



Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs



**Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des
Pflegebedürftigkeitsbegriffs**

20. Mai 2009

INHALTSVERZEICHNIS

<u>VORWORT DES BEIRATSVORSITZENDEN</u>	<u>5</u>	
<u>1. KAPITEL: AUSGANGSLAGE</u>	<u>7</u>	
<u>2. KAPITEL: ARBEITSPROZESS UND ARBEITSFORMEN</u>	<u>11</u>	
<u>3. KAPITEL: ERKENNTNISFORTSCHRITT / ERGEBNISSE.....</u>	<u>13</u>	
3.1	HERAUSFORDERUNGEN UND CHANCEN GERECHT WERDEN	13
3.2	DER NEUE PFLEGEBEDÜRFTIGKEITSBEGRIFF ALS INSTRUMENT DER VERÄNDERUNG ..	14
3.2.1	VORTEILE DES NEUEN BEGUTACHTUNGSVERFAHRENS UND DES IHM ZUGRUNDE LIEGENDEN NEUEN PFLEGEBEDÜRFTIGKEITSBEGRIFFS	15
3.2.2	NEUE PFLEGE BRAUCHT NEUE STRUKTUREN.....	17
3.2.3	ANPASSUNG DER BEWERTUNGSSYSTEMATIK	18
3.2.3.1	Änderung von Modulen.....	19
3.2.3.2	Änderung von Schwellenwerten	19
3.2.3.3	Gewichtung der Module.....	20
3.2.4	NEUGESTALTUNG VON BEDARFSGRADEN.....	21
3.2.4.1	Gestaltung des Bedarfsgrades 1	21
3.2.4.2	Gestaltung des Bedarfsgrades 5	22
3.3	UMSETZUNGSSZENARIEN.....	23
3.3.1	SZENARIO I – E ODELL NBA MIT BISHERIGEN GELDWERTEN	24
3.3.2	SZENARIO II – WEITGEHEND KOSTENNEUTRALES MODELL MIT BISHERIGEN GELDWERTEN.....	27
3.3.3	SZENARIO III – EZENARIO MIT ALTERNATIVEN GELDWERTEN	29
3.3.4	SZENARIO IV – WEITGEHEND KOSTENNEUTRALES SZENARIO MIT ALTERNATIVEN GELDWERTEN.....	36
3.4	BESTANDSSCHUTZ.....	38
3.4.1	ÜBERLEITUNG DER ALTEN PFLEGESTUFEN IN DIE NEUEN BEDARFSGRADE	39
3.4.1.1	Stichtagsregelung	39
3.4.1.2	Überleitung der Pflegestufen in Bedarfsgrade	39
3.4.2	FINANZIELLE AUSWIRKUNGEN VON BESTANDSSCHUTZREGELUNGEN	39
3.4.3	VERGÜTUNGEN IM STATIONÄREN BEREICH.....	42
3.5	VERSORGUNG VON PERSONEN MIT EINGESCHRÄNKTER ALLTAGSKOMPETENZ.....	43
3.5.1	LEISTUNGEN DER § 45B BIS § 45D SGB XI	43
3.5.2	LEISTUNGEN NACH § 87B SGB XI	45

3.6	VORBEREITENDE MAßNAHMEN	45
3.6.1	ÜBERARBEITUNG VON RICHTLINIEN.....	46
3.6.1.1	Begutachtungs- und Pflegebedürftigkeitsrichtlinien	46
3.6.1.2	Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	46
3.6.1.3	Härtefallrichtlinie	46
3.6.2	PERSONALBEDARF / FORT- UND WEITERBILDUNG	46
3.6.3	WEITERE ANPASSUNGEN.....	47

4. KAPITEL: UMSETZUNGSEMPFEHLUNGEN.....48

4.1	UMSETZUNG DES NEUEN BEGUTACHTUNGSINSTRUMENTS	48
4.1.1	ÄNDERUNG VON MODULEN	48
4.1.2	PRÜFUNG DER GEWICHTUNG DER MODULE.....	48
4.1.3	ÄNDERUNG VON SCHWELLENWERTEN	48
4.2	NEUGESTALTUNG DER BEDARFSGRADE 1 UND 5	48
4.3	BESTANDSCHUTZ.....	49
4.4	VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT EINGESCHRÄNKTER ALLTAGSKOMPETENZ	49
4.5	EMPFEHLUNGEN ZU VORBEREITENDEN MAßNAHMEN.....	49
4.6	AUSBLICK.....	50

ANLAGEN52

ANLAGE 1	MITGLIEDER DES BEIRATS ZUR ÜBERPRÜFUNG DES PFLEGEBEDÜRFTIGKEITSBEGRIFFS BEIM BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT .	52
ANLAGE 2	MITGLIEDER DER ARBEITSGRUPPE 1 „SZENARIEN“	55
ANLAGE 3	MITGLIEDER DER ARBEITSGRUPPE 2 „BESTANDSSCHUTZ“	57
ANLAGE 4	MITGLIEDER DER ARBEITSGRUPPE 3 „VORBEREITENDE MAßNAHMEN“	58
ANLAGE 5	METHODISCHE ANMERKUNGEN ZUR ERMITTLUNG DER ZUKÜNFTIGEN ANZAHL DER LEISTUNGSBERECHTIGTEN MIT DEM BEDARFSGRAD 1	59

Vorwort des Beiratsvorsitzenden

Der Beirat für die Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs legt nach seinem im Januar 2009 präsentierten Abschlussbericht, der die Empfehlungen für den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsverfahren enthält, nun seinen Umsetzungsbericht vor.

Wer Umsetzungsvorschläge macht, muss damit rechnen, dass sie unterschiedlich aufgenommen werden, einerseits ein positives Echo finden, andererseits aber auch kritisiert werden: z. B. von denen, die sagen, wie wichtig ein fachlich gutes Begutachtungsverfahren ist, noch wichtiger aber sei es, mehr Geld im System zu haben; oder von denen, die in unserer Gesellschaft die mangelnde Aufmerksamkeit für die Pflege alter Menschen beklagen, weil man das eigene Altern verdränge.

Beide Positionen hat der Beirat nicht eingenommen. Er stellt erneut die Eignung des neuen Begutachtungsverfahrens heraus und nimmt die Herausforderung an, auf dieser Grundlage mögliche Szenarien sorgfältig zu prüfen und „Verschiebebahnhöfe“ zu vermeiden. Die wirtschaftliche und arbeitsmarktpolitische Lage verbietet es, kurzfristige Varianten zu favorisieren; mittel- und langfristig tragfähige Lösungen müssen gestaltet werden. Nötig ist die Wahrnehmung der Vielfalt der Altersbilder und auch der Pflegebedürftigkeit, wenn man angemessen auf die Lebenslagen von Menschen mit Pflegebedarf reagieren will. Die ansteigende Zahl von Menschen mit Einschränkungen ihrer Alltagskompetenz fordert uns dabei besonders.

Ich danke den Mitgliedern des Beirats dafür, dass sie keine Patentrezepte vorlegen, sondern Modelle, die sich pflegewissenschaftlich prüfen lassen, die die finanziellen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen ausloten und Grenzen deutlich werden lassen und die drittens sozialpolitische Opportunitätsüberlegungen anstellen. Für den Beirat besteht ein Zusammenhang zwischen dem neuen Begutachtungsverfahren und der notwendigen Sicherung der pflegerischen Infrastruktur, wenn es gelingen soll, mit unterschiedlichen Mitteln Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuzögern sowie Menschen beizustehen, die in Würde gepflegt alt werden wollen.

Der Beirat will mit seinem Umsetzungsbericht die öffentliche Diskussion um den Stellenwert guter Pflege anregen und die Akzeptanz für die Bereitstellung von Mitteln dafür stärken.

Ich danke den Mitgliedern des Präsidiums für die Begleitung der Arbeit, den Arbeitsgruppen und ihren Vorsitzenden Herrn Klaus Dumeier, Frau Sabine Jansen, Herrn Harald Kesselheim und Herrn Paul-Jürgen Schiffer für ihre Beiträge, den beteiligten Wissenschaftlern und Institutionen, namentlich Herrn Dr. Klaus Wingenfeld, Herrn Dr. Andreas Büscher, Frau Dr. Barbara Gansweid, Herrn Dr. Ulrich Heine, Herrn Prof. Dr. Heinz Rothgang, Herrn Prof. Dr. Stefan Görres, Herrn Dr. Peter Pick und Herrn Prof. Dr. Jürgen Windeler.

Die Redaktionsgruppe (Vorsitz Dr. h. c. Jürgen Gohde) hat die Aufgabe übernommen, die Arbeitsergebnisse zu formulieren. Ich danke Herrn Klaus Dumeier, Frau Sabine Jansen, Herrn Harald Kesselheim, Herrn Gert Nachtigal, Herrn André Necke und Frau Dr. Irene Vorholz. Frau Christine Wilcken hat die Arbeit vorzüglich begleitet.

Dr. h. c. Jürgen Gohde

1. Kapitel: Ausgangslage

Am 29. Januar 2009 übergab der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs seinen Abschlussbericht an Bundesministerin für Gesundheit Ulla Schmidt.¹ Mit dem Abschlussbericht legte der Beirat konzeptionelle Überlegungen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI vor. Dabei zeigt der erarbeitete Vorschlag für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren der Politik Handlungsoptionen für die Weiterentwicklung der Pflege auf, in deren Mittelpunkt mehr Selbständigkeit und Teilhabe steht.

Bereits während der Arbeit an dem Abschlussbericht bat Bundesministerin Ulla Schmidt den Beirat in seiner Sitzung vom 15. Oktober 2008 um einen ergänzenden Bericht. Im Rahmen einer Umsetzungsstudie sollte insbesondere auf folgende Fragestellungen Antworten gegeben werden:

1. Welche vorbereitenden und begleitenden Maßnahmen sind aus Sicht des Beirats zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens erforderlich? Müssen zusätzliche administrative Voraussetzungen geschaffen werden, und wenn ja, welche?
2. Ist eine schrittweise Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens möglich und wie könnte dieses gestaltet werden? Ist ein Nebeneinander von "altem" und "neuem" Begutachtungsverfahren – gegebenenfalls mit individueller Wahlfreiheit durch den Antragsteller – möglich, und welche Folgen hätte dies?
3. Welche Möglichkeiten bestehen, im Rahmen eines Umsetzungskonzepts den Zeitpunkt der Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens nach bestimmten Gesichtspunkten zu differenzieren (z.B. regional unterschiedliche Einführungs- bzw. Erprobungsphasen; Unterscheidung nach bestimmten Gruppen der An-

¹ Veröffentlicht unter http://www.bmg.bund.de/cln_110/SharedDocs/Downloads/DE/Pflege/Bericht_zum_Pflegebed_C3_BCrftigkeitsbegriff.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/Bericht_zum_Pflegebedürftigkeitsbegriff.pdf.

tragsteller bzw. Leistungsberechtigten, z.B. schrittweise Einführung zunächst nur bei allen über 90-jährigen oder allen unter 65-jährigen Antragstellern)?

4. In welcher Form und in welchem Zeitraum soll und kann bisherigen Leistungsempfängern in der sozialen und privaten Pflegeversicherung Bestandschutz gewährt werden? Welche Wirkungen können in diesem Zusammenhang neue Begutachtungen haben?
5. Wie können die Leistungen der Pflegeversicherung an die neue Differenzierung der Bedarfsgrade angepasst werden? Sollen die Leistungsansprüche einheitlich nach den neuen Bedarfsgraden differenziert werden, oder ist eine Differenzierung nach dem Schwerpunkt der Einschränkung der Selbständigkeit sinnvoll?
6. Welche sonstigen Möglichkeiten bestehen, um das Risiko unerwünschter Kostenfolgen insbesondere für die soziale und private Pflegeversicherung zu begrenzen?
7. Welche Kostenwirkungen haben Maßnahmen und Szenarien, die auf der Grundlage der Fragen 1 bis 6 entwickelt werden, für die soziale und private Pflegeversicherung (Leistungsausgaben, Verwaltungsausgaben der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung)?

In Beantwortung dieser Fragestellungen unterbreitet der Beirat mit dem vorliegenden Umsetzungsbericht mögliche Strategien und konkrete Umsetzungsschritte zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens in das SGB XI. Der Bericht bewertet mögliche Alternativen, um auf dieser Grundlage die entsprechenden Empfehlungen für weitere Instrumente und Verfahren zur Umsetzung der Vorschläge des Abschlussberichts auszusprechen.

Die vorgelegten Ergebnisse dienen dazu, die Politik in ihrer Entscheidungsfindung zu unterstützen. Sie stärken damit auch die Erwartung, dass eine veränderte Betrachtung des pflegebedürftigen Menschen und eine verbesserte Pflege Wirklichkeit werden können.

Die Erarbeitung der Umsetzungsempfehlungen erfolgte auf der Grundlage der Ergebnisse und der Empfehlungen des Abschlussberichts des Beirats.²

Die gesetzliche Pflegeversicherung ist als ein Teilleistungssystem zu begreifen. Neben Sachleistungen bzw. Kostenerstattungen gewährt die Pflegeversicherung Geld- sowie Kombinationsleistungen.³

Der Beirat hält – wie bereits im ersten Bericht empfohlen – einen Pflegebedürftigkeitsbegriff für erforderlich, der alle körperlichen, geistigen und psychischen Beeinträchtigungen umfasst, sich differenziert an den Lebenslagen orientiert und auf den Grad der Selbständigkeit abstellt. Das Ziel der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens und der entsprechenden Ausgestaltung der Leistungen ist es, diesem Paradigmenwechsel von der Maßgeblichkeit des Umfangs des Pflegebedarfs zur Feststellung des Grades der Beeinträchtigung der Selbständigkeit Rechnung zu tragen. Die Anknüpfung an das Ausmaß der Selbständigkeit ermöglicht eine ganzheitlichere, auch kontextbezogene Wahrnehmung der Lebenslage der pflegebedürftigen Menschen und so eine höhere Gerechtigkeit in der Berücksichtigung der Beeinträchtigungen von Menschen. Die Berücksichtigung des Wunsches nach Selbständigkeit bringt nicht nur die Achtung der Würde des Menschen zum Ausdruck. Sie fördert gleichermaßen die Selbstverantwortung sowie das verlässliche, solidarische Eintreten für Menschen in Risikolagen. Die Orientierung an vorhandenen Ressourcen hat dabei eine ebenso maßgebende Bedeutung wie die Herausforderungen einer alternden Gesellschaft und der damit einhergehenden Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen.

