



**Deutscher Bundestag**  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
18(14)0131(34)  
gel. ESV zur öAnhörung am 05.10.  
15\_PSGII  
05.10.2015

**SOCIUM**  
Forschungszentrum  
Ungleichheit und Sozialpolitik

Abteilung/Division  
**Gesundheit, Pflege, Rente**  
Versorgungsforschung

**Prof. Dr. Heinz Rothgang**  
Abteilungsleiter / Director

Mary-Somerville-Straße 3  
28359 Bremen

Telefon: (0421) 218 - 4132  
Fax: (0421) 218 - 7540  
eMail: rothgang@uni-bremen.de  
www: www.zes.uni-bremen.de

**Stellungnahme zum**

**Gesetzentwurf der Bundesregierung**  
**Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften**  
**(Zweites Pflegestärkungsgesetz - PSG II)**  
**BT-Drucksache 18/5926**

sowie dem

**Antrag der Fraktion DIE LINKE**  
**„Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in der Pflege**  
**- Solidarische Pflegeversicherung einführen“**  
**BT-Drucksache 18/5110**

**anlässlich der Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des**  
**Deutschen Bundestages am 30. September 2015**

## **Einleitende Bemerkungen**

Das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) bildet den letzten und inhaltlich wichtigsten Schritt einer großen, dreischrittigen Pflege(versicherungs)reform. Seit 2006 durch zwei Expertenbeiräte vorbereitet und entwickelt, bilden das 2013 in Kraft getretene Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG), das am 1. Januar 2015 in Kraft getretene Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) und das PSG II, dessen zentrale Teile 2017 in Kraft treten sollen, eine zusammenhängende Reformeinheit. Alle drei Teile gemeinsam ergeben dabei die umfangreichste Reform der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung 1995, die einen der „Geburtsfehler“ der Pflegeversicherung korrigiert, indem der zu enge Pflegebedürftigkeitsbegriff angemessen erweitert und das Leistungsrecht entsprechend glatt gezogen wird. Insgesamt ist diese Reform daher zu begrüßen.

Nachfolgend wird zunächst auf die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs als Kern dieser Reform eingegangen, anschließend werden die über den vorliegenden Gesetzentwurf hinaus noch zu gehenden Schritte angesprochen. Zum Antrag der Fraktion DIE LINKE wird auf eine ältere Stellungnahme verwiesen.

Einige der hier vorgetragenen Überlegungen entstammen einem ausführlicheren Aufsatz, der in Kürze in der Zeitschrift Gesundheits- und Sozialpolitik erscheinen wird, und dessen Manuskriptfassung dieser Stellungnahme als Anlage beigefügt ist.

## **I. Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs**

### **1. Das neue Begutachtungsassessment**

Bemerkenswert ist zunächst, dass das Verhältnis von theoretischem Konstrukt und Messinstrument hier umgekehrt wurde. Ein Assessment sollte im Normalfall ein vorhandenes theoretisches Konzept, in diesem Fall den „Pflegebedürftigkeitsbegriff“ operational umsetzen. Tatsächlich ist es im vorliegenden Fall aber umgekehrt: Im Rahmen des ersten Beiratsprozesses wurde 2008 ein pflegefachlich fundiertes Assessmentinstrument, das Neue Begutachtungsassessment (NBA), erarbeitet (Wingenfeld et al. 2011), das erstmals 2008 in einer Studie (Windeler et al. 2011) und – nach einigen Änderungen im Beiratsprozess – 2013/4 ein zweites Mal (Kimmel et al. 2014) erprobt wurde. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff wird im PSG II jetzt als das definiert, was dieses Instrument misst – und nicht umgekehrt.

Zentrale Merkmale des NBA sind

- a) die Ausdehnung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf weitere Dimensionen,
- b) die Veränderung der Stufenzahl,
- c) der Wegfall der Minutenwerte als Bewertungskriterium und
- d) die Bewertungssystematik im engeren Sinne.

Ad a)

Bei Einführung der Pflegeversicherung wurde der Pflegebedürftigkeitsbegriff eng gefasst, so dass die besonderen Belange insbesondere von Menschen mit Demenz nicht angemessen berücksichtigt wurden. Um das auszugleichen, wurde im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz die Kategorie der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) eingeführt. Für diese Personengruppe wurden dann im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz, im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz und im Pflege-Neuausrichtungsgesetz eigene Leistungsansprüche geschaffen und ausgedehnt. Im Ergebnis resultieren daraus eine Parallelstruktur und ein kompliziertes Leistungsanspruchsflecht. Das NBA erfasst dagegen alle somatischen und kognitiven Dimensionen. Ziel ist es dabei, die Pflegebedürftigkeit *umfassend* zu erheben und somit sowohl körperliche, als auch psychisch/kognitive Beeinträchtigungen der selbständigen Lebensführung zu erfassen. Dies inkludiert dementsprechend auch den Bereich der Partizipation und sozialen Teilhabe. Dazu wird das Maß der Selbständigkeit des Antragstellers in acht Modulen erhoben, von denen nur die ersten sechs zur Festlegung der Pflegebedürftigkeit genutzt werden. Das bisherige Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bezieht sich in etwa auf die Inhalte, die nunmehr in den Modulen 1 und 4 abgedeckt werden. Durch Hinzuziehung der weiteren Module erfolgen also eine wesentliche Erweiterung der alten Systematik und eine notwendige Modernisierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Diese inhaltliche Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist eindeutig ein *Fortschritt gegenüber dem bisherigen Erhebungsinstrument* und womöglich der wichtigste Beitrag des NBA zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.

