



Bundesministerium
für Gesundheit

**Wissenschaftliche Evaluation
der Umstellung des Verfahrens
zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
(§ 18c Abs. 2 SGB XI)**

Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse

30. Dezember 2019

Textgrundlage erstellt durch

Dr. Elisabeth Krupp
Dr. Volker Hielscher

Institut für Sozialforschung
und Sozialwirtschaft e.V.
Saarbrücken 

Inhaltsverzeichnis

1. Executive Summary.....	4
2. Ziele und Kernelemente der Pflegestärkungsgesetze.....	9
3. Umsetzung der Evaluation nach § 18c Abs. 2 SGB XI	12
4. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Überleitung und im Vertrags- und Vergütungsrecht	16
4.1 Die erweiterte Definition von Pflegebedürftigkeit.....	16
4.2 Funktionsweise der Überleitungsregelung nach § 140 SGB XI	17
4.3 Landesrahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen	18
5. Das Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Praxis, Begutachtungsergebnisse	20
5.1 Entwicklung der Begutachtungsaufträge	21
5.2 Entwicklungen der durchgeführten Begutachtungen	23
5.3 Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen und deren Zusammensetzung	25
5.4 Zufriedenheit mit dem Begutachtungsinstrument bzw. der Einstufung	26
6. Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Kontext von leistungsrechtlichen Regelungen	28
6.1 Entwicklungen in den Sektoren	28
6.2 Leistungsangebote und Inanspruchnahme von Leistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege.....	29
6.3 Vollstationäre Leistungsangebote und ihre Inanspruchnahme.....	34
6.4 Weitere Leistungsangebote und Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger und anderer ehrenamtlich Pflegender sowie Pflegeberatung.....	35
7. Umstellung der Pflegekonzepte und Verfahrensabläufe in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, Personalentwicklung	38
7.1 Pflegerische Hilfen.....	38
7.2 Effekte der Neuausrichtung für die beruflich Pflegenden und das Berufsfeld Pflege	39
7.3 Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen	41

7.4	Personalentwicklung	43
8.	Einschätzung der Pflegebedürftigen zur Versorgungssituation und zur Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	45
9.	Auswirkungen der Tarifbindung auf die Personalstruktur, Pflegevergütungen und Eigenleistungen	47
9.1	Stationäre Einrichtungen mit und ohne Tarifbindung.....	47
9.2	Ambulante Dienste mit und ohne Tarifbindung.....	48
10.	Finanzielle Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs	50
10.1	Globale Leistungsausgaben der Pflegeversicherung	50
10.2	Ausgaben für ambulante, teilstationäre und Kurzzeitpflege-Leistungen der Pflegeversicherung.....	51
10.3	Ausgaben der Pflegeversicherung im vollstationären Sektor	53
10.4	Kosten für den Besitzstandsschutz	53
10.5	Heimentgelte und Eigenleistungen.....	54
10.6	Ausgaben für die soziale Sicherung der Pflegepersonen	56
10.7	Ausgaben für Entlastungsangebote	57
11.	Schnittstellen zu anderen Sozialleistungen.....	59
11.1	Entwicklung der Empfängerzahlen und der Ausgaben der Hilfe zur Pflege	59
11.2	Umstellung der Hilfe zur Pflege auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff.....	62
11.3	Einschätzungen zur Bedarfsdeckung bestimmter Personengruppen.....	63
11.4	Vereinbarungen beim Zusammentreffen von Leistungen der Eingliederungshilfe, Pflegeversicherung und Hilfe zur Pflege (§ 13 Abs. 4 SGB XI)	65
11.5	Veränderung von Leistungsbewilligungen an der Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung.....	68
11.6	Auswirkungen der Pflegereformen auf vollstationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe	70
12.	Handlungsempfehlungen.....	71
13.	Literaturverzeichnis.....	73

1. Executive Summary

Die Pflegestärkungsgesetze I bis III stellen zusammen mit dem seit dem 1. Januar 2017 gelgenden Pflegebedürftigkeitsbegriff die bisher weitestreichenden Reformen der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung im Jahr 1995 dar.

Mit dem größten Reformpaket, dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II), wurden im Recht der sozialen Pflegeversicherung (Elftes Buch Sozialgesetzbuch, SGB XI) der geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsinstrument zum 1. Januar 2017 eingeführt. Damit war auch das Ziel verknüpft, die Pflegeversicherung und die pflegerische Versorgung auf eine neue pflegefachliche Grundlage zu stellen. Erstmals werden alle für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit relevanten Kriterien in einer für alle pflegebedürftigen Personen einheitlichen Systematik erfasst. Darüber hinaus wurden leistungs-, vertrags- und vergütungsrechtliche Vorschriften der Pflegeversicherung im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze angepasst. Der mit dem geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff einhergehende Perspektivwechsel betrifft die gesamte pflegerische Versorgung.

Wichtige Voraussetzungen für die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, so beispielsweise die Eröffnung des Zugangs zu verschiedenen Leistungen für alle Pflegebedürftigen oder auch die Ausweitung verbesserter Leistungen in Bezug auf bestimmte Personengruppen, wurden bereits mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) geschaffen. Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) wurde zur Wahrung der Identität der Pflegebedürftigkeitsbegriffe im Recht der Pflegeversicherung und dem Recht der Hilfe zur Pflege (HzP) nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) sowie dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) weitgehend dem SGB XI entsprechend der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch in der Hilfe zur Pflege und im sozialen Entschädigungsrecht eingeführt.

Für den Gesetzgeber, für die zuständigen Bundesministerien für Gesundheit (BMG) und für Arbeit und Soziales (BMAS) und für die vielen an der Umsetzung der Reform beteiligten Personen, Verbände und Institutionen war und ist es von großem Interesse, über den Verlauf und die Wirkungen dieser tiefgreifenden und arbeitsintensiven Umstellung wissenschaftlich begründete Informationen und Einschätzungen zu erhalten. Die mit diesem Ziel gemäß § 18c Absatz 2 Satz 4 SGB XI durchgeführte Evaluation, die in fünf Aufträge unterteilt war, hat im Jahr 2017 begonnen und wurde im Jahr 2019 abgeschlossen. Vorgelegt wurden fünf umfangreiche Abschlussberichte, deren Erkenntnisziele, zentrale Fragestellungen und Ergebnisse – unter Berücksichtigung ihrer Wechselwirkungen – in dem vorliegenden Bericht zusammenfassend dargestellt werden. Mit dem Bericht wird der gesetzlichen Veröffentlichungspflicht über die Ergebnisse der Evaluation nachgekommen und ergänzenden Berichtswünschen des Bundesrates Rechnung getragen. Auch Auswirkungen auf andere Sozialleistungssysteme, insbesondere das SGB XII, wurden untersucht.

Die wissenschaftlichen Untersuchungen kommen zu dem Schluss, dass die Systemumstellung insgesamt reibungslos verlaufen ist. In der Einführungsphase aufgetretene technische bzw. organisatorische Hürden wurden kurzfristig zufriedenstellend behoben.

Die Reform hat zu einem erheblichen Anstieg der Zahl der Leistungsberechtigten in der Pflegeversicherung geführt. Umso wichtiger ist ein Kernergebnis der Evaluation, nämlich, dass die

Pflegebedürftigen mit den Begutachtungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) sehr zufrieden sind, was insbesondere auch auf die bessere Berücksichtigung der individuellen Pflegesituation zurückzuführen ist. Ebenfalls zu einem sehr großen Anteil zufrieden sind die Pflegebedürftigen mit den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Vermehrt werden vor allem Pflegegeld und Kombinationsleistungen in Anspruch genommen. Die Verhinderungspflege, die auf die Entlastung pflegender Angehöriger zielt, ist ebenfalls besonders stark nachgefragt. Durch den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil im vollstationären Bereich wurden die Eigenleistungen der Pflegebedürftigen in den höheren Pflegegraden reduziert.

Zwar bedarf das Begutachtungsinstrument keiner gesetzlichen Anpassungen – hier hat sich die lange und intensive Vorbereitung der Reform ausgezahlt. Jedoch wurden auch Verbesserungsbedarfe im Rahmen der Evaluation festgestellt. Dies betrifft unter anderem die Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in den ambulanten und (voll)stationären Pflegeeinrichtungen, vor allem bei der inhaltlich-qualitativen Anpassung der pflegerischen Konzepte und Aufgaben. Auch die Landesrahmenverträge bedürfen in der Mehrzahl der Bundesländer noch der Anpassung an den nunmehr geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff. Ebenso erforderlich ist eine intensivere Umsetzung der Regelungen zur Koordination der Leistungen der Pflegeversicherung, von Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege über Vereinbarungen nach § 13 Abs. 4 SGB XI in der Praxis.

Die zentralen Befunde stellen sich stichwortartig wie folgt dar:

- Insgesamt hat die Systemumstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, das neue Begutachtungsinstrument und das neue Leistungsrecht gut funktioniert. Verantwortlich hierfür sind die gesetzlichen Überleitungsregelungen, die intensive Vorbereitung und Abstimmung des Prozesses zwischen dem BMG und den beteiligten Akteuren sowie das intensive Engagement aller Beteiligten.
- Nach Auffassung der am Umsetzungsprozess beteiligten Pflegeexpertinnen und -experten wurde das Ziel, allen Pflegebedürftigen einen gleichberechtigten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung zu gewähren und mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auch weitere Personengruppen zu erfassen, die Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, erreicht. Diese Einschätzung wird gestützt durch den Anstieg der Zahl der Leistungsempfänger in der sozialen Pflegeversicherung auf 3,3 Millionen Menschen im Jahr 2017 (plus 13 Prozent im Vergleich zu 2016) und auf 3,7 Millionen Menschen im Jahr 2018 (plus 10 Prozent im Vergleich zu 2017). Der Zuwachs in diesen beiden Jahren ist mehr als drei Mal so hoch wie das durchschnittliche Wachstum der Leistungsempfängerzahlen in den vorangegangenen 17 Jahren.
- Besonders stark hat die Zahl der ambulant versorgten Leistungsempfänger zugenommen. Allein durch die Wirkung des PSG II ist im ambulanten Versorgungsbereich die Zahl der Leistungsempfänger im Jahr 2017 um rund 300.000 Personen angestiegen und bis Ende 2018 sogar um mehr als 500.000. Insofern wurde mit den jüngsten Pflegereformen das im SGB XI verankerte Prinzip „ambulant vor stationär“ deutlich gestärkt.

- Die eingestuften Pflegebedürftigen zeigen hohe Zufriedenheitswerte mit den Begutachtungen des MDK. Im Jahr 2018 gaben 88 Prozent der Befragten an, mit der Begutachtung zufrieden zu sein. Damit wurde der bisher höchste Zufriedenheitswert seit dem Beginn der bundesweiten MDK-Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung im Jahr 2014 erreicht.
- Durch das neu eingeführte Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit werden alle relevanten Aspekte der Pflegebedürftigkeit umfassend erfasst; es sind keine grundsätzlichen Anpassungen erforderlich. Die Implementierung des Begutachtungsinstruments ist trotz großer Herausforderungen gelungen: Seine Handhabbarkeit wird durch die Gutachterinnen und Gutachter des MDK positiv eingeschätzt. Körperlich, geistig und psychisch bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten werden differenzierter erhoben und Präventions- und Rehabilitationsbedarfe besser erkannt. Durch das Begutachtungsinstrument wird nun auch Personen mit geistigen und psychischen Einschränkungen der einheitliche Zugang zum Leistungsbezug ermöglicht.
- Insgesamt ist festzustellen, dass mehr erstantragstellende Personen einen Pflegegrad und damit Anspruch auf Pflegeleistungen erhalten als es im früheren System der Fall war. Viele neue Pflegebedürftige haben dabei nicht nur den Pflegegrad 1, sondern die Pflegegrade 2 und 3 erreicht. Im Unterschied zu den durch die Überleitungsregelungen bestimmten Pflegegraden zeigen die Ergebnisse der Erstbegutachtungen ab 2017 jedoch erwartungsgemäß auch häufigere Einstufungen in niedrige Pflegegrade. Insofern ergibt sich eine zeitlich begrenzte Verschiebung hin zu höheren Pflegegraden, die aber in der Zukunft an Bedeutung verlieren wird.
- Neben den hohen Zufriedenheitswerten mit den Begutachtungen des MDK sind die Pflegebedürftigen mit den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung zu einem sehr großen Anteil zufrieden. Insbesondere die neu eingeführten Pflegegrade mit oft höheren Leistungsansprüchen und die Überleitungsregelung nach § 140 SGB XI haben für viele Pflegebedürftige zudem Leistungsverbesserungen gebracht.
- Aufgrund der mit dem PSG II einhergehenden Leistungsausweitungen im SGB XI werden insbesondere vermehrt Pflegegeld und Kombinationsleistungen in Anspruch genommen, während die Zahl der reinen Sachleistungsempfänger im häuslichen Bereich gesunken ist. Unter den Leistungen bei häuslicher Pflege wird zudem die Verhinderungspflege, besonders die stundenweise Verhinderungspflege, stark nachgefragt.
- Durch gestiegene Leistungsempfängerzahlen und die Ausweitung von Leistungen im SGB XI sind die Ausgaben der Pflegeversicherung stark gewachsen. Sie überstiegen in den Jahren 2017 und 2018 trotz angehobener Beitragssätze die Einnahmen. Die Überleitungsregelungen und der Besitzstandsschutz für Heimbewohner haben zusätzliche Kosten verursacht, die im Laufe der nächsten Jahre weiter abschmelzen werden. Die Kosten für den Besitzstandsschutz übersteigen die bisher dafür eingeplanten Ausgaben.
- Mit Inkrafttreten des PSG II und PSG III ist ein markanter Rückgang der Empfängerzahlen in der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII zu verzeichnen. Der Anteil der Empfänger der Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen ist in 2017 im Vergleich zum Vorjahr um

3 Prozentpunkte auf den niedrigsten Wert seit Einführung der Pflegeversicherung gesunken. Absolut ergab sich ein Rückgang der Empfängerzahlen um 17 Prozent in 2017. Es zeigt sich ein „interdependentes Verhältnis“ zwischen der Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege: Eine Ausweitung der Leistungen im erstgenannten Bereich führt zu einer Reduzierung der Empfängerzahlen von Leistungen der Hilfe zur Pflege. Der Rückgang der Empfängerzahlen ist im ambulanten Bereich besonders ausgeprägt. Die Hilfe zur Pflege spielt im vollstationären Versorgungssetting nach wie vor eine bedeutsame Rolle, jedoch ist auch hier die Empfängerzahl im Jahr 2017 im Vergleich zum Vorjahr um mehr als sieben Prozent gesunken. Im selben Jahr – zum ersten Mal seit 1998 – nahmen die Nettogetesamtausgaben für die Hilfe zur Pflege um etwa 400 Mio. Euro insgesamt deutlich ab.

- Verbesserungen gab es ferner bei den Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen. Auch durch die erleichterten Anspruchsvoraussetzungen für die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen ist die Zahl der Pflegepersonen, für die die Pflegeversicherung Rentenbeitragszahlungen übernimmt, im Jahr 2017 gegenüber 2016 um rund 71 Prozent gestiegen. Die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung wuchsen im gleichen Zeitraum um 56 Prozent auf 1,54 Mrd. Euro. Darüber hinaus gab es Verbesserungen der sozialen Sicherung beispielsweise im Bereich der Arbeitslosenversicherung: Hier übernimmt die Pflegeversicherung erstmals die Beitragszahlung für Pflegepersonen, wenn diese die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen.
- Die Einführung der einrichtungseinheitlichen Eigenanteile in vollstationären Pflegeeinrichtungen hat die Planbarkeit der auf die Pflegebedürftigen zukommenden Eigenbelastungen verbessert. Insbesondere bei Höherstufungsansinnen der Pflegeeinrichtungen kommt es nicht mehr zu Konflikten mit den Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen wegen steigender Eigenanteile. Es werden dadurch Personen insbesondere mit einem hohen Pflegegrad finanziell entlastet. Die im Jahr 2017 eingetretene Reduzierung der Eigenleistungen durch den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil wird allerdings perspektivisch durch einen verstärkten Anstieg der Pflegekosten und anderer Heimentgeltbestandteile kompensiert.
- Die Inanspruchnahme der Pflegeberatung hat sich gut entwickelt: Knapp über die Hälfte der Berechtigten (51 Prozent) hat 2018 nach eigener Auskunft Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in Anspruch genommen - deutlich mehr als bei der Einführung des Rechtsanspruchs im Jahr 2009. Die Zufriedenheit mit der Pflegeberatung ist dabei hoch: Über die Hälfte der Pflegebedürftigen (56 Prozent) berichteten, dass sich bei ihnen die Pflegesituation durch die Pflegeberatung verbessert hat. Und 88 Prozent gaben an, dass auf die Wünsche und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen in der Beratung eingegangen wurde. Darüber hinaus schätzen die befragten Akteursgruppen mehrheitlich jeweils auch die Beratungsbesuche nach § 37 Absatz 3 SGB XI, andere Beratungsgespräche durch Pflegeeinrichtungen sowie die Beratung in Pflegestützpunkten als (eher) bedeutend für die Inanspruchnahme von Leistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege nach dem SGB XI ein.
- Die neuen Regelungen zur Koordination der Leistungen der Pflegeversicherung, von Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege über Vereinbarungen nach § 13 Abs. 4 SGB XI werden in der Praxis bislang kaum umgesetzt. Entsprechende Vereinbarungen wurden

bisher nicht in nennenswerter Anzahl getroffen und auch die gemeinsame Vorbereitung der Vereinbarungen im Rahmen des § 13 Abs. 4a SGB XI wird von vielen Akteuren derzeit noch nicht umgesetzt. Dies liegt zum einen an der aus Sicht mancher befragten Akteure mangelnden Praxistauglichkeit der einschlägigen Regelungen in Verbindung mit den Empfehlungen hierzu, aber zum anderen auch an dem bisweilen fehlenden Wunsch der betroffenen pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen, eine Vereinbarung zu treffen. Dies ist auch damit zu erklären, dass der bisherige Leistungsmix nach Angaben von Befragten auch ohne Vereinbarungen reibungslos funktioniert.

- Im stationären Bereich ist aufgrund der Entwicklung der Personalausstattung (Pflegesätze und Personalschlüssel mussten in die neue Systematik der Pflegegrade überführt werden) die Zahl der Stellen zwischen 2016 und 2018 deutlich angewachsen. Die Personalausstattungsvorgaben in den Landesrahmenverträgen haben sich so verändert, dass damit insgesamt eine Pflegepersonalausweitung im Umfang von knapp 18.000 weiteren Vollzeitäquivalenten ermöglicht wird. Allerdings bleibt der reale Personalaufbau in den Heimen hinter diesem Zuwachspotential zurück. Bereits mit dem PSG I wurde das Verhältnis von zusätzlichen Betreuungskräften und Pflegebedürftigen von 1 zu 24 auf 1 zu 20 verbessert, zudem kommen seitdem diese Betreuungskräfte allen Pflegebedürftigen zugute. Auch in der Mehrzahl der ambulanten Pflegedienste ist im Zuge der Pflegereformen ein Personalaufbau feststellbar. Zwischen den Jahren 2010 und 2018 wurde in diesem Bereich die Zahl des Pflegepersonals um durchschnittlich 39 Prozent angehoben.
- Nur eine Minderheit der stationären Einrichtungen (40 %) und der ambulanten Dienste (26 %) unterliegt einer Tarifbindung nach einem Verbandstarif. Hinsichtlich der Personalressourcen und der Betreuungsrelation bestehen nur geringe Differenzen zwischen tarifgebundenen und nicht tarifgebundenen Unternehmen. Allerdings beschäftigen tarifgebundene Einrichtungen und Dienste einen größeren Anteil Pflegefachkräfte als Unternehmen ohne Tarifbindung. Vollstationäre Pflegeheime und ambulante Dienste ohne Tarifbindung äußern sich besonders skeptisch zu den Möglichkeiten, Fachkräfte am Arbeitsmarkt zu rekrutieren.
- Die praktische Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den stationären Einrichtungen und ambulanten Pflegediensten erfordert gleichwohl Zeit sowie ein Umdenken und Anpassen bisheriger fachlicher Handlungsmuster. Die Bedingungen hierfür werden von vielen befragten Einrichtungen als schwierig beschrieben.
- Oft wird der Fachpersonalmangel am Arbeitsmarkt als wichtigster Hinderungsgrund für eine fachlich angemessene Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs genannt. Tatsächlich ist es zwar gelungen, die Rahmenbedingungen für höhere einrichtungsindividuelle Stellenschlüssel zu verbessern, allerdings konnten die Einrichtungen nur in deutlich geringerem Umfang auch mehr Personal für die Arbeit in der Pflege gewinnen. Es bleibt daher eine Aufgabe, den Pflegeberuf attraktiver zu machen.

2. Ziele und Kernelemente der Pflegestärkungsgesetze

Seit ihrer Einführung im Jahr 1995 hat die gesetzliche Pflegeversicherung maßgeblich zu einer Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen und zur Unterstützung pflegender Angehöriger beigetragen. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit, der dieser Sozialversicherungsleistung zugrunde liegt, und das damit verbundene Begutachtungsinstrument begründen den Leistungszugang und sind zugleich die pflegefachliche Grundlage für die Leistungsinhalte und die Leistungserbringung.

Dennoch stand seit der Etablierung der Pflegeversicherung der Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Kritik, weil er defizitorientiert sei und vorrangig auf die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität, und hauswirtschaftliche Versorgung ausgerichtet war und damit vorrangig auf die Unterstützungsbedarfe von Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen ausgerichtet sei. Die Bedarfe von Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen hingegen seien in der Begutachtung nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt worden. Dies habe dazu geführt, dass Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen gar keine oder niedrigere Pflegestufen erreicht hätten als Menschen mit rein körperlichen Beeinträchtigungen und ihnen daher der gleichberechtigte Zugang zu Sach- und Geldleistungen erschwert worden sei.

Zwar gab es zuerst mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz im Jahr 2001 und in der Folge mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008) und mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (2012) bereits verschiedene Schritte des Gesetzgebers, die Bedarfe von Menschen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz stärker zu adressieren. Doch trotz der dadurch eingeführten spezifischen Leistungen für diese Personen blieb das Leistungsrecht der Pflegeversicherung nach wie vor primär auf Hilfen für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung fokussiert.

Vor diesem Hintergrund wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2006 ein Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs beauftragt, einen Vorschlag für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein damit verbundenes Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu erarbeiten. Der Beirat legte nach dreijähriger Arbeit zwei Berichte vor (Bundesministerium für Gesundheit 2009a, 2009b). Zur Klärung weiterer fachlicher, administrativer und rechtlicher Fragen richtete das Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2012 einen Expertenbeirat zur Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ein, der im Jahr 2013 seinen Abschlussbericht vorlegte (Bundesministerium für Gesundheit 2013). Im Rahmen von Modellprojekten wurde das Begutachtungsinstrument zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sowohl in der häuslichen Versorgung als auch in stationären Pflegeeinrichtungen getestet. Die Ergebnisse dieser Studien sind in die Gesetzgebung vor allem des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes eingeflossen.

Auf Basis dieser konzeptionellen und empirischen Vorarbeiten wurde ein umfassender Reformprozess eingeleitet, der sich aus den drei Pflegestärkungsgesetzen (PSG I bis III) zusammensetzte.

Bereits 2015 trat das Erste Pflegestärkungsgesetz (**PSG I**) in Kraft, mit dem die Leistungen für pflegebedürftige Personen – gerade auch für demenziell erkrankte Pflegebedürftige und Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe - und ihre Angehörigen flexibilisiert und ausgeweitet wurden. Darüber hinaus wurde im ambulanten Bereich die Inanspruchnahme von zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen für alle Pflegebedürftigen geöffnet und das inhaltliche Spektrum von niedrigschwellingen Betreuungs- und Entlastungsangeboten erweitert. Zudem können seither bis zu 40 Prozent des ambulanten Pflegesachleistungshöchstbetrags zugunsten anerkannter niedrigschwelliger Angebote zur Unterstützung im Alltag umgewandelt werden. Im stationären Bereich wurden die zusätzlichen Betreuungsangebote nach § 87b SGB XI (in der bis zum 31.12.2016 geltenden Fassung; seit dem 01.01.2017 § 43b SGB XI) ausgedehnt.

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (**PSG II**) wurden zum 1. Januar 2017 der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie ein neues Begutachtungsinstrument eingeführt mit dem Anspruch, „die pflegerische Versorgung [...] auf eine neue pflegefachliche Grundlage“ zu stellen (BT-Drucks. 18/5926, S. 2). Für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sind nicht mehr der Zeitaufwand und der Verrichtungsbezug bei den pflegerischen Hilfen entscheidend. Maßgebend sind nun gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der Pflegebedürftigen und ein dadurch bestehender Hilfebedarf durch andere Personen bei der Bewältigung der eigenen Lebenssituation (vgl. § 14 Abs. 1 SGB XI). Ziel ist es, einen gleichberechtigten Zugang aller Pflegebedürftigen zu den Leistungen der Pflegeversicherung zu gewährleisten, unabhängig davon, ob die Ursachen der Pflegebedürftigkeit körperlicher, kognitiver oder psychischer Natur sind. Im Rahmen der Begutachtung erfolgt eine umfassende Betrachtung der pflegebedürftigen Person in sechs Lebensbereichen (sog. Module). Mit dem PSG II wurden auch weitere wichtige Maßnahmen getroffen: Es gab deutliche Verbesserungen im Bereich der Beratung, so beispielsweise auch im Hinblick auf die Schaffung eines bundesweit gemeinsamen Verständnisses von Pflegeberatung. Weiter wurden die Leistungen der Pflegeversicherung für die soziale Absicherung der Pflegepersonen in der Renten- und Arbeitslosenversicherung verbessert sowie der Anspruch aller Bewohner von Pflegeheimen auf zusätzliche Aktivierung und Betreuung gestärkt. Schließlich wurden die Pflegekassen verpflichtet, für Pflegepersonen und an einer ehrenamtlichen Pflege Interessierte kostenfreie Pflegekurse anzubieten.

Auf Grundlage des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (**PSG III**) wurde der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zeitgleich mit der Pflegeversicherung auch in das Recht der Hilfe zur Pflege eingeführt.¹ Daneben wurden durch das PSG III die in einer Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege zwischen Bund, Ländern und kommunalen Spitzenverbänden vereinbarten Empfehlungen (Bundesministerium für Gesundheit o.J.) umgesetzt. Im Verhältnis zwischen Pflege und Eingliederungshilfe bleibt es bei der Gleichrangigkeit, allerdings sollen Träger der Eingliederungshilfe, ggf. Träger der Hilfe zur Pflege und Pflegekassen künftig regelhaft Vereinbarungen zur Leistungserbringung und zur Kostenerstattung treffen. Darüber hinaus wurden mit dem PSG III gesetzliche Anpassungen mit dem Ziel vorgenommen, einen

¹ Gleiches gilt für die soziale Entschädigung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG).

Gleichklang der leistungsgerechten Bezahlung zwischen tarifgebundenen und nicht-tarifgebundenen Pflegeeinrichtungen herzustellen.

3. Umsetzung der Evaluation nach § 18c Abs. 2 SGB XI

Mit dem Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) wurde in § 18c Abs. 2 SGB XI ein umfassender Evaluationsauftrag zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff formuliert. Laut § 18c Abs. 2 SGB XI sollten dabei verschiedene Aspekte untersucht werden:

- Leistungsentscheidungsverfahren und Leistungsentscheidungen,
- die Umsetzung der Übergangsregelungen im Begutachtungsverfahren,
- Leistungsentscheidungen anderer Sozialleistungsträger (soweit diese pflegebedürftige Personen betreffen),
- der Umgang mit dem neuen Begutachtungsinstrument,
- die Entwicklung der ambulanten Pflegevergütungen und der stationären Pflegesätze sowie
- die Entwicklungen in den vertraglichen Grundlagen, in der Pflegeplanung, den pflegefachlichen Konzeptionen und in der konkreten Versorgungssituation in der ambulanten und in der stationären Pflege.

Auf der Basis dieser Regelung hat das Bundesministerium für Gesundheit die begleitende wissenschaftliche Evaluation zur Vorbereitung und Umsetzung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit beauftragt. Die Beauftragung erfolgte in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, soweit Auswirkungen auf andere Sozialleistungssysteme aus dem Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) zu untersuchen waren. Der Evaluationsauftrag wurde dabei über die Vergabe von fünf Projekten in fünf Losen umgesetzt. Im Rahmen eines sechsten Loses wurde die Erstellung des hier vorgelegten zusammenfassenden Berichts beauftragt.

Die einzelnen Evaluationsstudien verfolgen unterschiedliche Fragestellungen, die mit verschiedenen Studiendesigns bearbeitet wurden. Ihre Ergebnisse ergänzen sich, zum Teil gibt es auch Überschneidungen. Die nachfolgende Übersicht stellt die inhaltlichen Schwerpunkte sowie die methodische Umsetzung der verschiedenen Studien dar. Sie dokumentiert die beeindruckende große empirische Breite, mit der der Evaluationsauftrag von den Auftragnehmern umgesetzt wurde.

