliederungshilfe zu beantworten." (Auftrag, Ziffer 2.4)

   1.5 „Es bedarf der Ausgestaltung einer Übergangsregelung, die dafür sorgt, dass bisherige Leistungsbezieher durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht schlechter gestellt werden. Zugleich soll die Zahl der Neubegutachtungen von bereits Pflegebedürftigen möglichst gering und damit operativ beherrschbar gehalten werden." (Auftrag, Ziffer 3.4).

2. Relevante Empfehlungen und Hinweise aus dem Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 26. Januar 2009 und dem Umsetzungsbericht des Beirats vom 20. Mai 2009: Bezogen auf die Arbeitsschwerpunkte der AG 4 sind insbesondere die folgenden Empfehlungen / Hinweise relevant:

- „Der Beirat empfiehlt die Versorgung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, die mit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz und dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eingeführt wurden, nach Ziel und Inhalt zu erhalten und die in 3.4.2[140] formulierten Hinweise zu prüfen und gegebenenfalls aufzugreifen." (Umsetzungsbericht, S. 49)
- „... [es] ist zu bedenken, dass es aus Praktikabilitätsgründen zwei parallele Begutachtungssysteme nicht geben sollte." (Umsetzungsbericht, S. 38)
- „... Bestandsschutzregelungen und administrative Regelungen [müssen] aufeinander abgestimmt werden." (Umsetzungsbericht, S. 38)
- „... eine auf rein formale Kriterien beschränkte Überleitung von Pflegestufen in Bedarfsgrade [hält der Beirat] für nicht sachgerecht." (Umsetzungsbericht, S. 39)

3. Festlegungen der AG 4:

   3.1 Es ist weder durch den Bundesminister für Gesundheit noch den Expertenbeirat ein Finanz-

140 Der Verweis auf Ziffer 3.4.2 (Finanzielle Auswirkungen von Bestandsschutzregelungen) ist vermutlich ein redaktionelles Versehen. Die Ausführungen zu den Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz finden sich unter Ziffer 3.5 (Versorgung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz).

rahmen für die Umsetzung des NBA und die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs festgelegt worden. Neben dem fachlich Gebotenen sind die finanziellen Folgen zu berücksichtigen.[141]

3.2 Grundlage der Überlegungen ist der Auftrag an den Expertenbeirat und die Berichte des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 26. Januar 2009 und vom 20. Mai 2009. Bereits beantwortete Fragen sollen nicht neu aufgeworfen werden.[142]

3.3 Insbesondere ist das NBA mit den im Umsetzungsbericht empfohlenen Modifizierungen und Nacharbeiten (zum Beispiel hinsichtlich der Bewertungssystematik, der Gewichtung der Module zueinander oder hinsichtlich des Eingangsschwellenwerts für den Bedarfsgrad 1) Grundlage für die weiteren Beratungen.[143]

3.4 Die Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz aus dem PflEG, PfWG und Entwurf zum PNG sollen nach Ziel und Inhalt erhalten bleiben.[144] Für die Übergangsregelung sind die Besonderheiten der Leistungen der §§ 123, 124 SGB XI in der Form des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes, die „bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt", gelten, zu beachten. Hierzu sind Überleitungsregelungen zu erarbeiten.

3.5 Zum Verfahren:[145] Die wesentlichen für die Arbeit der AG 4 und der anderen Arbeitsgruppen erforderlichen Entscheidungen werden vom Expertenbeirat beraten und getroffen. Die AG 4 bereitet diese Entscheidungen entsprechend vor. Es ist in zentralen Punkten in der Koordinierungsgruppe die Abstimmung der Arbeitsergebnisse mit den anderen Arbeitsgruppen erforderlich.

II. Ziele

1. Hauptziel:
Ziel ist die Ausgestaltung von Übergangsregelungen, die dafür sorgen, dass bisherige Leistungsbezieher durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht schlechter gestellt werden. Zugleich soll bei der Art und Weise der Ausgestaltung der Überleitungsregelungen mit bedacht werden, dass die Zahl der Neubegutachtungen, insbesondere von bereits Pflegebedürftigen, möglichst gering und damit operativ beherrschbar gehalten werden.