Die vorgelegten Empfehlungen für Strukturen und Instrumente zur Implementation des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens beinhalten zwei Basis-Szenarien mit mehreren Einzelberechnungen. Neben dem in der Hauptphase 2 berechneten Szenario und ihm entsprechenden Geldwerten wurde in einem weiteren Szenario die Abweichung von den gegenwärtigen Geldwerten (alternative Lösungen zur Verknüpfung von Bedarfsgraden mit Geldwerten je Leistungsart) abgebildet. Der Entscheidung für die Darstellung dieses ergänzenden Szenarios lag die Überlegung zugrunde, dass die derzeitigen Pflegestufen und die Bedarfsgrade des neuen Begutachtungsinstrumentes eine unterschiedliche Spreizung

² Vgl. Abschlussbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Januar 2009, Kapitel 3 Empfehlungen des Beirats.

³ Vgl. §§ 4 Abs. 1, 28 Abs. 1 SGB XI und §§ 23, 110 SGB XI.

aufweisen. Beide Basis-Szenarien enthalten eine Variante, die sich weitgehend am bisherigen Leistungsniveau orientiert.

2. Kapitel: Arbeitsprozess und Arbeitsformen

Am 8. Januar 2009 hat der Beirat einen Arbeits- und Zeitplan zur weiteren Arbeit im Rahmen der Umsetzungsstudie beschlossen. Dieser sah die Bildung von drei Arbeitsgruppen zu den Themenkreisen „Szenarien“, „Bestandschutz“ und „vorbereitende Maßnahmen“ vor. Die Besetzung der Arbeitsgruppen erfolgte aus dem Beirat heraus.

Für die Koordinierung der Arbeit des Beirats war der Steuerungskreis unter Leitung des Vorsitzenden des Beirats, Dr. h. c. Jürgen Gohde, zuständig. Dem Steuerungskreis gehörten die Mitglieder des Präsidiums und die Vorsitzenden der Arbeitsgruppen an.⁴

Aufgabe der Arbeitsgruppe 1 „Szenarien“ war es, verschiedene Szenarien zur leistungsrechtlichen Umsetzung der Empfehlungen des Beirats vorzulegen und durchzurechnen. Dem Arbeitsauftrag der Arbeitsgruppe 1 lag insbesondere die Empfehlung 3.13 „Finanzielle Auswirkungen“ des Abschlussberichts zugrunde. Konkret waren verschiedene Modelle zur Wirkung von fünf Bedarfsgraden auf das Leistungsgeschehen, deren finanzielle Folgen sowie Überlegungen zu strukturellen Perspektiven darzustellen.

Die Arbeitsgruppe 2 „Bestandschutz“ hatte den Auftrag, Überlegungen zur Sicherung der individuellen und strukturellen Leistungen bei einem Systemübergang anzustellen. Neben der maßgeblichen Aufgabenstellung der Ausgestaltung von Bestandsschutzregelungen stand insbesondere die Klärung der Frage, wie die Hilfen für Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistiger Behinderung und/oder psychischen Erkrankungen in stationären Einrichtungen im Rahmen von § 87b SGB XI, der bisherigen Leistungen nach §§ 45a und 45b SGB XI sowie der Strukturmaßnahmen (niedrigschwellige Angebote) nach §§ 45c und 45d SGB XI erhalten bleiben können, im Mittelpunkt der Beratungen.

Der Arbeitsauftrag der Arbeitsgruppe 3 „vorbereitende Maßnahmen“ umfasste insbesondere die Darlegung notwendiger administrativer Vorkehrungen, einschließlich Richtlinien und Schulungen. Weiterhin sollten entsprechende Problemfelder benannt sowie – soweit möglich – Lösungsvorschläge erarbeitet werden.

⁴ Mitglied im Steuerungskreis waren Dr. h.c. Jürgen Gohde (Vorsitzender des Beirats), K.-Dieter Voß (GKV-Spitzenverband), Sabine Jansen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft), Klaus Dumeier (GKV-Spitzenverband), Harald Kesselheim (AOK-Bundesverband), Paul-Jürgen Schiffer (Verband der Ersatzkassen e.V.).

Der Erkenntnisprozess wurde im Rahmen einer Fachkonferenz des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. am 09. März 2009 gefördert und vertieft.⁵

⁵ Die Ergebnisse der Fachtagung sind unter <http://www.deutscher-verein.de/03-events/2009/gruppe4/f-410-09/> veröffentlicht.

3. Kapitel: Erkenntnisfortschritt / Ergebnisse

3.1 Herausforderungen und Chancen gerecht werden

Die demografische Entwicklung und die finanziellen Rahmenbedingungen der Pflege erfordern eine nachhaltige Ausrichtung der Pflegeversicherung. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff kann dazu beitragen, diese Aufgabe zu meistern.

Überlegungen zur Sicherstellung der infrastrukturellen und personellen Voraussetzungen der Pflege sind zunehmend einbezogen in Konzepte eines aktiven Alterns, das immer stärker durch eine Vielfalt von Altersbildern gekennzeichnet ist. Diese Vielfalt prägt auch Pflegesituationen weit mehr als früher. Pflegebedürftigkeit ist dabei z. B. Teil eines selbstbestimmten, vom Wunsch nach Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben geprägten Alterns. Das Ziel, dabei solange wie möglich in der eigenen Wohnung zu bleiben, steht im Vordergrund. Erkennbar werden daher ambulante Lebens- und Leistungsformen bevorzugt. Ebenso deutlich ist aber, dass für viele Menschen aufgrund veränderter Lebensoptionen und privaten Unterstützungssituationen, insbesondere aufgrund veränderter familiärer Strukturen sowie verminderter Leistungsfähigkeit von Familien, qualitätsgesicherte stationäre Angebote notwendig bleiben.

Der Beirat bekräftigt seine im Abschlussbericht getroffene Feststellung der Notwendigkeit der Prüfung leistungsrechtlicher Folgen eines erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf andere Sozialleistungssysteme (z.B. Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe nach dem SGB XII). Gegenstand der hier vorgelegten Berechnungen sind die leistungsrechtlichen Aufwendungen der sozialen und privaten Pflegeversicherung. Nicht betrachtet werden mögliche Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf den pflegerischen Gesamtaufwand und dessen Verteilung. Es bleibt deshalb offen, ob und wieweit sich die Eigenbeiträge der Pflegebedürftigen und die Kosten der Sozialhilfe ändern.⁶

Zu den zentralen Herausforderungen für Wohnen und Pflege im Alter in den nächsten Jahren zählt die zunehmende Zahl von Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer Alltagskompetenz.

⁶ Vgl. Abschlussbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Januar 2009, Kapitel 3 Empfehlungen 3.12.

Weiter sind die personalwirtschaftlichen Prognosen zu beachten, die bei einer anhaltenden Bedarfssteigerung von einem notwendigen Wachstum an Vollzeitkräften ausgehen. Hinzu kommt als weitere Herausforderung die Veränderung der wirtschafts- und arbeitsmarktpolitischen Rahmenbedingungen.

Angesichts dieser Herausforderungen kann man auf die Stärkung der sozialräumlichen Orientierung und den Ausbau des bürgerschaftlichen Engagements, auf selbst organisiertes Engagement der älteren Generation, eine bessere Vernetzung von Hilfen und eine verstärkte Bemühung um wohnortnahe Hilfen nicht verzichten.

Alle Herausforderungen sind als Chance zur strukturellen Modernisierung der Pflegeversicherung zu nutzen, um den neuen Bedingungen gerecht zu werden: als Chance bei begrenzten finanziellen Mitteln und personellen Ressourcen mehr Subsidiarität und Solidarität, aber auch mehr Würde für Menschen mit Pflegebedarf und nicht zuletzt mehr Bedarfsgerechtigkeit möglich werden zu lassen.

3.2 Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff als Instrument der Veränderung

Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eröffnet die Möglichkeit, in der Pflegeversicherung den notwendigen Paradigmenwechsel zu einer ganzheitlichen Sicht des pflegebedürftigen Menschen, zu mehr Selbstbestimmung und Teilhabe bei verlässlicher Solidarität und damit zu einer besseren, bedarfsgerechten Pflege zu gestalten.

Das bisherige System wird voraussichtlich wegen veränderter Herausforderungen der zunehmenden Zahl von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Fallzahlsteigerungen ohne eine erhebliche Steigerung der finanziellen Ressourcen oder tief greifende Eingriffe in das Leistungsprofil der Pflegeversicherung nicht auskommen. Die Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen wäre unter den geltenden Bedingungen nicht in ausreichendem Maße möglich.

Neue Herausforderungen brauchen neue Strategien, Konzepte und Instrumente. Mit dem neuen Begutachtungsassessment ist ein Instrument und Begutachtungsverfahren entwickelt worden, das den Herausforderungen gerecht wird. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das

neue Begutachtungsinstrument brauchen veränderte Rahmenbedingungen, um ihre Wirksamkeit entfalten zu können, die den Paradigmenwechsel möglich machen oder unterstützen könnten.

3.2.1 Vorteile des neuen Begutachtungsverfahrens und des ihm zugrunde liegenden neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist das neue Begutachtungsassessment (NBA) entwickelt worden. Es bietet, wie der Bericht des Beirats zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom 26. Januar 2009 gezeigt hat, eine überzeugende Alternative zum heutigen Begutachtungsverfahren. Es behebt nicht nur Schwachstellen, die es im heutigen System gibt. Es schafft auch die notwendige Grundlage, um die zukünftigen Herausforderungen im Gefolge der demografischen Veränderungen besser bewältigen zu können.

- Das neue Begutachtungsverfahren berücksichtigt im Unterschied zur heutigen Begutachtung alle wesentlichen Aspekte der Pflegebedürftigkeit. Es wird damit den alltäglichen Problemen und Erfahrungen der betroffenen Menschen besser gerecht.
- Das neue Verfahren schafft mehr Gerechtigkeit. Die besondere Situation von Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen (z.B. Demenz) und psychischen Problemen wird nunmehr differenziert erfasst. Sie wird bei der Feststellung eines Grades der Pflegebedürftigkeit ausdrücklich einbezogen werden.
- Das neue Begutachtungsverfahren ist auch für die Begutachtung bei kranken und behinderten Kindern die bessere Alternative. Die Begutachtung heute führt bei Kindern zu Einstufungen, die von den Eltern oft nicht nachvollzogen werden können. Dies ändert sich mit dem neuen Verfahren, weil das neue Begutachtungsverfahren diejenigen Bereiche berücksichtigt, die den Lebens- und Versorgungsalltag chronisch kranker Kinder und ihrer Familien entscheidend prägen (z.B. Umgang mit schwerwiegenden Krankheitsfolgen, Anforderungen einer aufwändigen Therapie, Kommunikationsauffälligkeiten).
- Weil das neue Verfahren die Begrenzungen des heutigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs aufhebt, wird es bei den betroffenen Versicherten und ihren Angehörigen auf mehr Akzeptanz treffen. Dies zeigte sich schon bei der Erprobung des neuen Verfahrens.

- Der problematische, von vielen kritisierte Maßstab des zeitlichen Pflegeaufwandes wird nicht länger verwendet. Das neue Begutachtungsverfahren arbeitet mit dem Maßstab „Selbständigkeit“, was aus pflegewissenschaftlicher Sicht die eindeutig bessere, vor allem verlässlichere Lösung darstellt. Damit folgt das neue Begutachtungsverfahren vielen anerkannten internationalen Vorbildern.
- Das neue Begutachtungsverfahren bietet auch aus der Sicht vieler Gutachter, die es kennen gelernt haben, eine gute Alternative zum heutigen Verfahren. Es hat sich in der Praxis bewährt und vermeidet eine Reihe von methodischen Problemen, die zum heutigen Begutachtungsalltag gehören.
- Das neue Begutachtungsverfahren eröffnet neue Wege für die dringend erforderliche, qualitative Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung. Das erweiterte Verständnis von Pflegebedürftigkeit ist Voraussetzung für ein modernes Pflegeverständnis. Das neue Begutachtungsverfahren trägt insofern zur Behebung von Entwicklungshemmnissen bei, die den Bemühungen, die pflegerische Versorgung an die wachsenden und veränderten Anforderungen der Zukunft anzupassen, entgegenstehen.
- Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens trägt auch dazu bei, fachlich fragwürdige methodische Verkürzungen durch die Orientierung an den im SGB XI genannten Alltagsverrichtungen in der Pflegepraxis aufzuheben. Paradoxerweise lösen viele Problem- und Bedarfslagen, die heute den Pflegealltag prägen, nicht gezielte Unterstützung aus. Die Begutachtung mit dem neuen Begutachtungsverfahren löst hier eine fachlich wünschenswerte Umorientierung aus.
- Weil Pflegebedürftigkeit durch das neue Begutachtungsverfahren umfassend abgebildet wird, eignen sich die damit gewonnenen Begutachtungserkenntnisse als Grundlage für die individuelle Pflege- und Versorgungsplanung. Dies gilt nicht nur für ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen. Auch eine umfassende Pflegeberatung im Sinne des § 7a SGB XI, in dem explizit Bezug auf Ergebnisse der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) genommen werden soll, ist auf eine umfassende Einschätzung angewiesen. Das neue Begutachtungsinstrument soll die Qualität der Pflege verbessern und kann einen Beitrag zu einer sachgerechten, an den Bedarfsgraden orientierten Personalbemessung liefern.

- Die Einschätzung des Bedarfs an medizinischer Rehabilitation liefert gegenüber dem heutigen Verfahren mehr Transparenz, auch wenn in dieser Hinsicht das neue Begutachtungsverfahren noch weiterentwickelt werden muss. Die Ergebnisse dieser Einschätzung sind auch für weitere Zwecke nutzbar. Sie liefern beispielsweise wichtige Hinweise für pflegerische Maßnahmen, die auf den Erhalt oder die Wiederherstellung von Selbständigkeit abzielen.

3.2.2 Neue Pflege braucht neue Strukturen

Der Beirat empfiehlt, die Umsetzung des Abschlussberichts und die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit der Diskussion um die Versorgung pflegebedürftiger Menschen zu verbinden. Ein veränderter Pflegebedürftigkeitsbegriff, der den Grad der Beeinträchtigung eines Menschen in seiner Selbständigkeit und seine Angewiesenheit auf personale Unterstützung feststellt, stellt damit zugleich veränderte Erwartungen an die Selbstbestimmung und Verantwortung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, Nachbarn und Zivilgesellschaft. Damit wird keine Privatisierung des Pflegerisikos angestrebt. Der Beitrag, der heute von vielen Familien und Pflegekräften geleistet wird, kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Erkennbar ist die neu definierte Pflegebedürftigkeit etwas anderes als im bisherigen System. Die Definition berücksichtigt die häufig gleichzeitigen körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen und verhindert durch die ganzheitliche Sicht des Menschen jede einseitige Dominanz von Beeinträchtigungen. Die Definition des Begriffs nicht über die Defizite, sondern über die Potentiale eines Menschen, erfordert zudem Strategien, die Selbständigkeit zu erhalten, die Aufmerksamkeit auf vorhandene Ressourcen zu lenken und damit das Entstehen oder die Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich zu vermeiden.