Übersicht der thematischen Schwerpunkte und der methodischen Umsetzung der Evaluationsstudien

Titel und inhaltlicher Schwerpunkt der Studie	Methodische Umsetzung
Los 1: Prozessevaluation (IGES Institut GmbH) - Entwicklungen in den vertraglichen Grundlagen, in der Pflegeplanung, den pflegefachlichen Konzeptionen und in der konkreten Versorgungssituation in der ambulanten und stationären Pflege	- Entwicklung Implementierungskonzept neues Pflegeverständnis mit 17 ambulanten Diensten, 16 teilstationären und 22 vollstationären Einrichtungen - Dokumentenanalyse (Rahmenverträge, Vergütungsvereinbarungen)

<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung der qualitativ-inhaltlichen Neuausrichtung von ausgewählten Pflegeeinrichtungen (Prozessunterstützung) - Veränderungen in den vertraglichen Grundlagen der Pflegeeinrichtungen - Stand der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in der ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> - Schriftliche Befragung in ambulanten Diensten (Einrichtungsleitungen n=341; Pflegefachkräfte n=792; Pflegebedürftige n=2.774) - Schriftliche Befragung in teilstationären Einrichtungen (Einrichtungsleitungen n=289; Pflegefachkräfte n=548; Pflegebedürftige n=2.545) - Schriftliche Befragung in vollstationären Einrichtungen (Einrichtungsleitungen n=475; Pflegefachkräfte n=1.155; Pflegebedürftige n=4.635) <p>Berichtsumfang: 340 Seiten (ohne Anhänge)</p> <p>Leitfaden: Das neue Pflegeverständnis in der Praxis: 51 Seiten</p>
<p>Los 2: Allgemeine Befragungen (Kantar Public)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strukturelle Entwicklungen im Rahmen der Pflegeversicherung - Situation von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen in Privathaushalten - Inanspruchnahme von Leistungen - Häusliche Pflegearrangements - Strukturmerkmale, Leistungserbringung, Personal und wirtschaftliche Situation in ambulanten und stationären Einrichtungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Telefonische Befragung von Pflegebedürftigen oder ihren Angehörigen in Privathaushalten (n=1.830) - Schriftliche bzw. Online-Befragung von Leitungen ambulanter Dienste (n=839) - Teils mündliche, mündlich-persönliche und schriftliche Befragung von Leitungen stationärer Einrichtungen (n=604) und von Pflegekräften, die sich zu einzelnen Bewohnern äußern sollten (n=2.404) <p>Berichtsumfang: 399 Seiten (ohne Anhänge)</p>
<p>Los 3: Eingliederungshilfe (IGES Institut GmbH)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vereinbarungen nach § 13 Abs. 4 SGB XI und Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe, Pflegeversicherung und Hilfe zur Pflege - Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetze II und III auf die ambulanten Leistungen der Eingliederungshilfe - Auswirkungen der Pflegestärkungsgesetze II und III auf die stationären Leistungen der Eingliederungshilfe - Umstellung auf das neue Recht in der Hilfe zur Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> - Schriftliche Befragung von Trägern der Eingliederungshilfe (n=69) - Schriftliche Befragung von Pflegekassen (n=26) - Schriftliche Befragung von ambulanten Diensten der Eingliederungshilfe (n=29) - Schriftliche Befragung von (voll)stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe (n=51) - Schriftliche Befragung von Behindertenverbänden (n=4) - Schriftliche Befragung von Trägern der Hilfe zur Pflege (n=116) <p>Berichtsumfang: 183 Seiten</p>

	(ohne Anhänge)
Los 4: Statistische Untersuchung (Socium Universität Bremen) - Empfängerzahlen und Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung - Empfängerzahlen und Finanzen der Sozialhilfe - Vergütung von Pflegeheimen und Eigenanteile - Unterstützung der informellen Pflege (soziale Absicherung, Regionale Netzwerke und Pflegekurse, Entlastungsangebote)	- Datenauswertungen der Pflegestatistik, der Sozialhilfestatistik und der Statistik der sozialen Pflegeversicherung - Auswertung von Routinedaten der BARMER - Auswertung von Daten des vdek - Online-Befragung von Pflegekursanbietern (n=117) - Befragung von regionalen Netzwerken (n=159) Berichtsumfang: 219 Seiten (ohne Anhänge)
Los 5: Fortschreibung Monitoring (Prognos AG) - Fortsetzung des im Oktober 2016 begonnenen Monitorings zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes - Umstellungsprozess auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff - Leistungsrecht, vertragliche Grundlagen, Leistungsentscheidungen - Einschätzungen der beteiligten Akteure zur Anwendung des neuen Begutachtungsinstruments	- Datenauswertungen von Kennzahlen verschiedener Akteure Interviews und Online-Befragungen zu drei Erhebungszeitpunkten von Verbänden der Pflegeversicherung (n=38dritte Onlinebefragung 2019), Medizinischen Diensten (n=15), Medicoproof (n=1), ausgewählten Pflegeeinrichtungen (n=91), Betroffenenverbänden (n=6), Beratungsinstitutionen (n=88) und Trägern der Sozialhilfe (n=126) Berichtsumfang: 134 Seiten (ohne Anhänge)
Los 6: Zusammenfassender Bericht (iso-Institut) - Zusammenfassende Darstellung der Untersuchungsergebnisse aus Los 1 bis 5 - Erstellung Textgrundlage für den Bericht des BMG	- Berichte der Studien aus Los 1 bis 5 - Pflegeberichterstattung des MDS für die Jahre 2017 und 2018 - Expertise zur Quantifizierung der Personalverbesserungen (Rothgang und Wagner 2019) - Sonderauswertung Kantar Public zur Entwicklung der Vergütungen und der Personalstruktur sowie deren Auswirkungen auf die jeweiligen Pflegevergütungen und die Finanzierungsanteile der Betroffenen, ihrer Angehörigen und der Sozialhilfe

Wesentliche Basis für diesen zusammenfassenden Bericht sind die Ergebnisberichte der empirischen Evaluationsstudien zu den Losen 1 bis 5. Als weitere Dokumente wurden die Pflegeberichterstattung des Medizinischen Dienstes des Spaltenverbandes der Krankenkassen

(MDS) für die Jahre 2017 und 2018, vorab übermittelte Ergebnisse der Studie „Bedarfskonstellationen und Pflegegrade bei Heimbewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten“, die Expertise zu den Effekten der Pflegereform (PSG I-III) auf die Personalausstattung sowie die Sonderauswertung von Kantar Public zur Entwicklung der Vergütungen und der Personalstruktur (differenziert nach nicht-tarifgebundenen und tarifgebundenen Einrichtungen) sowie deren Auswirkungen auf die jeweiligen Pflegevergütungen und die Finanzierungsanteile der Betroffenen, ihrer Angehörigen und der Sozialhilfe hinzugezogen.

Die Gliederungsstruktur des vorliegenden Berichts wurde entlang der wesentlichen thematischen Schwerpunkte der Evaluation entwickelt und mit dem BMG unter Beteiligung des BMAS abgestimmt. Anhand dieser Struktur wurde eine Auswertung der vorliegenden Berichte durchgeführt. Aufgrund der Vorgaben für den maximalen Umfang des Dokuments musste eine Auswahl der Ergebnisse getroffen und an zahlreichen Punkten eine Verdichtung der wissenschaftlichen Darstellungen vorgenommen werden. Die Aussagen des zusammenfassenden Berichts sind mit entsprechenden Verweisen auf die jeweiligen Angaben der Evaluationsberichte unterlegt – somit ist es dem interessierten Leser² möglich, die jeweilige Datenbasis der Zusammenfassung zu prüfen und die detaillierten Ergebnisse der Evaluationsberichte vertiefend zur Kenntnis zu nehmen.

Es war explizit nicht Aufgabe der zusammenfassenden Berichtserstellung, eigene Handlungsempfehlungen zu formulieren. Handlungsempfehlungen sollten aus den Berichten der Evaluatoren entnommen, zusammengestellt und verdichtet werden. Die Grundlage der in Kapitel 12 dargelegten Handlungsempfehlungen beruht daher auf den Ausführungen der Evaluatoren in den einzelnen Berichten. In Einzelfällen wurden auch Handlungsbedarfe von den befragten Akteuren formuliert und in den Ergebnisberichten dokumentiert. Sofern sie in diesen zusammenfassenden Bericht Eingang gefunden haben, wird auf die jeweiligen Auskunftgeber verwiesen.

Die Zusammenfassung der Ergebnisse in den einzelnen Abschnitten ist so angelegt, dass es möglich sein soll, sowohl den Gesamtbericht als auch ausgewählte Abschnitte nachvollziehen zu können. Daher sind in den Einzelabschnitten gelegentliche Leserführungen oder mehrfache Bezugnahmen auf einzelne zentrale Ergebnisse formuliert.

² Aus Gründen einer vereinfachten Lesbarkeit wird in diesem Text vorwiegend die männliche Schreibweise gewählt, auch wenn in der Regel Männer und Frauen gleichermaßen gemeint sind.

4. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Überleitung und im Vertrags- und Vergütungsrecht

Mit dem PSG II haben die neue Definition von Pflegebedürftigkeit und das neu eingeführte Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit Eingang in die Sozialgesetzgebung (§§ 14 und 15 SGB XI) gefunden. Insbesondere für den Personenkreis der Menschen mit geistigen und psychischen Beeinträchtigungen wurde damit ein besserer Leistungszugang zur Pflegeversicherung eröffnet. Die ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen sind zudem gefordert, ihre Angebote auch an den neu aufgenommenen Bedarfen auszurichten.

Durch die Kategorisierung in fünf Pflegegrade (1 bis 5) mussten alle pflegebedürftigen Personen im Sinne des SGB XI in der bis zum 31. Dezember 2016 geltenden Fassung zum Jahreswechsel 2016/2017 von den vormaligen drei Pflegestufen in Pflegegrade überführt werden (s. Kapitel 4.2).

Eine weitere Neuerung wurde mit der Einführung von Pflegegrad 1 geschaffen. Hierunter fallen meist Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen, die nach dem bisherigen Recht keinen Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung hatten. Sie erhalten nun z. B. Zugang zum Entlastungsbetrag, zu unterstützenden Maßnahmen für pflegende Angehörige, zu der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und den pflegefachlichen Beratungsbesuchen nach § 37 Abs. 3 SGB XI sowie zu Pflegehilfsmitteln und Zuschüssen zur Verbesserung des Wohnumfelds. Für sie besteht jedoch kein Anspruch auf ambulante Pflegesachleistungen, Pflegegeld oder auf teil- und vollstationäre pflegerische Versorgung; bei vollstationärer pflegerischer Versorgung wird ausschließlich ein Zuschuss in Höhe von 125 Euro im Monat geleistet.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Evaluation zur Umsetzung des neuen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit, zu den Auswirkungen auf das Tätigkeitsfeld der Pflege und auf die Berufsgruppen der beruflich Pflegenden sowie zur Übernahme der inhaltlichen Neuausrichtung in die leistungsrechtlichen Vorgaben und die Überleitung nach § 140 SGB XI dargestellt.

4.1 Die erweiterte Definition von Pflegebedürftigkeit

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff rückt in den Fokus, dass der weitestmögliche **Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit** oberstes Ziel aller pflegerischen Interventionen und gleichzeitig Handlungsorientierung für die beruflich Pflegenden sein sollten. Nach der gesetzlichen Definition in § 14 SGB XI besteht Pflegebedürftigkeit dann, wenn die Selbständigkeit oder die Fähigkeiten bedingt durch körperliche, kognitive oder psychische Faktoren beeinträchtigt sind und gesundheitliche Belastungen oder Anforderungen vorliegen. Sie muss auf Dauer, zumindest für den Zeitraum von sechs Monaten bestehen und ist an die Bedingung geknüpft, dass die Beeinträchtigungen und gesundheitlichen Belastungen und Anforderungen von den betroffenen Personen nicht ohne fremde Hilfe und Unterstützung kompensiert oder bewältigt werden können. Die festzustellende Schwere der Pflegebedürftigkeit ergibt sich aus den pflegefachlich begründeten sechs Bereichen von Pflegebedürftigkeit, die in § 15 SGB XI definiert

sind. Diese sechs Module sind Grundlage des **neu eingeführten Begutachtungsinstruments**, das von den Gutachtern des MDK und anderen unabhängigen Gutachtern sowie Medicproof³ bei der Prüfung, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt, anzuwenden ist. Bis Ende 2016 lag Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI vor, wenn eine körperliche, geistige oder seelische Krankheit oder Behinderung dazu führte, dass bei den täglich wiederkehrenden Verrichtungen auf Dauer oder zumindest für sechs Monate erheblich oder in hohem Maße Hilfe benötigt wurde. Der Hilfebedarf wurde ausschließlich an den täglichen Verrichtungen der Körperpflege, der Mobilität und der Ernährung orientiert. Darüber hinaus musste ein Unterstützungsbedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung gegeben sein. Die Verrichtungen wurden mit Zeitwerten hinterlegt, im Begutachtungsverfahren aufaddiert und die Zeitsummenwerte nach einem definierten Schema in Pflegestufen überführt. Kommunikation und Kognition oder die planende Gestaltung des Alltagslebens und Pflege sozialer Kontakte wurden im alten Verständnis bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit nicht berücksichtigt.

Durch die Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde die bis Ende 2016 geltende Orientierung an Zeitwerten und der Verrichtungsbezug sowie die Klassifizierung der Pflegebedürftigkeit in Pflegestufen im SGB XI aufgegeben. Mit der inhaltlichen Ausweitung der Definition wurde der Fokus auf gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten gelegt. Diese werden gemäß § 14 SGB XI auf **sechs pflegefachlich begründete Dimensionen von Pflegebedürftigkeit (Module)** bezogen. Hierzu zählen:

- Mobilität,
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten,
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen,
- Selbstversorgung,
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen,
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.⁴

Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der Module 1 bis 6 ebenfalls bereits berücksichtigt.

4.2 Funktionsweise der Überleitungsregelung nach § 140 SGB XI

Grundlage für die Überführung aller Pflegebedürftigen sowie der Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ohne Pflegestufe zum Jahreswechsel von 2016 auf 2017 in die neuen Pflegegrade waren die überleitungsrechtlichen Regelungen in § 140 SGB XI. Da die differenzierten Überleitungen gesetzlich geregelt waren, war eine gesonderte Antragstellung durch die Betroffenen nicht erforderlich, so dass die Überführung in den neuen Pflegegrad aus ihrer Sicht jeweils „automatisch“ erfolgte. Davon betroffen waren rund 2,96 Millionen Menschen (Socium 2019, S. 54). In den darauffolgenden Jahren hat sich die Zahl der Versicherten,

³ Medizinischer Dienst der privaten Krankenversicherungsunternehmen

⁴ Eine differenziertere Darstellung des Begutachtungsinstruments findet sich im fünften Kapitel.

deren Leistungsbezug sich auf den Pflegegrad stützt, den sie im Rahmen der gesetzlichen Überleitung erhalten haben, aufgrund von Todesfällen oder einer Neubegutachtung mit dem Ziel der Höherstufung reduziert.

Zu Beginn des Jahres 2017 waren alle zu diesem Zeitpunkt 2,96 Mio. Pflegebedürftigen (Überleitungsfälle.⁵ Ende des Jahres 2017 hatte sich diese Zahl auf 2,29 Mio. Pflegebedürftige von zu diesem Zeitpunkt insgesamt 3,15 Mio. Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 und damit auf einen Anteil von nunmehr 73 Prozent reduziert. Dieser Anteil ist im Jahr 2018 auf 52 Prozent weiter zurückgegangen. Eine nach Pflegegraden differenzierte Betrachtung der Überleitungsfälle in den einzelnen Sektoren zeigt, dass von 2017 bis 2018 der Rückgang im ambulanten Bereich eine Spannbreite von 32 Prozent in Pflegegrad 2 und bis zu 13 Prozent in Pflegegrad 3 aufweist (Socium 2019, S. 56). Im stationären Sektor lag der Rückgang in Pflegegrad 2 bei rund 30 Prozent und in den Pflegegraden 3 bis 5 bei jeweils ca. 19 Prozent (Socium 2019, S. 57). Die Überleitungsfälle reduzieren sich im ambulanten Sektor schneller als im stationären Bereich (Socium 2019, S. 61).

Von allen pflegebedürftigen Personen, die übergeleitet wurden, konnten 87 Prozent ihren Überleitungsbescheid gut verstehen, während vier Prozent Verständnisprobleme mit dem Überleitungsbescheid hatten (Kantar Public 2019, S. 130). Bei Fragen nach der Nachvollziehbarkeit und Verständlichkeit des Überleitungsverfahrens gaben 62 Prozent an, dass es „voll und ganz verständlich“ und für 26 Prozent „eher verständlich“ war (Kantar Public 2019, S. 129).

Auch die professionellen Akteure gelangen zu einem positiven Fazit: In der Gesamteinschätzung gaben 60 Prozent der befragten Pflegekassen an, dass der Überleitungsprozess der Versicherten von Pflegestufen in Pflegegrade „ohne Probleme“ verlaufen sei. Weitere zwei Fünftel verwiesen darauf, dass es nur bei einer geringen Anzahl an pflegebedürftigen Personen zu Problemen gekommen sei (Prognos 2019a, S. 15). Von den befragten Pflegeeinrichtungen bewerteten 59 Prozent die Überleitung als problemlos, nur fünf Prozent gaben an, dass es bei vielen pflegebedürftigen Personen zu Problemen gekommen sei (ebd.). Die Befragung von Pflegestützpunkten ergab ein ähnliches Bild: Jeweils die Hälfte gab an, dass die Überleitung „ohne Probleme“ oder mit nur „wenigen Problemen“ vonstattengegangen sei (ebd.).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Umstellungsprozess im Vorfeld sehr intensiv vorbereitet wurde und aus Sicht der Pflegekassen eine „enorme verwaltungstechnisch-organisatorische Herausforderung“ darstellte (Kantar Public 2019, S. 373). Der anspruchsvolle Prozess der Überleitung von 2,96 Millionen pflegebedürftigen Personen hat jedoch insgesamt problemlos und gut funktioniert (ebd., Prognos 2019a, S. 15).

4.3 Landesrahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen

Eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist die Übernahme der Neuausrichtung in die geltenden Rahmenvorgaben zur pflegerischen Versor-

⁵ Dies waren die Versicherten, die Ende des Jahres 2016 entweder eine Pflegestufe hatten oder bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ohne Pflegestufe festgestellt worden war.

gung im Bereich der Pflegeversicherung. Hierzu müssen Rahmenverträge nach § 75 SGB XI sowie insbesondere im ambulanten Sektor die Vergütungsvereinbarungen nach § 89 SGB XI angepasst werden. Die vertragliche Ausgestaltung der leistungsrechtlichen Vorgaben wird üblicherweise in einem Aushandlungsprozess zwischen den verschiedenen Vertragsparteien vorgenommen. Die bisherige konzeptionelle Umsetzung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf der Vertragsebene wurde von den befragten Akteuren (Pflegekassen, PKV-Verband, MDK, Medicproof etc.) dabei als nicht einfach eingeschätzt. Der Zeitbedarf sei größer als zuvor veranschlagt, so dass an der Umsetzung weiter gearbeitet werden muss.

Aus dem begleitenden Monitoring geht hervor, dass Anpassungsprozesse bei den Rahmenverträgen auf den Weg gebracht wurden: Bis zum ersten Quartal 2019 wurden acht Rahmenverträge (ambulant n=2, teilstationär n=3, vollstationär n=3) seit 2016 angepasst. In 25 Fällen waren die Verhandlungen noch nicht abgeschlossen und in 28 Fällen wurde von den befragten Verhandlungspartnern eine Zurückstellung der Anpassungsverhandlungen gemeldet (Prognos 2019a, S. 16). Sie begründen diese Rückstellung mit einer „Priorisierung von Tätigkeiten“, da sie zeitgleich in weiteren Verhandlungsverfahren involviert und nach ihrer Einschätzung die einrichtungsindividuellen Vergütungsvereinbarungen in einigen Bundesländern prioritätär waren (Prognos 2019a, S. 18). Die Vertragsparteien äußerten sowohl Schwierigkeiten bei der inhaltlichen Ausgestaltung und Leistungsbeschreibung in den Rahmenverträgen als auch, dass Verhandlungen durch andere anstehende Gesetzesneuerungen zeitlich ausgedehnt wurden (ebd.).

Im Rahmen der Evaluation wurden je drei Rahmenverträge aus dem ambulanten, teil- und vollstationären Sektor, in denen bis Juni 2019 Anpassungsänderungen vorgenommen wurden, exemplarisch analysiert (IGES 2019a, S. 63). Dabei wurden zwischen der Ausgestaltung pflegerischer Hilfen, Personalvorgaben, Qualifikationsanforderungen, Qualitätsgrundsätzen, Dokumentation und den Veränderungen in der Vergütungssystematik für den ambulanten Sektor unterschieden (ebd.). In allen analysierten Landesrahmenverträgen wurde eine Anpassung der Pflegeleistungen an den neuen § 14 SGB XI durchgeführt, die inhaltliche Neuausrichtung wurde jedoch in unterschiedlichem Umfang vorgenommen (IGES 2019a, S. 25). In den drei vollstationären Rahmenverträgen aus Hamburg, Hessen und Niedersachsen wurden hinsichtlich der Personalvorgaben Veränderungen aufgenommen (IGES 2019a, S. 82 ff.). Eine Bewertung der Auswirkungen dieser Änderungen auf die Pflegeeinrichtungen kann allerdings nicht vorgenommen werden, da hierfür die Pflegegradverteilung in der konkreten Einrichtung berücksichtigt werden müsste (IGES 2019a, S. 25). Einige der Vergütungsvereinbarungen orientierten sich für den ambulanten Bereich noch an den Vorgaben der bisher gültigen (unveränderten) Landesrahmenverträge. Die Bezeichnung des „Verrichtungsbezug“ wird weiterhin verwendet und der Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit werden auf die „selbständige Übernahme dieser Verrichtungen“ reduziert (ebd.). Eine weitere Schwierigkeit scheint in der Abgrenzung der Konzepte der „aktivierenden Pflege“ und der jetzt geforderten „gezielten Ressourcenförderung“ von pflegebedürftigen Personen zu bestehen (ebd.). Im Rahmenvertrag von Schleswig-Holstein sowie in den Vergütungsvereinbarungen von Sachsen-Anhalt wurden für den ambulanten Bereich die Förderung und der Erhalt der Selbständigkeit explizit aufgenommen (ebd.).

5. Das Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Praxis, Begutachtungsergebnisse

Zusammen mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde in § 15 SGB XI ein neues Begutachtungsinstrument eingeführt. Dieses Instrument wurde in einem Projekt der damaligen Spitzenverbände der Pflegekassen unter dem Titel „Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ in enger Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe entwickelt.

Das Begutachtungsinstrument wird bei der Begutachtung von Erwachsenen und Kindern angewendet. Bei Kindern wird der vorhandene Abhängigkeitsgrad im Vergleich zu nicht beeinträchtigten Kindern gleichen Alters bewertet (MDS 2019a, S. 30).

Die Begutachtung wird auf Antrag der Versicherten auf Pflegeleistungen von den Gutachtern des MDK, des Medizinischen Dienstes der privaten Krankenversicherungen (Medicproof) oder anderen unabhängigen Gutachterinnen und Gutachtern im Wohnbereich der antragstellenden Person durchgeführt. In 12 Prozent der MDK-Begutachtungen erfolgte im Jahr 2018 eine Begutachtung aufgrund der Aktenlage (MDS 2019a, S. 20). Das Verfahren der Begutachtung ist in den bundesweit einheitlich geltenden Richtlinien des GKV-Spitzenverbands zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI (Begutachtungs-Richtlinien, BRi) für alle Gutachterdienste verbindlich geregelt.

Im Rahmen der Begutachtung werden die gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den sechs Lebensbereichen „Mobilität“, „kognitive und kommunikative Fähigkeiten“, „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“, „Selbstversorgung“, „Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ sowie „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ und die voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit ermittelt. Die Ursache der Beeinträchtigung ist dabei nicht von Bedeutung.

Im Modul „Mobilität“ werden beispielsweise verschiedene Fähigkeiten oder Tätigkeiten, wie „Treppensteigen“ oder „Halten einer stabilen Sitzposition“ anhand einer vierstufigen Skala von „selbständig“ bis hin zu „unselbständig“, mit Punktewerten bewertet (Anlage 1 zu § 15 SGB XI; MDS 2019b, S.6 ff.). Die gleiche Form der Bewertung und Punktevergabe erfolgt im Bereich „Selbstversorgung“ und „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“. Im Modul „kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ wird bewertet, inwiefern diese Fähigkeiten „vorhanden“ oder „nicht vorhanden“ sind. Im Modul „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ sowie im Modul „Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ wird die Häufigkeit der Hilfe (täglich, wöchentlich, monatlich) eingeschätzt und mit Punkten versehen (ebd.).

Aus dieser Systematik ergibt sich für jedes Modul ein Summenwert, der mithilfe einer fünfstufigen Skala in einen gewichteten Punktwert übergleitet wird, vgl. § 15 SGB XI und dessen Anlage 2. Der Bereich „Selbstversorgung“ erhält die höchste Gewichtung mit 40 Prozent. Aus den beiden Bereichen „kognitive und kommunikativen Fähigkeiten“ und „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ fließt nur die Kategorie mit dem höchsten Modulsummenwert mit 15 Prozent in das Gesamtergebnis ein. Die „Gestaltung des Alltagslebens“ wird mit 15 Prozent und die „Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ mit 20 Prozent gewichtet. Die Summe der Einzelpunkte für das Modul „Mobilität“ wird mit 10 Prozent berücksichtigt. Die gewichteten Punktwerte aller Module werden addiert und begründen die Zuordnung zu einem der folgenden Pflegegrade (ebd.):

Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte)

Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte)

Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte)

Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte)

Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte)“ (ebd., Hervorhebung im Original).

Die Begutachtungsergebnisse werden an die zuständige Pflegekasse weitergeleitet. Diese entscheidet unter maßgeblicher Berücksichtigung der Empfehlungen der Gutachterin bzw. des Gutachters über den Antrag und teilt den Versicherten der antragstellenden Person ihre Entscheidung schriftlich mit. Für die schriftliche Erteilung des Bescheids gilt nach § 18 Abs. 3 Satz 2 SGB XI eine 25 Arbeitstagefrist, die im Zeitraum von Anfang November 2016 bis Ende Dezember 2017 unbeachtlich war, es sei denn es lag ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf vor (§§ 18 Absatz 2 Satz 1, 142 Absatz 2 Satz 1 SGB XI). Im Jahr 2017 wurden wegen eines erhöhten Auftragsaufkommens mitunter Laufzeiten für die Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei den MDK von bis zu acht Wochen erreicht, die bis Ende 2018 auf durchschnittlich vier Wochen und im ersten Quartal 2019 auf durchschnittlich 18,5 Arbeitstage reduziert werden konnten (MDS 2019a, S. 23).

5.1 Entwicklung der Begutachtungsaufträge

Für die Medizinischen Dienste der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen bedeutete die Umstellung auf das neue Begutachtungsverfahren und das Begutachtungsinstrument eine große Herausforderung. Die Einarbeitungsphase der Gutachter zu Beginn 2017 wurde von einem massiven Anstieg der Begutachtungsverfahren begleitet. Arbeitsspitzen konnten

durch Neueinstellungen und Urlaubssperren abgefangen werden. Die Gutachter sind überwiegend Pflegefachkräfte (97 Prozent). Nach Aussage der Medizinischen Dienste gestaltet sich die Personalgewinnung schwieriger (MDS 2019a, S. 21 f.).

Die Zunahme der Begutachtungen durch das Zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II) betrug im Jahr 2017 im Vergleich zum Jahr 2016 13 Prozent (220.000 Gutachten). Im Jahr 2018 gab es eine weitere Steigerung von 6 Prozent (120.000 Gutachten) (MDS 2019a, S. 12). Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung haben im Jahr 2018 mehr als zwei Millionen Gutachten erstellt (MDS 2019a, S. 12). Der Anstieg der Begutachtungen seit 2017 ist – wie in den Jahren zuvor – fast ausschließlich auf den ambulanten Sektor zurückzuführen, während die Zahl der Begutachtungen mit beantragten stationären Leistungen seit 2017 sogar leicht rückläufig war (MDS 2019a, S. 13). Dementsprechend fand 2018 der weitaus größere Teil der Begutachtungen mit rund 1.7 Mio. im ambulanten Sektor statt; über 291. Tsd. Gutachten wurden im stationären Sektor erstellt und ein kleiner Anteil von rund 12.600 entfiel auf Menschen mit Behinderungen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne des § 43a SGB XI (MDS 2019a, S.12).

Begutachtungsverfahren können grundsätzlich nach dem Durchführungsanlass in Erst-, Änderungs-, Wiederholungs- und Widerspruchsgutachten⁶ unterschieden werden, wobei sogenannte Höherstufungs- und Rückstufungsgutachten unter dem Sammelbegriff der Änderungsgutachten zusammen gefasst werden (MDS 2019a, S. 13). Darüber hinaus sollte zur Bewertung von Pflegereformeffekten eine differenzierte Sicht auf Begutachtungsaufträge und tatsächlich durchgeführte Begutachtungen erfolgen. Bei der näheren Betrachtung der Begutachtungsaufträge zeigt sich, dass deren Zahl im ersten Quartal 2017 gegenüber dem Vorjahresquartal um 32 Prozent auf 690.000 angestiegen ist (MDS 2019a, S. 14). Eine ähnlich hohe Zahl war im ersten Quartal 2018 mit 662.000 Begutachtungsaufträgen zu verzeichnen, die im ersten Quartal 2019 nochmals um elf Prozent auf 732.000 Aufträge gewachsen ist. Während die Auftragszunahme in 2017 primär mit dem Anwachsen von Erstanträgen auf Pflegeleistungen erklärt werden kann, ist im Jahr 2018 neben diesen eine zunehmende Anzahl an Anträgen auf Höherstufung für den Anstieg verantwortlich (ebd.). Die Zahl der Erstanträge ist im Zeitraum von 2016 bis 2019 um 30 Prozent und die der Höherstufungsanträge um knapp 72 Prozent gewachsen. Der Anteil der in Auftrag gegebenen Änderungsgutachten (mit dem mit der Antragstellung verfolgten Ziel einer Höherstufung) lag im ersten Quartal 2019 bei 36 Prozent (MDS 2019a, S. 15). Daraus lässt sich neben der Steigerung der Gutachtenaufträge durch Erstantragstellende auch ein verändertes Verhalten bei bereits im Sinne der sozialen Pflegeversicherung als pflegebedürftig anerkannten Personen beobachten. Höherstufungsanträge werden zwischenzeitlich wesentlich häufiger gestellt, als das vor der Reform der Fall war. Dies wird u.a.

⁶ Bei den **Erstgutachten** nimmt die antragstellende Person zum Zeitpunkt der Antragstellung noch keine Leistungen der sozialen Pflegeversicherung in Anspruch.

Höherstufungsgutachten werden von den Pflegekassen in Auftrag gegeben, weil die Pflegebedürftigen oder ihre gesetzlichen Vertreter einen Antrag auf Anerkennung eines neuen Pflegegrades stellen mit der Absicht, eine Höherstufung zu erreichen.