Die AG 4 stimmt sich mit der AG 2 (Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens), die einen Vorschlag für die schrittweise Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens erarbeitet, sowie der AG 1 (Leistungsrecht und Schnittstellen zu anderen Sozialleistungssystemen) ab. Vorschläge zur Anpassung von Vertrags- und sonstigen Regelungen sind nicht Gegenstand der AG 4. Zum Vorschlag für die Ausgestaltung einer Übergangsregelung gehört gegebenenfalls auch ein realistischer, zügiger Zeitplan für die einzelnen Schritte (Roadmap).

2. Unterziele:
2.1 Festlegung eines gemeinsamen Verständnisses der Rahmenbedingungen für die Überleitung.

2.2 Darstellung der Vor- und Nachteile einschließlich der finanziellen Folgen verschiedener Überleitungsmodelle unter besonderer Betrachtung einzelner Personenkreise innerhalb der Leistungsbezieher der Pflegeversicherung, zum Beispiel Menschen mit demenziellen Erkrankungen / eingeschränkter Alltagskompetenz, Menschen mit Behinderungen, pflegebedürftige Kinder; wenn möglich: Vorschlag eines mehrheitlich favorisierten Überleitungsmodells.

2.3 Darstellung und kurzfristige Kommunikation der Rückbezüge und Rückfragen, die sich aus der Diskussion der AG 4 für die Arbeit der AG 1 (Leistungsrecht und Schnittstellen zu anderen Sozialleistungssystemen), der AG 2 (Einführung des neuen Begutachtungs-

141 Eine gleichlautende Formulierung verwendet auch die Arbeitsgrundlage der AG 1 vom 31.05.2012, Ziffer I. 4., sowie die der AG 2 vom 18.06.2012, Ziffer 1.5.

142 Eine gleichlautende Formulierung verwendet auch die Arbeitsgrundlage der AG 1 vom 31.05.2012, Ziffer I. 1.; die der AG 2 vom 18.06.2012, Ziffer I. 1., sowie das Protokoll der Koordinierungsgruppe vom 21.03.2012.

143 Eine gleichlautende Formulierung verwendet auch die Arbeitsgrundlage der AG 1 vom 31.05.2012, Ziffer I. 2. sowie die der AG 2 vom 18.06.2012, Ziffer I. 12., Letztere mit dem Klammerzusatz „und zu den Schwellenwerten".

144 Eine gleichlautende Formulierung verwendet die Arbeitsgrundlage der AG 1 vom 31.05.2012, Ziffer I.3. Die Arbeitsgrundlage der AG 2 vom 18.06.2012 formuliert unter Ziffer I.3: „Die Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz sollen nach Ziel und Inhalt erhalten bleiben."

145 Ein entsprechender (bezüglich der Bezeichnung der jeweiligen AG) Verfahrenshinweis ist in der Arbeitsgrundlage der AG 1 vom 31.05.2012, Ziffer I.7., sowie der Arbeitsgrundlage der AG 2 vom 18.06.2012, Ziffer II., enthalten.

verfahrens) und der AG 3 (Vertrags- und Vergütungsrecht) ergeben.

2.4 Identifizierung relevanter Aspekte für einen konkreten, realistischen Zeitplan für die einzelnen Schritte (Roadmap) in Abstimmung mit den Ergebnissen der Arbeitsgruppen 1, 2 und 3.

2.5 Darstellung flankierender Maßnahmen, die die Belastungen durch die Überleitung für die Versicherten verringern können.

III. Zu entscheidende Aspekte

0. Bei allen Punkten ist zu berücksichtigen: Welche Daten bedürfen der kurzfristigen Aktualisierung (Aktualisierung soll unter Einbeziehung der im Entwurf für ein PNG vorgesehenen Leistungen erfolgen)? Sind die den Berechnungen zugrunde liegenden Annahmen (zum Beispiel S. 31, S. 59ff. des Umsetzungsberichts) wissenschaftlich nach wie vor vertretbar? Klärung, welche Arbeitsgruppe für die Kostenfolgenberechnungen zuständig sein soll.

1. Welche Überleitungsmodelle sind denkbar?

- Zum Beispiel Stichtagsregelung, formale Überführung, schrittweise Einführung mit zeitweiliger Parallelität.