Die Pflegeversicherung definiert auch künftig den Zugang von Versicherten zu Leistungen zur Bewältigung der Pflegebedürftigkeit. Sie kann aber nicht jeglichen Bedarf abdecken. Von Seiten der Betroffenen wird befürchtet, dass im Vergleich zum alten System für einzelne Menschen individuelle und strukturelle Benachteiligungen entstehen könnten. Diese Befürchtungen müssen im Rahmen der Umsetzungsplanung des Begutachtungsverfahrens sorgfältig beachtet werden.

Die Verteilung der Mittel folgt den bewährten Prinzipien von Subsidiarität und Solidarität und sucht den Lebenslagen der Einzelnen gerecht zu werden. Der Grundsatz des Vorrangs ambulanter vor stationären Hilfen, Prävention und Rehabilitation sowie Wunsch- und Wahlrechte sollen weiterhin gestärkt werden und die besondere Lage von Menschen mit erheblichem Pflegebedarf wird beachtet.

Die Rahmenbedingungen, die die Politik der Pflege setzt, entscheiden nicht nur über die Teilhabechancen von Menschen mit Pflegebedarf, sondern zugleich über die Zukunftsfähigkeit beruflicher Optionen und die Realisierungschancen einer Sicherung der Infrastruktur der Pflege insbesondere im familiären und nicht professionellen Bereich. Angesichts der demografischen Herausforderung ist in der Wahrung eines solidarischen Beitrags zu den Kosten der Pflege weiterhin eine gesellschaftliche Aufgabe zu sehen.

3.2.3 Anpassung der Bewertungssystematik

Die Festlegung der Gewichtung der einzelnen Module und der Schwellenwerte⁷ für die Bedarfsgrade erfolgte durch das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (MDK WL) aufgrund fachlicher und praktischer Überlegungen. Die Schwelle zum Bedarfsgrad 1 wurde so festgelegt, dass Personen, die fachlich als pflegebedürftig gelten, aber nur verhältnismäßig geringe Beeinträchtigungen aufweisen, einbezogen werden können. Der Schwellenwert zum Bedarfsgrad 2 wurde so definiert, dass die Anzahl der leistungsberechtigten Personen, die diesen Schwellenwert erreicht bzw. darüber liegt, in der Größenordnung der Anzahl der heute Leistungsberechtigten liegt. Der Schwellenwert zum Bedarfsgrad 4 ist so definiert, dass ihn nur Personen mit schweren Beeinträchtigungen erreichen; dies wird vor allem für pflegebedürftige mit schweren kognitiven/psychischen Beeinträchtigungen zutreffen, kann aber unter der Voraussetzung schwerster körperlicher Beeinträchtigungen auch von anderen pflegebedürftigen erreicht werden. Die Schwelle zum Bedarfsgrad 3 wurde unter Berücksichtigung der Schwellenwerte für die Grade 2 und 4 so definiert, dass insgesamt eine pflegfachlich vertretbare Zuordnung entsteht. Hierbei wurde u.a. darauf geachtet, dass der Schwellenwert bei bestimmten Konstellationen der Beeinträchtigungen in den Modulen erreicht werden kann.

⁷ Unter einem Schwellenwert wird der Eingangspunktwert der Punkteskala für einen Bedarfsgrad entsprechend der Punkteskala der Bewertungssystematik verstanden.

Entsprechend der Empfehlungen des Beirats im Abschlussbericht⁸ wurde aufgrund der Erfahrungen mit der bundesweiten Erprobung des neuen Begutachtungsinstruments in der Hauptphase 2 überprüft, inwieweit Anpassungen der Bewertungssystematik notwendig sind. Das IPW/der MDK WL haben nach dieser Prüfung eine Feinjustierung des neuen Begutachtungsverfahrens vorgeschlagen, die im Beirat ausführlich beraten wurde. Sie umfasst folgende Veränderungen:

3.2.3.1 Veränderung von Modulen

In der Erprobung hatte sich im Falle von Personen mit sehr geringen Fähigkeitseinbußen gezeigt, dass das neue Begutachtungsinstrument in den Modulen 1, 2, 4 und 6 übermäßig sensitiv reagiert. In der Folge wurden einige Personen als – wenn auch nur „gering“ – pflegebedürftig eingeschätzt, die in ihrer Selbständigkeit kaum beeinträchtigt waren. Dieses Problem wurde durch eine entsprechende Anpassung der Bewertungssystematik behoben. Danach bleiben unwesentliche Beeinträchtigungen in den Modulen 1, 2, 4 und 6 des neuen Begutachtungsverfahrens bei der Ermittlung der Bedarfsgrade außer Betracht.

Eine der Aufgaben der Instrumentenerprobung bestand darin, Detailfragen der Ausgestaltung der Module 2 und 3 zu prüfen. Im Falle des Moduls 2 ging es um die Frage, inwieweit bestimmte Kommunikationsbeeinträchtigungen unter inhaltlichen und methodischen Gesichtspunkten in die Ermittlung eines Grades der Beeinträchtigung einbezogen werden sollten. Nach den Ergebnissen einer Prüfung durch das IPW/den MDK WL ist dies zu befürworten. Diese Prüfung führte ferner zum Ergebnis, dass besondere Gewichtungen von Einzelaspekten im Bereich Verhaltensweisen/psychische Problemlagen nicht erforderlich sind, die Bewertung damit unnötig kompliziert machen würde und daher nicht beibehalten werden sollten.

3.2.3.2 Änderung von Schwellenwerten

Weiterhin halten es das IPW/der MDK WL für angeraten, eine übermäßige Sensitivität des Instruments auch durch eine geringfügige Anhebung der Schwelle von „nicht pflegebedürftig“ zum Bedarfsgrad 1 „gering pflegebedürftig“ zu vermeiden. Durch eine Anhebung des unteren Schwellenwertes von 10 auf 15 wird somit vermieden, dass Versicherte mit geringfügigen Selbständigkeitseinbußen als „pflegebedürftig“ eingeschätzt werden.

⁸ Vgl. Abschlussbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Januar 2009, Kapitel 3 Empfehlung 3.5.

Der Beirat ist bei seinen Umsetzungsüberlegungen darüber hinaus den Hinweisen nachgegangen, die in der Hauptphase 2 und der Ergänzungsstudie gegeben wurden. So hat der Evaluationsbericht der Hauptphase 2 den Hinweis gegeben, durch Veränderungen der Schwellenwerte und gegebenenfalls der Gewichtung der Module eine kostenneutrale Lösung zu erreichen.⁹ In diesem Zusammenhang sind zwei Modelle dargestellt worden, die weitgehend den Anforderungen einer kostenneutralen Lösung entsprechen.¹⁰

Diese Modelle wurden noch einmal eingehend im Hinblick auf ihre Folgen für einzelne Versichertengruppen geprüft und im Beirat erörtert. Eine Änderung der hohen Schwellenwerte auf 75 oder 80 Punkte, die berechnet wurde¹¹, wird nicht befürwortet, weil sie nachweislich den Zugang von Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen zu höheren Bedarfsgraden erheblich erschweren oder unmöglich machen würde.

Ebenfalls nicht befürwortet wird eine Anhebung des unteren Schwellenwertes (zum Bedarfsgrad 1) auf 20 Punkte. Differenzierte Datenauswertungen führten zu dem Ergebnis, dass eine derartige weitere Anhebung auch solche Personengruppen aus dem Leistungsanspruch ausschließen würde, die nach pflegefachlichen Kriterien unbedingt als pflegebedürftig zu bezeichnen sind. Dies sind beispielsweise Personen, die in drei oder mehr der insgesamt sechs Module des neuen Begutachtungsverfahrens Beeinträchtigungen aufweisen (z.B. Mobilitäts- einbußen und Beeinträchtigungen in den Bereichen Selbstversorgung und Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen).

3.2.3.3 Gewichtung der Module

Der Beirat hält es nicht für erforderlich, die Gewichtung der Module zueinander zu verändern. Es wurde überzeugend gezeigt, dass bei einer Veränderung dieser Gewichtung der Mehrwert des neuen Begutachtungsinstruments und die Balance von körperlichen und kognitiven Einschränkungen schwerwiegend beeinträchtigt würden. Der Beirat folgt dem Vorschlag des

⁹ Maßnahmen zur Schaffung eines neuen reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI, Abschlussbericht Hauptphase 2 (Windeler/Görres), Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen/Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Oktober 2008, S. 107, 111.

¹⁰ Maßnahmen zur Schaffung eines neuen reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI, Abschlussbericht Hauptphase 2 (Windeler/Görres), Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen/Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Oktober 2008, Varianten 1C und 2C, S. 93 ff.

¹¹ Siehe Berechnungen unter 3.3.2.

IPW/MDK WL und empfiehlt, das neue Begutachtungsverfahren mit den genannten Modifikationen einzusetzen.

3.2.4 Neugestaltung von Bedarfsgraden

Der Beirat akzeptiert den Vorschlag der Wissenschaft, fünf Bedarfsgrade zu bestimmen, unter der Voraussetzung, dass diese mit Leistungen hinterlegt sind.¹² Unter dieser Prämisse empfiehlt der Beirat, den Bedarfsgrad 1 zur Erhaltung der Selbständigkeit und Vermeidung schwererer Pflegebedürftigkeit und den Bedarfsgrad 5, der schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung umfasst, auszugestalten.

3.2.4.1 Gestaltung des Bedarfsgrades 1

Der Bedarfsgrad 1 könnte folgende Leistungen beinhalten:

- Zweckgebundene Geldbeträge für pflegebedürftige Menschen, für den Einkauf unterstützender Dienstleistungen wie z. B. niedrigschwellige Betreuungsangebote oder Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung im Kostenerstattungsverfahren
- Anspruch auf individuelle, von einer Bedarfsfeststellung unabhängige Pflegeberatung
- Geltung des beschleunigten Rehabilitations-Antragsverfahrens nach § 18 SGB XI i.V.m. §§ 31 und 32 SGB XI
- Anspruch auf häusliche Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 Satz 6 SGB XI
- Anspruch auf Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen nach § 40 Abs. 4 SGB XI
- Anspruch auf Pflegehilfsmittel (technische und zum Verbrauch bestimmte) nach § 40 SGB XI
- Pflegekurse nach § 45 SGB XI

Mit Ausnahme der Kosten für die Geldbeträge sind die Ausgaben nur sehr schwer abschätzbar, da keine belastbaren Anhaltspunkte zum möglichen Inanspruchnahmeverhalten vorliegen. Gleichwohl lässt sich mittels Schätzungen und der Setzung von Annahmen eine ungefähre Angabe machen. Eine besondere Schwierigkeit hierbei besteht darin, dass die Leistungsbe-

¹² Vgl. Abschlussbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Januar 2009, Kapitel 3 Empfehlung 3.7.

rechtigten, die in ihrer häuslichen Umgebung leben, in diesem Bedarfsgrad zu großen Teilen aus der Gruppe derjenigen stammen dürften, die bisher nicht leistungsberechtigt waren bzw. keine Anträge gestellt haben. Der Beirat legt seinen Berechnungen eine Zahl von 650.000 Personen zugrunde. Die beteiligten Wissenschaftlicher halten die getroffene Annahme für vertretbar.¹³

Hiervon ausgehend gestalten sich die jährlichen Ausgaben wie folgt:

Jährliche Ausgaben bei 650.000 Personen mit dem Bedarfsgrad 1 (in Mio. €)

	Ohne zweckgebundenen Geldbetrag	Zweckgebundener Geldbetrag = 50 Euro	Zweckgebundener Geldbetrag = 100 Euro
Zweckgebundener Geldbetrag (0 / 50 / 100 Euro)*	0	312	624
Pflegeberatung	97,5	97,5	97,5
Häusliche Beratungseinsätze	14	14	14
Wohnumfeldverbesserung	8,5	8,5	8,5
Pflegehilfsmittel	7	7	7
Pflegehilfsmittel technisch	16	16	16
Summe (Mio.)	143	455	767

* Angenommen wird eine 80%ige Inanspruchnahme.

3.2.4.2 Gestaltung des Bedarfsgrades 5

Der Bedarfsgrad 5 erfasst die Fälle schwerster Beeinträchtigungen der Selbständigkeit, die mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung einhergehen. Es wurden zwei Möglichkeiten zur Ausgestaltung des Bedarfsgrades 5 geprüft:

Die erste Möglichkeit ähnelt den heutigen Maßgaben für sogenannte Härtefälle. Danach wäre dieser Bedarfsgrad jenen Personen zuzuweisen, die nicht nur einen hohen Punktwert (minde-

¹³ Vgl. Anlage 5, Methodische Anmerkungen zur Ermittlung der zukünftigen Anzahl der Leistungsberechtigten mit dem Bedarfsgrad 1.

stens 90 Punkte), sondern auch eine bestimmte Bedarfskonstellation aufweisen.¹⁴ Die Mehrausgaben gegenüber der heutigen Härtefallregelung würden sich in den Szenarien I, II und IV in der Größenordnung von 75 Mio. Euro bewegen.

Die Alternative sieht vor, den Bedarfsgrad 5, wie alle anderen Bedarfsgrade, allein aufgrund eines Schwellenwertes zu definieren. Dementsprechend wären dem Bedarfsgrad 5 Personen zuzuweisen, die mindestens einen Punktwert von 90 erreichen. Damit werden die Probleme und Unwägbarkeiten vermieden, die mit der heutigen Härtefallregelung verbunden sind. In diesem Fall entstünden Mehrausgaben von etwa 400 Mio. Euro, die im Szenario III berücksichtigt sind.

3.3 Umsetzungsszenarien

Die Diskussion über die Umsetzung der vorgeschlagenen Szenarien im Beirat hat gezeigt, dass eine sich weitgehend am bisherigen Leistungsvolumen orientierende Lösung nur unter bestimmten Bedingungen möglich ist.¹⁵ Das Gutachten der Hauptphase 2 definiert Kostenneutralität mit einer Kostenabweichung von +/- 2 Prozent des Kostenvolumens der Pflegeversicherung.¹⁶ Dies würde einem Mehr- bzw. Minderbedarf von 380 Mio. Euro entsprechen.