Ad b)

Häufig wird davon gesprochen, dass aus drei Pflegestufen fünf Pflegegrade werden. Dies ist nicht zutreffend. Tatsächlich ergeben sich durch Kombination der Pflegestufen und des PEA-Merkmals (mit der Unterscheidung von Grundbetrag und erhöhtem Betrag der Leistungen nach § 45b SGB XI) insgesamt bis zu 14 verschiedenen Anspruchsberechtigtenklassen. Das NBA führt somit zu einer *Vereinfachung der bestehenden Systematik* durch Reduktion der Anspruchsberechtigtenklassen auf fünf Pflegegrade. Das ist möglich, weil die Pflegegrade – anders als die Pflegestufen – auch die kognitiven Beeinträchtigungen – angemessen abbilden und so das Zusatzkriterium „eingeschränkte Alltagskompetenz“ entfallen kann. Diese kodifikatorische Vereinheitlichung ist daher zu begrüßen.

Ad c)

Wurden die einzelnen Items im alten Instrument mittels der durchschnittlichen Dauer, die eine Laienpflegekraft für die einzelnen Verrichtungen benötigt, gewichtet, ist diese Zeitorientierung im neuen Instrument weggefallen. Damit werden in Zukunft die vielfachen – auch rechtlichen – Streitigkeiten vermieden, die daraus resultierten, dass Angehörige darüber geklagt haben, ihre Unterstützungsleistungen dauerten länger und dies werde nicht berücksichtigt. Tatsächlich handelt es sich bei diesen Klagen zwar um ein Missverständnis, da die „Minutenwerte“ nicht konkrete Aufwände abbilden sollen, sondern lediglich eine Gewichtungsmatrix für die Items bilden. Allerdings waren die Abweichung von individuellen Aufwänden und „Normminuten“ immer wieder Anlass für Beschwerden und Klagen, die nun entfallen. Auch im NBA müssen die Einzelitems auch im NBA gewichtet werden. Dies erfolgt nunmehr implizit im der Bewertungssystematik im engeren Sinne.

Ad d)

Das NBA besteht (für Erwachsene) aus 65 zu erhebenden Items. Die Ergebnisse dieser Erhebung werden mittels einer komplexen und unübersichtlichen Bewertungssystematik in Pflegegrade umgerechnet (vgl. zur Darstellung dieser Bewertungssystematik den Aufsatz im Anhang). Diese Bewertungssystematik kann nicht als vollkommen gelungen bezeichnet werden. Insbesondere die mehrfachen Klassierungen, erstens bei der Punktsammenbildung in Modul 5, zweitens bei der Bildung der von 4 „Graden der Beeinträchtigung“ in allen Modulen, bei der die deutlich differenzierteren Ergebnisse in den Modulen verloren gehen, und drittens bei der Bildung von Pflegegraden führen zu mehrfachen Informationsverlusten. Ein derartiger Informationsverlust ist insofern unvermeidlich als *am Ende* eine Klassenbildung („Pflegegrade“) notwendig ist, da die Leistungsgestaltung dann an diesen Pflegegraden anknüpft. *Eine* Klassenbildung ist daher unvermeidlich. Insbesondere die zusätzliche Klassierung in die „Grade der Beeinträchtigung“ ist allerdings unnötig und kann zu Verzerrungen führen. Gleiches gilt für die eigentümliche Maximierungsregel in den Modulen 2 und 3, die dazu führt, dass die Einschränkungen der Selbständigkeit in einem der beiden Module regelmäßig *nicht* berücksichtigt werden.

Auch wenn Schwächen in der Bewertungssystematik erkennbar sind, kann insgesamt dennoch kein Zweifel daran bestehen, dass das NBA der alten Pflegebegutachtung deutlich überlegen ist und die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wie im PSG II vorgesehen einen großen Fortschritt darstellt.

## **2. Festlegung der Zugangshürden zu den Pflegegraden**

Im Rahmen der Bewertungssystematik werden

- a) die in den einzelnen Modulen erzielten Punkte in Grade der Beeinträchtigung umgerechnet,
- b) die Grade der Beeinträchtigung anhand der Modulgewichte in Scorewerte umgerechnet und
- c) anhand dieser Scorewerte eine Einteilung in Pflegegrade vorgenommen (vgl. Anhang für Details).

Bemerkenswert ist bei der Betrachtung dieser Gesamtsystematik, dass der Gesetzgeber zweifach von der im Beiratsbericht 2013 veröffentlichten Systematik abgewichen wird. Zum einen sind die unteren Grenzwerte für die *Grade der Beeinträchtigung* in den Modulen 1, 4 und 6 (teilweise mehrfach) gegenüber der im Beiratsbericht 2013 (BMG 2013: 22) veröffentlichten Systematik nach unten abgesenkt worden. Die Tabellen 1 und 2 enthalten die Grenzwerte in der Originalsystematik des Beirats und der im PSG II vorgesehenen Grenzwerte. Die Unterschiede sind dabei in rot hervorgehoben und gefettet. Infolge dessen werden im Vergleich zu der Systematik des Beiratsberichts *höhere Gesamtscorewerte* erreicht, und das PSG II erweist sich in dieser Frage als sehr großzügig.

**Tabelle 1: Schwellenwerte der Grade der Beeinträchtigung in der ursprünglichen Bewertungssystematik des Expertenbeirats**

		Grad der Beeinträchtigung									
	Gewicht	0		1		2		3		4	
		von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis
<b>Modul 1</b>	<b>10%</b>	0	1	2	3	4	6	7	9	10	15
<b>Modul 2</b>	<b>15%</b>	0	1	2	5	6	10	11	16	17	33
<b>Modul 3</b>		0	0	1	2	3	4	5	6	7	45
<b>Modul 4</b>	<b>40%</b>	0	3	4	9	10	24	25	39	40	57
<b>Modul 5</b>	<b>20%</b>	0	0	1	1	2	3	4	5	6	12
<b>Modul 6</b>	<b>15%</b>	0	1	2	3	4	6	7	11	12	18

Quelle: BMG 2013.