2. Insbesondere:

- Personenkreis, der von einer Übergangsregelung erfasst werden soll (Umsetzungsbericht: alle Personen, die zum Zeitpunkt des Systemwechsels Leistungen der Pflegeversicherung beziehen oder beantragt haben)
- Die (auch rechtliche) Reichweite des Vertrauensschutzes (Umsetzungsbericht: Nur Schutz des grundsätzlichen Anspruchs auf Gewährung von Hilfeleistungen oder auch Schutz hinsichtlich der Höhe der bisherigen Leistungen) und seine Anknüpfung?
- Der Zeitraum, für den Bestandsschutz gewährt werden soll (ist eine Differenzierung nach Personengruppen möglich und zulässig?) (Umsetzungsbericht ist von drei Jahren ausgegangen, ohne dass dies als Festlegung verstanden werden sollte. Argument: 80 % der Pflegebedürftigen versterben oder erhalten eine höhere Pflegestufe im Verlaufe des Zeitraums von drei Jahren.)
- Voraussetzung eines Anspruchs auf Neubegutachtung? „Meistbegünstigung“? „Verschlechterungsverbot“ bei Neubegutachtung während Bestandsschutzzeit?
- Fristen, Antragstellung etc.
- Anpassung und Ausgestaltung von Normen (welche sind betroffen?)

3. Welche Vor- und Nachteile einschließlich der finanziellen Folgen haben verschiedene Überleitungsmodelle unter besonderer Betrachtung einzelner Personenkreise innerhalb der Leistungsbezieher der Pflegeversicherung, zum Beispiel Menschen mit demenziellen Erkrankungen / eingeschränkter Alltagskompetenz, Menschen mit Behinderungen, pflegebedürftige Kinder?

- Unterschiede, wenn bestehende oder nach Inkrafttreten des PNG bestehende Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (zum Beispiel § 45b und § 87b, aber auch §§ 45 c und d SGB XI) als separate Leistungen bestehen bleiben oder in die Leistungen der §§ 36 ff. SGB XI eingeordnet werden?
- Unterschiede, wenn Leistungen des SGB XI voll budgetfähig werden sollen?
- Auswirkungen auf die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen?

4. Welche flankierenden Maßnahmen sind sinnvoll?

- Zum Beispiel Informationspflicht der Pflegekassen, Beratungsanspruch, ob Bestandsschutz genutzt oder lieber Neubegutachtung beantragt werden sollte?

Anlage 11
Roadmap

Hinweise zum Prozessablauf bei Einführung des NBA

Die Einführung des NBA wird bei allen an der Pflegeversicherung beteiligten Organisationen arbeitsintensive Umsetzungsarbeiten mit sich bringen. Legislative Planungen sollten berücksichtigen, dass aus Gründen der

Sorgfalt und der Qualität vor dem routinemäßigen Einsatz des NBA ein zeitlicher Vorlauf erforderlich ist, dessen Ausprägung hier dargestellt wird. Dabei wird es organisationsspezifische Aufgaben geben. Schnittmengen der notwendigen Umsetzungsschritte, die alle beteiligten Organisationen betreffen, sollten ressourcenschonend auch gemeinsam bearbeitet werden. Es wird empfohlen, hierfür eine Plattform zum Beispiel in Form einer Arbeitsgruppe zu schaffen, die aus Vertretern von Leistungsträgern, GKV-SV, MDS, Leistungserbringern und Betroffenenorganisationen besteht, und die zu gemeinsam zu bearbeitenden Themen Umsetzungsvorschläge vorlegt. Die mit * gekennzeichneten Themen eignen sich zur gemeinsamen Erarbeitung der Grundlagen.