Bei **Wiederholungsgutachten** geht der Impuls für eine erneute Überprüfung des Pflegegrades von den Pflegekassen aus.

Widerspruchsgutachten setzen einen Widerspruch der pflegebedürftigen Person oder des gesetzlichen Vertreters gegen den Bescheid der Pflegekasse voraus und werden von den Pflegekassen in Auftrag gegeben (MDS 2019a, S. 10).

darauf zurückgeführt, dass die fünf Pflegegrade geringere Abstände zueinander aufweisen als die drei Pflegestufen (ebd.).

Eine ähnliche Entwicklung ist beim Medizinischen Dienst der privaten Krankenversicherungsunternehmen (Medicproof) zu beobachten. Dort wurden im letzten Quartal 2016 39.800 Begutachtungsaufträge festgestellt. Diese Zahl stieg auf 46.400 Aufträge im ersten Quartal 2017 und im ersten Quartal 2019 wurden bereits 51.200 Aufträge gezählt (Prognos 2019a, S.49; Prognos 2019b, S. 120). Der Anteil an Höherstufungsaufträgen lag bei Medicproof im ersten Quartal 2019 mit 38 Prozent in ähnlicher Höhe wie beim MDS (ebd.).

5.2 Entwicklungen der durchgeführten Begutachtungen

Analog zur Verteilung der Leistungsempfänger auf die Versorgungssettings (vgl. Kapitel 6.1) wurde im ersten Quartal 2019 der größte Anteil der Begutachtungen (86 Prozent) im ambulanten Sektor durchgeführt (MDS 2019a, S. 16). Im Folgenden werden die Zahl der durchgeführten Begutachtungen sowie die Begutachtungsergebnisse zusammengetragen. Ähnlich wie bei der Zahl der Begutachtungsaufträge kam es auch bei den durchgeführten Begutachtungen zu einem deutlichen Anstieg. In der häuslichen Versorgung wurden im Jahr 2017 über 1,5 Mio. und im Jahr 2018 rund 1,7 Mio. Personen begutachtet (MDS 2019a, S. 12, 17). Zwar machten Erstgutachten den größten Anteil der Fälle aus, jedoch ist ihr Anteil zwischen den Jahren 2017 und 2018 leicht zurückgegangen, während die Zahl der Änderungsgutachten deutlich angestiegen ist (MDS 2019a, S. 17). Im stationären Sektor hingegen ist die Gutachtenentwicklung in 2017 insgesamt rückläufig. Die Zahl der Erstgutachten ist in der Zeit von 2016 bis 2018 um knapp 24 Prozent zurückgegangen, allerdings ist die Zahl der Änderungsgutachten im gleichen Zeitraum um knapp neun Prozent angestiegen. Im Saldo bleibt ein Rückgang von 15.000 Begutachtungen in den Jahren 2016 bis 2018 (MDS 2019, S. 18).

Zu einem vorübergehenden beträchtlichen Anstieg kam es in den Jahren 2016 und 2017 bei den Antragstellungen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen.⁷ Hier wurden im Jahr 2017 rund 93 Prozent mehr Begutachtungen durchgeführt als ein Jahr zuvor. Dieser Trend ist in 2018 mit insgesamt 12.591 erstellten Gutachten aber wieder deutlich rückläufig (MDS 2019a, S. 19). Diese Entwicklung wird darauf zurückgeführt, dass die Träger der Sozialhilfe in 2016 vermehrt Anträge zur Begutachtung für Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne des § 43a SGB XI gestellt hatten, um von der Überleitung im Rahmen der Reform und dem damit verbundenen dauerhaften Bestandsschutz des Pflegegrades für die Begutachteten zu profitieren (ebd.).

Die Erstbegutachtungsergebnisse zeigen, dass im ambulanten Bereich im Jahr 2017 mit knapp 19 Prozent und im Jahr 2018 mit unter 17 Prozent ein deutlich höherer Anteil an begutachteten Personen als „nicht-pflegebedürftig“ eingestuft wurde, als dies im stationären Sektor der Fall war (2017: sechs Prozent; 2018: drei Prozent) (MDS 2019a, S. 28 f.). Die Betrachtung der Begutachtungsergebnisse im Zeitverlauf der Jahre 2017 und 2018 zeigt, dass die Verteilung auf die Pflegegrade im Wesentlichen stabil geblieben ist. Im ambulanten Versorgungssetting

⁷ Die absoluten Zahlen sind im Verhältnis zu den Antragstellungen in der sozialen Pflegeversicherung sehr gering.

gab es wenig Veränderungen. Der Anteil der Einstufungen in die Pflegegrade 1 und 2 hat vom ersten Quartal 2017 bis zum 4. Quartal 2018 von 61 auf 63 Prozent zugenommen, während der Anteil der Einstufungen in die Pflegegrade 4 und 5 mit fünf Prozent konstant geblieben ist. Anders stellt sich die Entwicklung im vollstationären Bereich dar: Im gleichen Zeitraum ist der Anteil der Neueinstufungen in die Pflegegrade 1 und 2 von knapp 38 auf 32 Prozent zurückgegangen, während der Anteil der Einstufungen in die Pflegegrade 4 und 5 von 27 auf knapp 32 Prozent angestiegen ist (MDS 2019a, S. 29).

Bei den Erstbegutachtungen von Kleinkindern bis 18 Monate (n=5.449) wurden in 2018 rund 18 Prozent als „nicht pflegebedürftig“ eingeschätzt und über die Hälfte (knapp 51 Prozent) den Pflegegraden 3 und 4 zugeordnet (MDS 2019a, S. 31). Bei den Kindern bis zum 18. Lebensjahr (n=39.612) wurden in 2018 12 Prozent als „nicht pflegebedürftig“ eingeschätzt, 16 Prozent entfielen auf Pflegegrad 1 und rund 65 Prozent auf die Pflegegrade 3 und 4 (ebd.).

Die Zahlen zu den ambulanten und stationären Höherstufungsgutachten zeigen, dass mit dem Anstieg des Pflegegrades die Wahrscheinlichkeit einer Höherstufung sinkt und dass der Anteil der Höherstufungen bei den höheren Pflegegraden im stationären Sektor leicht über denen des ambulanten Sektors liegt (MDS 2019a, S. 32 f.). Von den ambulanten Höherstufungsbegutachtungen von Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 (n=98.312) wurden in 2018 rund 74 Prozent einem höheren Pflegegrad zugeordnet, diese Zahl sank auf 66 Prozent bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 4 (n=34.571) (ebd.). Im stationären Sektor fiel im gleichen Jahr der Anteil der Höherstufungen von 90 Prozent in Pflegerad 1 (n=6.554) auf 75 Prozent in Pflegegrad 4 (n=40.816) ab (ebd.).

Wiederholungsbegutachtungen waren nach den §§ 18 Abs. 2a, 142 Abs. 1 SGB XI in der Zeit von Juli 2016 bis einschließlich Dezember 2018 ausgesetzt und wurden nur in Ausnahmefällen erbracht. Im ambulanten Sektor wurden bei Wiederholungsbegutachtungen im Jahr 2018 je nach Pflegegrad zwischen 28 Prozent und 39 Prozent der begutachteten Pflegebedürftigen in niedrigere Pflegegrade eingestuft, aber nur zwischen 7 und 19 Prozent in einen höheren Pflegegrad. Im stationären Sektor zeigt sich ein kontrastierendes Bild: Dort liegt der Anteil der niedriger eingestuften Pflegebedürftigen je nach Pflegegrad zwischen 12 und 26 Prozent, während sich die Höherstufungsrate zwischen 18 Prozent in Pflegegrad 4 und 55 Prozent in Pflegerad 1 bewegt (MDS 2019a, S. 34).

Widerspruchsgutachten kommen im ambulanten Bereich wesentlich häufiger vor als im stationären Sektor. Im ambulanten Sektor stieg die Zahl der Widersprüche in den Jahren 2017/2018 von 73.615 auf 117.334 an (MDS 2019a, S. 36). Im Jahr 2017 wurden die meisten Widerspruchsgutachten gegen ein Pflegegutachten angestrebt, das keine Pflegebedürftigkeit zuerkannt hatte. Im Folgejahr allerdings richtete sich der größte Anteil der Widersprüche gegen ein Pflegegutachten mit dem Ergebnis einer Einstufung in den Pflegegrad 1 (ebd.). Wesentlich geringer war die Anzahl der Widerspruchsgutachten im stationären Sektor. In den beiden Jahren 2017/2018 stieg die Anzahl der Widerspruchsgutachten von 7.548 auf 10.779

an (ebd.). Im Jahr 2018 waren 32 Prozent der Widerspruchsverfahren gegen eine Leistungsentscheidung erfolgreich. Rund 12 Prozent⁸ der abgelehnten Widerspruchsverfahren endeten in einer Klage vor dem Sozialgericht (Prognos 2019a, S. 76).

In weiteren Analysen des MDS (2019a, S. 38 ff.) wurde der Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit in den sechs Modulen des geltenden Begutachtungsinstruments zum erreichten Pflegegrad in Beziehung gesetzt. Die Auswertungen zeigen, dass in allen Prüfbereichen der Schweregrad der Beeinträchtigungen parallel zum Pflegegrad ansteigt.

In einem von Wingenfeld (2018) gemeinsam mit dem Deutschen Verband der Leitungskräfte für die Alten- und Behindertenhilfe e.V. (DVLAB e.V.) durchgeföhrten Forschungsprojekt in vollstationären Altenpflegeeinrichtungen zu „Bedarfskonstellationen und Pflegegrade bei Heimbewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten“ sollte herausgefunden werden, ob es bei den Begutachtungen von Heimbewohnern mit Verhaltensauffälligkeiten zu Unrechtmäßigkeiten bei der Einstufung in die Pflegegrade kommt. Im Projekt wurden jedoch „keine Hinweise auf besondere Problemkonstellationen“ bei den Begutachtungen festgestellt.

Mit dem Ziel einer verbesserten Transparenz, Nachvollziehbarkeit sowie Einheitlichkeit der Pflegebegutachtung werden die Begutachtungs-Richtlinien derzeit vom GKV Spitzenverband und dem MDS auf Überarbeitungsbedarf geprüft. (MDS 2019a, S. 71).

5.3 Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen und deren Zusammensetzung

Der geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neu eingeföhrte Begutachtungsinstrument spiegeln sich in der Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen wider. So zeigen die Daten der Pflegekassen, die jährlich an das BMG weitergeleitet werden, zum Jahreswechsel 2016/2017 sowie im Folgejahr einen sprunghaften Anstieg der Zahl der Leistungsberechtigten. Die Zahl der Pflegebedürftigen in der sozialen Pflegeversicherung ist im Jahr 2017 auf 3,34 Millionen (plus 13 Prozent) und im Jahr 2018 auf 3,69 Millionen Menschen (plus 10 Prozent) angestiegen (Socium 2019, S. 17 unter Verwendung von amtlichen Zahlen des BMG).⁹ Der Zuwachs in beiden Jahren ist mehr als drei Mal so hoch wie das durchschnittliche Wachstum der Leistungsempfängerzahlen in den vorangegangenen 17 Jahren.

Betrachtet man die Entwicklung im Case Mix, so zeigt sich, dass zwischen den Jahren 2000 und 2016 der Anteil der Personen in Pflegestufe I (und ab 2008 der in der sogen. „Pflegestufe 0“) angewachsen ist, während der Anteil der Leistungsempfänger mit den höheren Pflegestufen zurückgegangen ist. Die Tendenz setzt sich bezogen auf die Pflegegrade in den Jahren 2017 und 2018 fort. In 2018 waren 51 Prozent der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 1 und 2 eingestuft, dagegen 20 Prozent in Pflegegrad 4 und 5 (Socium 2019, S. 19 f.). Im ambulanten Versorgungssektor haben die Pflegegrade 1 und 2 mit knapp 60 Prozent einen noch größeren

⁸ Neben Widersprüchen gegen (nicht) erfolgte Einstufungen sind hier auch Widersprüche im Hinblick auf (nicht) empfohlene wohnumfeldverbessernde Maßnahmen und (Pflege-)Hilfsmittel enthalten.

⁹ Diese Zahlen schließen die Leistungsempfänger der „Pflegestufe 0“ mit ein. Hierbei handelt es sich um Versicherte mit nach § 45a SGB XI alter Fassung festgestellter erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ohne eine Pflegestufe. Bei einer Betrachtung der Empfängerzahlen der Pflegestufen I bis III fällt der prozentuale Anstieg im Jahr 2017 noch stärker aus (Kantar Public 2019, S. 14).

Anteil (Socium 2019, S. 28). Der Case-Mix im stationären Sektor stellt sich naturgemäß anders dar, da dort die Leistungsempfänger mit einem hohen Pflegebedarf anteilig deutlich stärker vertreten sind. In diesem Versorgungssetting hatten im Jahr 2018 rund 44 Prozent der Bewohner einen Pflegegrad 4 und 5, während gut 23 Prozent mit einem Pflegegrad 1 oder 2 eingestuft waren (Socium 2019, 29 f.).

Bezogen auf die Gesamtbevölkerungszahl ist die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit von 2.220/100.000 Einwohner im Jahr 2000 auf 4.425/100.000 Einwohner im Jahr 2018 angestiegen (Socium 2019, S. 19 f.). Die mit dem PSG II einhergehenden Leistungsausweitungen bzw. die neu gefassten Zugangskriterien im Zusammenhang mit dem neu definierten Pflegebedürftigkeitsbegriff haben dabei zu einer Zunahme der altersspezifischen Prävalenzen in allen Alterskohorten über 65 Jahre geführt, die stärker ausgefallen ist als der gesamte Anstieg im Zeitraum von 2000 bis zum Jahr 2016 (Socium 2019, S. 22).

Sowohl vor als auch nach der Pflegereform (PSG II und PSG III) sind knapp zwei Drittel der Pflegebedürftigen weiblichen und ein Drittel männlichen Geschlechts (Socium 2019, S. 21). Im Rahmen der Evaluation wurden durch Befragungen auch die Altersstruktur und die Familien situation der Pflegebedürftigen ermittelt. Danach gab es seit 2010 nur geringe Veränderungen und beinahe die Hälfte der Pflegebedürftigen ist 80 Jahre und älter (Kantar Public 2019a, S. 31 ff.). Hinsichtlich des Familienstands blieb der Anteil der verheirateten Personen mit rund 36 Prozent im Zeitverlauf von 2010 bis 2018 fast gleich. Der Anteil der verwitweten Personen reduzierte sich um sechs Prozentpunkte, während der Anteil der ledigen Personen von 16 auf 21 Prozent zugenommen hat. Parallel dazu waren 2018 mit 28 Prozent auch mehr häuslich versorgte Pflegebedürftige kinderlos als 2010 (21 Prozent). Von den befragten ambulant versorgten Pflegebedürftigen leben 29 Prozent in einer Partnerschaft, ein Drittel lebt alleine und von den Alleinlebenden stützen sich drei Viertel der Betroffenen auf eine private Pflegeperson (ebd.). Im Rahmen der Evaluation wurde ebenfalls erhoben, ob eine im Haushalt des Pflegebedürftigen lebende privat finanzierte Hilfskraft in der Betreuung und Versorgung eingesetzt wird. Dieses Pflegearrangement wurde in vier Prozent der befragten Haushalte realisiert. Dabei spielt diese Form der Versorgung bei wachsendem Pflegebedarf zunehmend eine stärkere Rolle: Bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 5 wurde bereits in zwölf Prozent der Fälle eine im Haushalt lebende Hilfskraft eingesetzt (Kantar Public 2019a, S. 91). Bei den Pflegebedürftigen, die in einer Partnerschaft leben, wird in 87 Prozent der Fälle die pflegerische Versorgung von der Partnerin oder dem Partner erbracht (Kantar Public 2019a, S. 35).

5.4 Zufriedenheit mit dem Begutachtungsinstrument bzw. der Einstufung

Im Jahr 2018 gaben 88 Prozent der Befragten an, mit der Begutachtung zufrieden zu sein (MDS 2019a, S. 69). Seit dem Jahr 2014 erhalten alle vom MDK begutachteten Pflegeversicherten im Nachgang zur Begutachtung einen anonymen Fragebogen. In 2018 wurde der bisher höchste Zufriedenheitswert seit dem Beginn der Versichertenbefragung erreicht. Die Zufriedenheit mit dem geltenden Begutachtungsinstrument wird aus Sicht der Pflegeversicherten und der Gutachter erhoben. Die befragten Gutachter des MDK äußerten, dass sie gut mit dem neuen Begutachtungsinstrument arbeiten können. Die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeiten könnten aus ihrer Sicht auf der körperlichen und psychischen Ebene

differenzierter und besser erhoben werden. Möglichkeiten der Prävention und Rehabilitation sollten ebenfalls berücksichtigt werden (MDS 2019a, S.70). Insbesondere die Anlehnung der Strukturierten Informationssammlung (SIS) – ein Element des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation – an die Bezeichnungen der Module des geltenden Begutachtungsinstrument wurde von den professionellen Akteuren als Unterstützung wahrgenommen (Kantar Public 2019a, S. 376). Dadurch würden die sechs Bereiche des Begutachtungsinstruments bei der Bewertung der Lebenssituation der Pflegebedürftigen und bei der Festlegung der pflegerischen Hilfen im Rahmen der Pflegeplanung berücksichtigt und die Gutachter könnten diese als Unterstützung im Begutachtungsprozess nutzen.

Seitens einiger Einrichtungsleitungen wurde aber auch Kritik an der Systematik des Begutachtungsinstruments und der Pflegegrade geäußert: Diese würden – trotz des seit 2017 zu beobachtenden Anstiegs der Einstufung in die Pflegegrade 4 und 5 (s.u.) – oft den real vorhandenen Pflegebedarf nicht abbilden (Kantar Public 2019a, S. 373 f.). Hierbei sind beispielsweise Pflegebedürftige gemeint, bei denen keine oder kaum Einschränkungen der Mobilität vorliegen, die aber einen hohen Pflegebedarf aufweisen und wegen der fehlenden Mobilität einschränkung nicht in Pflegegrad 5 eingestuft würden. Dieser Aspekt konnte in der Untersuchung von Wingenfeld (2018) in vollstationären Pflegeeinrichtungen so nicht bestätigt werden. Außerdem kritisierten die Einrichtungsleitungen eine seltene Einstufung der Pflegebedürftigen in höhere Pflegegrade (4 und 5), obwohl vermehrt multimorbide Bewohnerinnen und Bewohner mit erheblichem Pflegebedarf bei kürzeren Verweildauern in die vollstationären Einrichtungen einziehen (Kantar Public 2019a, S. 374 f.).

6. Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Kontext von leistungsrechtlichen Regelungen

Im Zusammenhang mit der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird im Folgenden die Entwicklung der Leistungsempfängerzahlen im Hinblick auf die Inanspruchnahme der zentralen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung im ambulanten, teilstationären und vollstationären Sektor näher betrachtet.

6.1 Entwicklungen in den Sektoren

Bei der Betrachtung der einzelnen Sektoren im Bereich der sozialen Pflegeversicherung wird deutlich, dass es einen überdurchschnittlichen Zuwachs an Leistungsempfängern im ambulanten Bereich gegeben hat. Im Zeitraum von 2016 auf 2017 wurde ein Zuwachs in Höhe von 18 Prozent und im Jahr 2018 in Höhe von knapp 14 Prozent festgestellt (Socium 2019, S. 25). Rund 80 Prozent aller 3,7 Mio. Leistungsempfänger entfielen im Jahr 2018 auf den ambulanten Sektor. Im gleichen Zeitraum wurde im stationären Sektor eine gegenläufige Entwicklung beobachtet. Dort sank die Zahl der Pflegebedürftigen 2017 erstmals leicht um 1,1 Prozent und veränderte sich 2018 kaum (ebd.).

In einem Referenzmodell¹⁰ wurden der Einfluss der demografischen Entwicklung sowie die Effekte früherer Reformen in der Pflegeversicherung herausgerechnet, so dass eine Abschätzung getroffen werden kann, wie stark die Neuregelungen durch das PSG II auf die Zahl der Leistungsberechtigten Einfluss genommen haben. Hierbei zeigt sich, dass im Jahr 2017 allein durch das PSG II im ambulanten Versorgungsbereich die Zahl der Leistungsempfänger um 299.000 Personen angestiegen ist. Die Inanspruchnahme von Leistungen im stationären Sektor hingegen blieb um rund 10.000 Personen hinter der Zahl der Leistungsempfänger zurück, die ohne die Einführung des PSG II dort bei linearem Anstieg zu erwarten gewesen wäre (Socium, S. 50 f.). In der Gesamtbilanz kann daher festgehalten werden, dass mit den jüngsten Pflegereformen das im SGB XI verankerte Prinzip „ambulant vor stationär“ deutlich gestärkt worden ist.

Darüber hinaus zeigen die Daten für den ambulanten Bereich, dass zwischen 2017 und 2018 der Anteil der Personen mit einem Pflegegrad 3, 4 und 5 leicht sinkt, während die Anteile derjenigen mit einem Pflegegrad 1 und 2 anwachsen. Dies kann als Indiz dafür interpretiert werden, dass die Überleitungsfälle nach § 140 SGB XI im Vergleich zu den Neubegutachtungen höher eingestuft wurden und neue Fälle eher niedrigere Pflegegrade aufweisen (Socium 2019, S. 18). Durch diesen einmaligen „Zwillings-Effekt“ könnte sich der Case-Mix in den Folgejahren noch verändern.

Im Hinblick auf den vollstationären Bereich verweisen die Evaluatoren auf die mit der Einfüh-

¹⁰ Durch die Entwicklung eines Referenzmodells soll mithilfe von Modellannahmen herausgefunden werden, wie groß der Einfluss des PSG II auf Leistungsempfängerzahlen und Ausgaben ist. Beeinflussende Faktoren wie beispielsweise das Alter und das Geschlecht der Pflegebedürftigen werden statistisch isoliert, um die Effekte des PSG II genauer abschätzen zu können (Socium 2019, S. 46).

rung der pflegebedingten einrichtungseinheitlichen Eigenanteile (EEE) verbundenen finanziellen Anreize für Personen mit einem möglichen höheren Pflegegrad. Durch den EEE wird eine ggf. erforderliche höhere Einstufung und damit einhergehend die Entscheidung, einen Höherstufungsantrag zu stellen, erleichtert, da mit einem höheren Pflegegrad keine höheren Eigenleistungen verbunden sind. Die Tatsache, dass der Anteil der Bewohner mit Pflegegrad 2 in Heimen leicht rückläufig ist, wird als Hinweis interpretiert, dass sich diese Anreize bereits spürbar im Case-Mix niederschlagen (Socium 2019, S. 28). Der oben beschriebene Zwillings-Effekt ist allerdings auch im stationären Bereich festzustellen: Vergleicht man den Case-Mix der seit 2017 neu begutachteten Personen mit den übergeleiteten Fällen, so zeigt sich, dass bei den Neubegutachtungen in deutlich stärkerem Maße die Pflegegrade 1 bis 3 vergeben wurden als in der Vergleichsgruppe. Der Anteil der Einstufungen mit einem Pflegegrad 4 oder 5 fiel im Vergleich zu den übergeleiteten Fällen hingegen deutlich kleiner aus (Kantar Public 2019a, S. 225 f.). Im Gesamtbestand der Heimbewohner nimmt der Anteil der Personen mit einem Pflegegrad 2 leicht ab und derjenige mit einem Pflegegrad 3 leicht zu. Die Pflegegrade 4 und 5 bleiben mit jeweils rund 45 Prozent in den Jahren 2017 und 2018 weitgehend unverändert (Socium 2019, S. 28). Der große Anteil an Personen mit hohem Pflegegrad wird ebenfalls auf die großzügige Überleitungsregelung zurückgeführt.

In den Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege entfiel der überwiegende Anteil der Leistungsempfänger auf Pflegegrad 3 (42 Prozent) und auf die Pflegegrade 2 und 4 mit jeweils 27 Prozent. Aufgrund des außerordentlich hohen Pflegebedarfs besuchen nur wenige der Leistungsempfänger (sieben Prozent) mit einem Pflegegrad 5 diese Einrichtungen (Socium 2019, S. 41).

6.2 Leistungsangebote und Inanspruchnahme von Leistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege

Seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung besteht im ambulanten Sektor die Möglichkeit, zwischen ambulanten Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI), die von Pflegediensten erbracht werden, Pflegegeld für selbstbeschaffte Hilfen (§ 37 SGB XI) und der Kombination von Geld- und Sachleistungen (§ 38 SGB XI) auszuwählen. Darüber hinaus gibt es weitere Leistungsansprüche. Zu nennen sind etwa der Anspruch auf Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI), der Umwandlungsanspruch (§ 45a Absatz 4 SGB XI) oder der Anspruch auf den Entlastungsbeitrag (§ 45b SGB XI). Auf die genannten Leistungen haben seit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs alle häuslich gepflegten Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch.

Daneben gibt es zur Unterstützung der häuslichen Pflege, wenn diese vorübergehend nicht sichergestellt werden kann oder nicht ausreicht, für die Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 bis 5 die Möglichkeit, Leistungsangebote der teilstationären Pflege (Tagespflege oder Nachtpflege) und der vorübergehenden vollstationären Kurzzeitpflege zu nutzen.

Aufgrund der noch geringen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten haben pflegebedürftige Personen, die in Pflegegrad 1 eingestuft sind und bei denen vor allem vorbeugende Hilfen und Alltagsunterstützung eine Rolle spielen, als ambulante monatliche

Leistung ebenfalls Anspruch auf den Entlastungsbetrag in Höhe von bis zu 125 Euro pro Monat (§ 45b SGB XI). Im Vordergrund stehen hier außerdem strukturelle Hilfen wie etwa die Ansprüche auf frühzeitige umfassende und pflegefachliche Pflegeberatung, Pflegekurse, Pflegehilfsmittel und Zuschüsse zur Wohnungsanpassung.

Entwicklungen bei Pflegegeld, ambulanten Pflegesachleistungen, Kombinationsleistung, Verhinderungspflege, Umwandlungsanspruch und Entlastungsbetrag

Im Zeitraum von 2000 bis zum Jahr 2018 ist die Zahl der Empfänger von Pflegegeld, ambulanten Pflegesach- und Kombinationsleistungen von 1,3 Millionen auf 2,4 Millionen angestiegen¹¹ (Socium 2019, S. 34). Markante Steigerungen ab 2013 und insbesondere in den Jahren 2017 und 2018 werden vor allem mit den Reformen des SGB XI wie dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz und den Pflegestärkungsgesetzen I-III begründet (ebd.).

Die Zahl der Bezieher von (ausschließlich) **Pflegegeld** ist von knapp einer Million im Jahr 2000 auf mehr als 1,7 Millionen im Jahr 2018 angestiegen. Pflegegeld ist die mit Abstand am häufigsten genutzte Leistungsart in der sozialen Pflegeversicherung. In den Jahren 2016 bis 2018 hat es einen besonders deutlichen Anstieg bei den Beziehern von Pflegegeld gegeben. Waren es im Jahr 2016 noch 1,44 Millionen Pflegegeldbezieher, so stieg diese Zahl auf rund 1,57 Millionen in 2017 und 1,74 Millionen im Jahr 2018 an. Somit waren ein Anstieg von neun Prozent von 2016 auf das Jahr 2017 und ein erneuter Anstieg von 11 Prozent von 2017 auf 2018 zu verzeichnen (Socium 2019, S. 35). Befragungen von Pflegehaushalten zeigen, dass im Jahr 2018 Pflegegeld in 70 Prozent der Fälle zur Deckung von Ausgaben der pflegerischen Versorgung und in 64 Prozent als Aufwandsentschädigung für die Pflegeperson eingesetzt wurde (Kantar Public 2019a, S. 48). Eine ausschließliche Nutzung von Geldleistungen wurde von 75 Prozent der befragten Pflegebedürftigen damit begründet, nicht von einer fremden Pflegeperson versorgt werden zu wollen, und von 74 Prozent damit so eine angemessene Pflege zu erhalten. Rund neun Prozent der Befragten gaben an, keinen ambulanten Dienst in der Umgebung zu kennen oder nicht zu wissen, wie ein Dienst kontaktiert werden kann (Kantar Public 2019a, S. 51).

Beim ausschließlichen Bezug von **ambulanten Pflegesachleistungen** (§ 36 SGB XI) hat es in den vergangenen Jahren einen eindeutigen Rückgang gegeben. Besonders markant fiel dieser in den Jahren 2012 und 2017 aus (Socium 2019, S. 36 f.). Von 2011 bis 2012 ist ein Rückgang von 37.000 Leistungsempfängern beim ambulanten Sachleistungsbezug festzustellen. Eine ähnliche Tendenz ist für den Zeitraum von 2016 bis 2017 zu beobachten. Während im Jahr 2016 noch 186.000 Pflegebedürftige in häuslicher Pflege ausschließlich ambulante Pflegesachleistungen erhielten, reduzierte sich diese Zahl im Jahr 2017 um 31.000 Personen, um dann im Jahr 2018 wieder leicht um 6.000 Leistungsempfänger anzusteigen (ebd.). Insgesamt reduzierte sich die Nachfrage nach reinen ambulanten Pflegesachleistungen zwischen den Jahren 2016 und 2017 um rund 17 Prozent. Die Wahl von ausschließlich ambulanten Pflegesachleistungen für die häusliche Pflege wurde aus Sicht der Pflegehaushalte vor allem damit begrün-

¹¹ Diese und die folgenden Angaben basieren auf Daten der Leistungstagestatistik PG 1, welche die durchschnittlichen Leistungsempfängerzahlen pro Leistungsart an einem Tag ausweisen (Socium 2019, S. 33).

det, dass die Betreuung und Versorgung dadurch angemessener sei und das auf die qualifizierte Hilfe von Fachkräften aufgrund des Gesundheitszustands nicht verzichtet werden könne (Kantar Public 2019a, S. 59).

Aus der Evaluation geht darüber hinaus hervor, dass im Rahmen der ambulanten Sachleistungserbringung **pflegerische Betreuungsleistungen** erheblich an Bedeutung gewonnen haben. Gaben für das Jahr 2016 rund 52 Prozent der ambulanten Pflegedienste an, mindestens eine pflegebedürftige Person mit pflegerischen Betreuungsleistungen zu versorgen, so ist dieser Anteil im Jahr 2018 auf 81 Prozent angestiegen (IGES 2019a, S. 27). Durchschnittlich nutzten 2018 rund 21 Prozent der pflegebedürftigen Personen pflegerische Betreuungsleistungen von ambulanten Diensten (IGES 2019a, S.28).