**Tabelle 2: Schwellenwerte der Grade der Beeinträchtigung im PSG**

		Grad der Beeinträchtigung									
	Gewicht	0		1		2		3		4	
		von	bis	von	bis	von	bis	von	bis	von	bis
<b>Modul 1</b>	<b>10%</b>	0	1	2	3	4	<b>5</b>	<b>6</b>	9	10	15
<b>Modul 2</b>	<b>15%</b>	0	1	2	5	6	10	11	16	17	33
<b>Modul 3</b>		0	0	1	2	3	4	5	6	7	45
<b>Modul 4</b>	<b>40%</b>	0	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	57
<b>Modul 5</b>	<b>20%</b>	0	0	1	1	2	3	4	5	6	12
<b>Modul 6</b>	<b>15%</b>	0	<b>0</b>	<b>1</b>	3	4	6	7	11	12	18

Quelle: BMG 2015.

Zum anderen wurden die Schwellenwerte für die *Pflegegrade 1, 2 und 3* gegenüber dem Beiratsbericht (BMG 2013: 23) abgesenkt, so dass ein geringerer Grad an Einschränkung ausreichend ist, um einen der unteren drei Pflegegrade zu erreichen (Tabelle 3). Durch diese doppelte Nachjustierung ist also zu erwarten, dass sowohl eine größere Anzahl von Antragstellern überhaupt in den Leistungsbezug kommt, als auch dass die Pflegegradverteilung im Vergleich zur alten Bewertungssystematik und damit auch im Vergleich zu den Ergebnissen der beiden Erprobungsstudien (Rothgang et al. 2015; Kimmel et al. 2015), die jeweils mit der alten Bewertungssystematik operiert haben, „nach oben“ verschoben ist. Der Kabinettsentwurf ist damit deutlich großzügiger als die Vorschläge des Expertenbeirats.

**Tabelle 3: Schwellenwerte der Pflegegrade im PSG**

Pflegegrad	Kein Pflegegrad	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Gesamtscorewert Kabinettsentwurf	0 bis unter 12,5	<b>12,5</b> bis unter 27	<b>27</b> bis unter 47,5	<b>47,5</b> bis unter 70	70 bis unter 90	90 bis 100
Gesamtscorewert Beiratsbericht	0 – 14	15 – 29	30 – 49	50 – 69	70 – 89	90 – 100

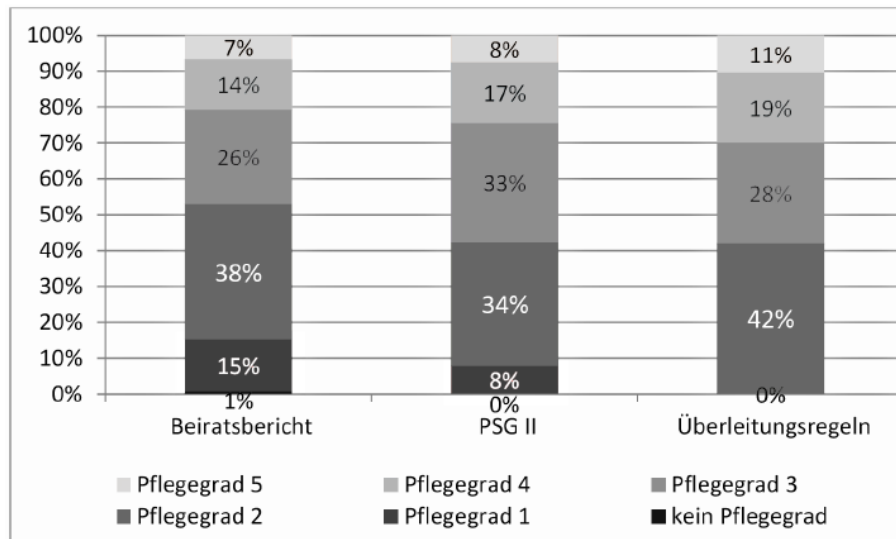
Quelle: BMG 2013, 2015.

### 3. Überleitungsregeln: Von Pflegestufen zu Pflegegraden

Da eine Neubegutachtung von mehr als zweieinhalb Millionen Leistungsempfänger zum Umstellungszeitraum nicht realisierbar wäre, sieht das PSG II eine *formale Überleitung* aller Leistungsempfänger vor, die aufgrund einer festgestellten Pflegestufe und/oder einer eingeschränkten Alltagskompetenz am 31.12.2016 im Rahmen des SGB XI leistungsberechtigt sind zum 01.01.2017 ohne eine erneute Begutachtung durch den MDK. Maßgeblich für die auf diesem Weg zugeordneten Pflegegrade sind die bereits in einer Begutachtung festgestellten Pflegestufen und eine etwaige eingeschränkte Alltagskompetenz. Für diese Überleitung hatte der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs drei Optionen dargestellt (BMG 2013: 83ff.). Wiederum hat sich der Gesetzgeber für die *größzügigste* dieser Optionen entschieden. Demnach werden die Pflegebedürftigen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz mittels eines „einfachen Stufensprungs“ übergeleitet. Dies bedeutet, dass aus der Pflegestufe I der Pflegegrad 2 folgt, aus Pflegestufe II der Pflegegrad 3 usw. Bei Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erfolgt ein „doppelten Stufensprung“: aus der Pflegestufe 0 (mit EA) folgt der Pflegegrad 2, aus Pflegestufe I (mit EA) der Pflegegrad 3 usw.