A. Aufgaben der Pflegekassen, des GKV-Spitzenverbandes und der Medizinischen Dienste

Die Einführung des NBA kann die Anpassung und Zusammenführung von bestehenden Richtlinien – insbesondere zur Vermeidung von Redundanzen – sinnvoll erscheinen lassen:

1. Erarbeitung der Begutachtungs-Richtlinien
Zunächst ist eine Grundentscheidung darüber zu treffen, ob die aktuelle Trennung in mehrere Richtlinien beibehalten werden soll oder ob die bestehenden Richtlinien in einer Richtlinie zusammengeführt werden sollen. Dies hängt von politischen Grundentscheidungen und von der fachlichen Vorbereitung im Expertenbeirat ab. Grundlage des Richtlinientextes wird das Manual zum NBA sein. In den Richtlinien müssen weitere Konkretisierungen vorgenommen bzw. Themen geregelt werden, die im Manual zum NBA nicht oder nicht ausführlich genug dargestellt sind (zum Beispiel Ablauf der Begutachtung, Befunderhebung etc.).

Die notwendigen Arbeiten betreffen folgende, aktuell bestehende Richtlinien:

a) Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien – PflRi) zuletzt vom 11. Mai 2006

b) Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches **(Begutachtungs-Richtlinien – BRi)** vom 8. Juni 2009

c) Richtlinien zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs zuletzt vom 10. Juni 2008

d) Richtlinien zur Anwendung der Härtefallregelungen zuletzt vom 28. Oktober 2005

Es kann davon ausgegangen werden, dass vor Beginn der Umsetzungsphase des NBA die Ergebnisse einer noch durchzuführenden Studie vorliegen, wie im NBA die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit von Kindern, Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und Personen mit besonders ausgeprägtem Hilfebedarf sowie Fragen der Rehabilitationsfeststellung abgebildet werden. Die Erkenntnisse aus dieser Studie zu den genannten Themenbereichen werden im Manual des NBA und in den Richtlinien ausformuliert.

Falls die jetzigen Regelungen beibehalten werden, sind für die Neufassung von Richtlinien vor Inkrafttreten der Regelanwendung des NBA folgende Arbeitsschritte erforderlich:

- Entwicklung neuer Richtlinien durch den GKV-Spitzenverband gegebenenfalls inklusive der Entwicklung eines neuen Formulargutachtens auf der Grundlage des Manuals zum NBA
- Beteiligung der Vertreter der Selbstverwaltung gem. § 17 Abs. 1 SGB XI in Verbindung mit § 118 SGB XI n. F. (derzeit unter Berücksichtigung der Änderungen des PNG: MDS, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesverbände der Pflegeberufe und der behinderten Menschen, BAGFW, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, kommunale Spitzenverbände auf Bundesebene, Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime sowie Verbände privater ambulanter Dienste und der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen nach Maßgabe der Verordnung nach § 118 Abs. 2 SGB XI n. F.)
- Auswertung Beratungsergebnisse aus dem Beteiligungsverfahren und gegebenenfalls Änderungen und schriftliche Begründung bei Ablehnung von Änderungen
- Beschlussfassung des GKV-Spitzenverbandes
- Genehmigung durch das BMG

Der Zeitbedarf für die Erarbeitung der verschiedenen Richtlinien einschließlich der Beteiligungs- und Ge-

nehmigungsverfahren kann nur ungefähr abgeschätzt werden; es wird von einem Rahmen ausgegangen, der zwischen sechs und zehn Monaten liegen kann.

2. Information
Möglich wäre es, die Umstellung vom Begutachtungsverfahren nach den jetzigen Richtlinien auf das NBA in Stufen durchzuführen, wie dies bereits mit Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 gehandhabt wurde. In diesem Fall wäre zu prüfen, wie die Sicherstellung des Gleichheitsgrundsatzes des Art. 3 GG gewährleistet wird.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das NBA müssen gegenüber den Versicherten, Pflegeeinrichtungen, Seniorenvertretungen / Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen, Pflegestützpunkten etc. kommuniziert werden. Die Informationsinhalte sollen dazu beitragen, dass die Erwartungen an das NBA sich in einem realistischen Rahmen halten, sie sollen auch unnötige Anträge und Begutachtungen vermeiden. Diese Information erfolgt zielgruppenspezifisch mit unterschiedlichen Medien (wie zum Beispiel Flyer, Zeitschriften, Internet, Telefon) zu folgenden Inhalten:

- Kurzdarstellung NBA*
- Was ist vom NBA zu erwarten? Besserstellung von bestimmten Personen mit psychischen und kognitiven Einschränkungen*
- Was ist vom NBA nicht zu erwarten? Zum Beispiel keine Vollversicherung*
- Für wen ändert sich etwas und wer muss was unternehmen?*
- Was passiert mit Versicherten, die bereits eine Pflegestufe haben?*
- Darstellung des Überleitungsverfahrens*
- Wer sollte einen neuen Antrag stellen? Hier: Darstellung des Verfahrens, nach welchen Kriterien die Pflegeeinrichtungen an der Umsetzung des NBA mitwirken*
- Adressen und Telefonnummern der Pflegekassen und Pflegeberater für weitergehenden Beratungsbedarf*

Die Planung und Durchführung der Informationselemente kann in einzelnen Schritten erfolgen. Der Zeitbedarf für diese Arbeiten wird auf sechs Monate veranschlagt.

3. Entwicklung und Einführung der Software
Entwicklung einer bundesweit einheitlichen EDV-Version des Begutachtungsinstrumentes mit definierten Pflichtfeldern und Datensätzen (zum Beispiel ambulant, stationär, Gutachten nach Aktenlage) zur Erstellung der Gutachten mit integrierter Plausibilitäts- und Vollständigkeitsprüfung (formal) und statistischer Auswertung. Sinnvoll ist eine einheitliche Programmierung, die für alle MDK und Gutachterdienste verbindlich ist.

Der Zeitbedarf dieser Arbeiten dürfte bei circa sechs Monaten liegen. Die Auftragsvergabe kann erst erfolgen, wenn keine Änderungen in den Begutachtungs-Richtlinien im NBA mehr zu erwarten sind.

4. Schulung der Gutachter
- Erstellung eines bundesweit einheitlichen Schulungskonzeptes (Curriculum) für die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem NBA. Adressaten der Schulung sind alle in der Pflegebegutachtung tätigen Gutachter (MDK, Medicproof und gegebenenfalls weitere Gutachter), um eine bundesweit einheitliche Begutachtung sicherzustellen.
- Evaluation des Schulungskonzeptes und gegebenenfalls Anpassung des Curriculums
- Vorherige Pilotierung anhand von Mustergutachten einschließlich einer Befragung der NBA-Anwender (Gutachter)
- Schulung der Pflegegutachter bei MDK, Medicproof und anderen Gutachtern anhand des erprobten Curriculums

Der Zeitbedarf für diese Aufgabe beträgt ungefähr drei Monate.

5. Qualitätssicherungsverfahren
- Zur inhaltlichen Qualitätsprüfung der Begutachtung ist eine Festlegung von Qualitätsindikatoren erforderlich.
- Die Anpassung der Richtlinien zur Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung kann erst nach Fertigstellung der Richtlinien zur Einführung des NBA erfolgen.

Der Zeitbedarf wird auf circa sechs Monate veranschlagt.

B. Aufgaben der Leistungserbringerverbände, Träger und Einrichtungen

1. Beratung und Schulung
- Grundlegende Information der Träger über neue Einstufungssystematik und zur Überleitung von Pflegestufen in Pflegegrade (Übergangsregelungen)

- Grundlegende Informationen zum NBA*
- Entwicklung und Anpassung von Schulungskonzepten und Curricula für Einrichtungen; Pflegeschulen und Mitarbeiter zum NBA; insbesondere die Pflege und Unterstützung von gerontopsychiatrisch veränderten Menschen
- Schulung der Einrichtungen und der Mitarbeiter
- Inhalte und Aufbau des NBA und das damit verbundene neue Pflegeverständnis auf allen Ebenen der Pflegeaus- und Fortbildung vermitteln

Der Zeitbedarf der Schulungsaufgaben dürfte bei bis zu sechs Monaten liegen, davon abweichend kann die Ausrichtung auf das NBA im Bereich der pflegerischen Aus- und Weiterbildung deutlich länger dauern. Das ist auch abhängig beispielsweise von den entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen.

2. Schnittstelle zu Kunden / Versicherten

- Die Verträge mit den Kunden sind anzupassen
- Aufklärung der Kunden über Paradigmenwechsel mit dem Ziel der Stärkung der Selbstpflege*
- Aufklärung darüber, was Kunden an Leistungen erwarten können und was nicht*

Für diese Aufgaben sollten drei Monate ausreichend sein.