Wie schon im Abschlussbericht der Hauptphase 2 deutlich wurde, erscheint es nicht möglich, generell die neuen Bedarfsgrade mit den bisherigen Geldleistungen zu verknüpfen, ohne Mehrkosten und Minderleistungen aufgrund von Struktureffekten und/oder Fallzahlsteigerungen zu verursachen. Der Beirat hat sich verpflichtet, verschiedene Szenarien zu rechnen und vorzulegen.¹⁷ Diese sind als Modellrechnungen zu verstehen, die die Gestaltungsspielräume bei der Anwendung des neuen Instruments zeigen. Sie sind keine Vorschläge für konkrete, schon jetzt leistungsrechtlich verankerte Leistungsbeträge. Eine Kombination von Elementen

¹⁴ Dazu zählen in den abschließend geprüften Optionen: Außergewöhnlich hoher Unterstützungsaufwand bei der Nahrungsaufnahme von mehr als zwei Stunden, außergewöhnlich hoher Unterstützungsaufwand wegen ausgeprägter Spastiken oder Kontrakturen, mehrmals tägliches Auftreten von generalisierten Krampfanfällen, häusliche Intensivpflege mit der Notwendigkeit permanenter Überwachung und Wachkoma.

¹⁵ Vgl. Abschlussbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Januar 2009, Kapitel 3 Empfehlung 3.13.

¹⁶ Maßnahmen zur Schaffung eines neuen reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI, Abschlussbericht Hauptphase 2 (Windeler/Görres), Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen/Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Oktober 2008, S. 93.

¹⁷ Vgl. Abschlussbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Januar 2009, Kapitel 3, Empfehlung 3.13.

der hier vorgestellten Szenarien oder der Szenarien selbst ist grundsätzlich möglich. Der Beirat legt folgende Berechnungen¹⁸ vor:

3.3.1 Szenario I – Modell NBA mit bisherigen Geldwerten

Der Beirat hat das IPW/den MDK WL gebeten, ein Modell vorzulegen, das dem neuen Begutachtungsinstrument entspricht und mit den bisherigen Geldbeträgen arbeitet, einen Bedarfsgrad 1 mit Leistungen zur Erhaltung der Selbständigkeit und zur Vermeidung weiterer Pflegebedürftigkeit und den Bedarfsgrad 5 als besondere Bedarfskonstellation ausgestaltet.

Dieses Szenario wird im Folgenden als „Szenario I“ bezeichnet. Es geht von den ursprünglichen Schwellenwerten des neuen Begutachtungsinstruments für die Abgrenzung der Bedarfsgrade 2 bis 4 aus:

Szenario I	Bedarfsgrad 1	Bedarfsgrad 2	Bedarfsgrad 3	Bedarfsgrad 4
	15	30	50	70

Es wird in diesem Szenario angenommen, dass Leistungen für den Bedarfsgrad 2 wie Leistungen für die Pflegestufe I ausfallen. Der Bedarfsgrad 3 entspräche dann in der Leistungshöhe der Pflegestufe II und der Bedarfsgrad 4 der Pflegestufe III. Die Leistungen für den Bedarfsgrad 1 gestalten sich so, wie in Kapitel 3.2.4.1 dargelegt wurde. Der Bedarfsgrad 5 (besondere Bedarfskonstellationen) setzt die heutigen Leistungsbeträge in Härtefällen an und geht mit angenommenen Mehrausgaben von 75 Mio. Euro in die Berechnungen ein (vgl. Kapitel 3.2.4.2).

Die Szenarien gehen von 588.800 leistungsberechtigten Heimbewohnern aus (Angaben des BMG für 2007), bei denen die vollen Sätze für vollstationäre Pflege kalkuliert werden (1.023 Euro, 1.279 Euro, 1.470 Euro). Die Anzahl der Heimbewohner, die als „nicht pflegebedürftig“ im Sinne des SGB XI eingestuft sind, wird auf 50.000 bzw. ca. 8% geschätzt. Dieser Anteil entspricht einer realistischen Größenordnung, die mit aktuellen Studien übereinstimmt.¹⁹

¹⁸ Es handelt sich hierbei um Modellrechnungen. Aussagen oder Schätzungen im Hinblick auf Gender Aspekte sowie regionale Unterschiede (Nord-Süd/Ost-West) sind daher nicht darstellbar.

¹⁹ Vgl. z.B. MuG IV oder Projekt „Referenzmodelle“ NRW; vgl. auch Hinweise zur Überschätzung der Anzahl der „nicht Pflegebedürftigen“ im Heimsektor im Bericht der Hauptphase 2 – Windeler et al. 2008, S. 105. Im Bericht der 2. Hauptphase wurden zusätzlich noch Personen berücksichtigt, deren Antrag auf stationäre Pflegeleistungen abgelehnt wurde, die deshalb nicht in ein Pflegeheim gegangen sind, nun aber womöglich erneut

Berücksichtigt werden Leistungen für die ambulante und die vollstationäre Pflege. In die Berechnungen der 2. Hauptphase sind auch Bezieher von Leistungen nach § 43a SGB XI einbezogen und wie Bewohner von Pflegeheimen behandelt worden. Inzwischen liegen auf Basis der Ergänzungsstudie²⁰ für diese Personen verlässlichere Informationen vor. Der sich aus der Ergänzungsstudie ergebende Betrag von 200 Mio. Euro wird in den Szenarien berücksichtigt.

Von verschiedener Seite, insbesondere der Sozialhilfeträger, wurde die Frage in die Beiratsdiskussion eingebracht, ob angesichts des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit seiner großen Schnittmenge zu Teilhabeleistungen, der § 43a SGB XI Bestand haben könne. Auch im Hinblick auf die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen stelle sich erneut die Frage nach einer diskriminierungsfreien Regelung. Die Klärung bleibt einer politischen Entscheidung vorbehalten.

Die Kostenannahmen für die Berechnung ambulanter Leistungen werden aus dem Bericht der Hauptphase 2 übernommen. Als kalkulatorische Größe für die Anzahl „nicht pflegebedürftiger Personen“, von denen ein Teil pflegebedürftig im Sinne des neuen Begutachtungsverfahrens werden würde, wird ebenfalls die Angabe aus diesem Bericht übernommen (ca. 530.000 Personen). Kosten für die heute gewährten Leistungen für Personen mit „eingeschränkter Alltagskompetenz“ werden als konstante Größe einbezogen; es wird also angenommen, dass diese bzw. analoge Leistungen auch weiterhin Bestand haben.

einen Antrag stellen, der diesmal positiv beschieden werden könnte. Da über den Umfang dieser Personengruppe keine gesicherten Erkenntnisse vorliegen, wurde diese Gruppe in den nachstehenden Rechnungen nicht berücksichtigt.

²⁰ Finanzielle Auswirkungen der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des dazugehörigen Assessments für die Sozialhilfeträger und die Pflegekassen, Ergänzungsprojekt zum Modellprojekt „Entwicklung und Erprobung eines neuen Begutachtungsinstrumentes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“, (Rothgang/Holst/Kulik/Unger) Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, Dezember 2008.

Finanzielle Auswirkungen²¹ des Szenario I:

Bedarfsgrad 1	Bedarfsgrad 2 bis 4	Bedarfsgrad 5	Leistungen nach § 43a SGB XI	Mehrausgaben
0,143 bei einem Geldbetrag von 0 Euro	2,082	0,075	0,200	2,500
0,455 bei einem Geldbetrag von 50 Euro	2,082	0,075	0,200	2,812
0,767 bei einem Geldbetrag von 100 Euro	2,082	0,075	0,200	3,124

(in Mrd. Euro)

Für den Bedarfsgrad 1 würden damit Kosten zwischen 0,143 und 0,767 Mrd. Euro, für den Bedarfsgrad 5 in Höhe von 0,075 Mrd. Euro entstehen. Damit belaufen sich die Mehrausgaben auf 2,500 Mrd. Euro oder 2,812 Mrd. Euro bzw. 3,124 Mrd. Euro.

Alle Berechnungen legen die heutigen Geldwerte zugrunde und wenden die oben genannte Schwellenwertkonstellation des neuen Begutachtungsverfahrens an. Dadurch entstehen 2,082 Mrd. Euro Mehrausgaben für die Bedarfsgrade 2 bis 4. Davon entfallen 1,317 Mrd. Euro auf die ambulante und 0,765 Mrd. Euro auf die vollstationäre Versorgung.

Insgesamt weist das Szenario I gegenüber dem bisherigen System eine Ausgabensteigerung von 16,3% im ambulanten Bereich und 8,6% im stationären Bereich aus (gesamt 12,3%). Im ambulanten Bereich erhalten 48,2% unveränderte Leistungen, 32,9% höhere Leistungen und 19% geringere Leistungen (Daten der Instrumentenerprobung). Die Veränderung für den stationären Bereich stellen sich wie folgt dar: unveränderte Leistungen erhalten 52,7%, höhere Leistungen 43,6%, geringere Leistungen 3,7%.

Bei diesem Modell ist die Balance zwischen körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen weitgehend gegeben. Es stellt Menschen mit kognitiven Einschränkungen deutlich besser als bisher. Gute Voraussetzungen zur Prävention und Qualitätssicherung sind gegeben.

²¹ Angegeben sind jeweils die Mehrausgaben im Vergleich zum Status quo.

Die Balance zwischen ambulanten und stationären Hilfen ist tendenziell gegeben, dennoch wird der stationäre Bereich begünstigt. Die Berechnungen der Ergänzungsstudie²² haben gezeigt, dass bei unveränderter Vergütungssystematik ein Betrag von etwa 1,8 Mrd. Euro dem stationären Bereich zu fließen würde, was nur bei quantitativen und/oder qualitativen Leistungsverbesserungen angemessen wäre.

Es handelt sich beim Szenario I um eine, im Hinblick auf die Balance zwischen körperlichen und kognitiven Beeinträchtigten, relativ ausgewogene, allerdings teure Lösung, die wegen der erheblichen Steigerungen der Gesamtkosten das Problem einer nachhaltigen Finanzierung verschärft. Zudem hat das Szenario I eine tendenzielle Besserstellung des stationären Bereichs zur Folge, die sich durch die höhere Anzahl von schwer demenziell erkrankten Menschen erklärt, weil ambulante Versorgungsformen für diesen Personenkreis derzeit nicht in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen.

3.3.2 Szenario II – weitgehend kostenneutrales Modell mit bisherigen Geldwerten

Ein dem neuen Begutachtungsinstrument entsprechendes und sich weitgehend am bisherigen Leistungsniveau orientierendes kostenneutrales Modell kann nur dann erreicht werden, wenn die oberen Schwellenwerte auf 60 bzw. 80 Punkte angehoben würden. Das folgende Szenario II nimmt daher eine solche Setzung, d.h. eine Anhebung der Schwellenwerte zu den Bedarfsgraden 3 und 4 vor.

Szenario II	Bedarfsgrad 1	Bedarfsgrad 2	Bedarfsgrad 3	Bedarfsgrad 4
	15	30	60 (statt 50)	80 (statt 70)

Davon abgesehen gelten für dieses Szenario die gleichen Voraussetzungen wie für das Szenario I.

²² Vgl. Finanzielle Auswirkungen der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des dazugehörigen Assessments für die Sozialhilfeträger und die Pflegekassen, Ergänzungsprojekt zum Modellprojekt „Entwicklung und Erprobung eines neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“, (Rothgang/Holst/Kulik/Unger) Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, Dezember 2008, S. 59 f.

Die finanziellen Auswirkungen des Szenarios II gestalten sich wie folgt:

Bedarfsgrad 1	Bedarfsgrad 2 bis 4	Bedarfsgrad 5	Leistungen nach § 43a SGB XI	Mehrausgaben
0,143 bei einem Geldbetrag von 0 Euro	-0,116	0,075	0,200	0,302
0,455 bei einem Geldbetrag von 50 Euro	-0,116	0,075	0,200	0,604
0,767 bei einem Geldbetrag von 100 Euro	-0,116	0,075	0,200	0,926

(in Mrd. Euro)

Die Auswertung der Berechnungen zeigt in den Bedarfsgraden 2 bis 4 unterschiedliche Effekte in der ambulanten und stationären Versorgung. Während in der stationären Versorgung Mehrausgaben in Höhe von 0,247 Mrd. Euro anfallen, sinken die Kosten im ambulanten Bereich um 0,364 Mrd. Euro (jeweils Bedarfsgrade 2 bis 4). Insgesamt ergeben sich für die Bedarfsgrade 2 bis 4 Minderausgaben in Höhe von 0,116 Mrd. Euro. Mehrausgaben entstehen für den Bedarfsgrad 5 sowie den Bedarfsgrad 1.

Ohne einen Geldbetrag im Bedarfsgrad 1 ist das Modell allerdings weitgehend kostenneutral.

Das Szenario II führt für die Bedarfsgrade 2 bis 4 zu Ausgabensenkungen von 4,5% im ambulanten Bereich und zu Steigungen von 2,8% im stationären Bereich, insgesamt zu Minderausgaben von 0,7%. Im ambulanten Bereich bleiben für 63,8% der Leistungsbezieher die Leistungsbeträge gleich hoch, für 10,7% sind sie höher und bei 25,5% geringer. Im stationären Bereich sind die Leistungen für 72,5% der Leistungsberechtigten unverändert, bei 18,0% höher bei 9,5% geringer.

Die qualitative Bewertung des Modells zeigt allerdings, dass es die Balance zwischen körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen nicht ausreichend gewährleisten kann. Die Erhöhung des obersten Schwellenwertes wirkt ausgrenzend gegenüber Personen, die ausschließ-

lich oder ganz überwiegend von körperlichen Beeinträchtigungen betroffen sind. Diese Gruppe würde – ohne Bestandsschutz – durch die veränderte Einstufungswirkung mit niedrigeren Leistungen zu rechnen haben.

Darüber hinaus führt das Modell zu einer Verschlechterung im ambulanten Bereich. Es wird erhöhte Zuzahlungen der Versicherten und/oder der Sozialhilfe zur Folge haben. Insgesamt wirkt das Modell jedoch auch zugunsten von Menschen mit kognitiven Einschränkungen.

Auch bei einer Veränderung der Schwellenwerte auf 55 im Bedarfsgrad 3 und 75 im Bedarfsgrad 4 träten vergleichbare Effekte auf.