Abbildung 1 zeigt die Effekte der dargestellten Veränderungen der Bewertungssystematik im Gesetzgebungsverfahren gegenüber dem Beiratsbericht 2013 und die Auswirkungen der Überleitungsregelung anhand der Stichprobe von 1.570 Antragsteller, die in die Erprobungsstudie eingeschlossen wurden (Kimmel et al. 2015). Werden gemäß Ursprungssystematik 16 % der nach dem alten System Leistungsberechtigten in Pflegegrad 1 (oder kein Pflegegrad) eingestuft, sind dies nach der neuen Bewertungssystematik nur noch halb so viele. Umgekehrt erhöht sich der Anteil derer, die in Pflegegrad 3 und höher kommen, von 47 % in der Originalsystematik auf 58 % in der im Entwurf des PSG II veröffentlichten Bewertungssystematik. Bei Anwendung der Überleitungsregeln ist der Pflegegrad 1 gar nicht mehr vertreten. Zudem steigt der Anteil in Pflegegrad 4 und 5 auf 30 % gegenüber 25 % in der PSG II-Bewertungssystematik und 21 % in der Originalsystematik des Expertenbeirats. Die Abbildung zeigt damit, dass die im Gesetzgebungsverfahren vorgenommenen Modifikationen der Bewertungssystematik durchaus merkliche Auswirkungen auf die Pflegegradverteilung haben und die – aus Gründen des Bestandsschutzes unvermeidlich – Überleitungsregeln zu einer noch einmal „höheren“ Pflegegradverteilung führen. Auch hier ist das PSG II großzügig.

**Abbildung 1: Pflegegradverteilung in der Stichprobe der Praktikabilitätsstudie nach Bewertungssystematik gemäß ...**



Quellen: eigene Berechnungen basierend auf BMG 2013, Kimmel et al. 2015, BMG 2015.

#### 4. Leistungshöhen in der ambulanten Pflege<sup>1</sup>

Für die neuen Pflegegrade sieht der Gesetzentwurf Leistungshöhen vor, die sich in der *ambulanten Pflege* an den bisher gewährten Leistungen orientieren, diese aber sehr großzügig auf die neuen Pflegegrade übertragen. Tabelle 4 zeigt die alten und neuen Leistungshöhen für *Pflegesachleistungen* im Vergleich, wobei der alten Pflegestufe (differenziert danach, ob eine eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt) der neue Pflegegrad gegenübergestellt wird, der sich entsprechend der Überleitungsvorschrift (s. o.) ergibt, sowie die Zahl der jeweils betroffene Leistungsempfänger gemäß der Statistik der Sozialen Pflegeversicherung für 2014. Deutliche Leistungsverbesserungen ergeben sich aufgrund des „doppelten Stufensprungs“ für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Auch für Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz in Pflegestufe I und II kommt es aber zu Leistungsverbesserungen, da der Leistungsbetrag, der nach § 123 SGB XI bisher nur für PEA gewährt wurde, nun in die Leistungen nach § 36 SGB XI integriert wird. Lediglich für die bisher in Pflegestufe III eingestuften Pflegebedürftigen und Härtefälle kommt es nicht zu Leistungsverbesserungen, da die Leistungen nach § 123 SGB XI nur für die Stufen 0 bis II vorgesehen sind.

Insgesamt kommt es für 95 % der derzeitigen Leistungsempfänger zu einer Erhöhung des Leistungsbetrags (Tabelle 4) und lediglich für Härtefälle und Pflegebedürftige der Pflegestufe III ohne eingeschränkte Alltagskompetenz bleiben die Leistungen gleich. Das Ausmaß der Veränderungen

<sup>1</sup> Nachfolgend wird nur auf Pflegegeld und Pflegesachleistungen eingegangen. Daneben erfolgte schon im PSG I eine Leistungsausweitung bei den Leistungen nach § 45b SGB XI, da die „Entlastungsleistungen“ seit diesem Jahr auch Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz offen steht.

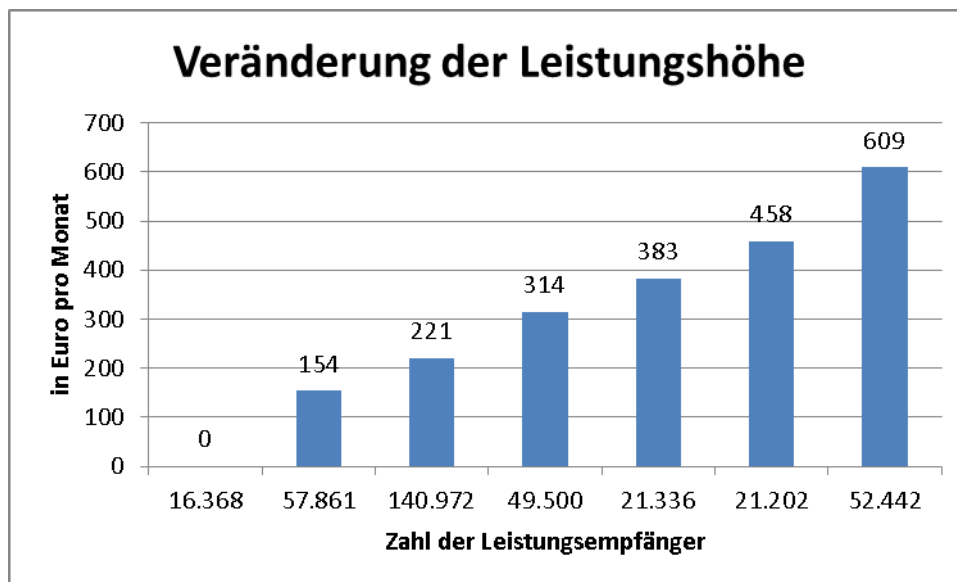


und wiederum die Zahl der davon Betroffenen kann Abbildung 2 entnommen werden. Für vier von fünf Sachleistungsempfänger (79 %) erhöhen sich die monatlichen Leistungen um mindestens 221 Euro und für jeden Vierten (27 %) sogar um 458 Euro oder mehr.