C. Offene Fragen – Themenspeicher

- Anpassung der Pflegedokumentation – Festlegung einheitlicher Kriterien für Pflegedokumentation, abgeleitet aus dem NBA
- Entwicklung und Etablierung neuer Leistungsangebote durch neue Leistungsausgestaltung (Ressourcenförderung, Betreuungsleistungen)
- Neue Leistungsinhalte und ein neues Pflegeverständnis erfordern eventuell einen anderen Personal- bzw. Qualifikationsmix
- Prüfung, ob NBA als Personalbemessungsinstrument genutzt werden kann, abgeleitet vom Pflegebedarf (Antworten, die sich gegebenenfalls aus Ergebnissen anderer AGs des Beirats ergeben)
- Besonderer Beratungsbedarf von Pflegegeldempfängern (gegebenenfalls notwendige Ausweitung beziehungsweise Anpassung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI)
- Die Schnittstellenklärung zu anderen Leistungssystemen (SGB XII, V, IX)* (Antworten, die sich gegebenenfalls aus Ergebnissen anderer AGs des Beirats ergeben), Klärung der Übergangsfrist: Kontrollen durch MDK, Heimaufsicht sind inhaltlich zu definieren
- Konzertiertes Vorgehen der Selbstverwaltungsebene mit dem Ziel eines konfliktfreien Umsetzungsprozesses von Beginn der Überleitung an*

Zeitbedarf: Die Vorbereitungsarbeiten zur Lösung dieser Fragen sind zum Teil von mittelfristiger Projektdauer und schwer derzeit in Monaten zu fassen.

Zeitlicher Rahmen

Für den Einführungsprozess des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) ist – auch unter der Annahme, dass einige Arbeitsschritte parallel abgewickelt werden können – von mindestens 18 Monaten auszugehen.

Verzeichnisse

Literaturverzeichnis

Bartholomeyczik, S. & **Höhmann,** U. (2013): Pflegewissenschaftliche Prüfung der Ergänzungen und Modifikationen zum Neuen Begutachtungsassessment (NBA), Kurzexpertise, Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) und Hochschule Darmstadt, Witten und Darmstadt.

Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009a): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2009b): Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Bundesministerium für Gesundheit, Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (2011): Soziale Pflegeversicherung – Leistungstagestatistik, Berlin.

Kimmel, A., **Kowalski,** I. & **Pick,** P. (2013a): Umsetzung des NBA – Überleitung heutiger Leistungsempfänger, Kurzexpertise, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Essen.

Kimmel, A., **Kowalski,** I. & **Pick,** P. (2013b): Umsetzung des NBA – Überleitung heutiger Leistungsempfänger, Kurzexpertise, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Ergänzungstext: Abschätzungen der Überleitungsregelungen mit Varianten 1 bis 3, Essen.

Klie, T. & **Krahmer,** U. (Herausgeber (2009)): Sozialgesetzbuch XI – Soziale Pflegeversicherung, Lehr- und Praxiskommentar, 3. Auflage, Nomos, Baden-Baden.

Medicproof (2011): Tätigkeitsbericht 2011. Zum Download verfügbar unter: http://www.medicproof.de/fileadmin/user_upload/Bildmaterial/PDF/Webversion_Medicproof_Taetigkeitsbericht_2011.pdf (27. Juni 2013).

Rothgang, H. & **Sauer,** S. (2013): Aktualisierung der Ergebnisse zur NBA-Einschätzung von Menschen mit Behinderungen auf der Basis der aktualisierten Bewertungssystematik – Aktualisierungsbericht, Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, Bremen.

Rothgang, H.; **Bauknecht,** M. & **Iwansky,** S. (2012): Studienprotokoll Ableitung Leistungshöhen NBA – Projektthema: Studie zur Schaffung empirischer Grundlagen zur Ableitung von Leistungshöhen im SGB XI bei Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Neuen Begutachtungsassessments (NBA), Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, Bremen.

Rothgang, H; **Iwansky,** S; **Müller,** R.; **Sauer,** S. & **Unger,** R. (2011): BARMER GEK Pflegereport 2011, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 11, BARMER GEK, Schwäbisch Gmünd.