Die Pflegedienste rechnen für den Bereich der Pflegeversicherung allerdings nach wie vor überwiegend nach Leistungskomplexen ab. Nur 17 Prozent der Dienste gaben an, ihre Leistungen nach Zeitaufwand von den Pflegekassen vergütet zu bekommen. Zwei Fünftel der befragten Dienste beklagte, dass die Vergütung nicht kostendeckend sei (Kantar Public 2019a, S. 208f.).

Bei der Bewertung der **Kombinationsleistung im Sinne des § 38 SGB XI** gibt es eine Besonderheit, die es zu berücksichtigen gilt. Wird der für ambulante Pflegesachleistungen zur Verfügung stehende monatliche Sachleistungsbetrag nicht voll ausgeschöpft, besteht die Möglichkeit, neben den ambulanten Sachleistungen noch ein anteiliges Pflegegeld zu erhalten. Dabei wird das Pflegegeld jeweils um den Prozentsatz gemindert, zu dem der ambulante Sachleistungsbetrag ausgeschöpft worden ist. Durch die Möglichkeit des anteiligen Pflegegeldbezugs werden – statistisch betrachtet – einerseits die Ausgaben für die Leistungsart Pflegegeld erhöht. Andererseits wird dieser Personenkreis statistisch nicht mehr zu den ausschließlichen ambulanten Pflegesachleistungsbeziehern, sondern zu den Leistungsempfängern von Kombinationsleistungen gezählt¹² (Socium 2019, S. 35). Bei der Inanspruchnahme von Kombinationsleistungen gab es im vergangenen Jahrzehnt einen kontinuierlichen Anstieg, der jedoch in den Jahren 2017 und 2018 besonders markant ausfiel. Zwischen den Jahren 2016 und 2018 gab es eine Steigerung bei der Anzahl der Leistungsempfänger von insgesamt 83.000 Personen, das entspricht einem Zuwachs von rund 20 Prozent. Die Bezieher von Kombinationsleistungen gehörten in 82 Prozent der Fälle zu den Pflegegraden 2 und 3 (Socium 2019, S. 38). Der Anteil der Personen, die Kombinationsleistungen beanspruchen, ist im Verhältnis zu all jenen Pflegebedürftigen, die ambulante Pflegesachleistungen von Pflegediensten nutzen, seit dem Jahr 2000 von rund 55 Prozent auf 75 Prozent angestiegen. Daher wird angenommen, dass der im Zuge der Pflegereformen gestiegene Sachleistungsanspruch nach § 36 SGB XI nicht stets voll ausgeschöpft wird, sondern auch vielfach dazu geführt hat, dass nun anteiliges Pflegegeld im Rahmen einer Kombinationsleistung bezogen wird (ebd.). Dies würde auch den Rückgang der Zahlen der reinen (ausschließlichen) ambulanten Sachleistungsbezieher zu den Zeitpunkten der Pflegereformen erklären. Die befragten Pflegebedürftigen in Privathaushalten, welche 2018 Kombinationsleistungen nutzten, begründeten diese Wahl hauptsächlich mit

¹² In den Berechnungen wurden die Tage der Kombinationsleistungen je Hälfte zu den Tagen von Pflegegeld und zu den Tagen der ambulanten Pflegesachleistungen hinzugerechnet (Socium 2019, S. 35).

einer „angemesseneren Betreuung und Versorgung“ sowie damit, über „mehr Handlungsspielraum für die Pflege im Haushalt“ verfügen zu können (Kantar Public 2019a, S. 60).

Verhinderungspflege kann für maximal sechs Wochen pro Kalenderjahr in Anspruch genommen werden (oder – nach der Praxis der Pflegekassen – als stundenweise Verhinderungspflege, die, wenn die Verhinderung acht Stunden pro Tag nicht überschreitet, nicht auf die sechs Wochen angerechnet wird, und die nicht zu einer halbzeitigen Kürzung des Pflegegeldes führt). Für die Verhinderungspflege steht – wie für die Kurzzeitpflege – grundsätzlich ein Leistungsbetrag von bis zu 1.612 Euro im Kalenderjahr zur Verfügung. Im Zuge der Pflegestärkungsgesetze gab es hier indes erhebliche Flexibilisierungen: Zum einen wurden die zeitlichen Höchstgrenzen pro Kalenderjahr bei der Verhinderungspflege von zuvor vier auf nun sechs Wochen und bei der Kurzzeitpflege von zuvor vier auf nun acht Wochen angehoben, zum anderen wurde gesetzlich geregelt, dass Leistungsbeträge von Verhinderungs- und Kurzzeitpflege, die bei dem originären Anspruch nicht genutzt wurden, zu 50 Prozent bzw. zu 100 Prozent zugunsten des jeweils anderen Leistungsanspruchs eingesetzt werden konnten. Im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des PSG I und des PSG II kam es in den Jahren 2015 und insbesondere 2017 zu einem erheblichen Anstieg der Nutzerzahlen von Verhinderungspflege. Für das Jahr 2015 kann angenommen werden, dass verbesserte Kombinationsmöglichkeiten mit der Kurzzeitpflege zu einer verstärkten Nutzung der Verhinderungspflege geführt haben (Socium 2019, S. 43). Im Zeitraum von 2016 bis 2018 hat die Inanspruchnahme von Verhinderungspflege um 50 Prozent von 140.000 auf 210.000 Leistungsempfänger zugenommen (Socium 2019, S. 44, eigene Berechnung). In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (90 %) wurde von der stundenweisen Verhinderungspflege Gebrauch gemacht (Socium 2019, S. 44). Am häufigsten waren die Leistungsempfänger von Verhinderungspflege in den Pflegegraden 2 und 3 eingestuft (Socium 2019, S. 45). Befragungen von pflegebedürftigen Personen (n=2.774) zufolge nutzte rund ein knappes Viertel (23%) der häuslich versorgten Pflegebedürftigen Verhinderungspflege (IGES 2019a, S. 124). Ein ähnlich hoher Anteil von einem Viertel der ambulant versorgten Pflegebedürftigen (n=1.830) gab in der Befragung von Kantar Public (2019a, S. 77) an Verhinderungspflege in den vergangenen zwölf Monaten in Anspruch genommen zu haben.

Der **Umwandlungsanspruch** besteht seit der Einführung des PSG I im Jahr 2015 und wurde mit dem PSG II ab 2017 in § 45a Abs. 4 SGB XI übernommen. Danach können pflegebedürftige Personen in Privathaushalten ab Pflegegrad 2 bis zu 40 Prozent des ambulanten Pflegesachleistungshöchstbetrags umwandeln und für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch nehmen. Der Umwandlungsanspruch wurde den Daten der Repräsentativbefragung zufolge im Jahr 2018 von sechs Prozent der anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen wahrgenommen (Kantar Public 2019a, S. 71). Dies ist eine nur geringe Veränderung gegenüber den fünf Prozent Nutzern im Jahr 2016. Insgesamt war der Umwandlungsanspruch nur gut einem Drittel (34 %) der Befragten im Jahr 2018 bekannt, wobei der Bekanntheitsgrad mit höheren Pflegegraden anstieg (ebd.). Beinahe die Hälfte derjenigen, die den Umwandlungsanspruch kannten, haben ihn zur Entlastung im Alltag (beispielsweise bei der Haushaltsführung) und rund ein Drittel zur Entlastung der privaten Pflegeperson eingesetzt (Kantar Public 2019a, S. 74). Auffällig ist, dass 28 Prozent der pflegebedürftigen Personen den Umwandlungsanspruch nicht genutzt haben, obwohl sie ihn kannten (Kantar Public

2019a, S. 72). Der Umwandlungsanspruch wurde am häufigsten mit dem Bezug von Pflegegeld und wesentlich seltener mit einem ambulanten Pflegesachleistungsbezug kombiniert (Socium 2019, S. 197 f.).

Der **Entlastungsbetrag** (§ 45b SGB XI) kann für die Erstattung von Aufwendungen eingesetzt werden, die den Versicherten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, Leistungen der Kurzzeitpflege, Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 SGB XI, in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung, oder Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag entstehen. Er tritt an die Stelle der vormals so genannten „Zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen“. Befragungen von Pflegebedürftigen zeigen, dass der Entlastungsbetrag im Jahr 2018 von 27 Prozent der Leistungsberechtigten genutzt wurde. Ein Drittel der Befragten kannte diese Leistung nicht (Kantar Public 2019a, S. 65). Diejenigen Versicherten der BARMER, die den Entlastungsbetrag in Anspruch nahmen, nutzten diese Leistung sowohl im Jahr 2016 wie auch im Jahr 2017 für durchschnittlich sechs Monate (Socium 2019, S. 207). Von den befragten Nutzern wurde der Entlastungsbetrag in 60 Prozent der Fälle für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag und von 32 Prozent für ambulante Pflegedienste eingesetzt (Kantar Public 2019a, S. 68).

Entwicklungen bei teilstationärer Tages- und Nachtpflege und bei der Kurzzeitpflege

Daneben gibt es zur Unterstützung der häuslichen Pflege, wenn diese vorübergehend nicht sichergestellt werden kann oder nicht ausreicht, die Möglichkeit, Leistungsangebote der teilstationären Pflege (Tagespflege oder Nachtpflege) und der vorübergehenden vollstationären Kurzzeitpflege zu nutzen. Teilstationäre Angebote der Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI) sowie Angebote der vollstationären Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) sind aus Sicht der Leistungsempfänger und aus Sicht der Leistungserbringer jeweils unterschiedlichen Sektoren zugeordnet. Sie zählen rechtssystematisch zu den stationären Pflegeangeboten, für die die Leistungserbringer eine entsprechende Zulassung als stationäre Pflegeeinrichtung benötigen. Aus Sicht der Leistungsempfänger dienen sie jedoch der Ermöglichung oder Stärkung der häuslichen Pflege, unterstützen also die häuslich gepflegten Pflegebedürftigen und ihre Pflegepersonen und dienen der Stärkung der häuslichen Versorgung.

Die Zahl der Nutzer von teilstationärer **Tages- und Nachtpflege** hat sich zwischen den Jahren 2000 und 2018 von rund 10.000 auf 100.000 verzehnfacht. Insbesondere seit dem Jahr 2008 ist ein bedeutsamer und kontinuierlicher Anstieg der Inanspruchnahme zu verzeichnen (Socium 2019, S. 41). Allein zwischen den Jahren 2016 und 2018 stieg die Nutzung der Tages- und Nachtpflege um rund 21 Prozent an (ebd., eigene Berechnung). Der Anstieg der Nutzerzahlen wird mit Leistungsausweitungen im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (2008) sowie mit Inkrafttreten des PSG I und der möglichen anrechnungsfreien Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege neben den Leistungen bei häuslicher Pflege (ambulante Pflegesachleistung, Pflegegeld, Kombinationsleistung) begründet (ebd.).

Den Befragungsergebnissen zufolge haben in den Jahren 2016 und 2018 jeweils vier Prozent der privaten Pflegehaushalte teilstationäre Leistungen in Anspruch genommen. Dabei werden diese Leistungen mit steigendem Pflegebedarf stärker genutzt: Während nur zwei Prozent der

Personen mit Pflegegrad 2 Tages- und Nachtpflege in Anspruch nahmen, waren dies neun Prozent der Personen mit einem Pflegegrad 4 und 7 Prozent mit einem Pflegegrad 5 (Kantar Public 2019a, S. 63). Begründet wurde die Wahl der teilstationären Leistung überwiegend mit den Beschäftigungsangeboten und dem sozialen Kontakt zu anderen, der Angemessenheit der Versorgung und der Vermeidung einer Überlastungssituation der pflegenden Angehörigen (Kantar Public 2019a, S. 64).

Die **Kurzzeitpflege** ist eine zeitlich begrenzte vollstationäre Pflege für Pflegebedürftige, die ansonsten häuslich gepflegt werden oder erstmals pflegebedürftig geworden sind und anschließend häuslich gepflegt werden sollen. Die Kurzzeitpflege ist auf maximal acht Wochen pro Kalenderjahr begrenzt. Die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege hat seit dem Jahr 2000 stetig und seit 2015 verstärkt zugenommen. Während 2015 an jedem Tag durchschnittlich rund 23.000 pflegebedürftige Personen Kurzzeitpflegeangebote nutzten, hat sich die Zahl der Leistungsempfänger im Jahr 2018 auf rund 27.000 pflegebedürftige Personen erhöht – ein Anstieg um rund 17 Prozent (Socium 2019, S. 42 f.). Davon entfiel mit 19.000 Personen der überwiegende Anteil auf die Pflegegrade 2 und 3 (ebd.). Die Leistungsempfängerzahlen zur Kurzzeitpflege werden vorrangig von der demografischen Entwicklung beeinflusst (Socium 2019, S. 50). Ein Faktor für das Anwachsen der Nutzerzahlen könnten aber auch die verbesserten Kombinationsmöglichkeiten mit der ambulanten Leistung der Verhinderungspflege sein (s.o.). Die von Kantar Public befragten vollstationären Einrichtungen hatten in 61 Prozent der Fälle angegeben, Kurzzeitpflege anzubieten – allerdings handelt es sich dabei zumeist um flexible „eingestreute“ Plätze, die nicht dauerhaft für die Kurzzeitpflege zur Verfügung stehen, und nicht um feste oder „solitäre“ Plätze (Kantar Public 2019a, S. 274). Darüber hinaus zeigen sich regionale Unterschiede im Angebot: Kurzzeitpflege wird in 70 Prozent der westdeutschen Einrichtungen angeboten, während sie nur in 35 Prozent der ostdeutschen vollstationären Einrichtungen zum Leistungsangebot gehört (ebd.).

6.3 Vollstationäre Leistungsangebote und ihre Inanspruchnahme

Im **vollstationären Sektor** ist die Zahl der Leistungsempfänger zwischen den Jahren 2000 und 2016 kontinuierlich um insgesamt 41 Prozent auf rund 789.000 Personen angewachsen. Der Anteil der stationär versorgten Personen an allen Pflegebedürftigen ist hingegen im gleichen Zeitraum von 31 Prozent auf 21 Prozent gefallen. Insgesamt ist also die Zahl der Bewohner von Pflegeheimen deutlich langsamer gewachsen als die Zahl der Pflegebedürftigen. Im Jahr 2017 ist die Zahl der Pflegeheimbewohner erstmals um 10.000 Personen zurückgegangen und im Folgejahr nahezu gleich geblieben (Socium 2019, S. 25 f.). Die Inanspruchnahme vollstationärer Leistungen wird größtenteils von der demografischen Entwicklung und dem mit dem Alter wachsenden Pflegebedarf beeinflusst, allerdings haben die mit dem PSG II gesetzten Anreize zur ambulanten Versorgung auf eine Senkung der Leistungsempfängerzahlen im Vergleich zu einer kontrafaktischen Entwicklung ohne Reform hingewirkt (Socium 2019, S. 61). Darüber hinaus ist es im vollstationären Sektor zu einer Verlagerung des Case-Mix der Bewohner gekommen, so dass inzwischen weniger Menschen mit einem niedrigeren und mehr Menschen mit einem höheren Pflegegrad in den Einrichtungen leben. Es bleibt abzuwarten, ob diese Entwicklung wegen der Überleitungsregelung im Zuge des PSG II nur vorübergehender Natur ist oder ob sie sich verstetigen wird (ebd.).

Ein Großteil der pflegebedürftigen Personen erhielt im Jahr 2018 im Rahmen der vollstationären Versorgung mehrmals täglich Unterstützung bei der Zubereitung von Mahlzeiten (80 %), bei der Körperpflege (71 %), in der nächtlichen Betreuung (68 %), beim Toilettengang (63 %) sowie bei pflegerischen Betreuungsmaßnahmen (59 %). Allerdings bestehen bei den Unterstützungsbedarfen zwischen den jeweiligen Pflegegraden enorme Varianzen (Kantar Public 2019a, S. 233 ff.). Pflegerische und zusätzliche Betreuungsmaßnahmen, die Betreuung in der Nacht und medizinische Behandlungspflege wurden im Jahr 2018 häufiger als im Jahr 2016 erbracht. Im Bereich der Körperpflege war hingegen ein geringerer Pflege- und Hilfebedarf als 2016 zu erkennen – dies könnte als Indiz dafür gedeutet werden, dass sich das neue Pflegeverständnis und die verstärkte Ressourcenorientierung in den stationären Versorgungsleistungen niederschlägt (ebd.). Insgesamt erhalten 79 Prozent der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege (Kantar Public 2019a, S. 296). Skeptisch hingegen müssen die Ergebnisse zu sozialen Aktivitäten und Betreuungsangeboten in Pflegeheimen stimmen: Zwar geben 70 Prozent der befragten stationären Einrichtungen an, dass sie spezifische Konzepte für Menschen mit kognitiven Einschränkungen anbieten. Eine differenzierte Auflistung zeigt allerdings, dass zwischen den Jahren 2016 und 2018 nur bei drei Angeboten (Kultur im Haus, psychosoziale Betreuung und Palliativpflege) der Anteil der Einrichtungen, die diese Leistung vorhalten, gestiegen ist. 13 von 16 abgefragten Angebotsformen wurden dagegen im Jahr 2018 seltener angeboten als zwei Jahre zuvor (Kantar Public 2019a, S. 294 f.).

6.4 Weitere Leistungsangebote und Maßnahmen zur Unterstützung pflegender Angehöriger und anderer ehrenamtlich Pflegender sowie Pflegeberatung

Im Rahmen des PSG II gab es Neuregelungen zur **sozialen Sicherung von Pflegepersonen** insbesondere auch im Hinblick auf die Absicherung von pflegenden Angehörigen und anderen Pflegepersonen im Alter. Die Voraussetzungen, unter denen die Pflegeversicherung zugunsten von Pflegepersonen eine Beitragszahlung zur Rentenversicherung vorsieht, wurden verbessert. Um Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen zu erhalten, waren zuvor mindestens 14 Stunden wöchentliche Pflege zu leisten, die sich wesentlich auf die Verrichtungen des alten Pflegebedürftigkeitsbegriffs konzentrierten. Unter Geltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erfolgt eine umfassendere Betrachtung, sodass beispielsweise auch Zeiten einer notwendigen Betreuung Berücksichtigung finden können. Der Mindestumfang der wöchentlichen Pflege wurde zudem von 14 Stunden auf 10 Stunden, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, reduziert. Darüber hinaus wurden die Regelungen zur Bemessung der Beiträge neu gestaltet und es wurden bessere Absicherungen in der Rentenversicherung ermöglicht. Zwischen den Jahren 2016 und 2017 ist die Zahl der pflegenden Angehörigen und anderen Pflegepersonen, für die Rentenbeiträge seitens der Pflegekassen gezahlt werden, um 71 Prozent von rund 418.000 auf rund 718.000 Personen angestiegen. Dieser Effekt wird auf die mit dem PSG II erleichterten Zugangsbedingungen zurückgeführt (Socium 2019, S. 166 ff.). Damit ist im Hinblick auf die rentenrechtliche Absicherung insgesamt eine Verbesserung der sozialen Sicherung der Pflegepersonen erreicht worden.

Darüber hinaus gab es Verbesserungen der sozialen Sicherung von Pflegepersonen beispielsweise im Bereich der Arbeitslosenversicherung: Hier übernimmt die Pflegeversicherung seit dem 1. Januar 2017 erstmals die Beitragszahlung für Pflegepersonen, wenn diese die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen.

Die kostenfreie Teilnahme an **Pflegekursen** (§ 45 SGB XI) in Kleingruppen oder in der Häuslichkeit der pflegebedürftigen Person kann dazu beitragen, Belastungssituationen für pflegende Angehörige und andere ehrenamtlich Pflegende zu mindern sowie ihre pflegerischen Kompetenzen zu vertiefen. Die Pflegekurse werden von den Pflegekassen finanziert und i.d.R. werden professionelle Anbieter mit der Durchführung beauftragt. Hierzu gehören neben den Wohlfahrtsverbänden auch Pflegedienste, Sozialstationen, Alzheimer-Gesellschaften, Fach- und Berufsverbände, Stiftungen und weitere Anbieter (Prognos 2019a, S. 41; Socium 2019, S. 182f.). Das neue Pflegeverständnis und präventive Ansätze werden in den Pflegekursen tendenziell berücksichtigt (Prognos 2019a, S. 42). Eine genaue Aussage zur Anzahl der seit 2014 angebotenen Pflegekurse konnte nicht getroffen werden, weil die Daten hierzu nicht einheitlich und systematisch erfasst werden. Jedoch schlussfolgern die Evaluatoren aus den Befragungsergebnissen, dass es bisher „im Bundesgebiet wohl kein flächendeckendes Angebot an Pflegekursen“ gibt (Prognos 2019a, S. 42).

In § 45c Abs. 9 SGB XI wurde durch das PSG II die finanzielle Förderung von **regionalen Netzwerken** zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Personen in Höhe von 20.000 Euro pro Jahr und Landkreis oder kreisfreier Stadt verankert. Die Förderung wurde im Jahr 2018 von insgesamt 27 Netzwerken genutzt. Dennoch ist die Zahl der existierenden Netzwerke weitaus höher. Laut einer Umfrage des Socium Instituts (2019, S. 173) bei allen Landkreisen und kreisfreien Städten, Pflegestützpunkten, Alzheimer-Gesellschaften und Demenz-Servicestellen konnten im Jahr 2018 mehr als 600 Netzwerke identifiziert werden. Nordrhein-Westfalen war dabei mit 160 Netzwerken Spitzenreiter, gefolgt von Rheinland-Pfalz mit 73 und Bayern mit 72 Netzwerken. Schwerpunkte der Netzwerkarbeit liegen auf der Entlastung der Angehörigen, der Schulung von Angehörigen und der Schaffung einer demenzfreundlichen Region. Zwar bewerten die Netzwerke die Fördermöglichkeit positiv, jedoch könnte die Kopplung der Netzwerkförderung an einen Landkreis bzw. eine kreisfreie Stadt unabhängig von der Einwohnerzahl und Fläche zu Ungleichheiten führen (Socium 2019, S. 180).

Die Inanspruchnahme einer **Pflegeberatung** hat sich gut entwickelt: Knapp über die Hälfte der Pflegehaushalte (51 Prozent) hat nach eigener Aussage im Jahr 2018 Pflegeberatung nach § 7a SGB XI in Anspruch genommen - deutlich mehr als bei der Einführung des Rechtanspruchs im Jahr 2009. 58 Prozent derer, die keine Pflegeberatung genutzt hatten, hatten sich ausreichend Informationen auf anderen Wegen beschafft. Lediglich 22 Prozent aller Leistungsbezieher gaben an, dass ihnen der Anspruch auf Pflegeberatung nicht bekannt war. Das Beratungsangebot wurde hauptsächlich von Pflegediensten oder Pflegeeinrichtungen (56 %), von Pflege- oder Krankenkassen (42 %) und von Pflegestützpunkten (28 %) erbracht (Mehrfachnennungen waren möglich). Bei mehr als der Hälfte der beratenen Personen wurde ein Versorgungsplan erstellt (Kantar Public 2019a, S. 122 ff.). Ganz überwiegend hat die Pflegeberatung zu Hause bei der pflegebedürftigen Person stattgefunden (81%), knapp ein Viertel der Beratungen fand

außerhalb des Haushalts (in einer Beratungsstelle) statt und 16 Prozent der Beratungen wurden telefonisch geführt.¹³ Die Zufriedenheit mit der Pflegeberatung ist hoch: Über die Hälfte der Pflegebedürftigen (56 Prozent) berichteten, dass sich bei ihnen die Pflegesituation durch die Pflegeberatung verbessert hat. Und 88 Prozent gaben an, dass auf die Wünsche und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen in der Beratung eingegangen wurde. (Kantar Public 2019a, S. 120 ff.)

Die pflegefachlichen Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI, die reine Pflegegeldbezieher regelmäßig abrufen und auf die seit dem PSG II alle häuslich gepflegten Pflegebedürftigen Anspruch haben, sowie andere Beratungsgespräche durch Pflegeeinrichtungen hielten alle in Los 5 befragten Akteursgruppen ebenfalls jeweils mehrheitlich für (eher) bedeutend, um die Inanspruchnahme der SGB XI-Leistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege zu fördern. Auch der Pflegeberatung in Pflegestützpunkten maßen alle hierzu in Los 5 befragten Akteursgruppen (Pflegekassen, Landesverbände der Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen, Betroffenenverbände, Pflegestützpunkte sowie der PKV-Verband und Compass) hierfür jeweils mehrheitlich eine (eher) große Bedeutung bei. (Prognos 2019a, S. 36)

¹³ Sofern Pflegebedürftige mehr als eine Pflegeberatung in Anspruch genommen haben, konnten sie mehrere Orte nennen, an denen die Beratung stattfand.

7. Umstellung der Pflegekonzepte und Verfahrensabläufe in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, Personalentwicklung

Für ambulante, teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben sich in den vergangenen Jahren vielfältige Änderungen aus den Reformen der Pflegeversicherung ergeben. Mit dem Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) wurden im Januar 2017 der Begriff der Pflegebedürftigkeit neu definiert, die Zugangskriterien zu den Leistungen der Pflegeversicherung neu gefasst und als ein Ergebnis die Zahl der Anspruchsberechtigten erhöht. Diese umfassenden Reformen haben weitreichende Folgen für die übergeordneten Rahmenvorgaben auf Bundes- und Landesebene sowie für die konkrete Ausgestaltung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Innerhalb relativ kurzer Zeit mussten die Leistungsanbieter den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie die erweiterten Leistungsansprüche in ihr Angebotsprofil, in das Pflegekonzept, in den Pflegeprozess und das Dokumentationssystem sowie in ihr Organisations-, Personal- und Qualitätsmanagement integrieren. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Evaluation zu den Auswirkungen von PSG II und PSG III auf die Pflegekonzepte, Verfahrensabläufe und die Personalausstattung in den ambulanten, und stationären Pflegeeinrichtungen dargestellt.

7.1 Pflegerische Hilfen

Eine Berücksichtigung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in den sechs Modulen ermöglicht ein erweitertes Verständnis pflegerischer Aufgaben und Hilfen. Pflegerische Problemlagen können wesentlich umfassender erfasst und das Repertoire an pflegerischen Interventionen und Hilfen ausgeweitet werden (IGES 2019c, S. 16 f., 22). Der hierin zu sehende „Paradigmenwechsel“ in der ambulanten und stationären Langzeitpflege führt dazu, dass gemeinsam mit der pflegebedürftigen Person eine umfangreiche „Problemlösungsstrategie für ihre individuelle pflegerische Situation“ gefunden werden soll. Dabei sollen die beruflich Pflegenden auf Basis einer begründeten fachlichen Bewertung „alle geeigneten pflegerischen Maßnahmen und Angebote zur Unterstützung anbieten, welche die körperliche, psychische und soziale Situation der pflegebedürftigen Person und ggf. der Angehörigen stabilisieren“ kann (IGES 2019c, S. 17). Eine „**gezielte Ressourcenförderung**“ im Sinne eines systematischen Handelns entlang des Pflegeprozesses ist hierfür notwendig. Durch das zielgerichtete Vorgehen beim Pflegeprozess wird auch die Unterscheidung zur „aktivierenden Pflege“ deutlich. Im Rahmen einer „aktivierenden Pflege“ sollen Pflegebedürftige angeleitet werden, bestimmte Verrichtungen des Alltags selbst durchzuführen oder daran mitzuwirken, soweit es möglich ist. Die aktivierende Pflege ist Bestandteil der pflegerischen Arbeit und wird von den beruflich Pflegenden in die täglichen Pflegehandlungen integriert. Das geschieht jedoch „nebenher“ und nicht als geplanter individuell angepasster Arbeitsprozess, dessen Zielerreichung am Ende evaluiert wird. Die „zielgerichtete Ressourcenförderung“ geht darüber hinaus: Sie ist ein geplantes, abgestimmtes und systematisches Vorgehen entlang der Schritte im Pflegeprozess. Für die Umsetzung der „zielgerichteten Ressourcenförderung“ müssen personelle und zeitliche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. „Zielgerichtete Ressourcen-

förderung“ kann nicht „nebenbei“ erfolgen, sondern muss im Hinblick auf die konkrete pflegerische Situation des Pflegebedürftigen von der Pflegekraft reflektiert werden. Dieser Zusammenhang, aber auch die Unterschiede zwischen aktivierender Pflege und zielgerichteter Ressourcenförderung sollten inhaltlich noch weiter differenziert werden, damit den Vertragspartnern in den Bundesländern Orientierung gegeben werden kann (IGES 2019a, S. 325). Das sei die Grundlage dafür, dass die „zielgerichtete Ressourcenförderung“ zum Erhalt der Selbständigkeit auch Eingang in die landesrechtlichen Rahmenvorgaben finden kann.

Infolge des neu eingeführten Pflegebedürftigkeitsbegriffs gewinnen insbesondere **edukative Maßnahmen** an Bedeutung, denn sie können zur Stabilisierung oder Entlastung der pflegebedürftigen Personen sowie der Angehörigen in der jeweiligen Lebenssituation beitragen (IGES 2019c, S. 18, 27, Kantar Public 2019a, S. 167f.). Sie verfolgen das Ziel, die Selbstpflegekompetenz bzw. die Pflegekompetenz der Angehörigen zu erhöhen und sie dadurch in die Lage zu versetzen, möglichst selbstständig mit den Herausforderungen ihrer Lebenssituation umzugehen (IGES 2019c, S. 27).

Diese Maßnahmen müssen von beruflich Pflegenden geplant, zielführend in der Versorgung mit den Pflegebedürftigen sowie unter Einbezug ihrer An- und Zugehörigen abgestimmt und umgesetzt und der Erfolg sowie die Zielerreichung der Maßnahmen bewertet werden. Wenn die Beratung, Anleitung und Schulung nachhaltig zum Erhalt und zur Förderung von Selbständigkeit beitragen sollen, erfordern sie ähnlich wie in anderen Berufszweigen mit einem hohen Beratungsanteil spezifische Qualifikationen und Kompetenzen.