**Tabelle 4: Leistungshöhen für Pflegesachleistung<sup>2</sup>**

Personenzahl 2014	Einstufung alt	Leistungsbeitrag alt (§ 36 + § 123)	Leistungsbeitrag neu (§ 36)	Einstufung Überleitung	Differenz der Leistungsbeiträge
21.202	Stufe 0 +EA	231	689	PG 2	458
140.972	Stufe I	468	689	PG 2	221
52.442	Stufe I + EA	689	1298	PG 3	609
57.861	Stufe II	1144	1298	PG 3	154
49.500	Stufe II + EA	1298	1612	PG 4	314
14.224 <sup>3</sup>	Stufe III	1612	1612	PG 4	0
21.336.	Stufe III + EA	1612	1995	PG 5	383
2.144	Härtefälle	1995	1995	PG 5	0
	Härtefälle + EA	1995	1995	PG 5	0

**Abbildung 2: Leistungsanhebungen für Pflegesachleistungsempfänger**



<sup>2</sup> Empfänger von Kombinationsleistungen wurden zu je 50% auf Pflegegeld- und Pflegesachleistungsempfänger umgerechnet.

<sup>3</sup> Da die erhöhten Pflegesachleistungen gemäß § 123 SGB XI nicht für PEA in Pflegestufe III gewährt werden, enthält die amtliche Statistik keine Informationen über die PEA-Quote in dieser Pflegestufe. Basierend auf Begutachtungsergebnissen (Brucker et al. 2013) wurde der PEA-Anteil hier mit 60 % angesetzt und die Pflegebedürftigen in Pflegestufe III im Verhältnis 60 zu 40 auf PEA und PoEA aufgeteilt. Die gleiche Vorgehensweise wurde auch bei den Pflegegeldbeziehern angewandt.



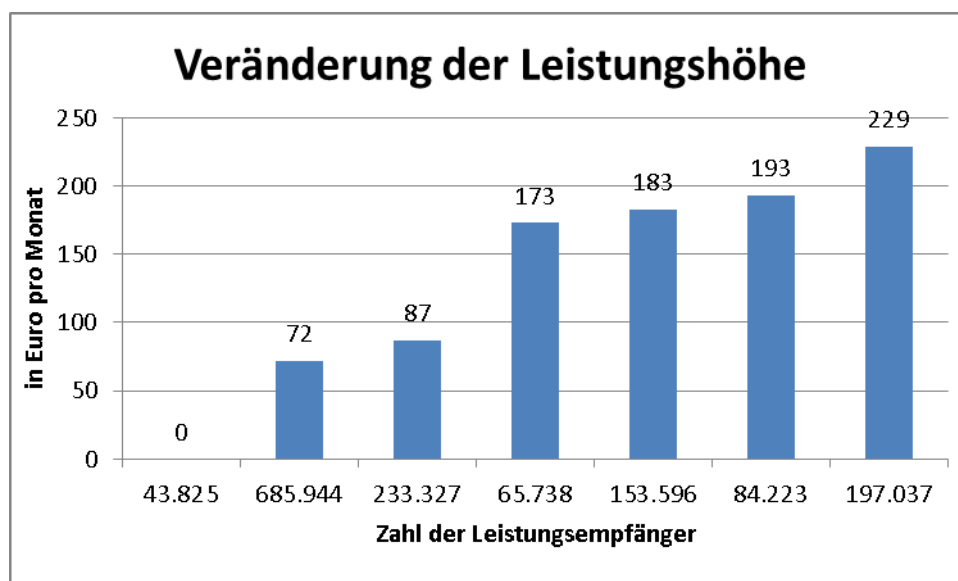
Ein entsprechendes Ergebnis zeigt sich auch für das *Pflegegeld* (Tabelle 5): deutliche Leistungsverbesserungen für PEA und Verbesserungen in Höhe der bisherigen Leistungserhöhungen für PEA nach § 123 SGB XI für die Pflegebedürftigen in Stufe I und II ohne eingeschränkte Alltagskompetenz.

**Tabelle 5: Leistungshöhen für Pflegegeld**

Personenzahl 2014	Einstufung alt	Leistungsbeitrag alt (§ 37 + § 123)	Leistungsbeitrag neu (§ 37)	Einstufung Überleitung	Differenz der Leistungsbeiträge
84.223	Stufe 0 + EA	123	316	PG 2	193
685.944	Stufe I	244	316	PG 2	72
197.037	Stufe I + EA	316	545	PG 3	229
233.327	Stufe II	458	545	PG 3	87
153.596	Stufe II + EA	545	728	PG 4	183
43.825	Stufe III	728	728	PG 4	0
65.738	Stufe III + EA	728	901	PG 5	173

Wie Abbildung 3 zeigt, erhöhen sich die monatlichen Leistungen für die Hälfte der derzeitigen Pflegegeldempfänger (47 %) um mindestens 87 Euro für ein Fünftel (19 %) sogar um mindestens 183 Euro. Die Differenzbeträge sind damit deutlich kleiner als bei den Pflegesachleistungsempfängern, aber auch beim Pflegegeld profitieren fast alle derzeitigen Leistungsempfänger (97 %), während die Leistungshöhen für etwa 3 % der bisherigen Leistungsempfänger unverändert bleiben.