Schellhorn, W.; **Schellhorn,** H. & **Hohm,** K.-H. (2006): Kommentar zum Sozialgesetzbuch XII – Sozialhilfe, 17. Auflage, Luchterhand, München.

Udsching, P. (Hrsg.) (2010): Soziale Pflegeversicherung – Kommentar, 3. Auflage, C. H. Beck, München.

Wingenfeld, K. & **Gansweid,** B. (2013): Analysen für die Entwicklung von Empfehlungen zur leistungsrechtlichen Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – Abschlussbericht, Institut für Pflegewissenschaft (IPW) an der Universität Bielefeld und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe, Bielefeld und Münster.

Wingenfeld, K., **Büscher,** A. & **Gansweid,** B. (2011): Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, Bericht der Hauptphase 1, Band 2, Schriftenreihe des GKV-Spitzenverbands zum Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Berlin.

Zum Download auch verfügbar unter:

Bericht Hauptphase 1:[146]
Bericht mit vollständigen Anlagen:

http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Abschlussbericht_IPW_MDKWL_25.03.08.pdf (27. Juni 2013)

Anlagenband (einschließlich Begutachtungsmanual für Erwachsene und Formulargutachten):
Bericht mit vollständigen Anlagen:

http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Anlagenband_IPW_MDKWL_25.03.08.pdf (27. Juni 2013)

http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/schriftenreihe/GKV-Schriftenreihe_Pflege_Band_2_18962.pdf

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 18
Gremienstruktur des Expertenbeirats

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 21
Bewertungssystematik der Hauptphase 1

Tabelle 2 22
Aktualisierte Bewertungssystematik

Tabelle 3 22
Schwellenwerte mit Änderungsverlauf

Tabelle 4 23
Aktuelle Schwellenwerte des Expertenbeirats (Stand: Mai 2013)

Tabelle 5 44
Personen mit dem zukünftigen Pflegegrad 1 aus Antragstellerstatistik (gerundet)

Tabelle 6 54
Leistungsbeträge für Beispielsrechnung zu den kombinierten Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und Setzung der gegenwärtigen Geldleistungsbeträge als zukünftige Geldleistungsbeträge

Tabelle 7 54
Kombinierte Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und Setzung der gegenwärtigen Geldleistungsbeträge als zukünftige Geldleistungsbeträge

Tabelle 8 55
Leistungsbeträge für Beispielsrechnung zu den kombinierten Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und Setzung der gegenwärtigen ambulanten Sachleistungsbeträge als zukünftige Sachleistungsbeträge

Tabelle 9 55
Kombinierte Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und Setzung der gegenwärtigen ambulanten Sachleistungsbeträge als zukünftige Sachleistungsbeträge

Tabelle 10 56
Verhältnis der Leistungsbeträge bei Orientierung an den mittleren Punktwerten der Pflegegrade

Tabelle 11 57
Leistungsbeträge für Beispielsrechnung zu den kombinierten Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und der Orientierung der Geldleistungsbeträge an den mittleren Punktwerten der Pflegegrade

Tabelle 12 57
Kombinierte Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und der Orientierung der Geldleistungsbeträge an den mittleren Punktwerten der Pflegegrade

146 Der Bericht zur Hauptphase 2 ist ebenfalls zum Download verfügbar unter: http://www.mds-ev.de/media/pdf/PflAss_Endbericht_Phase2_081202.pdf (27.06.2013).

Tabelle 13 57
Leistungsbeträge für Beispielsrechnung zu den kombinierten Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und der Orientierung der ambulanten Sachleistungsbeträge an den mittleren Punktwerten der Pflegegrade

Tabelle 14 58
Kombinierte Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und der Orientierung der ambulanten Sachleistungsbeträge an den mittleren Punktwerten der Pflegegrade

Tabelle 15 59
Verhältnis der Leistungsbeträge bei Orientierung an den unteren Schwellenwerten der Pflegegrade

Tabelle 16 59
Leistungsbeträge für Beispielsrechnung zu den kombinierten Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und der Orientierung der Geldleistungsbeträge an den unteren Schwellenwerten der Pflegegrade