Die sog. Strukturierte Informationssammlung (SIS) ist ein Element des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (Projekt „Ein-STEP“) und lehnt sich an die Bezeichnungen der Bereiche des Begutachtungsinstruments an. Die Bereiche des Begutachtungsinstruments wurden in der SIS aufgenommen, um die fachliche Einschätzung der Pflegesituation zu stärken, den Pflegenden eine fachliche Orientierung zu geben und die Einrichtungen zu unterstützen, ihre Leistungsprozesse am erweiterten Verständnis von Pflegebedürftigkeit auszurichten (IGES 2019a, S. 319). Aus Sicht der Pflegeeinrichtungen wird dadurch eine bessere Kongruenz im Verständnis und bei der Erbringung von pflegerischen Hilfen erreicht (Kantar Public 2019a, S. 376).

7.2 Effekte der Neuausrichtung für die beruflich Pflegenden und das Berufsfeld Pflege

Durch die Einführung einer neuen Definition von Pflegebedürftigkeit ergeben sich weitreichende Konsequenzen für Leistungserbringer und Leistungsempfänger. Der Personenkreis der Anspruchsberechtigten auf Leistungen der Pflegeversicherung wurde um neue Gruppen mit neuen Bedarfskonstellationen erweitert. Die Leistungserbringer müssen sich darauf einstellen und ihre Angebote an ein verändertes Verständnis der pflegerischen Aufgaben und Bedarfe anpassen.

Im Zuge der Evaluation wurde ein Unterstützungsprozess aufgelegt, in dessen Rahmen die grundlegenden Aspekte der Neuausrichtung des Pflegeverständnisses mit Mitarbeitenden von ausgewählten ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen hinsichtlich ihrer

Praxiswirksamkeit diskutiert wurden. Hierbei wurden Lösungswege entwickelt, um Pflegekonzepte und pflegerische Hilfen in den Einrichtungen an die Neuausrichtung anzupassen und in den Pflegeprozess zu integrieren. In Workshops wurden Konzepte, Zielsetzungen und Veränderungsbedarfe im Angebotsspektrum sowie Implementierungsstrategien erarbeitet. Als Ergebnis liegt ein „Leitfaden: Das neue Pflegeverständnis in der Praxis“ vor (IGES 2019c), der Pflegeeinrichtungen bei der Umsetzung des erweiterten Pflegeverständnisses unterstützen soll. Das darin entwickelte Konzept kann als Ausgangspunkt für die Entwicklung weiterer Maßnahmen sowie zur Unterstützung bei der Implementierung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs genutzt werden. Eine Anpassung des Leitfadens sollte aufgrund wichtiger paralleler Entwicklungen im Bereich der Pflege erfolgen (Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI, neue Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) nach § 114 SGB XI etc.).

Die Ergebnisse dieses Prozesses zeigen, dass sich die Auseinandersetzung mit dem geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff in den Einrichtungen noch eher am Anfang befindet (IGES 2019a, S. 55 ff.). Die Umsetzung wurde von allen Beteiligten wegen der vielfachen Herausforderungen in der Pflege als eine mittelfristig zu bewältigende Aufgabe betrachtet (ebd.). Eine der Herausforderungen wird im Bereich der Edukation gesehen, bei der ein erheblicher Handlungsbedarf in den Pflegekonzeptionen sowie bei den Qualifikationen der Pflegenden wahrgenommen wird. Die Durchführung edukativer Maßnahmen in Abstimmung mit den pflegebedürftigen Personen und deren Angehörigen setzt ein systematisches Vorgehen und spezifische Kompetenzen voraus. Hier fehlt es derzeit teilweise an Handlungskonzepten und es besteht ein Bedarf an Fortbildung und fachlicher Weiterentwicklung (IGES 2019a, S. 31, 326).

Langfristig stellt sich die Anforderung, dass sich die Maxime der Förderung der Selbständigkeit pflegebedürftiger Personen als ein roter Faden durch alle Stufen des Pflegeprozesses hindurch ziehen muss. Der weitestmögliche Erhalt der Selbständigkeit der betroffenen Personen bei der Durchführung von Aktivitäten und bei der Gestaltung von Lebensbereichen ist Ziel und Kernbestandteil der pflegerischen Arbeit und muss nach dem neuen Verständnis von Pflegebedürftigkeit ins Zentrum gesetzt werden (IGES 2019a, S. 47 ff.). Die Mehrheit der Teilnehmenden an den dazu durchgeführten Workshops wünschte sich für die Umsetzung eines solchen erweiterten Pflegeverständnisses in den Einrichtungen eine strukturierte Begleitung und Unterstützung, ähnlich dem Vorgehen bei der Implementierung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation (Projekt „Ein-STEP“) (ebd.).

Aus Expertensicht handelt es sich bei der inhaltlichen Neuausrichtung in fachlicher Hinsicht um ein eigentlich bereits bekanntes Verständnis von Pflegebedürftigkeit, welches im fachlichen Diskurs in internationalen Theorien und Modellen zu finden ist (Wingenfeld, Büscher 2017, S. 7). Ähnliche Auffassungen vertraten auch viele Pflegekräfte in den Befragungen der Evaluationsstudien. Sie schätzen die Neuausrichtung als ein bereits bekanntes Konzept ein.

7.3 Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff stellt die Einrichtungen vor die Anforderung, die inhaltliche Ausrichtung der Tätigkeit der Pflegekräfte an neue pflegefachliche Grundlagen anzupassen. Daher ist es notwendig, pflegerische Aufgaben neu zu gestalten und auch die pflegerischen Angebote der Einrichtung an den erweiterten Kreis der Anspruchsberechtigten (IGES 2019c, S. 9) sowie das hinter den pflegerischen Angeboten stehende Pflegekonzept an die Zielsetzung des Erhalts und der Förderung von Selbständigkeit anzupassen (IGES 2019c, S. 18).

Eine wichtige Grundlage für die Umstellung ist die Überarbeitung und Umsetzung eines einrichtungsinternen Pflegekonzepts. Im Rahmen der Evaluation gaben 22 Prozent in der Befragung der ambulanten Pflegedienste hierzu an, bereits ein neues Konzept umgesetzt zu haben, 10 Prozent hatten mit der Umsetzung begonnen und 9 Prozent befanden sich in der Erarbeitungsphase. Im stationären Bereich hatte rund ein Viertel der Einrichtungen ein neues Konzept umgesetzt, 14 Prozent hatten damit begonnen und jede zehnte Einrichtung hatte sich zumindest mit der Erarbeitung eines neuen Konzepts befasst (Kantar Public 2019a, S. 165, 298).

Zu weiteren Teilaспектen des Umsetzungsstands in den ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen wurden Einrichtungsleitungen, Pflegefachkräfte und Pflegebedürftige befragt (IGES 2019a, S. 109ff.). Die Einschätzungen der Akteure zeigen eine insgesamt deutlich fortgeschrittene Umsetzung, geben aber zugleich ein differenziertes Bild: So wurde der Umsetzungsstand in wichtigen Teilaспектen im Bereich der teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen positiver eingeschätzt als bei ambulanten Diensten (IGES 2019a, S. 29). Maßnahmen zur „Stabilisierung der psychischen und sozialen Situation der Pflegebedürftigen“ wurden von 73 Prozent der voll- und 81 Prozent der teilstationären Einrichtungen als weit fortgeschritten bewertet, im ambulanten Bereich allerdings nur von 48 Prozent der befragten Dienste (IGES 2019a, S. 147, 209, 262, 311 f.). Eine inhaltliche Ausrichtung der Pflegeplanung auf den „Erhalt und die Förderung der Selbständigkeit“ wurden von 74 Prozent der ambulanten Dienste, 84 Prozent der stationären und 85 Prozent der teilstationären Pflegeeinrichtungen als weit fortgeschritten bewertet. Ähnlich hohe Ergebnisse zeigen sich bei den Pflegemaßnahmen zur Mobilitätsförderung in allen drei Sektoren (ebd.). Eine größere Differenz zeigt sich bei der Überprüfung, ob „Schulungen und Anleitungen“ zum gewünschten Ergebnis der Maßnahme geführt haben. Von den Leitungskräften in den vollstationären Einrichtungen wird dies von 70 Prozent, im ambulanten Bereich hingegen nur von 36 Prozent als weit fortgeschritten bewertet (IGES 2019a, S. 147, 208). Hinsichtlich der zielgerichteten Anleitung und Schulung von pflegebedürftigen Personen zum Zwecke der Stärkung der Selbstpflegekompetenz wird im ambulanten Sektor ein „weit fortgeschrittener“ Umsetzungsgrad von 45 Prozent angegeben (IGES 2019a, S. 147). Ein etwas besseres Ergebnis zur zielgerichteten Anleitung und Schulung der Pflegebedürftigen wird im teilstationären (60 %) und vollstationären Sektor (57 %) festgestellt (IGES 2019a, S. 262, 209). Bei ambulanten Pflegediensten wird ein „Training zur Verbesserung der Pflegekompetenz“ von pflegenden Angehörigen von 30 Prozent der Dienste umgesetzt (IGES 2019a, S. 147). Eine Beratung und Anleitung der Angehörigen zur Unterstützung der Pflegebedürftigen wird in vollstationären und teilstationären Einrichtungen mit rund 60 Prozent doppelt so häufig durchgeführt (IGES 2019a, S. 209, 262). In ambulanten Diensten

waren 77 Prozent der Leitungskräfte der Meinung, dass für die Erbringung von Maßnahmen der Anleitung und Schulung der Pflegebedürftigen zur Steigerung der Selbstpflegekompetenz auf Seiten der Beschäftigten der Aufbau neuer fachlicher Kompetenzen erforderlich sei (IGES 2019a, S. 168 f.). Im vollstationären Bereich traf dies bei 80 Prozent und im teilstationären Bereich bei 69 Prozent der Leitungen zu (IGES 2019a, S. 228, 279). Ähnlich hohe Zustimmungswerte erhält die Aussage, dass fachliche Kompetenzen im Umgang mit kognitiven und psychischen Problemlagen erweitert werden sollten (IGES 2019a, S. 228, 168). Das erweiterte Pflegeverständnis kann einerseits dazu dienen, die eigene Fachlichkeit der Pflegenden auszubauen und andererseits fachliche Wissens- und Anpassungsbedarfe aufzudecken (IGES 2019a, S. 167 f.). Für den stationären Bereich wird konstatiert, dass viele Maßnahmen, wie beispielsweise Kraft- und Balancestrainings zur Sturzprophylaxe oder Gedächtnistrainings inzwischen wesentlich häufiger durchgeführt werden als noch in den Jahren vor 2017 (Kantar Public 2019a, S. 249 f.). In der Gesamteinschätzung der Leitungs- und der Pflegekräfte überwiegt der Eindruck, dass die Umsetzung von Teilaспектen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den teil- und vollstationären Einrichtungen bereits vor 2017 begonnen wurde (IGES 2019a, S. 264 ff., 211 ff.).

Als ein Indikator für eine fortgeschrittene Implementierung des neuen Pflegeverständnisses in das einrichtungsinterne Pflegekonzept kann das Vorliegen von entsprechend überarbeiteten schriftlichen Konzeptionen und Verfahrensanweisungen für die betreffenden Maßnahmen gelten. Nach diesem Maßstab können im ambulanten Bereich etwa 14 Prozent der Einrichtungen und im teil- sowie vollstationären Bereich zwischen 25 und 30 Prozent als fortgeschritten in der Umsetzung gelten (IGES 2019a, S. 31). Insgesamt sprechen diese Daten dafür, dass die Umsetzung in teil- und vollstationären Einrichtungen weiter vorangeschritten ist als im ambulanten Bereich.

Darüber hinaus wurde auch nach den Hinderungsgründen für die arbeitsorganisatorische Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses gefragt. Dazu wurde in Freitextangaben mehrfach auf den Personal- und Zeitmangel für eine effektive Umsetzung verwiesen (IGES 2019a, S. 182). Ein weiterer Hinderungsgrund liegt nach Einschätzung der Befragten in den geltenden Rahmenvorgaben (IGES 2019a, S. 183 f.) und in der Vergütungssystematik im ambulanten Bereich (IGES 2019a, S. 182 f.). Mehr als 40 Prozent sahen in der eigenen Arbeitsorganisation einen Hinderungsgrund bei der Umsetzung (ebd.). Fehlendes Wissen im Umgang mit kognitiv eingeschränkten Pflegebedürftigen wird ebenfalls als Hinderungsgrund gesehen (IGES 2019a, S. 169). Das erweiterte Pflegeverständnis wird im Zusammenhang mit der eigenen Fachlichkeit nicht von allen Pflegenden als neu wahrgenommen (IGES 2019a, S. 167). Fort- und Weiterbildung scheinen gleichwohl eine wichtige Rolle dafür zu spielen, wie Pflegekräfte ihre eigenen Kompetenzen zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs einschätzen. So fühlten sich 63 Prozent der befragten beruflich Pflegenden erst mit einer spezifischen Qualifizierungsmaßnahme in der Lage, die Anforderungen voll und ganz zu erfüllen, während dies bei 43 Prozent der beruflich Pflegenden ohne Qualifizierungsmaßnahme zutraf (Kantar Public 2019a, S. 246).

7.4 Personalentwicklung

Eine zentrale Größe für eine gelingende Umsetzung von Reformmaßnahmen ist die Personalausstattung in den Pflegeeinrichtungen. In einer die Evaluation ergänzenden Expertise im Auftrag des BMG wurde die Entwicklung der Personalschlüssel und der tatsächlichen Personalausstattung in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu zwei Zeitpunkten vor und nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erhoben. Hiermit sollte die Entwicklung der Personalausstattung in Folge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den Blick genommen werden. In verschiedenen Varianten wurden dabei Personalschlüssel anhand der Pflegegradverteilung und im Zeitverlauf zwischen den Jahren 2016 und 2018 berechnet. Aus den Daten der Pflegestatistik wurde parallel die tatsächliche Entwicklung des verfügbaren Personals für Pflege und Betreuung in Einrichtungen der Langzeitpflege ermittelt. Die Vergleichsergebnisse zeigen, dass zwischen 2016 und 2018 je nach gerechneter Variante die Zahl der Stellen in der Pflege (umgerechnet in Vollzeit) zwischen sechs und acht Prozent anstieg. Die tatsächlich vorhandene Pflegekräftebasis ist allerdings zwischen den Jahren 2015 und 2017 nur um knapp zwei Prozent angewachsen (Rothgang, Wagner 2019, S. 7f). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass ein bloßer Anstieg vereinbarter Stellenschlüssel nicht automatisch zu einer verbesserten Personalausstattung in den Einrichtungen führt, sondern die gewünschte Verbesserung der Personalausstattung von weiteren konkreten Maßnahmen begleitet werden muss, die die Attraktivität des Pflegeberufs steigern und darüber dazu beitragen, langfristig mehr Pflegepersonal für die Einrichtungen zu gewinnen (ebd.). Hierauf beziehen sich bereits Maßnahmen des Sofortprogramms Pflege, der Konzertierten Aktion Pflege (KAP) und die Entwicklung und Erprobung eines einheitlichen Personalbemessungsverfahren für vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI.

Den Befragungen der Leistungsanbieter zufolge ging mit den Pflegereformen auch in der Mehrzahl der ambulanten Pflegedienste ein Personalaufbau einher (Kantar Public 2019a, S. 173 ff.). In der Zeit von 2010 bis 2018 wurde das Pflegepersonal in diesem Bereich um durchschnittlich 39 Prozent angehoben. Der Personalaufbau fiel zwischen den Jahren 2016 und 2018 mit knapp 20 Prozent höher aus als in den sechs Jahren zuvor (Kantar Public 2019a, S. 173 ff.). Der Anteil der Kombinationsleistungs- und Sachleistungsbezieher, also der Personen, die professionelle Leistungen in Anspruch nehmen, hat sich im gleichen Zeitraum um 33 Prozent erhöht (Socium 2019, S. 36 ff., eigene Berechnungen). Im Personalmix hat sich in einer langfristigen Betrachtung in ambulanten Pflegediensten (n=839) der Anteil an Pflegefachkräften (Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege) zwischen 1998 und 2018 von 69 Prozent auf 56 Prozent reduziert (Kantar Public 2019a, S. 178).

Die Betrachtung der Entlohnungsbedingungen verdeutlicht, dass in nur zwei Fünfteln der befragten Pflegedienste ein Haus- oder Verbandstarifvertrag gültig ist. Hier zeigt sich eine klare Spreizung nach der Trägerstruktur: Bei den privaten Trägern unterliegen nur 15 Prozent der Dienste einer Tarifbindung, während dies bei freigemeinnützigen oder öffentlich getragenen Diensten bei 84 Prozent der Fall ist (Kantar Public 2019a, S. 184).

Die Personalrekrutierung wird als sehr schwierig angesehen: 83 Prozent der ambulanten Dienste und 79 Prozent der vollstationären Pflegeeinrichtungen bewerteten die Möglichkeit,

Pflegefachkräfte auf dem Arbeitsmarkt zu finden, als „eher schlecht“ oder „sehr schlecht“ (Kantar Public 2019a, S. 337). Ebenso skeptisch fallen die Einschätzungen der Einrichtungsleitungen zur Wertschätzung der beruflich Pflegenden aus. Im Jahr 2018 stimmten 69 Prozent der Befragten der Aussage zu, dass die Pflege in unserer Gesellschaft nicht genügend Anerkennung findet – im Jahr 2010 lag dieser Wert noch bei 57 Prozent. (Kantar Public 2019a, S. 353). Knapp zwei Drittel der befragten Einrichtungsleitungen stimmten „voll“ oder „überwiegend“ der Einschätzung zu, dass den Mitarbeitern zu wenig Zeit für die pflegerische Versorgung der Pflegebedürftigen bleibt und vier Fünftel vertraten die Ansicht, dass Pflegekräfte im Vergleich zu anderen Berufsgruppen eine zu niedrige Entlohnung erhalten (Kantar Public 2019a, S. 355). Einer tariflichen Bindung unterliegen 56 Prozent der stationären Einrichtungen in Westdeutschland und 49 Prozent in Ostdeutschland (Kantar Public 2019a, S. 317).

8. Ergebnisse zur Einschätzung der Pflegebedürftigen hinsichtlich der Versorgungssituation und der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

In die Erhebungen der Evaluationsstudien sind auch die Sichtweisen der Pflegebedürftigen eingeflossen. Sie wurden nach ihrer Zufriedenheit sowie nach einzelnen Versorgungsaspekten befragt, die für die Umsetzung des erweiterten Pflegeverständnisses als wichtig erachtet werden.

Befragungen zu den Leistungen der Pflegeversicherung ergaben insgesamt hohe Zufriedenheitswerte. Entsprechende Ergebnisse wurden auch zum Thema Begutachtung erreicht. So gaben 77 % der erstmals Begutachteten und 79 % der Überleitungsfälle im Jahr 2018 an, „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“ mit dem Umfang der Pflegeversicherungsleistungen zu sein (Kantar Public 2019a, S. 85). Mehr als 80 Prozent der Befragten finden die Angemessenheit des Pflegegrads „voll und ganz“ bzw. „eher“ gegeben. Die Zustimmungswerte steigen dabei mit der Höhe des Pflegegrads (Kantar Public 2019a, S. 126 ff.). 63 % der nach dem neuen System begutachteten Pflegebedürftigen fühlten sich „sehr gut“ oder „eher gut“ über das Begutachtungsinstrument informiert, ein knappes Drittel dagegen „eher schlecht“ oder „sehr schlecht“ (Kantar Public 2019a, S. 128).

Auch das Überleitungsverfahren wird im Wesentlichen als reibungslos umgesetzt beschrieben: So wurde das Verfahren von 62 Prozent der Befragten als „voll und ganz“ nachvollziehbar und verständlich beurteilt und 87 Prozent gaben an, einen klar erläuterten Überleitungsbescheid erhalten zu haben (Kantar Public 2019a, S. 129 f.).

Neben der Zufriedenheit mit dem Umstellungsprozess stellt sich die Frage, inwiefern die Pflegebedürftigen Versorgungsleistungen nutzen konnten, die den Kerngedanken des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs umsetzen. So gaben 73 Prozent der Pflegebedürftigen mit teilstationären Leistungen, 63 Prozent im vollstationären Sektor und 58 Prozent der ambulant versorgten Personen an, dass sie Unterstützung erhalten, um „selbständig und mobil zu bleiben“ (IGES 2019a, S. 153, S. 214, S. 268). Für etwas mehr als die Hälfte der Befragten im ambulanten und im vollstationären Bereich „trifft genau zu“, dass ihre Angehörigen eine „Beratung zur Steigerung des Wohlbefindens der Pflegebedürftigen“ erhalten haben. Maßnahmen zur Förderung sozialer Kontakte nutzten knapp ein Drittel der ambulant versorgten Pflegebedürftigen und 39 Prozent der Heimbewohner (ebd.). In allen drei Sektoren bestätigten zwischen 66 und 84 Prozent der Befragten, dass die Pflegekräfte als Ansprechpartner bei Problemen oder Fragen ihren Angehörigen zur Verfügung stehen (IGES 2019a, S. 155, 216, 270).

In den Freitextangaben der ambulant versorgten Pflegebedürftigen wurde die Versorgungssituation überwiegend positiv beurteilt. Dem Zeitdruck der Pflegenden wurde meist verständnisvoll begegnet, allerdings wurden häufige Personalwechsel im Einsatz der Pflegedienste kritisiert (IGES 2019a, S. 184). Auch die Situation in vollstationären Pflegeeinrichtungen wurde durch die Pflegebedürftigen im Wesentlichen positiv beurteilt. Häufig wurde der Personalmangel beklagt, zugleich aber auch betont, dass sich die Pflegekräfte große Mühe geben, die Bewohner trotzdem gut zu versorgen. Sehr häufig wurden allerdings auch durch die Personalknappheit sich ergebende Mängel in der pflegerischen Versorgung angesprochen, etwa dass

Hilfen wie Haare waschen nicht erbracht werden können (IGES 2019a, S. 237 f.). Eine hohe Zufriedenheit wurde auch von den Leistungsempfängern der teilstationären Angebote geäußert. Einige der Befragten wünschten sich einen höheren Entlastungsbetrag, um diesen vermehrt für Tagespflegeangebote einsetzen zu können (IGES 2019a, S. 285 f.)

9. Auswirkungen der Tarifbindung auf die Personalstruktur, Pflegevergütungen und Eigenleistungen

Im Folgenden werden die Auswirkungen der Tarifbindung von Pflegeeinrichtungen auf die Personalstruktur und die Pflegevergütungen näher betrachtet. Hintergrund dafür ist ein Beschluss des Bundesrates vom 16.12.2016, in dem dieser die Bundesregierung aufgefordert hat, die Neuausrichtung der Vergütungsverfahren zu evaluieren. Nach den §§ 84 und 89 SGB XI kann die Zahlung tarifvertraglich vereinbarter Gehälter von den Leistungsträgern nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.

Zum Zusammenhang von Tarifbindung, Personalstruktur und Pflegevergütungen in ambulanten und stationären Einrichtungen wurde eine Sonderauswertung der bereits in Los 2 erhobenen Daten durchgeführt (Kantar Public 2019b). Zu den stationären Einrichtungen wurden die teilstationären Angebote hinzugerechnet und punktuell die Ergebnisse für die vollstationären Pflegeheime gesondert dargestellt. Die Ergebnisse wurden jeweils im Vergleich für Unternehmen ohne Tarifbindung zu solchen mit einer verbandlichen oder kirchlichen Tarifbindung gegenübergestellt.

Die Tarifbindung in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen differiert erheblich: Im Jahr 2018 entlohten lediglich 26 Prozent der ambulanten Dienste ihre Mitarbeiter nach einem verbandlichen Tarifvertrag, während dies in 40 Prozent der stationären Einrichtungen der Fall war. Die Trägerschaft ist ein entscheidendes Merkmal, das die Tarifbindung beeinflusst. Von den verbandstarifgebundenen Unternehmen befinden sich 80 Prozent der ambulanten Dienste und 88 Prozent der stationären Einrichtungen in gemeinnütziger Trägerschaft. Umgekehrt werden 92 Prozent der ambulanten Dienste und 81 Prozent der Pflegeheime ohne Tarif privatwirtschaftlich geführt. Größere Häuser bzw. Dienste sind häufiger tarifgebunden als kleinere Pflegeeinrichtungen. Darüber hinaus sind die Anteile der Pflegeeinrichtungen ohne Tarifbindung in Ostdeutschland größer als die der stationären Pflegeeinrichtungen mit einer Tarifbindung (Kantar Public 2019b, S. 7 ff.). Bei der Pflegegradstruktur, der Alters- und Geschlechtsverteilung der Pflegeheimbewohner bzw. der Klienten der Dienste zeigen sich kaum nennenswerte Unterschiede zwischen tarifgebunden und nicht-tarifgebundenen Einrichtungen.

9.1 Stationäre Einrichtungen mit und ohne Tarifbindung

In den stationären Einrichtungen (inkl. teilstationärer Angebote) stellt sich die Personalausstattung der tarifgebundenen Unternehmen mit einer Differenz von 2,3 Vollkraftstellen besser dar als in denjenigen ohne Tarifbindung. Betrachtet man allerdings nur die vollstationären Pflegeheime, so verfügen die nicht tarifgebundenen Unternehmen über 0,9 Vollkraftstellen mehr. Die Voll- und Teilzeitanteile der Beschäftigten differieren erkennbar: Insgesamt sind 40 Prozent der Beschäftigten in stationären Einrichtungen in Vollzeit tätig, 53 Prozent in Teilzeit und sieben Prozent auf Basis einer geringfügigen Beschäftigung. Doch während in Einrichtungen mit einem Verbandstarif lediglich 39 Prozent der Mitarbeiter in Vollzeit arbeiten, sind dies in den Unternehmen ohne Tarifvertrag 45 Prozent. Diese Differenz vergrößert sich noch, wenn nur die Pflegekräfte in die Betrachtung einbezogen werden (Kantar Public 2019b, S. 14 ff.).

Hier werden möglicherweise Beschäftigungspotenziale nicht ausgeschöpft, gleichzeitig könnte aber auch Teilzeitarbeit auf Wunsch der Mitarbeiter in tarifgebundenen Unternehmen leichter realisiert werden.

Bei der Betrachtung der Qualifikationsstruktur des Pflegepersonals wird deutlich, dass die tarifgebundenen Unternehmen in stärkerem Maße Pflegefachkräfte einsetzen, während solche ohne Tarifbindung stärker auf Pflegehelfer zurückgreifen. Die Fachkraftquote nach der vormaligen bundesweiten Heimpersonalverordnung beträgt in allen stationären Einrichtungen 53 Prozent. Sie ist in tarifgebundenen Unternehmen höher (55 %) als in Unternehmen, die nicht nach Tarif zahlen (52 %). In kleineren Unternehmen liegt die Fachkraftquote höher als in größeren Einrichtungen. Dies wird auf den größeren Anteil von teilstationären Einrichtungen unter den kleineren Unternehmen zurückgeführt, die überproportional viele Fachkräfte beschäftigen (Kantar Public 2019 S. 18 ff.). Differenzen bestehen zudem in der Einschätzung der Einrichtungsleitungen zu den Möglichkeiten, Pflegefachkräfte auf dem Arbeitsmarkt zu finden: Vor allem in nicht tarifgebundenen ambulanten und vollstationären Einrichtungen beurteilen Leitungskräfte die Möglichkeiten der Fachkräftegewinnung häufiger als eher schlecht oder sehr schlecht. Die Unterschiede in der Personalfliktuation sind gering, allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass Pflegedienste ohne Tarifbindung im Schnitt kleinere Einrichtungen sind und Abgänge anteilig stärker ins Gewicht fallen als bei größeren Diensten (Kantar Public 2019b, 24 ff.).

In der Betrachtung der Angebotsstruktur zeigt sich, dass verbandstarifgebundene Einrichtungen mit 3,7 Angeboten über ein größeres Portfolio verfügen als Unternehmen ohne Tarifbindung (2,9 Angebote). Die Betriebsgröße spielt hierbei eine Rolle, da größere Unternehmen meist ein breiteres Angebotsspektrum vorhalten und Unternehmen mit Tarifbindung im Durchschnitt mehr Mitarbeiter beschäftigen. Ebenfalls bieten tarifgebundene Häuser in deutlich größerem Umfang Ein-Bett-Zimmer für ihre Bewohner an. Die Pflegekosten wie auch die Hotel- und Investitionskosten fallen bei den nicht tarifgebundenen Unternehmen geringer aus. Die von den Pflegebedürftigen insgesamt selbst zu finanzierenden Kosten liegen in den tarifgebundenen Unternehmen rund 180 Euro über denen der Einrichtungen ohne Tarifbindung (Kantar Public 2019b, S 31 ff.).

9.2 Ambulante Dienste mit und ohne Tarifbindung

Die Pflegedienste konnten insgesamt ihr Personal zwischen den Jahren 2010 und 2018 deutlich aufstocken. Da ambulante Dienste mit Tarifbindung häufiger große Dienste sind, beschäftigen sie mit durchschnittlich 22,8 Vollarbeitskräften im Schnitt 4,2 Vollzeit-Mitarbeiter mehr als solche ohne Tarifbindung, die kleinere Pflegeeinrichtungen sind. Auch bei den ambulanten Diensten zeigen sich erhebliche Diskrepanzen bei Voll- und Teilzeitanteilen der Beschäftigten: Während Unternehmen mit einem Verbandstarif im Jahr 2018 nur 28 Prozent ihrer Mitarbeiter in Vollzeit beschäftigten, betrug dieser Anteil bei den Diensten ohne Tarifbindung 46 Prozent (Kantar Public 2019b, S. 37 ff.).