**Abbildung 3: Leistungsanhebungen für Pflegegeldempfänger**



Insgesamt kann auch die leistungsrechtliche Umsetzung als bemerkenswert großzügig angesehen werden, da sie de facto dazu führt, dass die im PNG ausdrücklich nur als Übergangsregelungen eingeführten Erhöhungsbeträge nun ohne Beschränkung allen Leistungsbezieher gewährt werden. Dies gilt dabei sowohl für die kurzfristige Struktur der bestehenden Pflegebedürftigen, die per Überleitung neuen Pflegegraden zugeordnet werden, als auch für die zukünftigen Pflegebedürftigen, die durch die ihrerseits großzügigen Regelungen des NBA eingestuft werden.

Bei einer langfristigen Betrachtung ist allerdings zu beachten, dass neue Antragsteller dann auch in einen niedrigeren Pflegegrade eingestuft werden können und sich im – fiktiven – Vergleich mit dem Status quo ante schlechter stellen. Basierend auf den Übergangswahrscheinlichkeiten der Praktikabilitätsstudie (Kimmel et al. 2015), in der neue Pflegegrade und alte Pflegestufen gegenübergestellt werden, liegen die Anteile der zukünftigen Pflegebedürftigen, die im neuen System weniger Leistungen erhalten als im alten bei 14 % (Pflegegeld) bzw. 17 % Pflegesachleistungen, im ambulanten Bereich insgesamt dann bei lediglich 15 %. Hierbei handelt es sich fast ausschließlich um Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz.

## **5. Leistungen, Eigenanteile und Pflegesätze in der stationären Pflege**

Während die Vergütung im ambulanten Bereich unabhängig von der Pflegestufe der Pflegebedürftigen erfolgt, knüpfen die Pflegesätze im stationären Bereich an den Pflegestufen an. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist daher nicht nur das Leistungsrecht, sondern auch das Vergütungsrecht umzustellen.

Für die *Einrichtungen* sieht das PSG II eine Überleitungsregelung für die Pflegesätze vor, die immer dann zum Tragen kommt, wenn Pflegesatzverhandlungen zu Pflegesätzen für die neuen Pflegegrade bis zu 1.10.2016 nicht erfolgreich abgeschlossen werden können. Ausgangspunkt der Überleitung ist dabei der Gesamtbetrag aller Pflegesätze, die der jeweiligen Einrichtung am 30.9.2016 zustehen. Dieser wird durch die Umstellung konstant gehalten und dann so umverteilt, dass der zuvor ermittelte Gesamtbetrag auch nach den neuen Pflegesätzen in Kombination mit der formal übergeleiteten Bewohnerschaft zum Stichtag erreicht wird. Entsprechend der Regelungen des § 84 Abs. 2 SGB XI, wonach Pflegesätze leistungsgerecht festzusetzen sind, orientieren sich die Überleitungsregelungen an den *empirischen Aufwandswerten*, die im Rahmen der EViS-Studie (Rothgang et al. 2015) erzielt wurden (BMG 2015: 107). Bei diesen Werten handelt es sich um *Aufwandsverhältnisse* der Pflegegrade zueinander ab. Basis der Berechnungen ist der Pflegesatz in Pflegegrad 2, dem der Verhältniswert 1,00 zugeordnet wird. Alle weiteren Pflegesätze ergeben sich als Vielfache davon mit dem Pflegesatz für Pflegegrad 3/4/5 als dem 1,36/1,74/1,91-fachen des Pflegesatzes für Pflegegrad 2. (Zusätzlich dazu wird der Pflegesatz für Pflegegrad 1 in § 92e Abs. 4 SGB XI n.F. auf das 0,78-fache des Referenzwertes für Pflegegrad 2 festgesetzt.) Die neuen Pflegesätze sind also aufwands- und damit auch leistungsgerecht, die Regelung ist grundsätzlich sachgerecht.

Voraussetzung für die Überleitung ist allerdings, dass das Merkmal „eingeschränkte Alltagskompetenz“ auch weiterhin bei Neufällen erhoben wird – obwohl die Leistungen nach § 87b SGB XI seit Inkrafttreten des PSG I für alle Heimbewohner zur Verfügung stehen und das Merkmal diesbezüglich daher derzeit nicht mehr benötigt wird. Für die Überleitung der Bewohner in die neuen Pflegegrade ist es aber von zentraler Bedeutung.

Problematisch für die Einrichtungen ist, dass sich der Pflegesatz für Pflegegrad 2, der als Referenz dient, gemäß dieser Überleitungsvorschrift als Quotient aus gegebener Summe der Pflegesätze im Status quo ante und der bedarfsgewichteten Bewohnerzahl ergibt. Je „höher“ die Pflegegradstruktur ist, desto niedriger sind also die sich rechnerisch ergebenden Pflegesätze. Nun führt die großzügige ausgestaltete Überleitungsregel für die Pflegebedürftigen dazu, dass die Pflegegradverteilung höher ist, als sie bei Neubegutachtung wäre. Werden „Altbewohner“ im Zeitverlauf durch identische Neubewohner ausgetauscht, die dann aber tendenziell niedriger eingestuft werden, sinken – ceteris paribus – die Erlöse der Heime. Dieser Effekt ist unmittelbarer Ausfluss der in Abbildung 1 dargestellten Unterschiede zwischen der Stufenverteilung bei Neubegutachtung und Überleitung.