Tabelle 17 60
Kombinierte Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und der Orientierung der Geldleistungsbeträge an den unteren Schwellenwerten der Pflegegrade

Tabelle 18 60
Leistungsbeträge für Beispielsrechnung zu den kombinierten Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und der Orientierung der ambulanten Sachleistungsbeträge an den unteren Schwellenwerten der Pflegegrade

Tabelle 19 61
Kombinierte Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und der Orientierung der ambulanten Sachleistungsbeträge an den unteren Schwellenwerten der Pflegegrade

Tabelle 20 62
Leistungsbeträge für Beispielsrechnung zu den kombinierten Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und proportionalem Anstieg (Geldleistung)

Tabelle 21 62
Kombinierte Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und proportionalem Anstieg (Geldleistung)

Tabelle 22 63
Leistungsbeträge für Beispielsrechnung zu den kombinierten Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und proportionalem Anstieg (ambulante Sachleistung)

Tabelle 23 63
Kombinierte Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und proportionalem Anstieg (ambulante Sachleistung)

Tabelle 24 64
Leistungsbeträge für Beispielsrechnung für einen separaten Entlastungsbetrag in der ambulant-häuslichen Versorgung

Tabelle 25 65
Leistungsbeträge für Beispielsrechnung mit Setzung der gegenwärtigen vollstationären Sachleistungsbeträge als neue Beträge

Tabelle 26 66
Kombinierte Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten und Setzung der gegenwärtigen vollstationären Sachleistungsbeträge als neue Beträge

Tabelle 27 67
Darstellung der von Wingenfeld & Gansweid vorgeschlagenen Äquivalenzziffern (2013)

Tabelle 28 67
Leistungsbeträge für Beispielsrechnung Äquivalenzziffernmodell mit 1.023 EUR in PG 2

Tabelle 29 68
Kombinierte Wirkungen von Übergangswahrscheinlichkeiten beim Äquivalenzziffernmodell mit 1.023 EUR in PG 2

Tabelle 30 81
Begutachtungen der MDK für die Soziale Pflegeversicherung im Jahr 2011 nach Begutachtungsarten

Tabelle 31 84
Auswirkungen einer Einstufung mit dem NBA auf einzelne Gruppen von Pflegebedürftigen („Übergangswahrscheinlichkeiten“)

Tabelle 32 84
Regel für die formale Überleitung der bisherigen Pflegebedürftigen ohne EA

Tabelle 33 85
Variante 1: Regel für die formale kollektive Überleitung für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz durch einfachen „Stufensprung“

Tabelle 34 86
Variante 2: Regel für die formale kollektive Überleitung für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz durch doppelten „Stufensprung“

Tabelle 35 87
Variante 3: Regel für die formale kollektive Überleitung für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz durch differenzierten „Stufensprung“

Tabelle 36 93
Übersicht zur Roadmap 3

Abkürzungsverzeichnis

EA: Eingeschränkte Alltagskompetenz

HF: Härtefall

PEA: Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

PG: Pflegegrad

PS: Pflegestufe

PflEG: Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz

PfWG: Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

PNG: Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz

Impressum

Herausgeber
Bundesministerium für Gesundheit
Kommunikationsstab (Referat Öffentlichkeitsarbeit)
11055 Berlin

Gestaltung
Atelier Hauer + Dörfler GmbH

Druck
Brandenburgische Universitätdruckerei und
Verlagsgesellschaft Potsdam mbH

Fotos
BMG
Stephan Klonk

Erstauflage: Juli 2013

Wenn Sie diese Broschüre bestellen möchten:

Bestell-Nr.:	BMG-P-07071
E-Mail:	publikationen@bundesregierung.de
Telefon:	030 / 18 272 2721
Fax:	030 / 18 10 272 2721
Schriftlich:	Publikationsversand der Bundesregierung Postfach 48 10 09 18132 Rostock

Gender-Hinweis:
In dieser Publikation werden, aus Gründen der besseren Lesbarkeit und des Platzmangels, nicht immer die weiblichen Formen gesondert genannt. Selbstverständlich beziehen sich diese Begriffe dann sowohl auf weibliche wie auch auf männliche Personen.

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 Zweckeder 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.

www.bundesgesundheitsministerium.de