



Bundesministerium  
für Gesundheit

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

**Abschlussbericht:**  
Fortschreibung Monitoring  
(Los 5)

Endbericht

---

# Fortschreibung Monitoring (Los 5)

---

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

Endbericht

---

# Fortschreibung Monitoring (Los 5)

---

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

**Von**

Sabrina Schmutz  
Laura Sulzer  
Gwendolyn Huschik

**Im Auftrag des**

Bundesministeriums für Gesundheit

**Abschlussdatum**

28. November 2019

# Das Unternehmen im Überblick

## Prognos – wir geben Orientierung.

Wer heute die richtigen Entscheidungen für morgen treffen will, benötigt gesicherte Grundlagen. Prognos liefert sie - unabhängig, wissenschaftlich fundiert und praxisnah. Seit 1959 erarbeiten wir Analysen für Unternehmen, Verbände, Stiftungen und öffentliche Auftraggeber. Nah an ihrer Seite verschaffen wir unseren Kunden den nötigen Gestaltungsspielraum für die Zukunft - durch Forschung, Beratung und Begleitung. Die bewährten Modelle der Prognos AG liefern die Basis für belastbare Prognosen und Szenarien. Mit rund 150 Experten ist das Unternehmen an acht Standorten vertreten: Basel, Berlin, Düsseldorf, Bremen, München, Stuttgart, Freiburg und Brüssel. Die Projektteams arbeiten interdisziplinär, verbinden Theorie und Praxis, Wissenschaft, Wirtschaft und Politik. Unser Ziel ist stets das eine: Ihnen einen Vorsprung zu verschaffen, im Wissen, im Wettbewerb, in der Zeit.

### Geschäftsführer

Christian Böllhoff

### Präsident des Verwaltungsrates

Dr. Jan Giller

### Handelsregisternummer

Berlin HRB 87447 B

### Umsatzsteuer-Identifikationsnummer

DE 122787052

### Rechtsform

Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht; Sitz der Gesellschaft: Basel  
Handelsregisternummer  
CH-270.3.003.262-6

### Gründungsjahr

1959

### Arbeitssprachen

Deutsch, Englisch, Französisch

---

## Hauptsitz

### Prognos AG

St. Alban-Vorstadt 24  
4052 Basel | Schweiz  
Tel.: +41 61 3273-310  
Fax: +41 61 3273-300

### Prognos AG

Domshof 21  
28195 Bremen | Deutschland  
Tel.: +49 421 5170 46-510  
Fax: +49 421 5170 46-528

### Prognos AG

Heinrich-von-Stephan-Str. 23  
79100 Freiburg | Deutschland  
Tel.: +49 761 766 1164-810  
Fax: +49 761 766 1164-820

## Weitere Standorte

### Prognos AG

Goethestr. 85  
10623 Berlin | Deutschland  
Tel.: +49 30 5200 59-210  
Fax: +49 30 5200 59-201

### Prognos AG

Résidence Palace, Block C  
Rue de la Loi 155  
1040 Brüssel | Belgien  
Fax: +32 280 89 - 947

### Prognos AG

Nymphenburger Str. 14  
80335 München | Deutschland  
Tel.: +49 89 954 1586-710  
Fax: +49 89 954 1586-719

### Prognos AG

Schwanenmarkt 21  
40213 Düsseldorf | Deutschland  
Tel.: +49 211 913 16-110  
Fax: +49 211 913 16-141

### Prognos AG

Eberhardstr. 12  
70173 Stuttgart | Deutschland  
Tel.: +49 711 3209-610  
Fax: +49 711 3209-609

---

[info@prognos.com](mailto:info@prognos.com) | [www.prognos.com](http://www.prognos.com) | [www.twitter.com/prognos\\_ag](https://www.twitter.com/prognos_ag)

---

# Inhaltsverzeichnis

---

Tabellenverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	VIII
Abkürzungsverzeichnis	XII
Die zentralen Ergebnisse auf einen Blick	1
<b>1 Einleitung</b>	<b>5</b>
<b>2 Methodisches Vorgehen</b>	<b>6</b>
<b>3 Zentrale Ergebnisse</b>	<b>10</b>
3.1 Einführungs- und Umstellungsprozess	10
3.1.1 Erwartungen der zentralen Akteure an die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs	10
3.1.2 Einschätzung der zentralen Akteure zum (aktuellen) Stand der Systemumstellung	11
3.1.3 Begleitung des Einführungs- und Umsetzungsprozesses durch das Gremium nach § 18c SGB XI	14
3.1.4 Rückblickende Einschätzung der Pflegekassenverbände und Pflegeeinrichtungen zur Überleitung der Versicherten	15
3.2 Leistungsrecht und Entwicklung der vertraglichen Grundlagen	16
3.2.1 Anpassung und Neuausrichtung der Landesrahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI (inkl. Dokumentenanalyse)	16
3.2.2 Personalausstattung	21
3.2.3 Vergütung und Finanzierungsanteile der Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen	26
3.2.4 Förderung der Inanspruchnahme von Leistungen zur Unterstützung häuslicher Pflege und des Auf- und Ausbaus von Angeboten zur Unterstützung im Alltag	36
3.2.5 Pflegekurse nach § 45 SGB XI	41
3.2.6 Förderung regionaler Netzwerke nach § 45c Abs. 9 SGB XI	43

3.3	Leistungsentscheidungsverfahren und Leistungsentscheidungen	46
3.3.1	Antragseingänge und Antragsbestand bei den Pflegekassen bzw. privaten Versicherungsunternehmen	46
3.3.2	Auftragseingänge bei den Medizinischen Diensten	48
3.3.3	Begutachtungen (altes und neues Begutachtungsverfahren)	50
3.3.4	Begutachtungsergebnisse	55
3.3.5	Laufzeiten der Begutachtungsverfahren	69
3.3.6	Verzögerungen und pauschale Zusatzzahlungen	70
3.3.7	Leistungsentscheidungen der Pflegekassen bzw. privaten Versicherungsunternehmen	72
3.3.8	Widerspruchs- und sozialgerichtliche Verfahren	75
3.4	Empfehlungen bzgl. Rehabilitation, Prävention und Hilfsmitteln bzw. Pflegehilfsmitteln	77
3.4.1	Leistungen der medizinischen Rehabilitation	78
3.4.2	Maßnahmen der Prävention	83
3.4.3	Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel	85
3.5	Hilfe zur Pflege	91
3.5.1	Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des notwendigen pflegerischen Bedarfs auf Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs	91
3.5.2	Auswirkungen der Systemumstellung auf die Leistungsgewährung in der Hilfe zur Pflege	98
3.5.3	Auswirkungen der Neuausrichtung der Vergütungsverfahren auf die Finanzierungsanteile der Träger der Sozialhilfe	98
3.6	Einschätzungen der beteiligten Akteure zur Anwendung des neuen Begutachtungsinstrumentes und zu den damit zusammenhängenden Prozessen	107
3.6.1	Informiertheit der Antragstellenden über die Inhalte des Begutachtungsinstrumentes	107
3.6.2	Übermittlung der Begutachtungsergebnisse	108
3.6.3	Bewältigung des Vorbereitungs- und Einführungsprozesses bei den Pflegekassenverbänden und den Medizinischen Diensten	108
3.6.4	Qualität der Gutachten	112

	3.6.5 Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen	119
<b>4</b>	<b>Fazit</b>	<b>123</b>
<b>5</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>XIII</b>

---

## Tabellenverzeichnis

---

Tabelle 1:	Beteiligte Akteure und angewandte Erhebungsinstrumente	8
Tabelle 2:	Befragte Akteure und Rücklauf der Online-Befragungen	9
Tabelle 3:	Stand der Landesrahmenvertragsverhandlungen nach § 75 Abs. 1 SGB XI in den Versorgungsbereichen	16
Tabelle 4:	Richtwerte zur personellen Ausstattung im Bereich Pflege und Betreuung nach Bundesländern für vollstationäre Pflege*	22
Tabelle 5:	Stellenpotenziale (VZÄ) pro Bundesmutterheim* vor und nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs für vollstationäre Pflege	23
Tabelle 6:	Ungewichtete Durchschnittspunktwerte in den Modulen* der Begutachtungen** der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit	61
Tabelle 7:	Gründe für eine (eher) schwierige Nachvollziehbarkeit der Begutachtungsergebnisse und Verbesserungsvorschläge	115
Tabelle 8:	Rentenversicherungsbeiträge der privaten Pflegepflichtversicherung	119

---

## Abbildungsverzeichnis

---

Abbildung 1:	Zeitlicher Ablauf	7
Abbildung 2:	Bewertung des Überleitungsprozesses	15
Abbildung 3:	Stand der Landesrahmenvertragsverhandlungen nach § 75 Abs. 1 SGB XI in den Bundesländern	17
Abbildung 4:	Anzahl der Beschäftigten (VZÄ) in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen (in 1.000)	24
Abbildung 5:	Veränderung der Anzahl überwiegend in Pflege und Betreuung* eingesetzter Pflegekräfte (VZÄ) pro Bewohner einer vollstationären Pflegeeinrichtung	25
Abbildung 6:	Veränderung der Anzahl überwiegend in Pflege und Betreuung* eingesetzter Pflegekräfte (VZÄ) für ambulante Pflege pro Pflegebedürftigen	26
Abbildung 7:	Pflegetagesätze nach Pflegegraden und Versorgungsbereichen (in Euro)	27
Abbildung 8:	Veränderung der durchschnittlichen Pflegetagesätze nach Pflegegraden und Versorgungsbereichen (in Euro)	29
Abbildung 9:	Monatliches Gesamtheimergeld nach Pflegegraden für vollstationäre Pflege (in Euro)	31
Abbildung 10:	Veränderung des monatlichen Gesamtheimergeldes nach Pflegegraden für vollstationäre Pflege (in Euro)	32
Abbildung 11:	Durchschnittliche monatliche Finanzierungsanteile der Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern (in Euro)	33
Abbildung 12:	Veränderung des durchschnittlichen monatlichen einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (EEE) der Nutzerinnen und Nutzer (in Euro)	34
Abbildung 13:	Verbreitung der Förderung regionaler Netzwerke nach § 45c Abs. 9 SGB XI	44
Abbildung 14:	Anzahl der Auftragseingänge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei den MDK (in 1.000) und Anteil der Erst-, Änderungs-, Wiederholungs- und Widerspruchsaufträge (in %)	49

Abbildung 15:	Anzahl der durchgeführten Begutachtungen* zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei den MDK (in 1.000) und jeweiliger Anteil der Begutachtungen nach altem und neuem Rechtssystem (in %)	51
Abbildung 16:	Ergebnisse der Begutachtungen* der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem alten Rechtssystem (Einstufung in Pflegestufen in %)	56
Abbildung 17:	Ergebnisse der Begutachtungen* der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Rechtssystem (Einstufung in Pflegegrade in %)	57
Abbildung 18:	Ergebnisse der Erstbegutachtungen der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Rechtssystem (Einstufung in Pflegegrade in %)	59
Abbildung 19:	Ergebnisse der Erstbegutachtungen der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit von Personen mit mindestens 7,5 bzw. mindestens 11,25 bzw. 15 gewichteten Punkten bzw. in den Modulen 2 oder 3 (Einstufung in Pflegegrade in %)	65
Abbildung 20:	Ergebnisse der Erstbegutachtungen der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (neues Begutachtungsverfahren) nach den fünf häufigsten ersten pflegebegründenden Diagnosen (Einstufung in Pflegegrade in %)	67
Abbildung 21:	Anteil der unterschiedlichen Bearbeitungs- bzw. Begutachtungsfristen an den durch die Pflegekassen zu vertretenden Fristüberschreitungen bei Anträgen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (in %)	71
Abbildung 22:	Verteilung der von den Pflegekassen bewilligten Anträge über die Pflegegrade (in %)	73
Abbildung 23:	Anzahl der Empfehlungen für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI (linke Achse, in 1.000) und Anteil an allen Begutachtungen* der MDK (rechte Achse, in %), altes und neues Begutachtungsverfahren**	79
Abbildung 24:	Häufigkeit der Herausforderungen der Gutachterinnen und Gutachter der MDK* beim Ausfüllen des Formulars für gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung*	81
Abbildung 25:	Entwicklung der Zahl der aus den Rehabilitationsempfehlungen der MDK resultierenden Anträge auf Rehabilitationsleistungen (linke Achse, in 1.000) sowie der Einwilligungsquote (rechte Achse, in %)	82
Abbildung 26:	Anzahl der Empfehlungen für Maßnahmen der Prävention für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI (linke Achse, in 1.000) und Anteil an allen Begutachtungen* der MDK (rechte Achse, in %), neues Begutachtungsverfahren**	84

Abbildung 27:	Anzahl der Empfehlungen bzgl. Hilfsmitteln (gem. § 33 SGB V) für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI (linke Achse, in 1.000) und Anteil an allen Begutachtungen* der MDK (in %), neues Begutachtungsverfahren**	86
Abbildung 28:	Anzahl der Empfehlungen der bzgl. Pflegehilfsmitteln (gem. § 40 SGB XI) für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI (linke Achse, in 1.000) und Anteil an allen Begutachtungen* der MDK (in %), neues Begutachtungsverfahren**	87
Abbildung 29:	Einschätzungen ausgewählter Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen im Kontext der Veränderung des Verfahrens und der Inanspruchnahme von Hilfsmitteln bzw. Pflegehilfsmitteln (Anteile in %)*	90
Abbildung 30:	Ergebnisse der Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei nicht pflegeversicherten Personen bzw. Personen ohne Leistungsanspruch aus dem SGB XI in Verantwortung der Träger der Sozialhilfe*	92
Abbildung 31:	Akteure, die von den Trägern der Sozialhilfe* mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei nicht pflegeversicherten Personen bzw. Personen ohne Leistungsanspruch aus dem SGB XI beauftragt werden	93
Abbildung 32:	Einschätzungen der Träger der Sozialhilfe* zum durchschnittlichen zeitlichen Verwaltungsaufwand für die Feststellung des notwendigen pflegerischen Bedarfs nach § 63a SGB XII (Anteile in %), insgesamt und differenziert nach ost- und westdeutschen Bundesländern	96
Abbildung 33:	Einschätzungen der Träger der Sozialhilfe* zum durchschnittlichen finanziellen Verwaltungsaufwand für die Feststellung des notwendigen pflegerischen Bedarfs nach § 63a SGB XII (Anteile in %)	97
Abbildung 34:	Bruttoausgaben* der Hilfe zur Pflege nach Ort der Leistungserbringung – absolute Zahlen in Milliarden Euro sowie prozentuale Veränderung gegenüber dem vorherigen Jahr (in %)	99
Abbildung 35:	Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege* nach Ort der Leistungserbringung – absolute Zahlen in 1.000 sowie prozentuale Veränderung gegenüber dem vorherigen Jahr (in %)	100
Abbildung 36:	Bruttoausgaben* je Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege nach Ort der Leistungserbringung – absolute Zahlen in Euro sowie prozentuale Veränderung gegenüber dem vorherigen Jahr (in %)	102
Abbildung 37:	Bruttoausgaben* je Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege nach Ort der Leistungserbringung und nach Bundesländern – absolute Zahlen für das Jahr 2017 in 1.000 Euro sowie prozentuale Veränderung gegenüber dem Jahr 2016 (in %)	103

Abbildung 38:	Anzahl und Anteil Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen nach Ort der Leistungserbringung – absolute Zahlen in 1.000.000, Anteile (Kreisdiagramme) und prozentuale Veränderung gegenüber dem Jahr 2015 (in %)	105
Abbildung 39:	Bruttoausgaben* für Hilfe zur Pflege je Pflegebedürftigen nach Ort der Leistungserbringung – absolute Zahlen in Euro sowie prozentuale Veränderung gegenüber dem Jahr 2015 (in %)	106
Abbildung 40:	Einschätzungen der Informiertheit der Antragstellenden über die Inhalte des Begutachtungsinstrumentes	107
Abbildung 41:	Anteil der MDK auf Landesebene*, die die jeweiligen Maßnahmen im Kontext der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zusätzlich ergreifen (in %)	111
Abbildung 42:	Anteil der ausgewählten Pflegekassen bzw. privaten Versicherungsunternehmen*, die die jeweiligen Maßnahmen im Kontext der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zusätzlich ergreifen (in %)	112
Abbildung 43:	Einschätzungen der Nachvollziehbarkeit der Begutachtungsergebnisse für die Antragstellenden	114
Abbildung 44:	Qualität der Gutachten der MDK vor und nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Schätzwerte)	117
Abbildung 45:	Einschätzungen zu den Beiträgen der Pflegeversicherung an die Rentenversicherung	120

---

## Abkürzungsverzeichnis

---

Abs.	Absatz
BAGFW	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege
BAGSO	Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-Spitzenverband	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
HzP	Hilfe zur Pflege
KOLS	Konferenz der Obersten Landessozialbehörden
LRV	Landesrahmenvertrag
MDK	Medizinische(r) Dienst(e) der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
p. a.	per annum (pro Jahr)
PG	Pflegegrad
PSG II	Zweites Pflegestärkungsgesetz
PKV	Private Krankenversicherung
PKV-Verband	Verband der Privaten Krankenversicherung
PPV	Private Pflegeversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
SoVD	Sozialverband Deutschland
SPV	Soziale Pflegeversicherung
vdek	Verband der Ersatzkassen
VdK	Sozialverband VdK Deutschland

---

## Die zentralen Ergebnisse auf einen Blick

---

### Einführungs- und Umstellungsprozess

- Nach Ansicht aller an der Fortschreibung des Monitorings beteiligten Akteure hat die Systemumstellung insgesamt gut funktioniert. Ungeachtet dessen sei die Systemumstellung sehr herausfordernd gewesen und auch die Auswirkungen der Systemumstellung, wie bspw. die hohen Antrags- und Auftragseingänge zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, stellen den Aussagen der Befragten zufolge weiterhin eine große Herausforderung dar.
- Das neue Begutachtungsinstrument wurde nach Ansicht der zentralen Akteure erfolgreich in der Praxis umgesetzt. Die konzeptionelle Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses stelle sich allerdings zum Teil noch immer schwierig dar. Von vielen Akteuren wurde daher gewünscht, dass die Begleitung des Umstellungsprozesses durch das BMG bzw. das Begleitgremium nach § 18c SGB XI fortgesetzt wird.
- In den Sitzungen des Begleitgremiums nach § 18c SGB XI wurden seit dem Jahr 2016 bis heute alle relevanten, mit der Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zusammenhängenden Fragestellungen und Schwierigkeiten thematisiert und viele begleitende Unterstützungsprozesse angestoßen.

### Leistungsrecht und Entwicklung vertraglicher Grundlagen

- Das noch lückenhafte Vorliegen der Landesrahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI – acht Rahmenverträge wurden bisher an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst (Stand: Mai 2019) – lässt sich nach Aussage der relevanten Fachgesprächspartnerinnen und -partner u. a. dadurch erklären, dass im Rahmen der Systemumstellung eine Priorisierung erfolgen musste und bspw. die Vergütungsvereinbarungen vorrangig verhandelt wurden. Bei den Verhandlungen treten den befragten Akteuren zufolge insbesondere Schwierigkeiten bei der Neubeschreibung der Leistungen auf.
- Die Personalrichtwerte („Stellenpotenziale“) in vollstationären Einrichtungen haben sich zwischen 2016 und 2017 pro Einrichtung im Bundesdurchschnitt um etwa drei Vollzeitstellen verbessert. Jedoch sind die Stellenpotenziale stärker angestiegen als die tatsächliche Personalausstattung in den Pflegeeinrichtungen.
- Der Anstieg der stationären Vergütung und damit auch der Finanzierungsanteile der Pflegebedürftigen nach der Systemumstellung lässt sich nach Einschätzung der Fachgesprächspartnerinnen und -partner insbesondere auf die Verbesserungen bei der Entlohnung der Pflegekräfte zurückführen. Der Anstieg der Pflegekosten sei somit nicht maßgeblich durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bedingt.
- Der Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI wird vielen befragten Akteuren zufolge gegenwärtig durch eine Reihe von Faktoren gehemmt (u. a. teilweise restriktive Anerkennungsvoraussetzungen und unverhältnismäßig hoher Verwaltungsaufwand). Förderlich könnte insbesondere eine erleichterte Anerkennung von Anbietern haushaltsnaher Dienstleistungen und von Privatpersonen sein.
- Die Befragungsergebnisse legen nahe, dass es bisher im Bundesgebiet kein flächendeckendes Angebot an Pflegekursen gibt. Das vorhandene Angebot wird tendenziell eher verhalten in Anspruch genommen.

- Den Daten des Bundesversicherungsamtes zufolge wurden zwischen Januar 2018 und April 2019 in 49 Fällen Fördermittel nach § 45c Abs. 9 SGB XI in Höhe von 610.900 Euro vom Bundesversicherungsamt ausbezahlt. Insgesamt erhielten bisher 41 Netzwerke diesbezügliche Fördermittel. Der Verbreitungsgrad der Förderung ist damit nach wie vor gering.

### **Leistungsentscheidungsverfahren und Leistungsentscheidungen**

- Die Zahl der Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit ist durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs deutlich angestiegen – dies gilt insbesondere für Anträge für ambulante Leistungen. Dementsprechend hat sich auch der Umfang der durchgeführten Begutachtungen bei den MDK und Medicproof deutlich erhöht. Ursächlich hierfür war im Jahr 2017 vor allem die Erweiterung des Personenkreises der Anspruchsberechtigten nach dem SGB XI. Ab dem Jahr 2018 führte der sogenannte Höherstufungseffekt, der durch die nun fünf Pflegegrade statt drei Pflegestufen bedingt ist, zu einem weiteren Anstieg der Antragseingänge, der von den verantwortlichen Akteuren so nicht erwartet worden war. Auf den Höherstufungseffekt müsse man sich nach Aussage der Verantwortlichen dauerhaft einstellen.
- Im Ergebnis der seit der Systemumstellung von den MDK nach dem neuen Rechtssystem durchgeführten Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (Antragstellung ab 01.01.2017) wurden von den MDK und Medicproof überwiegend der Pflegegrad 2 und der Pflegegrad 3 empfohlen – Erstantragstellende wurden insgesamt etwas niedriger eingestuft als alle Antragstellenden insgesamt. Ob es sich bei dieser seit Anfang des Jahres 2018 weitgehend stabilen Verteilung der Begutachtungsergebnisse bereits um die dauerhafte Verteilung der Begutachtungsergebnisse im neuen System handelt, wird erst die Entwicklung in den kommenden Quartalen mit Sicherheit zeigen können.
- Im Zeitraum von November 2016 bis Dezember 2017 war die 25-Arbeitstage-Frist für Fälle ohne besonders dringlichen Entscheidungsbedarf ausgesetzt worden. Trotzdem sind die durchschnittlichen Laufzeiten der im oben genannten Zeitraum und darüber hinaus mit einer Frist belegten Begutachtungen (ohne Verzögerungen im Verfahren) durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und das damit verbundene hohen Begutachtungsaufkommen teils deutlich angestiegen. Mit Ausnahme der Begutachtungen mit einer 2-Wochen-Frist bei den MDK (allerdings geringe Fallzahlen) blieben die durchschnittlichen Laufzeiten sowohl bei den MDK als auch bei Medicproof (teilweise knapp) unterhalb der jeweils vorgegebenen Fristen.
- Die Zahl der Anträge, bei denen die vorgegebene Frist zur Erteilung des Leistungsbescheids nicht eingehalten werden konnte, ist bei den Pflegekassen seit der Systemumstellung deutlich angestiegen. Der Anteil der von den Pflegekassen zu vertretenden Fristüberschreitungen hat sich ebenfalls auf 4,4 Prozent (82.654 Fälle) erhöht. Entsprechend ist auch die Summe der pauschalen Zusatzzahlungen durch die Pflegekassen deutlich angestiegen. Die durchschnittliche Dauer der durch die Pflegekassen zu verantwortenden Fristüberschreitungen ist jedoch rückläufig.
- Nach der Systemumstellung hatte fast die Hälfte der Leistungsentscheidungen der Pflegekassen, bei denen der Antrag auf Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bewilligt wurde, den Pflegegrad 2 zum Ergebnis, knapp ein Viertel den Pflegegrad 1.

## **Empfehlungen bzgl. Rehabilitation, Prävention und Hilfsmittel- bzw. Pflegehilfsmittel**

- Der Anteil der Empfehlungen für Rehabilitation, Prävention und Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel an allen Begutachtungen der MDK hat sich seit der Systemumstellung und damit auch mit dem seit dem 01.01.2017 gültigen Formular für eine gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung (weiter) erhöht. Der seit 2015 einsetzende Anstieg an Rehabilitationsempfehlungen hat sich damit verstetigt. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass die systematische Erfassung der Bedarfe über das Formular für gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung seine Wirkung entfaltet und den Blick auf bestehende Reha-Potenziale stärkt.
- Fast alle Empfehlungen für Rehabilitation, Prävention und Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel werden bei Begutachtungen für ambulante Leistungen ausgesprochen und beziehen sich mehrheitlich auf Antragstellende in den Pflegegraden 1 bis 3.

## **Hilfe zur Pflege**

- Die Mehrheit der befragten Träger der Sozialhilfe war der Auffassung, dass sich der zeitliche und damit auch der finanzielle Verwaltungsaufwand für die Feststellung des notwendigen pflegerischen Bedarfs nach § 63a SGB XII im Durchschnitt pro Fall durch die Systemumstellung erhöht hat. Den Vertreterinnen und Vertretern des Deutschen Landkreistages, des Deutschen Städtetages und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) zufolge werden die mit der Systemumstellung verbundenen Herausforderungen von den Trägern der Sozialhilfe jedoch bewältigt.
- Die Bruttoausgaben<sup>1</sup> der Träger der Sozialhilfe sind durch die Systemumstellung im Jahr 2017 im Vergleich zum Vorjahr deutlich um 17 Prozent auf 3.607.162.912 Euro zurückgegangen. Insbesondere die Zahl der ambulant versorgten Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege ist gesunken. Die Vertreterinnen und Vertreter der Sozialhilfeträger betrachten den Rückgang der Bruttoausgaben für Leistungen der Hilfe zur Pflege nach der Systemumstellung nur als einen – durch die Besitzstandsschutzregelungen bedingten – Einmaleffekt des Jahres 2017. Sie gehen davon aus, dass die Empfängerzahlen und die Bruttoausgaben für Leistungen der Hilfe zur Pflege seit dem Jahr 2018 wieder angestiegen sind<sup>2</sup> bzw. auch danach weiter ansteigen werden.

## **Einschätzungen beteiligter Akteure zur Anwendung des neuen Begutachtungsinstrumentes**

- Die strukturelle, optische und sprachliche Gestaltung der Pflegegutachten könnte teilweise verbessert werden. Hilfreich für Antragstellende wäre bspw. die Darstellung wesentlicher Begutachtungsergebnisse (insb. Gesamtpunktzahl, modulbezogene Punktzahl und Empfehlungen) auf einer separaten Seite.
- Zur Bewältigung des hohen Arbeitsaufwands, der durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs entstanden ist, haben sowohl die Pflegekassen bzw. privaten Versicherungsunternehmen als auch die MDK auf Landesebene bzw. Medicproof zusätzliche Maßnahmen ergriffen. Diese seien aufgrund des hohen Antrags- und Auftragsaufkommens auch aktuell weiterhin notwendig (u. a. Fachbesprechungen, Personalaufstockungen, freiwillige Mehrarbeit).

<sup>1</sup> Für das Jahr 2017 sind die Bruttoausgaben um die Ausgaben für die in der Empfängerstatistik für dasselbe Jahr nicht enthaltenen ca. 23.000 Pflegebedürftigen bereinigt, deren Verfahren zur Feststellung des Pflegegrades noch nicht abgeschlossen war.

<sup>2</sup> Für die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege liegen noch keine Daten für das Jahr 2018 vor. Die Bruttoausgaben der Träger der Sozialhilfe sind im Jahr 2018 im Vergleich zum Vorjahr auf rund 4.002.953.000 Euro angestiegen (+11 % im Vergleich zum bereinigten Wert des Jahres 2017, +3 % im Vergleich zum unbereinigten Wert). Es ist jedoch auch im Jahr 2018 mit einer Entlastung für die Träger der Sozialhilfe zu rechnen. Dies geht aus Daten des Statistischen Bundesamts hervor, deren Auswertung nicht mehr im Rahmen dieses Projektes möglich war.

- Für die befragten Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen bestehen mehrheitlich keine besonderen mit dem neuen Begutachtungsinstrument zusammenhängenden Herausforderungen, auf Grundlage der von den MDK übersandten Gutachten fach- und sachgerechte Leistungsentscheidungen vorzunehmen.
- Die Ergebnisse der Online-Befragung legen nahe, dass die Begutachtungsergebnisse für die Antragstellenden nicht immer nachvollziehbar sind. Dies gelte insbesondere für die Berechnungsweise der Gesamtpunktzahl auf Basis der Einzelpunktzahl, daneben aber auch für die modulbezogenen Begutachtungsergebnisse und die Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen.
- Nach den Ergebnissen der halbjährlichen Online-Befragungen waren bei den MDK auf Landesebene und bei Medicproof keine nennenswerten Unterschiede in der Qualität der Gutachten vor und nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs festzustellen. Der Anteil der Gutachten, die die Qualitätsanforderungen der internen Qualitätsprüfungen der MDK nicht erfüllte, blieb trotz der Systemumstellung gering. (Nach)Schulungen der Gutachterinnen und Gutachter sowie die Anwendung bzw. Anpassung der Qualitätskontrollkonzepte der Akteure haben die Aufrechterhaltung der Qualität der Begutachtungen nach Aussage der verantwortlichen Akteure damit erfolgreich sichergestellt. Der MDS arbeitet in Abstimmung mit dem GKV-Spitzenverband gerade an einer Präzisierung der Begutachtungsrichtlinien. Eine strukturelle Anpassung der aktuellen Begutachtungsrichtlinien sei nicht notwendig.

# 1 Einleitung

---

Die Prognos AG wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit der Fortsetzung des von Oktober 2016 bis Mai 2017 durchgeführten Monitorings zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Kurzstudie) beauftragt. Die Fortschreibung des Monitorings ist als Los 5 Bestandteil der Evaluation nach § 18c Abs. 2 SGB XI zur fachlichen und wissenschaftlichen Begleitung der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und wurde von November 2017 bis Juni 2019 durchgeführt.

Das Monitoring hat die Aufgabe, dem BMG kurzfristiges Orientierungs- und Steuerungswissen hinsichtlich des aktuellen Umsetzungsstands bei den relevanten Akteuren (Pflegekassenverbände, Medizinische Dienste, Leistungserbringer, Betroffenenverbände, Beratungsinstitutionen, Träger der Sozialhilfe) zu liefern und eine optimale Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu gewährleisten.

Die Prognos AG legt dem BMG hiermit den Endbericht zur Fortschreibung des Monitorings vor. In diesem werden die zentralen Ergebnisse dargestellt. Sie basieren auf den Ergebnissen von (halbjährlichen) Online-Befragungen der beteiligten Akteure, den Ergebnissen von (halbjährlichen) Fachgesprächen mit zentralen Akteuren, der Auswertung der relevanten und verfügbaren statistischen Kennzahlen sowie der Analyse der bisher an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepassten Landesrahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI.

In Kapitel 2 wird das grundsätzliche methodische Vorgehen bei der Durchführung der Fortschreibung des Monitorings grob skizziert. Die zentralen Monitoring-Ergebnisse sind in Kapitel 3 thematisch gegliedert dargestellt. In Kapitel 4 wird ein kurzes Fazit gezogen.

## 2 Methodisches Vorgehen

---

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Rahmen der Systemumstellung ein wissenschaftliches Monitoring zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in Auftrag gegeben (Laufzeit: Oktober 2016 bis Mai 2017). Um auch die anschließende Umsetzungsphase weiter wissenschaftlich zu begleiten, wurde im Zeitraum von November 2017 bis Juni 2019 eine Fortschreibung des Monitorings zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs durchgeführt, die inhaltlich und methodisch auf der Vorstudie aufbaut.

Im Rahmen der **Erstellung der wissenschaftlichen Konzeption zur Durchführung des Monitorings (Modul 1)** wurde zu Beginn der Fragenkatalog aus der Leistungsbeschreibung in enger Abstimmung mit dem BMG und den beteiligten Akteuren weiterentwickelt und die für das Monitoring vorgesehenen Erhebungsinstrumente konzipiert (Modul 1).<sup>3</sup> Den Abschluss der Konzeptionsphase bildete der Methodenbericht Mitte Februar 2018 (erster Zwischenbericht).

Im Anschluss startete die Erhebungsphase, die in drei halbjährliche Erhebungswellen gegliedert war, in denen jeweils wiederkehrend die **Datenerhebung und -aufbereitung (Modul 2)** sowie die **Datenauswertung (Modul 3)** stattfand. Zum Abschluss der ersten beiden Erhebungsphasen wurden Anfang August 2018 bzw. Anfang Februar 2019 Zwischenberichte mit den aktuellsten Monitoring-Ergebnissen an das BMG übermittelt. Der vorliegende Endbericht bildet den Abschluss der dritten Erhebungsphase und fasst die zentralen Ergebnisse aller drei Erhebungswellen zusammen.

Die Monitoring-Ergebnisse wurden mit vier verschiedenen Erhebungsinstrumenten generiert:<sup>4</sup>

- Auswertung **statistischer Kennzahlen** der beteiligten Akteure bzw. sonstiger Akteure<sup>5</sup>
- Durchführung **halbjährlicher Online-Befragungen** der beteiligten Akteure<sup>6</sup>
- Durchführung leitfadengestützter **halbjährlicher Fachgespräche** mit zentralen Akteuren im Nachgang der jeweiligen Online-Befragung
- Analyse der neu angepassten Landesrahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI im Rahmen der sogenannten **Dokumentenanalyse**

<sup>3</sup> Der weiterentwickelte Fragenkatalog und die jeweiligen Erhebungsinstrumente finden sich in den Anlagen zum vorliegenden Bericht.

<sup>4</sup> Nicht alle im Fragenkatalog aus der Leistungsbeschreibung vorgesehenen Daten konnten über die statistischen Kennzahlen erfasst werden. Wenn möglich wurden diese (zumindest qualitativ) über die Online-Befragungen bzw. die Fachgespräche erfasst.

<sup>5</sup> Neben den statistischen Kennzahlen der beteiligten Akteure wurden auch Daten bzw. Sonderauswertungen des Statistischen Bundesamtes (Pflegestatistik und Sozialhilfestatistik) sowie Daten des Bundesversicherungsamtes und der Deutschen Rentenversicherung verwendet.

<sup>6</sup> Die örtlichen und überörtlichen Träger der Sozialhilfe wurden nach Abstimmung mit dem BMG, dem BMAS und den zuständigen Vertreterinnen und Vertretern (Deutscher Landkreistag, Deutscher Städtetag, BAGÜS) lediglich einmal im ersten Quartal 2019 befragt. Die Online-Befragung wurde von den Verantwortlichen von Los 3 (IGES), Los 4 (SOCIUM) und Los 5 (Prognos) gemeinsam konzipiert und durchgeführt. Da die Fachgespräche jeweils im Anschluss an die jeweiligen Online-Befragungen stattfinden sollten, fand lediglich ein gemeinsames Fachgespräch mit dem Deutschen Landkreistag, dem Deutschen Städtetag und der BAGÜS im Mai 2019 statt.

In Abbildung 1 ist der zeitliche Verlauf der Durchführung der Arbeitsschritte zur Fortschreibung des Monitorings grafisch dargestellt. Darüber hinaus fand ein regelmäßiger Austausch mit dem Auftraggeber sowie punktuell auch mit den anderen Verantwortlichen der Lose der Evaluation nach § 18c Abs.2 SGB XI statt.<sup>7</sup> Die Zwischenergebnisse der Evaluation wurden zudem regelmäßig in den Sitzungen des Begleitgremiums nach § 18c vorgestellt (siehe Kapitel 3.1.3).

**Abbildung 1: Zeitlicher Ablauf**  
4. Quartal 2017 bis 2. Quartal 2019

Arbeitsschritte	2017	2018				2019	
	4. Quartal	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal	1. Quartal	2. Quartal
<b>Modul 1: Erstellung wissenschaftlicher Konzeption</b>							
Erstellung Konzept zum Vorgehen	■						
Entwicklung & Aktualisierung Erhebungsinstrumente	■	■	■	■	■	■	■
<b>Modul 2: Datenerhebung und -aufbereitung</b>							
Erfassung statistischer Kennzahlen			■	■	■	■	■
Durchführung Online-Befragungen		■			■		■
Durchführung Fachgespräche			■		■		■
<b>Modul 3: Datenauswertung</b>							
Datenlieferungen*			■	■	■	■	■
Online-Befragungen			■		■		■
Fachgespräche (Protokolle)				■		■	■
<b>Berichtserstellung</b>							
Konzept zum Vorgehen	◆						
Zwischenberichte		◆		◆		◆	
Endbericht							◆

\* Einschließlich der Analyse der angepassten Landesrahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI.

Quelle: Prognos 2019

Die Fortschreibung des Monitorings fand unter Einbindung von Vertreterinnen und Vertretern aller Akteursgruppen statt, die an der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs beteiligt waren. In Tabelle 1 ist dargestellt, welche Akteure bzw. Akteursgruppen an der Fortschreibung des Monitorings beteiligt waren und mit welchen Erhebungsinstrumenten diese jeweils adressiert wurden.

<sup>7</sup> Mitte November 2017 fand der Kick-off mit dem Auftraggeber statt, Mitte Juni 2019 das Abschlusstreffen. Im Dezember 2017 fand zudem ein Koordinierungstreffen aller Losnehmer der Evaluation nach § 18c Abs. 2 SGB XI mit dem Auftraggeber statt.

**Tabelle 1: Beteiligte Akteure und angewandte Erhebungsinstrumente**  
4. Quartal 2017 bis 2. Quartal 2019

Akteure	Statistische Kennzahlen	Online-Befragungen	Fachgespräche
<b>Verbände der Pflegeversicherung</b>			
GKV-Spitzenverband	X		X
Ausgewählte Pflegekassen	X	X	
PKV-Verband	X	X	X
Private Versicherungsunternehmen		X	
Landesverbände der Pflegekassen		X	
<b>Medizinische Dienste</b>			
MDS	X		X
MDK auf Landesebene		X	
Medicproof	X	X	X
<b>Trägerverbände der Leistungserbringer</b>			
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa)	X (Stellenpotenziale)		X
Caritas Bundesverband			X
Diakonie Deutschland			X
Den jeweiligen Trägerverbänden zugehörige Pflegeeinrichtungen		X	
<b>Betroffenenverbände</b>			
Zentrale Vertreterinnen und Vertreter der Betroffenenverbände			X
(Landes-)Verbände*		X	
<b>Beratungsinstitutionen</b>			
Pflegestützpunkte		X	
Compass		X	
<b>Träger der Sozialhilfe</b>			
Zentrale Vertreterinnen und Vertreter (Deutscher Landkreistag, Deutscher Städtetag, BAGüS)	<i>keine Datenlieferung möglich, Verweis auf Sozialhilfestatistik</i>		X (einmalig)
Örtliche und überörtliche Träger		X (einmalig)	

\* Bei den sechs befragten Akteuren handelt es sich um Jeweils einen Landesverband des Sozialverband Deutschland (SoVD), des Sozialverband VdK Deutschland (VdK) und der Verbraucherzentrale, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO), die Deutsche Alzheimer Gesellschaft sowie die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben Deutschland.

Quelle: Prognos 2019

Bei den durchgeführten Online-Befragungen handelt es sich um Teil- und Vollerhebungen, wobei die Ergebnisse der Teilerhebungen nicht repräsentativ für die jeweilige Akteursgruppe sind.<sup>8</sup> Die Fragebögen wurden – bis auf eine Ausnahme (siehe \*) – in allen drei Befragungswellen an

<sup>8</sup> Als repräsentativ sind entsprechend die Ergebnisse für folgende Akteure zu bezeichnen (Vollerhebungen): Landesverbände der Pflegekassen, PKV-Verband, MDK auf Landesebene, Medicproof und Compass. Die restlichen über die Online-Befragung generierten Monitoring-Ergebnisse sind nicht repräsentativ (Teilerhebungen).

dieselben Akteure versandt. Der Rücklauf (N) pro Akteursgruppe variierte zwischen den drei Befragungswellen (Tabelle 2).<sup>9</sup>

**Tabelle 2: Befragte Akteure und Rücklauf der Online-Befragungen**

Akteure	Versandte Fragebögen	Vorliegende Antworten (N)		
		1. Quartal 2018	3. Quartal 2018	1. Quartal 2019
<b>Verbände der Pflegeversicherung</b>				
Ausgewählte Pflegekassen	10	10	9	9
Landesverbände der Pflegekassen	16	16	14	15
PKV-Verband	1	1	1	1
Private Versicherungsunternehmen	21	13	17	13
<b>Medizinische Dienste</b>				
MDK auf Landesebene	15 /16*	16	15	15
Medicproof	1	1	1	1
<b>Ausgewählte Pflegeeinrichtungen**</b>	<b>730</b>			
<i>ungewichteter Rücklauf</i>		<b>149</b>	<b>90</b>	<b>91</b>
<i>gewichtete Zielgröße/gewichteter Rücklauf**</i>		<b>270/270</b>	<b>270/258</b>	<b>285/272</b>
bpa	116	31	22	16
Caritas	410	56	40	43
Diakonie	204	62	28	32
<b>Betroffenenverbände</b>				
(Landes-)Verbände	6	6	5	6
<b>Beratungsinstitutionen</b>				
Pflegestützpunkte	350	62	79	87
Compass	1	1	1	1
<b>Träger der Sozialhilfe</b>				
örtliche und überörtliche Träger	432	-	-	126

\* Nach dem Hinweis der Befragten der MDK Berlin und Brandenburg wurden diese ab der zweiten Online-Befragung zusammen befragt. Damit sank die Gesamtzahl der befragten MDK auf Landesebene auf 15.

\*\* Für die Befragung der Pflegeeinrichtungen aller vier Versorgungsbereiche wurde auf Basis der Pflegestatistik 2015 eine 1-Prozent-Stichprobe gezogen. Da nicht mit einem hundertprozentigen Rücklauf zu rechnen war, wurden mehr Einrichtungen angeschrieben als laut Stichprobe erforderlich. Aufgrund der Abweichung der Befragungsrückläufe von der bundesweiten Verteilung der Pflegeeinrichtungen wurden die Befragungsergebnisse auf Basis der jeweils aktuellen Pflegestatistik (2015 bzw. 2017) nach Versorgungsbereichen und Trägerschaft (Unterscheidung privat und freigemeinnützig) gewichtet. In der zweiten und dritten Online-Befragung konnte die Zielgröße von (gewichtet) 270 bzw. 285 Einrichtungen nicht erreicht werden, da von Seiten der privaten Träger keine Einrichtungen im Bereich der Kurzzeitpflege bzw. im Bereich der teilstationären Pflege an der Befragung teilgenommen haben.

Quelle: Prognos 2019

<sup>9</sup> Im vorliegenden Bericht wird bei der Darstellung der Befragungsergebnisse jeweils die Zahl derjenigen Akteure ausgewiesen als n ausgewiesen, die eine Einschätzung zur jeweiligen Frage gemacht haben. Dies umfasst nicht die Akteure, die die Antwortoption „keine Angabe möglich“ angekreuzt haben.

## 3 Zentrale Ergebnisse

---

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse aller Online-Befragungen der beteiligten Akteure, aller Fachgespräche mit den zentralen Akteuren sowie aller Auswertungen der weiteren Datenlieferungen (statistische Kennzahlen) und der durchgeführten Analysen der seit Systemumstellung angepassten Landesrahmenverträge (Dokumentenanalyse) zusammenfassend dargestellt. Weitere relevante Monitoring-Ergebnisse finden sich im separaten Anhang zum vorliegenden Bericht, auf den jeweils per Fußnote verwiesen wird.

### 3.1 Einführungs- und Umstellungsprozess

#### 3.1.1 Erwartungen der zentralen Akteure an die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Die unterschiedlichen Akteursgruppen haben die Systemumstellung im Vorhinein – nach eigenen Aussagen in den Fachgesprächen – intensiv mit vorbereitet und begleitet – u. a. auch als Mitglieder des Beirats zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach § 18c Abs. 1 SGB XI. Grundsätzlich standen alle zentralen Akteure der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs positiv gegenüber und erhofften sich durch die Erweiterung des Kreises der Leistungsberechtigten nach dem SGB XI eine gerechtere Begutachtung der Antragstellenden. Auch die Träger der Sozialhilfe konnten den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wegen seiner Nähe zur Hilfebedarfsbetrachtung in der Eingliederungshilfe grundsätzlich gut mittragen. Bei den privaten und freigemeinnützigen Trägerverbänden der Leistungserbringer gab und gibt es unterschiedliche Einschätzungen dazu, welche konzeptionellen Neuerungen der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in der Praxis tatsächlich bringt bzw. bringen wird. Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) hatte bzw. hat hier deutlich geringere Erwartungen als die kirchlichen Träger der Caritas und Diakonie.

Bedenken hat es im Vorhinein sowohl bei Leistungserbringern als auch bei den Trägern der Sozialhilfe hinsichtlich der mittelfristigen Auswirkungen des Auslaufens der großzügigen Überleitungsregelungen (Bestandsschutz) auf die Kostenstruktur in den Einrichtungen und Diensten (sog. genannter Zwillingsseffekt) bzw. die Ausgaben der Träger der Sozialhilfe für Leistungen der Hilfe zur Pflege gegeben.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Ob diese Bedenken berechtigt waren, kann nach Aussage der entsprechenden Akteure aktuell noch nicht eingeschätzt werden, da noch keine wissenschaftlichen Erkenntnisse zu den Auswirkungen des Zwillingsseffektes bzw. keine aktuelleren Daten aus der Sozialhilfestatistik vorliegen.

### 3.1.2 Einschätzung der zentralen Akteure zum (aktuellen) Stand der Systemumstellung

Die Einschätzungen der Akteure im Rahmen der halbjährlichen Fachgespräche zum aktuellen Stand der Systemumstellung haben sich zwischen April 2018 und Mai 2019 nicht wesentlich verändert:

- Besonders positiv äußerten sich regelmäßig der GKV-Spitzenverband bzw. der PKV-Verband und der MDS bzw. Medicproof zum Stand der Systemumstellung.
- Die drei befragten Trägerverbände der Leistungserbringer sowie die Vertreterinnen und Vertreter der Betroffenenverbände bewerteten den Stand der Systemumstellung durchaus auch positiv, jedoch insgesamt kritischer als die oben genannten Akteure. Ähnlich gemischt bewerteten die Vertreterinnen und Vertreter der Träger der Sozialhilfe (Deutscher Landkreistag, Deutscher Städtetag, BAGüS) die Systemumstellung.

Dieses Bild mag auch mit den unterschiedlichen thematischen Schwerpunkten bzw. Zuständigkeiten der Akteursgruppen zusammenhängen. So verlief die Systemumstellung im Bereich des neuen Begutachtungsinstrumentes laut Aussage aller Akteure deutlich reibungsloser als bspw. die Anpassung der vertraglichen Grundlagen (u. a. der Landesrahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI).

#### Technische bzw. organisatorische Systemumstellung

Alle zentralen Akteure zeigten sich im ersten Fachgespräch im April/Mai 2018 mit der technischen bzw. organisatorischen Systemumstellung – bis auf wenige Kritikpunkte, für die jedoch zwischenzeitlich Lösungen gefunden werden konnten – zufrieden. Diese sei trotz der Größe der Reform überraschend reibungslos verlaufen, was von vielen Befragten explizit auch auf die guten und hilfreichen Übergangsregelungen zurückzuführen war. Dennoch habe die technische und organisatorische Umstellung zu Beginn viele Ressourcen bei den Beteiligten gebunden, sodass – wie bereits die Kurzstudie zum Monitoring unmittelbar vor bzw. nach der Systemumstellung gezeigt hat – die konzeptionelle Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erst nach und nach angegangen werden konnte.

#### Umsetzung des neuen Begutachtungsinstrumentes in der Praxis

Die Einführung und Umsetzung des neuen Begutachtungsinstrumentes wurden von allen Akteuren im abschließenden Fachgespräch als Erfolg bewertet. Aktuell werden die Begutachtungsrichtlinien auf Basis der bisherigen Erfahrungen bei der Begutachtung und Einstufung konkretisiert und klarer gefasst. Insgesamt habe sich das Begutachtungsinstrument jedoch in der Praxis bewährt. Über den gesamten Berichtszeitraum wurde von den Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen bzw. den MDK und Medicproof das zum Teil unerwartet und anhaltend hohe Antrags- bzw. Auftragsvolumen – im Jahr 2018 bedingt durch einen sogenannten Höherstufungseffekt (hohe Zahl an Höherstufungsanträgen) – als große logistische Herausforderung benannt, der die Verantwortlichen jedoch eigenen Angaben zufolge nach wie vor mit internen Maßnahmen (u. a. Aufstockung des neuen Personals) begegnen, um eine möglichst zügige Begutachtung der antragstellenden Personen zu gewährleisten.

Alle Fachgesprächspartnerinnen und -partner, insbesondere aber die Vertreterinnen und Vertreter der Betroffenenverbände stellten im Rahmen der Fachgespräche fest, dass das Pflegesystem aus Sicht der Versicherten bzw. deren Angehörigen durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bzw. des neuen Begutachtungsinstrumentes noch einmal komplexer geworden sei. Daher sei es wichtig, den Betroffenen ausreichende und gute Informations- und Beratungsangebote zur Verfügung zu stellen.

### Konzeptionelle Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses

Als noch nicht zufriedenstellend erachten die Akteure die konzeptionelle Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Überwiegend wurde angegeben, dass diese noch nicht sehr weit vorangeschritten sei und noch mehr Zeit brauche. Dies zeige sich u. a. daran, dass die Anpassung der Landesrahmenverträge nach § 75 SGB XI seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs kaum Fortschritte gemacht habe und stagniere. Fast zweieinhalb Jahre nach der Systemumstellung sind acht von 64 Landesrahmenverträgen an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst worden. Die Vertreterinnen und Vertreter der Träger der Sozialhilfe weisen im Übrigen auf erhebliche Schwierigkeiten hin, die in der aus ihrer Sicht durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff deutlich verstärkten ungelösten Abgrenzung zwischen Pflege und Eingliederungshilfe begründet seien. Diese aus Sicht der Fachgesprächspartnerinnen und -partner bisher ungelöste inhaltliche Abgrenzung der Pflege und der Eingliederungshilfe im Kontext des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erachten sie als nicht zufriedenstellend. Dies gilt hinsichtlich der Feststellung und Bemessung der jeweiligen Leistungsansprüche auch dann, wenn eine gemeinsame Leistungsgewährung unter Federführung der Eingliederungshilfeträger in Betracht kommt. Ihrer Ansicht nach würde nur eine klare Vorrang-/Nachrang-Regelung auf Bundesebene Abhilfe schaffen.<sup>11</sup>

### Sonstige relevante Themen und Herausforderungen

Die Vertreterinnen und Vertreter der Träger der Sozialhilfe gaben an, dass die Feststellung des pflegerischen Bedarfs nach § 63a SGB XII auf Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sich mittlerweile zwar eingespielt habe, jedoch nach wie vor eine Herausforderung für die Träger der Sozialhilfe darstelle, auch wenn sie von der Verwaltung aktuell bewältigt werden könne. Dagegen funktioniere die Umsetzung der Vereinbarungen nach § 13 Abs. 4 SGB XI zwischen Pflegekassen und Trägern der Eingliederungshilfe – trotz vorliegender Empfehlungen – wohl nicht. Nach Ansicht der befragten Akteure sei die fehlende Umsetzung im nicht vorhandenen Bedarf der Betroffenen nach einer entsprechenden Vereinbarung begründet.

<sup>11</sup> Für das Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe gelten heute folgende klare Vorschriften:

- In § 13 Abs. 3 SGB XI ist geregelt, dass Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen unberührt bleiben und diese im Verhältnis zur Pflegeversicherung nicht nachrangig sind. Leistungen der Eingliederungshilfe sind nach dem für sie geltenden Recht neben Leistungen der Pflegeversicherung also vollumfänglich zu erbringen.

- Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) wurde zudem die Kooperationsregelung des § 13 Abs. 4 SGB XI beim Zusammenreffen von Leistungen der Pflegeversicherung und Leistungen der Eingliederungshilfe weiterentwickelt. Die Träger der Pflegeversicherung, der Eingliederungshilfe sowie ggf. der Hilfe zur Pflege sind hiernach nunmehr verpflichtet zusammenzuarbeiten und die Details zur Leistungserbringung und Kostenerstattung hierfür in einer Vereinbarung zu regeln, wenn der Leistungsberechtigte dem zustimmt. Zur näheren Konkretisierung hat dazu der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe eine Empfehlung beschlossen, vor deren Erlass die Länder, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Vereinigungen der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe auf Bundesebene sowie die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen angehört wurden.

Alle Befragten begrüßen die Verbesserung bei der Entlohnung der Pflegekräfte. Insbesondere nach Aussage der Betroffenenverbände, aber auch der Vertreterinnen und Vertreter der Träger der Sozialhilfe stellt der damit – und nur zu einem geringen Anteil mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs – zusammenhängende Anstieg der Finanzierungsanteile für Pflegeleistungen jedoch ein erhebliches Problem für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen bzw. (perspektivisch, wenn die Fälle mit Bestandsschutz wegfallen) auch für die Träger der Sozialhilfe dar, das aus ihrer Sicht angegangen werden müsse.

Die Trägerverbände der Leistungserbringer sowie die Betroffenenverbände sehen zudem die Verfügbarkeit des pflegerischen Personals als entscheidenden Erfolgsfaktor für die Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in der Praxis an und betrachten den zunehmenden Personalmangel in der Pflege auch in diesem Zusammenhang mit Sorge. Das neue Pflegeverständnis könne nur mit ausreichendem Personal tatsächlich in der Praxis umgesetzt werden. Auch hinsichtlich der Umsetzung des Entlastungsbetrages habe es nach Aussage der Betroffenenverbände negatives Feedback von Seiten der Versicherten und ihrer Angehörigen gegeben. Im ambulanten Bereich gebe es Defizite bei der Verfügbarkeit von Angeboten zur Unterstützung der häuslichen Pflege. Die Verantwortlichen betonten zudem mit Nachdruck, dass flexiblere Möglichkeiten der Verwendung von Pflegeleistungen hilfreich wären, um die Versorgungssituation der Betroffenen zu verbessern.

### Abschließende Bewertung des bisherigen Umstellungsprozesses durch die befragten Akteure

Nach Ansicht aller Akteure hat die Systemumstellung insgesamt gut funktioniert. Verantwortlich hierfür seien die vorab vereinbarten Übergangsregelungen, die intensive Vorbereitung und Abstimmung des Prozesses zwischen den beteiligten Akteuren und dem BMG (u. a. auch im Rahmen der Sitzungen des Begleitgremiums nach § 18c SGB XI) sowie das Engagement aller Beteiligten. Dennoch ist die Umstellung für die meisten Akteure sehr herausfordernd gewesen, u. a. durch den hohen Zeitdruck. Auch die hohen Antrags- und Auftragszahlen bei den Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, stellen die Akteure – trotz erfolgreicher Systemumstellung – weiterhin vor Herausforderungen.

Während das neue Begutachtungsinstrument in der Praxis erfolgreich umgesetzt worden sei, sei die konzeptionelle Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses nach wie vor nicht zufriedenstellend. Diese Entwicklung müsse auch vor dem Hintergrund der zeitgleich stattfindenden Reformvorhaben der Bundesregierung (u. a. Pflegepersonal-Stärkungsgesetz und „Konzertierte Aktion Pflege“) gesehen werden, die sowohl beim BMG als auch bei den beteiligten Akteuren Kapazitäten binden würden. Es brauche unbedingt weiterhin einen starken politischen Fokus auf die noch ausstehenden Aufgaben im Rahmen der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Praxis. Von vielen Akteuren wird daher auch die Fortsetzung der Begleitung des weiteren Umstellungsprozesses durch das BMG bzw. das Begleitgremium nach § 18c SGB XI gewünscht.

### 3.1.3 Begleitung des Einführungs- und Umsetzungsprozesses durch das Gremium nach § 18c SGB XI

Während der Vorbereitungsphase zur Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit hat das BMG gemäß § 18c Abs. 1 SGB XI ein Begleitgremium eingerichtet. Dieses hat das Ministerium in fachlichen Fragen beraten und den GKV-Spitzenverband, den MDS sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene bei der Vorbereitung auf die Umstellung unterstützt. Seit dem 1. Januar 2017 wurde dem Gremium zusätzlich die Aufgabe übertragen, das BMG bei der Klärung fachlicher Fragen zu beraten, die nach der Umstellung auftreten. Seit Anfang des Jahres 2016 bis heute (Stand: Juni 2019) haben insgesamt elf Sitzungen des Begleitgremiums zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs stattgefunden.<sup>12</sup>

**Vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs** stand in den Sitzungen regelmäßig der Stand der Kommunikation zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf der Agenda. Von Beginn an hat das Begleitgremium auch den Stand der Neuverhandlungen der Landesrahmenverträge im Blick gehabt. Da die Anpassungen der Landesrahmenverträge die Vertragsparteien vor große Herausforderungen stellen, wurde in der Sitzung im Dezember 2016 das Empfehlungspapier der BAGFW zur inhaltlichen Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den Landesrahmenverträgen vorgestellt. In der zweiten Jahreshälfte des Jahres 2016 stand auch die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in die Praxis verstärkt im Fokus.

**Nach der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs** wurden in den Sitzungen regelmäßig der Umsetzungsstand hierzu abgefragt und dabei auftretende Schwierigkeiten und Herausforderungen thematisiert. Insbesondere die Neuverhandlung der Landesrahmenverträge sowie die konzeptionelle Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat das Begleitgremium beschäftigt. In der Sitzung im Dezember 2017 wurden in diesem Kontext die Ergebnisse der vom BMG beauftragten Expertise von Dr. Wingenfeld und Prof. Büscher zur „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ vorgestellt und gemeinsam mit einer Präambel beraten; der Beirat empfahl die Expertise einstimmig als fachlichen Referenzrahmen für die Weiterentwicklung von fachlichen Konzepten und Vereinbarungen in der Pflege. Im Jahr 2017 fanden zwei Workshops zum veränderten Pflegeverständnis statt. Erwähnenswert ist zudem die Vorstellung der Ergebnisse zum Projekt „Bedarfskonstellationen und Pflegegrade bei Heimbewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten“ im Frühjahr 2018 durch Dr. Wingenfeld. Seit Ende des Jahres 2018 wurde regelmäßig über den aktuellen Sachstand in der vom BMG beauftragten Evaluation nach § 18c SGB XI in den Sitzungen berichtet.

<sup>12</sup> In Kapitel 1.1 im Anhang findet sich eine chronologische Übersicht über die Themen der Sitzungen des Begleitgremiums vor und nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Darin sind auch die durchgeführten Fachtagungen und Workshops aufgeführt.