Das Szenario kann erkennbare Probleme, nämlich des Zugangs körperlich beeinträchtigter Menschen zum Bedarfsgrad 4 nicht lösen. Es führt zu einer insgesamt schlechteren Absicherung der ambulanten/häuslichen Versorgung.

Die Szenarien I und II zeigen, dass eine weitgehend kostenneutrale Lösung unter Beibehaltung bisheriger Leistungsbeträge, nur erreichbar ist, wenn der Zugang zu Leistungen höherer Bedarfsgrade erheblich verändert wird und zudem Eingriffe in die Struktur der Leistungserbringung vorgenommen werden.

3.3.3 Szenario III – Szenario mit alternativen Geldwerten

Der Beirat hat das IPW/den MDK WL um die Ausführung eines weiteren Szenarios gebeten, das von den gleichen Schwellenwerten, aber veränderten Geldwerten ausgeht. Zu klären war hierzu, nach welchen Kriterien neue Leistungsbeträge definiert werden könnten und wie das Verhältnis der Geldwerte in den Bedarfsgraden zueinander bestimmt werden soll.

Der Beirat hat in diesem Zusammenhang diskutiert, wie und mit welchen Maßstäben die Beziehung von Ergebnissen der Einstufung durch das neue Begutachtungsverfahren und der Festlegung von Leistungsbeträgen für die Bedarfsgrade pflegfachlich begründet und sozialpolitisch nachvollziehbar gestaltet werden kann. Er hält es für erforderlich, im Zuge einer Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und Begutachtungsverfahrens die Zuordnung von Leistungsbeträgen in den Bedarfsgraden zu den jeweiligen Bedarfslagen auf einer inhaltlich und methodisch nachvollziehbaren Grundlage vorzunehmen. Die beispielhafte Fest-

legung von Geldwerten erfolgte für die Szenarien III und IV so, dass diese in den Eckwerten an die Leistungsbeträge der gegenwärtigen Pflegestufe in den unterschiedlichen Leistungsreichen (ambulant: Geldleistung/Sachleistung; stationär) anknüpfen. Für das Szenario IV wurden die Eckwerte dagegen so gewählt, dass ein weitgehend kostenneutrales Szenario entsteht; sie weichen daher von den gegenwärtigen Leistungsbeträgen relativ stark ab.

Alle Szenarien berücksichtigen die besondere Funktion der Pflegeversicherung, insbesondere

- einen (normativ gesetzten) finanziellen Beitrag zu den Kosten zu leisten, die dem Pflegebedürftigen zur Deckung seines Bedarfs entstehen (individueller Entlastungseffekt),
- dadurch unmittelbar die strukturelle Sozialhilfeabhängigkeit zu mindern und mittelbar zu einer Entlastung der Sozialhilfeträger beizutragen.

In der weiteren Umsetzung ist zu untersuchen, ob und wie die leistungsrechtliche Abstufung der einzelnen Bedarfsgrade mit einem typisierten Bedarf der Pflegebedürftigen verknüpft werden kann. Damit könnte eine weitere Transparenz des Leistungsbedarfs der Pflegebedürftigen erreicht werden. In den Blick genommen werden sollte dabei auch die mit dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit verbundenen finanziellen Belastungen, z.B. in der Form von Zuzahlungen, sowie die Frage, ob und in welcher Weise die individuell unterschiedlich ausgestalteten informellen Pflegeleistungen im ambulanten Bereich für eine Typisierung geeignet sind.

Der Beirat sieht darüber hinaus die Möglichkeit, dass der Grad der Pflegebedürftigkeit bzw. die Beeinträchtigung der Selbständigkeit selbst zum direkten Bezugspunkt der Leistungshöhe des Bedarfsgrades werden sollte. Die Möglichkeit dazu ist mit den Relationen der Punktwerte des neuen Begutachtungsinstruments gegeben. Ein z.B. doppelt so hoher Punktwert würde dann einen doppelt so hohen Geldbetrag rechtfertigen. Der Beirat entschied sich dabei für zwei unterschiedliche Möglichkeiten der statistischen Ableitung unter Berücksichtigung von sozial- und pflegepolitischen Überlegungen.

Würden Geldbeträge aus dem mittleren Punktwert des jeweiligen Bedarfsgrades zueinander in Relation gesetzt werden, so lägen sie im Ergebnis relativ nahe beieinander. Dies ist nicht gewollt und wird in den Szenarien daher nicht angewendet.

Werden nicht die Mittelwerte der Bedarfsgrade, sondern deren untere Schwellenwerte, wie in den Szenarien III und IV, zugrunde gelegt, sind die Abstände größer. Beispielsweise liegt der Schwellenwert für den Bedarfsgrad 3 um den Faktor 1,67 höher als der Schwellenwert für den Bedarfsgrad 2 (50 gegenüber 30 Punkten). Analog kann festgelegt werden, dass Beträge für den Bedarfsgrad 3 um den Faktor 1,67 höher liegen als Beträge für den Bedarfsgrad 2. Wird beispielsweise die Höhe für eine bestimmte Leistung für den Bedarfsgrad 2 auf 300 Euro festgelegt, ergäbe sich für den Bedarfsgrad 3 das 1,67fache dieses Betrages, d.h. ein Betrag von 500 Euro. In dieser Weise lassen sich auch die anderen Beträge festlegen.

Der Beirat hat mit der Entscheidung für den unteren Schwellenwert die Möglichkeit genutzt, bei der Verteilung der vorhandenen Mittel sozialpolitische Kriterien zu berücksichtigen, z.B. die Erhaltung der Selbständigkeit, die Verbesserung der Lage von erheblich beeinträchtigten Menschen oder die besonderen Kombination von Leistungen zu fördern. Deshalb kann das Szenario III, wie das folgende, weitgehend kostenneutrale Szenario IV, die Möglichkeiten verdeutlichen, die sich aus diesem Ansatz ergeben.

Wie bei allen anderen Szenarien müssen auch in diesem Fall die Modellvoraussetzungen geklärt werden:

- Es wird davon ausgegangen, dass sich die Leistungen für den Bedarfsgrad 1 gestalten wie im Kapitel 3.2.4.1 beschrieben.
- Der Bedarfsgrad 5 wird in Szenario III im Unterschied zu den Szenarien I, II und IV allein durch einen Punktwert, nicht durch besondere Kriterien (wie spezielle Bedarfskonstellationen) definiert.
- Kostenveränderungen müssen in diesem Fall getrennt für die verschiedenen Leistungsarten (Sachleistungen, Geldleistungen, Kombinationsleistungen, vollstationäre Leistungen) berechnet werden. Das Gesamtergebnis ergibt sich aus der Zusammenführung der damit abgebildeten Veränderungen.
- Die Annahmen zum Fortbestand der heutigen Leistungsausgaben für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz entsprechen den Annahmen der Szenarien I und II.
- Für die Berechnung der Kombinationsleistungen müssen zusätzliche Annahmen getroffen werden, da genaue Zahlen über die Höhe der kombinierten Geld- und Sachleistungen nicht vorliegen. Aus den Statistiken über die Ausgaben der Pflegeversicherung im Jahr 2007 lässt sich ableiten, dass die Höhe der Ausgaben für Kombinationsleistungen pro

Leistungsempfänger im Schnitt bei ungefähr 2/3 des jeweiligen Höchstbetrages der Sachleistungen liegen. Dieser Anteil liegt den folgenden Zahlen zugrunde.

- Für Leistungen zur vollstationären Pflege wird ein Sockelbetrag definiert, der in allen Bedarfsgraden konstant bleibt. Damit sollen zum einen Verwerfungen vermieden werden, die durch Leistungsbeträge entstehen könnten, deren Abstände weit größer sind als heute.²³ Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Leistungsbestandteile der vollstationären Versorgung mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit variieren (insbesondere indirekte Pflegeleistungen wie z.B. Pflegemanagement, Pflegeorganisation). Der Sockelbetrag wird auf 500 € angesetzt. Dieser Betrag liegt etwas höher als der durchschnittliche Anteil indirekter Pflegeleistungen am Gesamtaufwand für die pflegerische Unterstützung (ca. 38%) (umgerechnet auf die durchschnittlichen Ausgaben der Gesetzlichen Pflegeversicherung pro Bewohner).

Unter diesen Voraussetzungen ist es möglich, mit den Szenarien III und IV plausible Modelle für die Verknüpfung von Bedarfsgraden nach dem neuen Begutachtungsverfahren mit alternativen Geldwerten aufzuzeigen.

Für ein beispielhaftes Szenario III ergeben sich folgende Ergebnisse:

Beispiel für die Festlegung neuer monatlicher Leistungsbeträge und Definition eines Bedarfsgrades 5

	Neue Leistungsbeträge				Mehrausgaben in Mrd. Euro
	Bedarfsgrad 2	Bedarfsgrad 3	Bedarfsgrad 4	Bedarfsgrad 5	
Geldleistungen	215	359	501	645	0,044
Sachleistungen	490	817	1.143	1.470	0,103
Kombinationsleistungen*	490	817	1.143	1.470	0,066
Vollstationäre Leist.	890	1.150	1.410	1.670	0,369
Summe	—	—	—	—	0,582

* Rechnerische Bezugsgrößen je Bedarfsgrad.

²³ Die Abstände zwischen den heutigen Leistungsbeträgen für die vollstationäre Pflege sind mit 256 € (1.023 - 1.279) und 191 € (1.279 - 1.470) sehr gering und liegen deutlich niedriger als die Abstände der Höchstbeträge für Sachleistungen in der ambulanten Pflege.

Die Festsetzung des Geldleistungsbetrags von 215 Euro monatlich in Bedarfsgrad 2 orientiert sich weitgehend an den bisherigen Beträgen und wird aufgrund der Spreizung für die anderen Bedarfsgrade berechnet.

Insgesamt würden sich die finanziellen Auswirkungen des Szenario III wie folgt gestalten:

Bedarfsgrad 1	Bedarfsgrad 2 bis 5	Leistungen nach § 43a SGB XI	Mehrausgaben
0,143 bei einem Geldbetrag von 0 Euro	0,582	0,200	0,925
0,455 bei einem Geldbetrag von 50 Euro	0,582	0,200	1,237
0,767 bei einem Geldbetrag von 100 Euro	0,582	0,200	1,549

(in Mrd. Euro)

Für das Szenario III entstehen demnach, unter der Voraussetzung von Leistungen für Bedarfsgrad 1 und der Ausgestaltung des Bedarfsgrades 5 Mehrkosten von 0,925 bis 1,549 Mrd. Euro.

Das Modell führt dazu, dass doppelt so viel Pflegebedürftige wie heute (36.000 gegenüber 17.000) den Satz des Bedarfsgrades 4 für Sachleistungen erhalten; dieser läge allerdings bei 1.143 € statt bei 1.470 Euro. Insgesamt fließt im ambulanten Bereich im Vergleich zum Status quo ein stärkerer Anteil der Mittel in die niedrigen Bedarfsgrade. Änderungen des finanziellen Aufwandes des Einzelnen bzw. der Sozialhilfe durch Zuzahlungen sind daher absehbar. Die zahlenmäßige Verschiebung begünstigt vor allem Personen mit stärker ausgeprägten kognitiven Beeinträchtigungen, die im heutigen System benachteiligt sind. Zudem wird die Stärkung pflegepräventiver Maßnahmen in den unteren Bedarfsgraden verwirklicht.

Würde man bei der Festsetzung der Leistungsbeträge im ambulanten Bereich die heutigen Leistungsbeträge in Pflegestufe III für den Bedarfsgrad 4 als Ausgangspunkt wählen, käme man zu folgenden, alternativen Ergebnissen:

	Neue Leistungsbeträge*				Mehrausgaben in Mrd. Euro
	Bedarfsgrad 2	Bedarfsgrad 3	Bedarfsgrad 4	Bedarfsgrad 5	
Geldleistungen	290	484	675	869	1,283
Sachleistungen	630	1051	1470	1890	0,557
Kombinationsleistungen*	630	1051	1470	1890	0,461
Vollstationäre Leist.	890	1.150	1.410	1.670	0,369
Summe	–	–	–	–	2,670

* Rechnerische Bezugsgrößen je Bedarfsgrad.

Die finanziellen Auswirkungen dieser Festlegung stellen sich wie folgt dar:

Bedarfsgrad 1	Bedarfsgrad 2 bis 5	Leistungen nach § 43a SGB XI	Mehrausgaben insgesamt
0,143 bei einem Geldbetrag von 0 Euro	2,670	0,200	3,013
0,455 bei einem Geldbetrag von 50 Euro	2,670	0,200	3,325
0,767 bei einem Geldbetrag von 100 Euro	2,670	0,200	3,637

(in Mrd. Euro)

Für diese beispielhafte Festlegung von Leistungsbeträgen im Rahmen des Szenarios III entstehen demnach, unter der Voraussetzung von Leistungen für Bedarfsgrad 1 und der oben

beschriebenen Ausgestaltung des Bedarfsgrades 5, Mehrausgaben von 3,013 bis 3,637 Mrd. Euro.

Bei diesem Modell können aufgrund der Struktur- und Mengeneffekte höhere Gesamtausgaben entstehen. Bei einem Ausgangspunkt in Höhe der heutigen Leistungsbeträge in Pflegestufe III für Bedarfsgrad 4 im ambulanten Bereich ergäben sich leicht höhere Mehrausgaben als im Szenario I, dafür entfielen ein erheblicher Teil der Ausgaben für Bestandsschutzregelungen im ambulanten Bereich, weil viele Leistungsempfänger höhere oder zumindest gleich hohe Beträge erhielten wie bisher. Der Ansatz leicht verringerter Leistungsbeträge im stationären Bereich muss dann nicht zu höheren Zuzahlungen führen, wenn das Vergütungssystem neu austariert und die stärkere Besetzung der höheren Bedarfsgrade berücksichtigt wird.

Die Berechnungen verdeutlichen die hohe Flexibilität des Verfahrens bei der Gestaltung von Leistungen. So können die Effekte für die ambulante und stationäre Versorgung besser gesteuert werden. Dies könnte im Hinblick auf das Ziel, strukturelle Verwerfungen beim Übergang zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu vermeiden, von Bedeutung sein. Grundsätzlich sind nach diesem Prinzip auch andere Leistungshöhen mit geringeren Mehrausgaben festlegbar.

Die Heranziehung alternativer Geldwerte macht es leichter, – im Vergleich mit einem Modell mit den bisherigen Leistungsbeiträgen – von einem neuen Modell zu sprechen. Ebenso lässt sich der Grundsatz ambulant vor stationär wesentlich leichter verwirklichen und steuern. Es stellt je nach Höhe der gewählten Leistungsbeträge aber hohe Anforderungen, insoweit angesichts der daraus folgenden Leistungsmigration der Zusammenhang von Bedürftigkeit und Leistungsvolumen erklärt werden muss. Es wird ein hoher Umsetzungsbedarf im Leistungsrecht entstehen.