Tariflich gebundene Unternehmen beschäftigen mit einem Anteil von 33 Prozent in stärkerem Maße Altenpfleger bzw. gerontopsychiatrisches Fachpersonal als solche ohne Tarifbindung

(27 Prozent), dagegen setzen letztere in einem größeren Maße angelerntes Pflegepersonal ein (20 Prozent im Vergleich zu 13 Prozent bei tarifgebundenen Unternehmen). Die Fachkraftrelation beträgt in allen befragten Diensten durchschnittlich 58 Prozent. Sie ist seit 1998 um 19 Prozentpunkte rückläufig. In den Diensten mit Verbandstarif liegt die Fachkraftquote bei 64 Prozent, bei den tarifungebundenen Unternehmen bei 57 Prozent (Kantar Public 2019b, S. 40 ff.). Parallel zur rückläufigen Fachkraftrelation ist der Anteil der Pflegedienste gestiegen, die beim nicht examinierten Personal mehr Einstellungen als Abgänge zu verzeichnen haben – also einen Personalaufbau im Helferbereich realisieren konnten.

Der Umfang des Angebotsportfolios unterscheidet sich nach der Tarifbindung nur gering. Während tarifgebundene Unternehmen häufiger Beratung zur pflegerischen Versorgung oder Verhinderungspflege anbieten, halten Pflegedienste ohne Tarifbindung häufiger die Unterstützung bei der Nutzung von Dienstleistungen oder Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund bereit. Dies wird darauf zurückgeführt, dass diese Dienste häufiger Pflegekräfte mit Migrationshintergrund beschäftigen und einen höheren Anteil an Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund versorgen. Mehr als die Hälfte der Pflegedienste kann mit den Leistungsvergütungen ihre Kosten decken. Jedoch gaben 35 Prozent der Dienste mit Tarifvertrag und 41 Prozent der tarifungebundenen Dienste an, überwiegend nicht kostendeckend arbeiten zu können. Als Gründe wurden dafür hohe Personalkosten, lange Anfahrtswege und fehlende Anpassungen der Vergütungen angeführt. 17 Prozent der Dienste – und damit mehr als 2016 – nutzten die flexiblere Möglichkeit, nach Zeitaufwand abzurechnen; Dienste mit und ohne Tarifbindung unterscheiden sich hierbei nicht (Kantar Public 2019b, S. 49 ff.).

10. Finanzielle Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Die drei Pflegestärkungsgesetze haben erhebliche finanzielle Implikationen für verschiedene Akteure in der Pflege. Der nunmehr geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neu eingeführte Begutachtungsinstrument, die veränderten, an fünf Pflegegrade angepasste Leistungshöhen, die Erweiterung des anspruchsberechtigten Personenkreises oder die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile im vollstationären Sektor: dies alles sind Maßnahmen, die unmittelbare finanzielle Konsequenzen nicht nur für die Pflegeversicherung, sondern auch für die Pflegebedürftigen, die Leistungsanbieter oder die Träger der Sozialhilfe mit sich bringen. In den folgenden Abschnitten werden dazu die vorliegenden Ergebnisse der Evaluationsstudien zusammengetragen. Hierbei stehen die finanziellen Effekte für die Pflegeversicherung und die Pflegebedürftigen im Vordergrund. Die Auswirkungen der Pflegereformen auf die Hilfe zur Pflege werden im anschließenden Kapitel zu den Schnittstellen des SGB XI zu anderen Sozialleistungen näher betrachtet.

10.1 Globale Leistungsausgaben der Pflegeversicherung

Seit 1995 ist ein kontinuierlicher Anstieg der Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung zu verzeichnen. Nachdem die Ausgaben in den 1990er Jahren stark angestiegen waren, gab es zwischen den Jahren 2000 und 2007 nur moderate Steigerungen. Ab 2008 ist mit dem Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes ein stärkerer Anstieg zu erkennen. Zwischen den Jahren 2016 und 2017 erfolgte ein sprunghafter Anstieg um mehr als 25 Prozent und 2018 nochmals eine weitere Steigerung um acht Prozent auf rund 38 Mrd. Euro (Socium 2019, S. 29 ff.). Auf den ambulanten Sektor entfielen dabei 18,4 Mrd. Euro, die vollstationären Leistungsausgaben umfassten 13,4 Mrd. Euro und die sonstigen Ausgaben lagen bei 6,5 Mrd. Euro.

Zur Finanzierung der jüngsten Pflegereformen wurde der Beitragssatz für die Pflegeversicherung im Jahr 2015 um 0,3 Prozentpunkte und im Jahr 2017 um weitere 0,2 Prozentpunkte angehoben. Stellt man den Ausgaben die Einnahmeseite gegenüber, so zeigt sich für das Jahr 2017, dass erstmals seit dem Jahr 2010 die Ausgaben die Einnahmen überstiegen. Das Negativsaldo betrug rund 2,4 Mrd. Euro und wuchs im Jahr 2018 auf 3,5 Mrd. Euro an (Kantar Public 2019a, S. 18).

In einem Referenzmodell wurden die demografiebedingten Effekte der Ausgabenentwicklung herausgerechnet und die Wirkungen des PSG II betrachtet. Demnach ist der Anstieg der Ausgaben um 7,25 Mrd. Euro im Jahr 2017 und um 2,7 Mrd. Euro im Jahr 2018 größtenteils den Auswirkungen des PSG II zuzurechnen. Nur 0,29 Mrd. (2017) bzw. 0,36 Mrd. Euro (2018) der Ausgabensteigerungen ließen sich auf demografische Effekte zurückführen. Die finanzielle Bedeutung der PSG II-Reform zeigt sich auch daran, dass bezogen auf die gesamte Steigerung der Leistungsausgaben von 2000 bis 2017 (rund 19,6 Mrd. Euro) allein auf das PSG II ein Anteil von mehr als 35 Prozent entfiel (Socium 2019, S. 54 f.).

Die Effekte des PSG II sind zum einen wesentlich auf die Erweiterung des Kreises der Anspruchsberechtigten zurückzuführen. Zum anderen wurden im Rahmen der Überleitungsregelung nach § 140 SGB XI alle Personen, die Ende 2016 in eine Pflegestufe (inkl. „Pflegestufe 0“) eingestuft waren oder einen auf diesen Zeitpunkt zurückwirkenden später erfolgreichen Antrag auf Einstufung gestellt hatten, im Jahr 2017 im Rahmen eines einfachen oder doppelten Stufensprungs automatisch einem entsprechenden neuen Pflegegrad zugeordnet. Anfang 2017 gab es rund 2,96 Mio. Überleitungsfälle, Ende 2017 noch 2,29 Mio. und Ende 2018 1,75 Mio. (Socium 2019, S. 55 ff.). Der Rückgang der Zahlen ist durch Sterbefälle zu erklären. Die Überleitungsregelung war den Evaluatoren zufolge großzügig ausgelegt und hat über Verschiebungen im Case-Mix dazu geführt, dass nahezu alle Bestandsfälle ab 2017 von verbesserten Leistungen profitieren konnten. Daraus resultiert ebenfalls ein Anstieg der Ausgaben der Pflegeversicherung.

10.2 Ausgaben für ambulante, teilstationäre und Kurzzeitpflege-Leistungen der Pflegeversicherung

Der Anstieg der Ausgaben in der sozialen Pflegeversicherung ist insbesondere für die ambulanten und teilstationären Leistungen markant: Im Jahr 2017 lag der Zuwachs bei 4,1 Mrd. Euro, die Ausgaben stiegen damit um 32 Prozent überproportional an. Auch im Jahr 2018 lag der Anstieg der Ausgaben mit 1,5 Mrd. Euro nochmals deutlich über den Steigerungen in den Jahren zuvor. Analog dazu hat sich der Anteil der Ausgaben für ambulante Leistungen an allen Ausgaben der Pflegeversicherung von 41 Prozent im Jahr 2008 auf nunmehr 48 Prozent im Jahr 2018 erhöht (Socium 2019, S. 31).

Die Ausgaben für **Pflegegeld** sind zwischen den Jahren 2000 und 2018 von 4,2 Mrd. Euro auf 10,9 Mrd. Euro angestiegen. Insbesondere zwischen 2016 und 2017 ist ein sprunghafter Anstieg um mehr als 3 Mrd. Euro zu verzeichnen, mit einem weiteren Anstieg um 0,9 Mrd. Euro im Jahr 2018 (Socium 2019, 35 f.). Die Ausgaben pro Leistungstag waren von 2000 bis 2016 weitgehend stabil bei ca. 11 Euro pro Tag. Auch dieser Wert ist im Jahr 2017 deutlich auf rund 15 Euro angestiegen, was auf die mit dem PSG II verbundenen Ausweitungen der Leistungen und die Veränderungen im Case-Mix zurückgeführt wird. Im Jahr 2018 ist dieser Wert weitgehend stabil geblieben.

Ebenso sind die Ausgaben für **ambulante Pflegesachleistungen** seit dem Jahr 2000 erst allmählich, ab 2008 deutlicher und 2017 sprunghaft auf 4,5 Mrd. Euro bzw. 2018 auf 4,8 Mrd. Euro angewachsen – obwohl die Zahl der Empfänger ambulanter Pflegesachleistungen zurückging. Die Ausgaben pro Leistungstag sind von 26,8 Euro (2016) auf 31,6 (2017) Euro angestiegen, was einen Zuwachs von 18 Prozent ausmacht und ebenfalls auf die höheren Leistungsbezüge der Pflegeversicherung zurückgeführt wird (Socium 2019, S. 37 f., Kantar Public 2019a, S. 18). Im Jahr 2018 stieg dieser Betrag nur noch geringfügig.

Bisher scheint erst in Ansätzen erkennbar, wie sich der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in entsprechenden **Leistungskomplexen bzw. Vergütungsvereinbarungen** für die ambulante Pflege im Bereich der Pflegeversicherung niederschlagen wird. In Schleswig-Holstein ist zum 1. September 2019 ein neuer Leistungskomplex zur „Gezielten Förderung der Selbständigkeit“

vereinbart worden, welcher dezidiert auf die mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff verbundene Ressourcenförderung Bezug nimmt. Ein ähnlicher Leistungskomplex zur „Erhaltung und Stärkung der Selbständigkeit“ wurde 2017 beispielsweise in Sachsen-Anhalt beschrieben und in Rheinland-Pfalz wurde ein Leistungskomplex aufgenommen, der ebenfalls explizit auf die Unterstützung und Förderung der Selbständigkeit Bezug nimmt (IGES 2019a, S. 80 f.).

Statistische Kennzahlen für die ambulanten Vergütungen im Bereich der Pflegeversicherung konnten im Rahmen der Evaluation nicht verfügbar gemacht werden (Prognos 2019a, S. 35). Nach Einschätzung von befragten Experten ist es in allen Bundesländern zu Vergütungssteigerungen ambulanter Pflegeleistungen gekommen. Inwiefern dabei die Inhalte des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs eine Rolle spielten, lässt sich nach den Ergebnissen der Evaluation nicht zweifelsfrei feststellen. In den Leistungsbeschreibungen der ambulanten Pflege nach Maßgabe der einschlägigen Landesrahmenvereinbarungen sei nicht klar erkennbar, welchen Einfluss der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auf Neubewertungen genommen hatte. In jedem Falle seien Lohnkostensteigerungen wesentliche Treiber für die Kosten in der ambulanten Pflege (ebd.).

Bei der teilstationären **Tages- und Nachtpflege** haben sich sowohl die Zahl der Leistungsempfänger wie auch die Ausgaben zwischen den Jahren 2000 und 2018 in etwa verzehnfacht. Der Anstieg war vor allem in den Jahren ab 2009 und ab 2015 markant. Die Ausweitung der Leistungsempfängerzahlen und der Ausgaben geht mit einer verbesserten Anrechnungsmöglichkeit zwischen ambulanten und teilstationären Pflegeleistungen im Jahr 2008 sowie mit der anrechnungsfreien Inanspruchnahme ab dem Jahr 2015 einher (Socium 2019, S. 40 ff.).

Ebenso stiegen bei der **Kurzzeitpflege** die Zahl der Leistungsempfänger wie auch die Gesamtausgaben zwischen den Jahren 2000 und 2014 kontinuierlich und im Jahr 2015 deutlich an. Dies wird auf eine verbesserte Kombinierbarkeit mit der Verhinderungspflege im Rahmen des PSG I zurückgeführt (Socium 2019, S. 42 f.).

Die Zahl der Nutzer von **Verhinderungspflege** ist von 6.000 im Jahr 2000 auf 210.000 im Jahr 2018 angestiegen, mit besonders hohen Steigerungsraten in den Jahren 2015 und 2017. Der Anstieg 2015 wird mit veränderten Bedingungen zur Kombination mit Kurzzeitpflege im Rahmen des PSG I erklärt (Socium 2019, S. 44 f.). Die Kosten sind im gleichen Zeitraum von 100 Mio. Euro auf 1,25 Mrd. Euro angestiegen. Dabei sind die Ausgaben pro Leistungstag von 43,4 Euro auf 16,3 Euro gesunken. Dies wird mit der Möglichkeit erklärt, Verhinderungspflege auch stundenweise in Anspruch zu nehmen. Rund 90 Prozent der Nutzer von Verhinderungspflege nutzten im Jahr 2018 diese Variante.

Im Referenzmodell zur Bezifferung der Effekte des PSG II zeigt sich, dass der ambulante Sektor im Jahr 2018 für mehr als zwei Drittel der durch die Pflegereform induzierten Ausgabensteigerungen verantwortlich war (Socium 2019, S. 52). Die ambulante Pflege konnte also besonders stark von der Erhöhung der Leistungsausgaben profitieren.

10.3 Ausgaben der Pflegeversicherung im vollstationären Sektor

Die vollstationären Leistungsausgaben machen einen erheblichen Teil der Gesamtausgaben in der Pflegeversicherung aus. Nach Inkrafttreten des PSG II sind diese Ausgaben von 11,2 Mrd. Euro im Jahr 2016 auf 13,4 Mrd. Euro im Jahr 2017 angewachsen, im Folgejahr jedoch ganz leicht gesunken (Socium, S. 31 f.). Der Anstieg im Jahr 2017 ist nicht auf eine größere Zahl von Leistungsempfängern, sondern auf höhere Pro-Kopf-Ausgaben für die Pflegeheimbewohner zurückzuführen. Hierfür dürften durch die Überleitungsregelungen bedingte Veränderungen im Case-Mix sowie der Besitzstandsschutz nach § 141 SGB XI (s.u.) eine Rolle spielen. Vor allem das PSG II hat dazu beigetragen, dass die Zahl der vollstationär versorgten Leistungsempfänger im Jahr 2017 erstmals leicht gesunken ist (Socium 2019, S. 25 und S. 50 f.) – auch insoweit wurden hierdurch die Ausgaben für die vollstationäre Versorgung reduziert. Im Referenzmodell zur Berechnung der PSG II-Effekte zeigt sich, dass die stationäre Versorgung deutlich weniger als der ambulante Sektor zu den reformbedingten Ausgabensteigerungen beigetragen hat (Socium 2019, S. 52).

Der Anteil der Ausgaben für die vollstationäre Pflege an den Gesamtausgaben ist von 51 Prozent im Jahr 2008 auf nunmehr 35 Prozent im Jahr 2018 gesunken (Socium 2019, S. 32). Das Prinzip „ambulant vor stationär“ scheint durch die Pflegereformen also deutlich gestärkt worden zu sein.

10.4 Kosten für den Besitzstandsschutz

Mit dem Besitzstandsschutz nach § 141 SGB XI soll sichergestellt werden, dass im Zuge der Überleitung von Pflegestufen auf Pflegegrade niemandem finanzielle Nachteile entstehen. Dies gilt insbesondere für Bewohner von Pflegeheimen, die im Jahr 2016 in Pflegestufe I oder Pflegestufe II eingestuft waren und für die durch die Einführung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (EEE) ein Anstieg der Eigenleistungen erwartet wurde. Durch den Besitzstandsschutz trägt die Pflegeversicherung den Anteil des EEE, der die vormalige pflegebedingte Eigenleistung übersteigt.

Die Ausgaben für den Besitzstandsschutz betrugen im Jahr 2017 rund 407 Mio. Euro und für das Jahr 2018 rund 346 Mio. Euro (Socium 2019, 159 ff.). Der Rückgang der Ausgaben hat im vierten Quartal 2017 eingesetzt und sich im Jahr 2018 verstärkt. Die stabile Entwicklung bis zum vierten Quartal 2017 ist durch Sonderregelungen nach § 141 Abs. 3c SGB XI für den Zeitraum von Februar bis Dezember dieses Jahres zu erklären, wodurch neue Fälle zum Besitzstandsschutz hinzugekommen sein können. Erhöhungen der Pflegesätze wirken sich nicht auf die Höhe der Zahlungen des Besitzstandsschutzes aus. Durch Versterben oder neue Begutachtungen der pflegebedürftigen Personen sinkt sukzessive die Zahl der Besitzstandsschutzfälle und die damit verbundenen Ausgaben. Schätzungen zufolge konnten zu Beginn des Jahres 2017 rund 280.000 Pflegebedürftige den Bestandsschutz in Anspruch nehmen (Socium 2019, 161 f.). Davon entfielen 85 Prozent auf die vormalige Pflegestufe I und 14 Prozent auf die Pflegestufe II. Nahezu alle in Pflegestufe III eingestuften Heimbewohner profitierten von geringeren Heimentgelten.

Auf der Basis einer Fortschreibung der Ausgabenentwicklung zwischen dem vierten Quartal 2017 und dem vierten Quartal 2018 und der Berücksichtigung der jahresdurchschnittlichen Überlebensraten wird ein weiterer Rückgang der Ausgaben auf 299 Mio. Euro im Jahr 2019, 245 Mio. Euro in 2020 und 195 Mio. Euro in 2021 geschätzt. Insgesamt ist also damit zu rechnen, dass zu den 753 Mio. Euro in den ersten beiden Jahren nach der Pflegereform bis Ende 2021 weitere rund 740 Mio. Euro an Kosten für den Besitzstandsschutz anfallen werden (ebd.).

10.5 Heimentgelte und Eigenleistungen

Bei der Betrachtung des vollstationären Sektors sind nicht nur die finanziellen Effekte für die Pflegeversicherung, sondern ebenso die Auswirkungen für die Leistungsanbieter sowie für die Versicherten zu berücksichtigen. Dabei sind insbesondere die Entwicklung der Gesamtheimentgelte sowie die von den Versicherten zu zahlenden Eigenleistungen bedeutsam.

Die Entwicklung der **Vergütungen von Pflegeheimen** wird auf Basis von Daten des vdek von 2014 bis zum ersten Quartal 2019 betrachtet. In diesem Zeitraum sind die Gesamtheimentgelte, die sich aus den Pflegesätzen, den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung, den Entgelten für nicht öffentlich geförderte Investitionskosten sowie aus Entgelten für die Refinanzierung der Ausbildung zusammensetzen, im Bundesdurchschnitt um 16 Prozent von 2.919 auf 3.389 Euro angestiegen (Socium 2019, 138 ff.). Über den Zeitverlauf hinweg erfolgt dieser Anstieg vergleichsweise kontinuierlich; allerdings ist vom vierten Quartal 2016 auf das erste Quartal 2017 ein sprunghafter Anstieg um 2,7 Prozent zu verzeichnen, der auf die Effekte der Überleitungsregelungen und entsprechende Vergütungszuschläge zurückgeführt wird. Bei der Entwicklung der stationären Vergütungen zeigen sich erhebliche Differenzen zwischen den Bundesländern. Jenseits des allgemein höheren Anstiegs im ersten Quartal 2017 hat sich das durchschnittliche Wachstum der Heimentgelte nach Inkrafttreten des PSG II in zehn Bundesländern verringert und in sechs Ländern gesteigert.

Die **Pflegesätze** als Teil der Gesamtheimentgelte sind zwischen 2014 und Anfang 2019 durchschnittlich um 20 Prozent gestiegen. Auch hier ist ein reformbedingter Wachstumsschub zu Beginn des Jahres 2017 erkennbar (Socium 2019, S. 139 f.). Hinsichtlich der Pflegesätze bestehen sowohl bei der absoluten Höhe wie auch bei den Steigerungsraten erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern. So liegt der höchste Pflegesatz mit 2.329 Euro in Baden-Württemberg im ersten Quartal 2019 um 39 Prozent über dem von Thüringen (1.680 Euro); fünf Jahre zuvor betrug die Differenz zwischen dem höchsten Pflegesatz (Berlin) und dem geringsten Satz (Thüringen) noch 45 Prozent (Socium 2019, S. 141, eigene Berechnungen).

Ebenso konnte festgestellt werden, dass für Einrichtungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege zwischen den Jahren 2017 und 2019 der Anstieg der Pflegesätze absolut betrachtet stärker ausgefallen ist als in der vollstationären Pflege (Prognos 2019a, S. 28 ff.). Im Vergleich der Bundesländer war in den erstgenannten Versorgungsbereichen auch die Differenz zwischen dem höchsten und niedrigsten Pflegesatz stärker ausgeprägt als in der vollstationären Versorgung. Nach Einschätzung von befragten Experten besteht kein enger Zusammenhang zwischen der Leistungsausweitung durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem Anstieg der allgemeinen Pflegekosten. Die Gründe für den Anstieg seien vielmehr in den

zwischenzeitlich vereinbarten Verbesserungen der Personalschlüssel, in Lohnsteigerungen und einer steigenden Zahl von Einrichtungen mit tariflicher Entlohnung zu suchen. Zudem hätten viele Einrichtungen kurz vor Inkrafttreten des PSG II keine Pflegesatzverhandlungen geführt, so dass die Verhandlungen nun dazu genutzt worden seien, in der Vergangenheit nicht erfolgte Vergütungserhöhungen durchzusetzen (Prognos 2019a, S. 30).

Die von den Versicherten zu zahlenden Eigenleistungen hängen unmittelbar mit den Pflegesätzen zusammen, da die Pflegeversicherung für die vollstationäre Pflege nur feste Zusätze bereitstellt. Die Eigenleistungen an den pflegebedingten Kosten sind zwischen dem ersten Quartal 2014 und dem ersten Quartal 2019 durchschnittlich um 31 Prozent gestiegen (Socium 2019, S. 141 ff.). Anfang 2015 und zu Beginn des Jahres 2017 kam es allerdings zu deutlichen Rückgängen, die auf die Anpassung der Leistungsbeträge nach § 43 SGB XI im PSG I sowie auf die Überleitung der Pflegestufen in Pflegegrade und neue Leistungsbeträge für die Pflegegrade im PSG II zurückgeführt werden.

In den vollstationären Einrichtungen wurde darüber hinaus mit dem Inkrafttreten des PSG II der **einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE)** in den Pflegegraden 2 bis 5 eingeführt. Der Eigenanteil in jeder Einrichtung wird dadurch ermittelt, dass die Summe aller auf den Pflegesätzen basierenden Pflegekosten um die Summe der Leistungspauschalen der Pflegeversicherung vermindert und durch die Anzahl der Heimbewohner geteilt wird. Der so ermittelte Durchschnittswert ist der für alle Heimbewohner in gleicher Höhe zu zahlende Eigenanteil. Vergleicht man die EEE zwischen den Pflegeheimen, so zeigt sich eine große Spreizung zwischen den Ländern. Im ersten Quartal 2019 betrug die Differenz zwischen den mit 925 Euro höchsten monatlichen EEE in Baden-Württemberg und den mit 274 Euro niedrigsten EEE in Thüringen 238 Prozent (Socium 2019, S. 144, eigene Berechnungen). Ebenso große Differenzen weist das Wachstum der Eigenleistungen zwischen den Jahren 2014 und 2019 auf: Diese sind insbesondere in den ostdeutschen Bundesländern teilweise um mehr als 100 Prozent angestiegen, in anderen Ländern wie z. B. Schleswig-Holstein nur um 13 Prozent. Diese Unterschiede werden vor allem auf das vormalige niedrige Niveau der Eigenanteile in manchen Regionen zurückgeführt, also auf einen Angleichungsprozess zwischen den Ländern.

Durch die EEE werden die Entgelte von dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit entkoppelt. Durchschnittlich sind die Heimbewohner zum Jahresbeginn 2017 um 51 Euro entlastet worden (Socium 2019, S 215). Die finanziellen Folgen müssen allerdings differenziert betrachtet werden, denn die Nivellierung führt zu einer Entlastung der höheren Pflegegrade zu Lasten der niedrigeren Pflegegrade. So stieg in den vollstationären Pflegeeinrichtungen zwischen 2016 und 2017 der durchschnittliche Eigenanteil für Personen mit der Pflegestufe I um 125 Euro an, während er sich für Personen mit der Pflegestufe II um 106 Euro und für diejenigen mit der Pflegestufe III um 348 Euro reduziert hat (Socium 2019, S. 152 ff.). Der Anstieg in Pflegestufe I kommt allerdings wegen der Besitzstandsschutzregelung bei übergeleiteten Pflegebedürftigen nicht zum Tragen. Bei dem Ausmaß der Veränderungen zeigen sich wiederum erhebliche Varianzen zwischen den Bundesländern.

Die Entgelte für die **Unterkunft** sind zwischen 2014 und 2019 um rund 11 Prozent angestiegen (Socium 2019, 145 ff.). Auch hier zeigen sich Unterschiede zwischen den Ländern; so verzeichnet Baden-Württemberg etwa einen Anstieg um 19 Prozent, während dieser in Berlin auf knapp neun Prozent begrenzt bleibt.

Ähnlich entwickelten sich die Entgelte für die **Verpflegung**. Die Spannbreite in den Bundesländern ist enorm. So lagen die Entgelte im Jahr 2019 zwischen 146 Euro in Thüringen und 697 Euro in Nordrhein-Westfalen (Socium 2019, S. 146 f.). Durchschnittlich sind die Entgelte im betrachteten Zeitraum um ca. 15 Prozent angestiegen.

Im Unterschied zu den vorangehenden Heimentgeltbestandteilen haben sich die Entgelte für nicht nach Landesrecht geförderte **Investitionskosten** zwischen 2014 und 2019 kaum (von durchschnittlich 430 auf 449 Euro) erhöht (Socium 2019, S. 149 f.). Thüringen sticht mit einem Anstieg der Entgelte für Investitionen um 15 Prozent heraus.

Die Finanzierung der **Ausbildungsvergütung** ist in den Bundesländern unterschiedlich geregelt, daher variiert die Ausbildungsumlage je nach Region erheblich. In Schleswig-Holstein wurde im Jahr 2019 kein Entgelt für die Ausbildung erhoben, während in den anderen Bundesländern zwischen 36 Euro in Baden-Württemberg und 148 Euro im Saarland pro Heimplatz für die Ausbildungsvergütung anfielen. Im Durchschnitt aller Länder ist dieser Kostenblock zwischen 2014 und 2019 um 42 Prozent von 53 auf 75 Euro angewachsen, mit besonders markanten Anstiegen zu Beginn der Jahre 2015 und 2019 (Socium 2019, S. 149 f.).

Ähnlich wie für die Ausgaben der Pflegeversicherung wurde ein **Referenzmodell** für die Entwicklung der Vergütungen und der Eigenanteile an den Pflegekosten gebildet (Socium 2019, S. 155 ff.). Die Analysen für die Zeiträume vor Inkrafttreten von PSG I und von PSG II zeigen, dass sich der Anstieg der Kosten pro Quartal in den Jahren nach Einführung des PSG I und nach Einführung des PSG II jeweils erhöht hat.

Der Anteil aller Eigenleistungen am Gesamtheimentgelt ist von 60 Prozent Ende 2016 auf 56 Prozent Anfang 2017 gefallen, um dann in den folgenden zwei Jahren wieder auf 59 Prozent anzusteigen (Socium 2019, S. 164 f.). Im Gesamtmix machen die einrichtungseinheitlichen Eigenanteile an den Pflegekosten 36 Prozent, die Kosten der Unterkunft 24 Prozent, Verpflegung 16 Prozent und Investitionskosten 24 Prozent der insgesamt von den Pflegebedürftigen zu tragenden Kosten aus (Prognos 2019a, S. 32).

Den Pflegeheimen stehen durch die überdurchschnittlich hohen Anhebungen der Gesamtheimentgelte im Jahr 2017 sowie langfristig durch vergrößerte Wachstumsraten der Entgelte höhere Vergütungen zur Verfügung (Socium 2019, S. 158 f.).

10.6 Ausgaben für die soziale Sicherung der Pflegepersonen

Im Rahmen des PSG II gab es Veränderungen insbesondere auch im Hinblick auf die Absicherung von pflegenden Angehörigen und anderen Pflegepersonen im Alter. Die Zugangsvoraussetzungen, um Beiträge der Pflegeversicherung zur Rentenversicherung erhalten zu können, wurden verbessert. Um Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen erhalten zu

können, waren zuvor mindestens 14 Stunden wöchentliche Pflege zu leisten, die sich wesentlich auf die Verrichtungen des alten Pflegebedürftigkeitsbegriffs konzentrierten. Unter Gelung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erfolgt eine umfassendere Betrachtung, sodass beispielsweise auch Zeiten einer notwendigen Betreuung Berücksichtigung finden können. Der Mindestumfang der wöchentlichen Pflegetätigkeit wurde zudem von 14 Stunden auf 10 Stunden, verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche, reduziert. Die Anzahl der rentenversicherten Pflegepersonen ist von 2016 auf 2017 um 71 Prozent von ca. 418.000 auf ca. 718.000 angestiegen (Socium 2019, S. 166 ff.). Die Ausgaben wuchsen im gleichen Zeitraum um 56 Prozent auf 1,54 Mrd. Euro. Knapp 86 Prozent der rentenversicherten Pflegepersonen sind Frauen, wenn auch der Anteil der männlichen Pflegepersonen kontinuierlich gewachsen ist. Insofern wurde es insgesamt und insbesondere auch zugunsten von Frauen, die familiäre bzw. ehrenamtliche Pflege leisten, erreicht, eine größere Zahl von Pflegepersonen in die Rentenbeitragszahlungen einzubeziehen, so dass sich die soziale Absicherung im Alter verbessert.

Die Pro-Kopf-Ausgaben für die Rentenbeitragsleistungen variieren über die zurückliegenden Jahre. Sie sind von jährlich 2.338 Euro im Jahr 2016 auf 2.130 Euro im Folgejahr zurückgegangen. Dies wird auf eine veränderte Berechnungsweise der Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung des PSG II zurückgeführt. Darin fließen nicht mehr wie zuvor der Pflegebedarf (Pflegestufe) und der Zeiteinsatz ein, sondern der Pflegebedarf (Pflegegrad) und die Art des Leistungsbezugs (Pflegegeld, Kombinationsleistung oder volle ambulante Pflegesachleistung) (Socium 2019, S. 166).

Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, gaben im Jahr 2017 mit durchschnittlich 1.280 Euro jährlich einen deutlich geringeren Pro-Kopf-Betrag für die Rentenbeitragszahlung aus. Mit Berücksichtigung hierbei hinzukommender Beihilfezahlungen ergeben sich allerdings durchschnittliche Rentenbeitragsleistungen in Höhe von rund 2.400 Euro pro Kopf. Der im Vergleich zur sozialen Pflegeversicherung höhere Durchschnittswert dürfte darauf zurückzuführen sein, dass privat versicherte Leistungsempfänger etwas häufiger höhere Pflegegrade haben als die Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung. Insgesamt wandten die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, im Jahr 2017 etwa 34 Mio. Euro für die soziale Sicherung von Pflegepersonen in der Rentenversicherung auf (Prognos 2019a, S. 119).

10.7 Ausgaben für Entlastungsangebote

Der **Umwandlungsanspruch** wurde im Zuge des Ersten Pflegestärkungsgesetzes zum 1. Januar 2015 geschaffen und sollte als Kombinationsleistung eine weitere Flexibilisierung der Leistungen der Pflegeversicherung ermöglichen. Mit Inkrafttreten des PSG II wurde der Umwandlungsanspruch in § 45a Abs. 4 SGB XI übernommen. Der Umwandlungsanspruch sieht vor, dass Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit mindestens Pflegegrad zwei bis zu 40 Prozent des Höchstbetrages ihres Anspruchs auf ambulante Pflegesachleistungen für nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag nutzen können, wenn für den entsprechenden Leistungsbetrag in dem Monat keine ambulanten Pflegesachleistungen von einem Pflegedienst bezogen wurden.

Der Umwandlungsanspruch wurde den Daten einer Repräsentativbefragung zufolge im Jahr 2018 von sechs Prozent der anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen wahrgenommen (Kantar Public 2019a, S. 71 f.). Nach Daten des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage der Meldungen aller Pflegekassen betragen die Ausgaben für den Umwandlungsanspruch im Jahr 2016 rund 1,7 Millionen Euro. Dieser Wert ist im Jahr 2017 auf rund 5,9 Millionen Euro und im Jahr 2018 auf rund 9,7 Millionen Euro angestiegen (Socium 2019, S. 192).

Insgesamt zeigen die Daten einen sehr deutlichen Anstieg der Ausgaben für Leistungen, die durch den Umwandlungsanspruch realisiert werden konnten. Dennoch lag der Anteil der durch den Umwandlungsanspruch finanzierten Leistungen an denen aller „Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ in den Jahren 2016 und 2017 bei unter einem Prozent¹⁴ (iso-Institut 2019, S. 12).

Pflegebedürftige in häuslicher Pflege haben nach § 45b SGB XI ferner Anspruch auf einen **Entlastungsbetrag** in Höhe von bis zu 125 Euro monatlich, der für qualitätsgesicherte Leistungen zur Entlastung pflegender Angehöriger und vergleichbar Nahestehender in ihrer Eigenschaft als Pflegende sowie zur Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit der Pflegebedürftigen bei der Gestaltung ihres Alltags eingesetzt werden kann. Der Entlastungsbetrag kann für die Erstattung von Aufwendungen für Leistungen der Tages- oder Nachtpflege, Leistungen der Kurzzeitpflege, Leistungen der ambulanten Pflegedienste im Sinne des § 36 SGB XI (in den Pflegegraden 2 bis 5 jedoch nicht von Leistungen im Bereich der Selbstversorgung) sowie für Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45a SGB XI) genutzt werden.

Anhand der Daten der BARMER lässt sich eine deutliche Steigerung der Zahl der Nutzer des Entlastungsbetrags verzeichnen (Socium 2019, S. 204 ff.). Nutzten im Jahr 2016 rund 124.000 BARMER-Versicherte die vormaligen Zusätzlichen Betreuungs- und Entlastungsleistungen für im Schnitt sechs Monate, so waren dies im Folgejahr beim Entlastungsbetrag rund 147.000 Versicherte (plus 19 Prozent) mit in etwa dem gleichen Nutzungsumfang. Der Anteil der Pflegebedürftigen, die den Entlastungsbetrag nutzen, kann nur grob geschätzt werden. Die Werte variieren zwischen rund 50 Prozent bei den pflegebedürftigen BARMER-Versicherten (2017) und 27 Prozent in einer repräsentativen Befragung von Pflegehaushalten im Jahr 2018 (Kantar Public 2019a, S. 67). Knapp einem Drittel der Pflegehaushalte (31 %) ist der Entlastungsbetrag allerdings nicht bekannt (ebd.).

Dennoch scheinen die Ausgaben für die Leistung nach § 45b SGB XI deutlich anzuwachsen. Nach den Daten von Socium sind die Aufwendungen der BARMER für den Entlastungsbetrag von 112 Mio. Euro im Jahr 2016 auf 141 Mio. Euro im Jahr 2017 angestiegen, was einem Zuwachs von 26 Prozent entspricht (Socium 2019, S. 208, eigene Berechnungen).

¹⁴ Dieser Wert ergibt sich aus dem Quotienten der laut Meldungen aller Pflegekassen umgewandelten Mittel und der in der Finanzstatistik der Pflegeversicherung ausgewiesenen Gesamtsumme aller „zusätzlichen ambulanten Betreuungs- und Entlastungsleistungen“ (vgl. Datenangaben in Socium 2019, S. 193 f.).

11. Schnittstellen zu anderen Sozialleistungen

Mit dem PSG III wurde der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch in die Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) eingeführt. Für die Evaluation stellen sich einerseits prozessbezogene Fragen, etwa wie die Ermittlung des Pflegegrads durch die Träger der Sozialhilfe umgesetzt wurde und in der Praxis funktioniert. Andererseits sind auch auf die Wirkungen bezogene Fragestellungen von Bedeutung, etwa wie sich die Zahl der Anspruchsberechtigten für Leistungen der häuslichen und der stationären Hilfe zur Pflege und die damit verbundenen Ausgaben der zuständigen Träger der Sozialhilfe entwickeln.

Eine weitere wichtige Schnittstelle besteht zwischen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff werden teilweise Aspekte stärker aufgegriffen, die auch teilhaberelevant sein können. Der Gesetzgeber verfolgt mit den gesetzlichen Anpassungen im Rahmen des PSG III insbesondere den Anspruch, den Leistungsberechtigten die Hilfen der verschiedenen Träger von Sozialleistungen „wie aus einer Hand“ zukommen zu lassen und für eine frühzeitige Abstimmung auf Seiten der Leistungsträger zu sorgen. Hinsichtlich der Schnittstellen zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe sind Fragen der Umsetzung der verschiedenen vorgesehenen Kooperationen, der Abgrenzung von Leistungen sowie der Auswirkungen auf Leistungsempfänger und auf ambulante und stationäre Einrichtungen zu betrachten. Im Folgenden werden die entsprechenden Evaluationsstudien dargestellt.

11.1 Entwicklung der Empfängerzahlen und der Ausgaben der Hilfe zur Pflege

Zeitgleich mit dem Inkrafttreten des PSG II und des PSG III ist von 2016 auf 2017 ein Rückgang der **Empfängerzahlen** von Hilfe zur Pflege um 17 Prozent zu verzeichnen (Socium 2019, S. 65). Diese Minderung ist im ambulanten Bereich mit 43 Prozent besonders ausgeprägt; sie ist der stärkste Rückgang seit Einführung der Pflegeversicherung. Insgesamt bezogen zum Jahresende 2017 rund 55.000 Menschen in der ambulanten Versorgung und 234.000 Personen im stationären Setting Hilfe zur Pflege.

Unter den Empfängern der Hilfe zur Pflege sank die Zahl der Empfänger von häuslicher Pflegehilfe besonders drastisch (36 Prozent), während die Zahl der Empfänger von Pflegegeld lediglich um neun Prozent zurückgegangen ist (Socium 2019, S. 68 f.). Im Unterschied zur ambulanten Versorgung ist die Empfängerzahl in stationären Settings im Jahr 2017 nur um knapp acht Prozent zurückgegangen. Wurden im Jahr 2016 noch 73 Prozent aller Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen versorgt, so ist dieser Anteil im Jahr 2017 auf 81 Prozent angestiegen – der höchste Wert seit Einführung der Pflegeversicherung (Socium 2019, S. 69 f.).

Aufgrund dieses Rückgangs reduzierte sich der Anteil der Empfänger der Hilfe zur Pflege an der Zahl aller Pflegebedürftigen von elf Prozent im Jahr 2016 auf gut acht Prozent im Jahr 2017 (Socium 2019, S. 74) – auch dies ist der niedrigste Wert seit Einführung der Pflegeversicherung. Dabei bestehen ebenfalls deutliche Unterschiede zwischen dem ambulanten und stationären Versorgungssetting: Während im ambulanten Bereich der Anteil der Empfänger von Hilfe zur Pflege bei ca. zwei Prozent liegt, macht er rund 28 Prozent bei den stationär versorgten Pflegebedürftigen aus (Socium 2019, S. 76 f.).

Die Zahl der Anträge auf Hilfe zur Pflege ist in den Jahren 2015 bis 2018 nur geringfügig (2,5 Prozent) zurückgegangen, während die Zahl der Bewilligungen um 8,5 Prozent reduziert wurde. Insgesamt sank die Bewilligungsquote an allen gestellten Anträgen von rund 76 Prozent im Jahr 2015 auf 71 Prozent im Jahr 2018 (Socium 2019, S. 129 f.). Der Rückgang der Bewilligungsquote wird als Indiz interpretiert, dass durch die gestiegenen Leistungsbeiträge der Pflegeversicherung sich sozialhilferechtlich begründete Hilfebedürftigkeit reduziert hat, die bisherigen Bezieher von Hilfe zur Pflege aber dennoch Folgeanträge gestellt haben.

Der Vergleich der Entwicklung der Empfängerzahlen der Hilfe zur Pflege mit denen der sozialen und privaten Pflegeversicherung zeigt einen starken Zuwachs der Zahlen der Pflegebedürftigen im Sinne der Pflegeversicherung und einen gleichzeitigen Rückgang der Empfänger von Hilfe zur Pflege. Diese Entwicklungen verweisen auf das „interdependente Verhältnis“ von Pflegeversicherung und Hilfe zur Pflege: „Eine Ausweitung der Leistungen in der Pflegeversicherung (mit oder ohne Ausweitung des Bezieherkreises) [führt zu] einer *Verringerung der Empfängerzahlen von HzP*“ (Socium 2019, S. 81, Hervorhebung im Original).

Auch für die Effekte der PSG II-Reform auf die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege wurde ein Referenzmodell entwickelt, welches die demografiebedingten Einflüsse sowie die Effekte vorangegangener Reformschritte (PNG, PSG I) herausrechnet (Socium 2019, S. 86 ff.). Im Ergebnis zeigen sich für die verschiedenen Faktoren gegenläufige Effekte. Während der demografische Einfluss die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege ansteigen lässt, konnte durch die Maßnahmen des PNG und des PSG I zwischen 2013 und 2016 bereits für 43 und durch das PSG II nochmals für 80 Personen pro 100.000 Einwohner die Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege vermieden werden (Socium 2019, S. 89 f.). Allerdings greifen die Effekte der Reformen vor allem im ambulanten Sektor. Bei den stationär versorgten Pflegebedürftigen ist der demografische Faktor so stark, dass der Einfluss der Reformen auf die tatsächliche Prävalenz aufgehoben wird (Socium 2019, S. 91 f.). Hochgerechnet waren es durch die Reformen zwischen 2013 und 2017 (PNG, PSG I, PSG II) rund 102.000 Pflegebedürftige weniger, die Leistungen der Hilfe zur Pflege in Anspruch nehmen mussten. Durch die gegenläufige Wirkung demografischer Effekte ergibt sich real eine um rund 55.000 Personen reduzierte Empfängerzahl der Hilfe zur Pflege (Socium 2019, S. 93).

Die **Ausgaben der Hilfe zur Pflege** sind nach Einführung der Pflegeversicherung von 6,6 Mrd. Euro auf 2,3 Mrd. Euro zurückgegangen und seither analog zur Entwicklung der Empfängerzahlen nahezu stetig wieder auf 3,8 Mrd. Euro im Jahr 2016 angestiegen. Im Jahr 2017 hat sich dieser Wert um nahezu 11 Prozent auf 3,4 Mrd. Euro reduziert (Socium 2019, S. 93 f.). Der größte Anteil an diesem Rückgang ist auf Einsparungen im stationären Sektor zurückzuführen. Allerdings ist für das Jahr 2018 wieder ein leichter Anstieg der Gesamtausgaben für die Hilfe zur Pflege zu verzeichnen (Socium 2019, S. 97).

Die überwiegende Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege wird vollstationär versorgt. Dort ist die Bedeutung der hohen Pflegegrade größer: Nahezu 50 Prozent der vollstationär versorgten Empfänger von Hilfe zur Pflege haben Pflegegrad vier oder fünf. Die Aufwendungen für vollstationäre Pflege machen 70 Prozent der Gesamtausgaben der Hilfe zur Pflege aus, während für die häusliche Pflegehilfe nur 15 Prozent und für Pflegegeld nur drei Prozent der Ausgaben

aufgewendet werden (Socium 2019, S. 111 f.). Während die Summe der Pro-Kopf-Aufwendungen für häusliche Pflegehilfe, Pflegegeld und Entlastungsbetrag mit dem Pflegegrad kontinuierlich ansteigt, erhöhen sich die Ausgaben im stationären Bereich bei steigendem Pflegegrad aufgrund des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils kaum.

Im Hinblick auf die ambulant versorgten Empfänger von Hilfe zur Pflege fiel der Rückgang in den Ausgaben im Jahr 2017 deutlich geringer aus als der Rückgang der Fallzahlen (Socium 2019, S. 95 f.). In der Folge stieg die Pro-Kopf-Leistung der Hilfe zur Pflege für die Empfänger in ambulanter Versorgung um 28 Prozent. Im stationären Bereich dagegen fiel die Reduzierung der Ausgaben größer aus als die Reduzierung der Fallzahlen. Infolge dessen sind die Pro-Kopf-Ausgaben für den stationären Bereich um zehn Prozent gesunken. Dieser Effekt wird auf die Regelungen zum Besitzstandsschutz und zum Einrichtungseinheitlichen Eigenanteil zurückgeführt. Die Pro-Kopf-Ausgaben für ambulant versorgte Leistungsbezieher fallen nun erstmals höher aus als für die stationär Versorgten (Socium 2019, S. 99 f.).

Im Jahr 2013, vor allem aber von 2016 auf 2017 ist ein Anstieg der Ausgaben für Häusliche Pflegehilfe zu verzeichnen, während die Ausgaben für Pflegegeld und sonstige ambulante Leistungen weitgehend stabil blieben (Socium 2019, S. 101 f.) Dies wird darauf zurückgeführt, dass durch die Leistungsverbesserungen der Pflegeversicherung weniger Pflegebedürftige auf Unterstützung durch die Sozialhilfe angewiesen waren oder dass aufgrund eines geringen Pflegebedarfs kein Pflegegrad zugewiesen wurde: Im Sozialhilfesystem verblieben demnach die eher „kostenaufwändigen“ Fälle (Socium 2019, S. 102). Damit korrespondiert, dass in der Be trachtung der Ausgaben nach Pflegegraden Pflegebedürftige mit höheren Pflegestufen bzw. Pflegegraden überproportional stark an den Aufwendungen beteiligt waren. Darüber hinaus sei nach Einschätzung der Evaluatoren zu erwarten, dass durch die großzügigen Überleitungsregelungen und entsprechend höhere Leistungsbeträge der Pflegeversicherung die Sozialhilfeträger stärker entlastet worden sein könnten als bei neu begutachteten Fällen. Durch diesen „Zwillingseffekt“ müsse in der Zukunft mit einem Wiederanstieg der Ausgaben gerechnet werden (ebd.). Diese Einschätzung wird von befragten Experten des Deutschen Städtetags, des Deutschen Landkreistags und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGÜS) geteilt. Für neu begutachtete Pflegebedürftige seien bei gleichem Bedarf geringere Pflegegrade und damit geringere Leistungen der Pflegeversicherung zu erwarten (Prognos 2019a, S. 106 f.).

Nach Einführung der Pflegeversicherung ist der Anteil der Hilfe zur Pflege an den Gesamtausgaben der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe deutlich zurückgegangen und blieb zwischen den Jahren 1998 und 2016 auf einem stabilen Niveau. Im Jahr 2017 ist jedoch nochmals ein erheblicher Rückgang dieser Anteile um gut drei Prozentpunkte zu verzeichnen (Socium 2019, S. 105 ff.).

Für die Ausgaben der Hilfe zur Pflege wurde ebenfalls ein Referenzmodell berechnet, welches die finanziellen Effekte der Reformen darstellt. Danach wurde das Sozialhilfesystem durch die Reformen des PNG und des PSG I um rechnerisch 136 Mio. Euro und durch das PSG II um 521 Mio. Euro entlastet; insgesamt entstanden der Hilfe zur Pflege also rechnerische Entlastungen

durch die Pflegestärkungsgesetze von 657 Mio. Euro. Bedingt durch die demografischen Effekte und damit verbunden durch den Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen fallen die realen Einspareffekte deutlich geringer aus (Socium 2019, S. 107).

11.2 Umstellung der Hilfe zur Pflege auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff

Im Rahmen der Evaluation wurden sowohl Pflegebedürftige als auch Träger der Hilfe zur Pflege nach den Umstellungserfahrungen mit dem Inkrafttreten des PSG III befragt. Gut ein Zehntel der befragten Pflegebedürftigen, die durch ambulante Pflegedienste versorgt werden, hatten zum Befragungszeitpunkt 2019 und im Jahr 2016 Leistungen der Hilfe zur Pflege bezogen. Von diesen Befragten wurden keinerlei gravierende Veränderungen in der Versorgungsqualität festgestellt. Mehrheitlich wurde die Versorgung positiv beurteilt (IGES 2019b, S. 173 ff.).

Rund 60 Prozent der befragten Träger der Hilfe zur Pflege berichtet, dass es für die Fälle mit Bezug von Leistungen nach dem Siebten Kapitel des SGB XII keine oder kaum Umstellungsprobleme gegeben habe. 38 Prozent verwiesen jedoch auf teilweise oder häufige Umstellungsprobleme in folgenden Bereichen (IGES 2019b, S. 143 f.):

- Zu späte Beschlüsse zur Anpassung des SGB XII mit Folge von Unsicherheiten und hoher administrativen Aufwand Ende 2016 und in den ersten Monaten des Jahres 2017;
- Lange Wartezeiten bis zur Durchführung der Begutachtung;
- Kommunikationsschwierigkeiten mit Einrichtungen und Pflegekassen, zum Teil wegen Unklarheiten bei der Besitzstandsregelung;
- Kritik an der Regelung, dass Personen, die nicht Pflegegrad 1 erreichen, nach dem neuen Recht im SGB XII keinen Anspruch mehr auf Leistungen der Hilfe zur Pflege haben;
- Kritik an den Regelungen, die die Leistungen der Hilfe zur Pflege für Personen mit einem Pflegegrad 1 auf Pflegehilfsmittel, Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung und Entlastungsbetrag begrenzen;
- Kritik, dass für nicht pflegeversicherte Menschen im Unterschied zu § 140 SGB XI kein doppelter Stufensprung möglich war.

Auch die Frage, ob es bei der Umstellung in den Fällen zu Problemen gekommen sei, in denen bisherige SGB XII-Leistungen durch SGB XI-Leistungen ersetzt wurden, wurde überwiegend verneint. Drei Viertel der Träger (73 %) geben an, dass es nie oder kaum zu Umstellungsproblemen gekommen ist. Die anderen 27 Prozent verwiesen auf den Aspekt, dass es keine der früheren Pflegebeihilfen (§§ 63 i.V. m. 65 Abs. 1 SGB XII (alt)) mehr gibt und problematisierten den Sachverhalt, dass die Leistungen für Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad eins auf Pflegehilfsmittel, Wohnumfeldverbesserungen und den Entlastungsbetrag beschränkt bleiben und dass der Entlastungsbetrag nicht für Hilfen durch Angehörige oder nahestehende Personen eingesetzt werden kann. Nach Landesrecht zugelassene Angebote (§ 45a SGB XI) für die Unterstützung im Alltag seien zu wenig verfügbar (IGES 2019b, S. 144 f.).

Für nicht pflegeversicherte Personen, die einen Antrag auf Hilfe zur Pflege stellen, wird durch die Träger der Sozialhilfe eine Feststellung der Pflegebedürftigkeit veranlasst. Mehrheitlich (ca. 60 %) beauftragen die Träger der Sozialhilfe den Medizinischen Dienst der Krankenkassen mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit; ein gutes Drittel der befragten Träger greift überdies auf das Gesundheitsamt zurück. Ein Viertel der Träger setzen eigene Pflegefachkräfte oder die der regionalen Pflegestützpunkte dafür ein (Prognos 2019, S. 93). Bei den Ergebnissen der Begutachtungen zeigt sich, dass nach Inkrafttreten des geltenden Begutachtungsinstruments der Anteil der als nicht pflegebedürftig beurteilten Personen im Jahr 2017 um zehn Prozentpunkte und im Jahr 2018 um acht Prozentpunkte höher lag als im Jahr 2016 (Prognos 2019a, S. 92).

Zum Prozess der Ermittlung des pflegerischen Bedarfs (§ 63a SGB XII) gab die Hälfte der befragten Träger an, das Pflegegutachten zur Bewertungsgrundlage zu nehmen. 28 Prozent binden nach eigenen Angaben Pflegedienste mit ein und ebenfalls 28 Prozent der Träger stützen ihre Entscheidungen ausschließlich auf die Aktenlage. Hausbesuche oder persönliche Gespräche führen 40 Prozent der Träger für die Ermittlung des pflegerischen Bedarfs durch (Prognos 2019a, S. 93). Der zeitliche Aufwand für die Feststellung des pflegerischen Bedarfs ist nach einer mehrheitlichen Einschätzung der Träger der Hilfe zur Pflege (56 Prozent) gestiegen, ebenso der finanzielle Aufwand (58 Prozent) (Prognos 2019a, S. 96 f.).

Auch in der Hilfe zur Pflege wurde im § 138 SGB XII eine Übergangsregelung für Bestandsfälle geschaffen. Danach erhalten Personen mit einem Ende 2016 vorliegenden Leistungsanspruch bis zum Abschluss des von Amts wegen zu betreibenden Verfahrens zur Ermittlung des Pflegegrads und des pflegerischen Bedarfs weiterhin die bisherigen Leistungen der Hilfe zur Pflege. Die Träger der Hilfe zur Pflege wurden zu ihren Erfahrungen mit der Umsetzung des § 138 SGB XII gefragt. Rund drei Fünftel (62 Prozent) gaben an, dass keine Probleme bei der Weitergewährung der Leistungen aufgetreten sind (IGES 2019b, S. 146 f.). Die von den anderen befragten Trägern angegebenen Umsetzungsprobleme beziehen sich vor allem auf die beschränkten oder nicht mehr möglichen Leistungen der Hilfe zur Pflege für Personen mit Pflegegrad 1 oder ohne Pflegegrad.

11.3 Einschätzungen zur Bedarfsdeckung bestimmter Personengruppen

Im Rahmen der Evaluation wurden die Träger der Hilfe zur Pflege nach ihrer Einschätzung befragt, wie sich die Bedarfsdeckung für bestimmte Personengruppen entwickelt hat. Differenziert wurde nach Pflegegrad sowie nach ambulanten und stationären Pflegesetting.

Dabei standen zunächst Personen ohne Pflegegrad oder mit Pflegegrad 1 im Fokus. Die Träger der Hilfe zur Pflege wurden zum einen danach gefragt, ob bei **Personen ohne Pflegegrad**, die außerhalb von Einrichtungen leben und bis zum Abschluss des Verfahrens zur Feststellung des notwendigen pflegerischen Bedarfs nach § 63a SGB XII – also vor der Umstellung und noch übergangsweise – Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalten haben, danach ein ungedeckter sozialhilferechtlicher Bedarf festgestellt wurde. Analog dazu wurde zum anderen danach gefragt, ob bei den **Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 außerhalb von Einrichtungen** der beste-

hende sozialhilferechtliche Bedarf durch den Entlastungsbetrag nach § 66 SGB XII, Pflegehilfsmittel nach § 64d SGB XII und/oder Wohnumfeldverbesserungen nach § 64e SGB XII allein gedeckt werden konnte.

13 der 99 Träger der Hilfe zur Pflege mit einer gültigen Antwort (13 %) gaben an, dass eine Deckung des sozialhilferechtlichen Bedarfs mit den beim Pflegegrad 1 möglichen Leistungen des Siebten Kapitels des SGB XII erreicht werden konnte; bei den Personen ohne Pflegegrad wurde diese Antwort von einem Fünftel der Träger der Hilfe zur Pflege entsprechend beantwortet. (IGES 2019b, S. 147 ff.). Zur Deckung des sozialhilferechtlichen Bedarfs erbrachten die Träger der Hilfe zur Pflege am Häufigsten Hilfe zur Weiterführung des Haushalts (§ 70 SGB XII). Sie wird bei 95 Prozent der Träger der Hilfe zur Pflege für Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad 1 zur Deckung des sozialhilferechtlichen Bedarfs eingesetzt (bei 93 Prozent der Sozialhilfeträger für Personen ohne Pflegegrad). Auch die Daten der Sozialhilfestatistik belegen ab 2017 einen deutlichen Anstieg der Empfängerzahlen und der Ausgaben für die Hilfe zur Weiterführung des Haushalts sowie der Hilfe in besonderen Lebenslagen nach dem 9. Kapitel des SGB XII (Socium 2019, S. 123 f.).

Im Rahmen einer Stichprobenauswertung von 360 Fällen, die keiner Pflegestufe zugeordnet waren und im Jahr 2016 dennoch Leistungen der Hilfe zur Pflege erhalten hatten, erhielten im Jahr 2017 83 Prozent der Betroffenen weiterhin Leistungen nach dem SGB XII. Dennoch hatte die Mehrheit der Fälle (52 %) auch einen Pflegegrad (zumeist Pflegegrad 1 oder Pflegegrad 2) erhalten und damit Leistungsansprüche an die Pflegeversicherung erworben (Socium 2019, 116 f.). Ebenfalls erhielten im Jahr 2017 rund 90 Prozent der Personen ohne einen Pflegegrad weiterhin Hilfe zur Pflege und/oder Hilfe in anderen Lebenslagen, obwohl ein Pflegegrad Voraussetzung für die Gewährung von Hilfe zur Pflege ist. Dies wird mit einer Sondersituation für das Jahr 2017 erklärt, die auf die Übergangsregelung des § 138 im SGB XII zurückzuführen ist (Socium 2019, S. 119). Im Jahr 2018 stellt sich die Situation deutlich anders dar: 37 Prozent der Personen mit einem Pflegegrad erhielten Hilfe zur Pflege. Hauptursache hierfür dürften die Pflegeversicherungsleistungen sein, die die Betroffenen nun erhalten. Allerdings erhalten auch 21 Prozent der Fälle ohne Pflegegrad und ohne Übergangsregelung nach wie vor Leistungen der Hilfe zur Pflege. Ca. 22 Prozent der Gesamtstichprobe erhielt keine Leistungen nach dem SGB XII oder dem SGB XI (Socium 2019, S. 122 f.).

Bei stationär versorgten Personen ohne Pflegegrad oder mit Pflegegrad 1 gaben rund zwei Drittel der befragten Träger an, dass keine Konstellationen aufgetreten sind, in denen die Pflegeheimbewohner mit früherem Leistungsbezug aus der Hilfe zur Pflege nach Abschluss des Verfahrens nach § 63a SGB XII keine Leistungen der Sozialhilfe mehr erhalten haben. Die übrigen Träger nannten nur geringe Anteilswerte solcher Pflegeheimbewohner, die keine Leistungen der Sozialhilfe mehr erhalten haben (IGES 2019, S. 155 f.).

Darüber hinaus wurden die Leistungen der Hilfe zur Pflege für Personen mit einem Pflegegrad 2 bis 5 aus Trägersicht näher beleuchtet. Die Träger wurden zu den ergänzenden Leistungen der Hilfe zur Pflege befragt, wenn der notwendige pflegerische Bedarf durch die Leistungen der Pflegeversicherung und eigenes Einkommen oder Vermögen nicht gedeckt werden konnte. Im Zuge dessen wurde nach der Übereinstimmung der Vorstellungen der Leistungsberechtigten bzw. der Leistungsanbieter und der Träger der Hilfe zur Pflege zu den prioritär

zu finanzierenden Leistungen gefragt. Gut ein Drittel (36 Prozent) der Träger gab an, dass es teilweise oder häufig unterschiedliche Vorstellungen der Leistungsberechtigten bzw. der Leistungsanbieter und der Träger der Hilfe zur Pflege gab, für welche Leistungen die Mittel der Pflegeversicherung mit welcher Priorität eingesetzt werden sollten (IGES 2019b, S. 157). Bei den Leistungen, bei denen es am häufigsten unterschiedliche Vorstellungen gab, für welche Leistungen/Maßnahmen die aus der Pflegeversicherung zur Verfügung stehenden Mittel (prioritär) eingesetzt werden sollen, wurden häufig teilweise auftretende unterschiedliche Vorstellungen beim Einsatz des Entlastungsbetrags genannt (IGES 2019b, S. 157 ff.).

Den Trägern der Hilfe zur Pflege gelingt es nur eingeschränkt, entsprechend der Vorrangregelung in § 64 SGB XII bei der Gestaltung der Versorgungsarrangements darauf hinzuwirken, dass die häusliche Pflege von Angehörigen oder nahestehenden Personen übernommen wird. 76 Prozent der Träger gaben an, dass dies kaum oder nie gelingen würde, 19 Prozent konnten teilweise und lediglich fünf Prozent häufig darauf hinwirken (IGES 2019b, S. 166 f.).