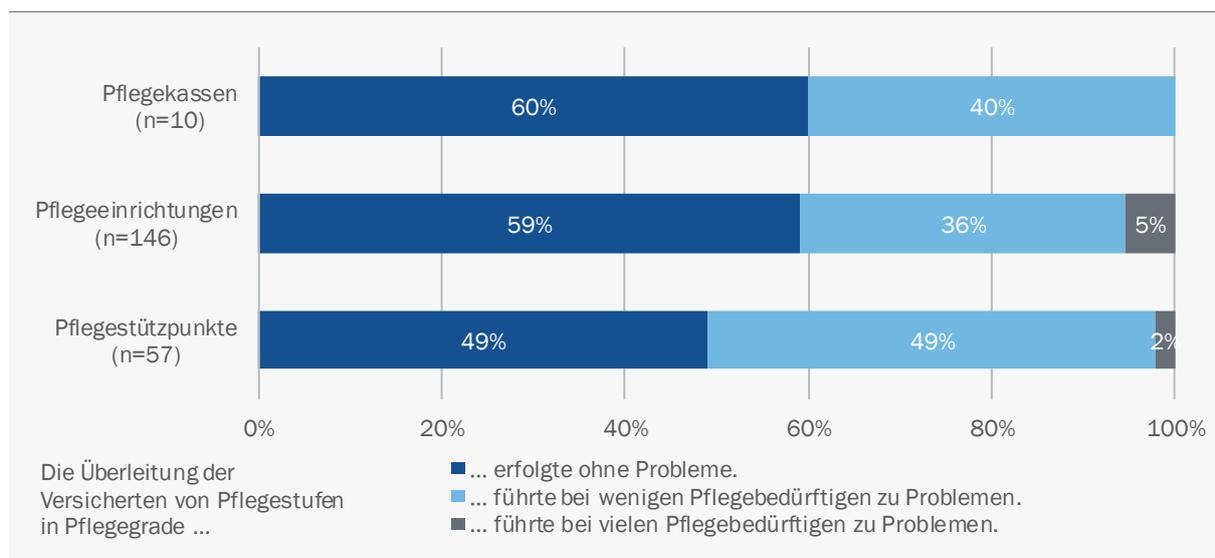
### 3.1.4 Rückblickende Einschätzung der Pflegekassenverbände und Pflegeeinrichtungen zur Überleitung der Versicherten

Nahezu alle der im ersten Quartal 2018 online befragten Akteure gaben an, dass die Überleitung der Versicherten entweder ohne Probleme erfolgt sei oder nur bei wenigen Pflegebedürftigen zu Problemen geführt habe (Abbildung 2, Compass und der PKV-Verband meldeten eine problemlose Überleitung).

Anfänglich habe es Schwierigkeiten in einzelnen komplizierteren Fallkonstellationen bei der Umsetzung der Besitzstandsregelung in stationären Einrichtungen sowie grundsätzlich bei der Überleitung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gegeben (Nichtberücksichtigung „doppelter Stufensprung“). In den Fachgesprächen wurde auch die unzureichende Information der Versicherten durch die Pflegekassen vor der Überleitung als Kritikpunkt genannt. Auch die sogenannte „BARMER-Problematik“<sup>13</sup> wurde von fast allen Akteuren bei den wenigen Punkten aufgezählt, die nicht reibungslos funktioniert haben. Hierbei wurde jedoch positiv hervorgehoben, dass von den Verantwortlichen schnell unbürokratische Lösungen gefunden werden konnten.

**Abbildung 2: Bewertung des Überleitungsprozesses**

Online-Befragung, 1. Quartal 2018



Quelle: Prognos 2019

<sup>13</sup> Falsche Berechnung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils durch die Einrichtungen als Folge von fehlerhafter Berücksichtigung der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in den Kassendaten der BARMER.

## 3.2 Leistungsrecht und Entwicklung der vertraglichen Grundlagen

### 3.2.1 Anpassung und Neuausrichtung der Landesrahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI (inkl. Dokumentenanalyse)

Gesetzlich verbindliche Rahmenverträge der einzelnen Bundesländer für vollstationäre Pflege, Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege und ambulante Pflege dienen der Sicherstellung einer wirksamen und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgung. Vertragspartner sind auf der einen Seite die Landesverbände der Pflegekassen zusammen mit den MDK auf Landesebene sowie dem PKV-Verband in den Ländern und auf der anderen Seite die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen des jeweiligen Bundeslandes. Zudem sind die örtlichen bzw. überörtlichen Träger der Sozialhilfe zu beteiligen.<sup>14</sup>

Im Rahmen der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sind die leistungsrechtlichen Änderungen in die Landesrahmenverträge zu übernehmen. Es ist u. a. durch die Vertragspartner zu prüfen, inwiefern Überarbeitungsbedarf bei den Leistungsbeschreibungen in den Rahmenverträgen besteht. Zudem müssen die Angaben zur Personalausstattung überarbeitet und an die fünf Pflegegrade angepasst werden. Die Form der Anpassung wird durch die Vertragspartner in den einzelnen Bundesländern bestimmt.<sup>15</sup> Seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017 wurden bis zum ersten Quartal 2019 acht Rahmenverträge angepasst (Tabelle 3 und Abbildung 3).<sup>16</sup>

**Tabelle 3: Stand der Landesrahmenvertragsverhandlungen nach § 75 Abs. 1 SGB XI in den Versorgungsbereichen**

Online-Befragung, 1. Quartal 2019

Versorgungsbereiche	Angepasst	In Verhandlung	Zurückgestellt
Vollstationäre Pflege	3	9	4
Kurzzeitpflege	0	3	12
Teilstationäre Pflege	3	4	9
Ambulante Pflege	2	9	3
<b>Insgesamt</b>	<b>8</b>	<b>25</b>	<b>28</b>

Quelle: Prognos 2019

Die Ergebnisse der Fortschreibung des Monitorings deuten darauf hin, dass die Vertragspartner den Verhandlungsaufwand bzw. -prozess unterschätzt haben. Bei den sich aktuell in Verhandlung befindenden Landesrahmenverträgen hat sich der noch im ersten Quartal 2018, zu Beginn der Fortschreibung des Monitorings, geplante Verhandlungsabschluss um durchschnittlich etwa ein

<sup>14</sup> Vgl. § 75 Abs. 1 SGB XI.

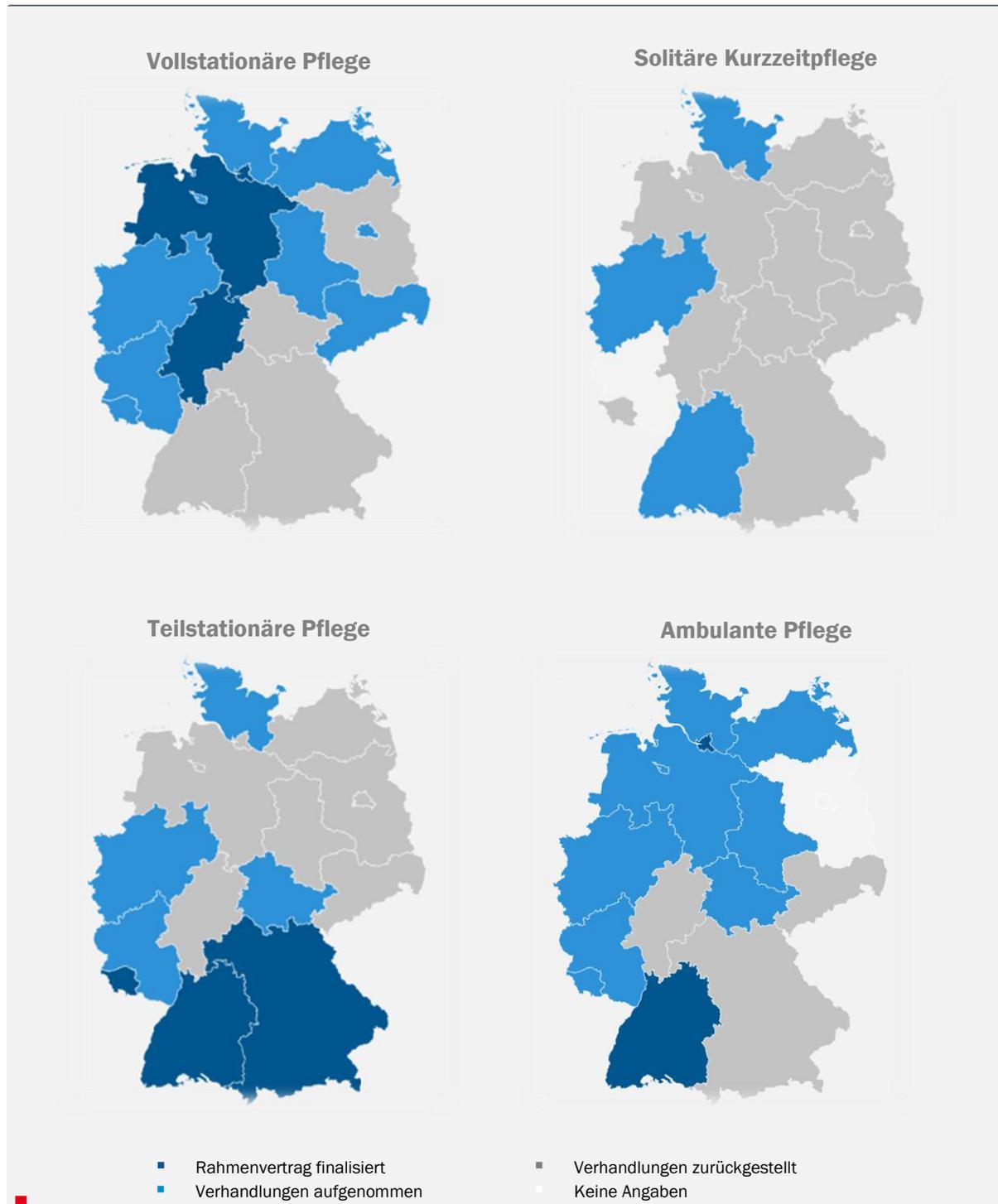
<sup>15</sup> Als Hilfestellung zur Neuausrichtung der Landesrahmenverträge dienen bisher die Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) sowie die Expertise von Dr. Wingefeld und Prof. Dr. Büscher zur „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ inkl. der Präambel des Begleitgremiums nach § 18c SGB XI.

<sup>16</sup> Eine Übersicht über Verhandlungsstand, -beginn und geplanten -abschluss der sich aktuell in Verhandlung befindenden bzw. zurückgestellten Rahmenverträge findet sich in Kapitel 2.1 im Anhang.

Jahr verzögert. Die aktuell zurückgestellten Landesrahmenvertragsverhandlungen sollen nun durchschnittlich zehn Monate später als geplant aufgenommen werden.

### Abbildung 3: Stand der Landesrahmenvertragsverhandlungen nach § 75 Abs. 1 SGB XI in den Bundesländern

Online-Befragung, 1. Quartal 2019



Quelle: Prognos 2019

## Herausforderungen bei der Neuausrichtung der Landesrahmenverträge

Die Neuausrichtung der Landesrahmenverträge erfolgt in einem aufwändigen Verhandlungsprozess, an dem viele unterschiedliche Akteure beteiligt sind und der sich bei Uneinigkeit der Vertragsparteien bis hin zu einem Schiedsverfahren in die Länge ziehen kann. In den Fachgesprächen wurde das lückenhafte Vorliegen angepasster Landesrahmenverträge bzw. die unerwartet lange Prozessdauer thematisiert. Im Folgenden werden die aus Sicht der befragten Akteure zentralen Herausforderungen dargelegt, die zu Verzögerung bei der Neuausrichtung der Landesrahmenverträge führen bzw. geführt haben:

- Im Rahmen der Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff musste eine **Priorisierung von Tätigkeiten** erfolgen, da viele Verhandlungspartner parallel an unterschiedlichen Vorhaben (u. a. „Konzertierte Aktion Pflege“) und Verhandlungen beteiligt waren. Gerade die Vergütungsvereinbarungen waren für die Pflegeeinrichtungen von besonderem Interesse und wurden deswegen in einigen Bundesländern vorrangig ausgearbeitet und die Rahmenvertragsverhandlungen hierfür zurückgestellt. Spezielle und dringliche Regelungen wurden teilweise auch vorab in Ergänzungsvereinbarungen zum Rahmenvertrag vereinbart.
- Der Verhandlungsprozess wurde durch **anderweitige Gesetzesänderungen**, mit Implikationen für die Rahmenvertragsverhandlungen, zusätzlich in die Länge gezogen. So kam es nach Aussage der befragten Akteure vor, dass die Verhandlungspartner bereits ausgearbeitete Ergebnisse nachträglich noch einmal revidieren mussten.
- Inhaltliche Schwierigkeiten bei der Verhandlung der Landesrahmenverträge ergaben sich insbesondere bei der **Neubeschreibung der Leistungen**. So unterschied sich teilweise die Vorstellung der Leistungs- und Kostenträger bezüglich der Verhandlungstiefe der Leistungsbeschreibung und es bestanden unterschiedliche Vorstellungen, inwiefern die Leistungsbeschreibung im Rahmenvertrag oder in den Vergütungsvereinbarungen erfolgen sollte. Zudem konnte teilweise kein Konsens bezüglich der inhaltlichen und konzeptionellen Veränderungen durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erzielt werden (z. B. Abgrenzung zwischen aktivierender Pflege und Selbstständigkeitsförderung). Um die Verhandlungen der Leistungen zu vereinfachen, wäre es laut einiger Fachgesprächspartnerinnen und -partner hilfreich gewesen, wenn vorab eine konkrete Bundesempfehlung zu den Paragraphen der Leistungsinhalte erarbeitet worden wäre bzw. wenn dazu begleitend noch eine konkrete Empfehlung des Belegitremiums nach 18c SGB XI erstellt werden würde.

## Operationalisierung und Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in der Praxis

Die Landesrahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen dienen als Grundlage für die Etablierung eines neuen Pflegeverständnisses, das in der Praxis umgesetzt werden muss. In den Fachgesprächen wurde die Operationalisierung des neuen Pflegeverständnisses in der Praxis teilweise als noch ausbaufähig bewertet.

- Die Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in der Praxis ist im **stationären Bereich** nach Ansicht der Mehrzahl der befragten Akteure am weitesten vorangeschritten – selbst wenn noch nicht in allen Bundesländern die Landesrahmenverträge angepasst wurden. Jedoch fehle ein einheitliches grundlegendes Verständnis der Auswirkungen des neuen Pflegeverständnisses auf die Leistungen. Dies führe dazu, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff noch nicht umfänglich in der Praxis gelebt wird.

- Im **ambulanten Bereich** führen die fehlenden Landesrahmenverträge nach Einschätzung der meisten Akteure zu Schwierigkeiten bei der Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses in der Praxis. Mit den bisherigen verrichtungsbezogenen Leistungskomplexen sei die praktische Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs schwer vereinbar. Eine Zeitvergütung – die in einigen Bundesländern eingeführt wurde – ermögliche es hingegen, dass die Pflegedienste auch ohne einen finalisierten Landesrahmenvertrag gemäß dem neuen Pflegeverständnis arbeiten könnten.

Damit die Betroffenen stärker von der Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff profitieren, müsse es nach Ansicht der Fachgesprächspartnerinnen und -partner noch besser gelingen den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in Leistungen zu übersetzen und – sowohl konzeptionell als auch in der Praxis – ein grundlegendes Verständnis der Leistungen und des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs aufzubauen.

### **Ergebnisse der Dokumentenanalyse**

Im Rahmen der Fortschreibung des Monitorings wurden die bisher an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepassten Landesrahmenverträge dem vorherigen Landesrahmenvertrag – falls vorhanden – gegenübergestellt und Änderungen zwischen altem und neuem Rahmenvertrag herausgearbeitet.<sup>17 18</sup> Die identifizierten Anpassungen wurden im Anschluss mit den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den Landesrahmenverträgen vom September 2016 abgeglichen.<sup>19</sup> Zudem erfolgte ein Abgleich der Anpassungen in den Landesrahmenverträgen mit den Zielen in Punkt 4 „Beschreibung von Leistungsinhalten in Vereinbarungen (u. a. Landesrahmenverträgen)“ der vom Begleitgremium nach § 18c SGB XI im Rahmen der achten Sitzung (Anfang Dezember 2017) beschlossenen Präambel auf Basis der Expertise von Dr. Wingenfeld und Prof. Dr. Büscher zur „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“.<sup>20</sup> Im Folgenden wird für die unterschiedlichen Versorgungsbereiche<sup>21</sup> zusammenfassend dargestellt, welche zentralen Anpassungen im Vergleich zum alten Landesrahmenvertrag vorgenommen worden sind und inwiefern die neu ausgerichteten Landesrahmenverträge die oben genannten Empfehlungen der BAGFW berücksichtigt haben.<sup>22</sup>

<sup>17</sup> Hierbei wurden (falls vorhanden) auch in der Zwischenzeit getroffene Ergänzungsvereinbarungen berücksichtigt.

<sup>18</sup> In den Kapiteln 2.2.1 bis 2.2.3 im Anhang sind die Ergebnisse der im Rahmen des Monitorings bzw. der Fortschreibung des Monitorings durchgeführten Dokumentenanalysen tabellarisch nach Versorgungsbereichen dargestellt.

<sup>19</sup> Vgl. BAGFW (2016). Es handelt sich um insgesamt zehn Empfehlungen, von denen zwei sich nur auf die Landesrahmenverträge für die ambulante Pflege beziehen. Für eine Übersicht über die BAGFW-Empfehlungen siehe Kapitel 2.2.4 im Anhang.

<sup>20</sup> Die in der Präambel aufgeführten Punkte finden sich in ähnlicher Form auch in den BAGFW-Empfehlungen (siehe Punkt 2 und 5), sodass an den entsprechenden Stellen der Auswertung in Kapitel 2.2.4 im Anhang jeweils in einer Fußnote auf den Bezug zur Präambel des Begleitgremiums verwiesen wird. Dieser Bezug gilt nicht für diejenigen angepassten Landesrahmenverträge, die bereits vor Verfassung der Präambel Anfang Dezember 2017 in Kraft getreten sind.

<sup>21</sup> Es liegen bisher noch keine angepassten Landesrahmenverträge für die Kurzzeitpflege vor.

<sup>22</sup> In Kapitel 2.2.4 im Anhang sind die Ergebnisse des Abgleichs der neu ausgerichteten Rahmenverträge mit den Empfehlungen der BAGFW tabellarisch nach Versorgungsbereichen dargestellt.

## Vollstationäre Pflege

In den drei vorliegenden neu ausgerichteten Landesrahmenverträgen für die vollstationäre Pflege in **Hamburg, Hessen und Niedersachsen** wurden neben grundsätzlichen formalen Anpassungen (z. B. Pflegestufen statt Pflegegrade) die Inhalte der Pflege- und Betreuungsleistungen sowie die Leistungen für zusätzliche Betreuung und Aktivierung gemäß dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff neu beschrieben. Ein Schwerpunkt der Anpassungen bildeten darüber hinaus die Vereinbarungen zum Thema Personalausstattung (Personalrichtwerte bzw. -schlüssel) und Qualifikation des Personals sowie die damit verbundenen Nachweispflichten der Pflegeeinrichtungen. Während im Landesrahmenvertrag in Hessen fast alle Inhalte der Empfehlungen der BAGFW zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den Landesrahmenverträgen vom September 2016 berücksichtigt worden sind, gilt dies für Hamburg<sup>23</sup> und Niedersachsen nur zum Teil.

## Teilstationäre Pflege

Eine vergleichende Analyse des neuen Landesrahmenvertrages für die teilstationäre Pflege in **Bayern** war nicht möglich, da es sich um den ersten Vertrag seiner Art handelt. In den neu ausgerichteten Landesrahmenverträgen für die teilstationäre Pflege in **Baden-Württemberg und dem Saarland** wurden neben grundsätzlichen formalen Anpassungen die Inhalte der Pflege- und Betreuungsleistungen sowie die Leistungen für zusätzliche Betreuung und Aktivierung gemäß dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff neu beschrieben. Ein Schwerpunkt der Anpassungen bildeten auch hier die Vereinbarungen zur Personalausstattung sowie die damit verbundenen Nachweispflichten der Tagespflegeeinrichtungen. Während im Landesrahmenvertrag in Baden-Württemberg die meisten Empfehlungen der BAGFW aus dem Jahr 2016<sup>24</sup> umgesetzt wurden, ist dies in Hamburg und dem Saarland nur bei wenigen Empfehlungen der Fall.

## Ambulante Pflege

In den beiden vorliegenden neu ausgerichteten Landesrahmenverträgen für die ambulante Pflege in **Baden-Württemberg und Hamburg** wurden neben grundsätzlichen formalen Anpassungen vorrangig die Inhalte der häuslichen Pflegehilfe gemäß dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff neu beschrieben und die Leistungspakete bzw. das Leistungsverzeichnis angepasst (inkl. Möglichkeit zur Zeitvergütung). In beiden Rahmenverträgen wurden die meisten Empfehlungen der BAGFW zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den Landesrahmenverträgen vom September 2016<sup>25</sup> umgesetzt – in Hamburg in geringerem Umfang als in Baden-Württemberg.

<sup>23</sup> Der Landesrahmenvertrag für die vollstationäre Pflege in Hamburg trat bereits zum 01.01.2017 – und damit vor dem Beschluss der Präambel zur Expertise von Dr. Wingenfeld und Prof. Dr. Büscher durch das Begleitgremium – in Kraft.

<sup>24</sup> Da der angepasste Landesrahmenvertrag für die teilstationäre Pflege in Baden-Württemberg bereits zum 01.01.2018 in Kraft trat, ist nicht sicher, ob die Hinweise des Begleitgremiums in der Präambel zur Expertise von Dr. Wingenfeld und Prof. Dr. Büscher von Dezember 2017 bei der Neuausrichtung noch explizit berücksichtigt werden konnten.

<sup>25</sup> Beide angepassten Landesrahmenverträge traten bereits vor dem Beschluss der Präambel durch das Begleitgremium in Kraft.

## **Einschätzungen aus den Fachgesprächen zur Ausgestaltung der angepassten Landesrahmenverträge**

Die dazu befragten Fachgesprächspartnerinnen und Fachgesprächspartner (Leistungserbringer und Kostenträger) waren sich einig, dass die bisher vorliegenden, neu ausgerichteten Landesrahmenverträge in sehr unterschiedlichem Umfang an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst worden sind. Was die konkrete Ausgestaltung der neu ausgerichteten Landesrahmenverträge angeht, kamen die Fachgesprächspartnerinnen und -partner teilweise zu unterschiedlichen Bewertungen – auch innerhalb der beiden Akteursgruppen:

- Mehrere Fachgesprächspartnerinnen und -partner von Leistungserbringer- und Kostenträgerseite gaben an, dass einige Verträge sehr kleinteilig verhandelt worden seien. Bei anderen seien bei der Leistungsbeschreibung dagegen vorrangig Begrifflichkeiten und weniger Inhalte angepasst worden.
- Ein Fachgesprächspartner von Leistungserbringerseite stellte fest, dass bei der Anpassung der Landesrahmenverträge bisher zudem schwerpunktmäßig strukturell-finanzielle Fragen (z. B. Pflegevergütungen und Personalrichtwerte) adressiert worden seien. Eine umfassende Anpassung insbesondere der Leistungsbeschreibungen liege bisher in keinem der angepassten Verträge vor. Vielmehr würden in jedem Bundesland unterschiedliche Schwerpunkte bei der Leistungsbeschreibung gesetzt.
- Zwei Fachgesprächspartnerinnen von Leistungserbringerseite und eine von Kostenträgerseite führten den Landesrahmenvertrag für die vollstationäre Pflege in Hessen als gelungenes bzw. bisher gelungenstes Beispiel der Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bzw. des neuen Pflegeverständnisses an, da hier die Empfehlungen der BAGFW zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den Landesrahmenverträgen vom September 2016 fast vollständig berücksichtigt worden seien. Eine dieser Gesprächspartnerin (Leistungserbringerseite) ergänzte zudem, dass man die aktuell vorliegenden angepassten Landesrahmenverträge mit ein bis zwei Jahren mehr Erfahrung mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff voraussichtlich nochmals anpassen und weiterentwickeln müsse – auch denjenigen aus Hessen.

### 3.2.2 Personalausstattung

#### **Richtwerte für die personelle Ausstattung in der vollstationären Pflege**

Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mussten die Personalrichtwerte auf Landesebene an die neuen Pflegegrade angepasst werden. Ein Überblick über die Richtwerte zur personellen Ausstattung im Bereich Pflege und Betreuung in vollstationären Pflegeeinrichtungen findet sich nachfolgend in Tabelle 4 (Stand: 05/2019). Die Personalschlüssel für Hamburg, Hessen und Niedersachsen sind in den angepassten Landesrahmenverträgen nach § 75 Abs. 1 SGB XI für die vollstationäre Pflege verbindlich geregelt. In den anderen Bundesländern entstammen die nachfolgenden Richtwerte und Vorgaben zur personellen Ausstattung u. a. Ergänzungsvereinbarungen (z. B. in Berlin und Brandenburg), vorläufigen Verhandlungsergebnissen der Landesrahmenverträge bzw. unverbindlichen Personalvorschlägen auf Länderebene.

**Tabelle 4: Richtwerte zur personellen Ausstattung im Bereich Pflege und Betreuung nach Bundesländern für vollstationäre Pflege\***

Stichtag: 05/2019

Bundesland	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Baden-Württemberg ab 01.03.2017	1:6,11-1:4,47	1:4,76-1:3,49	1:3,26-1:2,47	1:2,55-1:1,90	1:2,32-1:1,72
ab 01.01.2020	1:6,11-1:4,37	1:4,76-1:3,40	1:3,26-1:2,41	1:2,55-1:1,84	1:2,32-1:1,67
Bayern ab 01.01.2017	1:6,70	1:4,02	1:2,70	1:1,99	1:1,80
ab 01.10.2017	1:6,70	1:3,71	1:2,60	1:1,98	1:1,79
Berlin	1:7,25	1:3,90	1:2,80	1:2,20	1:1,80
Brandenburg ab 01.01.2017	1:4,39	1:3,42	1:3,00	1:2,31	1:1,80
ab 01.01.2018	1:4,21	1:3,28	1:2,89	1:2,25	1:1,76
Bremen** ab 01.01.2018	1:6,91-1:6,14	1:5,39-1:4,79	1:3,29-1:2,92	1:2,33-1:2,07	1:2,07-1:1,84
Hamburg	1:13,40	1:4,60	1:2,80	1:1,99	1:1,77
Hessen Ab 01.07.2018	bis zu 1:5,57	bis zu 1:3,9	bis zu 1:2,6	bis zu 1:2,05	bis zu 1:1,86
Mecklenburg- Vorpommern** Ab 01.05.2019	1:8,05-1:6,08	1:4,52-1:3,59	1:3,41-1:2,40	1:2,71-1:1,76	1:2,48-1:1,76
Niedersachsen Ab 01.04.2019	1:6,50-1:4,60	1:4,29-1:3,70	1:3,00-1:2,59	1:2,27-1:1,96	1:2,05-1:1,76
Nordrhein-Westfalen	1:8,00	1:4,66	1:3,05	1:2,24	1:2,00
Sachsen**	1:8,0	1:4,35	1:2,80	1:2,10	1:1,95

\* In Rheinland-Pfalz, dem Saarland und Thüringen wurden vom vdek keine Personalrichtwerte übermittelt.

\*\* Für Bremen und Sachsen gibt es keine Personalvereinbarungen auf Landesebene. Die Angaben sind Orientierungswerte aus dem Übergangsverfahren. Für Mecklenburg-Vorpommern erfolgte zum 28.03.2019 ein Schiedsspruch.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung vdek

Inwiefern die durch die Systemumstellung anzupassenden Personalrichtwerte bzw. -schlüssel dazu führen, dass in vollstationären Pflegeeinrichtungen zusätzliches Personal eingestellt werden kann, kann durch einen Vergleich der potenziellen Personalausstattung vor und nach der Umstellung untersucht werden. Hierbei werden keine Angaben zur tatsächlichen Personalausstattung gemacht, sondern die Stellenpotenziale verglichen, die in den einzelnen Bundesländern basierend auf den jeweiligen Richtlinien und Vorgaben realisierbar sind.

Der bpa führte entsprechende Berechnungen für sogenannte Bundesmusterheime – jeweils vor und nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs - durch.<sup>26</sup> Die Ergebnisse des bpa legen nahe, dass im Zeitraum von Juli 2016 bis Dezember 2017 in fast allen Bundesländern zusätzliche Stellenpotenziale entstanden sind. Die deutlichsten Personalstellenverbesserungen haben sich im Durchschnitt in Einrichtungen in Niedersachsen und Brandenburg ergeben. Im Bundesdurchschnitt bemessen sich die zusätzlichen Stellenpotenziale auf 3,16 Vollzeitstellen (+9 %)

<sup>26</sup> Die Ergebnisse wurden in der Zeitschrift CAREInvest (Ausgabe: 15/16 – 2018) veröffentlicht. Die Werte für Baden-Württemberg und Sachsen wurden seit der Veröffentlichung in der CAREInvest angepasst und liegen Prognos aktualisiert vor.

pro Bundesmusterheim (Tabelle 5). Eine aktuelle Untersuchung von Rothgang und Wagner (2019), basierend auf teilweise abweichenden Personalschlüsseln und einem anderen Case-Mix, ermitteln für den Vergleichszeitraum von Juli 2016 bis Mai 2018 etwas geringere zusätzliche Stellenpotenziale von 2,95 Vollzeitstellen (+7,9 %).<sup>27</sup> Die deutlichsten Verbesserungen wurden dabei für Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt ausgewiesen. Insgesamt zeigen die Ergebnisse dieser Untersuchungen, dass die Umstellung der Richtwerte und Vorgaben der Personalausstattung im Zuge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu einer Verbesserung der Personalschlüssel geführt haben.

**Tabelle 5: Stellenpotenziale (VZÄ) pro Bundesmusterheim\* vor und nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs für vollstationäre Pflege**  
Stichtag (Datenübermittlung): 13.12.2018

Bundesland	31.07.2016**	31.12.2017***	Differenz
Baden-Württemberg	38,12	40,22	2,10
Bayern	39,92	41,90	1,98
Berlin	36,98	41,62	4,64
Brandenburg	34,98	41,02	6,04
Bremen	35,29	37,50	2,21
Hamburg	36,70	39,90	3,20
Hessen	36,22	39,59	3,37
Mecklenburg-Vorpommern	31,84	34,67	2,83
Niedersachsen	33,73	40,21	6,48
Nordrhein-Westfalen	35,45	38,81	3,36
Rheinland-Pfalz	37,10	38,51	1,41
Saarland	38,00	35,84	-2,16
Sachsen	39,19	42,71	3,52
Sachsen-Anhalt	32,99	37,59	4,60
Schleswig-Holstein	33,79	37,63	3,84
Thüringen	35,34	38,46	3,12
<b>Durchschnitt Bund</b>	<b>35,98</b>	<b>39,14</b>	<b>3,16</b>

\* Zur Darstellung potenzieller Personalstellen rechnet der bpa mit einem 100-Betten-Bundesmusterheim, das eine bundesdurchschnittliche Bewohnerverteilung nach Pflegegraden aufweist. Für jedes Bundesland wurden die landesrechtlichen Personalschlüssel auf das Bundesmusterheim übertragen und potenzielle Personalstellen pro Bundesland berechnet.

\*\* Bundesmusterheim 2016: 6 Bewohner Pflegestufe 0, 38 Bewohner Pflegestufe I, 38 Bewohner Pflegestufe II, 18 Bewohner Pflegestufe III (Belegung mit 100 Plätzen).

\*\*\* Bundesmusterheim 2017: 0 Bewohner Pflegegrad 1, 24 Bewohner Pflegegrad 2, 31 Bewohner Pflegegrad 3, 29 Bewohner Pflegegrad 4, 16 Bewohner Pflegegrad 5 (Belegung mit 100 Plätzen).

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung des bpa

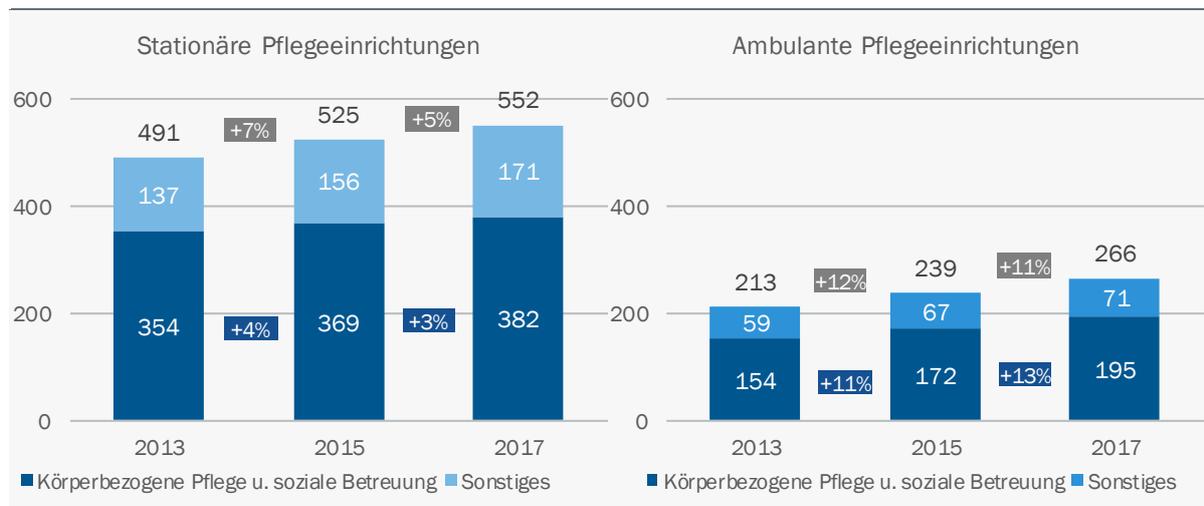
<sup>27</sup> Vgl. Rothgang, H. und Wagner, C. (2019).

## Tatsächliche Personalausstattung in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen

Die Anzahl der Pflegekräfte (in VZÄ) mit überwiegendem Tätigkeitsbereich in der körperbezogenen Pflege und sozialen Betreuung ist zwischen Ende 2015 und Ende 2017 in stationären Pflegeeinrichtungen um drei Prozent und in ambulanten Pflegeeinrichtungen um dreizehn Prozent angestiegen (Abbildung 4).<sup>28</sup>

**Abbildung 4: Anzahl der Beschäftigten (VZÄ) in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen (in 1.000)**

2013, 2015 und 2017



Bezüglich der Tätigkeitsbereiche des Personals wurden für die stationäre Pflege die Bereiche "körperbezogene Pflege" und "Betreuung" des Jahres 2017 mit "Pflege und Betreuung" und "soziale Betreuung" des Jahres 2015 verglichen. Für die ambulante Pflege wurden die Bereiche "körperbezogene Pflege" und "Betreuung" des Jahres 2017 mit "Grundpflege" und „Häusliche Betreuung“ des Jahres 2015 verglichen. Zusätzliche Betreuungskräfte (§ 43b SGB XI) wurden nicht einbezogen.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung und Berechnung auf Basis einer Sonderauswertung der Pflegestatistik durch das Statistische Bundesamt

Setzt man die Anzahl der überwiegend in Pflege und Betreuung eingesetzten Pflegekräfte in stationären Pflegeeinrichtungen Ende des Jahres 2015 und Ende des Jahres 2017 ins Verhältnis zu den Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Dauerpflegeeinrichtungen derselben Jahre, zeigen sich die deutlichsten Personalverbesserungen für Bremen (+11,5 %), Brandenburg (+4,5 %) und Mecklenburg-Vorpommern (+3,5 %) (Abbildung 5).<sup>29</sup> Für Schleswig-Holstein (-6,0 %), das Saarland (-5,4 %) und Bayern (-5,1 %) hat sich die tatsächliche Personalausstattung verschlechtert. Die Personalvorgaben und -richtwerte (Stellenpotenziale) in vollstationären Einrichtungen haben sich somit stärker als die tatsächliche Personalausstattung verbessert.<sup>30</sup>

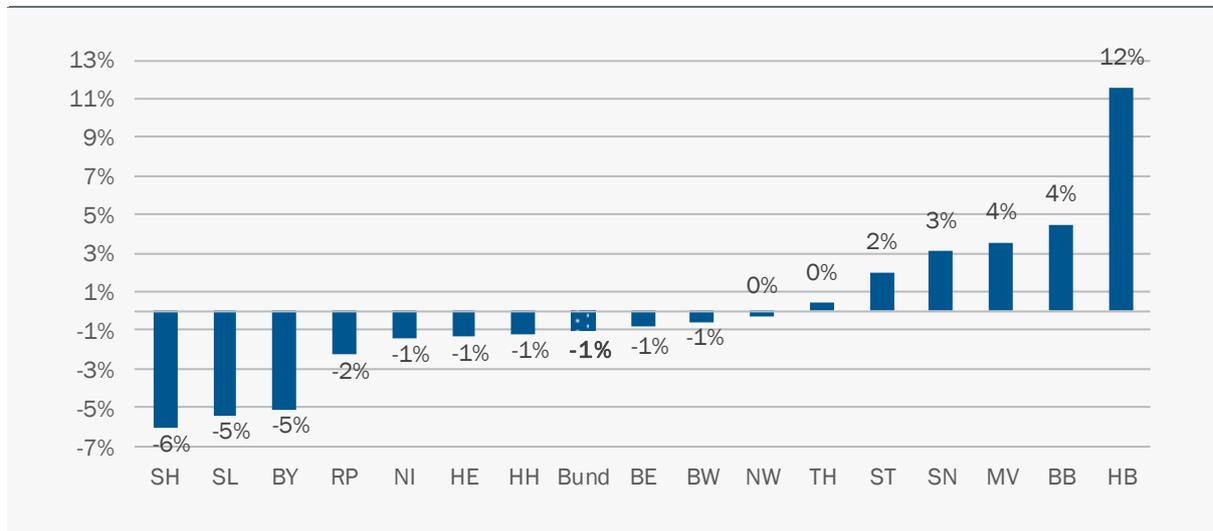
<sup>28</sup> Die in der Pflegestatistik ausgewiesenen Umrechnungsfaktoren für VZÄ und die Einordnung in überwiegende Tätigkeitsbereiche weist einige statistische Ungenauigkeiten auf. Ein Vergleich der Jahre 2015 und 2017 kann jedoch relative Tendenzen zur Veränderung der Personalausstattung aufzeigen.

<sup>29</sup> Vgl. Eigene Berechnungen auf Basis der Pflegestatistik 2013, 2015 und 2017.

<sup>30</sup> Ähnliche Berechnungen von Rothgang und Wagner (2019) kommen zu einer Verbesserung der tatsächlichen Personalausstattung im Bundesdurchschnitt um 1,7 Prozent. Der höhere Wert ist u. a. auf eine von der Pflegestatistik abweichende Umrechnung der Personalausstattung auf Vollzeitäquivalente zurückzuführen, wohingegen die vorliegende Untersuchung die Daten der Pflegestatistik nutzt.

### Abbildung 5: Veränderung der Anzahl überwiegend in Pflege und Betreuung\* eingesetzter Pflegekräfte (VZÄ) pro Bewohner einer vollstationären Pflegeeinrichtung

Stichtage: 31.12.2015 und 31.12.2017

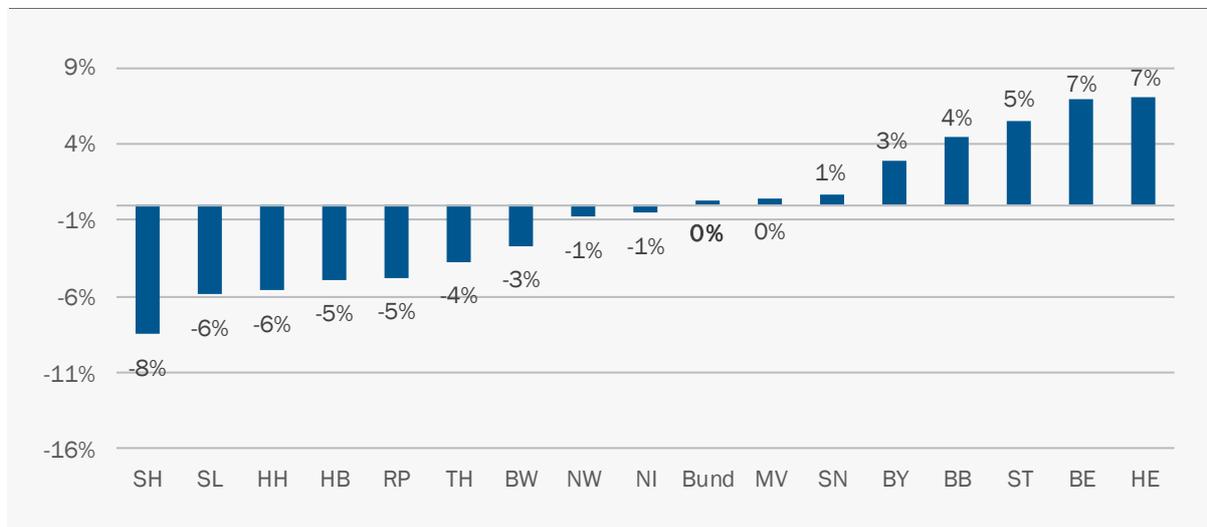


\* Bezüglich der Tätigkeitsbereiche des Personals wurden für die stationäre Pflege die Bereiche "körperbezogene Pflege" und "Betreuung" des Jahres 2017 mit "Pflege und Betreuung" und "soziale Betreuung" des Jahres 2015 verglichen. Zusätzliche Betreuungskräfte (§ 43b SGB XI) wurden nicht einbezogen.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung und Berechnung auf Basis einer Sonderauswertung der Pflegestatistik durch das Statistische Bundesamt

Betrachtet man die überwiegend in Pflege und Betreuung eingesetzten Pflegekräfte (in VZÄ) im ambulanten Bereich im Verhältnis zu den Empfängerinnen und Empfängern ambulanter Pflegeleistungen, zeigt sich im Bundesdurchschnitt eine Verbesserung der tatsächlichen Personalausstattung um 0,3 Prozent zwischen Ende des Jahres 2015 und Ende des Jahres 2017 (Abbildung 6). Die deutlichsten Verbesserungen wurden für Hessen (+7,0 %), Berlin (+6,9 %) und Sachsen-Anhalt (+5,4 %) ermittelt. Für Schleswig-Holstein (-8,5 %), das Saarland (-5,9 %) und Hamburg (-5,6 %) hat sich die tatsächliche Personalausstattung im ambulanten Bereich verschlechtert.

**Abbildung 6: Veränderung der Anzahl überwiegend in Pflege und Betreuung\* eingesetzter Pflegekräfte (VZÄ) für ambulante Pflege pro Pflegebedürftigen**  
Stichtage: 31.12.2015 und 31.12.2017



\* Bezüglich der Tätigkeitsbereiche des Personals wurden für ambulante Pflege die Bereiche "körperbezogene Pflege" und "Betreuung" des Jahres 2017 mit "Grundpflege" und „Häusliche Betreuung“ des Jahres 2015 verglichen.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung und Berechnung auf Basis einer Sonderauswertung der Pflegestatistik durch das Statistische Bundesamt

### 3.2.3 Vergütung und Finanzierungsanteile der Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen

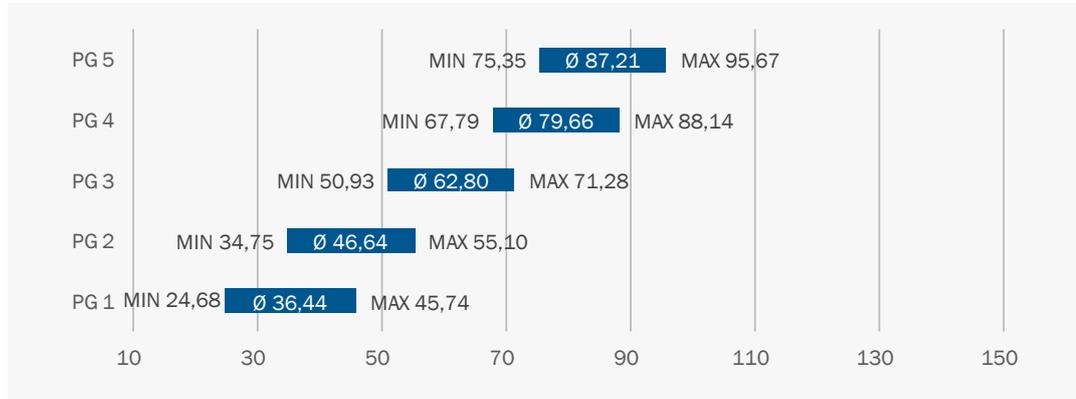
#### Entwicklung der Pflegesätze in der stationären Pflege

Die täglichen Kosten für Pflege und soziale Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen werden mit Pflegesätzen vergütet. Die Pflegesätze werden von den Leistungsträgern sowie den Trägern der Pflegeeinrichtungen in den Pflegesatzvereinbarungen für jedes Pflegeheim vereinbart. Die durchschnittlichen Pflegesätze pro Tag für vollstationäre Pflege, solitäre Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege zum 01.01.2019 sind nachfolgend in Abbildung 7 dargestellt. Für die vollstationäre Pflege ist die Bandbreite der Pflegesätze zwischen den Bundesländern am geringsten ausgeprägt, d. h. die Pflegesätze unterscheiden sich weniger zwischen den Bundesländern als in den anderen beiden Versorgungsbereichen. Die Pflegesätze für solitäre Kurzzeitpflege variieren dagegen vergleichsweise stark. Insbesondere in Hamburg, Berlin und Brandenburg weichen die Pflegesätze für solitäre Kurzzeitpflege deutlich von denjenigen in anderen Bundesländern ab. Die absolute Zunahme der Pflegesätze von den niedrigen zu den höheren Pflegegraden ist bei der vollstationären Pflege am größten, während die Pflegesätze bei der Kurzzeitpflege und insbesondere der teilstationären Pflege zwischen den Pflegegraden weniger ansteigen.

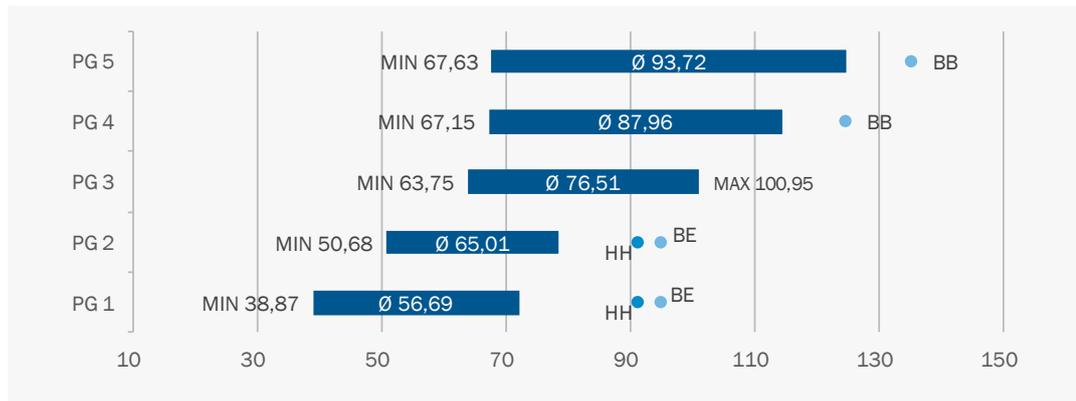
### Abbildung 7: Pflergetagesätze nach Pflergraden und Versorgungsbereichen (in Euro)

Stichtag: 01.01.2019

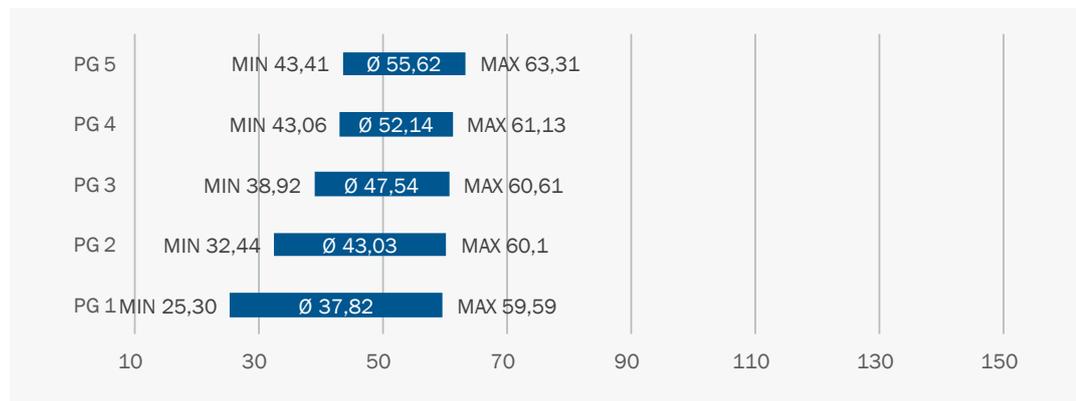
#### Vollstationäre Pfler



#### Solitäre Kurzzeitpfler



#### Teilstationäre Pfler



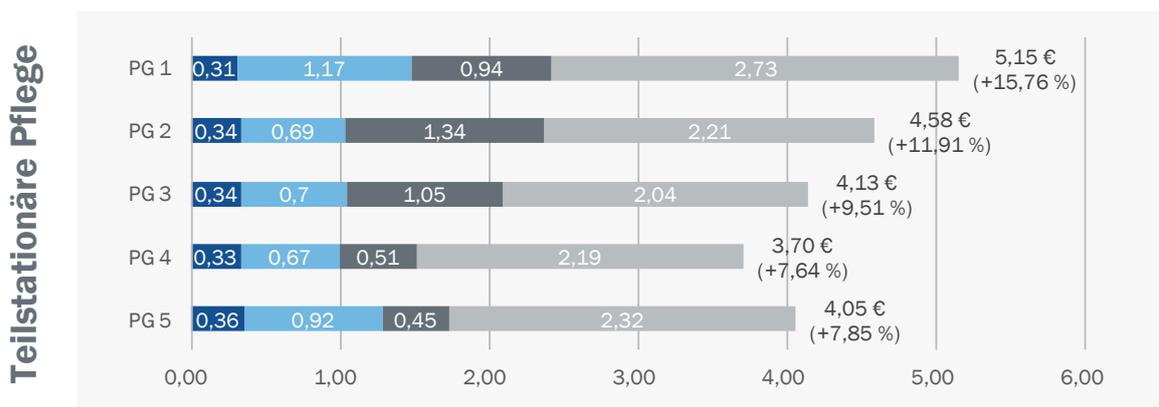
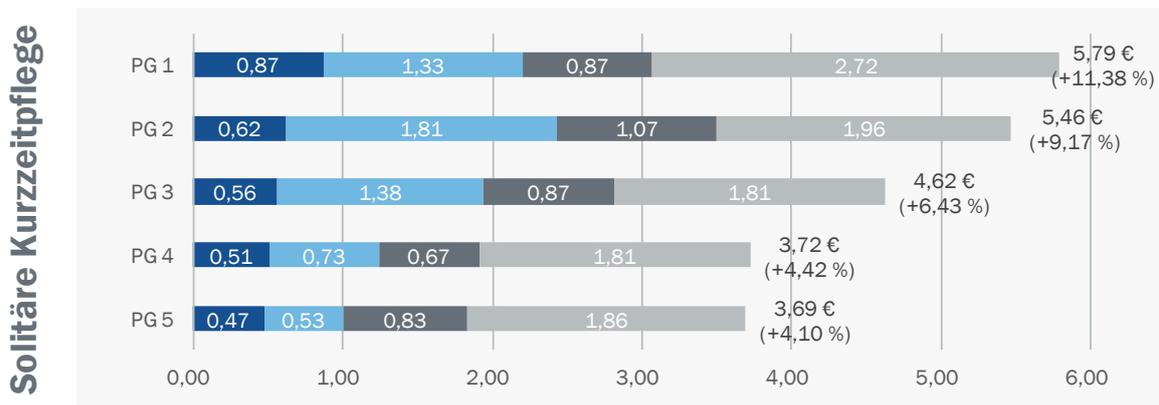
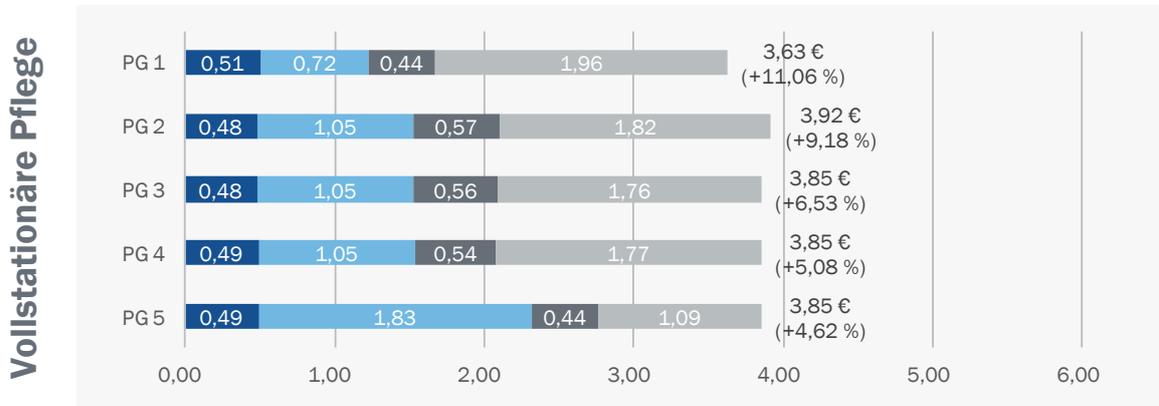
Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung und Berechnung auf Basis der Datenlieferung des vdek

In Abbildung 8 wird die Veränderung der durchschnittlichen Pfl egetagesätze für die drei Versorgungsbereiche seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs dargestellt (01.01.2017 bis 01.01.2019). Die durchschnittlichen Pflegesätze haben sich für die teilstationäre Pflege und die solitäre Kurzzeitpflege absolut betrachtet am stärksten erhöht. In der vollstationären Pflege stiegen die Pflegesätze in diesem Zeitraum über alle Pflegegrade hinweg gleichmäßiger um durchschnittlich 3,82 Euro an. Der Anstieg ist in der vollstationären Versorgung durch die Veränderung des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils bedingt. In der teilstationären Pflege betrug der Anstieg je Pflegegrad zwischen 3,70 und 5,15 Euro. Die größte Spanne zwischen den Pflegegraden zeigt sich für die Kurzzeitpflege, hier liegt der Anstieg der Pflegesätze zwischen 3,69 und 5,79 Euro.

Die Pflegesätze in den Versorgungsbereichen sind im zweiten Jahr nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs stärker angestiegen als im ersten Jahr. Im ersten Jahr erfolgte ein Anstieg um durchschnittlich drei Prozent. Der Anstieg der Pflegesätze im zweiten Jahr lag bei durchschnittlich vier Prozent für vollstationäre Pflege und Kurzzeitpflege und bei durchschnittlich sieben Prozent für teilstationären Pflege. Insgesamt erfolgten die deutlichsten prozentualen Anstiege der Pflegesätze für Pflegegrad 1 (12 %) und Pflegegrad 2 (10 %). Neben den ostdeutschen Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen sind die Pfl egetagesätze in Baden-Württemberg, Bayern und Schleswig-Holstein prozentual überdurchschnittlich stark angestiegen.<sup>31</sup> Die Leistungsdynamisierung wird zu einer Abschwächung dieses relativen Anstieges führen.

<sup>31</sup> In Kapitel 2.3.1 im Anhang werden die durchschnittlichen Pfl egetagesätze zum 01.01.2019 sowie deren Veränderung zwischen 01.01.2017– 01.01.2019 nach Bundesländern und Pflegegraden ausgewiesen.

**Abbildung 8: Veränderung der durchschnittlichen Pflegetagesätze nach Pflegegraden und Versorgungsbereichen (in Euro)**  
01.01.2017 bis 01.01.2019



- 1. Halbjahr: 01.01.2017 – 01.07.2017
- 2. Halbjahr: 01.07.2017 – 01.01.2018
- 3. Halbjahr: 01.01.2018 – 01.07.2018
- 4. Halbjahr: 01.07.2018 – 01.01.2019

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung und Berechnung auf Basis der Datenlieferung des vdek

In den Fachgesprächen wurde thematisiert, inwiefern die Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff entscheidend zum Anstieg der Pflegekosten beigetragen hat. Alle Fachgesprächspartnerinnen und -partner gaben an, dass weniger die Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, sondern vielmehr normale Preissteigerungen und anderweitige Entwicklungen, bspw. Lohnkostensteigerungen, zu den Preisanstiegen geführt hätten.

Durch die Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff stehen den Versicherten zwar mehr Leistungen zur Verfügung, die Mehrheit der Fachgesprächspartnerinnen und -partner sah jedoch **keinen entscheidenden Zusammenhang zwischen der Leistungsausweitung** durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem Anstieg der Pflegekosten:

- An vielen Stellen sei die Anpassung der Leistungen an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff noch nicht vollständig erfolgt (siehe Kapitel 3.2.1) und dadurch seien die neuen Leistungen für die Versicherten in der Praxis noch nicht abrufbar.
- Aufgrund des Personalmangels in der Pflege könnten die neuen Leistungen in der Praxis teilweise nicht angeboten werden bzw. andere Leistungen müssten im Gegenzug wegfallen.
- Die bei der Systemumstellung verhandelten Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung und Aktivierung in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 43b SGB XI) gleichen die dadurch entstandenen Mehrkosten nach Ansicht der befragten Akteure aus.

Die Mehrzahl der Fachgesprächspartnerinnen und -partner nannten **Verbesserungen der Personalschlüssel und der Entlohnung** als zentrale Gründe für den Anstieg der Pflegesätze in der stationären Pflege:

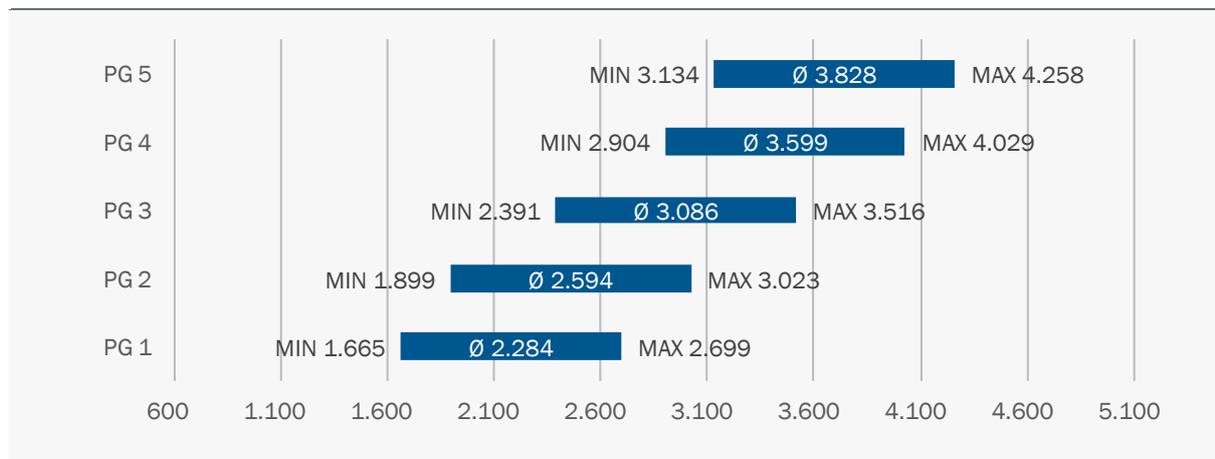
- Der Anstieg der Lohnkosten sei maßgeblich durch die Verbesserungen der Personalausstattung, die Erhöhung der Anzahl von Pflegeeinrichtungen mit tariflicher Entlohnung sowie durch Lohnsteigerungen zu erklären.
- Ein Anstieg der Personalkosten sei insbesondere in Ostdeutschland zu spüren („Nachholeffekt“). Im Vergleich zu den westdeutschen Bundesländern seien in diesen Bundesländern in der Vergangenheit tendenziell häufiger schlechtere Personalschlüssel und schlechtere Personalvergütungen verhandelt worden.
- Die steigende Vergütung der Pflegekräfte sei inhaltlich nicht maßgeblich durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs bedingt. Vielmehr stände die Notwendigkeit im Vordergrund, die Entlohnung zu verbessern, um den Pflegeberuf attraktiver zu machen.
- Viele Pflegeeinrichtungen hätten vor der Systemumstellung lange keine Pflegesatzverhandlungen durchgeführt. Die Verhandlungen im Zuge der Überleitung seien von den Einrichtungen genutzt worden, um in der Vergangenheit nicht erfolgte Vergütungserhöhungen durchzusetzen.

## Entwicklung Gesamtheimentgelt und Finanzierungsanteile in der vollstationären Pflege

Das Gesamtheimentgelt in der vollstationären Pflege setzt sich aus den Pflegesätzen, den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung sowie den Investitionskosten zusammen. Das durchschnittliche monatliche Gesamtheimentgelt zum 01.01.2019 für die einzelnen Pflegegrade ist in Abbildung 9 dargestellt.