Weiterhin führt das Szenario III den Bedarfsgrad 5 konsequent als Bedarfsgrad für Menschen mit außergewöhnlich hohem Pflegebedarf aus. Dieses Modell vollzieht den Übergang in das neue System der Pflegeversicherung ohne Lücke. Die Gleichsetzung von Pflegestufen und Bedarfsgraden ist auch bei oberflächlicher Betrachtung nicht mehr plausibel. Weiter bleiben die Probleme und Unwägbarkeiten, wie sie mit der heutigen Härtefallregelung verknüpft sind, von vornherein ausgeschlossen. Insgesamt zeigt sich aber eine höhere Flexibilität zur Gestaltung von Leistungsprofilen.

3.3.4 Szenario IV – weitgehend kostenneutrales Szenario mit alternativen Geldwerten

Für das Szenario IV gelten prinzipiell die gleichen Voraussetzungen wie das Szenario III. Die Unterschiede bestehen darin,

- dass die Leistungsbeträge so definiert werden, dass ein weitgehend kostenneutrales Szenario entsteht, und
- dass der Bedarfsgrad 5 wie in den Szenarien I und II definiert (Härtefallregelung) und mit 75 Mio. Euro Mehrkosten angesetzt wird.

Das Szenario IV zeigt dabei die Variante einer weitgehend kostenneutralen Ausgestaltung des Leistungsvolumens.

Szenario IV: Beispiel für die Festlegung neuer Leistungsbeträge

	Neue Leistungsbeträge (in Euro)			Mehrausgaben in Mrd. Euro
	Bedarfsgrad 2	Bedarfsgrad 3	Bedarfsgrad 4	
Geldleistungen	215	359	501	-0,024
Sachleistungen	480	800	1.120	0,027
Kombinationsleistungen*	480	800	1.120	-0,024
Vollstationäre Leistungen	880	1.133	1.387	-0,058
Summe	–	–	–	-0,079

* Rechnerische Bezugsgrößen je Bedarfsgrad; Annahme: Höchstbeträge werden zu 2/3 ausgeschöpft.

Die finanziellen Auswirkungen des Szenario IV stellen sich wie folgt dar:

Bedarfsgrad 1	Bedarfsgrad 2 bis 4	Bedarfsgrad 5	Leistungen nach § 43a SGB XI	Mehrausgaben
0,143 bei einem Geld- betrag von 0 Euro	-0,079	0,075	0,200	0,339
0,455 bei einem Geld- betrag von 50 Euro	-0,079	0,075	0,200	0,651
0,767 bei einem Geld- betrag von 100 Euro	-0,079	0,075	0,200	0,963

(in Mrd. Euro)

Für das Szenario IV entstehen demnach, unter der Voraussetzung von Leistungen für Bedarfsgrad 1 und der Ausgestaltung des Bedarfsgrades 5 Mehrkosten von 0,339 bis 0,963 Mrd. Euro. Das Szenario IV bzw. Varianten seiner Realisierung (zum Beispiel die Variante mit Gesamtkosten von 0,339 Mrd. Euro) lassen sich daher weitgehend auf dem bisherigen Leistungsvolumen realisieren. Insgesamt kommt es im ambulanten Bereich zu einer Verschiebung der Leistungen von den höheren in die niedrigen Abstufungen. Dies wird auch dadurch, dass mehr Personen den höchsten Bedarfsgrad erreichen als zuvor in die höchste Pflegestufe gelangt sind, nicht kompensiert.

Hinsichtlich des Erklärungsbedarfs gelten für das Szenario IV die Anmerkungen wie für Szenario III in noch stärkerem Maße. Insbesondere wird aus diesem Modell wiederum die vorhandene Flexibilität zur Gestaltung von Leistungsprofilen deutlich.

Der Beirat legt daher der Politik mit Szenario IV ein weiteres Modell mit alternativen Geldwerten vor, das dem neuen Begutachtungsinstrument entspricht und sich weitgehend auf dem bisherigen Leistungsvolumen realisieren lässt.

3.4 Bestandsschutz

Die Überlegungen zur Sicherung der individuellen und strukturellen Leistungen bei einem Systemübergang in der Pflegeversicherung beziehen sich auf diejenigen Pflegebedürftigen, die zum Zeitpunkt des Systemwechsels Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen oder beantragt haben. Alleine die Beitragszahlung erfordert noch keine Bestandsschutzregelung. Mit Blick auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur Veränderung sozialversicherungsrechtlicher Positionen im Zuge einer Reform eines sozialen Sicherungssystems lässt sich festhalten, dass dem Gesetzgeber hierbei grundsätzlich erhebliche Gestaltungsmöglichkeiten zustehen.²⁴

Ungeachtet dessen ist jedoch die politisch bedeutsame Erwartungshaltung der Betroffenen zu beachten. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass bei den Leistungsbeziehern die Erwartungshaltung besteht, dass es ihnen beim Übergang in ein neues System besser oder zumindest nicht schlechter geht.

Allerdings ist zu entscheiden, ob dieses Vertrauen sich auf einen grundsätzlichen Anspruch auf Gewährung von Hilfen ab einem bestimmten Pflegebedarf bezieht oder auch ein Vertrauensschutz hinsichtlich der bisher erhaltenen Höhe der Leistungen zu gewähren ist. Der Vertrauensschutz könnte jedenfalls geringer ausfallen, wenn zu Beginn des Leistungsbezugs feststeht, dass Änderungen der Rechtslage zu erwarten sind.

Zu klären ist zudem, für welchen Zeitraum ein Bestandsschutz zu gewähren ist und in welchem Zeitraum gegebenenfalls Neubegutachtungen durchzuführen sind. Eine Entscheidung über einen Umstellungszeitpunkt, zu dem alle Pflegebedürftigen im neuen System erfasst wären und entsprechend den Bestandsschutz verlieren würden, liegt im politischen Ermessen. Dabei ist zunächst zu bedenken, dass es aus Praktikabilitätsgründen zwei parallele Begutachtungssysteme nicht geben sollte. Es muss verhindert werden, dass es trotz zu erwartender Neuanträge zeitgleich mit der Einführung des neuen Systems, zu größeren Verzögerungen bei der Umsetzung des neuen Begutachtungsverfahrens kommt. Dafür müssen Bestandschutzregelungen und administrative Regelungen aufeinander abgestimmt werden.

²⁴ Vgl. BVerfG, Beschluss vom 17. Februar 1997 – Az.: 1 BvR 1903/96; vgl. BVerfG, Beschluss vom 7. Oktober 2008 – Az.: 1 BvR 2995/06, 1 BvR 740/07.

3.4.1 Überleitung der alten Pflegestufen in die neuen Bedarfsgrade

3.4.1.1 Stichtagsregelung

Für die Überleitung vom alten in das neue System bietet sich zunächst eine Stichtagsregelung an, nach der der Gesetzgeber ein bestimmtes Datum als Stichtag für die Geltung der neuen Rechtslage festsetzt. In der Vergangenheit sind derartige Stichtagsregelungen insbesondere für Leistungsansprüche getroffen worden, in denen der leistungsauslösende Lebenssachverhalt vom Eintritt bestimmter Tatsachen abhängt. Im Hinblick auf den Eintritt der Pflegebedürftigkeit würde eine Stichtagsregelung bewirken, dass für Personen, die vor dem Stichtag pflegebedürftig geworden sind und einen Antrag gestellt haben, die alte Rechtslage gilt. Für Personen, deren Pflegebedürftigkeit nach dem Stichtag eingetreten ist, ist die neue Rechtslage maßgebend. Im Rahmen einer späteren Neubegutachtung, z.B. aufgrund einer wesentlichen Veränderung des Hilfebedarfs, sollte allerdings unabhängig vom Bestehen der Stichtagsregelung die neue Gesetzeslage Anwendung finden.

3.4.1.2 Überleitung der Pflegestufen in Bedarfsgrade

Als weitere Möglichkeit ist die vollständige Überleitung der bisherigen Pflegestufen in die neuen Bedarfsgrade für alle Pflegebedürftige denkbar. Pflegestufen und Bedarfsgrade sind jedoch nicht vergleichbar. Für eine generelle Überleitung wäre der Übergang gesetzgeberisch vorzugeben. Allerdings ist es kaum denkbar, dass Personen gemäß ihrem tatsächlichen Pflegebedarf zugeordnet würden. Daher hält der Beirat eine auf rein formale Kriterien beschränkte Überleitung für nicht sachgerecht.

3.4.2 Finanzielle Auswirkungen von Bestandsschutzregelungen

Der Übergang zu einem neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit und zu einem neuen Begutachtungsverfahren führt zu Veränderungen für die heute leistungsberechtigten Versicherten.

Das Modell berechnet die durch einen Bestandsschutz anfallenden Mehrausgaben für einen Zeitraum von drei Jahren. Es geht der Frage nach, welche Kosten entstehen könnten, wenn den Leistungsberechtigten für diesen Zeitraum eine Beibehaltung ihres Leistungsanspruchs

garantiert wird. Auch diese Modellrechnung dient der Veranschaulichung möglicher Kostenfolgen von Bestandsschutzregelungen. Die dafür getroffene Annahme der Dauer des Bestandsschutzes von maximal drei Jahren ist nicht als Festlegung des Beirats zu verstehen.

Repräsentative Daten über Verläufe der Pflegebedürftigkeit liegen nicht vor. Aus verschiedenen empirischen Studien lassen sich jedoch begründete Annahmen über Verläufe ableiten.²⁵ Dementsprechend geht das Modell davon aus, dass im Verlauf eines Zeitraums von drei Jahren 80% der Personen, bei denen eine Bestandsschutzregelung greift, entweder versterben oder aufgrund der fortschreitenden Pflegebedürftigkeit einen höheren Bedarfsgrad erreichen, wodurch die Notwendigkeit eines Bestandsschutzes aufgehoben würde. Die Modellrechnung unterstellt hierbei eine stetige Abnahme (um monatlich 2,22 % bzw. 80/36 % – s.o.).

Die Berechnungen müssen für jedes der vorgestellten Szenarien einzeln vorgenommen werden, da sowohl die Leistungshöhe als auch die Zahl der Personen mit Bestandsschutz variieren. Erschwerend kommt hinzu, dass je drei Varianten der Ausgestaltung des Bedarfsgrades 1 zu berücksichtigen sind (im Folgenden durch den jeweiligen „Geldbetrag“ gekennzeichnet). Die folgenden Tabellen zeigen die Ergebnisse der Berechnungen je Szenario.

Im Szenario I belaufen sich die Mehrausgaben auf einen Betrag zwischen 1,830 und 2,092 Mrd. Euro, je nachdem, wie die Leistungen im Bedarfsgrad 1 ausgestaltet werden. In diesem Fall wären 14,1% der heute leistungsberechtigten Versicherten (rd. 265.000 Personen)²⁶ in den Bestandsschutz einbezogen (3,7% bzw. 22.000 Personen im stationären Bereich und 18,8% bzw. 243.000 Personen im ambulanten Bereich).

**Tab. 1: Mehrausgaben für Bestandsschutz in einem Zeitraum von drei Jahren:
Szenario I – Modell NBA mit bisherigen Geldwerten**

Ausgestaltung BG 1	Ambulant	stationär	insgesamt
Geldbetrag 0 Euro	1,797	0,295	2,092
Geldbetrag 50 Euro	1,666	0,295	1,961
Geldbetrag 100 Euro	1,535	0,295	1,830

(in Mrd. Euro)

²⁵ Z.B. aus den Infrateststudien zu „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ (MuG III und MuG IV) oder einer Auswertung von Daten der Gmünder Ersatzkasse.

²⁶ Ohne Leistungsberechtigte aus Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Im Szenario II liegen die Mehrausgaben zwischen 2,751 und 3,014 Euro, also deutlich höher als im Szenario I. Im Vergleich zum Szenario I wären deutlich mehr, nämlich 21,0% der heute leistungsberechtigten Versicherten (rd. 396.000 Personen) in den Bestandschutz einbezogen²⁷ (9,6% bzw. 56.000 Personen im stationären Bereich und 26,2% bzw. 340.000 Personen im ambulanten Bereich).

Tab. 2: Mehrausgaben für Bestandschutz in einem Zeitraum von drei Jahren: Szenario II – sog. kostenneutrales Modell mit bisherigen Geldwerten

Ausgestaltung BG 1	ambulant	stationär	Insgesamt
Geldbetrag 0 Euro	2,535	0,478	3,014
Geldbetrag 50 Euro	2,405	0,478	2,883
Geldbetrag 100 Euro	2,273	0,478	2,751

(in Mrd. Euro)

Im Szenario III belaufen sich die Mehrausgaben zwischen 2,672 und 2,938 Mrd. Euro bzw. 1,907 bis 2,172 Mrd. Euro für die alternative Festlegung, bei der für Geld- und Sachleistungen der heutige Leistungsbetrag in Pflegestufe III für Bedarfsgrad 4 als Ausgangspunkt gewählt wurde.²⁸

Tab. 3: Mehrausgaben für Bestandschutz in einem Zeitraum von drei Jahren: Szenario III - Szenario mit alternativen Geldwerten

Ausgestaltung BG 1	ambulant	stationär	Insgesamt
Geldbetrag 0 Euro	2,011	0,927	2,938
Geldbetrag 50 Euro	1,878	0,927	2,805
Geldbetrag 100 Euro	1,745	0,927	2,672

(in Mrd. Euro)

²⁷ Ohne Leistungsberechtigte aus Einrichtungen der Behindertenhilfe.

²⁸ Auf die Benennung des Anteils der Personen, die von Veränderungen betroffen sind, wird an dieser Stelle verzichtet, da dies den Rahmen des vorliegenden Berichts sprengen würde. Denn anders als in den Szenarien I und II gibt es infolge der Änderung der Geldbeträge in diesem Fall eine kaum überschaubare Vielfalt der zum Bestandschutz individuell erforderlichen Geldbeträge (z.B. 58, 117, 159, 169, 197, 203, 215, 313, 322, 364, 402 und 458 Euro, d.h. zwölf verschiedene Werte allein bei Beziehern von Geldleistungen).