Um die Größenordnung dieses Effekts abzuschätzen, wurde die Umstellung der Heimbewohner auf die neuen Pflegegrade anhand der Überleitungsvorschrift und anhand der Übergangswahrscheinlichkeiten der beiden Erprobungsstudien durchgeführt und auf dieser Basis die Gesamterlöse einer repräsentativen Einrichtung errechnet. Im Ergebnis zeigte sich eine Differenz von 2,5 % (mit den Daten der Praktikabilitätsstudie) bzw. 6 % (mit den Daten der EVIS-Studie). In diesem Umfang würden die Erlöse aus Pflegesätzen für ein Durchschnittsheim im Zeitverlauf sinken, wenn der Umstellungszeitpunkt mit der Situation verglichen wird, in der alle Heimbewohner „Neufälle“ sind, und wenn von weiteren Veränderungen, die sich im Zeitverlauf ergeben, abgesehen wird. Allerdings enthält § 92c SGB XI die Möglichkeit, eines Kostensteigerungszuschlags bei der Umstellung. Diese Möglichkeit sollte daher in Betracht gezogen werden.

Anders als für Pflegebedürftige in ambulanter Pflege ist es für die *Pflegeheimbewohner* nicht ausreichend, die Veränderungen der Leistungshöhen zu betrachten, da sich zugleich die Pflegesätze verändern. Sinnvoller Vergleichsmaß ist daher allein der *Eigenanteil* an den Pflegekosten. Diesbezüglich enthält das PSG II eine wirkliche Innovation: den zwar zwischen den Einrichtungen verschiedenen, für die Bewohner der Pflegegrade 2-5 einer Einrichtung aber *identischen Eigenanteile*. Dieser identische Eigenanteil bietet im Vergleich zum bisherigen System mehrere Vorteile:

1. Er beendet die sozialpolitisch unbefriedigende Situation, dass die eigene finanzielle Belastung ausgerechnet für die Pflegebedürftigen am höchsten ist, die den höchsten Pflegebedarf aufweisen.
2. Er beendet den Konflikt zwischen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen auf der einen Seite, für die eine – fachlich womöglich angezeigten – Höherstufung bislang zu steigenden Eigenanteilen geführt hat, so dass sie dieser ablehnend gegenüberstanden, und der Einrichtung, der wegen der damit verbundenen höheren Einnahmen an einer Höherstufung gelegen ist.

3. Er schafft für Heimbewohner Planungssicherheit, da die finanzielle Belastung einer Heimpflege nunmehr vorhersagbar wird und nicht mehr davon abhängt, ob sich die Pflegestufe verändert. Bislang bestand für Heimbewohner niedriger Pflegestufe dagegen immer die Gefahr, dass bei einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit auch die Eigenanteile so weit steigen, dass sie womöglich nicht mehr aus eigenen Mitteln finanziert werden können.
4. Der heimindividuelle Eigenanteil erleichtert zudem die Vergleichbarkeit von Einrichtungen in Bezug auf die Pflegekosten und erhöht so die Markttransparenz.

Im Ergebnis führen die Regelungen des PSG II Euro für eine Durchschnittseinrichtung (mit einem bundesdurchschnittlichen Pflegestufenmix und bundesdurchschnittlichen Pflegesätzen) zu einem einheitlichen Eigenanteil von ca. 580 Euro. Gegenüber den durchschnittlichen Eigenanteilen von 391 Euro (Pflegestufe I), 596 Euro (Pflegestufe II) und 815 Euro (Pflegestufe III), die sich gemäß der letzten Erhebung des Statistischen Bundesamtes im Dezember 2013 ergeben haben, erhöhen sich die Eigenanteile demnach für die Pflegebedürftigen der Stufe I um knapp 200 Euro, während sie in Pflegestufe II im Wesentlichen unverändert bleiben und in Pflegestufe III um ca. 250 Euro sinken. Für die bisherigen Heimbewohner sorgt ein Bestandsschutz auch für die Eigenanteile dafür, dass etwaige Steigerungen vollständig ausgeglichen werden. Für die Heimbewohner, die ab 2017 in ein Pflegeheim einziehen und die ansonsten in Pflegestufe I eingestuft worden wären, ergeben sich dagegen höhere Eigenanteile. Hiervon dürften mehr als ein Drittel der neuen Heimbewohner betroffen sein.

Etabliert wird damit ein Ausgleichsverfahren zwischen den Bewohnern einer Einrichtung, das für Neufälle dazu führt, dass es im Vergleich zum Status quo ante Gewinner und Verlierer gibt. Allerdings ist die alte Regelung als Bezugspunkt nur wenig geeignet, weil die mit den Pflegestufen steigenden Eigenanteile normativ nicht gerechtfertigt sind. Vielmehr erscheint die neue Verteilung der Eigenanteil aus den o.g. Gründen deutlich sinnvoller.

## **II. Weitere Reformschritte**

Mit dem PSG II wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ins SGB XI eingeführt und damit der wichtigste Reformschritt vollzogen. Erkennbar sind aber bereits jetzt weitere Anpassungsbedarfe, die anschließend befriedigt werden müssen, im Rahmen eines PSG III bzw. in entsprechenden Vereinbarungen der Vertragspartner.

### **1. Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auch im SGB XII einführen**

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wird im PSG II nur im SGB XI eingeführt, während für die Hilfe zur Pflege im SGB XII nach wie vor der derzeitige Pflegebedürftigkeitsbegriff weitergilt. Eine solche Dualität zweier nebeneinanderstehender Pflegebedürftigkeitsbegriffe ist nicht nur sozial-

politisch unbefriedigend, sondern auch dysfunktional. Der Leistungsanspruch ist in § 61 Abs. 1 SGB XII wie folgt definiert:

„Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen, ist Hilfe zur Pflege zu leisten. Hilfe zur Pflege ist auch Kranken und behinderten Menschen zu leisten, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate der Pflege bedürfen oder einen geringeren Bedarf als nach Satz 1 haben oder die der Hilfe für andere Verrichtungen als nach Absatz 5 bedürfen ...“

Problematisch ist dabei vor allem der letzte Satz: Da im NBA kein Verrichtungsbezug enthalten ist, können Hilfen für „andere Verrichtungen“ gar nicht bestimmt werden. Es ist daher unklar, wie der weitergehend Anspruch des SGB XII auf ergänzende Hilfe zur Pflege ermittelt werden soll, wenn der Pflegebedürftigkeitsbegriff zwar im SGB XI geändert, nicht aber im SGB XII angepasst wird.