**Abbildung 9: Monatliches Gesamtheimentgelt nach Pflegegraden für vollstationäre Pflege (in Euro)**

Stichtag: 01.01.2019



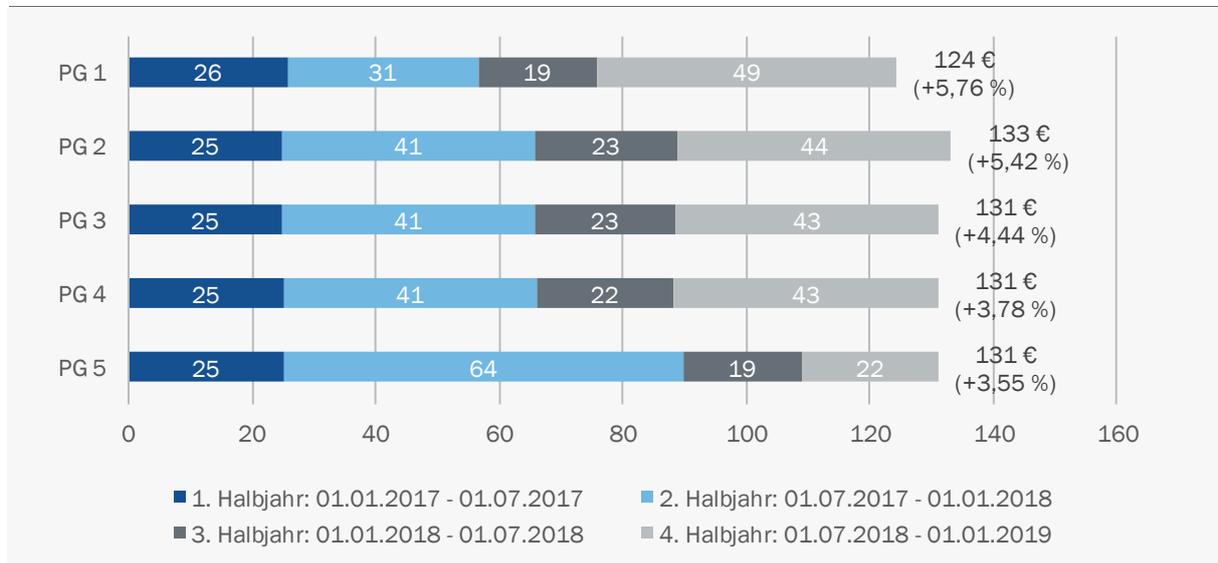
Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung und Berechnung auf Basis der Datenlieferung des vdek

Seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zeigt sich eine Zunahme des durchschnittlichen Gesamtheimentgelts in den vollstationären Pflegeeinrichtungen um etwa vier Prozent innerhalb des ersten Jahres und um nochmals zwei Prozent im zweiten Jahr nach der Systemumstellung (Abbildung 10). Dies entspricht einem durchschnittlichen Anstieg des Gesamtheimentgelts je nach Pflegegrad zwischen 124 und 133 Euro pro Monat. Die Veränderung des Gesamtheimentgelts zwischen 01.01.2017 und 01.01.2019 ist zu 80 bis 90 Prozent auf den Anstieg der Pflegesätze zurückzuführen. Der Anstieg der Kosten für Unterkunft betrug in diesem Zeitraum durchschnittlich 17 Euro (+4 %). Die Kosten für Verpflegung sind um durchschnittlich 10 Euro (+3 %) und die Investitionskosten um durchschnittlich 5 Euro (+1 %) gestiegen.<sup>32 33</sup>

<sup>32</sup> Die durchschnittliche Veränderung der Investitionskosten erfolgte ohne Berücksichtigung der Reduktion der Investitionskosten in Nordrhein-Westfalen um 100 Euro, da diese den Bundesdurchschnitt zu sehr verzerren würde. Wird Nordrhein-Westfalen einbezogen, liegt die durchschnittliche Veränderung bei -13 Euro (-3 %). Die Berechnungsregeln der Investitionskosten wurden in NRW durch das Alten- und Pflegegesetz 2014 angepasst. Seit dem 01.01.2017 sind diese neuen Berechnungsregeln in NRW anzuwenden. Die verzögerte Umsetzung auf Einrichtungsebene kann ursächlich für die hier beobachtete Reduktion der Investitionskosten in NRW sein.

<sup>33</sup> In Kapitel 2.3.2 im Anhang wird das durchschnittliche Gesamtheimentgelt zum 01.01.2019 sowie seine Veränderung zwischen 01.01.2017– 01.01.2019 nach Bundesländern und Pflegegraden ausgewiesen.

**Abbildung 10: Veränderung des monatlichen Gesamtheimentgeltes nach Pflegegraden für vollstationäre Pflege (in Euro)**  
01.01.2017 bis 01.01.2019



Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung und Berechnung auf Basis der Datenlieferung des vdek

Der pflegebedingte Aufwand wird zu einem Teil von den Pflegekasse bzw. den privaten Versicherungsunternehmen getragen, für die restlichen Pflegekosten sowie für die weiteren Kostenbestandteile muss der Pflegebedürftige selbst aufkommen, bzw. im Falle des Vorliegens eines Anspruchs auf Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII der Träger der Sozialhilfe.<sup>34</sup> In Abbildung 11 sind die durchschnittlichen Finanzierungsanteile der Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Einrichtungen im Bereich der vollstationären Pflege zum 01.01.2019 für die Bundesländer dargestellt.

Der durchschnittliche Finanzierungsanteil der Bewohnerinnen und Bewohner für Pflegekosten, Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten lag zum 01.01.2019 bei 1.830 Euro pro Monat. Im Bundesdurchschnitt ist der durchschnittliche Finanzierungsanteil damit seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs um etwa 120 Euro (+7 %) angestiegen. Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) zur anteiligen Finanzierung der Pflegekosten entspricht dabei im Bundesdurchschnitt 36 Prozent der von den Bewohnerinnen und Bewohnern zu tragenden Kosten. Die Kosten für Unterkunft machen 24 Prozent, die Kosten für Verpflegung 16 Prozent und die Investitionskosten 24 Prozent des Finanzierungsanteils aus.

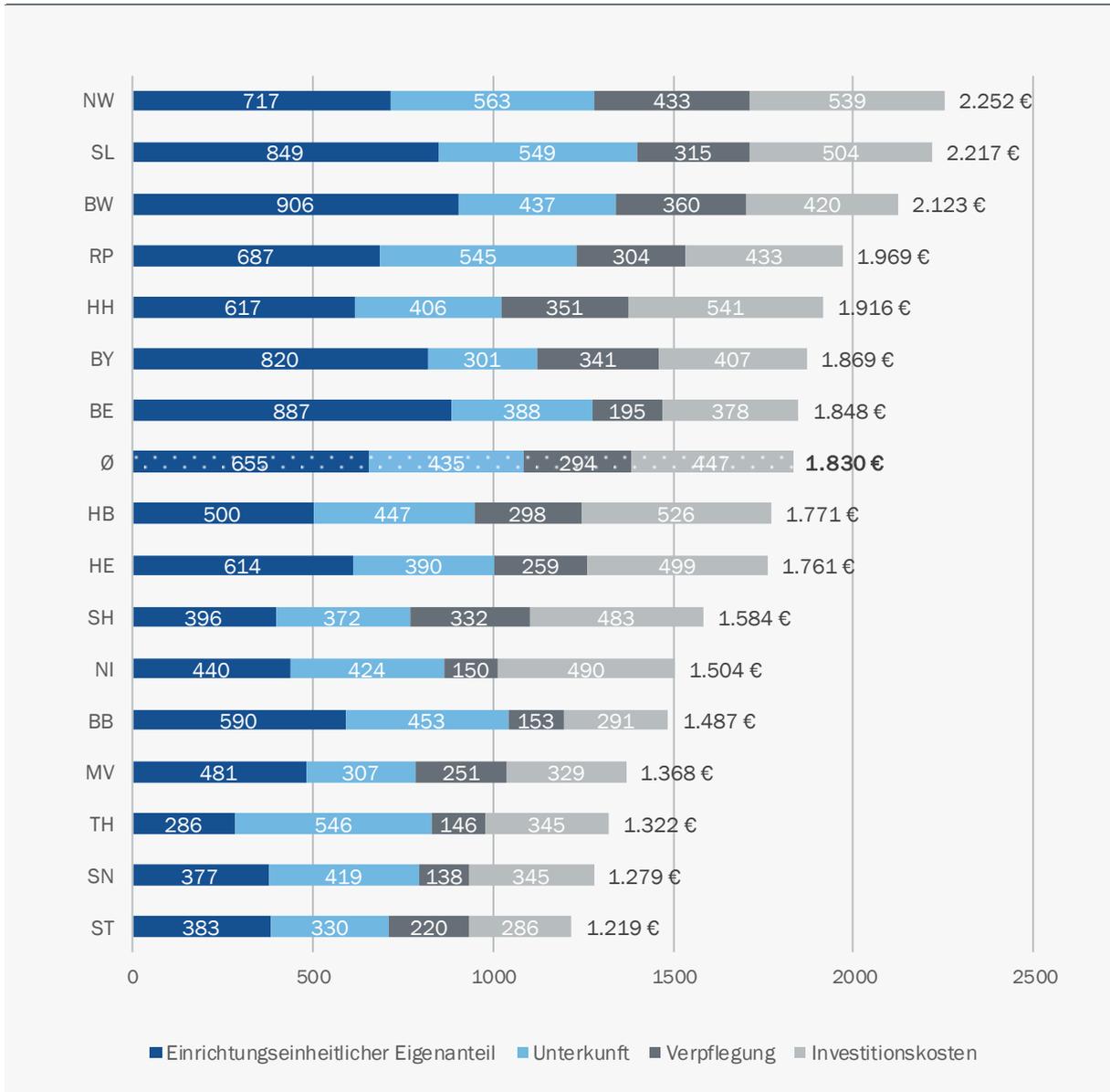
Besonders auffällig ist die deutliche Variation des EEE zwischen den Bundesländern - von 286 Euro in Thüringen bis zu 906 Euro in Baden-Württemberg (Abbildung 11). Im Bundesdurchschnitt lag der EEE zum 01.01.2019 bei 655 Euro pro Monat.<sup>35</sup>

<sup>34</sup> Zur Entwicklung der durchschnittlichen Bruttoausgaben der Träger der Sozialhilfe für Leistungen der Hilfe zur Pflege pro Leistungsempfänger siehe Kapitel 3.5.3.

<sup>35</sup> In Kapitel 2.3.3 im Anhang werden die durchschnittlichen Finanzierungsanteile zum 01.01.2019 sowie deren Veränderung zwischen 01.01.2017– 01.01.2019 nach Bundesländern und Pflegegraden ausgewiesen.

### Abbildung 11: Durchschnittliche monatliche Finanzierungsanteile der Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern (in Euro)

Stichtag: 01.01.2019

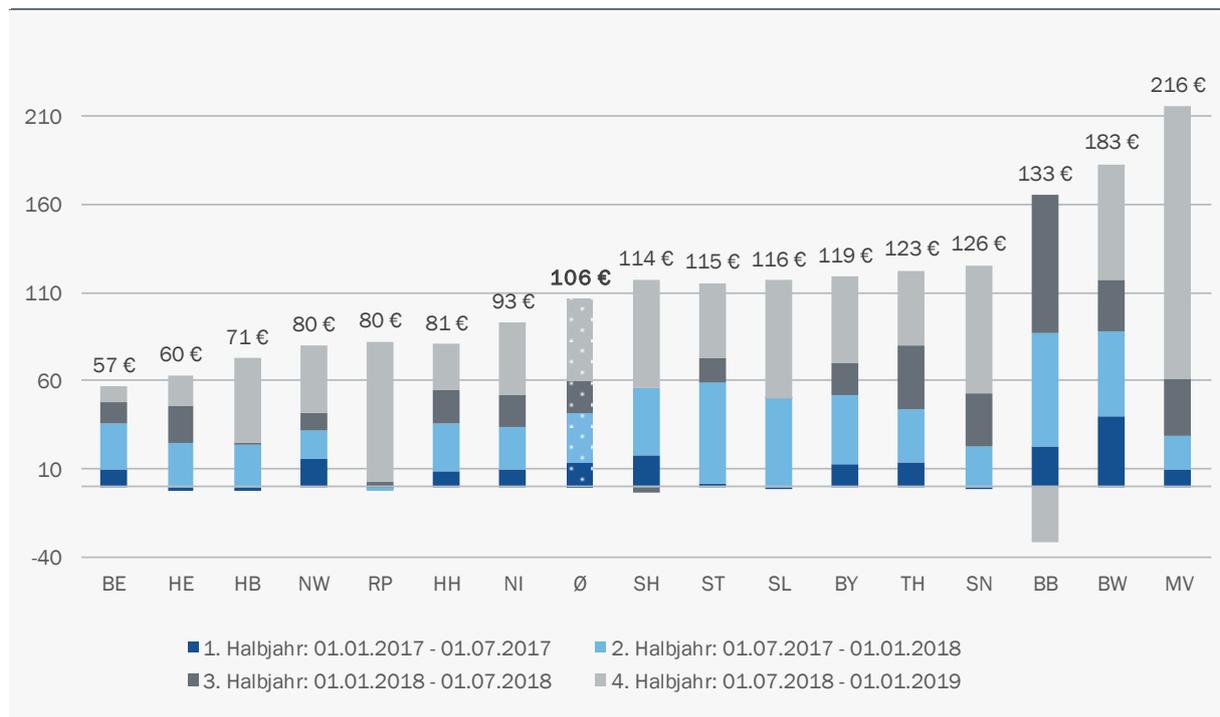


Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung und Berechnung auf Basis der Datenlieferung des vdek

Der EEE ist in den Bundesländern seit der Systemumstellung (01.01.2017 und 01.01.2019) zwischen 57 und 216 Euro und im Bundesdurchschnitt um etwa 106 Euro (+ 19 %) angestiegen (Abbildung 12). Prozentual erfolgten die deutlichsten Anstiege des EEE dabei in den ostdeutschen Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, Sachsen, Sachsen-Anhalt sowie Schleswig-Holstein.<sup>36 37</sup>

**Abbildung 12: Veränderung des durchschnittlichen monatlichen einrichtungseinheitlichen Eigenanteils (EEE) der Nutzerinnen und Nutzer (in Euro)**

01.01.2017 bis 01.01.2019



Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung und Berechnung auf Basis der Datenlieferung des vdek

<sup>36</sup> Die prozentualen Anstiege in den genannten Bundesländern im Zeitraum 01.01.2017 bis 01.01.2019 werden nachfolgend aufgeführt: Mecklenburg-Vorpommern (+ 81 %), Thüringen (+ 75 %), Sachsen (+ 50 %), Sachsen-Anhalt (+ 43 %) sowie Schleswig-Holstein (+ 41 %). Hierbei muss jedoch das relativ geringe Ausgangsniveau des absoluten EEE in den entsprechenden Bundesländern berücksichtigt werden. Die durchschnittlichen, absoluten EEE in diesen Bundesländern lagen zum 01.01.2019 trotz der hohen prozentualen Anstiege nach wie vor unter dem Bundesdurchschnitt.

<sup>37</sup> In Kapitel 2.3.4 im Anhang werden der durchschnittliche EEE zum 01.01.2019 sowie seine Veränderung zwischen 01.01.2017–01.01.2019 nach Bundesländern und Pflegegraden ausgewiesen.

Grundsätzlich habe das PSG II nach Einschätzung einiger Fachgesprächspartnerinnen und -partner im Vergleich zum Jahr 2016 zunächst zu einer deutlichen Entlastung der Heimbewohner geführt. Gerade für übergeleitete Pflegebedürftige wurden im Rahmen des Besitzstandsschutzes zusätzliche Kosten von der Pflegeversicherung übernommen. Im Falle der Überleitung vom alten in das neue System sorgte die Besitzstandsschutzregelung nach § 141 Abs. 3 SGB XI dafür, dass die Bestandsbewohnerinnen und -bewohner keinen höheren Eigenanteil tragen müssen, sollte der einrichtungseinheitliche Eigenanteil im Januar 2017 höher gewesen sein als der individuelle Eigenanteil im Vormonat.<sup>38</sup>

Der vorab beschriebene Anstieg des EEE liegt nach Aussage einiger Fachgesprächspartnerinnen und -partner u. a. darin begründet, dass durch die Einführung des EEE der Finanzierungsanteil der Bewohnerinnen und Bewohner nun von der Bewohnerstruktur abhängig sei. Einerseits sei so eine höhere Kostentransparenz gegeben. Andererseits komme es innerhalb der Pflegeeinrichtungen zu einer Umverteilung innerhalb der Heimbewohnerschaft, wodurch die Bewohnerinnen und Bewohner mit niedrigeren Pflegegraden im Umkehrschluss höhere Pflegesätze bzw. Finanzierungsanteile tragen müssten. Dies könne den Anstieg der Finanzierungsanteile gerade in den unteren Pflegestufen erklären. Auch das Überleitungsverfahren mit den doppelten Stufensprüngen habe die Zusammensetzung der Pflegegrade beeinflusst und dadurch zu einem tendenziell höheren EEE geführt. Die Neubegutachtungen in den kommenden Jahren könnten langfristig eine andere Zusammensetzung der Bewohnerstruktur herbeiführen und sich entsprechend auf die Entwicklung des EEE auswirken.<sup>39</sup>

### **Ambulante Vergütung**

Zur durchschnittlichen ambulanten Vergütung der Pflegedienste liegen keine statistischen Kennzahlen vor. Entsprechend können dazu keine quantitativen Daten im vorliegenden Bericht ausgewiesen werden.<sup>40</sup> Aus den Fachgesprächen konnten jedoch qualitative Aussagen zur Entwicklung der ambulanten Vergütungen generiert werden.

In der ambulanten Pflege ist es nach Aussage einiger Fachgesprächspartnerinnen und -partner in allen Bundesländern zu Vergütungssteigerungen gekommen. Inwiefern es sich dabei um normale Tarif- und Sachkostensteigerungen oder durch die Inhalte des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes bedingte Kostensteigerungen handele, lasse sich nach Einschätzung der Fachgesprächspartnerinnen und -partner nicht zweifelsfrei feststellen, es handele sich lediglich um Vermutungen. In diesem Kontext wurde von den Befragten auf die im Vergleich zur stationären Pflege lückenhafte Datenlage hingewiesen. Diese mache Aussagen zur Entwicklung der ambulanten Vergütung schwierig bis unmöglich.

Analog zur stationären Pflege wurden die **Lohnkostensteigerungen** nach Mutmaßung der Fachgesprächspartnerinnen und -partnern als zentraler Treiber der Kosten in der ambulanten Pflege eingeschätzt. Die Kostensteigerungen sind den Vermutungen der Fachgesprächspartnerinnen und -partner nach auch in der ambulanten Pflege vorrangig auf erhöhte Personalkosten – z. B. durch die Anerkennung von tariflicher Entlohnung – und weniger auf Inhalte des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zurückzuführen.

<sup>38</sup> In Kapitel 2.4 im Anhang findet sich eine Übersicht zur Anzahl der vollstationären Einrichtungen mit Bewohnerinnen und Bewohnern mit Besitzstandzuschlägen.

<sup>39</sup> Berechnungen zum sogenannten „Zwillingseffekt“ liegen noch nicht vor.

<sup>40</sup> Prognos hat hierzu eine umfassende Datenrecherche bei den Kostenträgern, den Trägerverbänden sowie dem Statistischen Bundesamt unternommen und dem BMG dazu am 15. Februar 2019 ein gesondertes Papier mit den Begründungen für die bestehende Datenlücke übermittelt.

Einige Fachgesprächspartnerinnen und -partner gingen im Kontext der Entwicklung der ambulanten Vergütungen auch auf die **Leistungsbeschreibungen** in der ambulanten Pflege ein. Einige waren der Meinung, dass durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff bisher keine wesentlichen Veränderungen der ambulanten Leistungen in der Praxis erfolgt seien, die einen Anstieg der ambulanten Vergütung nach sich gezogen hätten. In einigen Bundesländern sei zwar eine Neubewertung der Module erfolgt, jedoch könne nicht klar differenziert werden, inwiefern dies auf inhaltliche Neuerungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs oder eine anderweitige Bewertung zurückgehe.

### 3.2.4 Förderung der Inanspruchnahme von Leistungen zur Unterstützung häuslicher Pflege und des Auf- und Ausbaus von Angeboten zur Unterstützung im Alltag

Im folgenden Abschnitt werden zunächst die im Rahmen der Fortschreibung des Monitorings gewonnenen Erkenntnisse zur Bedeutung diverser Informations- und Beratungsangebote für die Inanspruchnahme der SGB XI-Leistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege vorgestellt. Anschließend werden die erhobenen Faktoren dargestellt, die die Inanspruchnahme von Angeboten zur Unterstützung der häuslichen Pflege sowie den Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI aus Sicht der befragten Akteure behindern bzw. fördern. Die Ergebnisse basieren im Wesentlichen auf den halbjährlich durchgeführten Online-Befragungen von ausgewählten Akteursgruppen.<sup>41,42</sup>

#### **Bedeutung diverser Informations- und Beratungsangebote für die Inanspruchnahme der SGB XI-Leistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege**

Die Ergebnisse der im ersten Quartal 2019 erfolgten Online-Befragung zur Bedeutung unterschiedlicher Informations- und Beratungsangebote für die Inanspruchnahme der SGB XI-Leistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege fielen wie folgt aus:

- Die Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI sowie andere Beratungsgespräche durch **Pflegedienste und -einrichtungen** hielten alle befragten Akteursgruppen jeweils mehrheitlich für (eher) bedeutend. Auch der Pflegeberatung in **Pflegestützpunkten** maßen alle befragten Akteursgruppen jeweils mehrheitlich eine (eher) große Bedeutung bei.
- Der **Pflegeberatung der Pflegekassen** schrieben die befragten Pflegekassen, Landesverbände der Pflegekassen und Pflegestützpunkte jeweils mehrheitlich eine (eher) große Bedeutung zu, während ihr die befragten Pflegeeinrichtungen und Betroffenenverbände jeweils mehrheitlich eine (eher) geringe Bedeutung attestierten. Der **Online-Information** der Pflegekassen maßen lediglich die befragten Pflegekassen und Landesverbände der Pflegekassen mehrheitlich eine (eher) große Bedeutung bei. Die befragten Pflegeeinrichtungen, Betroffenenverbände und Pflegestützpunkte waren jeweils mehrheitlich gegensätzlicher Auffassung.

<sup>41</sup> Befragt wurden ausgewählte Pflegekassen, Landesverbände der Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen, Betroffenenverbände, Pflegestützpunkte sowie der PKV-Verband und Compass.

<sup>42</sup> Eine detailliertere Darstellung der Ergebnisse dieses Abschnitts enthält Kapitel 2.5 im Anhang.

- Die Einschätzungen der Bedeutung von Listen mit **Leistungs- und Preisvergleichen** fielen heterogen aus.<sup>43</sup> Den im Rahmen eines Fachgesprächs befragten Vertreterinnen und Vertretern der Betroffenenverbände zufolge sind diesbezügliche Listen bei Entlastungsleistungen insofern von Bedeutung, als dass Letztere häufig von den Pflegediensten mit ihren vergleichsweise hohen Stundensätzen abgerechnet würden und dies den Betroffenen nicht bewusst sei.
- Sowohl die Pflegeberatung als auch die Online-Information von **Compass** sind aus Sicht von Compass und des PKV-Verbandes von großer Bedeutung für die Inanspruchnahme der SGB XI-Leistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege.

Als weitere Informationsquellen mit Bedeutung für die Inanspruchnahme der SGB XI-Leistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege wurden von den an den Online-Befragungen teilnehmenden Akteuren vor allem die folgenden benannt:<sup>44</sup>

- Medien (Funk, Fernsehen, Zeitung, Zeitschriften, Internet)
- Informationsbroschüren, Vorträge/(Schulungs-)Veranstaltungen
- Beratungsangebote im Krankenhaus, der Kommunen und der Sozialverbände
- Arztpraxen und Apotheken
- Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit
- Mundpropaganda (z. B. im Kontext von Angehörigen-/Selbsthilfegruppen)

Mehrere Fachgesprächspartnerinnen und -partner merkten zudem an, dass das Informations- und Beratungsangebot zu den SGB XI-Leistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege grundsätzlich möglichst breit angelegt sein sollte, da unterschiedliche Bevölkerungsgruppen über unterschiedliche Zugangswege erreicht werden könnten.

### **Hinderliche und förderliche Faktoren bei der Inanspruchnahme ambulanter SGB XI-Leistungen<sup>45</sup>**

Die Teilnehmenden der durchgeführten Online-Befragungen nannten besonders häufig folgende Faktoren als **hinderlich** für die Inanspruchnahme von SGB XI-Leistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege:

- **Mangel an personellen Kapazitäten und/oder (passgenauen) Angeboten** (personelle Kapazitäten der Anbieter von entsprechenden Leistungen reichen zur Deckung der bestehenden Nachfrage nicht aus; Mangel an Anbietern von Leistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege vor Ort, insbesondere Mangel an anerkannten Anbietern haushaltsnaher Dienstleistungen und Tagespflegeeinrichtungen; unzureichende Berücksichtigung zeitlicher und inhaltlicher Wünsche der Pflegebedürftigen)

<sup>43</sup> Ausgenommen hiervon sind die Angaben zur privaten Pflegepflichtversicherung. Sowohl der PKV-Verband als auch Compass stufen die Bedeutung der Leistungs- und Preisvergleichslisten als hoch ein.

<sup>44</sup> Ergebnisse der zweiten und dritten Online-Befragung (3. Quartal 2018, 1. Quartal 2019).

<sup>45</sup> Ergebnisse aller Online-Befragungen (1. und 3. Quartal 2018, 1. Quartal 2019).

- **Mangel an (passgenauen) Informations- und Beratungsangeboten** (zu wenig proaktive Information bspw. zum Entlastungsbetrag, auch durch Pflegekassen; bestehende Informationsangebote sind teilweise zu oberflächlich, unübersichtlich und kompliziert (u. a. Verwendung einer bürokratischen Sprache); Mangel an qualifizierter, zugehender und aufsuchender Beratung; keine konstanten Ansprechpersonen bei Pflegekassen)
- **Leistungsrecht bzw. dessen Komplexität sowie bürokratischer Aufwand** (insbesondere Intransparenz bzw. Komplexität der Anspruchsvoraussetzungen und der möglichen Leistungskombinationen; bürokratischer Aufwand u. a. bei der Antragstellung bei den Pflegekassen)
- **Wissensdefizite der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen** (Wissensdefizite bezüglich der Leistungen der Pflegeversicherung, der Antragstellung, individueller Leistungsansprüche und bestehender Anbieter vor Ort; daneben auch bezüglich vorhandener Beratungsangebote)
- **Zu hohe Kosten der Angebote/Eigenbeteiligung** (insbesondere bei Pflegebedürftigen mit geringen Einkommen und Vermögen; teilweise hohe Stundenpreise für bestimmte Leistungen; bei anerkannten Angeboten zur Unterstützung im Alltag teilweise keine bedarfsdeckende Nutzung möglich)
- **Ablehnung professioneller Hilfe seitens der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen** (u. a. aufgrund von Ängsten vor der Kontrolle durch Dritte bzw. vor Verlust der Selbstbestimmung sowie aufgrund von Schamgefühlen)

Als **förderlich** für die Inanspruchnahme von SGB XI-Leistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege wurden von den Teilnehmenden der durchgeführten Online-Befragungen besonders häufig folgende Faktoren angeführt:

- **Verfügbarkeit von (passgenauen) Angeboten** (Verfügbarkeit ausreichender personeller Kapazitäten bei bestehenden Anbietern sowie eines breiten Leistungsspektrums vor Ort, auch oder gerade in strukturschwächeren Regionen; insbesondere Verfügbarkeit von Anbietern haushaltsnaher Dienstleistungen und von Tagespflegeeinrichtungen; Ermöglichung gewünschter bzw. flexibler Zeiten und fester Bezugspersonen)
- **Verfügbarkeit von (passgenauen) Beratungsangeboten** (sowohl quantitativ als auch qualitativ gestärkte pflegerische Beratung; neutrale bzw. unabhängige, qualifizierte bzw. qualitativ hochwertige, örtlich und zeitlich gut erreichbare, auf die jeweiligen Lebensumstände ausgerichtete, aufsuchende und zugehende Beratungsangebote, insbesondere zum Leistungsspektrum der Pflegeversicherung, einschließlich der möglichen Leistungskombinationen und ihrer Kostenberechnung, sowie zur Förderung der Akzeptanz von professioneller Hilfe; örtlich verfügbare Beratungsangebote von Pflegekassen mit konstanten Ansprechpersonen; Begleitungs- und Unterstützungsangebote, u. a. bei der Antragstellung, der Begutachtung und der Abrechnung)
- **Verfügbarkeit von (passgenauen) Informationsangeboten** (Auf- und Ausbau von passgenauen Informationsangeboten zu den Leistungen der Pflegeversicherung und bestehenden Angeboten vor Ort, bspw. verstärkte Öffentlichkeitsarbeit unter Nutzung eines breiten Spektrums an Medien; auch proaktive Information der Versicherten durch Pflegekassen zum Leistungsspektrum der Pflegeversicherung und der individuellen Leistungsansprüche; grundsätzlich übersichtliche Informations- und Aufklärungsmaterialien in laiengerechter Sprache)

- **Einbindung von behandelnden Ärzten und Sozialdiensten in die Information bzw. Beratung** (z. B. Hinweise auf bestehende Beratungs- und Unterstützungsangebote vor Ort)
- **Vereinfachung/Flexibilisierung des Leistungsrechts** (insbesondere hinsichtlich der möglichen Leistungskombinationen; bspw. einheitlicher Betrag für die Verhinderungs- und die Kurzzeitpflege; zeit- statt leistungsbezogene Abrechnung mit den Kostenträgern)
- **Reduzierung des bürokratischen Aufwands** (u. a. Abschaffung des fünfseitigen Änderungsantrages für die Nutzung von teilstationären Leistungen; stattdessen Kurzinformation, dass teilstationäre Leistungen ab einem bestimmten Zeitpunkt in Anspruch genommen werden möchten)
- **Entlastung und Stärkung des erforderlichen sozialen Umfelds** (z. B. durch Unterstützungs- und Schulungsangebote)
- **Geringere Kosten und höhere Kostentransparenz** (Absenkung des Eigenbeitrags bzw. Anhebung des Sachleistungsbetrags; höhere Transparenz der Anbieter bei der Abrechnung von Leistungen)

### **Hinderliche und förderliche Faktoren beim Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag<sup>46</sup>**

Die Teilnehmenden der durchgeführten Online-Befragungen nannten besonders häufig folgende Faktoren als **hinderlich** für den Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI:

- **Anerkennungsvoraussetzungen und -verfahren** (restriktive sowie komplexe bzw. intransparente Anerkennungsvoraussetzungen; u. a. hohe Qualitätsanforderungen bspw. hinsichtlich der Qualifizierung von Mitarbeitenden; die Anforderungen sind insbesondere für Anbieter haushaltsnaher Dienstleistungen und Privatpersonen herausfordernd; unterschiedliche Anerkennungsvoraussetzungen in den Bundesländern<sup>47</sup>; uneinheitliche und teilweise langwierige Anerkennungsverfahren von Kassen)
- **Fehlende Qualifizierungsangebote und mangelnde Kapazitäten zur fachlichen Begleitung** (z. B. fehlende Qualifizierungsangebote seitens der Pflegekassen für ehrenamtlich Helfende; Qualifizierungsmaßnahmen für Unternehmen unrentabel)
- **Bürokratischer Aufwand** (unverhältnismäßig hoher Verwaltungsaufwand für Leistungserbringer und Kostenträger bei der Leistungsabrechnung)

<sup>46</sup> Ergebnisse der aller Online-Befragungen (1. und 3. Quartal 2018, 1. Quartal 2019).

<sup>47</sup> Den im Rahmen eines Fachgesprächs befragten Vertreterinnen des GKV-Spitzenverbandes zufolge lassen die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag Gestaltungsspielräume offen, die von den Bundesländern auch genutzt wurden. Die Anerkennungsvoraussetzungen sind deshalb bspw. im Hinblick auf die Anerkennung von Privatpersonen in manchen Bundesländern weniger restriktiv als in anderen.

- **Kosten der Angebote/niedriger Leistungsbetrag, Intransparenz der Abrechnung, Erstattungsprinzip** (Stundensätze insbesondere der kommerziellen Anbieter stehen nicht im Verhältnis zum Entlastungsbetrag; Unverständnis der unterschiedlichen Angebotspreise und Abrechnungsmodalitäten seitens der Betroffenen und resultierende Überforderung, z. B. bei der Abrechnung mit den Pflegekassen; daneben auch intransparente Abrechnung und teilweise langwierige (u. a. mehrere Monate dauernde) Kostenerstattung; Erstattungsprinzip)
- **Mangel an personellen Kapazitäten und/oder Angeboten** (sowohl bei Pflegediensten als auch bei ehrenamtlich getragenen Angeboten; auch Mangel an Begleit- und Fahrdienstangeboten; im ländlichen Raum auch aufgrund langer Anfahrtswege)
- **Unbekanntheit der Anerkennungsmöglichkeit und unzureichende Information/Unterstützung von (potenziellen) Anbietern** (z. B. keine unterstützende Stelle; Unbekanntheit der Anerkennungsmöglichkeit auch aufgrund unzureichender Bewerbung)

Als **förderlich** für den Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung der häuslichen Pflege wurden von den Teilnehmenden der durchgeführten Online-Befragungen besonders häufig folgende Faktoren angeführt:

- **Anpassung von Anerkennungsvoraussetzungen und -verfahren** (weniger restriktive und einfachere bzw. transparentere Anerkennungsvoraussetzungen; u. a. leichtere Anerkennung von Anbietern haushaltsnaher Dienstleistungen und von Privatpersonen ohne Anbindung an eine Struktur, bspw. durch abgestufte Anerkennungsvoraussetzungen für kommerzielle und ehrenamtliche Dienste;<sup>48</sup> bundesweit einheitliche Anerkennungsvoraussetzungen; kasseneinheitliche, einfachere und schnellere, maximal einjährige Anerkennungsverfahren)
- **Bereitstellung von erforderlichen Kursen bzw. Qualifizierungs- und Fortbildungsangeboten**
- **Reduzierung des bürokratischen Aufwands** (insbesondere Entbürokratisierung des Abrechnungsverfahrens; daneben auch kasseneinheitliche Abrechnungsverfahren; Abbau von Nachweispflichten und Prüfschritten der Verwaltung)
- **Günstigere Angebote/höherer Leistungsbetrag, transparenter Guthabenbestand, kein Erstattungsprinzip** (u. a. regelmäßige Information über den Entlastungsbetrag und nicht abgerufene diesbezügliche Ansprüche; Direktauszahlung des Entlastungsbetrags an die Versicherten, auch zur Vermeidung des Leistungsverfalls bei fehlenden anerkannten Anbietern vor Ort)
- **Bekanntmachung der Anerkennungsmöglichkeit und Information/Unterstützung (potenzieller) Anbieter** (durch Anerkennungsstellen, Pflegekassen und Kommunen; z. B. Leitfaden mit Ausfüllhinweisen und Erläuterungen für Antragsteller; Einrichtung einer festen Ansprechperson, die über die Anerkennungsvoraussetzungen aufklärt und deren Erfüllung im Einzelfall prüft)
- **Bekanntmachung der Angebote** (u. a. verbesserte Veröffentlichung der Angebote in zugänglicher Form, bspw. Zustellung einer Übersicht mit anerkannten Anbietern vor Ort bei Einstufung in einen Pflegegrad)

<sup>48</sup> Im Fachgespräch mit Vertreterinnen und Vertretern der Betroffenenverbände wurde zudem vorgeschlagen, Privatpersonen in bestehende Strukturen wie Helferkreise oder Vereine einzubinden, welche deren Versicherung übernehmen könnten und überdies über ein Schulungs- und Fortbildungsprogramm verfügen.

- **Anpassung der Vergütungsregelungen** (bundesweit einheitliche Vergütungsgrundsätze; Einführung einer geringfügigen Aufwandsentschädigung für Ehrenamtliche, bspw. zur Deckung von Fahrtkosten)

*i*

#### **Aufnahme von Angeboten nach § 45a SGB XI in Vergleichslisten und Online-Datenbanken**

Die Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI sind gemäß den mit dem PSG II getroffenen Regelungen<sup>49</sup> auch in die Leistungs- und Preisvergleichslisten sowie die Online-Recherchemöglichkeiten, die seitens der (Verbände der) Pflegekassen bereitgestellt werden, aufzunehmen. Den befragten Landesverbänden der Pflegekassen zufolge ist dieser Schritt in acht Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Sachsen und Thüringen) erfolgt.<sup>50</sup> Für die restlichen Bundesländer wurden diesbezüglich keine (konkreten) Angaben gemacht.

### 3.2.5 Pflegekurse nach § 45 SGB XI

Im folgenden Abschnitt werden die im Rahmen des Monitorings gewonnenen Erkenntnisse zu den Pflegekursen nach § 45 SGB XI vorgestellt. Die Ergebnisse basieren im Wesentlichen auf der zuletzt durchgeführten Online-Befragung unterschiedlicher Akteursgruppen sowie auf Fachgesprächen mit Vertreterinnen und Vertretern des PKV-Verbandes und der Betroffenenverbände.<sup>51</sup>

*i*

#### **Pflegekurse nach § 45 SGB XI**

Nach § 45 Abs. 1 SGB XI sind die Pflegekassen verpflichtet, für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen unentgeltliche Schulungskurse durchzuführen – auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person auch in deren eigener Häuslichkeit. Nach § 45 Abs. 2 SGB XI können die Pflegekassen die Pflegekurse entweder selbst bzw. gemeinsam mit anderen Pflegekassen durchführen oder aber geeignete andere Einrichtungen mit der Durchführung beauftragen. Nach § 45 Abs. 3 SGB XI können die Landesverbände der Pflegekassen mit den Trägern der Einrichtungen, die die Pflegekurse durchführen, Rahmenvereinbarungen über die inhaltliche Ausgestaltung der Pflegekurse schließen.

<sup>49</sup> Auf Grundlage von § 7 Abs. 3 und 4, § 45a Abs. 2 und 3 SGB XI.

<sup>50</sup> Stand: 1. Quartal 2019.

<sup>51</sup> Den ebenfalls befragten Vertreterinnen des GKV-Spitzenverbandes lagen keine Informationen zu den Pflegekursen nach § 45 SGB XI vor.

Die Ergebnisse der im ersten Quartal 2019 durchgeführten Online-Befragung von Pflegekassen, Landesverbänden der Pflegekassen, Betroffenenverbänden und Pflegestützpunkten zur Verbreitung und Umsetzung von Pflegekursen nach § 45 SGB XI sowie zu deren konzeptioneller Gestaltung und Annahme legen Folgendes nahe:<sup>52,53</sup>

- Bisher gibt es im Bundesgebiet wohl kein flächendeckendes Angebot an Pflegekursen.<sup>54</sup>
- Durchgeführt werden die Pflegekurse vor allem von ambulanten Pflegediensten, Sozialstationen und sonstigen Institutionen (z. B. Alzheimergesellschaften).
- Rahmenvereinbarungen der Landesverbände der Pflegekassen mit den Einrichtungsträgern über die einheitliche Durchführung und inhaltliche Ausgestaltung der Pflegekurse sind in Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz geschlossen worden.
- Die Pflegekurse werden teilweise auch zuhause als Schulung durchgeführt.
- Das neue Pflegeverständnis und präventive Ansätze werden in den Pflegekursen tendenziell berücksichtigt.
- Das Angebot der Pflegekurse wird von den Pflegepersonen eher schlecht angenommen.

Die Aussagekraft der Ergebnisse ist dabei dadurch beschränkt, dass in der Online-Befragung einerseits überwiegend keine datengestützten Fakten, sondern Einschätzungen abgefragt wurden, und andererseits die Fallzahlen teilweise gering waren.

Die im Rahmen der Fachgespräche befragten Vertreterinnen und Vertreter der Betroffenenverbände merkten kritisch an, dass die häuslichen Schulungen im Gegensatz zu den außerhäuslichen Pflegekursen nur dann von den Pflegekassen refinanziert würden, wenn der Anbieter des Kurses mit der Pflegekasse des jeweiligen Pflegebedürftigen einen Vertrag geschlossen hätte. Es sei für die Anbieter „kompliziert und aufwändig“, mit jeder einzelnen Pflegekasse einen diesbezüglichen Vertrag zu schließen. Ein Einheitsvertrag könne die Zahl der häuslichen Schulungen deutlich steigern. Hinderlich sei zudem, dass manche Pflegekassen die entsprechenden Rahmenverträge offenbar lediglich auf Bundesebene ausschreiben, was regionale Anbieter als potenzielle Bewerber ausschließe.

Den Angaben des PKV-Verbandes zufolge hält Medicproof für Versicherte der privaten Pflegepflichtversicherung ein bundesweites Angebot an häuslichen Pflegekursen vor.<sup>55</sup> Darüber hinaus könnten Privatversicherte weitere Anbieter von Pflegekursen frei wählen. Präventive Ansätze würden in den Pflegekursen tendenziell insofern berücksichtigt, als durch die Vermittlung von Pflegetechniken und des richtigen Umgangs mit bestimmten Situationen körperliche Belastungen und Beschwerden vermieden werden könnten. Die Annahme des Angebots der Pflegekurse sei tendenziell eher verhalten, was nach Einschätzung der Befragten vermutlich zum Teil auch auf eine gewisse Skepsis hinsichtlich des Nutzens eines solchen Angebots zurückgeführt werden könne. Vor diesem Hintergrund tausche sich der PKV-Verband mit Medicproof zum Konzept der Pflegekurse aus.<sup>56</sup>

<sup>52</sup> Im Rahmen der Online-Befragung wurde zudem nach dem Bekanntheitsgrad des Angebots der Pflegekurse nach § 45 SGB XI gefragt. Die diesbezüglichen Einschätzungen fielen heterogen aus und lassen deshalb keine verallgemeinernden Schlüsse zu.

<sup>53</sup> Eine detailliertere Darstellung der diesbezüglichen Befragungsergebnisse enthält Kapitel 2.6 im Anhang.

<sup>54</sup> Ein Teil der befragten Akteure gab im Rahmen der Online-Befragung an, dass es in ihrem Zuständigkeitsbereich kein flächendeckendes Angebot an Pflegekursen gibt (siehe Abbildung 2 in Kapitel 2.6 im Anhang). Folglich ist zu vermuten, dass es nicht bundesweit ein flächendeckendes Angebot an Pflegekursen gibt.

<sup>55</sup> Dies wurde im Fachgespräch mit einer Vertreterin von Medicproof bestätigt.

<sup>56</sup> Zur Berücksichtigung des neuen Pflegeverständnisses sowie zum Bekanntheitsgrad der Pflegekurse konnte weder der PKV-Verband noch die private Pflegeberatung Compass eine Einschätzung treffen.

### 3.2.6 Förderung regionaler Netzwerke nach § 45c Abs. 9 SGB XI

Im folgenden Abschnitt werden die im Rahmen der Fortschreibung des Monitorings gewonnenen Erkenntnisse zur Förderung regionaler Netzwerke nach § 45c Abs. 9 SGB XI, den an den geförderten regionalen Netzwerken beteiligten Akteuren und ihrer Zusammenarbeit sowie zu den Wirkungen der Netzwerke vorgestellt. Die Ergebnisse basieren auf Daten des Bundesversicherungsamtes sowie auf Aussagen unterschiedlicher Akteursgruppen im Rahmen der halbjährlichen Online-Befragungen und in Fachgesprächen.

**i**

#### **Förderung regionaler Netzwerke nach § 45c Abs. 9 SGB XI**

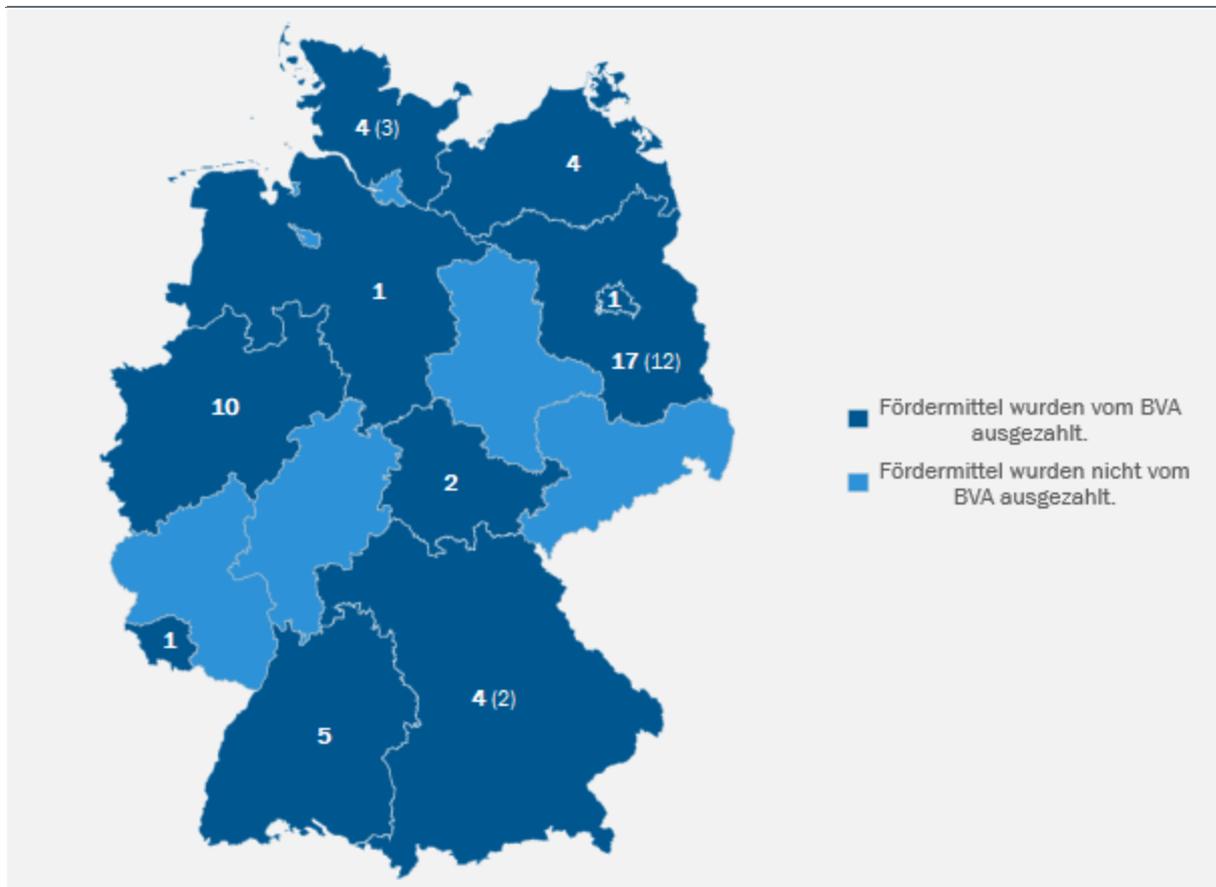
Nach § 45c Abs. 9 SGB XI können seit dem 01.01.2017 finanzielle Mittel der Sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung in Höhe von zehn Millionen Euro pro Kalenderjahr für die Förderung regionaler Netzwerke genutzt werden. Voraussetzung ist, dass die Netzwerke „der strukturierten Zusammenarbeit von Akteuren dienen, die an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligt sind und die sich im Rahmen einer freiwilligen Vereinbarung vernetzen“. Pflegekassen und private Versicherungsunternehmen können sich sowohl einzeln als auch gemeinsam im Wege einer Anteilsfinanzierung an den Kosten des jeweiligen Netzwerkes beteiligen. Je Kreis bzw. kreisfreier Stadt stehen hierfür maximal 20.000 Euro im Jahr zur Verfügung.

#### **Verbreitung geförderter regionaler Netzwerke**

Die Inanspruchnahme der Förderung nach § 45c Abs. 9 SGB XI hat nach anfänglichen Schwierigkeiten (z. B. Abstimmung der Förderverfahren auf Länderebene) im Jahresverlauf 2018 an Dynamik gewonnen. Den Daten des Bundesversicherungsamtes zufolge wurden zwischen Januar 2018 und April 2019 in 49 Fällen Fördermittel nach § 45c Abs. 9 SGB XI in Höhe von rund 611.000 Euro vom Bundesversicherungsamt ausbezahlt. Insgesamt erhielten 41 Netzwerke diesbezügliche Fördermittel, teilweise auch mehrfach. Der Verbreitungsgrad der Förderung ist damit nach wie vor gering. Die Bundesländer, in denen regionale Netzwerke diesbezügliche Fördermittel erhielten, und die Zahl der vom Bundesversicherungsamt ausbezahlten Förderungen sind in Abbildung 13 dargestellt.

### Abbildung 13: Verbreitung der Förderung regionaler Netzwerke nach § 45c Abs. 9 SGB XI

01.01.2018-30.04.2019, Anzahl der vom BVA ausbezahlten Förderungen, in Klammern Anzahl der Netzwerke, die Fördermittel des BVA erhielten



Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis einer Datenlieferung des Bundesversicherungsamtes

In Bremen, Hamburg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Sachsen-Anhalt wurden bisher keine Fördermittel nach § 45c Abs. 9 SGB XI ausgezahlt. In Hessen und Sachsen-Anhalt lagen in diesem Zeitraum den Angaben der jeweiligen Landesverbände der Pflegekassen zufolge allerdings Anträge auf eine Förderung nach § 45c Abs. 9 SGB XI vor. Die Landesverbände der Pflegekassen in Bremen erklärten die bisher nicht erfolgte Inanspruchnahme der Förderung u. a. damit, dass der Pflegemarkt in den Stadtstaaten überschaubar und gut vernetzt sei und ein zusätzliches Netzwerk bislang nicht gewollt werde.

i

### **Diskussion von Förderrichtlinien und -verfahren**

Die im Rahmen eines Fachgesprächs befragte Vertreterin der Betroffenenverbände kritisierte, dass die Förderung nach § 45c Abs. 9 SGB XI teilweise lediglich für ein Jahr bewilligt werde, was ein zu kurzer Zeitraum für den Aufbau eines regionalen Netzwerkes sei. Möglicherweise erkläre diese Bewilligungspraxis auch einen Teil der eher verhaltenen Inanspruchnahme der Förderung. Die ebenfalls im Rahmen eines Fachgesprächs befragten Vertreterinnen des GKV-Spitzenverbandes hielten die Beschränkung des Bewilligungszeitraumes auf ein Jahr hingegen für sinnvoll. Die Förderung sei als Anschubfinanzierung gedacht, wobei eine mehrjährige Förderung grundsätzlich nicht ausgeschlossen sei. Langfristig müssten sich die regionalen Netzwerke jedoch selbst tragen.

Der Vertreterin eines Betroffenenverbandes zufolge ist das Förder- bzw. Bewilligungsverfahren grundsätzlich nicht klar geregelt. Antragsteller wüssten u. a. nicht, welche Voraussetzungen zu erfüllen seien. Dies könnte u. a. darauf zurückzuführen sein, dass die Empfehlungen zu den Förderbedingungen, die gemeinsam vom GKV-Spitzenverband und dem PKV-Verband erarbeitet wurden, nach Aussagen des GKV-Spitzenverbandes „recht locker“ formuliert wurden. Intention sei gewesen, die Hürden für die Inanspruchnahme der Leistung möglichst niedrig zu halten.

### **An geförderten regionalen Netzwerken beteiligte Akteure und deren Zusammenarbeit**

Die Landesverbände der Pflegekassen, denen zufolge nach § 45c Abs. 9 SGB XI geförderte regionale Netzwerke bestehen, wurden in der zuletzt im ersten Quartal 2019 durchgeführten Online-Befragung gefragt, welche Akteure ihres Wissens nach an den Netzwerken beteiligt sind. Diesbezügliche Angaben liegen von sieben Landesverbänden vor. Deren Angaben zufolge sind meist Selbsthilfegruppen oder Initiativen ehrenamtlich tätiger bzw. bürgerschaftlich engagierter Personen, Kommunen oder Städte sowie Wohlfahrtsverbände an geförderten regionalen Netzwerken beteiligt, während ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen und niedergelassene Ärzte und Ärztinnen nicht regelhaft in die geförderten regionalen Netzwerke eingebunden sind. Kaum bzw. gar nicht involviert sind den Angaben nach Heilmittelerbringer, Krankenhäuser, gerontopsychiatrische Einrichtungen, Sozialverbände, Verbraucherzentralen und Arbeitgeber bzw. Gewerkschaften. Die Zusammenarbeit innerhalb der geförderten regionalen Netzwerke funktioniert den Angaben dreier Landesverbände der Pflegekassen zufolge tendenziell gut.

### **Wirkungen geförderter regionaler Netzwerke**

Die Landesverbände der Pflegekassen, in deren Zuständigkeitsbereich nach § 45c Abs. 9 SGB XI geförderte regionale Netzwerke bestehen, wurden in der zuletzt im ersten Quartal 2019 durchgeführten Online-Befragung um eine Einschätzung verschiedener potenzieller Wirkungen der geförderten regionalen Netzwerke gebeten. Entsprechende Angaben liegen von vier Landesverbänden vor. Deren Angaben zufolge bewirken nach § 45c Abs. 9 SGB XI geförderte regionale Netzwerke einen Verbleib Pflegebedürftiger in der eigenen Häuslichkeit und eine Entlastung pflegender Angehöriger. Ob geförderte regionale Netzwerke die medizinische und/oder pflegerische Versorgung verbessern und die Zahl der Krankenhausüberweisungen verringern, wurde von den Akteuren unterschiedlich eingeschätzt. Die im Rahmen eines Fachgesprächs befragten Vertreterinnen und Vertreter des GKV-Spitzenverbandes merkten hierzu kritisch an, dass die Wirkung der geförderten

regionalen Netzwerke zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht beurteilt werden könne, da sich die Netzwerke noch in der Anlaufphase befänden.

### 3.3 Leistungsentscheidungsverfahren und Leistungsentscheidungen

Die Richtlinien zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstrumentes nach dem SGB XI (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) sind für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) die einheitliche Grundlage für die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit.<sup>57</sup> In der sozialen Pflegeversicherung Versicherte müssen den Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei ihrer Pflegekasse stellen, die auf Basis des Gutachtens die Leistungsentscheidung trifft.

Die Gutachterinnen und Gutachter von Medicproof legen für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie die Zuordnung zu einem Pflegegrad dieselben Maßstäbe an wie in der sozialen Pflegeversicherung. Privatversicherte müssen den Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit entsprechend bei ihrem privaten Versicherungsunternehmen stellen.

#### 3.3.1 Antragseingänge und Antragsbestand bei den Pflegekassen bzw. privaten Versicherungsunternehmen

Der PKV-Verband erfasst keine Daten zu den Antragseingängen bei den privaten Versicherungsunternehmen und verweist auf die Daten von Medicproof zu den Auftragseingängen (siehe Kapitel 3.3.2). Es liegen daher lediglich die Daten des GKV-Spitzenverbandes für die gesetzlich versicherten Antragstellenden vor.

#### **Antragseingänge und Antragsbestand bei den Pflegekassen**

Die statistischen Kennzahlen des GKV-Spitzenverbandes wiesen für das Jahr **2017** einen Antragsbestand der Pflegekassen von 1.507.549 Anträgen aus, darunter 164.600 unerledigte Anträge aus dem Vorjahr. Der Antragsrestbestand war Anfang des Jahres 2018 mit 175.470 Anträgen um 6,6 Prozent höher als noch zu Anfang des Vorjahres, d. h. die Anzahl der unerledigten Anträge konnte im Jahr 2017 trotz der gesetzlichen Überleitungsregelung und der ausgesetzten Fristen (u. a. Wiederholungsbegutachtungen und Geltung der 25-Arbeitstage-Fristen nur bei besonders dringlichem Entscheidungsbedarf) nicht reduziert werden. Es ist anzunehmen, dass der Antragsrückstand Ende des Jahres 2017 ohne die genannte Überleitungsregelung noch deutlich höher ausgefallen wäre, weil alle zum 31.12.2016 pflegebedürftigen Menschen (ca. 2,9 Mio. Personen) hätten neu begutachtet werden müssen.<sup>58</sup>

Im Jahr **2018** betrug der Antragsbestand bei den Pflegekassen 1.428.461 Anträge (Rückgang um 5,2 % im Vergleich zum Vorjahr). Ende des Jahres waren noch 165.999 Anträge unerledigt. Damit konnte die Zahl der unerledigten Anträge im Laufe des Jahres 2018 um 5,4 Prozent reduziert werden.

<sup>57</sup> Vgl. MDS und GKV-Spitzenverband (2017).

<sup>58</sup> Eine quantitative Abschätzung dazu, wie sich der Antragsrückstand nach der Systemumstellung ohne die Überleitungsregelung gestaltet hätte, liegt nicht vor.

## Höherstufungsanträge von übergeleiteten Versicherten

Im Rahmen der Fortschreibung des Monitorings sollte untersucht werden, wie viele Höherstufungsanträge von übergeleiteten Versicherten nach der Systemumstellung gestellt wurden und wie die entsprechenden Leistungsentscheidungen der Pflegekassen ausfielen.<sup>59</sup> Da weder der GKV-Spitzenverband oder der MDS noch der PKV-Verband entsprechend differenzierte Daten erfassen, liegen hierzu lediglich Sonderauswertungen von einigen AOKs<sup>60</sup> sowie Daten von Medicproof<sup>61</sup> vor. Diese sind aufgrund der geringen Fallzahlen bzw. der nicht ganz passgenauen Daten jeweils nur eingeschränkt aussagekräftig.<sup>62</sup>

Sowohl bei den **ausgewählten AOKs** als auch bei **Medicproof** sank der Anteil der Höherstufungsanträge bzw. -aufträge von übergeleiteten Antragstellenden kurz nach der Systemumstellung kontinuierlich. Während bei den ausgewählten AOKs im Jahr 2017 noch 69 Prozent der Höherstufungsanträge von übergeleiteten Antragstellenden stammten (Medicproof: 72 %), war das Verhältnis im Jahr 2018 fast ausgeglichen.<sup>63</sup> Die – nur bedingt aussagekräftigen – Daten zu den die Höherstufungsanträge bzw. -aufträge betreffenden Leistungsentscheidungen der AOKs bzw. Empfehlungen von Medicproof zeigen, dass der Anteil der bewilligten Höherstufungsanträge bzw. der empfohlenen Höherstufungen im Zeitraum direkt nach der Systemumstellung tendenziell angestiegen ist, jedoch bei den nicht übergeleiteten Antragstellenden deutlich höher war als bei den übergeleiteten Antragstellenden. Die vorliegenden Daten zum Anteil der bewilligten Höherstufungsanträge bzw. empfohlenen Höherstufungen bei übergeleiteten und nicht übergeleiteten Antragstellenden legen damit nahe, dass die Höherstufungsanträge bei den nicht übergeleiteten Antragstellenden direkt nach der Systemumstellung sachlich besser begründet waren als bei den (bereits großzügig) übergeleiteten Antragstellenden. Die relativ hohe Bewilligungsquote bei den nicht übergeleiteten Antragstellenden kurz nach der Systemumstellung könnte dafür sprechen, dass die Erstbegutachtung mit dem neuen Begutachtungsinstrument nicht in allen Fällen zu einem korrekten Ergebnis gekommen ist. Die dahinterstehenden Fallzahlen sind jedoch zu diesem Zeitpunkt noch relativ gering gewesen. Zudem bestehen die eingangs bereits erwähnten Einschränkungen aufgrund der lückenhaften Datenlage.

<sup>59</sup> Die Gründe für die Höherstufungsanträge werden nicht statistisch erfasst, sodass aus den vorliegenden Daten nicht abgelesen werden kann, ob die Versicherten den Höherstufungsantrag aufgrund einer tatsächlichen Verschlechterung des Gesundheitszustands gestellt haben oder aus Unzufriedenheit mit der vorherigen Einstufung bzw. Überleitung. Einen Anhaltspunkt für die "berechtigte" Antragstellung stellt jedoch das Ergebnis der Leistungsentscheidung der Pflegekasse dar.