**Tab. 4: Mehrausgaben für Bestandschutz in einem Zeitraum von drei Jahren:
Szenario III - Szenario mit alternativen Geldwerten mit dem Ausgangspunkt der Festlegung der Geld-
und Sachleistung der heutigen Leistungsbetrags in Pflegestufe III für Bedarfsgrad 4**

Ausgestaltung BG 1	ambulant	stationär	Insgesamt
Geldbetrag 0 Euro	1,245	0,927	2,172
Geldbetrag 50 Euro	1,113	0,927	2,040
Geldbetrag 100 Euro	0,980	0,927	1,907

(in Mrd. Euro)

Das Szenario IV schließlich führt zu Mehrausgaben zwischen 3,046 und 3,310 Mrd. Euro.²⁹ Der Abstand zwischen den Mehrausgaben für den ambulanten und den stationären Bereich liegt in einer ähnlichen Größenordnung wie im Szenario III.

**Tab. 5: Mehrausgaben für Bestandschutz in einem Zeitraum von drei Jahren:
Szenario IV – sog. kostenneutrales Szenario mit alternativen Geldwerten**

Ausgestaltung BG 1	ambulant	stationär	Insgesamt
Geldbetrag 0 Euro	2,300	1,010	3,310
Geldbetrag 50 Euro	2,169	1,010	3,179
Geldbetrag 100 Euro	2,036	1,010	3,046

(in Mrd. Euro)

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Mehrausgaben für einen Bestandschutz erwartungsgemäß in enger Beziehung zu den Mehrausgaben für Leistungen stehen, die für die Bedarfsgrade festgelegt wurden.

3.4.3 Vergütungen im stationären Bereich

Während im ambulanten Bereich ein Nebeneinander von Pflegebedürftigen, die nach altem und nach neuem System begutachtet wurden, vorstellbar ist, gestaltet sich dies im stationären Bereich schwieriger. Zwar könnte für „Altfälle“ bis zur Neubegutachtung der Zahlbetrag der bisherigen Pflegestufe beibehalten werden. Problematisch wäre jedoch das Nebeneinander zweier Vergütungssysteme. Denkbar ist statt der parallelen Anwendung von zwei Vergü-

²⁹ Auf die Benennung des Anteils der Personen, die von Veränderungen betroffen sind, wird aus den gleichen Gründen wie im Falle des Szenarios III verzichtet.

tungssystematiken die Umrechnung durch Äquivalenzziffern, wie sie schon 1996 erfolgt ist. Zweckmäßigerweise sollte der Gesetzgeber das Verfahren regeln.

3.5 Versorgung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Eingeführt durch das Pflegeleistungsergänzungsgesetz (PflEG) und das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) stehen Leistungen der Pflegeversicherung für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45b SGB XI und § 87b SGB XI zur Verfügung. Die Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf kognitive Beeinträchtigungen macht Überlegungen notwendig, wie diese Leistungen nach Ziel und Inhalt in das neue Recht zu überführen sind.

Der Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen im ambulanten Bereich (geregelt in §§ 45a und 45b SGB XI) wurde vor allem dadurch gerechtfertigt, dass der Hilfebedarf der Betroffenen vom geltenden System nicht oder zumindest nur unzulänglich erfasst wird. Die gleichmäßige Berücksichtigung aller Einschränkungen auf somatischem und geistig/seelischem Gebiet durch das neue Begutachtungsinstrument bewirkt jedoch, dass der Bedarf von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz auch zu einer gleichberechtigten Teilnahme am Leistungsgeschehen führt. Ein erheblicher Anteil der betroffenen Personen erhält durch die Einstufung in einen Bedarfsgrad nach dem neuen Begutachtungsverfahren erstmals die Berechtigung zu den allgemeinen Leistungen der Pflegeversicherung.³⁰

3.5.1 Leistungen der § 45b bis § 45d SGB XI

Die vorhandenen Selbsthilfestrukturen und die vielfältigen Angebote für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz werden als positiv gesehen. Der Beirat ist deshalb der Auffassung, dass

- die Infrastrukturförderung nach § 45c und § 45d SGB XI sowie
- abrechenbare Geldleistungen entsprechend der bisherigen Vorschrift des § 45b SGB XI nach Ziel und Inhalt im neuen System aufrechterhalten werden sollen.

³⁰ Vgl. Abschlussbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Januar 2009, S. 49.

Zur Umsetzung sind verschiedene Wege diskutiert worden. Bei dem Übergang in das neue System könnten die bisherigen Leistungsangebote des § 45b SGB XI gleichberechtigte Angebotsform, d.h. Teil der zu gewährenden Pflegesachleistungen im Rahmen des § 36 SGB XI, werden. Dies kann als verfügbare Budgetleistung zur Beschaffung von niedrighschwelligen Leistungen bei zugelassenen Leistungserbringern oder außerhalb des Leistungssystems im Wege der Kostenerstattung geschehen. Alternativ dazu können diese Leistungsangebote weiterhin als separate Angebotsform ausgestaltet werden. Ziel muss bei beiden Wegen sein, das Angebot der bisherigen niedrighschwelligen Angebote zu erhalten und auszubauen, um ambulante Dienste und ihre Angebote im Markt weiterhin zu ergänzen.

Für die Einbeziehung des § 45b SGB XI-Leistungen in das Sachleistungssystem des § 36 SGB XI spricht, dass auf diesem Wege die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen mehr Flexibilität bei der Ausgestaltung des individuellen Pflege- und Betreuungsarrangements erhalten. Dabei wäre allerdings auch zu regeln, dass niedrighschwellige Angebote auch künftig weder Versorgungsverträge noch Vergütungsvereinbarungen abschließen müssen.

Für die Erhaltung der § 45b SGB XI-Leistung außerhalb des Sachleistungssystems des § 36 SGB XI spricht, dass vorhandene anerkannte Angebote nicht aufgegeben werden und sich der Ausbau dieser Angebote nach den regionalen Erfordernissen fortsetzen kann.

Unabhängig von diesen zwei grundsätzlich denkbaren Wegen, ist die Frage nach der Reichweite der Leistungen bzw. des leistungsberechtigten Personenkreises zu klären. Zum einen könnten die Leistungen des § 45b SGB XI als zusätzliche Leistungen für die bisherige in § 45a SGB XI genannte Personengruppe erhalten bleiben. Hier wäre die vollständige oder nur teilweise Anrechnung des § 45b SGB XI-Betrages auf die Sachleistung nach § 36 SGB XI und das Pflegegeld nach § 37 SGB XI möglich. Soweit auch eine Kumulation der Leistungen möglich sein soll, erscheinen die bisherigen Beträge von monatlich bis zu 200 Euro in der Höhe allerdings nicht mehr gerechtfertigt. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff soll die bisherige Benachteiligung kognitiver Defizite gerade beseitigt werden.

Zum anderen bestünde die Möglichkeit, die Leistungen des § 45b SGB XI ihrer Art nach für alle Pflegebedürftigen je nach Bedarfslage zur Verfügung zu stellen. Ohnehin stellt die neue Systematik infolge der Bewertung des Grades der Selbständigkeit in den Bereichen der Kommunikation und der psychischen Verhaltensweisen einen entsprechenden Bedarf an Be-

treuungsleistungen als eigenständige Leistungsart neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung im Rahmen der Sachleistung gemäß § 36 SGB XI fest. Die niedrigschwelligen Angebote sollten dabei eine vollständige oder teilweise Anrechnung auf die Sachleistung oder das Pflegegeld finden.

Eine Kombination von zusätzlichen Betreuungsleistungen mit dem Ziel größerer Flexibilität wäre ebenfalls denkbar. Wenn die Angebote über einen derartig separaten Leistungsbetrag zusätzlich in Anspruch genommen werden, könnte auch eine darüber hinausgehende Inanspruchnahme von Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Rahmen einer Kostenerstattung mit den Pflegekassen vereinbart werden. Dies sollte allerdings unter Anrechnung auf den Sachleistungsbetrag nach § 36 SGB XI und/oder das Pflegegeld nach § 37 SGB XI erfolgen.

In jedem Fall sollte ein zusätzlicher Leistungsbetrag, wie bisher, nur die Inanspruchnahme der Betreuungsleistung unterstützen und weder als Pflegegeld noch für direkte Pflegeleistungen zur Verfügung stehen. Zudem müssen grundsätzlich hinsichtlich der Mittelallokation Opportunitätsüberlegungen angestellt werden. Darüber hinaus sollte die Strukturförderung der §§ 45c und 45d SGB XI auch künftig Bestandteil der Pflegeversicherung sein.

3.5.2 Leistungen nach § 87b SGB XI

Auch im neuen System ist zu erwarten, dass demenziell erkrankte Menschen mit höheren Bedarfsgraden in stationären Einrichtungen leben. Die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der pflegebedürftigen Heimbewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung sollten dem Ziel und Inhalt nach erhalten bleiben, um eine verbesserte Struktur der Alltagsaktivitäten zu erhalten und einen erleichterten Übergang und Vernetzung von stationärer und ambulanter Versorgung zu ermöglichen.

3.6 Vorbereitende Maßnahmen

Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens erfordert vor allem auch die Überarbeitung bestehender Richtlinien sowie eine Reihe weiterer administrativen Vorkehrungen.

3.6.1 Überarbeitung von Richtlinien

3.6.1.1 Begutachtungs- und Pflegebedürftigkeitsrichtlinien

Die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungsrichtlinien) vom 21. März 1997 i.d.F. vom 11. Mai 2006) und die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeitsrichtlinien) vom 07. November 1994 i.d.F. vom 11. Mai 2006 sind mit Blick auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsverfahren inhaltlich anzupassen. Eine Überarbeitung sollte dabei so zeitnah wie möglich erfolgen.

3.6.1.2 Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Der Inhalt der Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz wird infolge des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den Begutachtungs- und Pflegebedürftigkeitsrichtlinien enthalten sein. Eine eigene Richtlinie für diese besondere Lebenslage ist daher nicht erforderlich. Allerdings müssen die Merkmale, die Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz betreffen, als solche identifizierbar bleiben.

3.6.1.3 Härtefallrichtlinie

Härtefallrichtlinien sind dann nicht mehr erforderlich, wenn der Bedarfsgrad 5 als systemgerechter Bedarfsgrad für Menschen mit besonderem Pflegebedarf ausgewiesen wird.

3.6.2 Personalbedarf / Fort- und Weiterbildung

Die Erprobung in der Hauptphase hat gezeigt, dass der Zeitaufwand für die Begutachtung nach dem neuen Begutachtungsinstrument mit 60 Minuten im Rahmen der derzeitigen Begutachtung liegt. In der praktischen Anwendung ist die Zeitdauer auch von der konkreten Ausgestaltung des Formulars abhängig, wobei die Möglichkeit der elektronischen Erfassung Einsparpotenziale birgt. Ein erhöhter Personalbedarf ist auf Dauer insofern nicht zu erwarten.

Zunächst besteht ein erheblicher Fortbildungsbedarf sowohl auf Seiten der Leistungsträger, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung als auch beim Pflegepersonal. Die Einrichtungen müssen sich mit den Anforderungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vertraut machen. Zudem ist zu beachten, dass das neue Verfahren komplexe Softwarelösungen und einen entsprechend geschulten Umgang damit erfordert. Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsverfahrens erfordert daher eine ausreichend lange Vorbereitungszeit.

3.6.3 Weitere Anpassungen

Weiterhin sind die Statistiken in der sozialen Pflegeversicherung anzupassen (Finanzstatistik, PV45 bzw. PJ1 / Leistungsstatistik PG1, PG2, PG4 sowie PG5) und andere Statistiken, etwa Sozialhilfestatistiken, auf ihren Anpassungsbedarf zu überprüfen.

Zudem ist das Gemeinsame Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des PflegeVG der Spitzenverbände der Pflegekassen und des GKV-Spitzenverbandes vom 15. Juli 2008 in Abhängigkeit von der künftigen Leistungsausgestaltung zu überarbeiten (§§ 14 bis 18, 33 - ggf. im Zusammenhang mit Bestandsschutzregelungen -, 36 bis 45d i.V.m. 87b SGB XI; Art. 45 PflegeVG; §§ 82 bis 85 und 87 bis 89 SGB XI).

4. Kapitel: Umsetzungsempfehlungen

4.1 Umsetzung des neuen Begutachtungsinstruments

4.1.1 Änderung von Modulen

Der Beirat beschließt, an den Modulen 1, 2, 3, 4 und 6, wegen der im Prozess der Evaluation (Hauptphase 2) deutlich gewordenen verstärkten Sensitivität, pflegewissenschaftlich begründete Änderungen vorzunehmen und empfiehlt ihre Umsetzung

4.1.2 Prüfung der Gewichtung der Module

Die im Beirat angeregte pflegewissenschaftliche Prüfung der Gewichtung der Module zueinander hat ergeben, dass eine Veränderung nur bei Gefährdung der Balance von körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen vorgenommen werden könnte. Der Beirat empfiehlt daher, die in der Hauptphase 1 definierte und in der Hauptphase 2 evaluierte Gewichtung der Module nicht zu verändern.

4.1.3 Änderung von Schwellenwerten

Der Beirat empfiehlt die Veränderung des Eingangsschwellenwertes von 10 auf 15 Punkte. Andere Veränderungen, insbesondere bei den höheren Schwellenwerten, könnten den Zugang von überwiegend körperlich beeinträchtigten Personen zu den höheren Bedarfsgraden erschweren oder unmöglich machen und werden aus diesem Grund nicht für sachgerecht erachtet.

4.2 Neugestaltung der Bedarfsgrade 1 und 5

Der Beirat akzeptiert den Vorschlag der Wissenschaft, fünf Bedarfsgrade zu bestimmen, unter der Voraussetzung, dass diese mit Leistungen hinterlegt sind. Unter dieser Prämisse empfiehlt der Beirat, den Bedarfsgrad 1 zur Erhaltung der Selbständigkeit und Vermeidung schwererer Pflegebedürftigkeit und stationärer Unterbringung und den Bedarfsgrad 5, der besonders

schwere Bedarfslagen umfasst, auszugestalten. Die bezüglich der Ausgestaltung der Bedarfsgrade 1 und 5 gemachten Vorschläge (3.2.4.1 und 3.2.4.2) sind zu prüfen und gegebenenfalls aufzugreifen.

4.3 Bestandschutz

Der Beirat empfiehlt, die unter 3.4.1 genannten Hinweise zum Bestandsschutz zu prüfen und gegebenenfalls aufzugreifen.

4.4 Versorgung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

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 formulierten Hinweise zu prüfen und gegebenenfalls aufzugreifen.