Darüber hinaus wurden die Träger danach gefragt, inwiefern sie zusätzliche Betreuungs- und Aktivierungsleistungen in Einrichtungen (§ 43b SGB XI) auch für Nicht-Versicherte übernehmen. Hier zeichnen sich unterschiedliche Verfahrensweisen ab: 38 Prozent der Träger der Hilfe zur Pflege übernehmen diese Leistungen immer für Nicht-Versicherte, 14 Prozent häufig. Auf der anderen Seite stehen 36 Prozent der Träger, die diese Leistungen nie und neun Prozent, die sie kaum übernehmen. (IGES 2019b, S. 169)

11.4 Vereinbarungen beim Zusammentreffen von Leistungen der Eingliederungshilfe, Pflegeversicherung und Hilfe zur Pflege (§ 13 Abs. 4 SGB XI)

Im Jahr 2017 erhielten laut Statistik der Eingliederungshilfe rund 911.000 Personen Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Rund ein Fünftel dieses Personenkreises bezieht auch SGB XI-Leistungen (2016 rund 21 Prozent; 2017 23 Prozent und 2018 18 Prozent; Socium 2019, S. 115 f.). Der gemeinsame Bezug von Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege bzw. die Kombination von beidem mit SGB XI-Leistungen kommt mit jeweils rund zwei Prozent deutlich seltener vor.

Das Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen wird in § 13 SGB XI geregelt. Im Zuge der Beratungen zum Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) wurde nach intensiver Diskussion und Auswertung der Stellungnahmen insbesondere auch der Fach- und Betroffenenverbände im parlamentarischen Verfahren darauf verzichtet, den Leistungen der Pflegeversicherung in der häuslichen Versorgung einen Vorrang vor den Leistungen der Eingliederungshilfe einzuräumen. Es blieb vielmehr bei einem Gleichrang der Leistungen aus den unterschiedlichen Bereichen. Stattdessen wurde § 13 Abs. 4 SGB XI modifiziert und ergänzt. Bei einem Zusammentreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe vereinbaren danach „mit Zustimmung des Leistungsberechtigten die zuständige Pflegekasse und der für die Eingliederungshilfe zuständige Träger,

1. dass im Verhältnis zum Pflegebedürftigen der für die Eingliederungshilfe zuständige Träger die Leistungen der Pflegeversicherung auf der Grundlage des von der Pflegekasse erlassenen Leistungsbescheids zu übernehmen hat,

2. dass die zuständige Pflegekasse dem für die Eingliederungshilfe zuständigen Träger die Kosten der von ihr zu tragenden Leistungen zu erstatten hat sowie

3. die Modalitäten der Übernahme und der Durchführung der Leistungen sowie der Erstattung.

Die bestehenden Wunsch- und Wahlrechte der Leistungsberechtigten bleiben unberührt und sind zu beachten. Die Ausführung der Leistungen erfolgt nach den für den zuständigen Leistungsträger geltenden Rechtsvorschriften. Soweit auch Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch zu erbringen sind, ist der für die Hilfe zur Pflege zuständige Träger zu beteiligen.“

Die Umsetzung dieser Vereinbarungen nach § 13 Abs. 4 SGB XI wurde in einer der Evaluationsstudien näher untersucht (IGES 2019b). Ein wichtiges Ergebnis der Untersuchung besteht darin, dass die Vereinbarungen nach § 13 Abs. 4 SGB XI in der Praxis nur in sehr geringer Zahl vorliegen. Dies ist auch damit zu erklären, dass der bisherige Leistungsmix nach Angaben von Befragten auch ohne Vereinbarungen reibungslos funktioniert. Weder seitens der Leistungsberechtigten noch seitens der Pflegekassen oder der Träger der Eingliederungshilfe sind offenbar in den Jahren 2017 und 2018 Vereinbarungen in nennenswerter Zahl initiiert oder Menschen mit Behinderung angeboten worden, bei denen zusätzlich eine Pflegebedürftigkeit vorliegt bzw. vorliegen könnte (IGES 2019b, S. 104 f.). Zwei der 69 befragten Träger der Eingliederungshilfe und eine der befragten 26 Pflegekassen hatten mehr als vier Vereinbarungen abgeschlossen. Im Verfahren zum Abschluss einer Vereinbarung nach § 13 Abs. 4 SGB XI ist auch der Träger der Hilfe zur Pflege zu beteiligen, soweit auch Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII zu erbringen sind. Im Jahr 2018 waren 10 Prozent der befragten Träger der Hilfe zur Pflege am Abschluss mindestens einer Vereinbarung beteiligt. Die Zahl der Vereinbarungen war nach Angaben dieser Träger allerdings ebenfalls gering. Die Einschätzungen der Behindertenverbände sowie der ambulanten Pflegedienste der Eingliederungshilfe stützen das Ergebnis, dass die Vereinbarungen zwischen den unterschiedlichen Trägern von Sozialleistungen in der Praxis kaum eine Rolle spielen.

Jeweils 60 Prozent der befragten Träger der Eingliederungshilfe sowie der Pflegekassen erwarten nicht, dass es zukünftig zu einem vermehrten Abschluss von Vereinbarungen nach § 13 Abs. 4 SGB XI kommen wird (IGES 2019b, S. 105). Da die Vereinbarungen nur in so geringer Zahl abgeschlossen wurden, konnte die Frage, ob sich aus Konflikten der Leistungsträger um die Leistungspflicht Regelungsbedarfe ableiten lassen, nicht beantwortet werden (IGES 2019b, S. 30).

Zu den Regelungsinhalten von neun im Jahre 2018 abgeschlossenen Vereinbarungen wurden von einem der Träger der Eingliederungshilfe Angaben gemacht. Demnach war die teilweise Umwandlung des ambulanten Sachleistungsbetrags für Entlastungs-/Unterstützungsleistungen durch nach Landesrecht anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a Abs. 4 SGB XI (Umwandlungsanspruch) Gegenstand der Vereinbarungen. Weiterhin waren die fortlaufenden Leistungen der Eingliederungshilfe sowie teilweise die Leistungen der Tages- und Nachtpflege Vereinbarungsgegenstand. Den Angaben der Pflegekasse zu den Regelungsinhalten der von ihr geschlossenen Vereinbarungen zufolge standen ambulante Pflegesach-

leistungen im Mittelpunkt. Der Umwandlungsanspruch nach § 45a Abs. 4 SGB XI wurde im Gegensatz zu den Antworten der auskunftsgebenden Träger der Eingliederungshilfe in keiner der Vereinbarungen der auskunftsgebenden Pflegekasse thematisiert (IGES 2019b, S. 222). Verallgemeinernde Rückschlüsse auf die Inhalte bestehender Vereinbarungen können wegen der geringen Fallzahl nicht gezogen werden.

Nach Angaben der Träger, die Vereinbarungen nach § 13 Abs. 4 SGB XI geschlossen haben, scheitern die Verfahren nicht an der Zustimmung der Leistungsberechtigten (IGES 2019b, S. 221 ff.), sondern eher an einer nicht vorhandenen oder nicht optimalen Zusammenarbeit zwischen Trägern der Eingliederungshilfe und den Pflegekassen. Aus Sicht der befragten Akteure spielt dabei auch eine Rolle, dass die Leistungen des SGB XI gesetzlich klar definiert sind und sich direkt aus der Zuordnung des Pflegegrads ableiten, während die der Eingliederungshilfe flexibler an die individuellen Bedürfnisse des Einzelfalls angepasst werden (IGES 2019b, S. 124).

Darüber hinaus waren zum Befragungszeitpunkt im Februar und März 2019 weder die Träger der Eingliederungshilfe noch die Pflegekassen auf die operative Umsetzung der Vorbereitung entsprechender Vereinbarungen hinreichend vorbereitet. Dies betrifft u.a. fehlende Informationsmaterialien für die Leistungsberechtigten, fehlende Anforderungsprofile an die jeweiligen Kooperationspartner, fehlende Definitionen der Prozesse für die Kostenerstattung durch die Pflegekassen oder die fehlende Benennung der für die Kooperation verantwortlichen Mitarbeiter (IGES 2019b, S. 107 ff.). Die vom GKV-Spitzenverband und der BAGüS formulierten Empfehlung (2018) wurden nur bedingt als praxisgerecht eingeschätzt. Insbesondere die Leistungsübernahme durch die Träger der Eingliederungshilfe und die empfohlenen Prozesse zur Leistungsabrechnung wurden von einer Mehrheit der befragten Akteure als nicht praxistauglich bewertet (IGES 2019b, S. 110 f.).

Alle befragten Behindertenverbände, 85 Prozent der Träger der Eingliederungshilfe und zwei Fünftel der Pflegekassen erachteten die Regelungen in § 13 Abs. 4 und 4a SGB XI in Verbindung mit der Empfehlung gemäß § 13 Absatz 4 Satz 5 SGB XI als insgesamt nicht gut geeignet, um mit den Betroffenen eine optimale Zusammensetzung und Organisation der Leistungen zu vereinbaren. Rund drei Viertel der befragten Pflegekassen gehen davon aus, dass die Vereinbarungen nach § 13 Abs. 4 SGB XI in der Regel nicht notwendig sind, weil der Leistungsmix aus Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung ohnehin schon optimal erfolge und die Leistungsberechtigten mit einem getrennten Bezug aus beiden Sozialleistungssystemen auch ohne Vereinbarung gut zuretkommen würden (IGES 2019b, S. 106). Von den Trägern der Eingliederungshilfe wurde explizit betont, dass der Nutzen der Vereinbarung nicht im Verhältnis zum hohen bürokratischen Aufwand stehe. Darüber hinaus würde eine längerfristig angelegte Vereinbarung nach § 13 Abs. 4 SGB XI die flexiblen Anpassungsmöglichkeiten der Leistungen der Pflegeversicherung einschränken (IGES 2019b, S. 112 f.), wenngleich eine solche Flexibilität in Satz 5 der Regelung sowie in der auf dieser Grundlage beschlossenen Empfehlung angelegt ist. Seitens der Träger der Eingliederungshilfe bzw. Sozialhilfe wurde zudem eine klarere Abgrenzung zwischen der Pflegeversicherung, der Eingliederungshilfe und der Hilfe zur Pflege gefordert, zum Beispiel in Form von Vorrangregelungen. Aus den Reihen der Pflegekassen wurde der Wunsch nach konkreten Handlungsleitfäden zur Abgrenzung der

Leistungen und der Gestaltung der Vereinbarungen formuliert. Aus Sicht der Behindertenverbände wurde der Hinweis gegeben, dass für einen Teil der Leistungsberechtigten es eine große Hilfe sein könnte, wenn nur noch der Träger der Eingliederungshilfe Ansprechpartner für (nahezu) sämtliche Leistungen der Pflege und der Eingliederungshilfe sein würde (IGES 2019b, S. 113 ff.).

Darüber hinaus wirkt der landesrechtliche Regelungsrahmen in die Schnittstelle zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe hinein. So wurden in zwei Vergütungsvereinbarungen (Bayern, Rheinland-Pfalz) Bestimmungen gefunden, die die Erbringung von pflegerischen Betreuungsmaßnahmen ausschließen, „wenn entsprechende Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe oder nach dem Bundesversorgungsgesetz finanziert werden“ (IGES 2019a, S. 25). Von Seiten der Evaluatoren wurde diesbezüglich empfohlen, unter Umständen die in § 13 Abs. 3 SGB XI kodifizierte Gleichrangigkeit der Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe bzw. des Bundesversorgungsgesetzes noch weiter zu erläutern.

11.5 Veränderung von Leistungsbewilligungen an der Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung

Eine weitere Fragestellung zu den Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes befasst sich damit, ob pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen Leistungen der Pflegeversicherung an Stelle bisheriger Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen. Inwiefern es durch die Pflegereformen zu einer Veränderung von Leistungsbewilligungen an der Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung gekommen ist, wurde von den befragten Akteuren unterschiedlich eingeschätzt. Jeweils rund zwei Fünftel der befragten Träger und der ambulanten Dienste der Eingliederungshilfe sowie alle befragten Behindertenverbände konstatierten solche Veränderungstendenzen, während dies lediglich von acht Prozent der Pflegekassen so gesehen wurde. Vermutet wird, dass diese Diskrepanz auf die mangelnde Information der Pflegekassen und ihre seltene Einbindung in Verfahren zur Vorbereitung von Vereinbarungen nach § 13 Abs. 4 SGB XI zurückzuführen ist (IGES 2019b, S. 115 ff.).

Nach einheitlicher Einschätzung derjenigen Akteure, die solche Veränderungen konstatierten, wird vor allem der Entlastungsbetrag der Pflegeversicherung (§ 45b SGB XI) herangezogen, um bisherige Leistungen der Eingliederungshilfe (z. B. Assistenzleistungen) zu ersetzen (IGES 2019b, S. 117 ff.). Ein Drittel der befragten Träger der Eingliederungshilfe und 60 Prozent der ambulanten Dienste der Eingliederungshilfe bestätigten den häufigen oder sehr häufigen Einsatz dieser Leistung zum Ersatz entfallender Assistenzleistungen der Eingliederungshilfe (ebd.). Die befragten Pflegedienste und Pflegefachkräfte im Bereich des SGB XI bestätigten – allerdings auf Basis einer kleinen Fallzahl – in ähnlicher Größenordnung (37 Prozent bzw. 41 Prozent) die Substitution von Leistungen der Eingliederungshilfe durch ambulante Pflegesachleistungen (IGES 2019b, S. 274 f.).

Die Schnittstellenproblematik zwischen Eingliederungshilfe und Pflege hat sich nach Einschätzung der Akteure mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verschärft. Mehr als zwei Drittel der Träger der Eingliederungshilfe berichten über Abgrenzungsschwierigkeiten bei

in der Ausführung identischen (Teil-)Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung, die durch Elemente des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die ebenfalls teilhaberelevant sein können, „deutlich zugenommen“ hätten (IGES 2019b, S. 124 f.). „In der Gesamtschau zeigt sich eine Tendenz der Träger der Eingliederungshilfe dahingehend, dass eine Aufhebung der Gleichrangregelung zwischen Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe nötig ist und/oder ‚klare, nicht verhandelbare Abgrenzungen zwischen Leistungen nach SGB XI und SGB XII‘ entwickelt werden“ (IGES 2019b, S. 124 f.). Etwa die Hälfte der befragten ambulanten Dienste der Eingliederungshilfe gaben Probleme bei der Abgrenzung der Leistungserbringung zu den Diensten des SGB XI an, insbesondere durch Unklarheiten, welcher Dienst für welche Leistung zuständig sei und inwiefern rein pflegerische oder pädagogische Aspekte im Vordergrund stehen sollen (IGES 2019b, S. 125 f.). Tendenziell deutet sich an, dass die ambulanten Dienste der Eingliederungshilfe in zunehmendem Maße eine Ausdifferenzierung bzw. Erweiterung ihrer Angebote auch auf SGB XI-Leistungen vornehmen. Rund die Hälfte der befragten Dienste der Eingliederungshilfe verwiesen auf Probleme in der Abstimmung und der Aufgabenzuweisung sowie durch unterschiedliche Arbeitsweisen der Dienste.

Die Folgen einer Veränderung der Leistungsbewilligungen der Eingliederungshilfe wurden unterschiedlich beurteilt: Während die Träger der Eingliederungshilfe keine Nachteile für die Leistungsberechtigten sehen, verweisen Behindertenverbände und ambulante Dienste der Eingliederungshilfe auf eine zeitliche und qualitative Abwertung der Angebote, auf den Verlust pädagogischer Elemente und auf eine mögliche Reduzierung oder den Verlust von Außenorientierung und Selbständigkeit der Klienten. (IGES 2019b, S. 119 ff.)

Ein weiterer wichtiger Indikator für eine Veränderung von Leistungsbewilligungen an der Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung ist die Bewilligungspraxis für einzelne Leistungen. Hierzu liegen unterschiedliche Einschätzungen der befragten Akteure vor: Rund drei Viertel der befragten Träger der Eingliederungshilfe konstatierten keine Veränderungen in der Bewilligungspraxis von Leistungen der Eingliederungshilfe. Unter den Übrigen gab die Hälfte an, dass bisher bewilligte Leistungen teilweise nicht mehr oder nur eingeschränkt bewilligt wurden; zwei Drittel dieser Gruppe gaben an, dass häufig oder teilweise dahingehend beraten wurde, den Umwandlungsanspruch nach § 45a Abs. 4 SGB XI für Angebote zur Unterstützung im Alltag nutzen zu können. (IGES 2019b, 120 ff.). Im Kontrast dazu haben die befragten Behindertenverbände deutlich stärkere Veränderungen in der Bewilligungspraxis registriert, insbesondere ein Hinwirken darauf, dass ambulante Pflegesachleistungen stärker für pflegerische Betreuungsmaßnahmen oder andere Unterstützungsleistungen im Alltag in Anspruch genommen werden. Die ambulanten Dienste der Eingliederungshilfe geben unterschiedliche Einschätzungen ab. Insgesamt hat die Hälfte der befragten Dienste keine Veränderungen der Bewilligungspraxis festgestellt, die andere Hälfte teilweise oder häufige Verzögerungen bei der Weiterbewilligung oder Ablehnung bisher bewilligter Leistungen konstatiert (ebd.).

11.6 Auswirkungen der Pflegereformen auf vollstationäre Einrichtungen der Eingliederungshilfe¹⁵

Auch für die stationäre Versorgung wurde die Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung in den Blick genommen. So wurden die Leitungen und Pflegefachkräfte vollstationärer Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI danach befragt, ob sie Personen beherbergen, die vorher in einer vollstationären Einrichtung der Eingliederungshilfe gelebt haben. Diese Frage wurde von 17 Prozent der Einrichtungsleitungen bejaht; in diesen Einrichtungen beläuft sich die durchschnittliche Zahl der Bewohner, die zuvor in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe gelebt haben, auf acht Personen (IGES 2019a, S. 232 ff.). Gut die Hälfte der Leitungen in diesen Einrichtungen, die solche Bewohner beherbergen, gab an, dass sich deren Zahl seit 2017 nicht verändert hat. Ein Drittel jedoch verwies darauf, dass die Zahl der vormals in Einrichtungen der Eingliederungshilfe lebenden Bewohner gestiegen sei.

Der Anteil der in vollstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe lebenden Menschen mit Behinderung, die auch Leistungen der sozialen Pflegeversicherung und/oder Hilfe zur Pflege erhalten haben, hat sich den Befragungen zufolge zwischen Ende 2016 und dem März 2019 erhöht. Als Gründe werden zum einen die älter werdenden Bewohner mit einem entsprechend steigenden Unterstützungsbedarf sowie das neue Begutachtungsverfahren genannt, durch das mehr Bewohner einen Pflegegrad erhalten (IGES 2019b, S. 131 f.). Drei Fünftel der befragten stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe gaben an, dass entsprechende Begutachtungsverfahren häufig oder sehr häufig durch den Sozialhilfeträger angeregt wurden. Die Verteilung der Pflegegrade in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe unterscheidet sich insofern deutlich von denen in stationären Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI als Pflegebedürftige mit Pflegegrad eins und zwei in den stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe einen erheblich größeren Anteil unter den Bewohnern stellen (IGES 2019b, S. 132).

Nach § 55 Satz 2 SGB XII ist der Träger der Eingliederungshilfe zu informieren, wenn der Pflegebedarf eines Menschen mit Behinderung in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne des § 43a SGB XI so ansteigt, dass die pflegerische Versorgung innerhalb der Einrichtung nicht sichergestellt werden kann. In den Jahren 2017 und 2018 waren nur wenige Menschen mit Behinderung so pflegebedürftig, dass nach § 55 Satz 2 SGB XII eine Information des Trägers der Eingliederungshilfe erfolgt ist. Zwar ist bei 57 Prozent der befragten Träger der Eingliederungshilfe und bei 43 Prozent der vollstationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe diese Konstellation in den Jahren 2017 und 2018 in mindestens einem Fall aufgetreten. Allerdings betrifft diese Situation nur einen sehr kleinen Anteil der Bewohner (IGES 2019b, S. 128 f.). Eine Veränderung des Aufkommens an Informationen nach § 55 Satz 2 SGB XII konnte nach der Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht festgestellt werden. Für die Personen, die so pflegebedürftig wurden, dass die Pflege in der Einrichtung nicht sichergestellt werden konnte, werden in der Regel andere Lösungen als ein Wechsel der Einrichtung angestrebt und gefunden (IGES 2019b, S. 130 f.).

¹⁵ In diesem Abschnitt wird auf die Vorschriften in der bis zum 31.12.2019 geltenden Fassung abgestellt.

12. Handlungsempfehlungen

Die Pflegestärkungsgesetze I bis III stellen die bisher weitestreichenden Veränderungen der sozialen Pflegeversicherung seit ihrer Einführung im Jahr 1995 dar. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde ein Kernstück des Rechts der Pflegeversicherung verändert. Ein bemerkenswerter Anstieg der Leistungsempfängerzahlen, die Ausweitung und Flexibilisierung von Leistungen im Bereich der Pflegeversicherung, Veränderungen im Case-Mix der Pflegeeinrichtungen und eine Vielzahl an Neuerungen für die Leistungsträger und Leistungserbringer gingen damit einher. Die Umsetzungsprozesse und Auswirkungen der genannten Pflegereformen wurden durch fünf umfassende Evaluationsstudien begleitet, deren Ergebnisse in diesem Bericht zusammengefasst wurden. Seitens der Evaluatoren wurden Anpassungs- und Handlungsempfehlungen erstellt, die im Folgenden beschrieben werden. Sie betreffen sowohl die Ebene der Vertragspartner der Pflegeselbstverwaltung als auch die Ebene der Leistungsträger und Leistungserbringer sowie die beruflich Pflegenden in den verschiedenen Sektoren.

Die **Anpassung der geltenden Rahmenvorgaben** auf Bundes- und Landesebene **infolge des neu definierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs** ist eine wichtige Voraussetzung für eine gelingende Umsetzung. Allerdings befand sich dieser Prozess insbesondere im ambulanten Sektor zum Zeitpunkt der Untersuchungen noch am Anfang und sollte zeitnah fortgeführt werden. Erst dann könnte eine erneute Betrachtung Aufschluss darüber geben, wie sich der geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff in den entsprechenden Landesrahmenverträgen und Vergütungsvereinbarungen niedergeschlagen hat.

Nachholbedarf besteht zum jetzigen Zeitpunkt bei der fachlichen **Abgrenzung von „aktivierender Pflege“ und „zielgerichteter Ressourcenförderung“**. Beide Konzepte sollten aus pflegewissenschaftlicher Perspektive stärker differenziert und erläutert werden, um einerseits den Pflegekräften die Zusammenhänge zum Erhalt und der Förderung der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen zu verdeutlichen und um andererseits auf der Ebene der Vertragspartner der Pflegeselbstverwaltung eine Orientierung für die Festlegung von Rahmenvorgaben zu geben. Einige der befragten Akteure zur Unterstützung der Vertragspartner haben die Erstellung einer weiteren konkreten Empfehlung durch das Begleitgremium nach § 18c Abs. 2 SGB XI vorgeschlagen.

Die inhaltliche Neuausrichtung im Pflegeverständnis stellt erhöhte Anforderungen an edukative Maßnahmen wie die Beratung, Anleitung und Schulung, durch welche die Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen erhöht und Angehörige unterstützt werden sollen. Es bedarf einer **gezielten (betrieblichen) Qualifizierungs- und Befähigungsstrategie**, um beruflich Pflegende, stationäre Einrichtungen und ambulante Dienste dazu in die Lage zu versetzen, solche Maßnahmen kompetent durchführen zu können. Darüber hinaus sollten die Leistungserbringer das erweiterte Verständnis noch stärker als bisher in ihre Pflege- und Betreuungskonzepte einfließen lassen und konkreter operationalisieren. Der im Rahmen der Evaluation erarbeitete „Leitfaden: Das neue Pflegeverständnis in der Praxis“ des IGES Instituts sollte als Hilfestellung von den Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen genutzt werden.

Der Mangel an Fachpersonal auf dem Arbeitsmarkt stellt für die beruflich Pflegenden die größte Barriere für die Umsetzung des erweiterten Pflegeverständnisses in den Pflegeeinrichtungen dar. Die im Zuge der Pflegereformen verbesserten Vorgaben zur Personalausstattung

in den Einrichtungen sollten um wirksame Maßnahmen ergänzt werden, die den **Pflegeberuf attraktiver machen**. Auf die in der „Konzertierten Aktion Pflege“ vereinbarten Maßnahmen, die gegenwärtig umgesetzt werden, sowie die Umsetzung des in der Entwicklung und Erprobung befindlichen Personalbemessungsverfahrens in Pflegeeinrichtungen nach § 113c SGB XI ist daher ein besonderes Augenmerk zu legen

Pflegebedürftige haben zwar insgesamt mit Zufriedenheit auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, das Begutachtungsinstrument und die höheren und flexibleren Leistungen der Pflegeversicherung reagiert; gleichwohl sollten sie über die inhaltliche Neuausrichtung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes und das zur Verfügung stehende Leistungsspektrum und über die Leistungen der Pflegeversicherung **noch besser informiert und aufgeklärt** werden. Hierzu sollten verschiedene Akteursgruppen einbezogen werden.

Im Bereich des **Zusammentreffens von Leistungen der Pflegeversicherung, Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege** werden Vereinbarungen nach § 13 Abs. 4 SGB XI, die ein Zusammenwirken der Leistungsträger und die Erbringung von Leistungen „wie aus einer Hand“ bewirken sollen, in der Praxis bislang nur in sehr geringer Zahl geschlossen. Die gemeinsame Vorbereitung der Vereinbarungen durch eine frühzeitige Kommunikation im Rahmen des § 13 Abs. 4a SGB XI wird von vielen Akteuren noch nicht umgesetzt. Insoweit ist hier eine bessere Umsetzung der entsprechenden gesetzlichen Regelungen angesprochen. Seitens der Evaluatoren wird eine weitere Evaluation zur Umsetzung der Vereinbarungen nach § 13 Abs. 4 SGB XI zu einem späteren Zeitpunkt vorgeschlagen.

Für den vollstationären Bereich sollte vor dem Hintergrund, dass die Zahl der Überleitungsfälle nach § 140 SGB XI im weiteren Verlauf zugunsten einer steigenden Zahl von neu begutachteten Pflegebedürftigen zurückgehen wird, überprüft werden, wie sich die **Belegungsstruktur in den vollstationären Pflegeeinrichtungen nach Pflegegraden** zukünftig entwickeln wird. Von Bedeutung ist dabei, welche Veränderungen im Case-Mix mit welchen Auswirkungen auf die Einrichtungen einhergehen.

13. Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Gesundheit (o.J.): Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/b/bund-laender-ag-kommunen-und-pflege.html> (Aufruf am 1.11.2019).

Bundesministerium für Gesundheit (2009a): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (2009b): Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (2013): Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin.

Deutscher Bundestag (2015): Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften. Drucksache 18/5926. Berlin.

GKV-Spitzenverband; Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) (2018): Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe gemäß § 13 Absatz 4 Satz 5 SGB XI zu den Modalitäten der Übernahme und der Durchführung der Leistungen der Pflegeversicherung durch einen Träger der Eingliederungshilfe sowie der Erstattung der Kosten für diese Leistungen (§ 13 Abs. 4 Satz 1 SGB XI) und zu der Beteiligung des für die Hilfe zur Pflege zuständigen Trägers vom 10.04.2018. Berlin.https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/richtlinien_vereinbarungen_formulare.jsp (Aufruf am 16.10.2019)

IGES (2019a): Studie zur begleitenden Evaluation der Maßnahmen und Ergebnisse der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs: Entwicklungen in den vertraglichen Grundlagen, in der Pflegeplanung, den pflegefachlichen Konzeptionen und in der konkreten Versorgungssituation in der ambulanten und stationären Pflege (Los 1). Berlin. Version vom 18. Oktober 2019

IGES (2019b): Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Los 3: Schnittstellen Eingliederungshilfe. Berlin. Version vom 12. November 2019

IGES Institut GmbH (2019c): Leitfaden: Das neue Pflegeverständnis in der Praxis. Abschlussbericht zum Arbeitspaket 1 der Studie zur begleitenden Evaluation der Maßnahmen und Ergebnisse der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs: Entwicklung in den vertraglichen Grundlagen, in der Pflegeplanung, den pflegefachlichen Konzeptionen und in der konkreten Versorgungssituation in der ambulanten und stationären Pflege (Projekt TRANSFORM). Berlin. Version vom 08. Oktober 2019

iso-Institut (2019): Kurzbericht zum Umwandlungsanspruch gemäß § 45a Abs. 4 SGB XI im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der

Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Los 6: Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse. Saarbrücken. Version vom 25. September 2019

Kantar Public (2019a): Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Los 2: Allgemeine Befragungen. München. Version vom September 2019

Kantar Public (2019b): Sonderauswertung PSG II: Analyse von tarifgebunden und nicht-tarifgebundenen stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten. München. Version vom 1. Dezember 2019

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) & GKV-Spitzenverband (2017): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/17-07-17_BRi_Pflege.pdf (Zugriff 31.10.2019)

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2019a): Pflegeberichterstattung. Ergebnisse und Erfahrungen nach Einführung des neuen Begutachtungsverfahrens zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, Berichtsjahr 2017 und 2018 (nicht veröffentlicht)

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (2019b): Die Selbständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit. Das neue Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung, Stand Mai 2019, https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/19-05-20_NBI_Pflegebeduerftigkeit_Fach-Info.pdf (Zugriff 06.11.2019)

Prognos (2019a): Endbericht Fortschreibung Monitoring (Los 5). Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Basel. Version vom 28. Juni 2019

Prognos (2019b): Anhang zum Endbericht. Fortschreibung Monitoring (Los 5). Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Basel. Version vom 28. November 2019

Rothgang H., Wagner C. (2019): Quantifizierung der Personalverbesserungen in der stationären Pflege im Zusammenhang mit der Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit, Universität Bremen

Socium, Universität Bremen (2019): Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI). Los 4: Statistische Untersuchung. Bremen. Versionen vom 23. Juli 2019, überarbeitet 29. November 2019

Wingenfeld, K. (2019): „Bedarfskonstellationen und Pflegegrade bei Heimbewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten“. Fazit aus wissenschaftlicher Perspektive. Präsentation BMG-Beirat. 12. Dezember 2018. Berlin

Wingenfeld K. & Büscher A. (2017): Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Bielefeld