<sup>60</sup> Es liegen Daten von sieben der elf AOKs in Deutschland vor: AOK Baden-Württemberg, AOK Bayern, AOK Hessen, AOK Nordost, AOK Nordwest, AOK Rheinland/Hamburg und AOK Sachsen-Anhalt. Keine (nach übergeleiteten Antragstellenden differenzierten) Daten liegen für folgende AOKs vor: AOK Bremen/Bremerhaven, AOK Niedersachsen, AOK Plus und AOK Rheinland-Pfalz/Saarland. Die Ergebnisse der Höherstufungsverfahren liegen lediglich für drei AOKs vor: AOK Baden-Württemberg, AOK Nordwest und AOK Rheinland/Hamburg. Die AOK ist die größte Pflegekasse in Deutschland. Zum 31.12.2017 waren 49 Prozent aller Leistungsempfänger aus dem SGB XI dort versichert, das sind 1.628.682 Leistungsempfänger (Quelle: [https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/aok/zahlen/zuf\\_2018\\_heft\\_final.pdf](https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/aok/zahlen/zuf_2018_heft_final.pdf)).

<sup>61</sup> Der tatsächliche Antragseingang bei den privaten Versicherungsunternehmen liegt zeitlich etwas vor dem dargestellten Auftragseingang bei Medicproof. Entsprechend kann bei den vorliegenden Daten keine eindeutige zeitliche Abgrenzung zwischen Anträgen auf Begutachtungen nach dem neuen und alten Begutachtungsverfahren vorgenommen werden. So handelt es sich bei den im ersten Quartal 2017 erfassten Höherstufungsaufträgen von nicht übergeleiteten Antragstellenden u. a. auch um Höherstufungsanträge, die bis zum 31.12.2016 gestellt worden sind, weswegen die antragstellende Person nicht mit dem neuen Begutachtungsinstrument zu untersuchen war.

<sup>62</sup> In Kapitel 3.1.1 im Anhang ist die Entwicklung der Anzahl der Höherstufungsanträge bei den ausgewählten AOKs sowie der Höherstufungsaufträge bei Medicproof sowie die Ergebnisse der Höherstufungsbegutachtungen differenziert nach übergeleiteten und nicht übergeleiteten Versicherten grafisch dargestellt.

<sup>63</sup> Die Verschiebung zwischen den beiden Gruppen liegt wesentlich in der Verschiebung der Größe der beiden Antragsgruppen insgesamt über die Zeit begründet. Die Zahl der übergeleiteten Versicherten wird im Laufe der Zeit immer geringer, da die Betroffenen nach und nach versterben.

### 3.3.2 Auftragseingänge bei den Medizinischen Diensten<sup>64</sup>

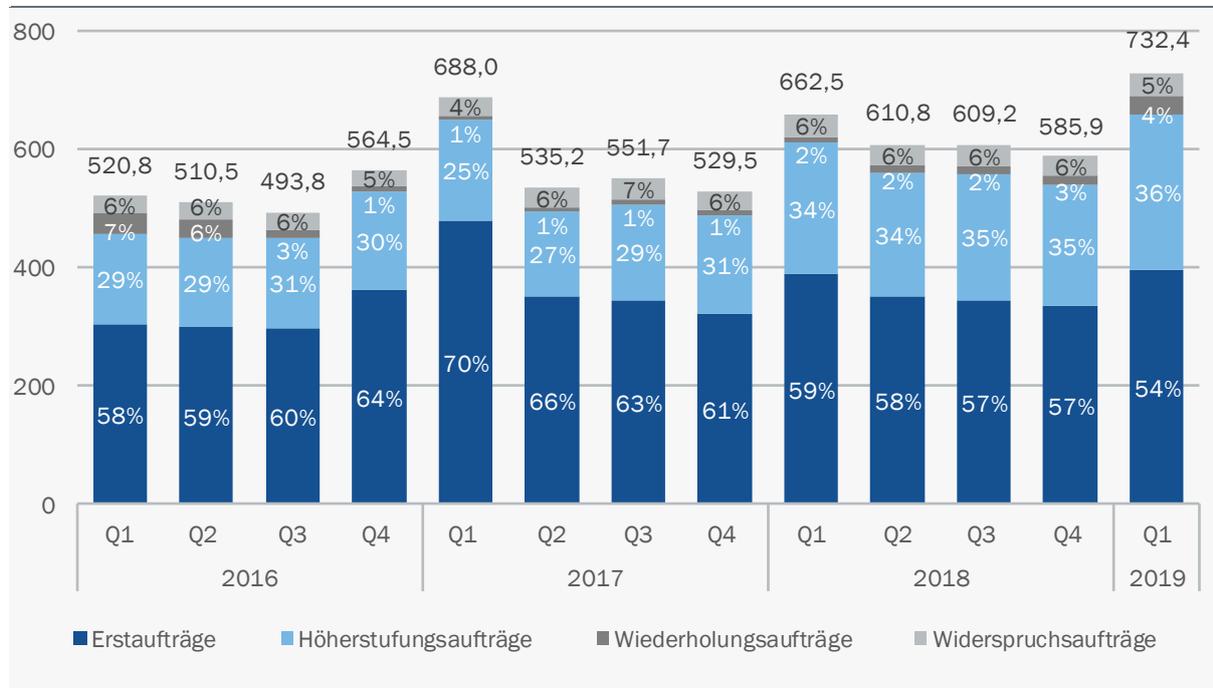
Durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat sich die Zahl der Auftragseingänge bei den **MDK** sichtbar erhöht (Abbildung 14):

- Der Auftragsanstieg im **vierten Quartal 2016** (564.500 Aufträge) deutet auf einen vorgezogenen Reformeffekt hin, da vermutet werden kann, dass einige Versicherte noch vor der Systemumstellung Anträge stellten, um von der großzügigen Überleitungsregelung zu profitieren.
- Obwohl im ersten Quartal traditionell viele Aufträge eingehen, ragt die Anzahl der Auftragseingänge im ersten Quartal **2017** mit 688.000 Aufträgen (+32 % im Vergleich zum Vorjahresquartal) deutlich hervor. Bemerkenswert ist dabei der Anteil der Erstaufträge an allen Auftragseingängen von 70 Prozent (480.300 Aufträge), der höher ist als in allen dargestellten Quartalen zuvor und danach. Dieser hohe Anteil ist als Reformeffekt zu sehen, der insbesondere darauf zurückzuführen ist, dass sich der Kreis der Anspruchsberechtigten nach dem SGB XI seit dem 01.01.2017 erweitert hat.
- Nachdem das Auftragsvolumen im weiteren Verlauf des Jahres 2017 wieder leicht zurückgegangen ist, kam es im ersten Quartal **2018** erneut zu einer Steigerung der Zahl der Auftragseingänge auf rund 662.500 Aufträge (+27 % im Vergleich zum 1. Quartal 2016). Das Auftragsvolumen war im Jahr 2018 insgesamt durchschnittlich noch einmal um sieben Prozent höher als im Vorjahr. Der Anstieg der Zahl der Höherstufungsaufträge an allen Auftragseingängen von durchschnittlich 28 Prozent im Jahr 2017 auf durchschnittlich 34 Prozent im Jahr 2018 hat dabei entscheidend zum weiteren Anstieg des Auftragsvolumens beigetragen.
- Im **ersten Quartal 2019** kam es zu einem erneuten Anstieg der Auftragseingänge auf rund 732.400 Aufträge (+41 % im Vergleich zum 1. Quartal 2016). Der Anteil der Höherstufungsaufträge an allen Auftragseingängen ist mit 36 Prozent weiterhin der Treiber des Aufwärtstrends.

<sup>64</sup> In Kapitel 3.3 im Anhang ist die Entwicklung der Auftragseingänge bei den einzelnen MDK auf Landesebene tabellarisch dargestellt.

**Abbildung 14: Anzahl der Auftragseingänge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei den MDK (in 1.000) und Anteil der Erst-, Änderungs-, Wiederholungs- und Widerspruchsaufträge (in %)**

1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019



Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung des MDS

Eine nahezu identische Entwicklung des Auftragsaufkommens ist bei **Medicproof** zu beobachten:<sup>65</sup>

- Auch dort ist ein Anstieg der Zahl der Auftragseingänge vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im **vierten Quartal 2016** auf 39.800 Aufträge zu beobachten.
- Die Zahl der Auftragseingänge stieg im ersten Quartal **2017** noch einmal deutlich auf 46.400 Aufträge an, wobei sich diese zu 64 Prozent aus Erstaufträgen zusammensetzten.
- Entsprechend der Entwicklung des Auftragsvolumens bei den MDK war bei Medicproof ein nochmaliger Anstieg der Auftragseingänge im Jahr **2018** zu beobachten (+10 % im Vergleich zum Vorjahr).
- Im **ersten Quartal 2019** hat sich das Auftragsvolumen im Vergleich zu den beiden jeweiligen Vorjahresquartalen noch einmal sehr deutlich auf rund 51.200 Aufträge erhöht (+32 % im Vergleich zum 1. Quartal 2016). Auch bei Medicproof trug der hohe Anteil der Höherstufungsaufträge an allen Auftragseingängen zu diesem Anstieg bei. Der Anteil der Höherstufungsaufträge an allen Auftragseingängen ist dabei noch etwas höher als bei den MDK – im ersten Quartal 2019 lag er bei 38 Prozent.

<sup>65</sup> In Kapitel 3.4.1 im Anhang ist die Entwicklung der Auftragseingänge bei Medicproof auch grafisch dargestellt.

Der erneute und sich fortsetzende Anstieg der Antrags- bzw. Auftragszahlen im Jahr 2018 durch den sogenannten Höherstufungseffekt kam sowohl für den MDS als auch für Medicproof – sowie für den GKV-Spitzenverband und den PKV-Verband – überraschend, da man für das Jahr 2018 eher mit einer Entspannung der Lage gerechnet hatte. Auf den Höherstufungseffekt müsse man sich nach Aussage der Verantwortlichen dauerhaft einstellen, da im System mit fünf Pflegegraden anstelle von drei Pflegestufen der Bedarf einer Höherstufung aufgrund der abgesenkten Schwelle zum nächsthöheren Pflegegrad häufiger bestehe. Der MDS geht davon aus, dass sich das Auftragsniveau auf dem hohen aktuellen Niveau stabilisieren wird.

### 3.3.3 Begutachtungen (altes und neues Begutachtungsverfahren)

Im Folgenden ist zusammenfassend dargestellt, wie sich der in Kapitel 3.3.2 beschriebene, reformbedingte Anstieg des Auftragsvolumens bei den MDK und Medicproof auf die Zahl und die Struktur der durchgeführten Begutachtungen nach dem alten und nach dem neuen Begutachtungsverfahren ausgewirkt hat.

#### **Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit<sup>66</sup>**

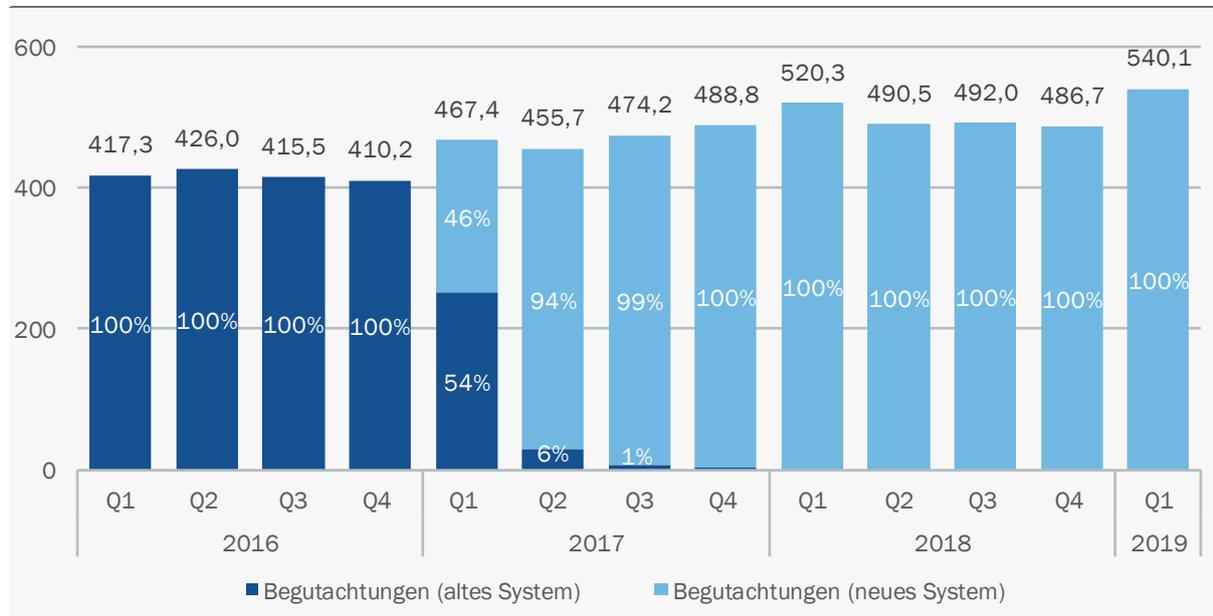
Dem Anstieg des Auftragsvolumens entsprechend ist seit dem ersten Quartal 2017 ein kontinuierlicher Anstieg der durchgeführten Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei den **MDK** zu beobachten (Abbildung 15):

- Im ersten Quartal **2017** stieg die Zahl der durchgeführten Begutachtungen sprunghaft auf 467.400 Fälle an (+12 % im Vergleich zum Vorjahresquartal). Der Anstieg setzte sich im weiteren Jahresverlauf fort.
- Im ersten Quartal **2018** war die Zahl der von den MDK durchgeführten Begutachtungen mit rund 520.300 Fällen um elf Prozent höher als im Vorjahresquartal und um 25 Prozent höher als im ersten Quartal 2016. Im Vergleich zum Jahr 2017 ist das Begutachtungsvolumen damit im Jahr 2018 nochmals um fünf Prozent angestiegen.
- Im **ersten Quartal 2019** hat das Begutachtungsvolumen mit 540.100 Fällen (+29 % im Vergleich zum 1. Quartal 2016) seinen bisherigen Höhepunkt erreicht.

<sup>66</sup> In Kapitel 3.3.1 im Anhang ist die Entwicklung der Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei den einzelnen MDK auf Landesebene tabellarisch dargestellt.

**Abbildung 15: Anzahl der durchgeführten Begutachtungen\* zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei den MDK (in 1.000) und jeweiliger Anteil der Begutachtungen nach altem und neuem Rechtssystem (in %)**

1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019



\* Alle Begutachtungen nach 6.1.1 (Gutachten nach Hausbesuch) und 6.1.2 (Gutachten nach Aktenlage) der BRI.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung des MDS

Die Vielzahl der Auftragseingänge, die die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach sich zog, führte auch bei **Medicproof** zu einem deutlichen Anstieg der durchgeführten Begutachtungen:<sup>67</sup>

- Der Anstieg machte sich jedoch erst **im dritten Quartal 2017** deutlich bemerkbar (Anstieg von zuvor zwischen 33.000 und 35.000 Begutachtungen pro Quartal auf 41.300 Begutachtungen). Grund für diesen verzögerten Anstieg der durchgeführten Begutachtungen ist laut Medicproof, dass im ersten Quartal 2017 – soweit möglich – eine künstliche Drosselung der Geschwindigkeit der Abarbeitung der Aufträge vorgenommen wurde, um die Gutachterinnen und Gutachter bei der Anwendung des neuen Begutachtungsinstrumentes intensiver begleiten zu können.
- Der erneute Anstieg der Auftragseingänge im Jahr **2018** führte dazu, dass sich die Zahl der Begutachtungen auf dem neuen Niveau von quartalsweise etwa 40.000 durchgeführten Begutachtungen stabilisierte. Im Vergleich zum Begutachtungsvolumen im Jahr 2016 entsprach diese Entwicklung des Begutachtungsvolumens im Jahr 2018 einem Anstieg um rund 18 Prozent – im Vergleich zum Vorjahr um acht Prozent.
- Im **ersten Quartal 2019** hat sich die Zahl der durchgeführten Begutachtungen aufgrund des nochmaligen Anstiegs der Auftragseingänge auf den bisherigen Höchstwert von rund 43.900 Begutachtungen (+28 % im Vergleich zum 1. Quartal 2016) erhöht.

<sup>67</sup> In Kapitel 3.4.2 im Anhang ist die Entwicklung der Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei Medicproof auch grafisch dargestellt.

Seit dem ersten Quartal 2017 ist sowohl bei den **MDK** als auch bei **Medicproof** insbesondere die Zahl der Begutachtungen für ambulante Leistungen gestiegen. Durch die reformbedingte Ausweitung des Kreises der Anspruchsberechtigten von Leistungen des SGB XI hat sich die Struktur der Antragstellenden deutlich in Richtung ambulant versorgter Versicherter verschoben. Bei den MDK bzw. Medicproof ist der Anteil der Begutachtungen für ambulante Leistungen an allen Begutachtungen seit der Systemumstellung um jeweils fünf Prozentpunkte auf 87 Prozent bzw. 83 Prozent angestiegen.<sup>68 69</sup>

Sowohl bei den **MDK** als auch bei **Medicproof** dominieren im neuen Begutachtungsverfahren die Begutachtungen von Erwachsenen. Der Anteil der Begutachtungen von Kindern unter zwölf Jahren lag bei beiden Akteuren im Durchschnitt bei etwa zwei Prozent.

### **Begutachtungen zur isolierten Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz<sup>70</sup>**

Da sich viele Versicherte vor Systemumstellung noch gezielt auf das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz hin begutachten lassen wollten, um bei der Überleitung vom „doppelten Stufensprung“<sup>71</sup> profitieren zu können, stieg die Zahl der Auftragseingänge zur isolierten Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz im Laufe des Jahres 2016 sowohl bei den MDK als auch bei Medicproof deutlich an.<sup>72</sup> In der Folge hat sich auch die Zahl der durchgeführten Begutachtungen zur isolierten Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz deutlich erhöht. Sowohl die Anzahl der diesbezüglichen Auftragseingänge als auch die Anzahl der durchgeführten Begutachtungen erreichten im vierten Quartal 2016 ihren Höhepunkt. Mit dem Auslaufen der Regelung zum Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz zum 01.01.2017 ist die Zahl der entsprechenden Begutachtungen auf null zurückgegangen.

<sup>68</sup> In Kapitel 3.2.1 im Anhang und Kapitel 3.4.2 im Anhang ist die Entwicklung der durchgeführten Begutachtungen differenziert nach ambulanten und stationären Leistungen auch grafisch dargestellt.

<sup>69</sup> Laut Medicproof stellen Privatversicherte aufgrund der in der PKV vorhandenen Kompensationsmechanismen (u. a. dauerhafte Heilmittelversorgung und gute hausärztliche Versorgung) den Pflegeantrag oft später als gesetzlich Versicherte. Wenn sie sich dann begutachten lassen, ist die Pflegebedürftigkeit im Durchschnitt entsprechend weiter fortgeschritten als bei den gesetzlichen Versicherten. Daher ist der Anteil der Begutachtungen für ambulante Leistungen bei Privatversicherten geringer als bei gesetzlich Versicherten. Der MDS hat im Fachgespräch darauf hingewiesen, dass Antragstellende bei Medicproof auch schon im alten Begutachtungssystem tendenziell höher eingestuft worden seien. Ein möglicher Grund hierfür sei, dass die PKV eine andere Klientel habe als die GKV hat. Es gebe unter den privat Pflegepflichtversicherten mehr Personen aus gehobeneren Bevölkerungsschichten. Die Erfahrung zeige, dass diese Bevölkerungskreise die Kompensation in den niedrigeren Pflegegraden besser selbst leisten könnten und daher die Inanspruchnahme der Pflegeversicherung später greifen müsse als bei dem Klientel der GKV.

<sup>70</sup> In Kapitel 3.3.3 im Anhang ist die Entwicklung der Begutachtungen zur isolierten Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz bei den einzelnen MDK auf Landesebene tabellarisch dargestellt.

<sup>71</sup> Bei Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz im Sinne des § 45a SGB XI alter Fassung profitierten Versicherte vom „doppelten Stufensprung“ bei der Überleitung in das neue System. Das heißt z. B., dass sie bei Vorliegen der Pflegestufe I in den Pflegegrad 3 übergeleitet wurden. Ohne das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz wäre die Überleitung dagegen nur in Pflegegrad 2 erfolgt.

<sup>72</sup> In Kapitel 3.2.1 im Anhang und Kapitel 3.4.2 im Anhang ist die Entwicklung der Begutachtungen zur isolierten Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz bei den MDK bzw. Medicproof auch grafisch dargestellt.

## Begutachtungen nach Aktenlage<sup>73 74</sup>

### Anzahl und Anteil der Aktenlagebegutachtungen an allen Begutachtungen

Nach den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit können Gutachten in solchen Fällen nach Aktenlage erstellt werden, in denen eine persönliche Untersuchung der antragstellenden Person im Wohnbereich nicht möglich oder (im Einzelfall) nicht zumutbar ist oder wenn die Informationslage eindeutig ist. Bei Medicproof werden Begutachtungen dagegen nur dann nach Aktenlage durchgeführt, wenn die antragstellende Person vor der Befunderhebung verstorben ist.

Kurz nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ist die Anzahl der Begutachtungen nach Aktenlage sowie deren Anteil an allen Begutachtungen sowohl bei den MDK als auch bei Medicproof angestiegen – seit Mitte des Jahres 2018 zeigt sich eine rückläufige Entwicklung.

- Von einem durchschnittlichen Anteil von elf Prozent im Jahr 2016 hat sich der Anteil der Aktenlagebegutachtungen an allen Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei den **MDK** in den Jahren 2017 und 2018 auf durchschnittlich zwölf Prozent erhöht. Dieser Niveaueffekt ist im Wesentlichen mit dem sinkenden Anteil der Erstbegutachtungen an allen Begutachtungen seit dem zweiten Quartal 2017 zu erklären – bei Erstbegutachtungen können per se keine Aktenlagebegutachtungen durchgeführt werden.
- Bei Medicproof liegt der Anteil der Aktenlagebegutachtungen an alle Begutachtungen insgesamt deutlich niedriger als bei den MDK. Aktenlagebegutachtungen werden bei **Medicproof** nur dann durchgeführt, wenn die antragstellende Person vor der Befunderhebung verstorben ist.<sup>75</sup> Entsprechend kann die Entwicklung der Aktenlagebegutachtungen nicht – wie bei den MDK – auf reformbedingte Entwicklungen von unterschiedlichen Auftragsarten zurückgeführt, sondern nur durch die Entwicklung des gesamten Auftragsvolumens erklärt werden (bspw. durch die künstliche Drosselung der Abarbeitung des Begutachtungsaufkommens zu Beginn des Jahres 2017). Der Anteil der Aktenlagebegutachtungen an allen Begutachtungen ist von durchschnittlich zwei Prozent im Jahr 2016 auf vier Prozent bzw. drei Prozent in den Jahren 2017 und 2018 angestiegen.

### Besondere Herausforderungen bei der Begutachtung nach Aktenlage mit dem neuen Begutachtungsinstrument

In der ersten und zweiten Online-Befragung (1. und 3. Quartal 2018) gaben jeweils etwa zwei Drittel der befragten **MDK auf Landesebene**<sup>76</sup> auf Nachfrage an, dass es keine besonderen Herausforderungen bei den Begutachtungen nach Aktenlage mit dem neuen Begutachtungsinstrument gibt. Die von den übrigen MDK genannten Herausforderungen waren mehrheitlich in den seit der Einführung des neuen Begutachtungsinstrumentes gestiegenen Anforderungen an Umfang und

<sup>73</sup> Es handelt sich hierbei um Gutachten nach Aktenlage gemäß Kapitel 6.1.2 der BRi. Bei Gutachten, die aufgrund verkürzter Fristen erstellt werden und bei denen zunächst nur das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit geprüft werden muss (siehe Kapitel 6.1.3 BRi), handelt es sich nicht um Aktenlagebegutachtungen im Sinne von Kapitel 6.1.2 der BRi.

<sup>74</sup> In Kapitel 3.3.4 im Anhang ist die Entwicklung der Begutachtungen nach Aktenlage bei den einzelnen MDK auf Landesebene tabellarisch dargestellt.

<sup>75</sup> Medicproof führt darüber hinaus sogenannte vorläufige Pflegegradzuordnungen nach Aktenlage durch (u. a. bei einem Krankenhausaufenthalt des Antragstellenden), auf die im Nachgang immer eine erneute, reguläre Begutachtung erfolgt. Da es sich bei dieser vorläufigen Pflegegradzuordnung nicht um ein Einstufungsgutachten handelt, wurden diese Fälle in den Daten von Medicproof zu den Aktenlagebegutachtungen nicht berücksichtigt.

<sup>76</sup> An der ersten Online-Befragung (1. Quartal 2018) hatten noch 16 MDK auf Landesebene teilgenommen, weil die MDK Berlin und Brandenburg separat befragt wurden. Ab der zweiten Online-Befragung wurde der MDK Berlin-Brandenburg als ein Akteur befragt, wodurch sich die Zahl der befragten MDK auf Landesebene auf 15 reduziert hat.

Qualität der vorliegenden Unterlagen zur Durchführung einer Aktenlagebegutachtung begründet. Die Unterlagen würden diesem Anspruch nicht immer gerecht, weshalb Aktenlagebegutachtungen seit der Systemumstellung schwieriger und zeitaufwändiger geworden seien. Auf Nachfrage gab in der zweiten Online-Befragung (3. Quartal 2018) rund ein Drittel der befragten MDK an, dass – aufgrund der beschriebenen Herausforderung – seit der Anwendung des neuen Begutachtungsinstrumentes vermehrt von Aktenlagebegutachtungen abgesehen wird. In der letzten Online-Befragung (1. Quartal 2019) bestätigten alle MDK auf Landesebene, dass es über die in den Anforderungen des neuen Begutachtungsinstrumentes bedingten Herausforderungen keine weiteren Herausforderungen bei der Aktenlagebegutachtung mit dem neuen Begutachtungsinstrument gibt. Nach Auffassung der Vertreter des MDS sind die Grenzen der Aktenlagebegutachtung durch das neue Begutachtungsinstrument noch einmal deutlicher geworden. Der Verzicht auf eine Aktenlagebegutachtung zu Gunsten einer Begutachtung vor Ort wurde vom MDS allerdings als unproblematisch bewertet.

Die Vertreterin von **Medicproof** sieht bei der Aktenlagebegutachtung grundsätzlich eine besondere Herausforderung darin, dass die Unterlagen von den Angehörigen des verstorbenen Antragstellers teilweise vorab richtlinienfern, d. h. mit Hilfe von sogenannten Pflegegrad-Rechnern aus dem Internet, ausgefüllt würden. Um zu vermeiden, dass das Begutachtungsinstrument von den Angehörigen als Selbstinstrument wahrgenommen wird, setzt Medicproof ein sogenanntes Pflegeprotokoll, eine modifizierte Form des Begutachtungsinstrumentes (u. a. andere Skala, andere Fragen), bei der Aktenlagebegutachtung ein. Bei Medicproof wurde laut zweiter Online-Befragung (3. Quartal 2018) seit der Anwendung des neuen Begutachtungsinstrumentes – im Vergleich zur Begutachtung mit dem alten Begutachtungsinstrument – nicht vermehrt von Aktenlagebegutachtungen abgesehen. Dies ist wohl der Tatsache geschuldet, dass Aktenlagebegutachtungen nur im Fall des Versterbens eines Antragsstellers durchgeführt werden.

## **Aussetzen der Wiederholungsprüfungen**

### **Auswirkungen auf das Begutachtungsaufkommen**

Gemäß § 142 Abs. 1 SGB XI mussten bei in einen Pflegegrad übergeleiteten Versicherten vom 01.01.2017 bis zum 31.12.2018 nur noch in Ausnahmefällen, wenn eine Verbesserung der gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten zu erwarten ist, Wiederholungsbegutachtungen durchgeführt werden. Durch diese Übergangsregelung konnte das Volumen der Wiederholungsaufträge im oben genannten Zeitraum sowohl bei den **MDK** als auch bei **Medicproof** sichtbar reduziert werden (siehe Kapitel 3.3.2). Da die Wiederholungsbegutachtungen jedoch nur einen relativ geringen Anteil an allen Auftragseingängen der MDK bzw. von Medicproof ausmachen, hat das Aussetzen der Wiederholungsbegutachtungen insgesamt nur zu einer überschaubaren Entlastung der Gutachterinnen und Gutachter geführt. Vor dem Hintergrund des deutlichen Anstiegs der Auftragseingänge seit der Systemumstellung war die Regelung dennoch sinnvoll und hilfreich. Dies haben auch die Fachgesprächspartnerinnen und -partner bestätigt.

### Typische Fallkonstellationen, in denen Wiederholungsbegutachtungen trotz Aussetzung der Regelung durchgeführt wurden

Auf die Frage nach typischen Fällen, in denen bei Erwachsenen eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zu erwarten und damit trotz der oben genannten Übergangsregelung eine Wiederholungsbegutachtung angezeigt ist, haben in der zweiten Online-Befragung (3. Quartal 2018) jeweils 80 Prozent der befragten **MDK auf Landesebene** Rehabilitationsmaßnahmen und Akutereignisse wie bspw. Operationen als häufige Gründe angegeben. Bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren wurden von den Befragten neben Therapiemaßnahmen auch entwicklungsbedingte Verbesserungen als häufigste Gründe genannt. Die Angaben von **Medicproof** unterschieden sich nicht wesentlich von denen der MDK auf Landesebene. Im Falle von Erwachsenen wurden neben der Operation als Akutereignis auch Rehabilitationsmaßnahmen sowie andere Therapien (wie z. B. eine Chemotherapie) genannt. Für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren gelten nach Aussage der Vertreterin von Medicproof dieselben Gründe wie bei den Erwachsenen, wobei die entwicklungsbedingten Verbesserungen hinzukommen.

#### 3.3.4 Begutachtungsergebnisse<sup>77</sup>

Im Folgenden wird die Entwicklung der Ergebnisse der Begutachtungen der MDK und Medicproof dargestellt. Neben den Ergebnissen aller Begutachtungen wird insbesondere ein Blick auf die mit dem neuen Begutachtungsinstrument durchgeführten Erstbegutachtungen geworfen. Im Kontext der Erstbegutachtungen im neuen System werden auch die Ergebnisse der Erstantragstellerinnen und Erstantragsteller mit psychischen und kognitiven Einschränkungen sowie die häufigsten pflegebegründenden Diagnosen dargestellt. Abschließend werden die Fälle ausgewiesen, bei denen eine besondere Bedarfskonstellation festgestellt worden ist.

#### **Ergebnisse aller Begutachtungen (altes und neues Begutachtungsverfahren)<sup>78</sup>**

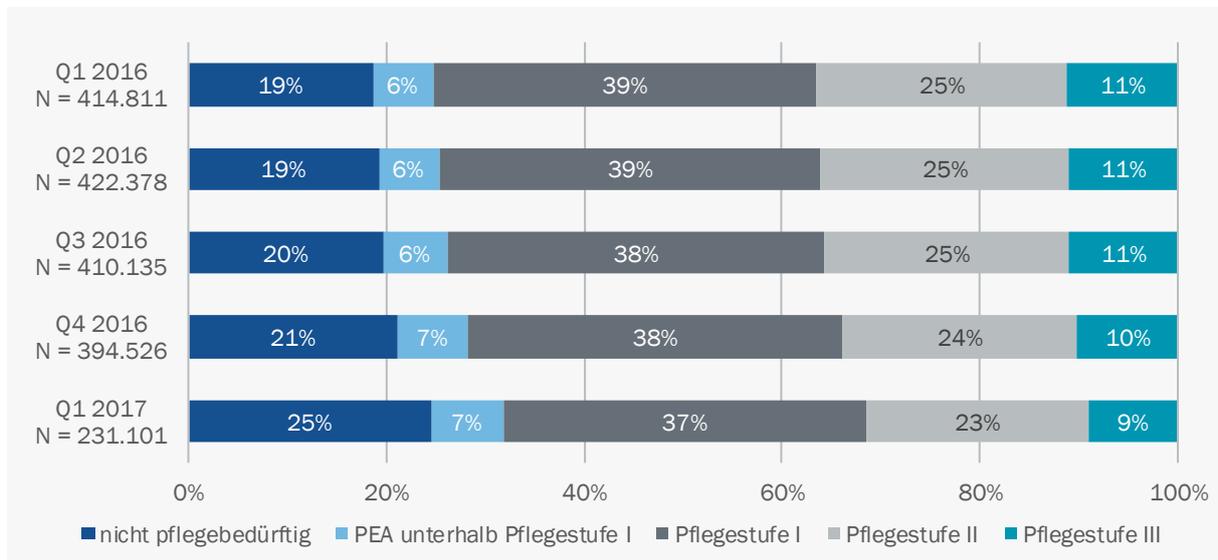
Im Ergebnis der vom ersten Quartal 2016 bis zum ersten Quartal 2017 von den **MDK** nach dem alten Rechtssystem durchgeführten Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (Antragstellung bis 31.12.2016) wurde überwiegend die Pflegestufe I (Anteil von durchschnittlich 38 %) und Pflegestufe II (Anteil von durchschnittlich 24 %) empfohlen (Abbildung 16). In demselben Zeitraum ist der Anteil der Personen, bei denen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz (PEA) unterhalb der Pflegestufe I festgestellt wurde, um einen Prozentpunkt auf sieben Prozent gestiegen; der Anteil der Versicherten, die als nicht pflegebedürftig eingestuft wurden, ist zudem um sechs Prozentpunkte auf 25 Prozent angestiegen. Der Anstieg des Anteils der als nicht pflegebedürftig eingestuften Antragstellenden legt die Vermutung nahe, dass sich einige Versicherte aufgrund der Systemumstellung zum 01.01.2017 lediglich „auf Verdacht“ haben begutachten lassen, in der Hoffnung, dadurch vom Bestandsschutz bei der Überleitung in das neue System profitieren zu können.

<sup>77</sup> Die im Folgenden dargestellten Begutachtungsergebnisse der MDK beziehen sich auf die Summe der Begutachtungen für ambulante und stationäre Leistungen. Diese entspricht nicht ganz der Grundgesamtheit aller durchgeführten Begutachtungen, da in der Grundgesamtheit noch die Begutachtungen nach § 43a SGB XI (Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen) enthalten sind.

<sup>78</sup> In Kapitel 3.3.5 im Anhang und Kapitel 3.3.6 im Anhang ist die Entwicklung der Ergebnisse der Begutachtungen nach dem alten bzw. neuen Begutachtungsverfahren bei den einzelnen MDK auf Landesebene tabellarisch dargestellt.

### Abbildung 16: Ergebnisse der Begutachtungen\* der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem alten Rechtssystem (Einstufung in Pflegestufen in %)

1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2017



\* Alle Begutachtungen nach 6.1.1 (Gutachten nach Hausbesuch) und 6.1.2 (Gutachten nach Aktenlage) der BRI, Antragstellung bis 31.12.2016.

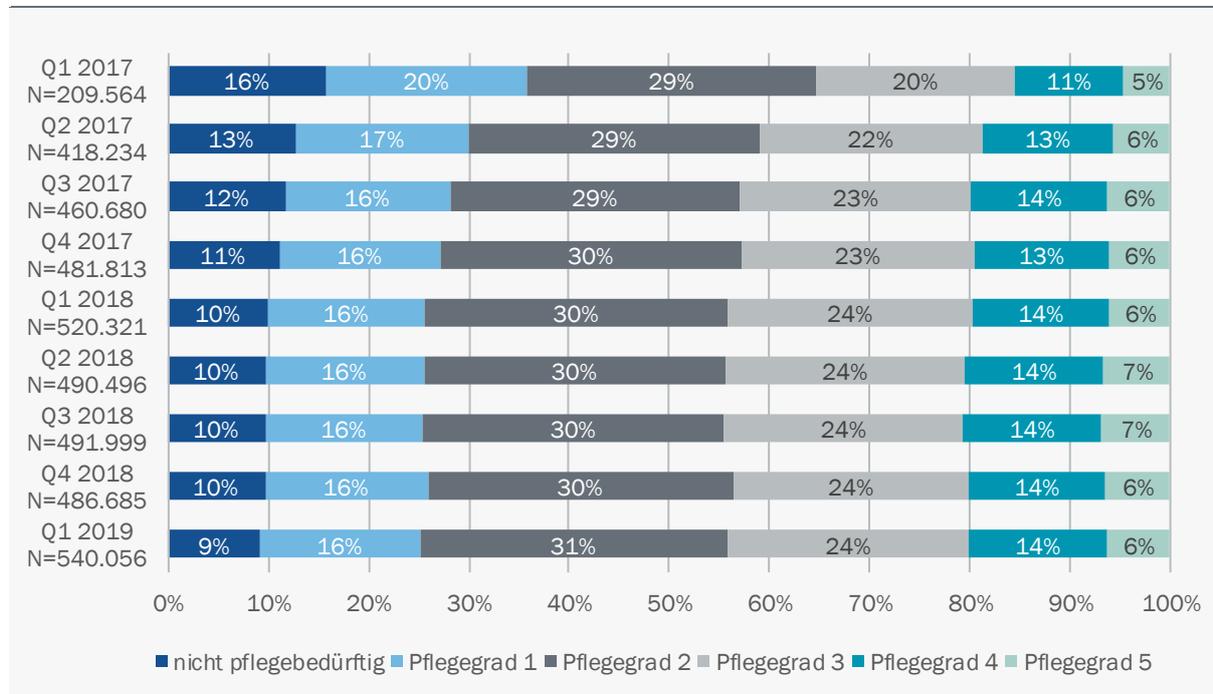
Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung des MDS

Im Ergebnis der seit der Systemumstellung von den MDK nach dem neuen Rechtssystem durchgeführten Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (Antragstellung ab 01.01.2017) wurden überwiegend der Pflegegrad 2 (Anteil von durchschnittlich 30 %) und der Pflegegrad 3 (Anteil von durchschnittlich 23 %) empfohlen. Elf Prozent der Antragstellenden wurden durchschnittlich als nicht pflegebedürftig eingestuft (Abbildung 17).

- Zwischen erstem Quartal 2017 und erstem Quartal 2018 kam es zu einer sichtbaren Verschiebung der Begutachtungsergebnisse in Richtung der Pflegegrade 3 bis 5 bzw. zu einem deutlichen Rückgang des Anteils der Antragstellenden, die als nicht pflegebedürftig eingestuft wurden. Diese Verschiebung liegt darin begründet, dass sich zu Beginn der Systemumstellung deutlich mehr Versicherte haben begutachten lassen als dies ohne die Reform der Fall gewesen wäre – das zeigt auch der hohe Anteil der Erstaufträge an allen Auftragseingängen (siehe Abbildung 14). Da ein Teil der Antragstellenden den Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit wohl eher „auf gut Glück“ gestellt hat bzw. früher als dies ohne die Systemumstellung der Fall gewesen wäre, war der Anteil der Ablehnungen bzw. des Pflegegrades 1 im ersten Quartal 2017 auffallend hoch.
- Seit dem ersten Quartal 2018 hat sich die Verteilung – aufgrund der „Normalisierung“ der Struktur der Antragstellenden – weitgehend stabilisiert und unterliegt nur noch geringfügigen Schwankungen.

### Abbildung 17: Ergebnisse der Begutachtungen\* der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Rechtssystem (Einstufung in Pflegegrade in %)

1. Quartal 2017 bis 1. Quartal 2019



\* Alle Begutachtungen nach 6.1.1 (Gutachten nach Hausbesuch) und 6.1.2 (Gutachten nach Aktenlage) der BRI, Antragstellung ab 01.01.2017.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung des MDS

Bei **Medicproof** wurde im alten Begutachtungssystem – noch deutlich öfter als bei den MDK – überwiegend die Pflegestufe I (Anteil von durchschnittlich 40 %) und Pflegestufe II (Anteil von durchschnittlich 31 %) empfohlen. Der Anteil der als nicht pflegebedürftig befundenen Versicherten war bei Medicproof in diesem Zeitraum deutlich geringer als bei den MDK. Auch bei Medicproof kam es zwischen erstem Quartal 2016 und erstem Quartal 2017 zu einer deutlichen Verschiebung der Begutachtungsergebnisse in Richtung der Gruppe der als nicht pflegebedürftig eingestuftem Versicherten (Anstieg um 4 Prozentpunkte auf 16 %) und der Gruppe der Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (Anstieg um 2 Prozentpunkte auf 7 %).

Bei den von Medicproof seit der Systemumstellung nach dem neuen Rechtssystem durchgeführten Begutachtungen wurden jeweils in durchschnittlich 29 Prozent der Fälle der Pflegegrad 2 oder der Pflegegrad 3 empfohlen, durchschnittlich sechs Prozent der Antragstellenden wurden als nicht pflegebedürftig eingestuft. Im Vergleich zur Verteilung der Begutachtungsergebnisse bei den MDK wurden die Versicherten im Jahr 2018 von Medicproof damit etwas höher eingestuft.<sup>79</sup>

<sup>79</sup> Der Grund für die im Vergleich zu den MDK jeweils durchschnittlich höheren Pflegegrade von Antragstellenden ist laut Medicproof, dass Privatversicherte den Pflegeantrag oft später stellen als gesetzlich Versicherte. Siehe auch Fußnote 69.

Auch bei Medicproof sind die Anteile der Pflegegrade 3 bis 5 zwischen dem ersten Quartal 2017 und dem ersten Quartal 2018 leicht angestiegen. Insgesamt fiel die über die Zeit beobachtete Verschiebung in Richtung der Pflegegrade 3 bis 5 bei Medicproof jedoch deutlich schwächer aus als bei den MDK. Seit dem ersten Quartal 2018 hat sich die Verteilung der Begutachtungsergebnisse auch bei Medicproof sichtbar stabilisiert und unterliegt nur noch sehr geringfügigen Schwankungen.

Ob es sich bei dieser nun schon seit gut einem Jahr weitgehend stabilen Verteilung der Begutachtungsergebnisse der **MDK und von Medicproof** bereits um die dauerhafte Verteilung der Begutachtungsergebnisse im neuen System handelt, wird erst die Entwicklung in den kommenden Quartalen mit Sicherheit zeigen können.

### **Ergebnisse der Erstbegutachtungen (nur neues Begutachtungsverfahren)**

Die Wirkung des neuen Begutachtungsinstruments auf die Einstufungspraxis kann genauer untersucht werden, wenn lediglich die seit dem 01.01.2017 durchgeführten Erstbegutachtungen betrachtet werden.

#### **Ergebnisse für alle Erstbegutachtungen (nach Pflegegraden)**

Im Vergleich zu den Ergebnissen aller Begutachtungen fallen die Anteile der unteren Pflegegrade 1 und 2 sowie die Anteile der als nicht pflegebedürftig eingestuften Antragstellenden bei Betrachtung der durchgeführten Erstbegutachtungen seit der Systemumstellung zum 01.01.2017 sowohl bei den MDK als auch bei Medicproof deutlich höher aus. Der Grund für die Unterschiede in der Verteilung der Ergebnisse der Erstbegutachtungen im Vergleich zu den Ergebnissen aller Begutachtungen ist der hohe Anteil von Erstbegutachtungen für ambulante Leistungen an allen Erstbegutachtungen (siehe unten).

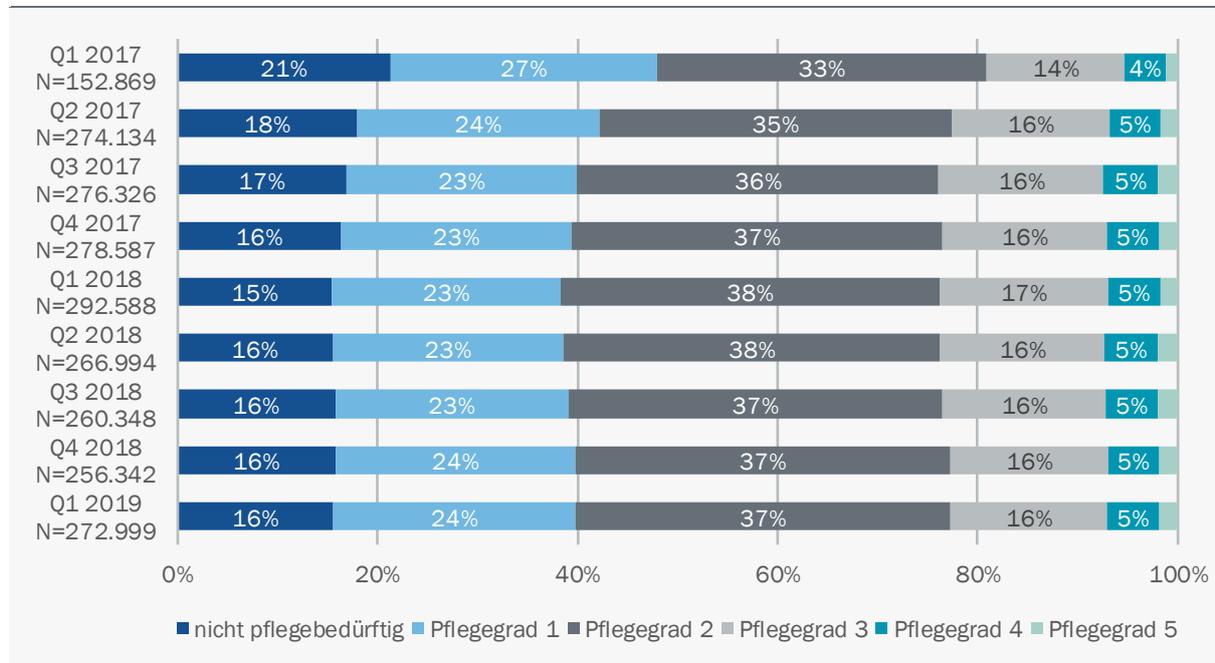
Der bereits beschriebene Reformeffekt, durch den es in den ersten vier Quartalen nach der Systemumstellung zu sichtbaren Verschiebungen der Ergebnisse in Richtung der Pflegegrade 3 bis 5 bzw. zu einem deutlichen Rückgang des Anteils der Antragstellenden, die als nicht pflegebedürftig eingestuft wurden, kam, ist in ähnlichem Umfang auch bei Betrachtung der Ergebnisse der Erstbegutachtungen sichtbar. Wiederum ist die Verschiebung zwischen den Pflegegraden direkt nach der Systemumstellung bei Medicproof deutlich moderater ausgefallen als bei den MDK. Bei der Verteilung der Ergebnisse der Erstbegutachtungen bei Medicproof ist seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs jedoch – anders als bei den MDK – in der kurzen Frist noch keine wirkliche Stabilisierung der Verteilung auszumachen.

- Im Ergebnis der seit der Systemumstellung von den **MDK** nach dem neuen Rechtssystem durchgeführten Erstbegutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (Antragstellung ab 01.01.2017) wurde überwiegend der Pflegegrad 2 (Anteil von durchschnittlich 37 %) und der Pflegegrad 1 (Anteil von durchschnittlich 24 %) empfohlen. Im Durchschnitt wurden 17 Prozent der Antragstellenden als nicht pflegebedürftig eingestuft.
- Bei **Medicproof** wurde dagegen überwiegend der Pflegegrad 2 (Anteil von durchschnittlich 37 %) und der Pflegegrad 3 (Anteil von durchschnittlich 25 %) empfohlen. Lediglich neun Prozent der Antragstellenden wurden von Medicproof im Durchschnitt als nicht pflegebedürftig eingestuft. Bei Betrachtung der Ergebnisse der Erstbegutachtungen zeigt sich der Effekt der tendenziell höheren Einstufung durch Medicproof damit besonders deutlich.<sup>80</sup>

<sup>80</sup> Zu den Gründen siehe Fußnote 69 und 79.

### Abbildung 18: Ergebnisse der Erstbegutachtungen der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Rechtssystem (Einstufung in Pflegegrade in %)

1. Quartal 2017 bis 1. Quartal 2019



Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung des MDS

#### Ergebnisse für ambulante und stationäre Erstbegutachtungen (nach Pflegegraden)<sup>81</sup>

Werden die Ergebnisse der Erstbegutachtungen nach ambulanten und stationären Leistungen differenziert betrachtet, zeigt sich erwartungsgemäß, dass der Anteil der höheren Pflegegrade bei Erstbegutachtungen für ambulante Leistungen deutlich geringer ausfällt. Die Unterschiede sind darin begründet, dass Versicherte, die einen Antrag auf eine Erstbegutachtung für ambulante Leistungen stellen, grundsätzlich geringere Einschränkungen besitzen.

- Bei Erstbegutachtungen nach dem neuen Rechtssystem für ambulante Leistungen wurde von den **MDK** seit der Systemumstellung überwiegend der Pflegegrad 2 (Anteil von durchschnittlich 37 %) und der Pflegegrad 1 (Anteil von durchschnittlich 25 %) empfohlen. Bei Erstbegutachtungen für stationäre Leistungen waren es überwiegend der Pflegegrad 3 (Anteil von durchschnittlich 32 %) und der Pflegegrad 2 (Anteil von durchschnittlich 27 %).

<sup>81</sup> In Kapitel 3.2.2 im Anhang und Kapitel 3.4.3 im Anhang ist die Entwicklung der Ergebnisse der durchgeführten Erstbegutachtungen für ambulante und stationäre Leistungen bei den MDK bzw. Medicproof auch grafisch dargestellt.

- Bei **Medicproof** hatten Erstbegutachtungen für ambulante Leistungen meist den Pflegegrad 2 (Anteil von durchschnittlich 38 %) und den Pflegegrad 3 (Anteil von durchschnittlich 23 %) zum Ergebnis. Bei Erstbegutachtungen für stationäre Leistungen waren es meist der Pflegegrad 3 (Anteil von durchschnittlich 36 %) und der Pflegegrad 4 (Anteil von durchschnittlich 24 %).<sup>82</sup>

### Ergebnisse der Erstbegutachtungen von Erwachsenen und Kindern unter 12 Jahren (nach Pflegegraden)<sup>83</sup>

Beim Vergleich der Ergebnisse der seit der Systemumstellung nach dem neuen Rechtssystem durchgeführten Erstbegutachtungen bei Erwachsenen und Kindern unter zwölf Jahren fällt auf, dass der Anteil der Kinder, die im Rahmen der Erstbegutachtung als nicht pflegebedürftig eingestuft wurden, sowohl bei den **MDK** als auch bei **Medicproof** deutlich geringer ausfiel als bei den Erwachsenen. Zudem wurden Kinder unter 12 Jahren bei Erstbegutachtungen tendenziell höher eingestuft.<sup>84</sup> Bei Medicproof schwankt die Verteilung der Ergebnisse der Erstbegutachtungen von Kindern unter 12 Jahren aufgrund der geringen Fallzahlen (weniger als 1.000 Fälle) stark.

### Ergebnisse für alle Erstbegutachtungen (nach Pflegegraden und Modulen)<sup>85</sup>

Bei der Begutachtung mit dem neuen Begutachtungsinstrument wird von den Gutachterinnen und Gutachtern für jedes Modul sowohl ein Summenwert als auch ein gewichteter Punktwert ermittelt. Dabei ergibt sich der gewichtete Punktwert aus der Überführung des Summenwertes pro Modul in eine fünfstufige Skala, die das Ausmaß der Beeinträchtigung in dem jeweiligen Modul widerspiegelt, und der Gewichtung, mit der jedes Modul in die Gesamtbewertung eingeht. Alle gewichteten Punktwerte werden zu einem Gesamtpunktwert zusammengerechnet, der abschließend einem Pflegegrad zugeordnet wird.<sup>86</sup>

In Tabelle 6 sind die – bei den von den **MDK** vom ersten Quartal 2017 bis zum vierten Quartal 2018 durchgeführten Erstbegutachtungen – ermittelten ungewichteten Durchschnittspunktwerte je Pflegegrad und Modul (insgesamt 30 Kombinationen) dargestellt. Gut die Hälfte der ermittelten Punktwerte hat sich zwischen dem ersten Quartal 2017 und dem vierten Quartal 2018 nur geringfügig erhöht bzw. verringert (Änderung zwischen 0 und 0,2 Punkten). In sieben bzw. sechs Fällen, d. h. Modul-Pflegegrad-Kombinationen, lagen die Veränderungen zwischen 0,3 und 0,5 Punkten bzw. zwischen 0,5 Punkten und einem Punkt. Nur in einem Fall hat sich der ungewichtete Durchschnittspunktwert um mehr als einen Punkt erhöht (Modul 4 „Selbstversorgung“, Pflegegrad 5). In knapp zwei Dritteln der Fälle kam es zu einem Rückgang des ungewichteten Durchschnittspunktwertes.

<sup>82</sup> Der Grund für die im Vergleich zu den MDK jeweils durchschnittlich höheren Pflegegrade von Antragstellenden für ambulante bzw. stationäre Leistungen ist laut Medicproof, dass Privatversicherte den Pflegeantrag oft später stellen als gesetzlich Versicherte. Ursächlich hierfür sind laut Medicproof die vorhandenen Kompensationsmechanismen durch die PKV: dauerhafte Heilmittelversorgung (Ergo-/Physiotherapie), gute hausärztliche Versorgung (mehr Medikamente, mehr Visiten (auch Hausbesuche)) und bessere finanzielle Versorgung und sozialer Kontext. Siehe auch Fußnote 69.

<sup>83</sup> In Kapitel 3.2.2 im Anhang und Kapitel 3.4.3 im Anhang ist die Entwicklung der durchgeführten Erstbegutachtungen differenziert nach Erwachsenen und Kindern unter zwölf Jahren auch grafisch dargestellt.

<sup>84</sup> Es gilt in diesem Kontext zu beachten, dass Kinder im Alter von bis zu 18 Monaten nach § 15 Abs. 7 SGB XI einen Pflegegrad höher eingestuft werden als Erwachsene mit derselben Punktzahl.

<sup>85</sup> In Kapitel 3.4.3 im Anhang ist die Entwicklung der ungewichteten Durchschnittspunktwerte je Pflegegrad und Modul auch für Medicproof tabellarisch dargestellt.

<sup>86</sup> Vgl. MDS und GKV-Spitzenverband (2017).

Die auffälligsten Veränderungen sind im Folgenden dargestellt:

- In Modul 3 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ kam es im Beobachtungszeitraum in allen fünf Pflegegraden zu einem Rückgang der ungewichteten Durchschnittspunktwerte zwischen 0,3 und 0,8 Punkten.
- In Modul 4 „Selbstversorgung“ kam es in den Pflegegraden 1 und 2 zu einem Rückgang der ungewichteten Durchschnittspunktwerte von 0,4 bzw. 0,6 Punkten. In Pflegegrad 5 hat sich der ungewichtete Durchschnittspunkt看wert um 1,7 Punkte verringert.
- Die meisten Veränderungen haben sich in den Pflegegraden 3 und 5 ergeben (jeweils in vier Modulen, fast ausschließlich Rückgänge der Punktwerte).

**Tabelle 6: Ungewichtete Durchschnittspunktwerte in den Modulen\* der Begutachtungen\*\* der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit**  
1. Quartal 2017 bis 4. Quartal 2018

Pflegegrade	Quartale	Ungewichtete Durchschnittspunktwerte					
		Modul 1 (max.: 15)	Modul 2 (max.: 33)	Modul 3 (max.: 65)	Modul 4 (max.: 54)	Modul 5 (max.: 15)	Modul 6 (max.: 18)
Pflegegrad 1	Q1 2017	1,1	1,1	0,7	4,6	0,8	1,3
	Q2 2017	1,2	1,2	0,6	4,5	0,8	1,3
	Q3 2017	1,2	1,2	0,5	4,4	0,8	1,3
	Q4 2017	1,2	1,2	0,5	4,3	0,7	1,3
	Q1 2018	1,3	1,2	0,5	4,3	0,7	1,3
	Q2 2018	1,3	1,2	0,4	4,2	0,7	1,2
	Q3 2018	1,3	1,2	0,4	4,2	0,7	1,2
	Q4 2018	1,3	1,2	0,4	4,2	0,7	1,2
Pflegegrad 2	Q1 2017	2,2	2,5	1,2	10,4	1,5	2,9
	Q2 2017	2,3	2,5	1,1	10,3	1,5	2,9
	Q3 2017	2,4	2,4	1,0	10,2	1,4	2,8
	Q4 2017	2,4	2,4	0,9	10,1	1,4	2,8
	Q1 2018	2,4	2,4	0,9	10,0	1,4	2,8
	Q2 2018	2,4	2,4	0,8	9,9	1,4	2,8
	Q3 2018	2,5	2,4	0,8	9,9	1,4	2,8
	Q4 2018	2,4	2,4	0,8	9,8	1,4	2,8

Pflegegrad 3	Q1 2017	4,0	6,9	2,9	17,9	2,0	6,6
	Q2 2017	4,2	6,4	2,7	18,3	2,0	6,4
	Q3 2017	4,3	6,2	2,4	18,3	2,0	6,3
	Q4 2017	4,3	6,1	2,3	18,2	2,0	6,3
	Q1 2018	4,3	6,1	2,2	18,2	2,0	6,3
	Q2 2018	4,3	6,1	2,2	18,1	2,0	6,3
	Q3 2018	4,3	6,2	2,1	18,1	2,0	6,3
	Q4 2018	4,3	6,1	2,1	18,0	2,0	6,3
Pflegegrad 4	Q1 2017	7,2	13,4	5,1	29,4	2,2	10,3
	Q2 2017	7,3	13,6	5,0	29,8	2,3	10,4
	Q3 2017	7,2	13,4	4,7	29,8	2,3	10,3
	Q4 2017	7,1	13,3	4,6	29,4	2,3	10,4
	Q1 2018	7,0	13,2	4,5	29,3	2,2	10,5
	Q2 2018	7,1	13,3	4,3	29,2	2,2	10,5
	Q3 2018	7,1	13,4	4,3	29,5	2,2	10,6
	Q4 2018	7,0	13,4	4,3	29,2	2,3	10,6
Pflegegrad 5	Q1 2017	12,2	21,2	5,2	41,4	3,0	13,5
	Q2 2017	12,0	21,8	5,2	41,1	2,9	13,7
	Q3 2017	11,4	21,0	4,8	39,2	2,7	13,2
	Q4 2017	11,3	20,9	4,8	39,0	2,6	13,2
	Q1 2018	11,2	20,8	4,7	38,9	2,6	13,5
	Q2 2018	11,3	21,1	4,5	39,1	2,6	13,5
	Q3 2018	11,4	21,4	4,3	39,7	2,6	13,7
	Q4 2018	11,4	21,4	4,5	39,7	2,6	13,7

\* Modul 1: Mobilität, Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Modul 4: Selbstversorgung, Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

\*\* Alle Begutachtungen nach 6.1.1 (Gutachten nach Hausbesuch) und 6.1.2 (Gutachten nach Aktenlage) der BRi.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung des MDS

Bei den von **Medicproof** durchgeführten Erstbegutachtungen zeigt sich folgendes Bild: Knapp zwei Drittel der ermittelten ungewichteten Durchschnittspunktwerte je Pflegegrad und Modul (ebenfalls insgesamt 30 Kombinationen) hat sich zwischen dem ersten Quartal 2017 und dem ersten Quartal 2019 nur geringfügig erhöht bzw. verringert (Änderung zwischen 0 und 0,2 Punkten). In sechs bzw. drei Fällen lagen die Veränderungen zwischen 0,3 und 0,5 Punkten bzw. zwischen 0,5 Punkten und einem Punkt. In drei Fällen hat sich der ungewichtete Durchschnittspunkt看wert um mehr als einen Punkt erhöht (Modul 4 „Selbstversorgung“: Pflegegrad 2 bis 4). In der Hälfte der Fälle kam es zu einem Rückgang des ungewichteten Durchschnittspunktwertes. Im Folgenden sind die auffälligsten Veränderungen dargestellt:

- In Modul 4 „Selbstversorgung“ kam es im Beobachtungszeitraum in allen fünf Pflegegraden zu einem Rückgang der ungewichteten Durchschnittspunktwerte zwischen 0,5 und 1,6 Punkten. Auf dieses Modul vereinigen sich alle drei Anstiege um mehr als einen Punkt.
- In den Pflegegraden 1 und 2 kam es jeweils in Modul 1 „Mobilität“, Modul 2 „Kognitive und kommunikative“, Modul 3 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ und Modul 6 „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ zu einem (leichten) Anstieg des ungewichteten Durchschnittspunktwertes.
- In Pflegegrad 5 kam es in allen Modulen – mit Ausnahme des Moduls 6 „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ zu einem leichten Rückgang des ungewichteten Durchschnittspunktwertes.