4.5 Empfehlungen zu vorbereitenden Maßnahmen

Der Beirat empfiehlt, die unter 3.5 genannten Hinweise auf den notwendigen Änderungsbedarf von Richtlinien etc. aufzunehmen, bestehende Regelungen auf ihre Entbehrlichkeit zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen.

Der Beirat empfiehlt, das neue Begutachtungsverfahren und die damit verbundenen Anpassungen in einem Schritt bundesweit einzuführen und dafür ausreichend Zeit vorzusehen.

4.6 Ausblick

Der Beirat empfiehlt, die Umsetzung des Abschlussberichts und die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit der Diskussion um neue Strukturen der Leistungserbringung zu verbinden.

Eine veränderte Infrastruktur der Leistungserbringung ist für alle Szenarien erforderlich. Sie ist nicht nur im kostenneutralen Szenario unbedingte Voraussetzung sondern auch bei einem Entwurf mit mehr finanziellen Ressourcen. Veränderungen der individuellen Leistungsansprüche nach oben wie nach unten, die sich aufgrund der veränderten Bedürftigkeitsfeststellung bei den beobachtbaren Struktur- und Mengeneffekten ergeben, lassen sich nur durch Interventionen bei den Strukturen erträglich gestalten, wenn sie personenbezogen zielgenauere Hilfen ermöglichen. Durch Strukturänderungen können Synergien etc. entstehen.

Ziele der Ausrichtung:

1. Stärkere Förderung der ambulanten Versorgung und wohnortnahen Leistungen
2. Sicherung der Vernetzung von ambulanten und stationären Leistungen. Überwindung der starren Grenzen zwischen diesen Bereichen
3. Stärkung der Infrastruktur aus Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung (z.B. durch den Ausbau der Pflegeberatung)
4. Verstärkte sozialräumliche Orientierung und ein besseres Zusammenwirken der Sozialleistungssysteme
5. Stärkere Personenorientierung

Inhalte der Umsetzung:

1. Stärkung der Pflegebereitschaft von Familien und zivilgesellschaftlichen Pflegearrangements durch Leistungen mit dem Ziel der Vermeidung stationärer Versorgung: Sicherheit und Schutzfunktion bei Risiken, die den Einzelnen überfordern. Förderung der Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Pflege
2. Vernetzung von ambulanten und stationären Leistungen und Hilfen
3. Die Wahrung der Balance von körperlicher und kognitiver Beeinträchtigung der Selbstständigkeit erfordert die Anerkennung der Gleichwertigkeit von Beeinträchtigungen. Dabei muss die jeweilige Andersartigkeit anerkannt werden.

4. Stärkerer Ausbau von Strukturen, die einen Hilfemix möglich machen z.B. durch:
 - Modularisierung von Leistungen im stationären Bereich und/oder
 - Senkung von Leistungsentgelten oder Zuzahlungen, wenn Angehörige Leistungen im stationären Bereich selbst übernehmen und verantworten,
 - niedrigschwellige, selbst beschaffte Hilfen.
5. Förderung der Gemeinwesenorientierung, Pflegeberatung und -begleitung (Casemanagement)
6. Verstärkung der bestehenden Anreize, durch aktivierende Pflege Pflegebedürftigkeit abzusenken
7. Vorrang von Prävention und Rehabilitation vor Pflege.
8. Stärkung der Verbrauchersouveränität bezüglich der Leistungen von Pflege, Unterkunft und Verpflegung

Anlagen



Die Mitglieder des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs anlässlich der abschließenden Sitzung des Beirats am 20.05.2009 im Bundesministerium für Gesundheit

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

Dr. h.c. Jürgen Gohde, Kuratorium Deutsche Altershilfe
Vorsitzender des Beirats

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

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

Dr. Fritz Baur, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe

Andreas Besche Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Dr. Martin Danner, Deutscher Behindertenrat

Klaus Dumeier, GKV-Spitzenverband

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

Dr. Franz Fink, Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

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

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

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

Erika Huxhold, Bundesministerium für Arbeit und Soziales

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

Jens Kaffenberger, Sozialverband VdK Deutschland

Harald Kesselheim, AOK-Bundesverband

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

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

Dr. Monika Kücking, GKV-Spitzenverband

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

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

Klaus Lachwitz, Deutscher Behindertenrat

Dieter Lang, Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

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

Gert Nachtigal, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Dr. Peter Pick, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

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

Paul Jürgen Schiffer, Verband der Ersatzkassen e.V.

Jürgen Sandler, Deutscher Gewerkschaftsbund

Dr. Irene Vorholz, Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

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

Franz Wagner, Deutscher Pflegerat e.V.

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

Ute Zentgraf, Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Anlage 2 Mitglieder der Arbeitsgruppe 1 „Szenarien“

Dr. h. c. Jürgen Gohde, Kuratorium Deutsche Altershilfe
Vorsitzender der Arbeitsgruppe

Klaus Dumeier, GKV-Spitzenverband
Vorsitzender der Arbeitsgruppe

Dr. Fritz Baur, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger

Dr. Martin Danner, Deutscher Behindertenrat

Dr. Franz Fink, Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Prof. Dr. Stefan Görres, Universität Bremen

Jens Kaffenberger, Sozialverband VdK

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

Prof. Dr. Heinrich Kunze, Aktion Psychisch Kranke

Gerd Künzel, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie Brandenburg

Klaus Lachwitz, Deutscher Behindertenrat

Christian Luft, Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg

Gert Nachtigal, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

André Necke, Arbeitsstab der Behindertenbeauftragten

Dr. Peter Pick, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen

Prof. Dr. Heinz Rothgang, Universität Bremen

Bernd Tews, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

Dr. Irene Vorholz, Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

Dr. Klaus Wingefeld, Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld

Gäste

Dr. Christian Berringer, Bundesministerium für Gesundheit

Dr. Eckhard Grambow, Bundesministerium für Gesundheit

Dr. Christian Igel, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Magnus Kuhn, Bundesministerium für Gesundheit

Jutta Prem, Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Cornelia Reitberger, Bundesministerium für Gesundheit

Dr. Matthias von Schwanenflügel, Bundesministerium für Gesundheit

Anlage 3 Mitglieder der Arbeitsgruppe 2 „Bestandsschutz“

Sabine Jansen, Deutsche Alzheimer Gesellschaft

Vorsitzende der Arbeitsgruppe

Harald Kesselheim, AOK-Bundesverband

Vorsitzender der Arbeitsgruppe

Dr. Uda Bastians-Osthaus, Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

Andreas Besche, Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

Klaus Dickneite, Deutscher Behindertenrat

Dr. Jonathan I. Fahlbusch, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.

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

Jörg Rabe, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger

Barbara Vieweg, Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V.

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

Ute Zentgraf, Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Gäste

Dr. Eckhard Grambow, Bundesministerium für Gesundheit

Dr. Gerd Krämer, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Franziskus Nostadt, Bundesministerium für Gesundheit

Thomas Uhlig, Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Anlage 4 Mitglieder der Arbeitsgruppe 3 „Vorbereitende Maßnahmen“

Dr. h.c. Jürgen Gohde, Kuratorium Deutsche Altershilfe

Vorsitzender der Arbeitsgruppe

Paul-Jürgen Schiffer, Verband der Ersatzkassen e.V.

Vorsitzender der Arbeitsgruppe

Dr. Andreas Büscher, Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld

Dr. Ulrike Diedrich, Medicproof, Gesellschaft für Medizinische Gutachten

Dr. Siiri Ann Doka, Deutscher Behindertenrat

Dr. Barbara Gansweid, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe

Heike Hoffer, Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.

Dieter Lang, Verbraucherzentrale Bundesverband

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

Horst Rauh, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger

Helga Walter, Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V.

Michael Willamowski, Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

Ute Zentgraf, Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege

Gäste

Cornelia Reitberger, Bundesministerium für Gesundheit

Petra Weritz-Hanf, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Anlage 5 Methodische Anmerkungen zur Ermittlung der zukünftigen Anzahl der Leistungsberechtigten mit dem Bedarfsgrad 1

(H. Rothgang und K. Wingenfeld)

Die Modellrechnungen zur Ermittlung der zukünftigen Anzahl der Leistungsberechtigten in den neuen Bedarfsgraden basieren durchgängig auf zwei Arten von Daten:

- a) den Übergangswahrscheinlichkeiten von alten Pflegestufen in neue Bedarfsgrade, die sich aus der Untersuchung der 2. Hauptphase ($n = 1.490$) ergeben und
- b) der Anzahl der Personen, die derzeit in den jeweiligen (alten) Pflegestufen sind.

Eine Problematik besteht nun darin, dass in der amtlichen Statistik keine Informationen über die Bestandszahl der Personen mit abgelehnten Anträgen vorhanden sind. Obwohl auch für diese Personen Übergangswahrscheinlichkeiten aus den Daten der 2. Hauptphase errechnet werden können, fehlt hier eine verlässliche Bestandszahl als Bezugsgröße. In den Berechnungen der 2. Hauptphase wurden daher die Inzidenzen aus den Begutachtungen als Näherungsgröße für die Prävalenzen verwendet. Ausgegangen wurde von einer Bestandsgröße von 530.000 Personen mit abgelehnten Anträgen im ambulanten Bereich. Aus den MuG-Studien von TNS Infratest kann ebenfalls eine entsprechende Bestandsgröße ermittelt werden. Diese liegt für den ambulanten Bereich bei 577.000, bestätigt in der Größenordnung damit die Annahme aus der 2. Hauptphase.

Die zukünftigen Personen im Bedarfsgrad 1 speisen sich nun aus zwei Quellen:

1. den Personen, die auch im alten System einen Antrag gestellt hätten und
2. den Personen, die im alten System keinen Antrag gestellt haben, aufgrund des neuen Begutachtungsverfahrens und des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nun aber womöglich einen erfolgreichen Antrag stellen werden.

Für die erstgenannte Gruppe können Modellrechnungen analog zu denen für die anderen Bedarfsgrade durchgeführt werden. Hierzu werden mithilfe des inzwischen modifizierten neuen Begutachtungsverfahrens Inzidenzkreuztabellen (alte Pflegestufen vs. neue Bedarfsgrade) gebildet, diese mittels des im Bericht der 2. Hauptphase dargelegten Rechenwegs in Prävalen-

zen umgerechnet und auf den Bestand aller Antragsteller (mit erfolgreichem und abgelehntem Antrag) angewendet. Für den Bestand der Personen mit nicht erfolgreichem Antrag kann dabei der Wert von 530.000 oder 577.000 (s.o.) angesetzt werden.

Im Ergebnis resultiert hieraus, dass im Bedarfsgrad 1 mit rd. 330.000-350.000 Personen zu rechnen ist, die der unter 1. bezeichneten Personengruppe entstammen. Diese Zahl ist daher als Untergrenze für die zu erwartende Zahl der Personen in Bedarfsgrad 1 anzusehen und ist gut gesichert.

Schwieriger ist dagegen die Bestimmung des unter 2. bezeichneten Personenkreises. Über die Größe dieser Personengruppe liegen keine Daten vor. Da es sich um Versicherte handelt, die bislang keinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen, konnten sie im Rahmen der bundesweiten Erprobung des neuen Begutachtungsverfahrens nicht erfasst werden. Unabhängig von dieser Erprobung existieren jedoch keinerlei Erfahrungen mit dem Einsatz des neuen Begutachtungsverfahrens, so dass empirisch gesicherte Aussagen über diese Personengruppe nicht verfügbar sind. Ihre Größe muss daher geschätzt werden, um Berechnungen über mögliche Mehrausgaben nach Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens treffen zu können.

Eine Schätzung ist jedoch ebenfalls auf empirische Hinweise angewiesen. Deshalb wurde dem Beirat vorgeschlagen, andere Daten – die Daten aus den Studien zu „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten“ (MuG III) – zu verwenden, um sich einer Größenordnung begründet anzunähern. Mit der Prüfung der Nutzbarkeit dieser Daten wurde die Firma TNS Infratest beauftragt, die die MuG-Studien durchgeführt hat. Die MuG-Daten umfassen verschiedene Aspekte der Hilfebedürftigkeit von Menschen in Privathaushalten, so dass es nahe lag, hieraus Anhaltspunkte für die genannte Personengruppe abzuleiten. Hierzu mussten aus den MuG-Daten die Module des neuen Begutachtungsverfahrens so gut wie möglich nachgebildet werden. Dabei entsteht Unsicherheit, so dass die Ergebnisse nicht in gleichem Maße belastbar sind, wie die Modellrechnungen, die sich auf Antragsteller auf SGB XI-Leistungen beziehen.

Die ursprünglichen Infratest-Berechnungen bezogen sich auf das neue Begutachtungsverfahren wie es in der 2. Hauptphase angewendet wurde. Anschließend wurden allerdings einige Anpassungen vorgenommen. TNS Infratest wurde daher gebeten, die eigenen Abschätzungen an diese Modifikationen anzupassen. Im Ergebnis ermittelte Infratest eine Personenzahl von

rd. 450.000 Personen in Bedarfsgrad 1. Würde diese Zahl der genannten Untergrenze von 330.000-350.000 hinzugefügt, ergäbe sich ein Wert von rund 800.000. Allerdings ist nicht auszuschließen, dass es aufgrund der methodischen Schwierigkeiten zu einer Überschätzung der Personen kommt, die bislang keine Anträge auf SGB XI-Leistungen gestellt haben, nunmehr aber in Bedarfsgrad 1 fallen würden. Dies kann ansatzweise geprüft werden, da Infratest seine Modellierung auch für die bisherigen Antragsteller durchgeführt hat. Bei einem Vergleich dieser Modellierungsergebnisse mit den Ergebnissen, die sich auf Basis der Daten der 2. Hauptphase ergeben, zeigt sich, dass der Bedarfsgrad 1 in der Infratestberechnung tendenziell überschätzt wird. Gleichzeitig wird die Personenzahl in den Bedarfsgraden 2 und höher dagegen unterschätzt.

Der Wert von 800.000 Personen in Bedarfsgrad 1 dürfte daher eher eine Obergrenze sein, der Wert von 330.000-350.000 dagegen eine Untergrenze. In Anbetracht der unbefriedigenden Datenlage und nach ausgiebiger Diskussion im Beirat ist es vor diesem Hintergrund aus wissenschaftlicher Sicht vertretbar, zum Zweck der Modellrechnungen von 650.000 Personen in Bedarfsgrad 1 auszugehen.

Impressum

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit
Referat Öffentlichkeitsarbeit
11055 Berlin

Gestaltung: BUTTER. Agentur für Werbung GmbH

Foto Titel: Julia Baier, **Foto Innenteil:** York Wegerhoff

Stand: Mai 2009, 1. Auflage

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