## **2. Anpassungen des Leistungsgeschehens an neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff**

In der Diskussion um die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird häufig die Abkehr von der „Minutenpflege“ gefordert, ohne dass immer klar ist, was damit gemeint ist. Mit diesem Begriff kann eine Pflegesituation bezeichnet werden, die durch großen Zeitdruck für die Pflegekräfte charakterisiert ist, so dass diese subjektiv als „Akkordpflege“ empfunden wird. Diese Art von „Minutenpflege“ wird durch das NBA aber gar nicht berührt, da sich dieses als Assessmentinstrument nur auf die Bestimmung des Leistungsanspruchs der Versicherten gegen ihre Pflegekasse bezieht. Die Leistungserbringung durch formelle Leistungsanbieter ist davon zunächst nicht betroffen. Eine leistungsrechtliche Änderung führt an sich nämlich nicht zu einer leistungserbringungsrechtlichen Veränderung. „Minutenpflege“ im oben angesprochenen Sinne einer Akkordpflege muss somit an anderen Stellen thematisiert werden, nämlich in den Vereinbarungen zum Vergütungsrecht.

Vor diesem Hintergrund ist auch die Erwartung, der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff führe automatisch zu einem neuen Pflegeverständnis, kritisch zu sehen. Unabhängig vom Verfahren zur Ermittlung der Leistungsansprüche, erfolgt die derzeitige pflegerische Versorgung den rechtlichen Vorgaben zufolge bereits auf dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse, der sich durch Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zunächst nicht ändert. Soll das erweiterte Pflegeverständnis, das das NBA prägt, in den Pflegealltag einziehen, muss dies von den Vertragspartnern auch im Leistungserbringungsrecht entsprechend geregelt werden – etwa in den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI.

Die Notwendigkeit einer solchen Anpassung zeigt sich auch bei weitergehenden Auswertungen der EVIS-Studie (Rothgang et al. 2015), die u. a. ergeben, dass sich niedrigere Grade der Selbständig-

keit im Bereich der Teilhabe (Modul 6) derzeit nur in geringem Maße in höheren Aufwandszeiten niederschlagen. Ähnliches gilt auch für die Module 2, 3 und 5, bei denen niedrigere Grade der Selbständigkeit zu geringeren Steigerungen der Pflegeaufwände führen, als dies deren Gewichtung im NBA vermuten lässt.

### **3. Soziale Betreuung in Pflegegrad 5**

Die EVIS-Studie zeigt auch, dass die Aufwände für soziale Betreuung in Pflegegrad 5 deutlich niedriger sind als in Pflegegrad 4. Ursächlich hierfür ist, dass die derzeitigen Angebote der sozialen Betreuung in Form von Gruppenaktivitäten für Bewohner des Pflegegrades 5 nur bedingt geeignet sind. Zu diskutieren wäre daher, inwieweit andere Formen der sozialen Betreuung speziell für diese Teilgruppe entwickelt werden können, um auch für diese Bewohner den Teilhabegedanken stärker durchzusetzen. Durch die Erhöhung der Zahl der zusätzlichen Betreuungskräfte stehen hierfür bereits zusätzlich Ressourcen zur Verfügung. Insoweit diese nicht ausreichen, wären auch zusätzliche Entgeltkomponenten zu diskutieren.

### **III. Antrag der Fraktion „Die LINKE“**

Zu den in diesem Antrag aufgeworfenen Fragen verweise ich auf Ausschussdrucksache 17(14)0271(44), die meine Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz – PNG)“, BT-Drs. 17/9369 sowie der Anträge „Pflege tatsächlich neu ausrichten – Ein Leben in Würde ermöglichen“, BT-Drs. 17/9393 und „Für eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung - Nutzerorientiert, solidarisch, zukunftsfest“, BT-Drs. 17/9566 anlässlich der Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 21. Mai 2012 enthält.

## Literatur

- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2013): Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin: BMG.
- BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2015): Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II). Kabinettsentwurf vom 12.9.2015.
- Brucker, Uwe / Fleer, Bernhard / Pick, Peter (2013): Pflegeversicherung: Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Ihre Benachteiligungen, ihre Begutachtungen, ihre Leistungen, ihre Aussichten beim neuen Pflegebegriff. In: Soziale Sicherheit, 2013, No. 4: 146-152.
- Kimmel, Andrea / Schiebelhut, Olga / Kowalski, Ingo / Brucker, Uwe / Breuninger, Katrin / Reif, Karl / Bachmann, Sandra / Glasen, Maria / Webers, Anna (2014): Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments NBA in der Pflegeversicherung. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 12. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Rothgang, Heinz / Fünfstück, Mathias / Neubert, Lydia / Czwikla, Jonas / Hasseler, Martina (2015): Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 13. GKV-Spitzenverband: Berlin.
- Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas (2015): Pflegestärkungsgesetz II – eine erstaunlich großzügige Reform, in: Gesundheits- und Sozialpolitik — Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, Heft 5: 48-56.
- Windeler, Jürgen / Görres, Stefan / Thomas, Stefanie / Kimmel, Andrea / Langner, Ingo / Reif, Karl / Wagner, Alexander (2011): Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Band 3. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Wingefeld, Klaus / Büscher, Andreas / Gansweid, Barbara (2011): Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 2. Berlin: GKV-Spitzenverband.