### **Ergebnisse der Begutachtungen von Erstantragstellerinnen und -stellern mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen**

Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA), bei denen eine Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde, wurden sowohl von den MDK als auch von Medicproof kurz vor der Systemumstellung überwiegend die Pflegestufen I und II empfohlen. Die Versichertengruppe mit hohen Punktwerten in den Modulen 2 bzw. 3 stellt im neuen Begutachtungssystem eine geeignete Vergleichsgruppe für Personen dar, bei denen im alten System eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt worden ist. Dabei werden drei Teilgruppen unterschieden: Personen mit mindestens erheblichen, mit mindestens schweren und mit schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten in Modul 2 oder 3.<sup>87 88</sup>

Für die **MDK** und **Medicproof** liegen entsprechende Sonderauswertungen von Erstbegutachtungen mit dem neuen Begutachtungsinstrument für den Zeitraum seit der Systemumstellung vor. Grundsätzlich wurde bei so gut wie allen Erstantragstellenden der oben genannten Personengruppen mit dem neuen Begutachtungsinstrument eine Pflegebedürftigkeit festgestellt. Zudem steigt mit dem Grad der Beeinträchtigungen auch der empfohlene Pflegegrad sichtbar an.

<sup>87</sup> Gemäß § 15 SGB XI liegt in den Modulen 2 bzw. 3 bei einem gewichteten Punktwert von 7,5 Punkten eine erhebliche, bei 11,25 Punkten eine schwere und bei 15 Punkten eine schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten in den entsprechenden Bereichen vor. Bei der Begutachtung fließt nur der jeweils höchste gewichtete Punktwert aus den Modulen 2 und 3 in die Berechnung des Gesamtwertes ein.

<sup>88</sup> In Kapitel 3.4.3 im Anhang sind auch die entsprechenden Begutachtungsergebnisse von Medicproof grafisch dargestellt.

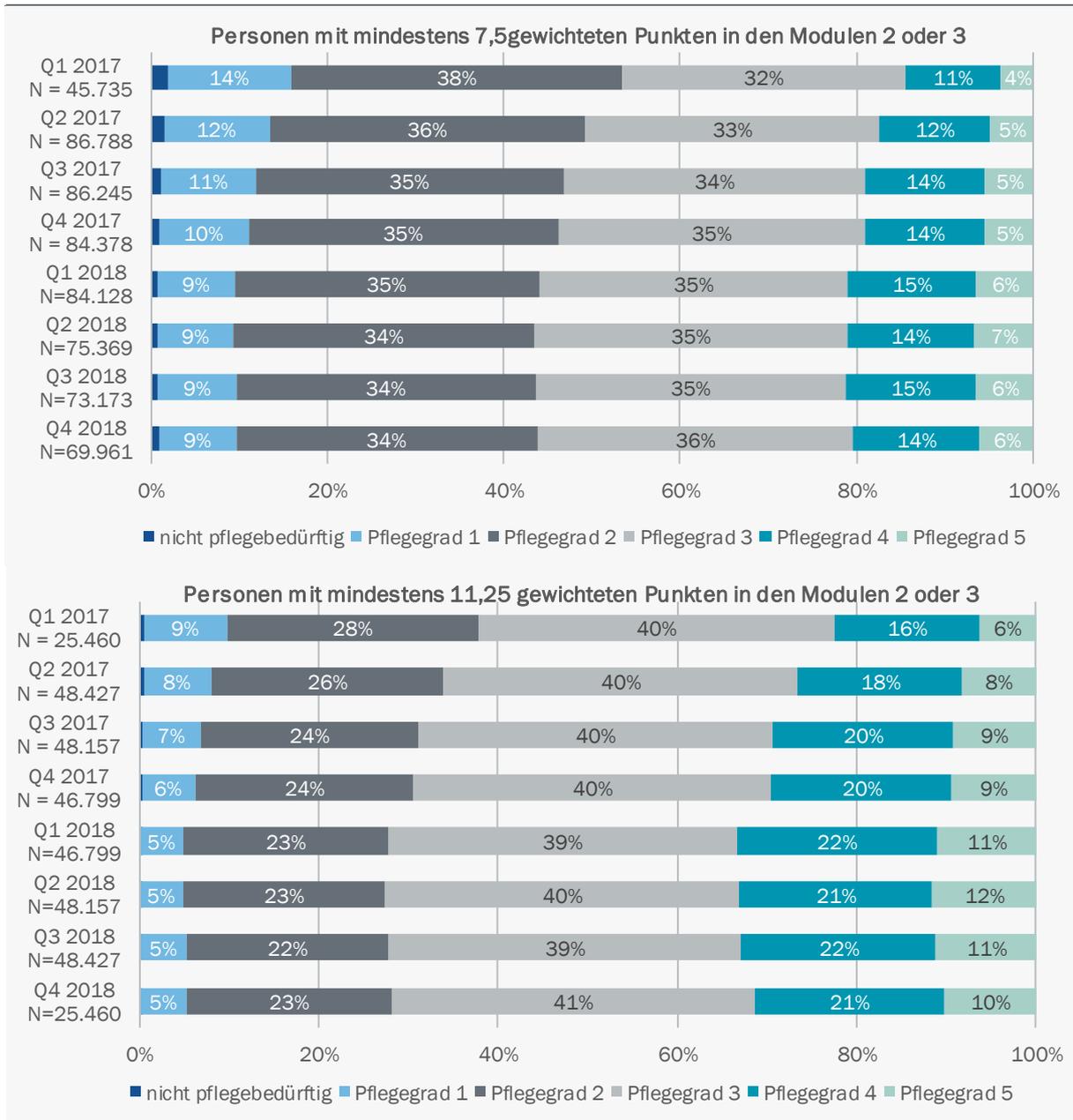
- **Personen mit mindestens erheblichen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten** (mindestens 7,5 gewichtete Punkte) in Modul 2 oder 3 wurden bisher überwiegend in den Pflegegrad 2 (Anteil von durchschnittlich 35 % bei den MDK bzw. 32 % bei Medicproof) und den Pflegegrad 3 (Anteil von durchschnittlich 35 % bzw. 40 %) eingestuft.
- **Personen mit mindestens schweren Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten** (mindestens 11,25 gewichtete Punkte) in Modul 2 oder 3 wurden bisher ebenso überwiegenden in den Pflegegrad 2 (Anteil von durchschnittlich 24 % bzw. 23 %) und Pflegegrad 3 (Anteil von durchschnittlich 40 % bzw. 45 %) eingestuft. Allerdings wurde bei dieser Personengruppe bereits deutlich häufiger der Pflegegrad 4 (Anteil von durchschnittlich jeweils 20 %) festgestellt.
- **Personen mit schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten** (15 gewichtete Punkte, höchstmögliche Punktzahl) in den Modulen 2 oder 3 wurden bisher überwiegend in den Pflegegrad 3 (Anteil von durchschnittlich 36 % bzw. 43 %) und den Pflegegrad 4 (Anteil von durchschnittlich 25 % bzw. 26 %) eingestuft. Auch der Pflegegrad 5 (Anteil von durchschnittlich 19 % bzw. 13 %) wurde bei dieser Personengruppe relativ häufig empfohlen.

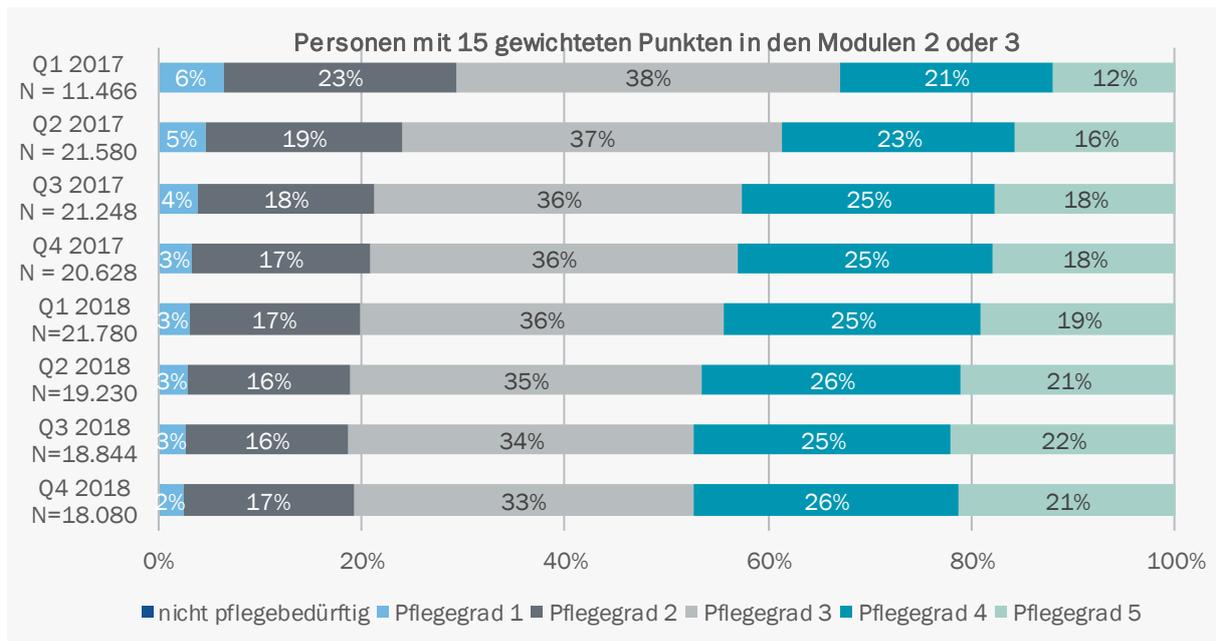
In Abbildung 19 sind die Ergebnisse der Begutachtungen der MDK von Erstantragstellerinnen und -stellern mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen grafisch dargestellt.<sup>89</sup>

<sup>89</sup> Für die MDK liegen Daten bis einschließlich dem vierten Quartal 2018 vor, für Medicproof bis einschließlich dem ersten Quartal 2019.

**Abbildung 19: Ergebnisse der Erstbegutachtungen der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit von Personen mit mindestens 7,5 bzw. mindestens 11,25 bzw. 15 gewichteten Punkten bzw. in den Modulen 2 oder 3 (Einstufung in Pflegegrade in %)**

1. Quartal 2017 bis 4. Quartal 2018





Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung des MDS

### Häufigste erste pflegebegründende Diagnosen (Hauptdiagnosen) in Erstbegutachtungen

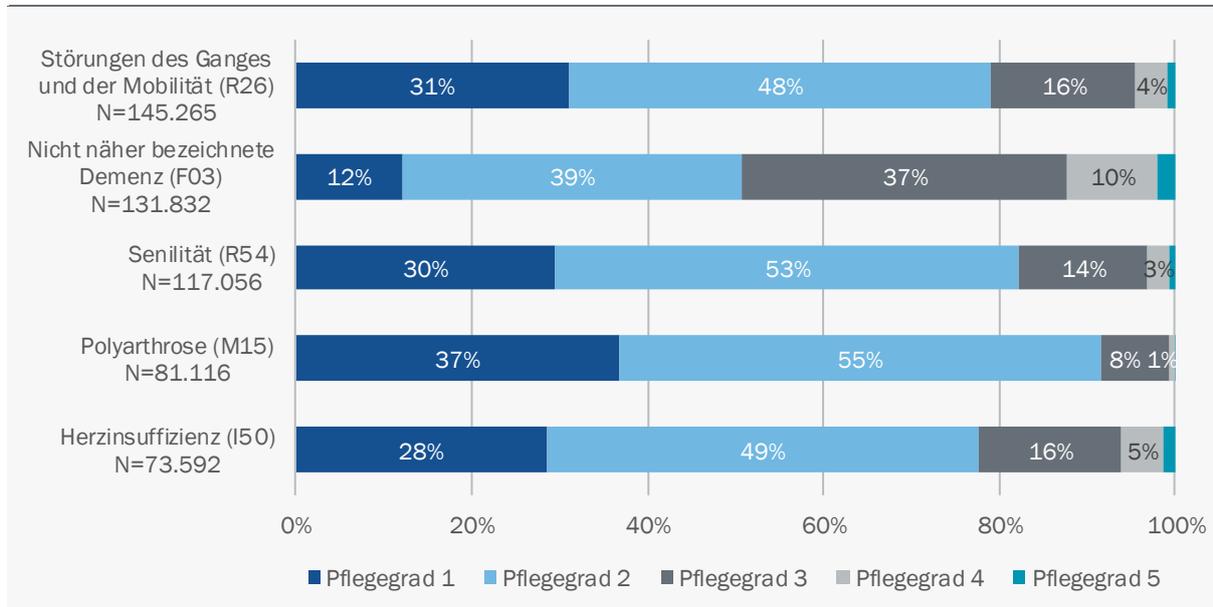
Nach den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sind im Formulargutachten eine oder zwei Diagnosen, die im Wesentlichen die Pflegebedürftigkeit begründen, anzugeben und nach dreistelligen ICD-10 zu verschlüsseln. Weitere Diagnosen sollen in der Reihenfolge ihrer Wertigkeit bezüglich des personellen Unterstützungsbedarfs angegeben werden. Es liegt eine Sonderauswertung des MDS zu den zehn am häufigsten angegebenen ersten pflegebegründenden Diagnosen (Hauptdiagnosen) bei Erstbegutachtungen mit dem neuen Begutachtungsinstrument in den Jahren 2017 und 2018 nach Quartalen vor. Medicproof ist aktuell keine entsprechende Auswertung möglich.

Am häufigsten wurden seit der Systemumstellung bei Erstbegutachtungen der MDK Störungen des Ganges und der Mobilität (R26) als Hauptdiagnose im Formulargutachten angegeben, am zweithäufigsten das Vorliegen einer nicht näher bezeichneten demenziellen Erkrankung (F03).<sup>90</sup> Während bei Erstantragstellenden, für die von den MDK der Pflegegrad 1 empfohlen wurde, am häufigsten Störungen des Ganges und der Mobilität (R26) als Hauptdiagnose angegeben wurde, war es in den höheren Pflegegraden 3 und 4 am häufigsten eine demenzielle Erkrankung (F03) bzw. im Pflegegrad 5 ein Hirninfarkt (I63) (Abbildung 20). Die seit der Systemumstellung insgesamt am dritthäufigsten genannte Hauptdiagnose der Senilität (R54) hat im Jahr 2018 Störungen des Ganges und der Mobilität (R26) als am häufigsten genannte Hauptdiagnose im Pflegegrad 2 abgelöst. Das Vorliegen einer demenziellen Erkrankung äußert sich erwartungsgemäß auch in vergleichsweise hohen Punktwerten in den Modulen 2 und 3.

<sup>90</sup> In Kapitel 3.2.2 im Anhang sind die vorliegenden Daten zu den fünf häufigsten angegebenen ersten pflegebegründenden Diagnosen (Hauptdiagnosen) auch grafisch bzw. tabellarisch dargestellt.

**Abbildung 20: Ergebnisse der Erstbegutachtungen der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (neues Begutachtungsverfahren) nach den fünf häufigsten ersten pflegebegründenden Diagnosen (Einstufung in Pflegegrade in %)**

1. Quartal 2017 bis 4. Quartal 2018



Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung des MDS

**Berücksichtigung besonderer Bedarfskonstellationen<sup>91</sup>**

Gemäß § 15 Abs. 4 SGB XI können Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die eine außergewöhnlich hohen Hilfebedarf aufweisen, dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn die Rechnung zu den Gesamtpunkten weniger als 90 Punkte ergibt. So sollen auch jene Pflegebedürftigen in den Pflegegrad 5 eingestuft werden, die den Schwellenwert von 90 Punkte nicht erreichen, obwohl er nach der Schwere der Beeinträchtigung angemessen wäre. Als besondere Bedarfskonstellation ist bisher ausschließlich die Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine anerkannt.

Die MDK haben seit dem ersten Quartal 2017 bis zum vierten Quartal 2018 (Medicproof: bis zum ersten Quartal 2019) bei 4.349 Erstbegutachtungen von Erwachsenen (Medicproof: 791 Fälle) und bei weiteren 490 Erstbegutachtungen von Kindern unter 12 Jahren (Medicproof: 31 Fälle) eine besondere Bedarfskonstellation identifizieren können. In all diesen Fällen wurde empfohlen, die Versicherten in den Pflegegrad 5 einzustufen.

<sup>91</sup> In Kapitel 3.2.2 im Anhang und Kapitel 3.4.3 im Anhang ist die Entwicklung der Fälle besonderer Bedarfskonstellationen pro 1.000 Erstbegutachtungen differenziert nach Erwachsenen und Kindern unter zwölf Jahren für die MDK bzw. Medicproof auch grafisch dargestellt.

- Von den **MDK** wurden im Beobachtungszeitraum (1. Quartal 2017 bis 4. Quartal 2018) pro 1.000 durchgeführten Erstbegutachtungen von Erwachsenen (Kindern) in durchschnittlich 2,2 Fällen (8,6 Fällen) eine besondere Bedarfskonstellation festgestellt. Im Zeitverlauf zeigt sich weder ein Abwärts- noch ein Aufwärtstrend. Aufgrund der geringen Fallzahlen schwanken die Fallzahlen pro 1.000 Erstbegutachtungen bei Kindern im Zeitverlauf relativ stark.
- Bei **Medicproof** kamen zwischen dem ersten Quartal 2017 und dem ersten Quartal 2019 auf 1.000 Erstbegutachtungen von Erwachsenen (Kindern) durchschnittlich 4,4 Fälle (10,4 Fälle), bei denen eine besondere Bedarfskonstellation festgestellt wurde. Im Zeitverlauf zeigt sich bei den Erwachsenen ein leichter und bei den Kindern unter 12 Jahren ein deutlicher Abwärtstrend.<sup>92</sup>

### Einschätzung zur Praktikabilität und zu etwaigen Anpassungsbedarfen an der Regelung

Die im Rahmen von drei Fachgesprächen dazu befragten zentralen Akteure bezeichneten die aktuelle Regelung zu den besonderen Bedarfskonstellationen über den gesamten Zeitraum der Fortschreibung des Monitorings als ausreichend und praktikabel. Anzeichen für in der Regelung bislang nicht identifizierte Bedarfskonstellationen gibt es aus Sicht der Befragten nicht. Begründet wurden diese Einschätzungen von den befragten Akteuren mehrheitlich damit, dass keine diesbezüglichen Beschwerden von Versicherten eingegangen seien. Darüber hinaus haben fast alle Befragten auf die Ergebnisse der Studie „Bedarfskonstellationen und Pflegegrade bei Heimbewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten“ von Dr. Wingefeld verwiesen, der zufolge keine weiteren Bedarfskonstellationen zu berücksichtigen seien, sondern bestehenden Belastungen in betroffenen Einrichtungen durch die Erhöhung der Personalschlüssel bzw. des Personalumfangs zu begegnen sei.

<sup>92</sup> Bei der Entwicklung bei den Kindern unter zwölf Jahren sind allerdings die dahinterstehenden sehr geringen Fallzahlen zu berücksichtigen, die zu starken Schwankungen der Fallzahlen pro 1.000 Erstbegutachtungen über die Zeit führen.

### 3.3.5 Laufzeiten der Begutachtungsverfahren<sup>93</sup>

Zu den Laufzeiten der Leistungsentscheidungen insgesamt liegen keine statistischen Kennzahlen vor. Der GKV-Spitzenverband und der Verband der PKV e. V. verweisen jeweils auf die Daten von MDS und Medicproof zu den Laufzeiten der Begutachtungsverfahren.

Die durchschnittlichen Laufzeiten von Begutachtungen der **MDK bzw. von Medicproof** werden differenziert nach den unterschiedlichen Fristen (25-Arbeitstage-Frist<sup>94</sup> bzw. besonders dringlicher Entscheidungsbedarf<sup>95</sup>, 1-Wochen- bzw. 2-Wochen-Frist) ausgewiesen. Hierbei wird zwischen den Laufzeiten ohne Verzögerungen und mit Verzögerungen im Verfahren unterschieden.<sup>96 97</sup>

Trotz des Aussetzens der 25-Arbeitstage-Frist für Fälle ohne besonders dringlichen Entscheidungsbedarf im Zeitraum von November 2016 bis Dezember 2017 sind die durchschnittlichen Laufzeiten der mit einer Bearbeitungsfrist belegten Begutachtungen **ohne Verzögerungen im Verfahren** durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und dem damit verbundenen hohen Begutachtungsaufkommen teils deutlich angestiegen. Mit Ausnahme der Begutachtungen mit einer 2-Wochen-Frist bei den MDK (allerdings geringe Fallzahlen) blieben die durchschnittlichen Laufzeiten jedoch sowohl bei den MDK als auch bei Medicproof unterhalb der jeweils vorgegebenen Fristen.

Im Jahr 2018 lag die Zahl der Begutachtungen mit einer 25-Arbeitstage-Frist sowohl bei den MDK als auch bei Medicproof deutlich oberhalb des Niveaus vor der Systemumstellung. Bei den MDK ist das entsprechende Begutachtungsvolumen im Jahr 2018 im Vergleich zum Jahr 2016 um 77 Prozent angestiegen, bei Medicproof um 32 Prozent. Es ist daher nicht verwunderlich, dass die durchschnittlichen Laufzeiten von Begutachtungen mit einer 25-Arbeitstage-Frist im Jahr 2018 mit Wiedereinsetzen der 25-Arbeitstage-Frist deutlich angestiegen sind und sichtbar oberhalb des Niveaus im Jahr 2016 lagen. Bei den MDK lagen die durchschnittlichen Laufzeiten vom ersten Quartal 2018 bis zum ersten Quartal 2019 zwischen 18,4 und 20,0 Arbeitstagen (2016: 12,7 bis 13,2 Arbeitstage). Bei Medicproof hat das hohe Begutachtungsaufkommen die durchschnittlichen Laufzeiten ab dem 01.01.2018 zwar wieder erhöht. Der Anstieg fiel jedoch mit durchschnittlichen Laufzeiten von 8,7 bis 9,3 Arbeitstagen (2016: 7,8 bis 10,1 Arbeitstage) deutlich moderater aus als bei den MDK.

<sup>93</sup> In Kapitel 3.3.7 im Anhang ist die Entwicklung der Begutachtungen (ohne Verzögerungen im Verfahren), bei denen bestimmte Bearbeitungsfristen einzuhalten waren, und deren Laufzeit bei den einzelnen MDK auf Landesebene tabellarisch dargestellt.

<sup>94</sup> Bei der 25-Arbeitstage-Frist handelt es sich um die Frist, innerhalb derer dem Antragsteller die Entscheidung der Pflegekasse bzw. der privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen ist. Damit umfasst die 25-Arbeitstage-Frist neben der Begutachtung durch die MDK bzw. Medicproof auch die Bearbeitungszeit bei den Pflegekassen bzw. privaten Versicherungsunternehmen. Bei den MDK sind für die reine Begutachtung 20 Arbeitstage vorgesehen, bei Medicproof 17 Arbeitstage.

<sup>95</sup> Im Zeitraum von November 2016 bis Dezember 2017 war die 25-Arbeitstage-Frist für Fälle ohne dringlichen Entscheidungsbedarf unbeachtlich. Gemäß den Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes lag ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf i. S. d. § 18 Abs. 2b SGB XI und § 142 Abs. 2 SGB XI in diesem Zeitraum dann vor, wenn ohne eine fristgerechte Entscheidung der Pflegekasse eine Versorgungslücke drohte. Dies war der Fall bei Vorliegen eines Erstantrages auf Sachleistungen auf häuslicher Pflege nach § 36 SGB XI (hierunter zählt kein Antrag auf Pflegegeld oder eine Kombination aus Pflegegeld und Pflegesachleistung) sowie bei Vorliegen eines Erstantrages auf vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI.

<sup>96</sup> Der MDS bzw. Medicproof erfassen die Laufzeiten der Begutachtungen separat für Begutachtungen mit und Begutachtungen ohne Verzögerungen im Verfahren. Relevant für die Beurteilung der Arbeit der MDK bzw. von Medicproof sind die Begutachtungen, bei denen es nicht zu Verzögerungen im Verfahren kommt. Bei Begutachtungen ohne Verzögerungen im Verfahren sind eventuelle Fristüberschreitungen auf Verzögerungen innerhalb der MDK bzw. von Medicproof zurückzuführen. Bei Begutachtungen mit Verzögerungen im Verfahren liegen die Ursachen für Fristüberschreitungen nicht im Bereich der Verantwortlichkeit der MDK bzw. von Medicproof.

<sup>97</sup> In Kapitel 3.2.3 im Anhang und Kapitel 3.4.4 im Anhang ist die Entwicklung der Begutachtungen (mit und ohne Verzögerungen im Verfahren), bei denen bestimmte Bearbeitungsfristen einzuhalten waren, und deren Laufzeiten sowie die Gründe für Verzögerungen im Verfahren bei den MDK bzw. Medicproof auch grafisch dargestellt.

Auch die durchschnittlichen Laufzeiten der mit einer Bearbeitungsfrist belegten Begutachtungen **mit Verzögerungen im Verfahren** haben sich bei den MDK seit der Systemumstellung sichtbar erhöht. Bei Medicproof war dies nur im Falle der Begutachtungen mit einem besonders dringlichen Entscheidungsbedarf bzw. einer 25-Arbeitstage-Frist der Fall. Die häufigsten Gründe für Verzögerungen im Verfahren waren von 2016 bis 2018 bei den MDK (in dieser Reihenfolge) die Absage des Begutachtungstermins (Anteil von durchschnittlich 38 %), der Aufenthalt der antragstellenden Person im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung (Anteil von durchschnittlich 28 %) sowie der Tod der antragstellenden Person (Anteil von durchschnittlich 22 %). Bei Medicproof war mehrheitlich der Aufenthalt der antragstellenden Person im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung (Anteil von durchschnittlich 80 %) der Grund für Verzögerungen im Verfahren.

### 3.3.6 Verzögerungen und pauschale Zusatzzahlungen

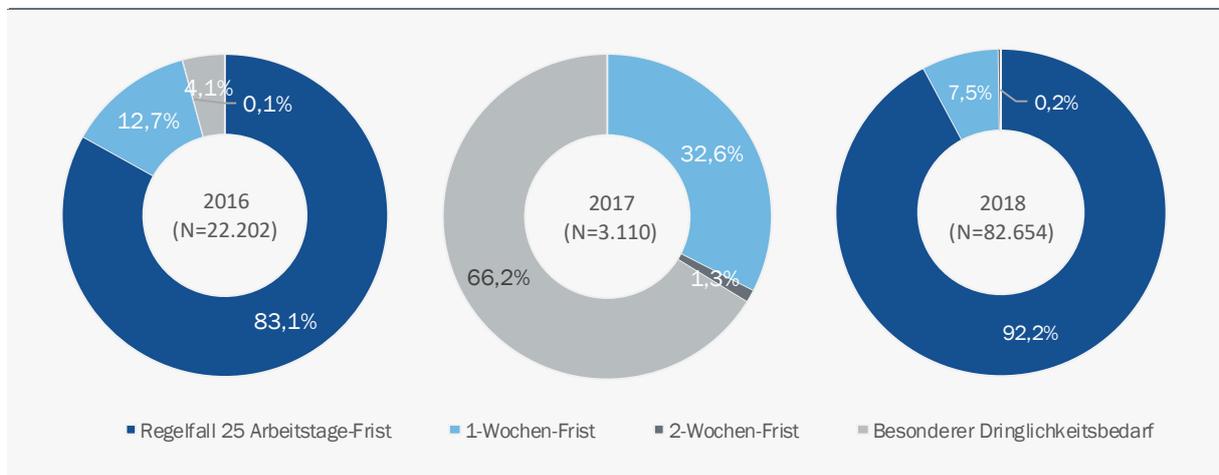
Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Antragsteller schriftlich zu informieren, inwiefern die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit nach Einschätzung der Pflegekasse als erfüllt gelten oder nicht. Nach § 18 Abs. 3 SGB XI sind hierbei bestimmte Bearbeitungsfristen zu berücksichtigen. Sofern diese Fristen nicht eingehalten werden, muss die Pflegekasse gemäß § 18 Abs. 3b Satz 1, 2 SGB XI für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung 70 Euro an den Antragsteller zahlen. Dies gilt jedoch nur, wenn die Pflegekasse die Verzögerung zu vertreten hat.

#### **Fristüberschreitungen sowie Umfang und Dauer der pauschalen Zusatzzahlungen**

Den **Pflegekassen** lagen im Jahr vor der Systemumstellung 1.389.004 Anträge zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vor, bei denen eine Frist zu beachten war. Durch das Aussetzen der 25-Arbeitstage-Frist für Fälle ohne besonders dringlichen Entscheidungsbedarf im Zeitraum von November 2016 bis Dezember 2017 hat sich der Umfang dieser Fälle im Jahr 2017 deutlich auf 235.247 Fälle reduziert (bei rund 87 % aller vorliegenden Fälle war damit keine Frist zu beachten). Nach Wiedereinsetzen der 25-Arbeitstage-Frist stieg die Zahl der Fälle, bei denen eine Frist zu beachten war, bei den Pflegekassen wieder deutlich auf 1.866.877 Fälle an (Anstieg um 34 % im Vergleich zum Jahr 2016).

- Nach der Systemumstellung konnte bei den Pflegekassen im Jahr 2017 bei 20,5 Prozent und im Jahr 2018 bei rund 23,5 Prozent der Fälle, bei denen eine Frist zu beachten war, die vorgegebene Frist nicht eingehalten werden. Im Vergleich zum Jahr 2016 (Anteil von 21 %) hat sich der Anteil damit im Zeitverlauf merklich erhöht.
- Von allen Fristüberschreitungen waren nach der Systemumstellung im Jahr 2017 1,3 Prozent (3.110 Fälle) der Fristüberschreitungen durch die Pflegekassen zu verantworten (2016: 1,6 %; 22.202 Fälle). Mit Wiedereinsetzen der 25-Arbeitstage-Frist hat sich der Anteil der von den Pflegekassen zu vertretenden Fristüberschreitungen im Jahr deutlich auf 4,4 Prozent (82.654 Fälle) erhöht.
- Rund 92 Prozent der von den Pflegekassen zu vertretenden Fristüberschreitungen im Jahr 2018 waren auf Anträge mit einer 25-Arbeitstage-Frist zurückzuführen (dies deckt sich auch mit den hohen durchschnittlichen Laufzeiten der entsprechenden Begutachtungen der MDK im Jahr 2018, siehe Kapitel 3.3.5). Der Anteil der Anträge mit einer 1-Wochen-Frist bzw. einer 2-Wochen-Frist lag bei 7,5 Prozent bzw. 0,2 Prozent (Abbildung 21).

**Abbildung 21: Anteil der unterschiedlichen Bearbeitungs- bzw. Begutachtungsfristen an den durch die Pflegekassen zu vertretenden Fristüberschreitungen bei Anträgen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (in %) 2016, 2017 und 2018**



Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung des GKV-Spitzenverbandes

- Die von den Pflegekassen zu vertretenden Fristüberschreitungen zogen im Jahr 2017 pauschale Zusatzzahlungen im Umfang von 1.005.929 Euro nach sich (2016: 2.495.354 Euro). Im Jahr 2018 stieg der Umfang der pauschalen Zusatzzahlungen der Pflegekassen erheblich auf 13.218.655 Euro an und hat sich damit im Vergleich zum Jahr 2016 mehr als verfünffacht.
- Die Entwicklung des Umfangs der pauschalen Zusatzzahlungen ist unbedingt in Relation zu den dahinterliegenden Fällen bzw. zur Dauer der Fristüberschreitungen zu setzen. Sowohl die durchschnittlichen Kosten pro Fall (323 Euro) als auch die durchschnittliche Dauer der von den Pflegekassen zu vertretenden Fristüberschreitungen (4,6 Wochen) waren im Jahr 2017 am höchsten. Dies ist ein weiterer Beleg dafür, dass die Übergangsregelungen im Zuge der Systemumstellung notwendig waren. Im Jahr 2018 lag die durchschnittliche Dauer der von den Pflegekassen zu vertretenden Fristüberschreitungen mit 2,3 Wochen nach wie vor oberhalb des Durchschnitts des Jahres 2016 (1,6 Wochen).

Den **privaten Versicherungsunternehmen** lagen im Jahr vor der Systemumstellung 76.276 Anträge zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vor, bei denen eine Frist zu beachten war. Durch das Aussetzen der 25-Arbeitstage-Frist für Fälle ohne besonders dringlichen Entscheidungsbedarf hat sich der Umfang dieser Fälle leicht auf 72.611 Fälle reduziert. Nach Wiedereinsetzen der 25-Arbeitstage-Frist stieg die Zahl der Anträge, bei denen eine Frist zu beachten war, wieder deutlich auf 100.144 Fälle an (Anstieg um 31 % im Vergleich zum Jahr 2016).<sup>98</sup>

- Nach der Systemumstellung kam es im Jahr 2017 nur bei 0,4 Prozent der befristeten Anträge zu einer Fristüberschreitung mit nachfolgenden pauschalen Zusatzzahlungen. Im Jahr 2018 lag dieser Anteil jedoch bei 4,5 Prozent und damit deutlich höher als noch vor der Systemumstellung (2016. 1,7 %).

<sup>98</sup> In Kapitel 3.5 im Anhang ist die Entwicklung der Anteile der Befristungsarten an den von den privaten Versicherungsunternehmen zu vertretenden Fristüberschreitungen auch grafisch dargestellt.

- Rund 96 Prozent der von den privaten Versicherungsunternehmen zu vertretenden Fristüberschreitungen im Jahr 2018 waren auf Anträge mit einer 25-Arbeitstage-Frist zurückzuführen. Der Anteil der Anträge mit einer 1-Wochen-Frist bzw. einer 2-Wochen-Frist lag bei 3,5 Prozent bzw. 0,1 Prozent.
- Zur Höhe der pauschalen Zusatzzahlungen liegen keine Daten des PKV-Verbandes vor. Daher sind für die private Pflegeversicherung auch keine Aussagen zur durchschnittlichen Dauer der Fristüberschreitungen möglich.

### Häufigste Gründe für Verzögerungen

Die ausgewählten Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen wurden in der ersten und zweiten Online-Befragung (1. und 3. Quartal 2018) nach den aktuell häufigsten Gründen für Verzögerungen bei der Bearbeitung von Anträgen, die zu pauschalen Zusatzzahlungen der Pflegekassen bzw. Versicherungsunternehmen führen, befragt. Aus beiden Befragungen ergaben sich im Wesentlichen die folgenden häufigsten Gründe:

- Erhöhtes Arbeitsaufkommen aller beteiligten Akteure durch das hohe Antrags- und Auftragsvolumen
- Verzögerungen bei den MDK bzw. Medicproof
- Verzögerungen bei den Pflegekassen bzw. den privaten Versicherungsunternehmen
- Verzögerungen durch den Antragsteller

Laut den Aussagen der befragten Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen in der dritten Online-Befragung (1. Quartal 2019) waren im Zeitraum zwischen der zweiten und dritten Online-Befragung (September/Oktober 2018 bis Februar/März 2019) meist nicht die Verzögerungen bei den Antragstellern der Grund für die Verzögerungen und auch eher nicht die Verzögerungen bei den Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen selbst. Vielmehr wurden von diesen als Hauptursache der Verzögerungen die Schwierigkeiten der MDK bzw. von Medicproof im Zusammenhang mit dem hohen Begutachtungsaufkommen der Systemumstellung benannt. Auch das erhöhte Arbeitsaufkommen aller beteiligten Akteure wurde von den Befragten als weiterer relevanter Grund genannt.

### 3.3.7 Leistungsentscheidungen der Pflegekassen bzw. privaten Versicherungsunternehmen

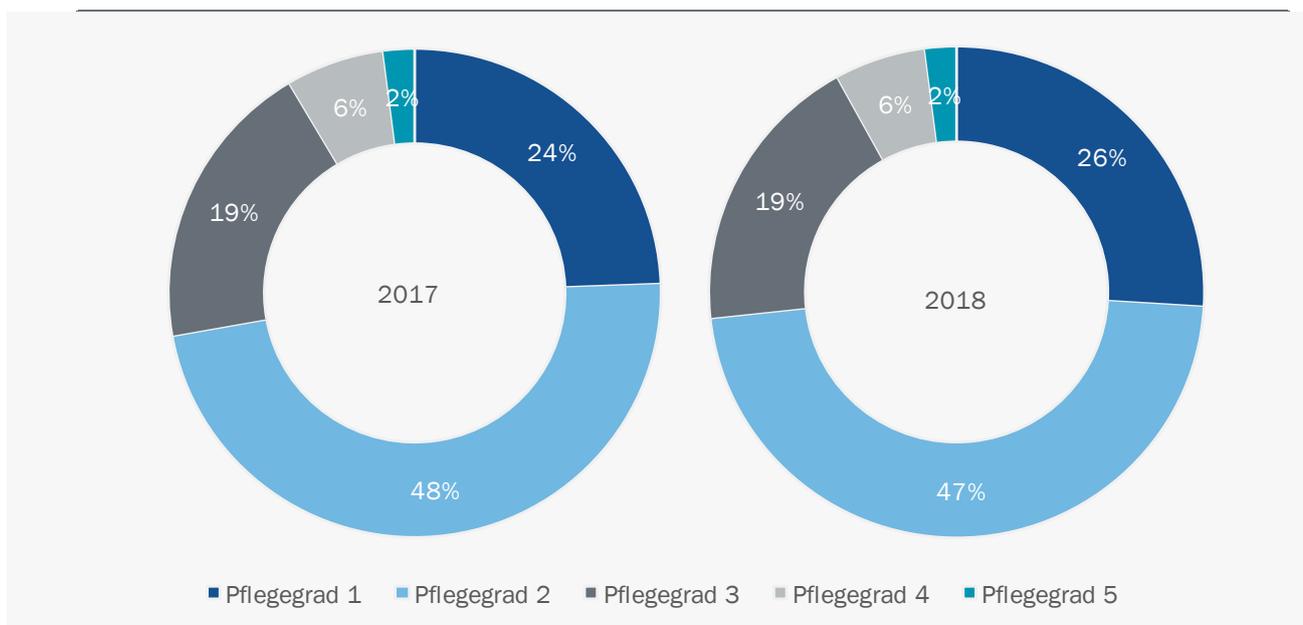
#### Ergebnisse der Leistungsentscheidungen der Pflegekassen<sup>99</sup>

Aufgrund der Verzögerung zwischen Antragseingang bei den Pflegekassen und Auftragseingang bei den MDK ist die Verteilung der Pflegegrade gemäß der Kassenstatistik nur bedingt mit den Daten des MDS in Kapitel 3.3.4 vergleichbar. Zudem werden in der Statistik der Pflegekassen jeweils nur die Ergebnisse für die im jeweiligen Jahr gestellten Anträge ausgewiesen, wohingegen die Begutachtungsergebnisse des MDS sich auf den Zeitpunkt der Fertigstellung der Begutachtung beziehen.

<sup>99</sup> Der PKV-Verband verweist auf die Begutachtungsergebnisse von Medicproof, da er selbst keine gesonderte Statistik zu den Ergebnissen der Leistungsentscheidungen führt.

- Im Jahr 2016 wurden 71,2 Prozent der von den Pflegekassen erledigten 1.052.796 Anträge bewilligt. Bereits im Jahr nach der Systemumstellung hat sich die Bewilligungsquote merklich auf 78,2 Prozent erhöht (1.331.351 erledigte Anträge) und ist im Jahr 2018 weiter auf 82,4 Prozent (1.262.462 erledigte Anträge) angestiegen. Sowohl im Jahr 2017 (79,1 %) als auch im Jahr 2018 (72,3 %) überwog bei den abgelehnten Anträgen der Ablehnungsgrund, dass die antragstellende Person nicht als pflegebedürftig eingestuft wurde.
- Vor der Systemumstellung im Jahr 2016 bekamen fast zwei Drittel der Antragstellenden die Pflegestufe I zugewiesen. Bei zwölf Prozent der Anträge wurde eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz unterhalb der Pflegestufe I bescheinigt.<sup>100</sup> Nach der Systemumstellung bekam im Jahr 2017 fast die Hälfte der Antragstellenden von den Pflegekassen den Pflegegrad 2 zugewiesen, knapp ein Viertel den Pflegegrad 1. Im Jahr 2018 haben sich die Anteile nur geringfügig verändert (Abbildung 22).<sup>101</sup>

**Abbildung 22: Verteilung der von den Pflegekassen bewilligten Anträge über die Pflegegrade (in %) 2017 und 2018**



Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung des GKV-Spitzenverbandes

<sup>100</sup> Verteilung der von den Pflegekassen im Jahr 2016 bewilligten Anträge (N= 749.884) über die Pflegestufen (in %): Pflegestufe I 63,7 Prozent, Pflegestufe II 18,4 Prozent, Pflegestufe III 5,2 Prozent, Pflegestufe III (Härtefall) 0,2 Prozent, nach § 43a SGB XI 1,0 Prozent, PEA unterhalb Pflegestufe I 11,5 Prozent.

<sup>101</sup> Der im Vergleich zu den in Kapitel 3.3.4 dargestellten Begutachtungsergebnissen der MDK relativ hohe Anteil des Pflegegrads 2 an allen von den Pflegekassen bewilligten Anträgen könnte nach Aussage des GKV-Spitzenverbandes darin begründet sein, dass die Daten des MDS sich ausschließlich auf erledigte Vollgutachten beziehen. D. h. Fälle mit einer verkürzten Begutachtungsfrist (vorläufiges Gutachten mit Pflegegrad 2) sind in den Daten des MDS nicht enthalten. Die Pflegekassen zählen hingegen möglicherweise sowohl die vorläufige Begutachtung als auch die endgültige Einstufung als Antrag. Der GKV-Spitzenverband verweist zudem darauf, dass sich Abweichungen auch insbesondere durch erfolgreiche Widerspruchs- bzw. Klageverfahren ergeben könnten. Nicht in jedem Widerspruchsfall und erst recht nicht in jedem Klagefall werde ein erneutes Gutachten des MDK erforderlich. Dies könne insbesondere die Abweichungen in den Fällen begründen, in denen kein Pflegegrad oder nur der Pflegegrad 1 empfohlen wurde.

## Befristete Bescheide und Befristungsdauern<sup>102</sup>

Die Zuordnung zu einem Pflegegrad und die Bewilligung von Leistungen können von den Pflegekassen bzw. den privaten Versicherungsunternehmen befristet werden und enden mit Ablauf der Frist (§ 33 SGB XI). Voraussetzung hierfür ist, dass die MDK bzw. Medicproof im Rahmen der Begutachtung eine Prognose über eine mögliche Reduzierung des Hilfebedarfs bzw. eine Verringerung der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten abgeben. Zur Anzahl der befristeten Bescheide liegen weder dem GKV-Spitzenverband<sup>103</sup> noch dem PKV-Verband statistische Kennzahlen vor. Es liegt jedoch eine Sonderauswertung von Medicproof zur Anzahl der Begutachtungen, bei denen in unterschiedlichen Zeiträumen eine Wiederholungsbegutachtung von den Gutachterinnen und Gutachtern empfohlen wurde. Diese Daten bilden eine grobe Annäherung an die Zahl und die Dauer der befristeten Bescheide.<sup>104</sup>

### Annäherung: Begutachtungen, bei denen in unterschiedlichen Zeiträumen eine Wiederholungsbegutachtung empfohlen wurde

Der Anteil der Begutachtungen, bei denen von den Gutachterinnen und Gutachtern von Medicproof eine Wiederholungsbegutachtung empfohlen wurde, sank reformbedingt – durch das Aussetzen der Wiederholungsbegutachtungen bei übergeleiteten Versicherten (siehe Kapitel 3.3.3) – von 11,2 Prozent im Jahr 2016 (15.300 Fälle) auf 9,4 Prozent im Jahr 2017 (13.900 Fälle), nähert sich aber mittlerweile wieder dem Niveau vor Systemumstellung (2018: 10,3 % bzw. 16.600 Fälle; 1. Quartal 2019: 10,9 % bzw. 4.800 Fälle). Sowohl vor als auch nach der Systemumstellung betrafen rund 15 Prozent der Empfehlungen für Wiederholungsbegutachtungen Kinder unter zwölf Jahren. Diese sind damit gemessen an ihrem Anteil an allen Begutachtungen (rund 2 %) deutlich überrepräsentiert. Dies ist darin begründet, dass in den Begutachtungsrichtlinien festgesetzt ist, dass aufgrund der zu erwartenden Entwicklungsfortschritte bei Kindern in der Regel eine Wiederholungsbegutachtung angemessen ist.

Die Verteilung der unterschiedlichen Zeiträume, für die eine Wiederholungsbegutachtung empfohlen wurde, unterscheidet sich vor und nach der Systemumstellung deutlich. Die vorliegenden Daten legen nahe, dass es mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu einer strukturellen Verschiebung hin zu Empfehlungen von Wiederholungsbegutachtungen innerhalb von kürzeren Zeiträumen gekommen ist. Vor der Systemumstellung hat Medicproof nur bei jeweils fünf Prozent der Begutachtungen eine Wiederholungsbegutachtung innerhalb von einem Monat bis sechs Monaten empfohlen. Nach der Systemumstellung stieg dieser Anteil im Jahr 2017 sprunghaft auf 30 Prozent an und verblieb auf diesem höheren Niveau. Der Anteil der Begutachtungen, bei denen Medicproof nach mehr als 12 Monaten eine Wiederholungsbegutachtung empfohlen hat, hat sich nach der Systemumstellung halbiert und liegt nun nur noch bei knapp über 20 Prozent. Sowohl vor als auch nach der Systemumstellung wurde in etwa der Hälfte der Fälle eine Wiederholungsbegutachtung innerhalb von sechs bis zwölf Monaten empfohlen.

<sup>102</sup> In Kapitel 3.6 im Anhang ist die Verteilung der Zeiträume, für die die Gutachterinnen und Gutachter von Medicproof bei Begutachtungen Wiederholungsbegutachtungen empfohlen haben, im Zeitverlauf auch grafisch dargestellt.

<sup>103</sup> Eine im Laufe der Fortschreibung des Monitorings an den AOK Bundesverband gestellte Datenanfrage lieferte keine verwertbaren Ergebnisse, da nicht allen AOKs entsprechende Daten vorlagen bzw. die Daten in sehr unterschiedlichen Detaillierungsgraden erfasst werden.

<sup>104</sup> Ausschließlich auf Basis der Empfehlung einer Wiederholungsbegutachtung durch den MDK bzw. Medicproof ist die Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen jedoch nicht berechtigt, den Leistungsbescheid zu befristen. Dafür braucht es oben genannte Prognose.

Betrachtet man die Daten differenziert nach Erwachsenen und Kindern unter zwölf Jahren, zeigt sich jeweils derselbe strukturelle Effekt durch die Systemumstellung. Wiederholungsbegutachtungen werden bei Erwachsenen jedoch grundsätzlich zu einem deutlich früheren Zeitpunkt empfohlen als bei Kindern unter 12 Jahren. Während die empfohlenen Zeiträume für Wiederholungsbegutachtungen bei den Erwachsenen mehrheitlich bei sieben bis 12 Monaten liegen (Anteil von knapp 60 %), sind es bei Kindern unter 12 Jahren in der Hälfte der Fälle 13 bis 24 Monate (Anteil von rund 50 %).

### Häufigste Gründe für eine Befristung

Ausgewählte Pflegekassen sowie der PKV-Verband wurden in der ersten Online-Befragung (1. Quartal 2018) nach den häufigsten Gründen für eine Befristung bei Erwachsenen sowie bei Kindern und Jugendlichen gefragt. Aus den Antworten lassen sich vier zentrale Gründe für eine Befristung ableiten – wobei der letzte Punkt ausschließlich Kinder und Jugendliche betrifft:

- Erwartbare Verbesserungen des Gesundheitszustandes (z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt oder nach einer Reha bzw. durch eine Behandlung)
- Vorliegen eines Akutereignisses (noch nicht absehbarer Krankheitsverlauf, z. B. nach einem Schlaganfall)
- Anstehende Behandlungsmaßnahmen (z. B. Rehabilitationsmaßnahmen)
- Altersentwicklung bei Kindern und Jugendlichen (mögliche altersbedingte Änderung des Hilfebedarfs bzw. altersbedingter Zugewinn an Eigenständigkeit)

### 3.3.8 Widerspruchs- und sozialgerichtliche Verfahren

Wenn Versicherte mit dem Bescheid der Pflegekassen nicht einverstanden sind, können sie gem. § 84 Sozialgerichtsgesetz (SGG) innerhalb von einem Monat Widerspruch einlegen. Bevor es zu einem sozialgerichtlichen Verfahren kommt, wird zuerst ein Widerspruchsverfahren eröffnet. Wird im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens nach Auffassung der Pflegekasse eine erneute Begutachtung erforderlich, erteilt die Pflegekasse hierzu einen Auftrag für eine Widerspruchsbegutachtung an die MDK. Diese Widerspruchsbegutachtung kann im Rahmen einer erneuten persönlichen Begutachtung durchgeführt werden, erfolgt aber laut Angaben des MDS – bei entsprechender Informationslage aus der ursprünglichen Begutachtung – nicht selten im Rahmen einer Aktenlagebegutachtung (siehe auch Kapitel 3.3.3). Sind die Versicherten mit dem Ergebnis der Widerspruchsbegutachtung immer noch nicht einverstanden, können sie Klage gegen die Pflegekasse einreichen und es wird ein sozialgerichtliches Verfahren eröffnet.

In der privaten Pflegeversicherung existiert kein förmliches Widerspruchsverfahren wie im Bereich der sozialen Pflegeversicherung. Zu bedenken ist hierbei auch, dass ein für die private Pflegepflichtversicherung erstelltes Gutachten anders als im Bereich der sozialen Pflegeversicherung nicht nur empfehlenden Charakter hat, sondern sowohl für den Antragsteller als auch für den Versicherer solange als verbindlich gilt, bis dargestellt werden kann, dass eine erhebliche Abweichung von der wirklichen Sachlage besteht. Die Versicherten können bei der privaten Pflegepflichtversicherung direkt beim zuständigen Sozialgericht klagen. Durch die Einholung eines sogenannten Zweitgutachtens lässt sich die gerichtliche Auseinandersetzung aber häufig vermeiden.

## Widerspruchs- und sozialgerichtliche Verfahren im Kontext der sozialen Pflegeversicherung<sup>105</sup>

Die im Folgenden ausgewiesenen Daten zu den Widerspruchs- und sozialgerichtlichen Verfahren in der sozialen Pflegeversicherung (SPV) haben neben Widersprüchen gegen (nicht) erfolgte Einstufungen auch Widersprüche bzgl. (nicht) empfohlenen wohnumfeldverbessernden Maßnahmen und (Pflege-)Hilfsmitteln zum Inhalt. Eine gesonderte Auswertung für die Widersprüche gegen Einstufungen ist nicht möglich.

Im Jahr 2017 ist die Anzahl der bei den Pflegekassen eingegangenen **Widersprüche gegen Leistungsentscheidungen** in der SPV im Vergleich zum Jahr vor der Systemumstellung um rund elf Prozent auf 120.854 Widersprüche angestiegen. Hinzu kamen 36.291 noch nicht erledigte Widersprüche aus dem Vorjahr. Im Jahr 2018 blieb die Zahl der Widersprüche mit 119.053 Neueingängen und 43.810 unerledigten Fällen aus dem Vorjahr hoch.

In 30,6 Prozent der von den Pflegekassen im Laufe des Jahres 2017 abgearbeiteten 113.326 Fälle wurde den Widersprüchen stattgegeben, im Jahr 2018 lag die Erfolgsquote bei 31,9 Prozent. Damit ist die Erfolgsquote der Versicherten, die Widerspruch gegen eine Leistungsentscheidung eingelegt haben, seit der Systemumstellung leicht angestiegen – im Jahr 2016 lag sie noch bei 29,9 Prozent von 105.656 erledigten Fällen.

Sowohl im Jahr vor als auch in den zwei Jahren nach der Systemumstellung sind lediglich jeweils rund zwölf Prozent der Versicherten, deren Widerspruch innerhalb des vorangegangenen Widerspruchsverfahrens nicht stattgegeben worden ist, den Weg vor das Sozialgericht gegangen. Knapp die Hälfte aller in den beiden Jahren laufenden **sozialgerichtlichen Verfahren** (insgesamt 17.118 Fälle im Jahr 2016, 18.311 Fälle im Jahr 2017 und 19.266 Fälle im Jahr 2018, teilweise auch aus den Vorjahren) wurde im jeweiligen Berichtsjahr abgeschlossen. 21 Prozent der im Jahr 2016 abgeschlossenen sozialgerichtlichen Verfahren wurden mit (teilweisem) Erfolg (Anerkennung, Teil-/Obsiegen, Teil-/Stattgabe) für die Versicherten abgeschlossen – in den beiden Jahren nach der Systemumstellung sank dieser Anteil deutlich auf sieben Prozent.

### „Widerspruchsverfahren“ bei Privatversicherten

Dem PKV-Verband liegen keine Daten zu den sozialgerichtlichen Verfahren bei Privatversicherten vor, jedoch hat Medicproof auf Nachfrage eine Sonderauswertung zur Anzahl der Widerspruchsverfahren und den von Medicproof ausgesprochenen Empfehlungen erstellt.

Diese Daten zeigen, dass der Anteil der **Widerspruchsverfahren** an allen Begutachtungen sich seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs kaum verändert hat und im Zeitraum zwischen dem ersten Quartal 2016 und dem ersten Quartal 2019 – mit Ausnahme von wenigen leichten Schwankungen – meist bei rund fünf Prozent lag.<sup>106</sup> Der Anteil der Verfahren, bei denen dem Widerspruch stattgegeben worden ist, ist seit dem zweiten Quartal 2017 deutlich und kontinuierlich (von ehemals 40 %) auf 55 Prozent im ersten Quartal 2019 angestiegen. Gleichzeitig ist der Anteil der stattgegebenen Widersprüche, bei denen eine Hochstufung aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes erfolgt ist, seit dem ersten Quartal 2017 deutlich und kontinuierlich von ehemals etwa 40 Prozent auf 21 Prozent gesunken. Dies ist ein Indiz dafür, dass der Anstieg der stattgegebenen Widersprüche im neuen System nicht durch besonders viele fehlerhafte Einstufungen der Gutachterinnen und Gutachter bedingt war, sondern auch andere

<sup>105</sup> Die vom GKV-Spitzenverband übermittelten Daten zu den sozialgerichtlichen Verfahren stammen aus der Fachserie 10, Reihe 2.7, des Statistischen Bundesamtes. Die Daten für das Jahr 2018 werden erst im Herbst 2019 vorliegen, sodass sie noch nicht ausgewiesen werden können.

<sup>106</sup> In Kapitel 3.7 im Anhang ist die Entwicklung der Widerspruchsverfahren bei Medicproof auch grafisch dargestellt.

Gründe hatte (z. B. Widersprüche gegen (nicht) empfohlene wohnumfeldverbessernde Maßnahmen oder (Pflege-)Hilfsmittel).

### **Häufigste Gründe für Widersprüche und sozialgerichtliche Verfahren**

Im Rahmen der halbjährlichen Online-Befragungen wurden ausgewählte Pflegekassen und private Versicherungsunternehmen nach den aus ihrer Sicht jeweils aktuell häufigsten Gründen für Widerspruchs- bzw. sozialgerichtliche Verfahren gefragt. In beiden Fällen stellten aus Sicht der Befragten das Ergebnis der Begutachtung, also eine aus Sicht der Antragstellenden nicht angemessene Einstufung (zu niedriger Pflegegrad) oder die Nicht-Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Ablehnung des Antrags), zentrale Gründe dar. Die Ergebnisse der Online-Befragungen legen nahe, dass es sowohl in Widerspruchs- als auch sozialgerichtlichen Verfahren deutlich häufiger ein aus Sicht der Versicherten zu niedriger Pflegegrad ist, der zu einem entsprechenden Verfahren führt, als die Ablehnung des Antrags. Häufige weitere Gründe für ein Widerspruchsverfahren – jedoch weniger für ein sozialgerichtliches Verfahren – stellten aus Sicht der Befragten zudem die Unkenntnis der Versicherten sowie formale Mängel im Gutachten dar. Dies legt nahe, dass etwaige Unklarheiten bereits im Rahmen des Widerspruchsverfahrens geklärt werden konnten und es deshalb nicht zu einer Klage der Versicherten kam.

### **3.4 Empfehlungen bzgl. Rehabilitation, Prävention und Hilfsmitteln bzw. Pflegehilfsmitteln**

Im Folgenden werden die verfügbaren statistischen Kennzahlen des MDS für die von den MDK im Rahmen der Begutachtungen abgegebenen Empfehlungen bzgl. Rehabilitation, Prävention und Hilfsmitteln dargestellt und ausgewertet. Bei der Datenabfrage des MDS wurden ausschließlich Empfehlungen für Begutachtungen erhoben, bei denen eine Pflegestufe bzw. ein Pflegegrad festgestellt worden ist. Medicproof sind aus technischen Gründen keine Auswertungen zu den Zuweisungsempfehlungen möglich. Da dies für die Umsetzung der Zuweisungsempfehlungen auch für den PKV-Verband gilt, können in diesem Unterkapitel lediglich Daten für gesetzlich Pflegeversicherte ausgewiesen werden.

Seit Einführung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG), das zum 30.10.2012 bzw. zum 01.01.2013 in Kraft trat, sind die Pflegekassen gesetzlich dazu verpflichtet, jährlich über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) und der beauftragten Gutachter zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu berichten (§ 18a Abs. 2 und 3 SGB XI). Im Folgenden werden die Daten für die Berichtsjahre 2013 bis 2018 ausgewiesen.<sup>107</sup> Hinsichtlich der Empfehlungen von präventiven Maßnahmen sowie von Hilfsmitteln bzw. Pflegehilfsmitteln liegen dem GKV-Spitzenverband keine Daten vor. Daher kann an dieser Stelle nur die Entwicklung der Empfehlungen aus den Begutachtungen der MDK betrachtet werden.<sup>108</sup>

<sup>107</sup> Eine Differenzierung der Daten nach der Art der Rehabilitation (geriatrisch, indikationsspezifisch) ist dem GKV-Spitzenverband nicht möglich. Aufgrund dieser Datenlücke hat der GKV-Spitzenverband den AOK Bundesverband um eine entsprechende Sonderauswertung gebeten. Die Sonderauswertungen, die einzelnen Kassen der AOK zu dieser Frage übermittelt haben, gingen jedoch nicht über die Informationen hinaus, die der GKV-Spitzenverband bereits geliefert hatte. Die übermittelten Daten konnten die bestehende Datenlücke somit nicht schließen.

<sup>108</sup> Auch den einzelnen Kassen der AOK waren keine entsprechenden Auswertungen möglich.

### 3.4.1 Leistungen der medizinischen Rehabilitation

#### **Empfehlungen der MDK**

Die Gutachterinnen und Gutachter des MDK müssen bei jeder Pflegebegutachtung überprüfen, ob beim Versicherten ein Rehabilitationsbedarf besteht. Durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz haben Versicherte seit dem 01.01.2013 einen Anspruch auf eine gesonderte Rehabilitationsempfehlung (§ 18 Abs. 6 SGB XI). Seit dem 01.01.2015 erfolgt die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs bei der Pflegebegutachtung in allen MDK auf der Grundlage eines bundeseinheitlichen, strukturierten Verfahrens, dem sogenannten optimierten Begutachtungsstandard (OBS)<sup>109</sup>, wodurch den Empfehlungen noch mehr Bedeutung zugekommen ist.

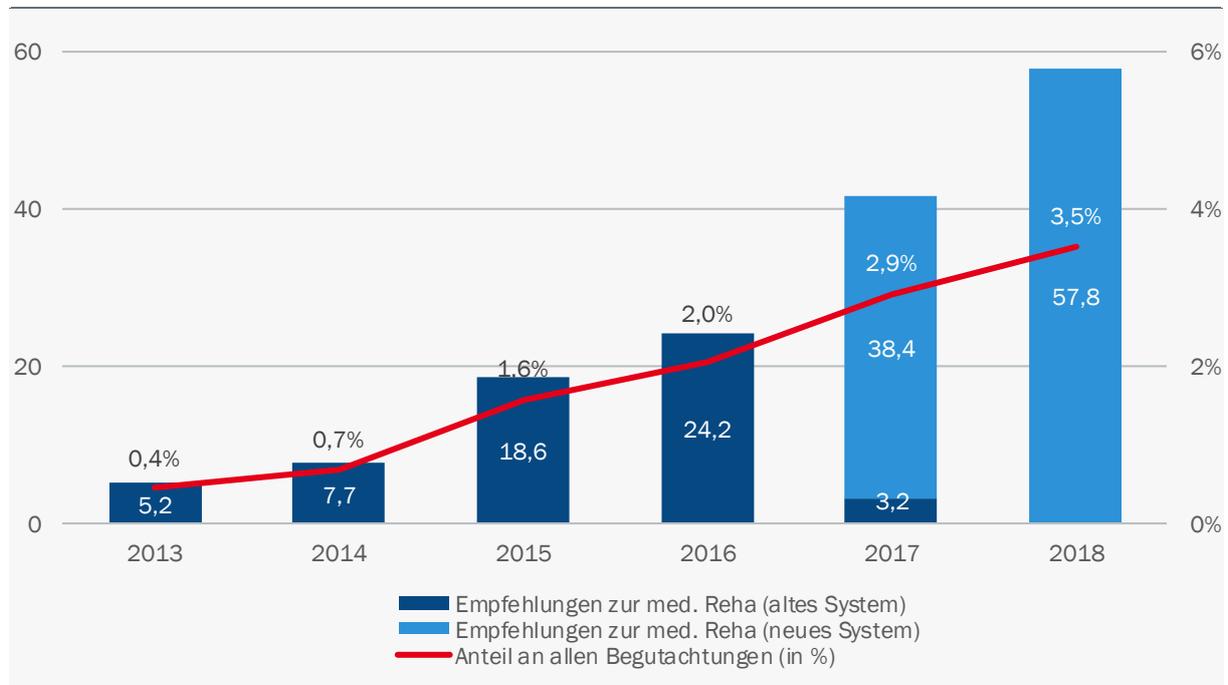
Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments zum 01.01.2017 werden Präventions- und Rehabilitationsbedarfe im Rahmen der Begutachtung systematisch erfasst (Formular für gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung).

#### **Anzahl der Empfehlungen für Leistungen der medizinischen Rehabilitation**

Zwischen den Jahren 2013 und 2018 hat sich die Zahl der Begutachtungen der MDK, bei denen für Personen mit festgestellter Pflegebedürftigkeit eine Indikation für Leistungen der medizinischen Rehabilitation vorlag, mehr als verzehnfacht (Abbildung 23). Im Jahr 2018 wurden insgesamt rund 57.800 Empfehlungen für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Personen mit festgestellter Pflegebedürftigkeit ausgesprochen. Seit dem Jahr 2013 hat sich auch der Anteil der Empfehlungen für Personen mit festgestellter Pflegebedürftigkeit an allen Begutachtungen kontinuierlich erhöht und lag im Jahr 2018 bei 3,5 Prozent. Die Tatsache, dass dieser Anteil mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs noch einmal deutlich gestiegen ist, könnte als Indiz dafür gesehen werden, dass die neben dem optimierten Begutachtungsstandard (OBS), der seit dem Jahr 2015 flächendeckend angewandt wird, auch die seit dem 01.01.2017 gültige systematische Erfassung von Rehabilitationsbedarfen über das Formular für gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung noch einmal den Blick der Gutachterinnen und Gutachter auf Rehabilitationspotenziale geöffnet hat.

<sup>109</sup> Für nähere Informationen zum OBS siehe Anlage 3 der Begutachtungsrichtlinie des MDS. Die Regelung wurde mit Inkrafttreten des PSG II am 01.01.2016 in § 18 Abs. 6 SGB XI verankert.

**Abbildung 23: Anzahl der Empfehlungen für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI (linke Achse, in 1.000) und Anteil an allen Begutachtungen\* der MDK (rechte Achse, in %), altes und neues Begutachtungsverfahren\*\* 2013 bis 2018**



\* Grundgesamtheit sind alle Gutachten nach 6.1.1 (Gutachten nach Hausbesuch) und 6.1.2 (Gutachten nach Aktenlage) der BRi ohne Gutachten nach Aktenlage, bei welchen der Antragstellende verstorben ist oder die persönliche Befunderhebung nicht zumutbar ist. Die Empfehlungen beziehen sich nur auf Personen mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI.

\*\* Altes Begutachtungsverfahren: Antragstellung bis 31.12.2016; neues Begutachtungsverfahren: Antragstellung ab 01.01.2017.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung des MDS

Jeweils mehr als 90 Prozent der Empfehlungen für Leistungen der medizinischen Rehabilitation wurden zwischen den Jahren 2013 und 2018 bei Begutachtungen für ambulante Leistungen ausgesprochen. Zwischen den Jahren 2013 und 2018 hat sich der Anteil der Empfehlungen für medizinische Rehabilitation, die bei Begutachtungen für ambulante Leistungen für Personen mit festgestellter Pflegebedürftigkeit erfolgt sind, von 0,5 Prozent auf 4,0 Prozent erhöht. Bei Begutachtungen für stationäre Leistungen lag dieser Anteil grundsätzlich auf einem deutlich niedrigeren Niveau – auch er ist jedoch zwischen den Jahren 2013 und 2018 von 0,1 Prozent auf 0,8 Prozent angestiegen.<sup>110</sup>

Seit der Systemumstellung bezogen sich die Zuweisungsempfehlungen für Leistungen der medizinischen Rehabilitation etwa zur Hälfte auf den Pflegegrad 2, zu rund einem Drittel auf den Pflegegrad 1. Im alten Begutachtungssystem überwog deutlich die Pflegestufe I mit einem Anteil von 77 Prozent.<sup>111</sup> Damit bezogen sich die Rehabilitationsempfehlungen bei Personen mit einer

<sup>110</sup> In Kapitel 4.1.1 im Anhang ist die Differenzierung der Rehabilitationsempfehlungen nach Begutachtungen für ambulante und für stationäre Leistungen auch grafisch dargestellt.

<sup>111</sup> In Kapitel 4.1.1 im Anhang ist die Differenzierung der Rehabilitationsempfehlungen nach Pflegestufen bzw. Pflegegraden auch grafisch dargestellt.

festgestellten Pflegebedürftigkeit grundsätzlich eher auf Personen mit einem geringen Grad der Pflegebedürftigkeit.

Im neuen Rechtssystem wurde in den meisten Fällen eine geriatrische Rehabilitation (Anteil von 62 % im Jahr 2018) und eine stationäre Durchführung (Anteil von 87 % im Jahr 2018) empfohlen. Im alten Rechtssystem wurde bei nahezu allen Rehabilitationsempfehlungen eine stationäre Durchführung empfohlen (Anteil von jeweils über 90 %). Je höher die Pflegestufe bzw. der Pflegegrad desto höher war sowohl im alten als auch im neuen Begutachtungssystem in der Tendenz der Anteil der indikationsspezifischen Rehabilitationsempfehlungen.<sup>112</sup> Der Anteil der ambulanten Durchführung sinkt dagegen mit der Pflegestufe bzw. dem Pflegegrad, während der Anteil der mobilen Durchführung, als Sonderform der ambulanten Rehabilitation, mit der Pflegestufe bzw. dem Pflegegrad steigt.<sup>113</sup>

### Einschätzungen zu Herausforderungen bei der Erhebung von Reha-Potenzialen durch die MDK bzw. Medicproof

Beim Ausfüllen der Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen durch die GutachterInnen kommt es bei den meisten **MDK** mehrheitlich (eher) selten zu Schwierigkeiten. Mit jeder halbjährlichen Online-Befragung (1. Quartal 2018, 3. Quartal 2018 und 1. Quartal 2019) hat der Anteil der MDK auf Landesebene abgenommen, die Herausforderungen für die Gutachterinnen und Gutachter beim Prozess der Erhebung von Rehabilitationspotenzialen gemeldet haben. Dies gilt auch für die indikationsspezifische Rehabilitationsempfehlungen, die von den Befragten zu Anfang als teilweise herausfordernd beschrieben wurde.<sup>114</sup> Die aktuellsten Befragungsergebnisse (1. Quartal 2019) legen nahe, dass die GutachterInnen die Erhebung von Reha-Potenzialen nach wie vor gut umsetzen und dass es (mittlerweile) keine speziellen Herausforderungen bzgl. der indikationsspezifischen Reha zu geben scheint (Abbildung 24). Diese Einschätzung hat auch der Vertreter des MDS im Rahmen des Fachgesprächs bestätigt. Durch entsprechende Schulungen der Gutachterinnen und Gutachter sowie durch den OBS im Allgemeinen sei bei den Gutachterinnen und Gutachtern eine größere Sicherheit bei der Erhebung von Reha-Potenzialen eingetreten. Aktuell würden dazu keine großen Schwierigkeiten und Probleme gemeldet. Auch im Rahmen der Präzisierung der Begutachtungsrichtlinien (siehe Kapitel 3.6.4) gebe es derzeit keinen substanziellen Änderungsbedarf hinsichtlich des gesonderten Formulars zur Empfehlung von Rehabilitation und Prävention.

Die Angaben der Befragten von **Medicproof** zu den Herausforderungen bei der Erhebung von Rehabilitationspotenzialen waren in allen drei Online-Befragung identisch. Nach den Angaben der befragten Vertreterin bestehen nach wie vor eher häufig Herausforderungen beim Ausfüllen der Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen durch die Gutachterinnen und Gutachter, wenn es um die Einschätzung der Rehabilitationsbedürftigkeit für die indikationsspezifische Reha geht. Begründet wurde dies von der Befragten mit fehlenden Unterlagen und dem Umstand, dass bei der Begutachtung keine körperlichen Untersuchungen durchgeführt würden. Bei der

<sup>112</sup> Zu beachten sind hierbei jedoch die relativ geringeren Fallzahlen im Pflegegrad III bzw. in den Pflegegraden 4 und 5.

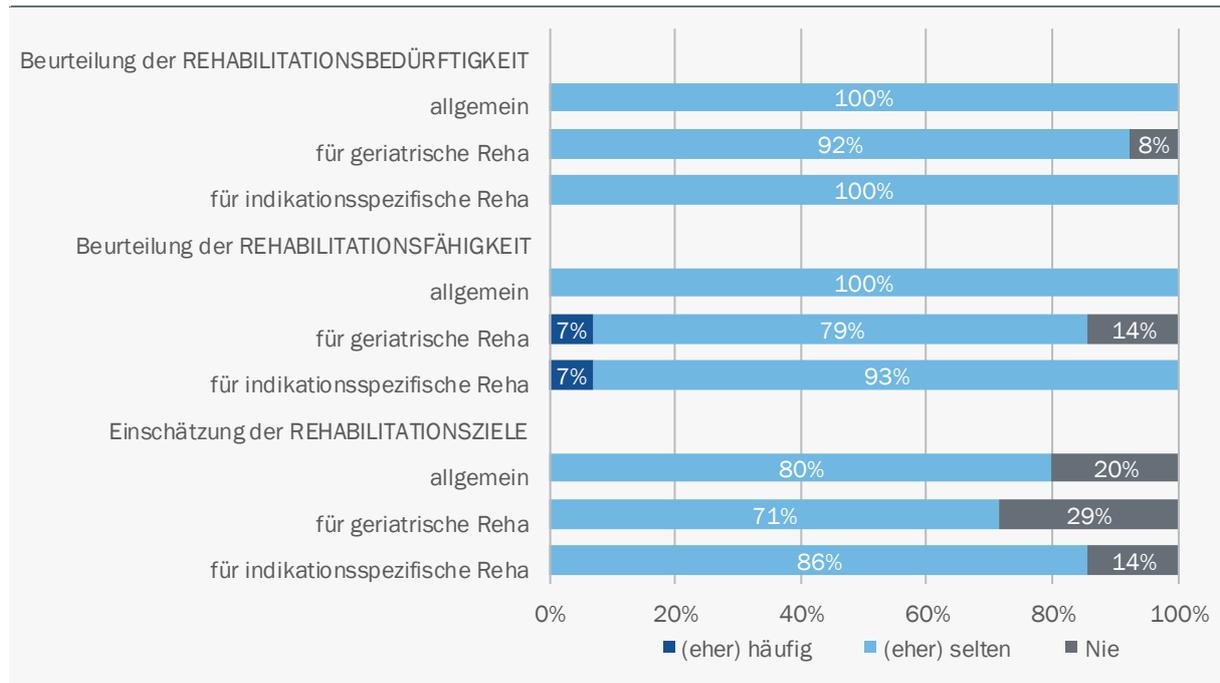
<sup>113</sup> In Kapitel 4.1.1 im Anhang ist die Differenzierung der Rehabilitationsempfehlungen nach Rehabilitationsformen (insgesamt und nach Pflegestufen bzw. Pflegegraden) für das alte und neue Rechtssystem auch grafisch dargestellt.

<sup>114</sup> Bei den Empfehlungen zur indikationsspezifischen Rehabilitationsbedürftigkeit bestehe die Schwierigkeit für die Gutachterin bzw. den Gutachter laut den Erläuterungen der MDK in den ersten beiden Onlinebefragungen im Wesentlichen darin, die Rehabilitationsbedürftigkeit eines Antragstellers überhaupt zu erkennen. In diesem Zusammenhang wurde von den Befragten auf erfolgte und nach wie vor notwendige Schulungen der GutachterInnen hingewiesen.

Einschätzung der Rehabilitationsbedürftigkeit allgemein und für die geriatrische Rehabilitation bestehen dagegen eher selten Herausforderungen.<sup>115</sup>

### Abbildung 24: Häufigkeit der Herausforderungen der Gutachterinnen und Gutachter der MDK\* beim Ausfüllen des Formulars für gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung\*

Online-Befragung, 1. Quartal 2019



\* Es liegen hierzu Antworten aller befragten MDK auf Landesebene (n=15) vor.

Quelle: Prognos 2019

Im Rahmen der zweiten Online-Befragung (3. Quartal 2018) wurden die **MDK auf Landesebene und Medicproof** einmalig nach positiven Erfahrungen sowie Herausforderungen bei der Erhebung von Rehabilitationspotenzialen in Bezug auf das neue Begutachtungsinstrument bzw. die Begutachtungsrichtlinien gefragt. Sowohl die MDK auf Landesebene als auch Medicproof betonten, dass die Ableitung von Rehabilitationspotenzialen durch das neue Begutachtungsinstrument bzw. den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einfacher geworden sei, da dieser inhaltlich besser zur Rehabilitation hinführe. Während zwei MDK auf Landesebene die unterschiedlichen Sichtweisen von Pflegekräften und Ärzten auf bestehende Rehabilitationspotenziale als Herausforderung

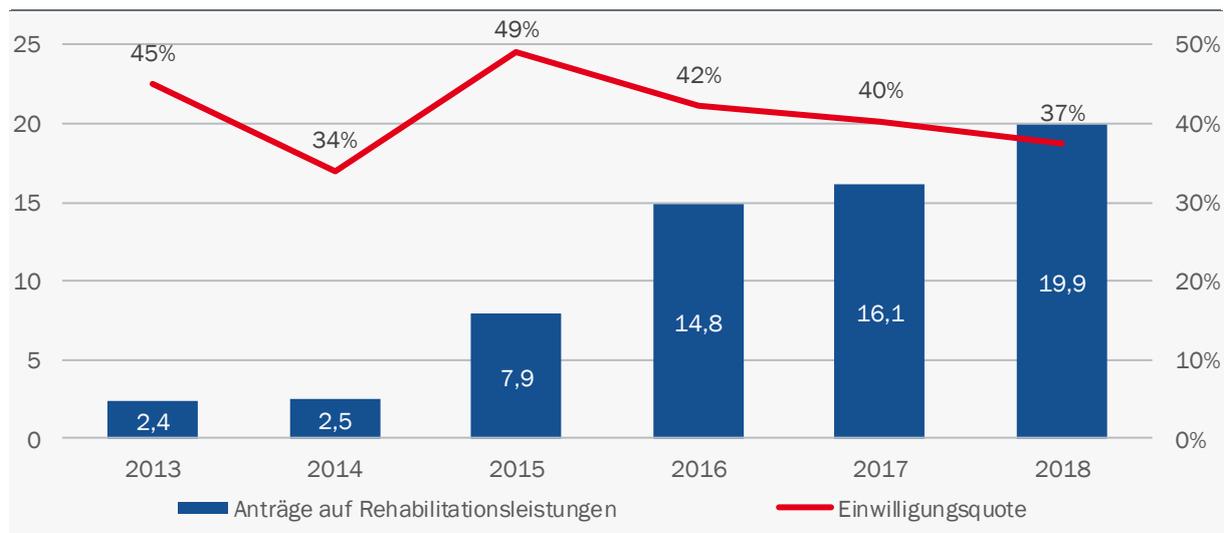
<sup>115</sup> Ob Herausforderungen bei der Beurteilung der Rehabilitationsfähigkeit und der Einschätzung der Rehabilitationsziele bestehen, konnte die Vertreterin von Medicproof nicht einschätzen. Die Vertreterin von Medicproof wies in diesem Kontext auf die Sondersituation beim Thema Prävention und Rehabilitation bei Medicproof hin, die sich aus der Zugehörigkeit zur Privaten Krankenversicherung ergebe und die dazu führe, dass das Thema der Rehabilitationsempfehlungen für Medicproof weniger relevant sei als für die MDK bzw. den MDS. Ein Gutachter könne zwar im Rahmen der Begutachtung entsprechende Rehabilitationsempfehlungen aussprechen, für die Gewährleistung von Rehabilitationsleistungen sei letztlich aber entscheidend, welchen der unterschiedlichen Krankenversicherungstarife ein Versicherter abgeschlossen hat. Deshalb sei die Befragung der Antragstellenden zur Ermittlung der Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen bei Medicproof auch anders aufgebaut als beim MDS. Die Gutachterinnen und Gutachter von Medicproof würden strukturiert durch das entsprechende Formular geführt und prüften jeweils zuerst, welche Präventions- und Rehabilitationsleistungen die Antragstellenden bereits erhalten. Erst dann werden mögliche Rehabilitationspotenziale erhoben.

ansahen, nannte die Befragte von Medicproof das Fehlen von Informationen und logistischen Möglichkeiten für eine fundierte Beurteilung als herausfordernd.<sup>116</sup>

### Tatsächlich durchgeführte Leistungen der medizinischen Rehabilitation

Die Zahl der von den Pflegekassen (nach Einwilligung der Versicherten) auf Basis der Empfehlungen aus den Begutachtungen an die Rehabilitationsträger gestellten Anträge auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation (gem. § 31 Abs. 3 SGB XI i. V. m. § 14 SGB XI) ist zwischen den Jahren 2013 und 2018 deutlich von rund 2.400 auf rund 19.900 Anträge angestiegen (Abbildung 25). Der Anteil der Anträge, die genehmigt worden sind, ist von 2013 bis 2018 von 70 auf 83 Prozent angestiegen. Gleichzeitig sank die Ablehnungsquote von zehn Prozent im Jahr 2013 auf fünf Prozent im Jahr 2018.<sup>117</sup> Von den rund 15.400 im Jahr 2018 genehmigten Leistungsentscheidungen für Leistungen der medizinischen Rehabilitation wurden im selben Jahr rund 12.700 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt. Dies entspricht einer Durchführungsquote von rund 83 Prozent.<sup>118</sup>

**Abbildung 25: Entwicklung der Zahl der aus den Rehabilitationsempfehlungen der MDK resultierenden Anträge auf Rehabilitationsleistungen (linke Achse, in 1.000) sowie der Einwilligungsquote (rechte Achse, in %) 2013 bis 2017**



Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung des GKV-Spitzenverbandes

<sup>116</sup> Die häufigsten Angaben der MDK auf Landesebene zu bestehenden Herausforderungen bezogen sich auf das neue Begutachtungsinstrument bzw. die Begutachtungsrichtlinien allgemein, ohne Bezug zur Erhebung von Rehabilitationspotenzialen und sind daher an dieser Stelle nicht relevant. Die genannten Punkte wurden von den befragten MDK auf Landesebene jedoch erneut im Kontext der Frage nach der Qualität der Gutachten genannt (siehe Kapitel 3.6.4).

<sup>117</sup> Darüber hinaus wurden zwischen zehn und 21 Prozent der Leistungsentscheidungen auf sonstige Weise erledigt (z. B. durch den Tod des Antragstellers oder die Rücknahme des Antrags).

<sup>118</sup> In Kapitel 4.1.2 im Anhang sind die Ergebnisse der Leistungsentscheidungen sowie die Anzahl der durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auch grafisch dargestellt.

### 3.4.2 Maßnahmen der Prävention

Präventionsbedarfe der Versicherten werden im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit seit dem 01.01.2017 systematisch im Formular für gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung erfasst. Der Prozess der Antragstellung und Leistungsentscheidung bei den Pflegekassen entspricht dem Prozess bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (siehe Kapitel 3.4.1).

Da dem GKV-Spitzenverband bzw. den Pflegekassen keine statistischen Kennzahlen zur Umsetzung und tatsächlichen Durchführung der Maßnahmen der Prävention aus den Pflegebegutachtungen vorliegen, können im Folgenden lediglich die zentralen Ergebnisse zur Entwicklung der Empfehlungen der MDK im Rahmen der Begutachtung dargestellt werden. Die Daten des MDS beziehen sich wie zuvor lediglich auf Antragstellende, bei denen eine Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI festgestellt worden ist.

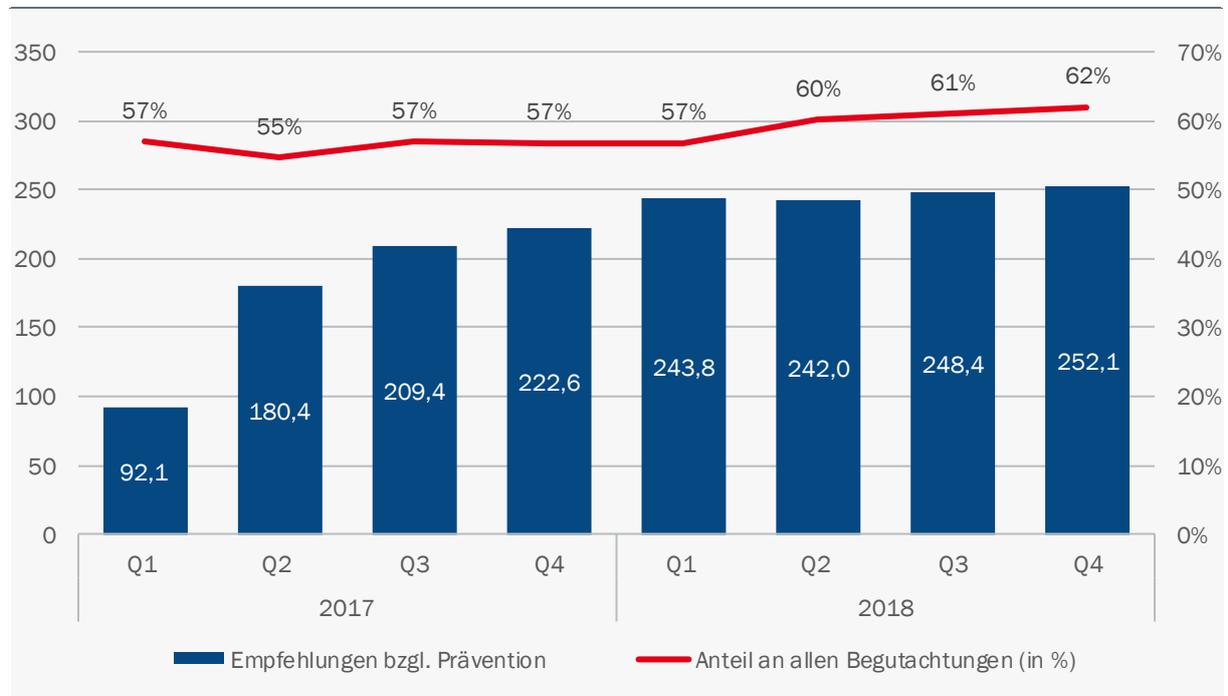
#### **Empfehlungen der MDK**

Zwischen dem ersten Quartal 2017 und dem vierten Quartal 2018 hat sich die Zahl der von den Gutachterinnen und Gutachter der MDK bei Antragstellenden mit festgestellter Pflegebedürftigkeit empfohlenen Maßnahmen der Prävention fast verdreifacht und lag im vierten Quartal 2018 bei rund 252.100 Empfehlungen (Abbildung 26).<sup>119</sup> In diesem Zeitraum ist nicht nur die absolute Zahl der Präventionsempfehlungen kontinuierlich angestiegen, sondern auch deren Anteil an allen Begutachtungen der MDK hat sich um rund fünf Prozentpunkte erhöht. Im vierten Quartal 2018 wurden bei 62 Prozent aller Begutachtungen der MDK präventive Maßnahmen empfohlen. Dieser Anstieg könnte ein Indiz dafür sein, dass das Formular für gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung den Blick der Gutachterinnen und Gutachter mehr und mehr auf bestehende Präventionsbedarfe gelenkt hat und das Instrument entsprechend wirkt.

<sup>119</sup> Berücksichtigt wurden ausschließlich Anträge, die ab dem 01.01.2017 gestellt wurden. Dies erklärt, warum die Fallzahl im ersten Quartal 2017 sehr gering war. In diesem Zeitraum wurden parallel noch zahlreiche Begutachtungen nach dem alten Rechtssystem durchgeführt.

**Abbildung 26: Anzahl der Empfehlungen für Maßnahmen der Prävention für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI (linke Achse, in 1.000) und Anteil an allen Begutachtungen\* der MDK (rechte Achse, in %), neues Begutachtungsverfahren\*\***

1. Quartal 2017 bis 4. Quartal 2018



\* Grundgesamtheit sind alle Gutachten nach 6.1.1 (Gutachten nach Hausbesuch) und 6.1.2 (Gutachten nach Aktenlage) der BRi ohne Gutachten nach Aktenlage, bei welchen der Antragstellende verstorben ist oder die persönliche Befunderhebung nicht zumutbar ist. Die Empfehlungen beziehen sich nur auf Personen mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI.

\*\* Antragstellung ab dem 01.01.2017.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung des MDS

Etwa 90 Prozent aller Präventionsempfehlungen wurden – unter Anwendung des neuen Begutachtungsinstrumentes – bei Begutachtungen für ambulante Leistungen ausgesprochen. Der Anteil der Präventionsempfehlungen an allen Begutachtungen lag bei Begutachtungen für ambulante Leistungen im Durchschnitt über die Jahre 2017 und 2018 bei rund 62 Prozent – bei Begutachtungen für stationäre Leistungen lediglich bei rund 40 Prozent.<sup>120</sup>

Die von dem Gutachterinnen und Gutachtern des MDK ausgesprochenen Präventionsempfehlungen bezogen sich überwiegend auf Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit in den Pflegegraden 1 bis 3 – bei Antragstellenden, denen der Pflegegrad 2 empfohlen wurde, war der Anteil mit 40 Prozent am höchsten. Auf die Pflegegrade 4 und 5 entfielen nach der Systemumstellung lediglich rund 13 Prozent der Präventionsempfehlungen.<sup>121</sup>

<sup>120</sup> In Kapitel 4.2 im Anhang ist die Differenzierung der Präventionsempfehlungen nach Begutachtungen für ambulante und für stationäre Leistungen auch grafisch dargestellt.

<sup>121</sup> In Kapitel 4.2 im Anhang ist die Differenzierung der Präventionsempfehlungen nach Pflegegraden auch grafisch dargestellt.

Im Rahmen der Begutachtungen können Präventionsempfehlungen für mehrere Präventionsbereiche abgegeben werden. Die meisten der in den Jahren 2017 und 2018 für Personen mit festgestellter Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Begutachtung abgegebenen Präventionsempfehlungen adressierten den Bereich „Mobilität, Selbstversorgung und Haushaltsführung“ (Anteil von rund 87 % an allen Präventionsempfehlungen). Am zweithäufigsten wurden Präventionsmaßnahmen im Bereich „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen und Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ empfohlen (Anteil von rund 43 %). In beiden Präventionsbereichen wurde am häufigsten die Einleitung bzw. Optimierung therapeutischer Maßnahmen empfohlen.<sup>122</sup>

### 3.4.3 Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel

Bedarfe der Versicherten an Hilfsmitteln bzw. Pflegehilfsmitteln werden im Rahmen der Begutachtung seit dem 01.01.2017 über das Formular für gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung systematisch erfasst. Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel werden leistungsrechtlich unterschieden in Hilfsmittel der GKV (§ 33 SGB V) und Pflegehilfsmittel der Pflegeversicherung (§ 40 SGB XI).

Da keine Daten der Pflegekassen zur Umsetzung und tatsächlichen Durchführung der Empfehlungen für Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel aus den Pflegebegutachtungen vorliegen, wird im Folgenden lediglich die Entwicklung der Empfehlungen der MDK im Rahmen der Begutachtung dargestellt. Auch diese Daten beziehen sich lediglich auf Antragstellende, bei denen eine Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI festgestellt worden ist.

#### **Empfehlungen der MDK für Hilfsmittel (gem. § 33 SGB V)**

Gemäß § 33 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln.

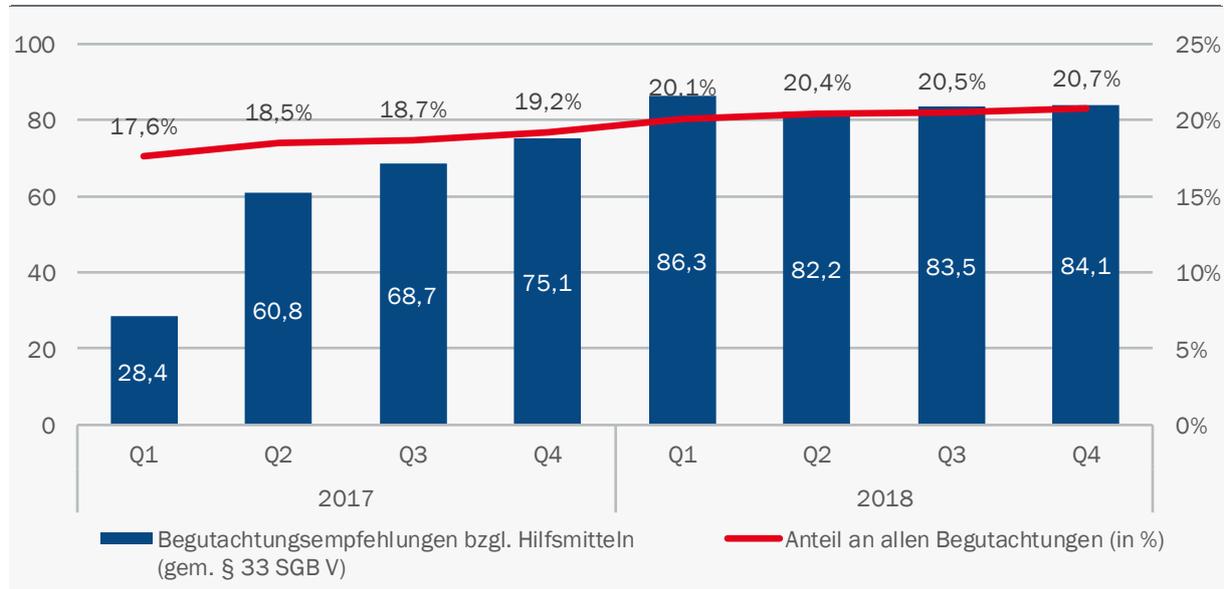
Zwischen dem ersten Quartal 2017 und dem vierten Quartal 2018 hat sich die Zahl der von den Gutachterinnen und Gutachter der MDK bei Antragstellenden mit festgestellter Pflegebedürftigkeit empfohlenen Hilfsmittel fast verdreifacht und lag im vierten Quartal 2018 bei rund 84.100 Empfehlungen (Abbildung 27).<sup>123</sup> Der Anteil der Hilfsmittellempfehlungen an allen Begutachtungen hat sich in diesem Zeitraum um gut drei Prozentpunkte erhöht – im vierten Quartal 2018 wurden in rund 21 Prozent der Begutachtungen Hilfsmittel empfohlen. Dieser Anstieg könnte ein Indiz dafür sein, dass das Formular für gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung den Blick der Gutachterinnen und Gutachter mehr und mehr auf bestehende Hilfsmittelbedarfe gelenkt hat und das Instrument entsprechend wirkt.

<sup>122</sup> In Kapitel 4.2 im Anhang ist die Differenzierung der Präventionsempfehlungen nach Präventionsbereichen und Maßnahmen innerhalb der Präventionsbereiche auch grafisch dargestellt.

<sup>123</sup> Es handelt sich dabei nur um Anträge, die ab dem 01.01.2017 gestellt wurden. Daher war die Fallzahl im ersten Quartal 2017 noch relativ gering.

**Abbildung 27: Anzahl der Empfehlungen bzgl. Hilfsmitteln (gem. § 33 SGB V) für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI (linke Achse, in 1.000) und Anteil an allen Begutachtungen\* der MDK (in %), neues Begutachtungsverfahren\*\***

1. Quartal 2017 bis 4. Quartal 2018



\* Grundgesamtheit sind alle Gutachten nach 6.1.1 (Gutachten nach Hausbesuch) und 6.1.2 (Gutachten nach Aktenlage) der BRI ohne Gutachten nach Aktenlage, bei welchen der Antragstellende verstorben ist oder die persönliche Befunderhebung nicht zumutbar ist. Die Empfehlungen beziehen sich nur auf Personen mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI.

\*\* Antragstellung ab dem 01.01.2017.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung des MDS

Etwa 99 Prozent aller Hilfsmittlempfehlungen wurden – unter Anwendung des neuen Begutachtungsinstrumentes – bei Begutachtungen für ambulante Leistungen ausgesprochen. Bei Begutachtungen für ambulante Leistungen war der Anteil der Hilfsmittlempfehlungen mit durchschnittlich 23 Prozent deutlich höher als bei Begutachtungen für stationäre Leistungen (1,3 %).<sup>124</sup>

Die meisten Hilfsmittlempfehlungen wurden von den Gutachterinnen und Gutachtern der MDK in den Pflegegraden 1 bis 3 ausgesprochen – der höchste Anteil entfiel mit 46 Prozent auf den Pflegegrad 2. Hilfsmittlempfehlungen für Antragstellende, denen die MDK die Pflegegrade 4 und 5 empfohlen haben, machten nur sieben Prozent aller Hilfsmittlempfehlungen aus.<sup>125</sup>

Im Rahmen einer Begutachtung können mehrere Arten von Hilfsmitteln empfohlen werden. Mit Abstand am häufigsten wurden in den Jahren 2017 und 2018 Bade- und Duschhilfen empfohlen (Anteil von 61 % an allen Hilfsmittlempfehlungen).<sup>126</sup>

<sup>124</sup> In Kapitel 4.3.1 im Anhang ist die Differenzierung der Hilfsmittlempfehlungen nach Begutachtungen für ambulante und für stationäre Leistungen auch grafisch dargestellt.

<sup>125</sup> In Kapitel 4.3.1 im Anhang ist die Differenzierung der Hilfsmittlempfehlungen nach Pflegegraden auch grafisch dargestellt.

<sup>126</sup> In Kapitel 4.3.1 im Anhang ist die Differenzierung der Hilfsmittlempfehlungen nach Hilfsmittelarten auch grafisch dargestellt.

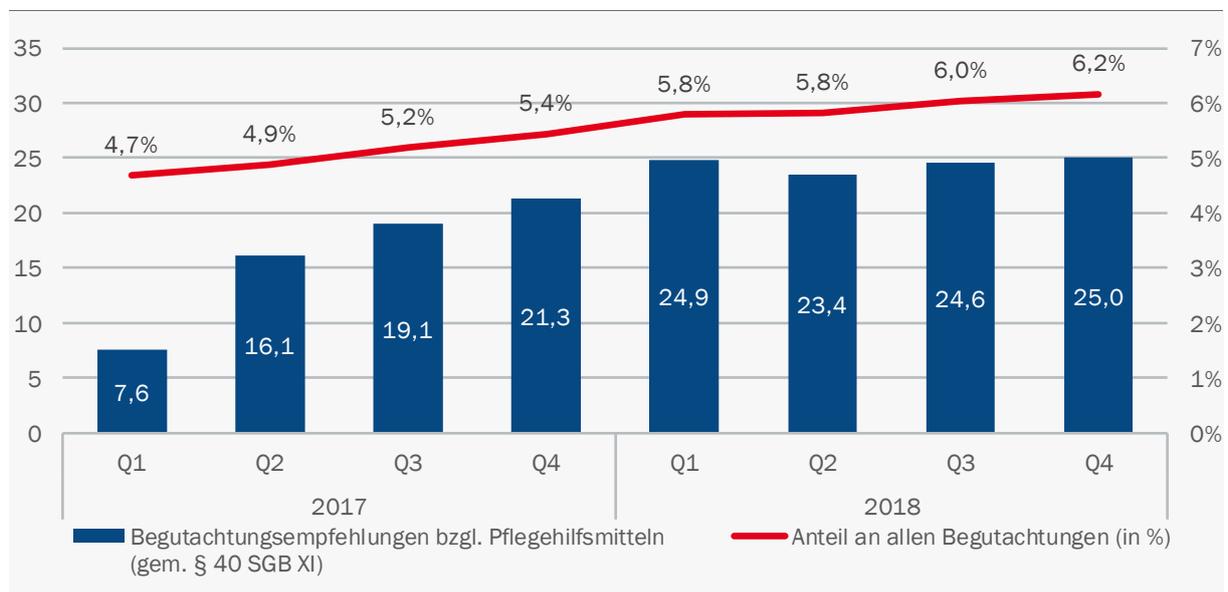
## Empfehlungen der MDK für Pflegehilfsmittel (gem. § 40 SGB XI)

Gemäß § 40 SGB XI haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten oder technischen Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder dem Pflegebedürftigen eine selbständigere Lebensführung ermöglichen.

Zwischen dem ersten Quartal 2017 und dem vierten Quartal 2018 hat sich die Zahl der von den Gutachterinnen und Gutachter der MDK bei Antragstellenden mit festgestellter Pflegebedürftigkeit empfohlenen Pflegehilfsmittel mehr als verdreifacht und lag im vierten Quartal 2018 bei rund 25.000 Empfehlungen (Abbildung 28).<sup>127</sup> Der Anteil der Pflegehilfsmittelempfehlungen an allen Begutachtungen hat sich in diesem Zeitraum um 2,5 Prozentpunkte erhöht – im vierten Quartal 2018 wurden in rund sechs Prozent der Begutachtungen Pflegehilfsmittel empfohlen. Der Anstieg des Anteils könnte – wie schon bei den Hilfsmittelempfehlungen – als Indiz dafür angesehen werden, dass die systematische Erfassung von Bedarfen nach (Pflege-)Hilfsmitteln über das Formular für gesonderte Präventions- und Rehabilitationsempfehlung seine Wirkung entfaltet.

**Abbildung 28: Anzahl der Empfehlungen der bzgl. Pflegehilfsmitteln (gem. § 40 SGB XI) für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI (linke Achse in 1.000) und Anteil an allen Begutachtungen\* der MDK (in %), neues Begutachtungsverfahren\*\***

1. Quartal 2017 bis 4. Quartal 2018



\* Grundgesamtheit sind alle Gutachten nach 6.1.1 (Gutachten nach Hausbesuch) und 6.1.2 (Gutachten nach Aktenlage) der BRi ohne Gutachten nach Aktenlage, bei welchen der Antragstellende verstorben ist oder die persönliche Befunderhebung nicht zumutbar ist. Die Empfehlungen beziehen sich nur auf Personen mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI.

\*\* Antragstellung ab dem 01.01.2017.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung des MDS

<sup>127</sup> Es handelt sich auch hier nur um Anträge, die ab dem 01.01.2017 gestellt wurden. Daher war die Fallzahl im ersten Quartal 2017 noch relativ gering.

Knapp 99 Prozent aller Pflegehilfsmittlempfehlungen wurden – unter Anwendung des neuen Begutachtungsinstrumentes – bei Begutachtungen für ambulante Leistungen ausgesprochen. Bei Begutachtungen für ambulante Leistungen war der Anteil der Pflegehilfsmittlempfehlungen mit durchschnittlich gut sechs Prozent deutlich höher als bei Begutachtungen für stationäre Leistungen (0,5 %).<sup>128</sup>

Die meisten Empfehlungen für Pflegehilfsmittel wurden von den Gutachterinnen und Gutachtern der MDK – ebenso wie bei den Hilfsmitteln – in den Pflegegraden 1 bis 3 ausgesprochen – der höchste Anteil entfiel mit 44 Prozent auf den Pflegegrad 2. Pflegehilfsmittlempfehlungen für Antragstellende, denen die MDK die Pflegegrade 4 und 5 empfohlen haben, machten immerhin 14 Prozent aller Pflegehilfsmittlempfehlungen aus – der Anteil war damit doppelt so hoch wie bei den Hilfsmittlempfehlungen.<sup>129</sup>

Im Rahmen einer Begutachtung können mehrere Arten von Pflegehilfsmitteln empfohlen werden. Mit Abstand am häufigsten wurden in den Jahren 2017 und 2018 Pflegehilfsmittel zur selbständigeren Lebensführung/Mobilität (Notrufsysteme) empfohlen (Anteil von 57 % an allen Empfehlungen für Pflegehilfsmittel).<sup>130</sup>

### **Veränderung des Verfahrens und der Inanspruchnahme von Hilfsmitteln aufgrund der Regelungen nach § 33 Abs. 1 SGB V und § 18 Abs. 6a SGB XI**

Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz soll die Beantragung der Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel erleichtert werden. Wenn der Versicherte der Zuweisungsempfehlung aus der Pflegebegutachtung zustimmt, gelten für bestimmte Hilfs- und Pflegehilfsmittel die im Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit ausgesprochenen Empfehlungen des MDK als Antrag des Versicherten. Die gutachterlichen Empfehlungen ersetzen in diesen Fällen somit die ärztliche Therapieentscheidung nach § 33 Abs. 5a Satz 1 SGB V. Die Neuregelung gilt jedoch nur für solche Hilfs- und Pflegehilfsmittel, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen (§ 40 SGB XI).<sup>131</sup>

Im Rahmen der Online-Befragungen wurden ausgewählten Pflegekassen, private Versicherungsunternehmen und Pflegeeinrichtungen regelmäßig danach gefragt, ob die Versorgung mit Hilfsmitteln bzw. Pflegehilfsmitteln für die Versicherten durch die Neuregelung nach § 33 Abs. 1 SGB V und § 18 Abs. 6a SGB XI einfacher geworden ist und ob die Versicherten aufgrund der Neuregelung mehr Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel in Anspruch nehmen. Ab der zweiten Online-Befragung (3. Quartal 2018) wurde zusätzlich abgefragt, ob die empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel durch die Neuregelung schneller verfügbar sind bzw. die Bereitstellung der empfohlenen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel in der Regel der Empfehlung der Gutachterinnen und Gutachter entspricht.

<sup>128</sup> In Kapitel 4.3.2 im Anhang ist die Differenzierung der Empfehlungen für Pflegehilfsmittel nach Begutachtungen für ambulante und für stationäre Leistungen auch grafisch dargestellt.

<sup>129</sup> In Kapitel 4.3.2 im Anhang ist die Differenzierung der Empfehlungen für Pflegehilfsmittel nach Pflegegraden auch grafisch dargestellt.

<sup>130</sup> In Kapitel 4.3.2 im Anhang ist die Differenzierung der Empfehlungen für Pflegehilfsmittel nach Arten von Pflegehilfsmitteln auch grafisch dargestellt.

<sup>131</sup> Vgl. Richter, R. (2017).

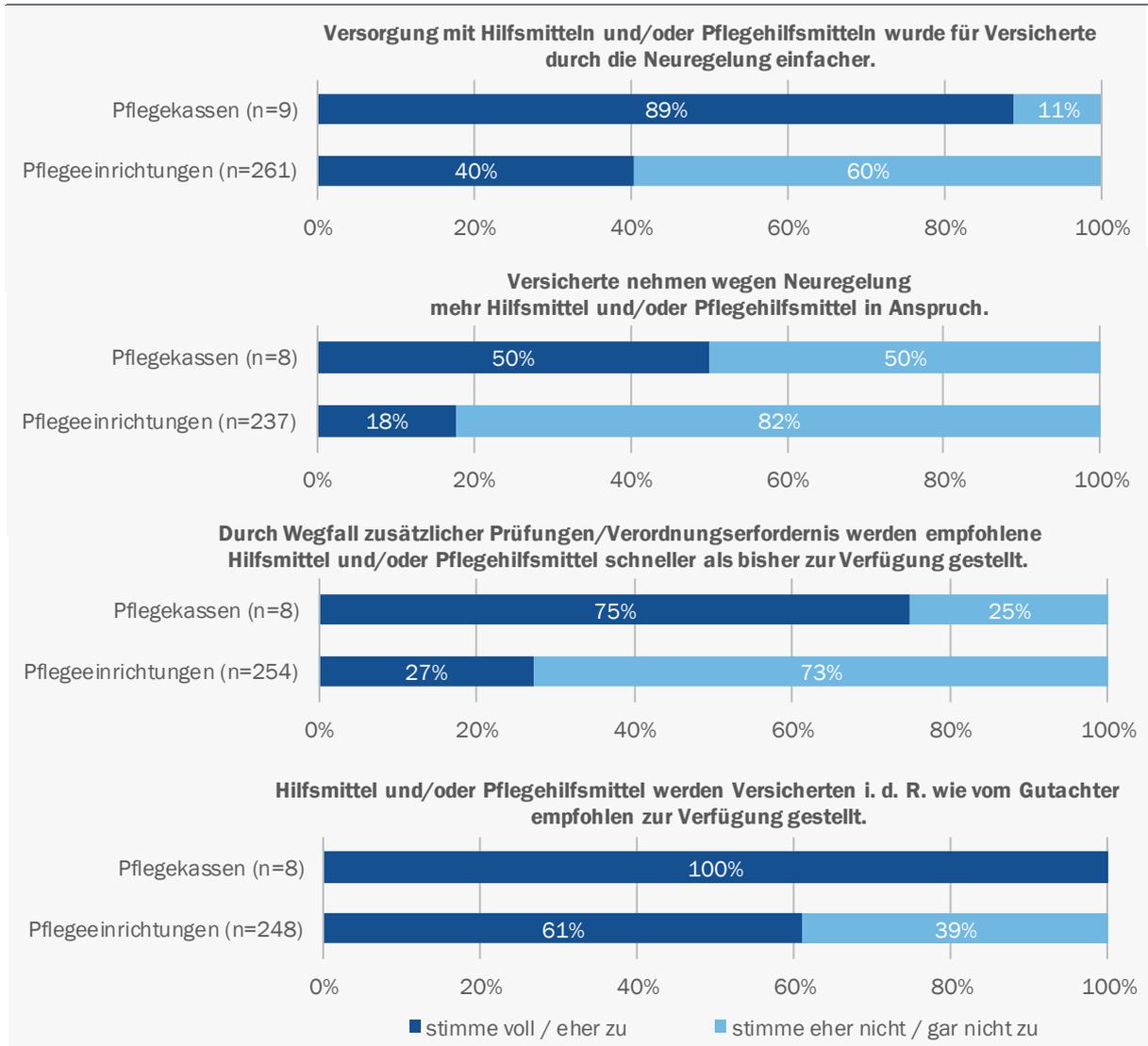
Die Antworten der verschiedenen Akteure fielen in allen drei Befragungswellen nicht eindeutig aus:

- Während die befragten Pflegekassen eher eine Vereinfachung des Verfahrens, eine Steigerung der Inanspruchnahme von Hilfsmitteln bzw. Pflegehilfsmitteln sowie eine (eher) schnellere Verfügbarkeit attestierten, fielen die Antworten der anderen Akteure weniger positiv aus. Die befragten Pflegeeinrichtungen begründeten ihre Nicht-Bestätigung der Aussagen mehrheitlich damit, dass das Verfahren nach wie vor sehr bürokratisch und kompliziert sei. Sie verwiesen zudem auf die unzureichende Information der Versicherten durch die Pflegekassen sowie lange Bearbeitungszeiten bei den Pflegekassen. Von den befragten privaten Versicherungsunternehmen wurde die Nicht-Bestätigung der Aussagen mehrheitlich damit begründet, dass sich das gängige Verfahren im Falle der Privatversicherten durch die Systemumstellung nicht verändert habe und schon vorher keine ärztliche Verordnung zusätzlich zur Empfehlungen der Gutachterinnen und Gutachter notwendig gewesen sei.
- Bei der Frage, ob die Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel in der Regel den Empfehlungen der Gutachterinnen und Gutachter entsprechend bereitgestellt werden, stimmten sowohl die befragten Pflegekassen als auch die privaten Versicherungsunternehmen (überwiegend) zu. Auch die befragten Pflegeeinrichtungen, die eine Einschätzung zu der Aussage abgeben konnten, stimmten überwiegend zu. Diejenigen Pflegeeinrichtungen, die der Aussage (eher) nicht zustimmten, begründeten dies damit, dass die Pflegekassen Hilfsmittelempfehlungen teilweise auch ablehnen oder ähnliche Gebrauchtgeräte verwenden würden.

In Abbildung 29 sind die Ergebnisse der letzten Online-Befragung (1. Quartal 2019) grafisch dargestellt. Bei der Frage nach den Auswirkungen auf die Inanspruchnahme schwankten die Befragungsergebnisse der Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen im Laufe der drei Erhebungswellen relativ stark. In den ersten beiden Online-Befragung war die Zustimmung der Pflegekassen deutlich höher als in der aktuellsten Befragung. In der zweiten Online-Befragung war das Verhältnis zwischen Zustimmung und Ablehnung bei den Pflegeeinrichtungen im Vergleich zu den aktuellsten Befragungsergebnissen fast ausgeglichen.<sup>132</sup>

<sup>132</sup> Die Schwankungen bei den Pflegeeinrichtungen könnten darin begründet sein, dass je Erhebungswelle unterschiedliche Einrichtungen an der Befragung teilgenommen haben. Bei den Pflegekassen war die Grundgesamtheit der Befragten je Befragung identisch, allerdings schwankte die Zahl derjenigen Befragten, die eine Einschätzung zu der Frage abgegeben hat.

**Abbildung 29: Einschätzungen ausgewählter Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen im Kontext der Veränderung des Verfahrens und der Inanspruchnahme von Hilfsmitteln bzw. Pflegehilfsmitteln (Anteile in %)\***  
 Online-Befragung, 1. Quartal 2019



\* Anteile „stimme voll/eher zu“ derjenigen befragten privaten Versicherungsunternehmen, die eine Einschätzung zu den jeweiligen Fragen abgegeben haben: 50 Prozent (1. Frage), 25 Prozent (2. Frage), 27 Prozent (3. Frage) und 92 Prozent (4. Frage).

Quelle: Prognos 2019

## 3.5 Hilfe zur Pflege

### 3.5.1 Feststellung der Pflegebedürftigkeit und des notwendigen pflegerischen Bedarfs auf Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Im Rahmen der einmaligen Online-Befragung der örtlichen und überörtlichen Träger der Sozialhilfe im ersten Quartal 2019 wurden Informationen zu den Prozessen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei nicht pflegeversicherten bzw. Personen ohne Leistungsanspruch aus dem SGB XI und der allgemeinen Feststellung des pflegerischen Bedarfs im Auftrag bzw. durch die Träger der Sozialhilfe abgefragt. Aufgrund des geringen Rücklaufs<sup>133</sup> ist die Aussagekraft der Befragungsergebnisse eingeschränkt. Diese wurden jedoch im einmaligen Fachgespräch mit Vertreterinnen und Vertretern des Deutschen Landkreistages, des Deutschen Städtetages und der BAGÜS thematisiert und können so im Folgenden eingeordnet werden.

#### **Ergebnisse der Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei nicht pflegeversicherten Personen bzw. Personen ohne Leistungsanspruch aus dem SGB XI**

Bei nicht pflegeversicherten Personen bzw. Personen ohne Leistungsanspruch aus dem SGB XI wird die Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Auftrag der Träger der Sozialhilfe durchgeführt. Es erfolgt keine Antragstellung auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei den Pflegekassen bzw. privaten Versicherungsunternehmen wie bei pflegeversicherten Personen,<sup>134</sup> sondern mit dem formlosen Antrag auf Leistungen für Hilfe zur Pflege wird von den Trägern der Sozialhilfe geprüft, ob bereits eine Einstufung in einen Pflegegrad (ehemals Pflegestufe) vorliegt. Ist dies nicht der Fall, beauftragen die Träger der Sozialhilfe die Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Diese ist die Voraussetzung für die Feststellung des notwendigen pflegerischen Bedarfs nach § 63a SGB XII.

Die befragten Träger der Sozialhilfe haben vielfach angegeben, dass ihnen keine Daten zu den Begutachtungsergebnissen der nicht pflegeversicherten Personen bzw. Personen ohne Leistungsanspruch aus dem SGB XI in ihrem Zuständigkeitsbereich vorliegen. Daher liegen bei dieser Fragestellung nur (zusätzlich teils lückenhafte) Daten von 76 örtlichen und einem überörtlichen Träger vor. Entsprechend ist die Aussagekraft der folgenden Ergebnisse eingeschränkt.

Abbildung 30 zeigt, dass gut ein Drittel der nicht pflegeversicherten Personen bzw. Personen ohne Leistungsanspruch aus dem SGB XI bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit **nach dem alten Begutachtungssystem** – laut den vorliegenden Befragungsergebnissen – in die Pflegestufe I eingestuft worden sind, rund ein Viertel in die Pflegestufe II. Im Jahr 2017 war der Anteil der als nicht pflegebedürftig eingestuften Antragstellenden deutlich höher als im Jahr 2016, was darauf hindeutet, dass es wohl – ähnlich wie bei den pflegeversicherten Antragstellenden – Versuche gab, sich noch mit dem alten Begutachtungsinstrument begutachten zu lassen, um von der großzügigen Überleitung profitieren zu können.<sup>135</sup>

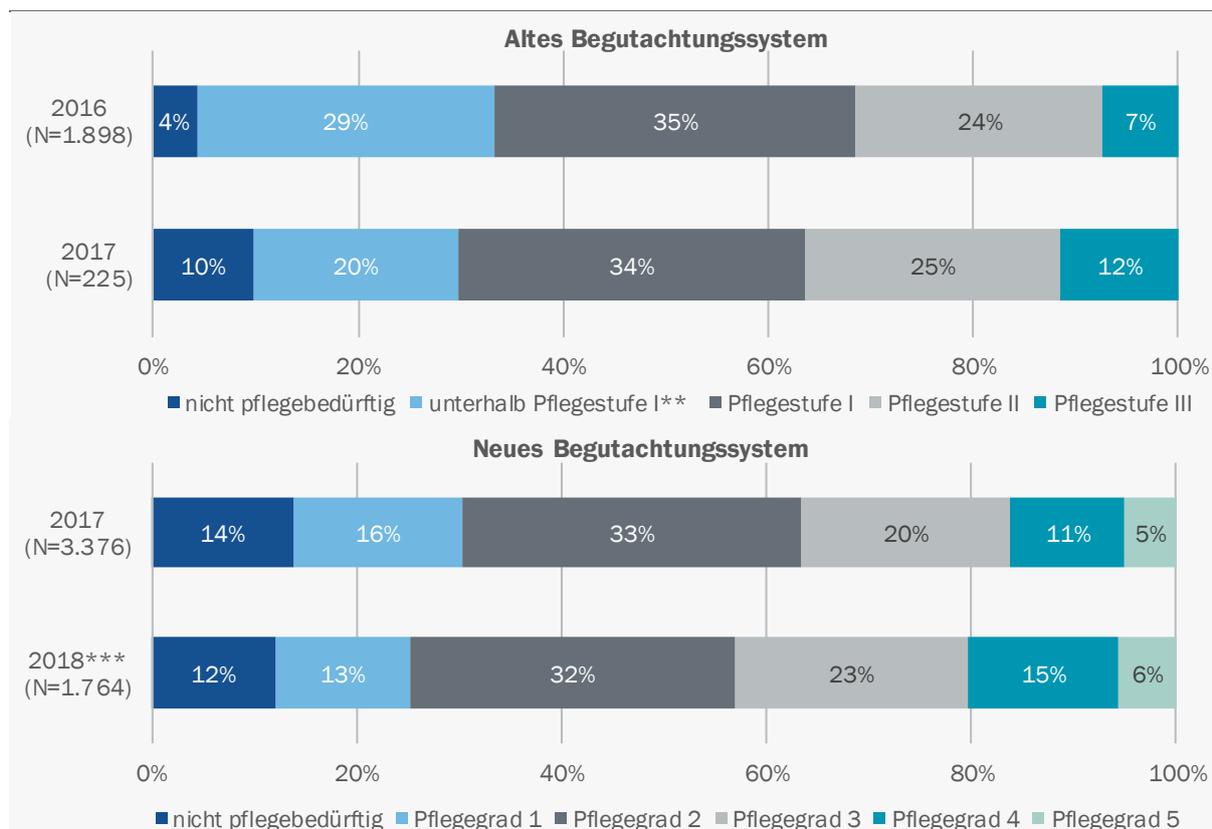
<sup>133</sup> Die Online-Befragung war als Vollerhebung angedacht. Von den 433 angeschriebenen örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe nahmen jedoch nur rund 29 Prozent aller Träger der Sozialhilfe teil, d.h. die Befragungsergebnisse sind nicht repräsentativ. Je nach Fragestellung liegen zwischen 41 und 126 Antworten der Akteure vor. Es liegen keinerlei Angaben aus der Hansestadt Hamburg vor. Aufgrund der geringen Fallzahlen ist ein Ausweis der Ergebnisse nach Bundesländern nicht sinnvoll. Es wird jedoch an den geeigneten Stellen ein Vergleich der Befragungsergebnisse der neuen Länder und der alten Bundesländer vorgenommen.

<sup>134</sup> Die nicht pflegeversicherten Personen sind per Definition nicht bei einer Pflegekasse bzw. einem privaten Versicherungsunternehmen versichert. Würden diese einen Antrag bei einer beliebigen Pflegekasse oder einem privaten Versicherungsunternehmen stellen, würde dieser – ebenso wie bei Personen ohne Leistungsanspruch aus dem SGB XI – abgewiesen werden.

<sup>135</sup> Im Vergleich zu den Begutachtungsergebnissen der MDK für die pflegeversicherten Antragstellenden (siehe Kapitel 3.3.4) war der Anteil der als nicht pflegebedürftig eingestuften Personen vergleichsweise gering.

**Im neuen Begutachtungssystem** wurden nicht pflegeversicherte Personen bzw. Personen ohne Leistungsanspruch aus dem SGB XI überwiegend in den Pflegegrad 2 (Anteil von rund einem Drittel) oder in den Pflegegrad 3 (Anteil von etwa einem Fünftel) eingestuft. Der Anteil derjenigen, die als nicht pflegebedürftig eingestuft wurden, ist deutlich höher als im alten System.<sup>136</sup>

**Abbildung 30: Ergebnisse der Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei nicht pflegeversicherten Personen bzw. Personen ohne Leistungsanspruch aus dem SGB XI in Verantwortung der Träger der Sozialhilfe\***  
Online-Befragung, 1. Quartal 2019



\* Lediglich 77 der 126 Träger der Sozialhilfe, die an der Befragung teilgenommen haben, konnten eine Angabe machen.

\*\* „Pflegestufe 0“ im Sinne des SGB XII.

\*\*\* Ohne Daten für das vierte Quartal 2018.

Quelle: Prognos 2019

### Von den Sozialhilfeträgern mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit beauftragte Akteure

Knapp 60 Prozent der befragten Träger der Sozialhilfe beauftragen aktuell die Gutachterinnen und Gutachter des MDK mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit von nicht pflegeversicherten Personen bzw. Personen ohne Leistungsanspruch aus dem SGB XI (Abbildung 31). 37 Prozent der Befragten gaben an, dass sie das Gesundheitsamt beauftragen. Als sonstige eingesetzte Akteure

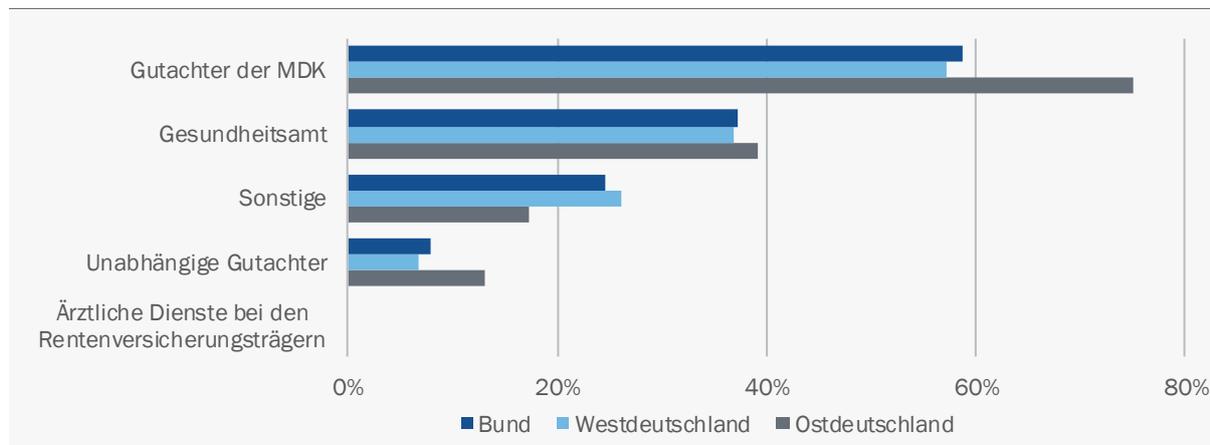
<sup>136</sup> Insgesamt ähneln die vorliegenden Begutachtungsergebnisse nach dem neuen Begutachtungssystem den Begutachtungsergebnissen der MDK für die pflegeversicherten Antragstellenden (siehe Kapitel 3.3.4) sehr stark. Tendenziell wurden die nicht pflegeversicherten Personen bzw. Personen ohne Anspruch auf Leistungen aus dem SGB XI etwas höher eingestuft.

wurden von rund einem Viertel der Befragten (auf Nachfrage) vorrangig eigene Pflegefachkräfte bzw. Pflegefachkräfte der eigenen Pflegestützpunkte genannt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Träger der Sozialhilfe mehrheitlich jeweils nur einen der genannten Akteure einsetzen. Eine Mischform aus mehreren Akteuren existiert immerhin bei knapp 30 Prozent der Befragten – in den ostdeutschen Bundesländern ist dieser Anteil mit 45 Prozent deutlich höher als in den westdeutschen Bundesländern (27 %).

Nach Einschätzung der Vertreterinnen und Vertreter des Deutschen Landkreistages, des Deutschen Städtetages und der BAGÜS ist der Anteil der Sozialhilfeträger, die den MDK mit der Begutachtung der Nichtversicherten und Personen ohne Leistungsanspruch aus dem SGB XI beauftragen, überraschend gering. Sie gehen davon aus, dass der Anteil der Sozialhilfeträger, die den MDK mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit beauftragt haben, zu Beginn der Systemumstellung höher gewesen ist. Ihrer Ansicht nach ist das Befragungsergebnis Ausdruck des von ihnen auch in der Praxis beobachteten Trends, dass die Träger der Sozialhilfe die Feststellung der Pflegebedürftigkeit vermehrt von eigenen Pflegefachkräften durchführen lassen (siehe Kategorie „sonstige“).

**Abbildung 31: Akteure, die von den Trägern der Sozialhilfe\* mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei nicht pflegeversicherten Personen bzw. Personen ohne Leistungsanspruch aus dem SGB XI beauftragt werden**

Online-Befragung, 1. Quartal 2019



\* Alle 126 Träger der Sozialhilfe, die an der Befragung teilgenommen haben, konnten dazu eine Angabe machen. Darunter 120 örtliche und sechs überörtliche Träger der Sozialhilfe. Bezogen auf die Gesamtheit aller 433 angeschriebenen örtlichen und überörtlichen Träger der Sozialhilfe lag der Rücklauf damit bei rund 29 Prozent (westdeutsche Bundesländer: 30 %, ostdeutsche Bundesländer: 25 %).

Quelle: Prognos 2019

## Feststellung des notwendigen pflegerischen Bedarfs nach § 63a SGB XII

### Beschreibung des Prozesses der Bedarfsermittlung

Knapp zwei Drittel derjenigen Sozialhilfeträger, die an der Online-Befragung teilgenommen haben (N=126), haben eine Angabe dazu gemacht, wie bei ihnen vor Ort der notwendige pflegerische Bedarf festgestellt wird. Der Umfang der Angaben der Befragten unterschied sich dabei deutlich,

sodass keine systematische Analyse der Antworten möglich war. Jedoch lassen sich aus den Angaben die zentralen Elemente der Bedarfsermittlung ableiten.

Von diesen hat gut die Hälfte angegeben, dass das vorliegende **Pflegegutachten** eine Bewertungsgrundlage für die Ermittlung des notwendigen pflegerischen Bedarfs darstellt. 14 Prozent gaben zudem an, dass auch **sonstige Unterlagen** (ärztliche Unterlagen, Krankenhausberichte etc.) relevant sind. 28 Prozent antworteten, dass sie auch die **Pflegedienste** bei der Bedarfsermittlung **einbinden**, indem sie bspw. im Zuge der Bedarfsermittlung Kostenvoranschläge einholen. 28 Prozent haben angegeben, dass sie die Bedarfsermittlung **ausschließlich nach Aktenlage** (bspw. auf Basis der Pflegegutachten, sonstiger Unterlagen, Kostenvoranschläge der Pflegedienste) durchführen. Nach Einschätzung der Fachgesprächspartnerinnen und -partner muss das Pflegegutachten immer zwingend als Bewertungsgrundlage zugrunde gelegt werden. Sie gehen daher davon aus, dass nicht alle Befragten das Pflegegutachten explizit als Bestandteil der Bedarfsermittlung genannt, es jedoch implizit als Bestandteil der Bedarfsermittlung miteingeschlossen haben. Aktenlagebegutachtungen bei der Bedarfsermittlung seien ihrem Informationsstand nach insbesondere bei stationär versorgten Betroffenen üblich.

40 Prozent gaben zudem an, dass der pflegerische Bedarf im Rahmen eines **Hausbesuches** bzw. zumindest im Rahmen eines **persönlichen Gespräches** mit den Betroffenen (und teilweise auch dem Pflegedienst) festgestellt wird. Die Fachgesprächspartnerinnen und -partner wiesen darauf hin, dass ein Großteil der relevanten Personengruppe stationär versorgt wird und daher kein Hausbesuch möglich ist, insofern sei der Anteil plausibel. Das Instrument des Hausbesuches zur Bedarfsermittlung sei ein übliches Vorgehen bei ambulant versorgten Personen. Ein Hausbesuch sei oftmals sinnvoll, aber nicht zwingend erforderlich, wenn die Betroffenen noch fit genug sind, um das Hilfeplangespräch vor Ort im Sozialamt zu führen.

Nach Ansicht der Fachgesprächspartnerinnen und -partner wurden in der Befragung alle relevanten Bestandteile der Bedarfsermittlung genannt. Ob die Antwortverteilungen die reale Situation zutreffend widerspiegeln, konnten sie nicht einschätzen. Zusätzlich wiesen die Fachgesprächspartnerinnen und -partner darauf hin, dass es für die Feststellung des notwendigen pflegerischen Bedarfs auch entsprechende Vorgaben, Empfehlungen, Richtlinien und Formulare in der Praxis gebe – in der Befragung wurde nur von zwei Akteuren auf vorliegende **Formulare zur Bedarfsermittlung** – zum einen den Hilfebedarf-Feststellungsbogen nach dem 7. Kapitel SGB XII und zum anderen ein selbst erstelltes Formular bzw. ein selbst erstellter Fragebogen für den Hausbesuch – verwiesen. Die Formulare fänden in Kombination mit dem Hausbesuch Anwendung. Die Bedarfsermittlung sei nach dem SGB XII aber deutlich schwieriger als nach dem SGB XI, weil es im SGB XII keine Leistungsbeschränkung gibt. Im SGB XI könne man die im Begutachtungsformular vorgegebenen Punkte durchgehen und überprüfen. Im SGB XII müssten dagegen alle relevanten Bedarfe erfasst werden, weshalb sich ein zu starres Schema verbiete. Aus diesem Grund seien die Formulare im Rechtsbereich des SGB XII zur Ermittlung des notwendigen pflegerischen Bedarfs strukturiert, aber offen gestaltet und dienten nur als Richtschnur.

Von den 80 Trägern der Sozialhilfe, die eine Angabe zum Prozess der Bedarfsermittlung nach § 63a SGB XII gemacht haben, konnte nur etwa die Hälfte (39 Befragte) eine Angabe dazu machen, **welche Akteure die Bedarfsfeststellung vornehmen:**

- 44 Prozent gaben an, dass eine Pflegefachkraft die Bedarfsermittlung vornimmt, ggf. in Kooperation mit anderen Akteuren (u. a. Sachbearbeiter). 23 Prozent berichteten zudem, dass sie eigene Pflegefachkräfte bei der Bedarfsermittlung einsetzen.
- In 23 Prozent der genannten Fälle sind zudem Vertreter sonstiger sozialer Berufe (Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen, Pflegeberater) involviert.
- 21 Prozent gaben an, dass sie das Gesundheitsamt mit der Bedarfsermittlung beauftragen.

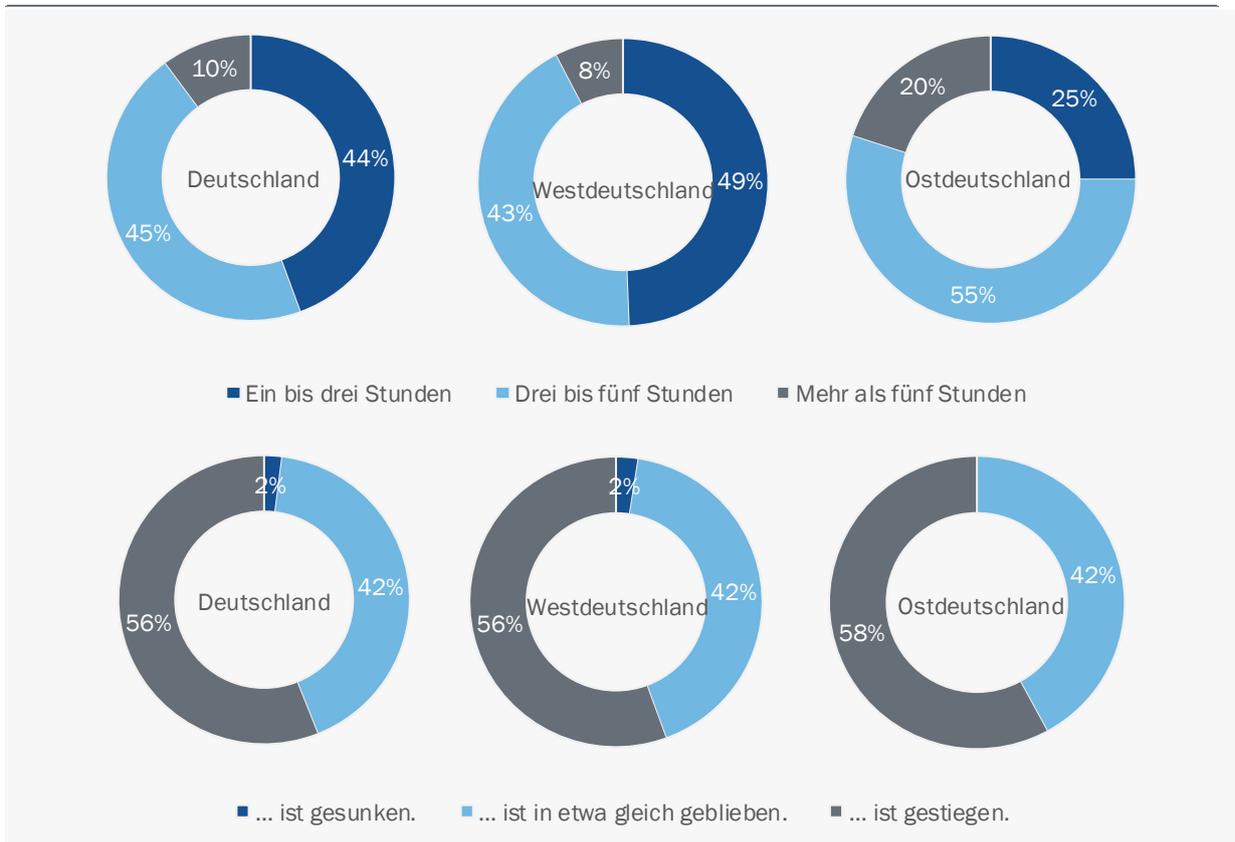
### Einschätzung des durchschnittlichen zeitlichen Verwaltungsaufwands pro Fall

Jeweils rund 80 Prozent der Befragten (N=126) machten eine Einschätzung dazu, wie hoch der zeitliche Verwaltungsaufwand für die Feststellung des notwendigen pflegerischen Bedarfs nach § 63a SGB XII im Durchschnitt pro Fall ist und ob sich dieser Aufwand durch die Systemumstellung verändert hat. Jeweils knapp die Hälfte derjenigen Befragten, die eine Einschätzung abgegeben haben, schätzten den durchschnittlichen Verwaltungsaufwand pro Fall auf ein bis drei Stunden bzw. drei bis fünf Stunden. In den ostdeutschen Bundesländern wurde der zeitliche Verwaltungsaufwand pro Fall deutlich höher geschätzt als in den westdeutschen. 42 Prozent der Befragten schätzten, dass sich der zeitliche Verwaltungsaufwand pro Fall mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht verändert hat. Rund 56 Prozent waren dagegen der Meinung, dass der Aufwand seitdem gestiegen sei (Abbildung 32).

Den Vertreterinnen und Vertretern des Deutschen Landkreistages, des Deutschen Städtetages und der BAGÜS lagen keine weiteren Informationen zum durchschnittlichen zeitlichen Verwaltungsaufwand pro Fall vor. Dessen Abgrenzung und Messung erachteten sie als schwierig. Die Einschätzung der befragten Sozialhilfeträger, dass sich der Aufwand durch die Systemumstellung eher erhöht hat, erachteten sie grundsätzlich als plausibel.<sup>137</sup> Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff gebe es andere inhaltliche Anforderungen an die Bedarfsermittlung. Dass das neue Begutachtungsinstrument nicht mehr zeitbasiert ist, habe die Bedarfsermittlung nach Ansicht der Fachgesprächspartnerinnen und -partner auf jeden Fall komplexer gemacht und somit den zeitlichen – wie auch den finanziellen – Verwaltungsaufwand tendenziell erhöht.

<sup>137</sup> Die Fachgesprächspartnerinnen und -partner merkten an, dass die Befragungsergebnisse dadurch verzerrt sein könnten, dass gerade die Träger der Sozialhilfe mit besonderen Kapazitätsengpässen nicht an der Befragung teilgenommen haben könnten. Dies gilt auch für die Erfassung des durchschnittlichen finanziellen Verwaltungsaufwands.

**Abbildung 32: Einschätzungen der Träger der Sozialhilfe\* zum durchschnittlichen zeitlichen Verwaltungsaufwand für die Feststellung des notwendigen pflegerischen Bedarfs nach § 63a SGB XII (Anteile in %), insgesamt und differenziert nach ost- und westdeutschen Bundesländern**  
 Online-Befragung, 1. Quartal 2019



\* Lediglich 99 der 126 Träger der Sozialhilfe, die an der Befragung teilgenommen haben, konnten eine Einschätzung zum durchschnittlichen zeitlichen Verwaltungsaufwand pro Fall abgeben. 100 Träger der Sozialhilfe gaben eine Einschätzung dazu ab, ob sich dieser Verwaltungsaufwand seit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verändert hat.

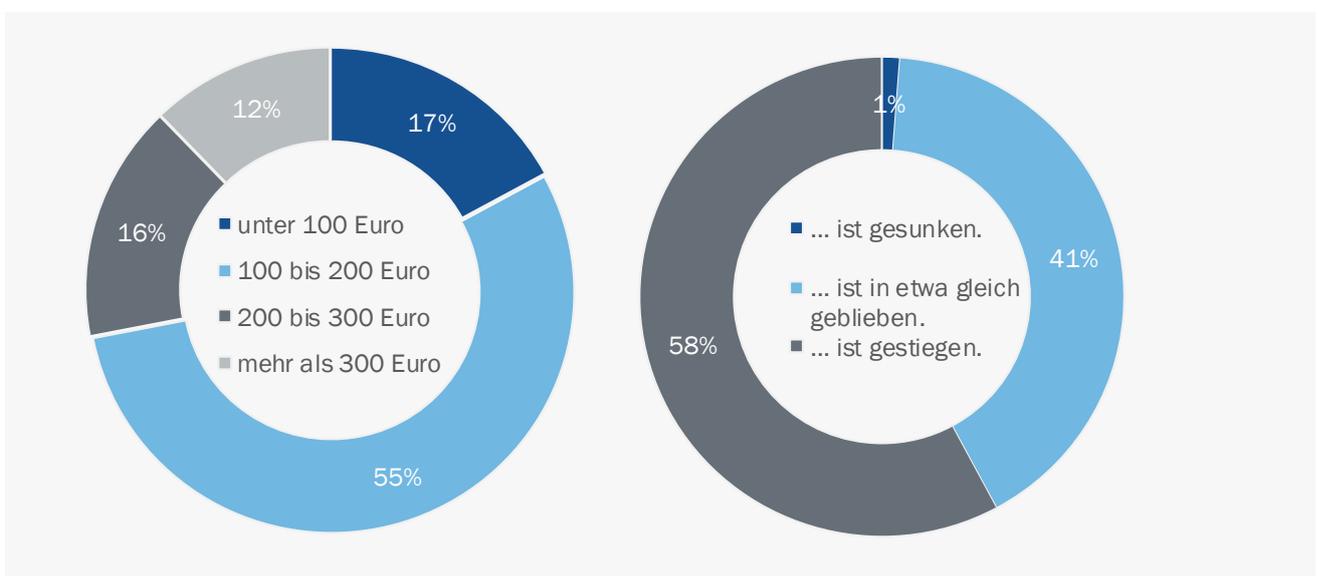
Quelle: Prognos 2019

### Einschätzung des durchschnittlichen finanziellen Verwaltungsaufwands pro Fall

Nur ein Drittel der Befragten (N=126) konnte einschätzen, wie hoch der finanzielle Verwaltungsaufwand für die Feststellung des notwendigen pflegerischen Bedarfs nach § 63a SGB XII im Durchschnitt pro Fall ausfällt. Gut die Hälfte von ihnen bezifferten den durchschnittlichen finanziellen Verwaltungsaufwand pro Fall mit 100 bis 200 Euro.<sup>138</sup> Knapp 60 Prozent<sup>139</sup> der Befragten, die eine Einschätzung abgegeben haben, waren der Ansicht, dass der finanzielle Verwaltungsaufwand mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs angestiegen sei (Abbildung 33).<sup>140</sup>

**Abbildung 33: Einschätzungen der Träger der Sozialhilfe\* zum durchschnittlichen finanziellen Verwaltungsaufwand für die Feststellung des notwendigen pflegerischen Bedarfs nach § 63a SGB XII (Anteile in %)**

Online-Befragung, 1. Quartal 2019



\* Lediglich 41 der 126 Träger der Sozialhilfe, die an der Befragung teilgenommen haben, konnten eine Einschätzung zum durchschnittlichen finanziellen Verwaltungsaufwand pro Fall abgeben. 83 Träger der Sozialhilfe gaben eine Einschätzung dazu ab, ob sich dieser Verwaltungsaufwand seit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verändert hat.

Quelle: Prognos 2019

<sup>138</sup> Eine Differenzierung zwischen westdeutschen (n=35) und ostdeutschen Bundesländern (n=6) ist aufgrund der geringen Fallzahlen in den ostdeutschen Bundesländern nicht sinnvoll.

<sup>139</sup> Es wäre eigentlich davon auszugehen, dass dieser Anteil identisch ist mit dem Anteil beim zeitlichen Verwaltungsaufwand (56 %), da mit dem zeitlichen Verwaltungsaufwand auch der finanzielle Verwaltungsaufwand steigen müsste. Die leichte Abweichung ist dadurch bedingt, dass die Zahl der vorliegenden Antworten der Träger der Sozialhilfe bei den beiden Fragen unterschiedlich hoch ist (siehe Anmerkungen unter den Abbildungen).

<sup>140</sup> Den Vertreterinnen und Vertretern des Deutschen Landkreistages, des Deutschen Städtetages und der BAGüS lagen keine weiteren Informationen zum durchschnittlichen finanziellen Verwaltungsaufwand pro Fall vor.

### 3.5.2 Auswirkungen der Systemumstellung auf die Leistungsgewährung in der Hilfe zur Pflege

Durch die Pflegestärkungsgesetze wurden sowohl im SGB XI als auch im SGB XII weitreichende Rechtsänderungen vorgenommen. Diese Rechtsumstellungen haben Auswirkungen insbesondere auch auf Personen, die ergänzend auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sind und Leistungen aus beiden Systemen beziehen (Pflegeversicherung und Sozialhilfe). In der Hilfe zur Pflege sind für Menschen mit Bedarfen unterhalb von Pflegegrad 1 keine Leistungen der Hilfe zur Pflege vorgesehen. Stattdessen kommen für diese ggf. andere Leistungen der Sozialhilfe zur Anwendung.

Die Vertreterinnen und Vertreter des Deutschen Landkreistags, des Deutschen Städtetags und der BAGÜS berichteten im Rahmen des Fachgesprächs im Mai 2019, dass ihnen aktuell keine Problemanzeigen bzgl. der Leistungsbezugs aus beiden Systemen vorliegen. Seit Herbst 2017 liegen die Empfehlungen der Konferenz der Obersten Landessozialbehörden (KOLS) vor, die aus Sicht der Fachgesprächspartnerinnen und -partner von vielen Kommunen angewendet werden. Trotzdem handle es sich nach wie vor immer auch um Einzelfallentscheidungen. Der Deutsche Verein habe im Kontext der Systemumstellung zudem Empfehlungen zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Hilfe zur Pflege – vor allem im Hinblick auf die Frage der Personen mit Pflegegrad 1 und unterhalb – herausgegeben.

Nach Einschätzung der Fachgesprächspartnerinnen und -partner wird der Bedarf der Betroffenen aktuell gedeckt. Der Bedarf und der Betroffenenkreis habe sich jedoch mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verändert. Zum Zeitpunkt der Systemumstellung habe es daher zuerst Schwierigkeiten bei der Bedarfsdeckung der Betroffenen gegeben, die stationär betreut wurden, aber mit Pflegegrad 1 oder ohne Pflegegrad keine Leistungen der Hilfe zur Pflege mehr bekommen haben. Hier seien im Einzelfall Lösungen gefunden worden. In Zukunft werde diese Fallkonstellation nur noch in Ausnahmefällen auftreten, da der Personenkreis unterhalb bzw. mit Pflegegrad 1 im neuen System so geringe Einschränkungen besitze, dass diese in der Regel nicht stationär versorgt würden. Inwiefern hier auf andere Leistungen der Sozialhilfe ausgewichen werde, konnten die Fachgesprächspartnerinnen und -partner nicht einschätzen, sondern verweisen auf die noch nicht vorliegenden Ergebnisse aus Los 3 der Evaluation nach § 18c Abs. 2 SGB XI.

### 3.5.3 Auswirkungen der Neuausrichtung der Vergütungsverfahren auf die Finanzierungsanteile der Träger der Sozialhilfe

Im Rahmen der Fortschreibung des Monitorings sollte untersucht werden, welche Auswirkungen die Neuausrichtung der Vergütungsverfahren auf die Finanzierungsanteile der Träger der Sozialhilfe hat. Im Folgenden ist dargestellt, wie sich die Bruttoausgaben<sup>141</sup> der Sozialhilfeträger für Leistungen der Hilfe zur Pflege sowie die Zahl der jeweiligen Leistungsempfängerinnen und -empfänger (im Folgenden HzP-Empfänger abgekürzt) seit der Systemumstellung entwickelt haben. Basierend auf den Daten der Sozialhilfestatistik und der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes, werden die Veränderungen vor und nach der Systemumstellung (Vergleich des Jahres

<sup>141</sup> Eigentlich wäre an dieser Stelle eine Betrachtung der Nettoausgaben sinnvoll. Diese stellen die reinen Ausgaben der Sozialhilfeträger dar und sind das Ergebnis der Bruttoausgaben abzüglich der gesamten Einnahmen der Sozialhilfeträger, wie Erstattungen von anderen Sozialleistungsträgern oder Unterhaltsansprüchen (Nettoausgaben 2017: 3.391.135.112 Euro). Die Ausgaben sollen im Folgenden den HzP-Empfängern gegenübergestellt werden. Da die Empfängerdaten für das Jahr 2017 unvollständig sind (es fehlen ca. 23.000 Pflegebedürftige, deren Verfahren zur Feststellung des Pflegegrades noch nicht abgeschlossen war), müssen die Ausgaben für das Jahr 2017 um die Ausgaben für die oben genannte Gruppe bereinigt werden. Diese Bereinigung ist lediglich für die Bruttoausgaben möglich, sodass an dieser Stelle die bereinigten Bruttoausgaben dargestellt werden.

2017 mit den Jahren 2015 und 2016) für verschiedene Bezugsgrößen untersucht. Die Ergebnisse werden separat für den ambulanten und den stationären Versorgungsbereich ausgewiesen.<sup>142</sup>

Während die **Bruttoausgaben für Leistungen der Hilfe zur Pflege** zwischen den Jahren 2015 und 2016 noch um sechs Prozent gestiegen sind, kam es nach der Systemumstellung zu einem deutlichen Rückgang um 17 Prozent auf 3.607.162.912 Euro (Abbildung 34). Bezogen auf den Ort der Leistungserbringung war im ambulanten Bereich ein etwas stärkerer Ausgabenrückgang zu verzeichnen (-23 %) als im stationären Bereich (-15 %), weshalb sich die Anteile an den gesamten Bruttoausgaben leicht in Richtung des stationären Bereiches verschoben haben. Im Betrachtungszeitraum entfielen rund drei Viertel der Nettoausgaben auf den stationären Bereich (2016: 75% und 2017: 77%).

**Abbildung 34: Bruttoausgaben\* der Hilfe zur Pflege nach Ort der Leistungserbringung – absolute Zahlen in Milliarden Euro sowie prozentuale Veränderung gegenüber dem vorherigen Jahr (in %)**

2015, 2016 und 2017



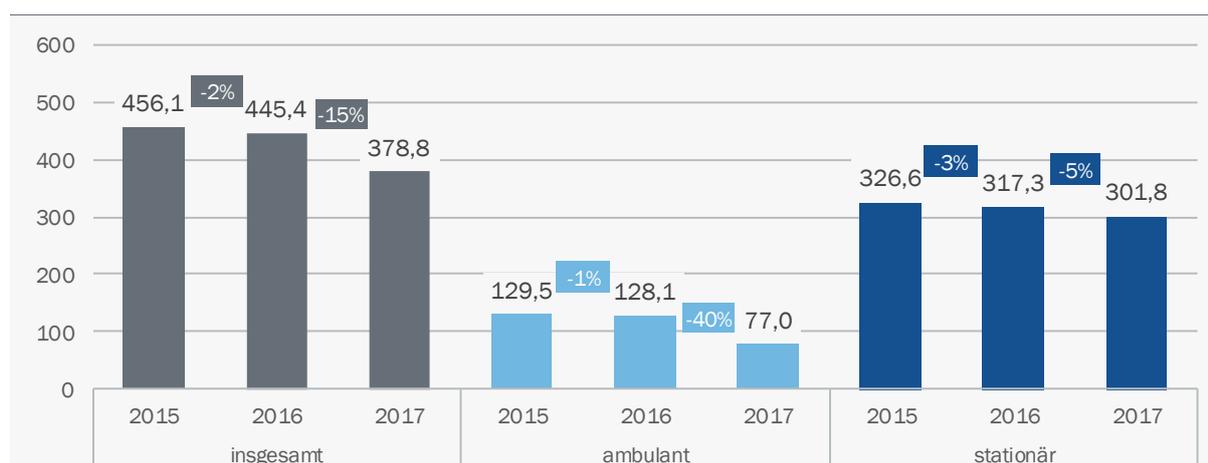
\* Für das Jahr 2017 sind die Bruttoausgaben um die Ausgaben für die in der Empfängerstatistik für dasselbe Jahr nicht enthaltenen ca. 23.000 Pflegebedürftigen bereinigt, deren Verfahren zur Feststellung des Pflegegrades noch nicht abgeschlossen war.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung und Berechnung auf Basis der Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes

<sup>142</sup> Die Sozialhilfestatistik verwendet die Begrifflichkeiten „außerhalb von Einrichtungen“ und „in Einrichtungen“. Unter Letzterem sind die stationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege subsumiert. Da die inhaltliche Deckungsgleichheit gegeben ist, wird aus Gründen der begrifflichen Anschlussfähigkeit an die Pflegestatistik in diesem Kapitel „ambulant“ anstelle von „außerhalb von Einrichtungen“ und „stationär“ anstelle von „in Einrichtungen“ verwendet.

Da die Bruttoausgaben für Leistungen der Hilfe zur Pflege maßgeblich von der Zahl der HzP-Empfänger abhängig sind, ist auch die zeitgleiche Entwicklung der **Empfängerzahlen** in den Blick zu nehmen.<sup>143</sup> Im Laufe des Jahres 2017 (Jahressumme) gab es in Deutschland rund 378.800 HzP-Empfänger, was einem deutlichen Rückgang um 15 Prozent gegenüber dem Vorjahr entspricht.<sup>144</sup> Während der Rückgang der Bruttoausgaben in beiden Versorgungsbereichen annähernd gleich stark verlaufen ist, zeigen die Empfängerzahlen je nach Ort der Leistungserbringung eine unterschiedliche Entwicklung. Im ambulanten Bereich hat sich die Zahl der HzP-Empfänger zwischen den Jahren 2016 und 2017 abrupt um 40 Prozent auf rund 77.000 Empfänger verringert. Demgegenüber hat es im stationären Bereich nur einen leichten Rückgang um fünf Prozent auf rund 302.000 HzP-Empfänger gegeben. Zwischen den Jahren 2015 und 2016 gab es eine ähnliche Entwicklung (-3 %). Durch die unterschiedliche Entwicklung der beiden Bereiche hat sich der Anteil der stationär versorgten HzP-Empfänger von 71 Prozent im Jahr 2016 auf 80 Prozent im Jahr 2017 erhöht (Abbildung 35).

**Abbildung 35: Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege\* nach Ort der Leistungserbringung – absolute Zahlen in 1.000 sowie prozentuale Veränderung gegenüber dem vorherigen Jahr (in %) 2015, 2016 und 2017 (im Laufe des Berichtsjahres)**



\* Nicht enthalten sind die ca. 23.000 Pflegebedürftigen, deren Verfahren zur Feststellung des Pflegegrades noch nicht abgeschlossen war.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung und Berechnung auf Basis der Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes

<sup>143</sup> In Kapitel 5.1 im Anhang sind die Empfängerzahlen auch nach Leistungsgraden und Pflegegraden dargestellt. Zu berücksichtigen ist, dass in der Empfängerstatistik für das Jahr 2017 ca. 23.000 Pflegebedürftige nicht erfasst sind, deren Verfahren zur Feststellung des Pflegegrades noch nicht abgeschlossen war.

<sup>144</sup> In der Sozialhilfestatistik gibt es bezogen auf die HzP-Empfänger zwei Messvarianten: Entweder werden die Empfängerzahlen kumuliert im Laufe des Berichtsjahres (2017: 387.824) oder als Stichtagsmessung zum Jahresende (2017: 287.352) angegeben. Je nach Betrachtungsweise ist eine der beiden Varianten adäquater. In diesem Kapitel werden beide Varianten verwendet und daher in der Abbildungsüberschrift kenntlich gemacht. Die Daten „im Laufe des Berichtsjahres“ werden für den Vergleich mit den Bruttoausgaben verwendet, da sich diese auch auf das gesamte Berichtsjahr beziehen (vgl. Abbildung 35 bis Abbildung 38). Die Daten „zum Jahresende“ werden für den Vergleich mit der Zahl der Pflegebedürftigen herangezogen, da die Daten aus der Pflegestatistik zum Stichtag 31.12. erhoben werden (vgl. Abbildung 39).

Die Betrachtung der Entwicklungstendenzen der Bruttoausgaben und der Empfängerzahlen legt die Schlussfolgerung nahe, dass der Rückgang der Bruttoausgaben für Leistungen der Hilfe zur Pflege auf die gesunkene Anzahl an HzP-Empfängern zurückzuführen ist. Im Zuge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde der Kreis der Leistungsberechtigten nach dem SGB XI um Personen ausgeweitet, die oftmals nur einen geringen Grad der Pflegebedürftigkeit aufweisen und daher vorwiegend außerhalb von Pflegeeinrichtungen versorgt werden. Entsprechend ist die Zahl der Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich seit der Systemumstellung deutlich stärker angestiegen als im stationären Bereich (siehe Abbildung 38). Die Tatsache, dass einige der neu leistungsberechtigten Personen nun keine Leistungen der Hilfe zur Pflege mehr in Anspruch nehmen müssen, ist ein Grund für den Rückgang der HzP-Empfänger seit der Systemumstellung. Neben dem genannten Personenkreis, der erstmalig in die Pflegeversicherung einbezogen wurde, haben auch bereits vor der Systemumstellung als pflegebedürftig eingestufte Personen im Zuge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs von Leistungsausweitungen profitiert. Durch die großzügigen Überleitungsregelungen im Rahmen des Besitzstandsschutzes (z. B. doppelter Stufensprung), ist auch die Zahl jener Pflegebedürftigen zurückgegangen, die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinaus auf Leistungen der Hilfe zur Pflege angewiesen waren. Die geschilderte Entwicklung der Empfängerzahlen und der veränderten Leistungsempfängerstrukturen erklären zusammen die Veränderungen der Bruttoausgaben für Leistungen der Hilfe zur Pflege. Der genaue Zusammenhang der Bezugsgrößen ist jedoch weitaus komplexer und je nach spezifischer Personengruppe ergeben sich divergierende Effekte.<sup>145</sup> Zum Beispiel gibt es den Effekt einer möglichen anderen Zuordnung von Leistungen innerhalb des SGB XII zwischen der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe.<sup>146</sup>

Auch die Vertreterinnen und Vertreter des Deutschen Landkreistages, des Deutschen Städtetages und der BAGüS haben im Rahmen des Fachgesprächs angemerkt, dass es zu erwarten gewesen sei, dass es durch die Einbeziehung eines neuen Personenkreises in die Pflegeversicherung – der teilweise Leistungen der Hilfe zur Pflege bezogen hat – zu einer Veränderung der Zuordnung von Leistungen nach dem SGB XI und SGB XII kommen werde. Daneben sei es durch die Überleitungsregelungen mit den Stufensprüngen geradezu systemimmanent gewesen, dass die Empfängerzahlen bei den Leistungen der Hilfe zur Pflege zurückgegangen sind.<sup>147</sup>

Die Komplexität des Zusammenhangs zwischen Ausgaben und Empfängern zeigt sich u. a. auch daran, dass der Rückgang der Empfängerzahlen und der Bruttoausgaben nicht proportional zueinander verläuft und sich je nach Ort der Leistungserbringung deutlich unterscheidet. Es ergeben sich entsprechend unterschiedliche Pro-Kopf-Ausgaben, d. h. **durchschnittliche Bruttoausgaben je HzP-Empfänger**. Diese entsprechen – analog zu den Finanzierungsanteilen der Pflegebedürftigen (siehe Kapitel 3.2.3) – den durchschnittlichen Finanzierungsanteilen der Sozialhilfeträger.

<sup>145</sup> Vgl. Rothgang, H. (2016).

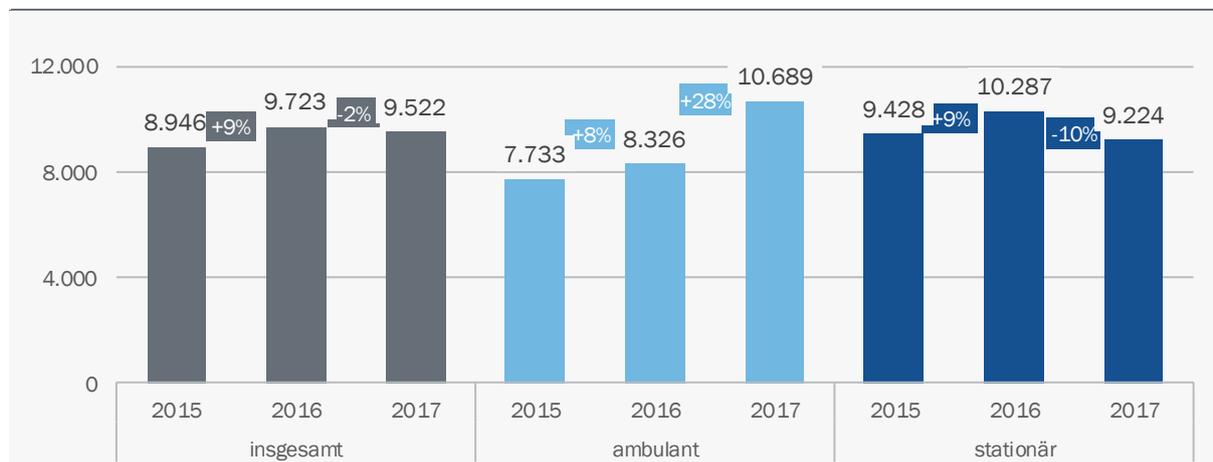
<sup>146</sup> Diese Thematik wird ausführlich in Los 3 der Evaluation nach § 18c Abs. 2 SGB XI untersucht.

<sup>147</sup> Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die Vertreterinnen und Vertreter der Träger der Sozialhilfe im Rahmen des Einführungsprozesses des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes ursprünglich mit Mehrausgaben für die Träger der Sozialhilfe durch die Systemumstellung gerechnet hatten. So hatte die BAGüS in ihrer Stellungnahme vom 30.09.2015 zum Entwurf des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes vom 07.09.2015 mit jährlichen Mehrbelastungen der Sozialhilfe von 2,9 Milliarden Euro gerechnet. Die Bundesregierung dagegen hatte damals eine jährliche Entlastung der Sozialhilfe von 530 Millionen Euro prognostiziert.

Insgesamt haben sich die Bruttoausgaben je HzP-Empfänger im Jahr 2017 um zwei Prozent gegenüber dem Vorjahr reduziert und beliefen sich durchschnittlich auf 9.522 Euro im Jahr – monatlich sind das 794 Euro (Abbildung 36). Dieser Rückgang ergibt sich aus der zuvor in Abbildung 34 und Abbildung 35 dargestellten Entwicklung der Bezugsgrößen. Während sich die Empfängerzahlen zwischen den Jahren 2016 und 2017 um 15 Prozent verringert haben, sind die Bruttoausgaben mit 17 Prozent überproportional gesunken, woraus durchschnittlich geringere Pro-Kopf-Ausgaben resultierten.

- Im Vergleich zum erheblichen Rückgang der Empfängerzahlen im ambulanten Bereich sind die entsprechenden Bruttoausgaben deutlich weniger stark zurückgegangen, weshalb sich die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben im ambulanten Bereich gegenüber dem Jahr 2016 um 28 Prozent erhöht haben und im Jahr 2017 bei 10.689 Euro lagen – monatlich sind das 891 Euro. Dieser Anstieg liegt laut dem Statistischen Bundesamt in dem statistischen Effekt begründet, dass durch die Ausweitung des Kreises der Anspruchsberechtigten aus dem SGB XI im Vergleich zum Zeitraum vor der Systemumstellung insbesondere Personen mit geringen Leistungsbeträgen aus dem Kreis der HzP-Empfänger ausgeschieden sind.
- Im stationären Bereich veränderten sich die Bezugsgrößen entgegengesetzt. Einem moderaten Rückgang der HzP-Empfänger stand ein überproportionaler Rückgang der Bruttoausgaben gegenüber, weshalb sich im Ergebnis die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben im Vergleich zum Jahr 2016 um zehn Prozent verringert haben und im Jahr 2017 bei 9.224 Euro lagen – monatlich sind das 7.697 Euro.

**Abbildung 36: Bruttoausgaben\* je Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege nach Ort der Leistungserbringung – absolute Zahlen in Euro sowie prozentuale Veränderung gegenüber dem vorherigen Jahr (in %)**  
2015, 2016 und 2017 (im Laufe des Berichtsjahres)



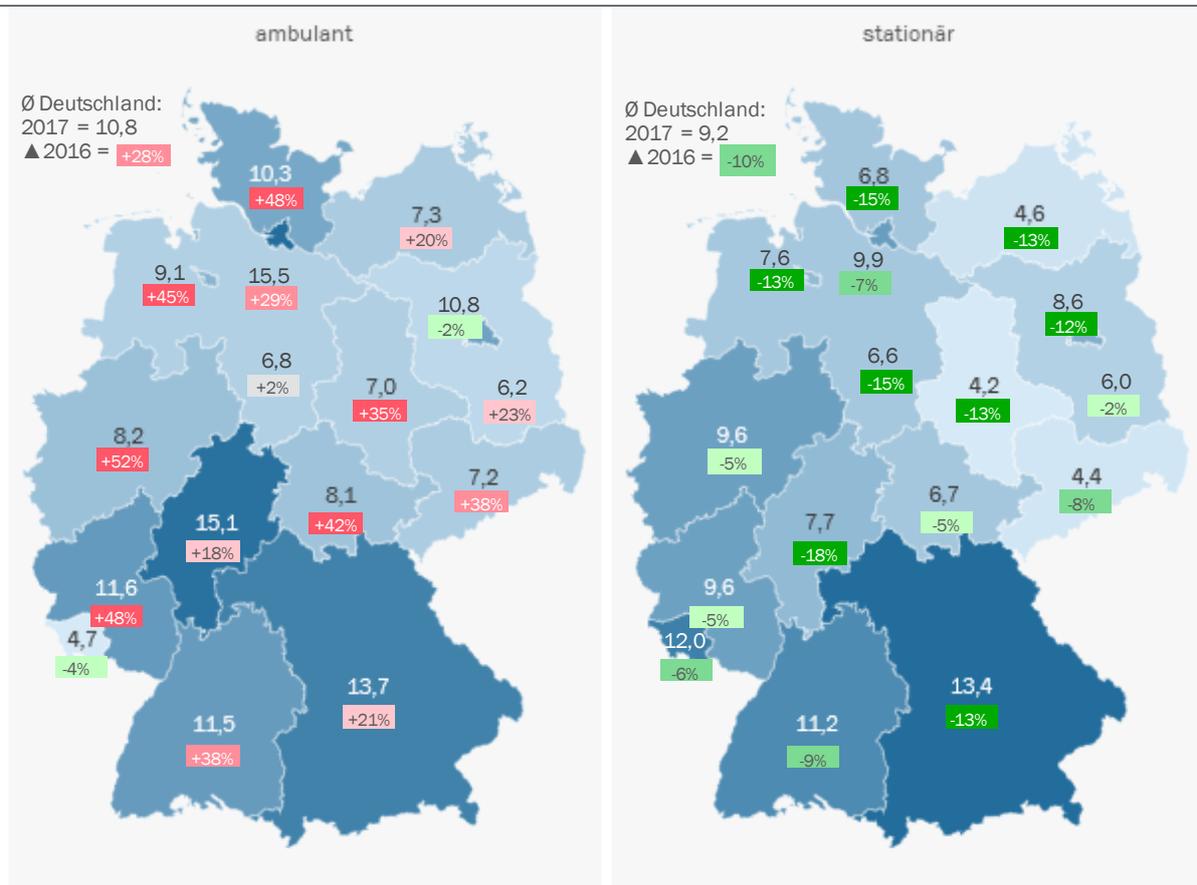
\* Für das Jahr 2017 sind die Bruttoausgaben um die Ausgaben für die in der Empfängerstatistik für dasselbe Jahr nicht enthaltenen ca. 23.000 Pflegebedürftigen bereinigt, deren Verfahren zur Feststellung des Pflegegrades noch nicht abgeschlossen war.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung und Berechnung auf Basis der Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes

Auf Bundesländerebene zeigen sich beträchtliche regionale Unterschiede der Pro-Kopf-Ausgaben sowie der Veränderung gegenüber dem Jahr 2016 (Abbildung 37). Es ist jedoch wichtig darauf hinzuweisen, dass die Zahlen auf Bundesländerebene nur sehr eingeschränkt vergleichbar sind und keine monokausalen Rückschlüsse zulassen. Zum einen ist die öffentliche Förderung in den Bundesländern unterschiedlich ausgestaltet. So gibt es in einzelnen Ländern bspw. Pflegewohn-geld, welches noch vor der Hilfe zur Pflege gewährt wird. Ferner weichen die zu tragenden Eigen-anteile der Pflegebedürftigen pro Bundesland teilweise deutlich voneinander ab und auch die ge-samte Einkommenssituation und damit der grundsätzliche Bedarf an Hilfe zur Pflege ist je nach Bundesland unterschiedlich.<sup>148</sup>

**Abbildung 37: Bruttoausgaben\* je Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege nach Ort der Leistungserbringung und nach Bundesländern – absolute Zahlen für das Jahr 2017 in 1.000 Euro sowie prozentuale Veränderung gegenüber dem Jahr 2016 (in %)**

2016 und 2017 (im Laufe des Berichtsjahres)



\* Für das Jahr 2017 sind die Bruttoausgaben um die Ausgaben für die in der Empfängerstatistik für dasselbe Jahr nicht enthaltenen ca. 23.000 Pflegebedürftigen bereinigt, deren Verfahren zur Feststellung des Pflegegrades noch nicht abgeschlossen war.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung und Berechnung auf Basis der Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes

<sup>148</sup> Vgl. Kochskämper, S. (2018).

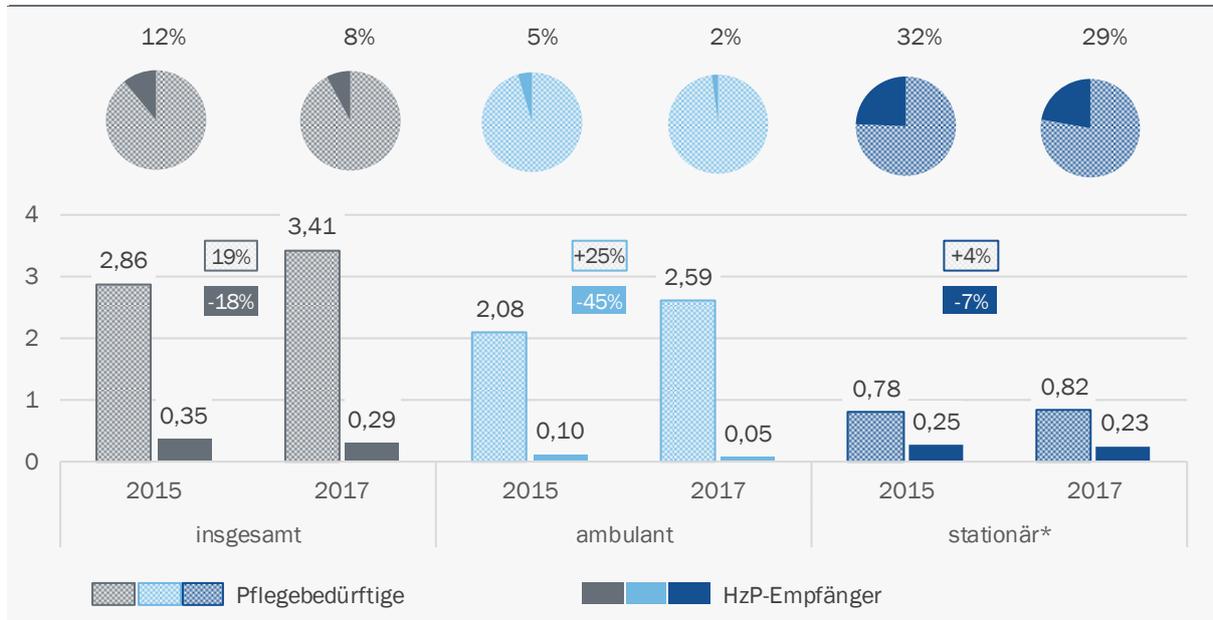
Aufgrund der zuvor beschriebenen Ursachen – Ausweitung des leistungsberechtigten Personenkreises (SGB XI) und Besitzstandsschutzregelungen – hat es trotz des Anstiegs der Pflegebedürftigen im Kontext der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs keinen Anstieg der HzP-Empfänger sowie der Bruttoausgaben für Leistungen der Hilfe zur Pflege gegeben. Um sich der Auswirkung dieser Effekte zu nähern, wird nachfolgend die **Entwicklung der Pflegebedürftigen sowie des Anteils an HzP-Empfängern** beschrieben.<sup>149</sup>

Im Zuge der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen zwischen den Jahren 2015 und 2017 erheblich um 19 Prozent erhöht (Abbildung 38). Hierbei ist der Anstieg im ambulanten Bereich mit 25 Prozent deutlich höher ausgefallen als im stationären Bereich (+4 %). Im selben Zeitraum zeigt sich eine entgegengesetzte Entwicklung bei den HzP-Empfängern. Sowohl ambulant als auch stationär sind hier die Empfängerzahlen zurückgegangen. In der Konsequenz sind die Anteile der HzP-Empfänger an allen Pflegebedürftigen insgesamt gesunken.

Interessanterweise sind die Anteilsverhältnisse von ambulant und stationär in Bezug auf HzP-Empfänger und Pflegebedürftigen insgesamt fast entgegengesetzt. Während die stationären HzP-Empfänger im Jahr 2017 80 Prozent aller HzP-Empfänger ausmachten, verhielt es sich in Bezug auf die Gesamtheit der Pflegebedürftigen genau umgekehrt. Hier wurden 76 Prozent aller Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich versorgt. Dies zeigt, dass die Hilfe zur Pflege im stationären Bereich eine viel größere Rolle spielt. Während im Jahr 2017 fast jeder Dritte stationär Pflegebedürftige auch Leistungen der Hilfe zur Pflege bezog, traf dies im ambulanten Bereich nur auf einen von Fünfzig zu.

<sup>149</sup> Da die Pflegestatistik keine Daten für das Jahr 2016 liefert, muss abweichend zur bisherigen Herangehensweise der Vergleich zwischen den Jahren 2015 und 2017 erfolgen. Zudem wird die Anzahl der HzP-Empfänger nicht mehr im Laufe des Berichtsjahres, sondern zum Jahresende angegeben wird, da dies der Messung der Pflegebedürftigen in der Pflegestatistik entspricht (siehe Fußnote 144).

**Abbildung 38: Anzahl und Anteil Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege an allen Pflegebedürftigen nach Ort der Leistungserbringung – absolute Zahlen in 1.000.000, Anteile (Kreisdiagramme) und prozentuale Veränderung gegenüber dem Jahr 2015 (in %) 2015 und 2017 (zum Jahresende)**

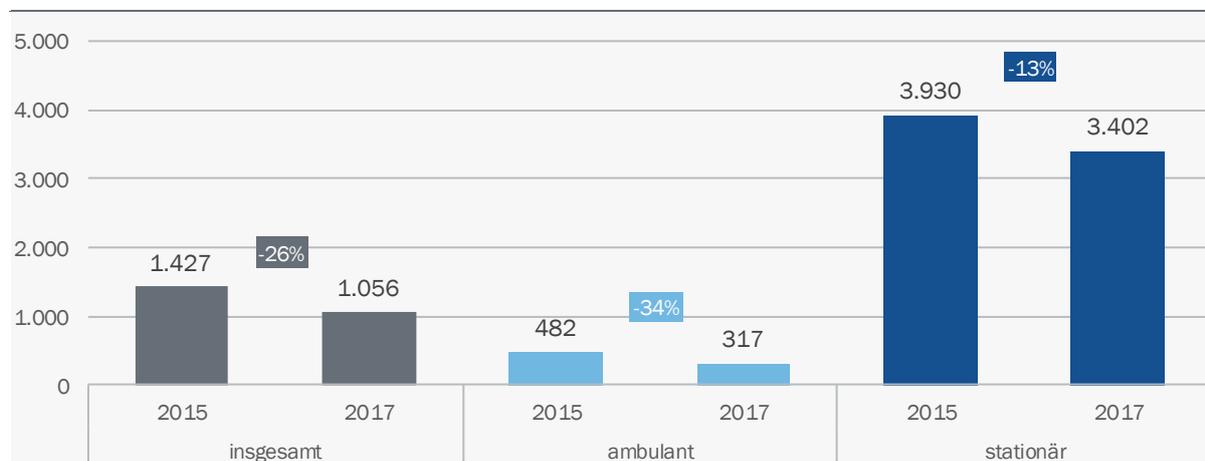


\* Die stationären Pflegebedürftigen entsprechen der in der Pflegestatistik unter „vollstationär in Heimen“ ausgewiesenen Anzahl. Hierdurch sind die Pflegebedürftigen in teilstationärer Pflege nicht erfasst. Die teilstationäre Pflege hat in der Hilfe zur Pflege jedoch nur ein sehr geringer Anteil (siehe Exkurs).

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung und Berechnung auf Basis der Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes

Aufgrund des im Vergleich zum Rückgang der Bruttoausgaben stärkeren Rückgangs der HzP-Empfänger, sind die Pro-Kopf-Ausgaben der Träger der Sozialhilfe für Leistungen der Hilfe zur Pflege insgesamt zwischen den Jahren 2016 und 2017 gestiegen (siehe Abbildung 36). Die Entwicklung der **Bruttoausgaben je Pflegebedürftigen** zwischen den Jahren 2015 und 2017 zeigt hingegen ein anderes Bild (Abbildung 39). Den gesunkenen Bruttoausgaben für Leistungen der Hilfe zur Pflege steht hier eine gestiegene Zahl an Pflegebedürftigen gegenüber. Im ambulanten Bereich sind die Pro-Kopf-Ausgaben je Pflegebedürftigen dabei stärker gesunken (-34 %) als im stationären Bereich (-13 %). Allerdings liegen sie im stationären Bereich auch auf einem deutlich höheren Niveau, weshalb der absolute Rückgang rund dreimal so hoch war wie im ambulanten Bereich.

**Abbildung 39: Bruttoausgaben\* für Hilfe zur Pflege je Pflegebedürftigen nach Ort der Leistungserbringung – absolute Zahlen in Euro sowie prozentuale Veränderung gegenüber dem Jahr 2015 (in %) 2015 und 2017**



\* Für das Jahr 2017 sind die Bruttoausgaben um die Ausgaben für die in der Empfängerstatistik für dasselbe Jahr nicht enthaltenen ca. 23.000 Pflegebedürftigen bereinigt, deren Verfahren zur Feststellung des Pflegegrades noch nicht abgeschlossen war.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung und Berechnung auf Basis der Sozialhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes

Die Vertreterinnen und Vertreter der Sozialhilfeträger haben im Rahmen des Fachgespräches die Einschätzung abgegeben, dass es sich beim Rückgang der Bruttoausgaben für Leistungen der Hilfe zur Pflege nach der Systemumstellung ihrer Ansicht nach um einen Einmaleffekt des Jahres 2017 handle. Ursächlich für den Einmaleffekt sei, dass die Besitzstandsschutzregelungen nur für den Bestand der Pflegebedürftigen greifen und die neu hinzukommenden Pflegebedürftigen bei gleichem Bedarf tendenziell niedrigere Pflegegrade und damit geringere Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten würden. Gleichzeitig würden die zu tragenden Eigenanteile der Pflegevergütung stetig ansteigen (siehe Kapitel 3.2.3). Deshalb gehen sie davon aus, dass die Empfängerzahlen und die Bruttoausgaben für Leistungen der Hilfe zur Pflege ab dem Jahr 2018 wieder angestiegen sind<sup>150</sup> bzw. auch danach weiter ansteigen werden. Vor diesem Hintergrund gelte es, die Auswirkungen der Neuausrichtung der Vergütungsverfahren auf die Finanzierungsanteile der Sozialhilfeträger weiterhin zu beobachten.

<sup>150</sup> Für die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege liegen noch keine Daten für das Jahr 2018 vor. Für die Bruttoausgaben der Träger der Sozialhilfe liegen bereits Daten für das Jahr 2018 vor. Diese sind im Vergleich zum Jahr 2017 auf rund 4.002.953.000 Euro angestiegen (+11 % im Vergleich zum bereinigten Wert des Jahres 2017, +3 % im Vergleich zum unbereinigten Wert). Es ist jedoch auch im Jahr 2018 mit einer Entlastung für die Träger der Sozialhilfe zu rechnen. Dies geht aus Daten des Statistischen Bundesamtes hervor, deren Auswertung nicht mehr im Rahmen dieses Projektes möglich war.

### 3.6 Einschätzungen der beteiligten Akteure zur Anwendung des neuen Begutachtungsinstruments und zu den damit zusammenhängenden Prozessen

Im folgenden Teilkapitel werden ergänzend zu den Kapiteln 3.3 bis 3.5 weitere bisherige Erfahrungen mit dem neuen Begutachtungsinstrument dargestellt. Im Zentrum stehen insbesondere die Perspektiven der Versicherten bzw. der sonstigen Akteure, die mit dem Begutachtungsinstrument in Kontakt kommen.

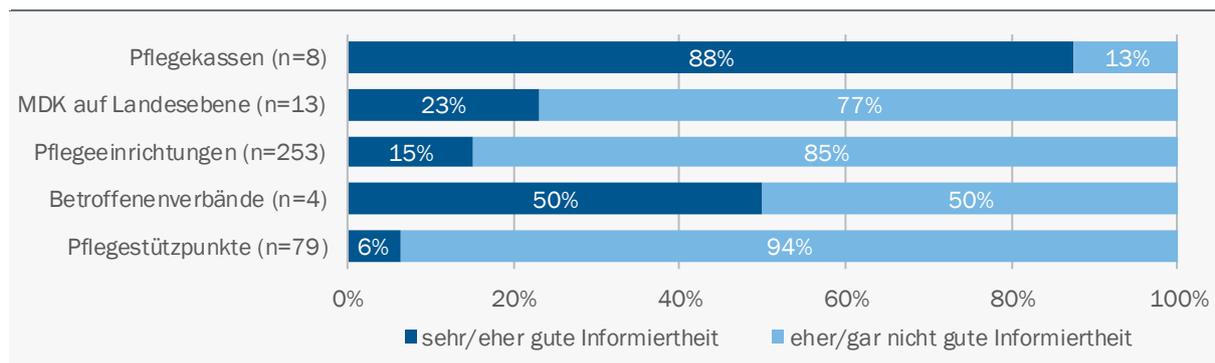
#### 3.6.1 Informiertheit der Antragstellenden über die Inhalte des Begutachtungsinstrumentes

Die Ergebnisse der im ersten Quartal 2019 durchgeführten Online-Befragung unterschiedlicher Akteursgruppen deuten darauf hin, dass Personen, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben, (eher) nicht gut über die Inhalte des Begutachtungsinstrumentes informiert sind (Abbildung 40).<sup>151</sup> Dies gilt den Angaben von Medicproof und Compass zufolge auch für antragstellende Versicherte der privaten Pflegepflichtversicherung. Der Vergleich der aktuellen Befragungsergebnisse mit den Befragungsergebnissen aus dem ersten Quartal 2018 zeigt, dass die Antragstellenden seither nicht besser über die Inhalte des Begutachtungsinstrumentes informiert zu sein scheinen. Insgesamt ist zu berücksichtigen, dass bei den Befragungen sehr unterschiedliche Bewertungen der verschiedenen Akteursgruppen zum Vorschein kamen.

Ursächlich für die tendenziell schlechte Informiertheit ist den Einschätzungen von Fachgesprächspartnerinnen und -partnern zufolge weniger eine unzureichende Information durch die Medizinischen Dienste und die Pflegekassen, sondern vielmehr die Komplexität des Begutachtungsinstrumentes.

**Abbildung 40: Einschätzungen der Informiertheit der Antragstellenden über die Inhalte des Begutachtungsinstrumentes**

Online-Befragung, 1. Quartal 2019



Quelle: Prognos 2019

<sup>151</sup> Die abweichenden, positiven Einschätzungen seitens der teilnehmenden Pflegekassen könnten darauf zurückzuführen sein, dass die Pflegekassen ihre Einschätzungen vor allem auf Basis ihres zur Begutachtung bestehenden Informationsangebotes getroffen haben. Letzteres ist nach Einschätzung mehrerer Fachgesprächspartnerinnen und -partner recht umfassend.

### 3.6.2 Übermittlung der Begutachtungsergebnisse

Die MDK auf Landesebene gaben in der Online-Befragung an, dass es lediglich selten oder nie zu Verzögerungen bei der (elektronischen) Übermittlung der Begutachtungsergebnisse an die Pflegekassen komme. Auch Medicproof berichtete, dass es nur selten Verzögerungen bei der (elektronischen) Übermittlung der Gutachten an die privaten Versicherungsunternehmen gebe. Die ebenfalls befragten Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen gaben zudem an, dass es selten oder nie Probleme bei der Zusendung der Begutachtungsergebnisse an die Versicherten gebe. In der letzten Befragung im ersten Quartal 2019 ist in allen befragten Akteursgruppen der Anteil derjenigen angestiegen, denen zufolge es nie zu Verzögerungen kommt.

Im Rahmen der Begutachtung wird seit dem 01.01.2017 abgefragt, ob die antragstellende Person der Übersendung des Gutachtens durch die Pflegekasse bzw. das private Versicherungsunternehmen widerspricht oder nicht.<sup>152</sup> Der Anteil der gesetzlich versicherten<sup>153</sup> Antragstellerinnen und Antragsteller, die der Zusendung des Gutachtens im Rahmen der Übermittlung des Leistungsbescheids widersprochen haben, belief sich laut Daten des MDS im Jahresdurchschnitt 2017 auf 0,6 Prozent und im Jahresdurchschnitt 2018 auf 0,4 Prozent, d. h. es zeigt sich eine leicht rückläufige Tendenz. Damit machte seit der Systemumstellung nur ein Bruchteil der Antragstellenden vom bestehenden Widerspruchsrecht Gebrauch.

### 3.6.3 Bewältigung des Vorbereitungs- und Einführungsprozesses bei den Pflegekassenverbänden und den Medizinischen Diensten

Zur Bewältigung des hohen Arbeitsaufwands, der durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs entstanden ist, haben sowohl die Pflegekassen bzw. privaten Versicherungsunternehmen als auch die MDK auf Landesebene bzw. Medicproof zusätzliche Maßnahmen ergriffen. Deren jeweilige Bedeutung im Zeitraum vom zweiten Quartal 2017<sup>154</sup> bis zum ersten Quartal 2019 wurde im Rahmen der halbjährlichen Online-Befragungen sowie in den Fachgesprächen mit den zentralen Akteuren abgefragt.<sup>155</sup>

<sup>152</sup> Vor der Systemumstellung wurde im Rahmen der Begutachtung erfragt, ob die Zusendung des Gutachtens erwünscht ist. Mit der Neuregelung ist nun ein aktiver Widerspruch gegen den Versand des Gutachtens nötig und nicht mehr die explizite Äußerung des Wunsches einer Übersendung.

<sup>153</sup> Für die Private Pflegeversicherung liegen weder dem PKV-Verband noch Medicproof entsprechende Daten vor.

<sup>154</sup> Im Rahmen der Kurzstudie zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde deren Bedeutung für die MDK bzw. Medicproof (damals noch nicht für die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen) im vierten Quartal 2016 und dem ersten Quartal 2017 erfragt: Während im vierten Quartal 2016 bei den MDK die Schulung der Gutachterinnen und Gutachter im Vordergrund stand, lag der Fokus im ersten Quartal 2017 auf der Neueinstellung zusätzlicher Gutachterinnen und Gutachter. Medicproof hat dagegen bereits im ersten Halbjahr 2016 zusätzliches Personal eingestellt, jedoch erst Anfang 2017 mit der Schulung der Gutachterinnen und Gutachter zum neuen Begutachtungsinstrument begonnen. Im ersten Quartal 2017 stand bei Medicproof vor allem die umfassende Qualitätskontrolle der mit dem neuen Begutachtungsinstrument durchgeführten Begutachtungen im Fokus. Auch die MDK auf Landesebene gaben an, dass sie im ersten Quartal 2017 entsprechende Qualitätskontrollen durchgeführt haben.

<sup>155</sup> Bei den MDK und Medicproof wurden folgende zusätzliche Maßnahmen abgefragt: Freiwillige Mehrarbeit des bestehenden Personals, Einstellung von zusätzlichen Gutachterinnen und Gutachtern (nur MDK), Einsatz von zusätzlichen externen Gutachterinnen und Gutachtern, Einstellung von zusätzlichem sonstigen Personal, Öffentlichkeitsarbeit, Anpassungen der aktuellen Software, Fachbesprechungen (Qualitätszirkel, Reflexions-/Austauschtreffen), Fallbesprechungen der Gutachten, Supervision der Gutachterinnen und Gutachter, zusätzliche interne Qualitätskontrolle der Gutachten, (Online-)Schulung der Gutachterinnen und Gutachter zum neuen Begutachtungsinstrument, (Online-)Schulung anderer Akteure (Pflegekassen, Verbände) zum neuen Begutachtungsinstrument. Bei den Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen wurde nicht nach den (Online-)Schulungen und nur allgemein nach der Einstellung von zusätzlichem Personal gefragt.

Grundsätzlich haben alle befragten Akteure über den gesamten Zeitraum der Fortschreibung des Monitorings nach wie vor eine Vielzahl von zusätzlichen Maßnahmen im Kontext der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergriffen. Dieser dauerhafte Bedarf an zusätzlichen Maßnahmen ist insbesondere dem nachhaltigen Anstieg der Antragseingänge zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und dem damit zusammenhängenden hohen Begutachtungsaufkommen geschuldet (siehe auch Kapitel 3.3.3).

- Alle befragten Akteursgruppen haben durchgehend angegeben, dass sie auf die **freiwillige Mehrarbeit des bestehenden Personals** angewiesen sind. Bei den Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen hat der Anteil der Befragten, die diese Maßnahme ergreifen, im Zeitverlauf kontinuierlich abgenommen. Bei den MDK und Medicproof blieb der Bedarf nach Mehrarbeit dagegen durchgehend hoch und ist bei den MDK im ersten Quartal 2019 erneut gestiegen – u. a. auch deshalb, weil nach Aussage eines Vertreters des MDS nicht alle Planstellen für neue Gutachterinnen und Gutachter gleich zu Jahresbeginn neu besetzt werden konnten.
- Sowohl kurz nach der Systemumstellung als auch im Laufe des Jahres 2018 und später war die **Einstellung von zusätzlichen Gutachterinnen und Gutachtern** eine der zentralen Maßnahmen der MDK und Medicproof. Die Einstellung von sonstigem zusätzlichem Personal – bzw. die Einstellung von externen Gutachterinnen und Gutachtern durch die MDK – spielte dagegen eine eher untergeordnete Rolle. Auch die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen haben nach der Systemumstellung vermehrt zusätzliches Personal eingestellt.
- Eine weitere von allen befragten Akteursgruppen so gut wie durchgehend und häufig ergriffene Maßnahme waren **Fachbesprechungen (Qualitätszirkel, Reflexions-/Austauschtreffen)**. Bei den MDK und Medicproof spielten auch **Fallbesprechungen der Gutachten** durchgehend im gesamten Befragungszeitraum eine große Rolle. Medicproof hat die Ergebnisse der Fallbesprechungen auch für die Entwicklung des neuen Qualitätskontrollkonzeptes genutzt (siehe Kapitel 3.6.4).
- Auch die **zusätzliche interne Qualitätskontrolle der Gutachten** stellte eine der von den MDK und Medicproof durchgehend sehr häufig genannte zusätzliche Maßnahmen im Kontext der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs dar. Eine weitere wichtige Maßnahme war zudem die **Supervision der Gutachterinnen und Gutachter**. Die Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen haben diese Maßnahmen deutlich seltener ergriffen. Laut einem Vertreter des MDS ist die Supervision vor allem der vielen neu eingestellten Gutachterinnen und Gutachter – ebenso wie Fachbesprechungen und Fallbesprechungen der Gutachten – eine Voraussetzung dafür, dass diese bei der Begutachtung möglichst schnell ein hohes Qualitätsniveau erreichen.
- **Öffentlichkeitsarbeit** wurde von Medicproof kontinuierlich betrieben (z. B. Erstellung von sogenannten Erklärvideos für Versicherte, in denen die Bewertung der einzelnen Module des neuen Begutachtungsinstrumentes erklärt wird). Bei den MDK nahm die Bedeutung der Öffentlichkeitsarbeit im Zeitverlauf ab. Dasselbe gilt für die **Anpassung der aktuellen Software**. Medicproof hat in diesem Kontext u. a. automatische Plausibilitätsprüfungen in die Begutachtungsssoftware eingebaut.
- Zusätzliche **(Online-)Schulungen der Gutachterinnen und Gutachter** der MDK zum neuen Begutachtungsinstrument haben im Beobachtungszeitraum – ebenso wie die **(Online-)Schulung anderer Akteure (z. B. Pflegekassen, Verbände)** an Bedeutung verloren. Bei Medicproof spielte Letzteres durchgehend eine Rolle, aber eher selten und nur zu Spezialthemen. Stattdessen finden häufig gegenseitige Hospitationen mit privaten Versicherungsunternehmen statt. Bei Medicproof werden zudem seit Mitte des Jahres 2018 im Rahmen des neuen Qualitätskontrollkonzeptes (siehe Kapitel 3.6.4) vermehrt Online-Schulungen der – vorrangig neuen – Gutachterinnen und Gutachter zum neuen Begutachtungsinstrument durchgeführt.

Im Jahr 2019 soll der Fokus auf der Weiterbildung der bestehenden Gutachterinnen und Gutachter in Form von Webinaren liegen.

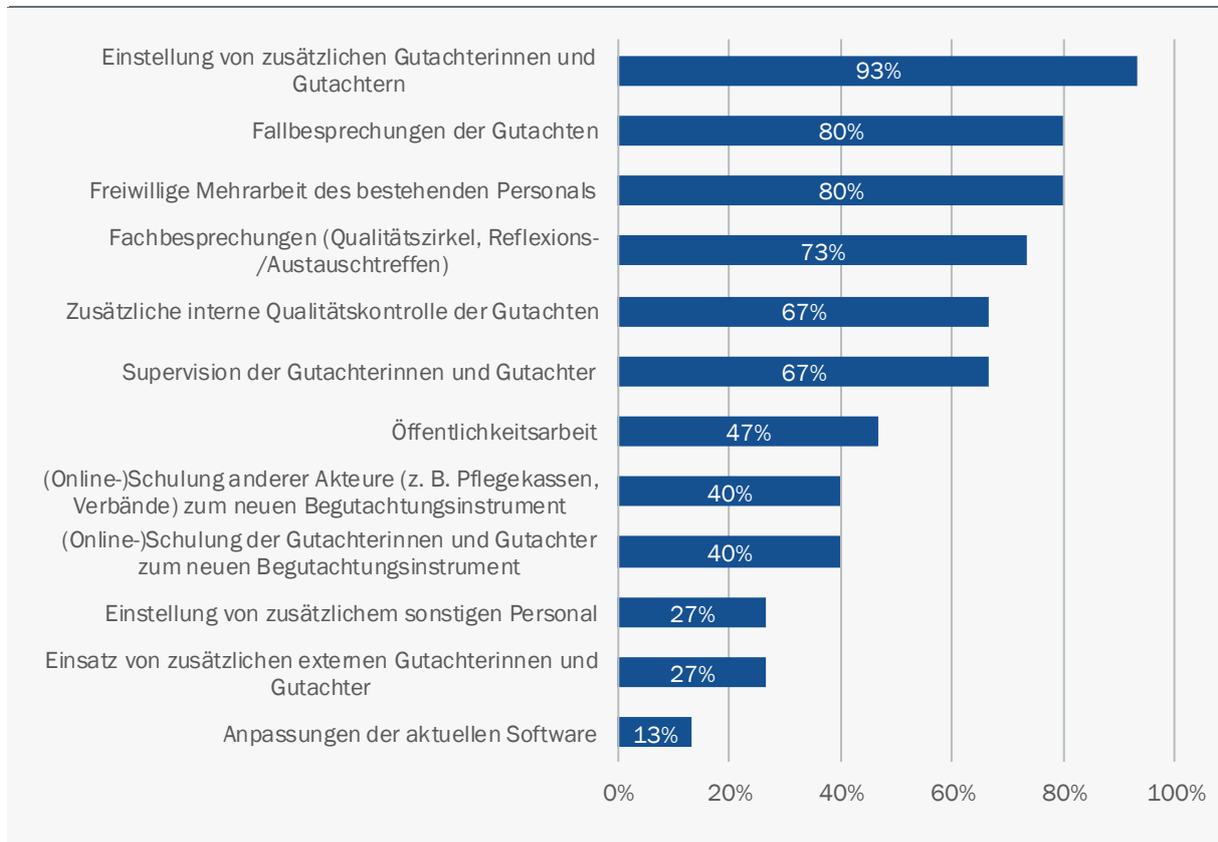
- Eine kontinuierlich genannte **sonstige, zusätzliche Maßnahme** der MDK stellten interne Audits dar. Im ersten Quartal 2019 wurde zudem von zwei MDK die verstärkte Pflegekassenberatung in der Sozialmedizinischen Fallberatung (SFB)<sup>156</sup> als zusätzliche Maßnahme genannt. Medicproof bereitet seit Ende des Jahres 2018 die Nachbesetzung von Zweit- und Kindergutachtern vor. Aktuell wird die Ausbildung von Kindergutachtern vorbereitet, die Ausbildung der Zweitausbilder läuft bereits. Die befragten privaten Versicherungsunternehmen nannten die Modifizierung der Arbeitsanweisungen in allen drei Befragungen als sonstige Maßnahme. Von den befragten Pflegekassen wurden keine sonstigen, zusätzlichen Maßnahmen genannt.

Laut den Ergebnissen der letzten Online-Befragung (1. Quartal 2019) stellt bei den befragten MDK aktuell – neben der freiwilligen Mehrarbeit des bestehenden Personals sowie der Fallbesprechungen der Gutachten – die Einstellung von zusätzlichen Gutachterinnen und Gutachtern die von allen MDK am häufigsten ergriffene Maßnahme dar (Abbildung 41). Von Medicproof werden nach wie vor alle angefragten Maßnahmen mit Ausnahme der Einstellung von zusätzlichem sonstigen Personal sowie einer zusätzlichen Qualitätskontrolle der Gutachten ergriffen.

<sup>156</sup> Im Rahmen der SFB werden Fragen der Pflegekassen im Kontext der Leistungen nach SGB XI beantwortet. Ein Vertreter des MDS erklärte im Fachgespräch, dass die Anzahl der Nachfragen der Pflegekassen zu den Leistungen der Pflegeversicherung aufgrund des breiteren Leistungsspektrums und der stärkeren Bewerbung der Leistungen (u. a. durch Empfehlungen) zugenommen habe. So sei bspw. die Zahl der Empfehlungen bzgl. Rehabilitation, Prävention und Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel gestiegen und damit auch die Zahl der SFB (siehe auch Kapitel 3.4). Meist geht es um die Prüfung der Sachgerechtigkeit bzw. Plausibilität der empfohlenen Leistungen (z. B. eines sehr teuren Hilfsmittels).

**Abbildung 41: Anteil der MDK auf Landesebene\*, die die jeweiligen Maßnahmen im Kontext der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zusätzlich ergreifen (in %)**

Online-Befragung, 1. Quartal 2019

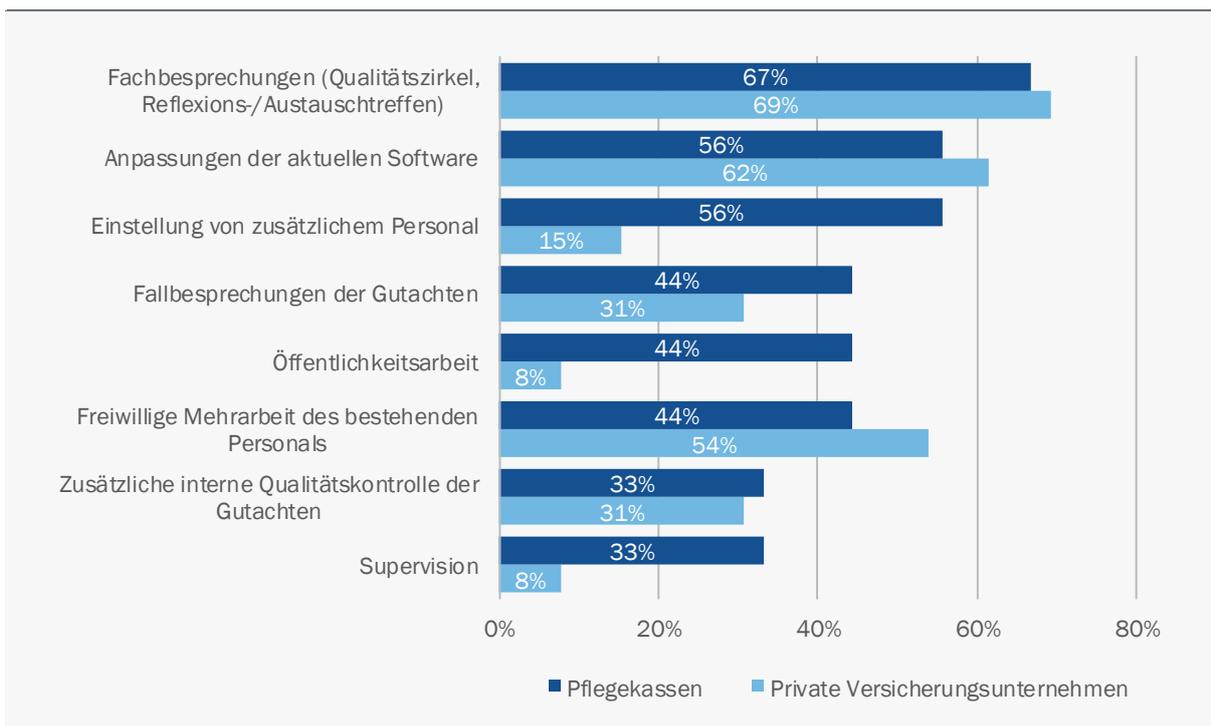


\* Es wurden insgesamt 15 MDK auf Landesebene befragt.

Quelle: Prognos 2019

Bei den befragten Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen war die Durchführung von Fachbesprechungen (Qualitätszirkel, Reflexions-/Austauschtreffen) neben der Anpassung der aktuellen Software die am häufigsten genannte zusätzliche Maßnahme (Abbildung 42).

**Abbildung 42: Anteil der ausgewählten Pflegekassen bzw. privaten Versicherungsunternehmen\*, die die jeweiligen Maßnahmen im Kontext der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zusätzlich ergreifen (in %)**  
Online-Befragung, 1. Quartal 2019



\* Es wurden neun ausgewählte Pflegekassen und 13 privaten Versicherungsunternehmen befragt.

Quelle: Prognos 2019

### 3.6.4 Qualität der Gutachten

#### Sach- und Fachgerechtigkeit der Gutachten

In der dritten Online-Befragung (erstes Quartal 2019) gaben alle befragten **Pflegekassen** an, dass aktuell keine besonderen mit dem neuen Begutachtungsinstrument zusammenhängenden Herausforderungen bestehen, auf Grundlage der von den MDK übersandten Gutachten fach- und sachgerechte Leistungsentscheidungen vorzunehmen. Im Rahmen der ersten Online-Befragung (erstes Quartal 2018) hatten noch wenige der befragten Pflegekassen von teilweise bestehenden qualitativen Mängeln der Gutachten berichtet (z. B. Bewertungsfehler), in diesem Kontext jedoch auch auf die geringen Erfahrungswerte aller Beteiligten im Umgang mit dem neuen Begutachtungsinstrument hingewiesen. Gemäß den aktuellen Ergebnissen scheint sich der Prozess an dieser Stelle mittlerweile eingespielt zu haben.

Knapp zwei Drittel der befragten **privaten Versicherungsunternehmen** gaben sowohl in der ersten (erstes Quartal 2018) als auch in der dritten Online-Befragung (erstes Quartal 2019) an, dass keine besonderen Herausforderungen hinsichtlich der Leistungsentscheidung auf Basis der von Medicproof übermittelten Gutachten bestehen. Der Einschätzung der übrigen Befragten nach sind durch das neue Begutachtungsinstrument u. a. die Leistungsentscheidungen bei Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen aufgrund uneindeutiger diesbezüglicher Angaben im Gutachten schwieriger geworden. Aufgrund fehlender Transparenz bei der Berechnung der gewichteten Punktwerte falle es den privaten Versicherungsunternehmen zudem teilweise schwer, die im Gutachten errechneten Punktwerte auf Nachfrage gegenüber den Versicherten zu begründen. Aufklärungs- und Bearbeitungsbedarf im Nachgang an die Begutachtung bestehe teilweise auch hinsichtlich des bei der Begutachtung ermittelten Pflegeaufwands und der benannten Pflegepersonen.

### **Struktur der Pflegegutachten und Nachvollziehbarkeit der Begutachtungsergebnisse**

Im folgenden Abschnitt werden die im Rahmen der Fortschreibung des Monitorings gewonnenen Erkenntnisse zur Struktur der Pflegegutachten und zur Nachvollziehbarkeit der Begutachtungsergebnisse für die Antragstellenden vorgestellt. Die Ergebnisse basieren auf der Befragung unterschiedlicher Akteursgruppen im Rahmen von Online-Befragungen und Fachgesprächen.

#### **Struktur der Pflegegutachten**

Die Struktur der Pflegegutachten des MDK stuften in der letzten Online-Befragung alle befragten Pflegekassen als transparent, die Mehrheit der befragten Pflegestützpunkte als intransparent für die Antragstellenden ein.<sup>157</sup> Folgende Verbesserungsvorschläge wurden von den Pflegestützpunkten unterbreitet:

- Darstellung wesentlicher Informationen und Ergebnisse der Begutachtung (u. a. Gesamtpunktzahl, modulbezogene Punktzahl, Empfehlungen) auf einer separaten Seite; daneben separates Deckblatt mit Inhaltsverzeichnis; Heftung
- Verbesserung der optischen Gestaltung der Gutachten (u. a. bessere Hervorhebung bzw. Absetzung von Überschriften, Ergebnissen und Hinweisen bspw. auf Beratungsangebote durch größere Schriftgrößen oder fette bzw. farbliche Hervorhebungen; bessere Absetzung der sechs Module, keine Seitenumbrüche in den Modulen)
- Verwendung einer leicht verständlichen Ausdrucksweise

Die Struktur der Pflegegutachten von Medicproof ist aus Sicht des PKV-Verbandes sowie aus Sicht von Compass transparent für die Antragstellenden.

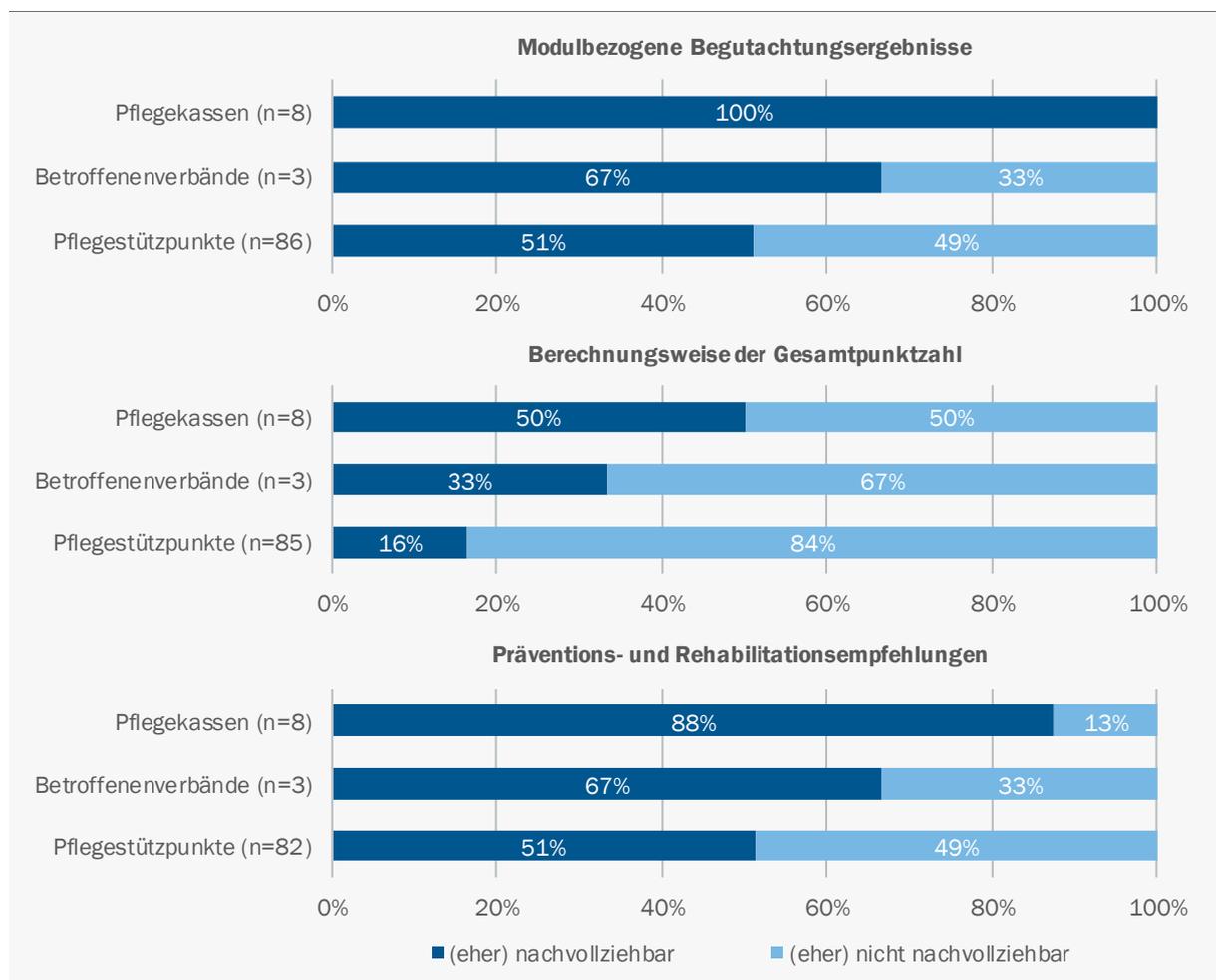
<sup>157</sup> Ergebnisse der dritten Online-Befragung (1. Quartal 2019). Von den ebenfalls befragten Betroffenenverbänden konnten lediglich zwei eine Einschätzung abgeben, wobei sich beide Akteure widersprachen.

### Nachvollziehbarkeit der Begutachtungsergebnisse

Die Ergebnisse der im ersten Quartal 2019 durchgeführten Online-Befragung von Pflegekassen, Betroffenenverbänden und Pflegestützpunkten zeigen, dass die Begutachtungsergebnisse für einen Teil der Antragstellenden nach wie vor nicht nachvollziehbar sind. Dies gilt vor allem für die Berechnungsweise der Gesamtpunktzahl auf Basis der Einzelpunktzahl, in geringerem Maße auch für die modulbezogenen Begutachtungsergebnisse und die Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen (Abbildung 43).<sup>158</sup>

**Abbildung 43: Einschätzungen der Nachvollziehbarkeit der Begutachtungsergebnisse für die Antragstellenden**

Online-Befragung, 1. Quartal 2019



Quelle: Prognos 2019

<sup>158</sup> Die im Rahmen eines Fachgespräches befragten Vertreterinnen des GKV-Spitzenverbandes äußerten, dass ihnen diesbezüglich keine Problemmeldungen der Pflegekassen vorlägen.

Die seitens der befragten Akteure genannten Gründe für die (eher) schwierige Nachvollziehbarkeit der Begutachtungsergebnisse sowie diesbezügliche Verbesserungsvorschläge sind in Tabelle 7 dargestellt.

### Tabelle 7: Gründe für eine (eher) schwierige Nachvollziehbarkeit der Begutachtungsergebnisse und Verbesserungsvorschläge

Online-Befragung, 1. Quartal 2018 und 1. Quartal 2019, und nachfolgende Fachgespräche

Gründe für eine (eher) schwierige Nachvollziehbarkeit	Verbesserungsvorschläge
<b>Modulbezogene Begutachtungsergebnisse</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die modulbezogenen Begutachtungsergebnisse sind nur bei Kenntnis der Begutachtungsrichtlinien nachvollziehbar. In besonderem Maße gilt dies für Modul 5.</li> <li>■ Die unterschiedlichen Grade der Selbstständigkeit, der Abstufungen der Fähigkeiten und/oder einige Kriterien und Fachbegriffe sind für Antragstellende schwer verständlich.*</li> <li>■ Der Zusammenhang zwischen der pflegerelevanten Vorgeschichte und den Punktwerten in den Modulen ist für Antragstellende nicht ersichtlich.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mehr Aufklärung und Beratung im Vorfeld und während der Begutachtung**</li> <li>■ Erläuterung der unterschiedlichen Grade der Selbstständigkeit, der Abstufungen der Fähigkeiten und schwer verständlicher Kriterien (ggfs. mit Praxisbeispielen), z. B. in Broschüre; schriftliche Erläuterung der modulbezogenen Ergebnisse</li> <li>■ Herstellung eines Bezugs zwischen der pflegerelevanten Vorgeschichte und den Punktwerten in den Modulen durch Hinweise/Stichworte unter den entsprechenden Bewertungen</li> </ul>
<b>Berechnungsweise der Gesamtpunktzahl auf Basis der Einzelpunktzahl</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Berechnungsweise ist aufgrund ihrer Komplexität grundsätzlich für Laien schwer nachvollziehbar.</li> <li>■ Insbesondere die Gewichtung, aber auch die Wertung nur eines der beiden Module 2 und 3, werden teilweise nicht verstanden.</li> <li>■ Die Erhebung von Informationen zu außerhäuslichen Aktivitäten sowie zur Haushaltsführung, ohne dass diese in die Bewertung einfließen, ist nicht nachvollziehbar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Erklärung der Berechnungsweise bzw. ihres Prinzips, einschließlich der Bewertungssystematik der beiden Module 2 und 3, in verständlicher Weise, z. B. auf Informationsblatt</li> <li>■ Ausweisung der gewichteten Punkte direkt unter den einzelnen Modulen und ggf. Erläuterung der Gewichtung, insbesondere bei Modul 5</li> <li>■ Erklärung, warum Informationen zu außerhäuslichen Aktivitäten sowie zur Haushaltsführung erhoben werden, diese jedoch nicht in die Bewertung einfließen</li> </ul>
<b>Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Die Präventions- und Rehabilitationsempfehlungen enthalten keine Erläuterung der gutachterlichen Entscheidung.</li> <li>■ Der entsprechende Abschnitt der Gutachten ist grundsätzlich recht unübersichtlich und enthält zu viele Verweise sowie teilweise schwer verständliche Formulierungen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Erläuterung der gutachterlichen Entscheidung</li> <li>■ Erläuterung der nächsten Schritte zur Umsetzung der Empfehlungen, einschließlich einer Kennzeichnung, welche Empfehlungen von den Kassen als Auftrag betrachtet werden, und welche Empfehlungen zunächst die Einholung einer Verordnung bzw. eines Rezeptes bedürfen</li> </ul>

\* Zu den Graden der Selbstständigkeit: Insbesondere in den Abschnitten 4.1, 4.4 und 4.6 sei die Grenze zwischen „überwiegend selbstständig“ und „überwiegend unselbstständig“ selten erkennbar. Als schwer verständlich identifizierte Kriterien und Fachbegriffe: Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen (4.2.5), Mitteilen von elementaren Bedürfnissen (4.2.9), nächtliche Unruhe (4.3.2), sozial inadäquate Verhaltensweisen (4.3.12), Bewältigung der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma (4.4.11), Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen (4.6.1), Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds (4.6.6), edukative Maßnahmen.

\*\* Den im Rahmen eines Fachgesprächs befragten Vertretern des MDS zufolge führt der MDK gegenwärtig bei Bedarf sogenannte Spontan- bzw. Impulsberatungen im Rahmen der Begutachtung durch, im Rahmen derer erste Hinweise zu bestehenden Fragen gegeben werden. Dem Wunsch nach einer umfassenden Information und Beratung seitens vieler Antragstellenden kann der MDK nicht erfüllen. In solchen Fällen werde auf die Beratungsangebote der Pflegestützpunkte und der Pflegekassen verwiesen.

Ergebnisse der Online-Befragung ausgewählter Pflegekassen, Betroffenenverbände und Beratungsinstitutionen (Pflegestützpunkte, Compass) sowie der Fachgespräche mit dem GKV-Spitzenverband, dem PKV-Verband, MDS und Medicproof. Berücksichtigt wurden jeweils lediglich Mehrfachnennungen.

Quelle: Prognos 2019

Dem PKV-Verband und Compass zufolge sind die Begutachtungsergebnisse für die Antragstellenden eher nachvollziehbar. Diesbezüglich förderlich seien insbesondere die Erklärvideos von Medicproof zu den einzelnen Modulen und der Berechnungsweise der Gesamtpunktzahl, da die Videos gut angenommen würden. Der im Rahmen eines Fachgespräches befragten Vertreterin von Medicproof zufolge soll zukünftig in den Pflegegutachten auf die Erklärvideos hingewiesen werden.

### **Qualität der Gutachten aus Sicht der Medizinischen Dienste (Ergebnisse der internen Qualitätsprüfungen)**

Im Rahmen der kontinuierlichen Qualitätsprüfung (KQP) sind die **MDK auf Landesebene** angehalten, jedes Jahr eine Stichprobe von mindestens 0,5 Prozent des gesamten Begutachtungsvolumens zu ziehen, die dann intern qualitätsgeprüft wird. Zusätzlich werden aus dem Pool der MDK-intern geprüften Stichprobe quartalsweise jeweils 24 Pflegegutachten für die MDK-übergreifende Qualitätsprüfung an den MDS geschickt. Dafür übermittelt der MDS die Pflegegutachten an Gutachterinnen und Gutachter anderer MDK, damit diese die Gutachten wechselseitig prüfen. Die Durchführung der MDK-internen und MDK-übergreifenden Prüfungen erfolgte im vierteljährlichen Rhythmus.<sup>159</sup>

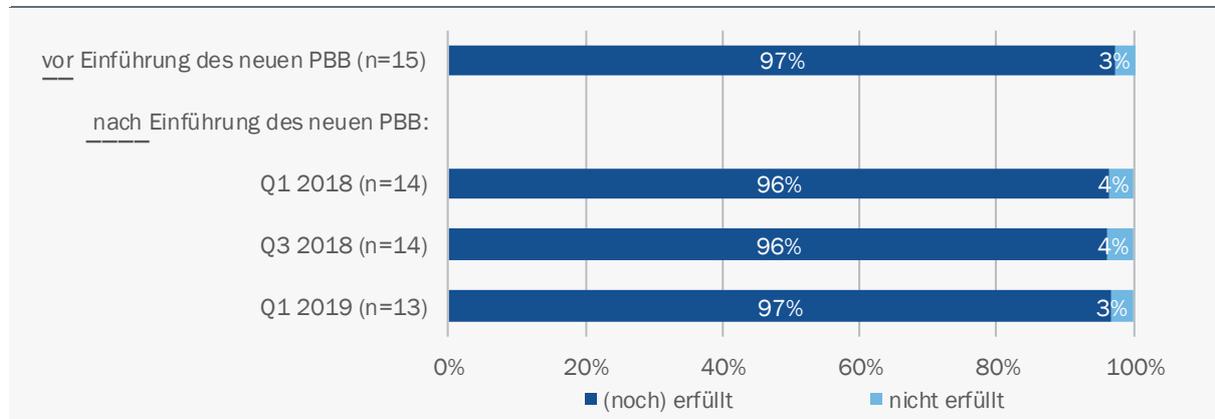
Nach Ergebnissen der halbjährlichen Online-Befragungen waren bei den MDK auf Landesebene keine nennenswerten Unterschiede in der Qualität der Gutachten vor und nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs festzustellen. Der Anteil der Gutachten, die die Qualitätsanforderungen der internen Qualitätsprüfungen der MDK nicht erfüllte, lag vor und nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nur zwischen drei und vier Prozent (Abbildung 44). Qualitätsunterschiede zwischen externen und internen Gutachterinnen und Gutachtern gibt es nach Ansicht der Befragten selten bis nie.<sup>160</sup>

<sup>159</sup> Nach Angaben der befragten MDK und nach Informationen aus dem Fachgespräch mit dem MDS gab es im Jahr 2017 nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs keine Veränderungen bei der Systematik der internen Qualitätsprüfung der Pflegebegutachtung. Die einzelnen Prüfbereiche wurden lediglich an das neue Begutachtungsinstrument angepasst, das grundlegende Vorgehen im Rahmen des KQP-Verfahrens blieb jedoch unverändert.

<sup>160</sup> Im Fachgespräch berichteten Vertreterinnen und Vertreter des MDS, dass die Qualität der Gutachten von externen Gutachterinnen und Gutachtern im Rahmen des KQP-Verfahrens nicht differenziert ausgewertet wird. Daher könne keine datenbasierte Auskunft über etwaige Qualitätsunterschiede gegeben werden. Aus Rückmeldungen der Versicherten an den MDS sind den Verantwortlichen jedoch keine Hinweise zu Unterschieden bekannt.

### Abbildung 44: Qualität der Gutachten der MDK vor und nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Schätzwerte)

Online-Befragungen, 1. und 2. Quartal 2018, 1. Quartal 2019



Quelle: Prognos 2019

- Nach Angaben der befragten MDK und des MDS in der Online-Befragung im **ersten Quartal 2018** seien in Einzelfällen vorliegende Unterschiede in der Qualität der Gutachten vor und nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs hauptsächlich auf Einarbeitungseffekte bei der Anwendung des neuen Begutachtungsinstrumentes zurückzuführen. Vereinzelt habe es noch Unsicherheiten auf Seiten der Gutachterinnen und Gutachter bei der Übertragung der Angaben aus der Anamnese in die Module und bei der Abgrenzung der Kategorien zur Beurteilung der Selbstständigkeit gegeben. Systematische Qualitätsdefizite bei den Begutachtungen mit dem neuen Instrument waren dem MDS zum damaligen Zeitpunkt aber nicht bekannt.
- Im Rahmen der Online-Befragung im **dritten Quartal 2018** gab gut die Hälfte der befragten MDK an, dass sich die Qualität der Gutachten weiter verbessert habe. Als Gründe für die Verbesserungen der Qualität der Gutachten wurden von den Befragten die zunehmende Erfahrung der Gutachterinnen und Gutachter, interne Schulungsmaßnahmen (u. a. zur Anamnese- und Befunderhebung), Freigaberegulungen<sup>161</sup> und Peer Reviews genannt. Es bestehe jedoch – auch aus Sicht des MDS – weiterhin Schulungsbedarf der Gutachterinnen und Gutachter. Bezogen auf das Modul 2 („Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“), das Modul 3 („Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“) und das Modul 6 („Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“) gehe es dabei vor allem um den Umgang mit psychischen Erkrankungen und das Thema Ängste. Zudem gebe es auch zum Modul 5 („Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“) häufig Nachfragen, da dort auch medizinische Sachverhalte sowie insgesamt eher seltenere Fallkonstellationen im Fokus stünden.
- Die Befragungsergebnisse aus dem **ersten Quartal 2019** legen nahe, dass sich die Qualität der Gutachten aufgrund des sichereren Umgangs der Gutachterinnen und Gutachter mit dem neuen Begutachtungsinstrument sowie der stetigen Nachschulungen der Gutachterinnen und Gutachter weiter verbessert hat. Schulungen der Gutachterinnen und Gutachter seien aber nach Aussage der Vertreter des MDS weiterhin notwendig und wichtig.

<sup>161</sup> Es gibt in den MDK unterschiedliche Regelungen, ab wann ein Gutachten eigenständig durch den Gutachter bzw. den Gutachter freigegeben werden darf. Bspw. erst nach einer gewissen Einarbeitungszeit.

Insgesamt sei die fachliche Umsetzung des neuen Begutachtungsinstruments in den Begutachtungsrichtlinien aus Sicht der Vertreter des MDS gelungen. Nach zweijährigem Einsatz in der Praxis habe sich jedoch an einigen Stellen ein Bedarf an Präzisierung ergeben. Hierzu wird gegenwärtig eine Überarbeitung der Begutachtungs-Richtlinien vorbereitet. Ein erster Entwurf soll Ende August 2019 vorliegen.

Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde bei **Medicproof** ein neues Qualitätskontrollkonzept für die Pflegebegutachtung implementiert. Das neue Konzept sieht eine gutachterbezogene (anstelle einer auftragsbezogenen) Qualitätskontrolle bei gleichzeitiger Einführung persönlicher Zuständigkeiten der internen Supervision vor. Nach dem neuen Konzept wird je Gutachterin bzw. Gutachter pro Jahr eine Stichprobe von fünf Gutachten gezogen, die nach einheitlichen Kriterien bewertet und auch softwaregestützt geprüft werden kann. Die Gutachterinnen und Gutachter erhalten ein umfassendes Feedback und müssen – sofern Qualitätsdefizite vorliegen – sich noch einmal genauer mit spezifischen Themen aus der Begutachtungsanleitung auseinandersetzen bzw. die zu Beginn der Systemumstellung bei Medicproof durchgeführten Online-Trainings zum neuen Begutachtungsinstrument noch einmal wiederholen.<sup>162</sup>

- Im **ersten Quartal 2018** lagen Medicproof aufgrund der Umstellung des Qualitätsprüfungskonzepts noch keine genauen Daten zur Qualität der Gutachten vor. Die Vertreterin von Medicproof schätzte, dass rund zehn Prozent der bis dahin geprüften Gutachten die internen Qualitätsvorgaben noch nicht erfüllten. Etwaige Schwierigkeiten der Gutachterinnen und Gutachter von Medicproof bestanden damals – ähnlich wie bei den MDK – bei der Beurteilung in Modul 3 („Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“), Modul 5 („Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“) und Modul 6 („Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“).
- Im **dritten Quartal 2018** lagen konkrete und messbare Zahlen zur Qualität der Gutachten bei Medicproof vor. Nur noch fünf Prozent der Gutachten bei Medicproof erfüllten die Qualitätskriterien nicht mehr. Im **ersten Quartal 2019** waren es nur noch zwei Prozent. Diese Verbesserungen der Qualität der Gutachten konnten laut Medicproof vor allen Dingen durch selektive Nachschulungen erzielt werden (individualisiert oder feste Online-Trainings), die kontinuierlich stattfinden. Die auffälligsten Qualitätsdefizite seien nach wie vor in den Modulen 5 und 3 zu beobachten.

Auf Basis der standardisierten Ergebnisse der Einzelgutachtenbewertung wurde bzw. wird nach Aussage der Vertreterin von Medicproof ein neues Schulungsprogramm für das Jahr 2019 entwickelt. In diesem würden, neben der Ausbildung von neuen Gutachterinnen und Gutachtern, auch Weiterbildungen zu jenen Themen angeboten, in denen im Rahmen der internen Qualitätsprüfung Qualitätsdefizite identifiziert worden sind. Medicproof ist zudem aktuell damit beschäftigt ein ähnliches Verfahren zur Qualitätsprüfung bei Kindergutachten durchzuführen. Auch hier sollen die entsprechenden Gutachterinnen und Gutachter zukünftig ein strukturiertes Feedback erhalten.

Eine Anpassung der Begutachtungsanleitung<sup>163</sup> – entsprechend der Anpassung der Begutachtungsrichtlinien beim MDS – sei bei Medicproof derzeit nicht vorgesehen. Die Begutachtungssoftware werde jedoch ständig weiterentwickelt und bei etwaigen Unklarheiten würden Informationshilfen für die Gutachterinnen und Gutachter eingefügt.

<sup>162</sup> Da bei Medicproof ausschließlich externe Gutachterinnen und Gutachter eingesetzt werden, ist kein Vergleich der Qualität der Gutachten zwischen externen und internen Gutachterinnen und Gutachtern möglich.

<sup>163</sup> Die KQP-Richtlinien gelten lediglich für die MDK, nicht für Medicproof. Bei Medicproof gibt es stattdessen eine Begutachtungsanleitung.

### 3.6.5 Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen

Im folgenden Abschnitt werden die im Rahmen der Fortschreibung des Monitorings gewonnenen Erkenntnisse zu den Beiträgen der Pflegeversicherung an die Rentenversicherung vorgestellt. Die Ergebnisse basieren auf statistischen Kennzahlen des PKV-Verbandes sowie der Befragung unterschiedlicher Akteursgruppen im Rahmen von Online-Befragungen und Fachgesprächen.

#### Statistische Kennzahlen

Aktuelle, vollumfängliche statistische Kennzahlen zu den rentenversicherungspflichtigen Pflegepersonen und den für sie an die Rentenversicherung entrichteten Beiträgen konnten lediglich vom PKV-Verband bereitgestellt werden.<sup>164</sup> Diesen Kennzahlen zufolge hat sich der Anteil der Leistungsempfänger mit mindestens einer rentenversicherungspflichtigen Pflegeperson an allen Leistungsempfängern mit einer oder mehreren Pflegepersonen zwischen 2016 und 2017 von 13,1 Prozent auf 14,8 Prozent erhöht. Dies entspricht einem Zuwachs von 1,7 Prozentpunkten. Das Beitragsvolumen, welches je Leistungsempfänger mit mindestens einer rentenversicherungspflichtigen Pflegeperson jährlich an die Gesetzliche Rentenversicherung geleistet wurde, ist im gleichen Zeitraum um 3,3 Prozent auf durchschnittlich 1.280 Euro angestiegen (Tabelle 8). Insgesamt sind die Leistungsausgaben der privaten Pflegepflichtversicherung für die Alterssicherung von Pflegepersonen zwischen 2016 und 2017 um 29,3 Prozent auf 33,7 Millionen Euro angestiegen.<sup>165</sup>

**Tabelle 8: Rentenversicherungsbeiträge der privaten Pflegepflichtversicherung 2016 und 2017**

	2016	2017
Leistungsempfänger der PPV mit Pflegeperson(en)	160.300	177.900
Leistungsempfänger der PPV mit RV-pflichtigen Pflegeperson(en)	21.000	26.300
Anteil Pflegebedürftige mit RV-pflichtigen Pflegeperson(en)	13,1 %	14,8 %
Beitragsvolumen insgesamt (p.a.)	26,1 Mio. €	33,7 Mio. €
Durchschnittliches Beitragsvolumen je Leistungsempfänger der PPV mit RV-pflichtigen Pflegeperson(en) (p.a.)	1.240 €	1.280 €

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung des PKV-Verbandes

#### Informiertheit über und Nachvollziehbarkeit der Rentenversicherungsbeiträge

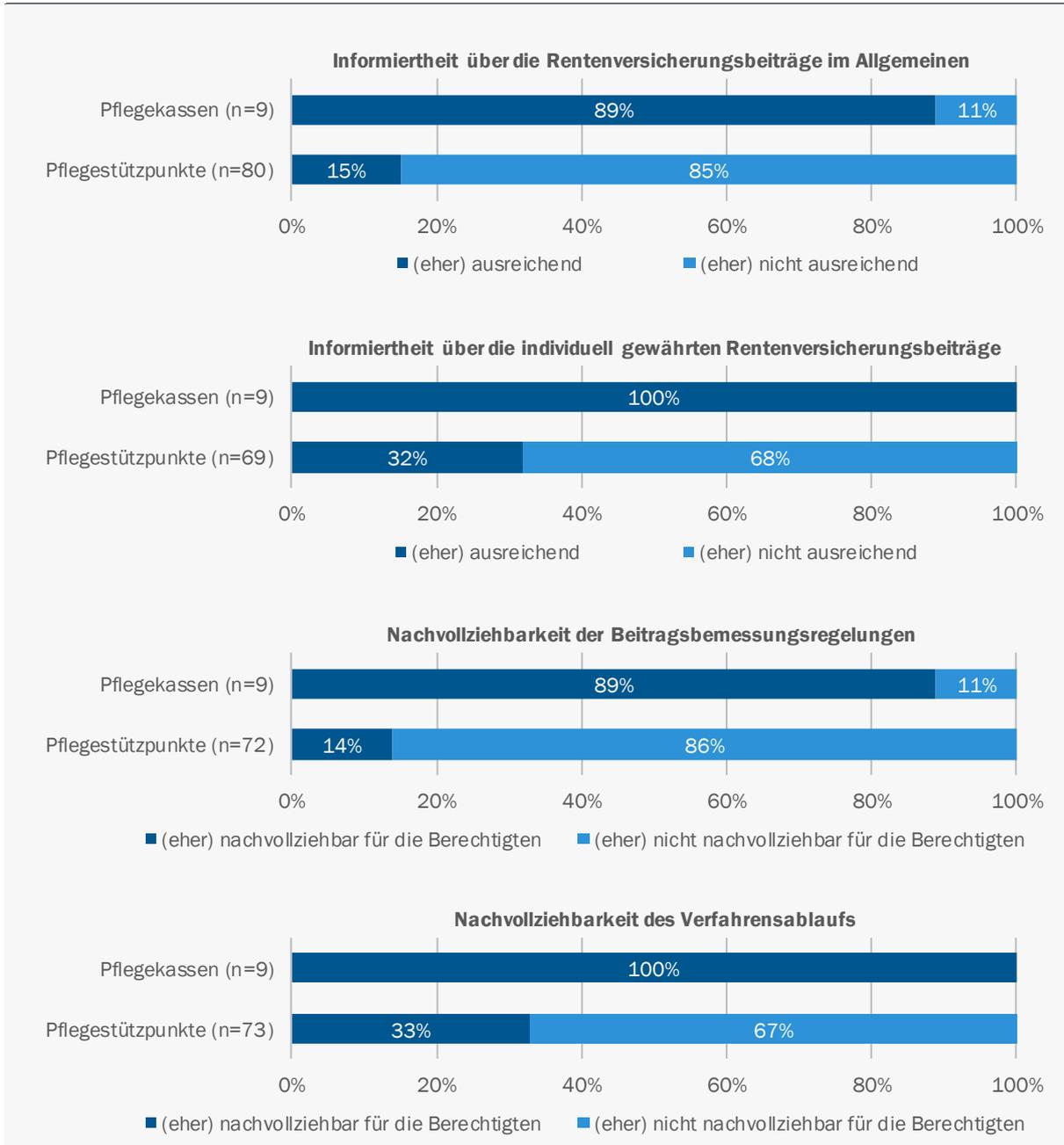
Die Ergebnisse der dritten Online-Befragung (1. Quartal 2019) zur Informiertheit von Pflegepersonen über die Beiträge der Pflegeversicherung an die Rentenversicherung sowie zur Nachvollziehbarkeit der diesbezüglichen Regelungen und Verfahren fielen heterogen aus (Abbildung 45).

<sup>164</sup> Dem GKV-Spitzenverband lagen keine entsprechenden Daten vor, die Deutsche Rentenversicherung Bund weist lediglich die aktiv versicherten Pflegepersonen aus und die angeforderten Daten der AOKs waren zu lückenhaft bzw. heterogen, um diese auszuweisen.

<sup>165</sup> Die Leistungsausgaben der Sozialen Pflegeversicherung für die Alterssicherung von Pflegepersonen sind zwischen 2016 und 2017 um 55,6 Prozent auf 1,5 Milliarden Euro angestiegen.

### Abbildung 45: Einschätzungen zu den Beiträgen der Pflegeversicherung an die Rentenversicherung

Online-Befragung, 1. Quartal 2019<sup>166</sup>



Quelle: Prognos 2019

<sup>166</sup> Die ebenfalls befragten Betroffenenverbände konnten größtenteils keine Einschätzungen treffen.

### Informiertheit über die Rentenversicherungsbeiträge im Allgemeinen

Nahezu alle befragten Pflegekassen gaben an, dass die Berechtigten grundsätzlich ausreichend über die Beiträge der Pflegeversicherung an die Rentenversicherung informiert seien. Die deutliche Mehrheit der befragten Pflegestützpunkte und Compass waren hingegen gegensätzlicher Ansicht. Für ihre diesbezügliche Einschätzung führten sie vor allem folgende Gründe an:

- Mangel an adressatengerecht aufbereiteten Informationen; Informationen der Pflegekassen (u. a. auf Anschreiben, Formularen, Bescheiden) sind nicht barrierefrei bzw. verständlich
- Unzureichende Information der Berechtigten über die Rentenversicherungsbeiträge; u. a. keine diesbezügliche Vorabinformation durch Pflegekassen
- Verfügbare Informationen zu den Rentenversicherungsbeiträgen gehen in Informationsflut unter bzw. Betroffenen fehlt Zeit oder Kraft zum Erfassen aller erhaltenen Informationen
- Unzureichende Thematisierung der Rentenversicherungsbeiträge in den Medien und der Beratung; keine Aufklärung über Hintergrund der Erfassung der Pflegezeiten in Begutachtung

### Informiertheit über die individuell gewährten Rentenversicherungsbeiträge

Die befragten Pflegekassen und Compass gaben an, dass die Pflegekassen bzw. die privaten Versicherungsunternehmen die Berechtigten ausreichend über die konkret in ihrem Fall gewährten Rentenversicherungsbeiträge informieren. Die befragten Pflegestützpunkte waren mehrheitlich gegensätzlicher Ansicht. Sie machten diesbezüglich folgende Verbesserungsvorschläge:

- Proaktive Zusendung gesonderter Informationen (z. B. jährliche Übersicht über geleistete Beitragszahlungen und erworbene Anwartschaften, individuelle Bescheide für Pflegepersonen)<sup>167</sup>
- Sicherstellung der Verfügbarkeit von Ansprechpersonen, die Auskünfte zu den individuellen Beiträgen geben können

### Nachvollziehbarkeit der Beitragsbemessungsregelungen

Die Regelungen zur Bemessung der Rentenversicherungsbeiträge der Pflegeversicherung sind aus Sicht der überwiegenden Mehrheit der befragten Pflegekassen für die Berechtigten grundsätzlich nachvollziehbar. Die überwiegende Mehrheit der befragten Pflegestützpunkte und Compass waren hingegen gegensätzlicher Ansicht. Für ihre diesbezügliche Einschätzung führten sie vor allem folgende Gründe an:

- Komplexität der Beitragsberechnung (insbesondere bei Mehrfachpflege, Flexirente)
- Mangel an adressatengerechter Information und Beratung zu den Anspruchsvoraussetzungen durch die Pflegekassen; fehlende Kompetenzen bei beratenden Personen
- Fehlendes Verständnis für den Ausschluss von Pflegepersonen mit einem Erwerbsumfang von über 30 Wochenstunden
- Fehlendes Verständnis für die Erfassung von Zeitaufwand, da die Zeiterfassung mit dem neuen Begutachtungsinstrument eigentlich aufgehoben werden sollte

<sup>167</sup> Aus Sicht eines im Rahmen eines Fachgespräches befragten Vertreters eines Betroffenenverbandes sollten die Pflegekassen verpflichtet werden, die Berechtigten über die für sie entrichteten Beiträge an die Rentenversicherung zu informieren.

### Nachvollziehbarkeit des Verfahrensablaufs

Der Verfahrensablauf ist aus Sicht der befragten Pflegekassen und von Compass für die Berechtigten nachvollziehbar, aus Sicht der Mehrheit der befragten Pflegestützpunkte dagegen grundsätzlich nicht nachvollziehbar. Die Antworten der Pflegestützpunkte auf die Frage, welche Verfahrensschritte für die Berechtigten nicht nachvollziehbar seien, bezogen sich allerdings größtenteils nicht auf das Verfahren im eigentlichen Sinn, sondern auf andere Faktoren, darunter vor allem die Anspruchsvoraussetzungen.

---

## 4 Fazit

---

Nach der Ansicht aller Akteure hat die Systemumstellung insgesamt gut funktioniert. Dazu haben die Übergangsregelungen ebenso beigetragen wie die intensive Vorbereitung und Abstimmung des Umstellungsprozesses zwischen den beteiligten Akteuren und dem BMG (u. a. auch im Rahmen der Sitzungen des Begleitgremiums nach § 18c SGB XI). Dennoch war die Umstellung für die meisten Akteure sehr herausfordernd, u. a. durch den hohen Zeitdruck. Auch die durch die Systemumstellung bedingten hohen Antrags- und Auftragszahlen im Kontext der Feststellung der Pflegebedürftigkeit, stellen die Akteure weiterhin vor Herausforderungen. Durch verschiedene interne Maßnahmen konnten bzw. können die Leistungsentscheidungen bzw. Begutachtungen jedoch weitestgehend innerhalb der vorgegebenen Fristen erledigt werden.

Aus der Fortschreibung des Monitorings zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ergibt sich folgendes Fazit zum aktuellen Umsetzungsstand der Systemumstellung:

### **Das neue Begutachtungsinstrument wird in der Praxis erfolgreich eingesetzt.**

- Durch Schulungen der Gutachterinnen und Gutachter im Vorhin sowie im Nachhinein der Systemumstellung konnten teilweise bestehende (Anfangs-)Schwierigkeiten bei der Anwendung des neuen Begutachtungsinstrumentes behoben und die Qualität der Gutachten gesichert werden. Aktuell werden die Begutachtungsrichtlinien an einigen Stellen präzisiert, strukturelle Anpassungen sind nach Aussage der Verantwortlichen nicht notwendig.
- Die Komplexität der Begutachtungsrichtlinien bringt es mit sich, dass die Begutachtungsergebnisse für die Antragstellenden nicht immer nachvollziehbar sind. Mehreren Akteuren zufolge könnte die Nachvollziehbarkeit der Begutachtungsergebnisse durch verschiedene Maßnahmen (z. B. ein Merkblatt mit ergänzenden Erläuterungen) verbessert werden.<sup>168</sup>

### **Die konzeptionelle Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses dauert noch an.**

- Bis jetzt wurden lediglich acht Landesrahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst. Es liegen jedoch bereits mehrheitlich angepasste Vergütungsvereinbarungen vor, die i. d. R. vorrangig verhandelt wurden. Insbesondere die Neubeschreibung der Leistungen stellt eine zentrale Herausforderung bei den Verhandlungen dar.<sup>169</sup> Um die Neubeschreibung der Leistungen im Verhandlungsprozess zu vereinfachen, wäre es laut einiger Fachgesprächspartnerinnen und -partner hilfreich, wenn dazu begleitend noch eine konkrete Empfehlung des Begleitgremiums nach § 18c SGB XI erstellt werden würde.

Damit die Systemumstellung auch in den aktuell noch in Anpassung und Umsetzung befindlichen Bereichen gelingen kann, ist es der Wunsch vieler der an der Fortschreibung des Monitorings beteiligten Akteure, dass der weitere Umsetzungsprozess weiterhin eng durch das BMG bzw. das Begleitgremium nach § 18c Abs. 1 SGB XI begleitet wird.

<sup>168</sup> Konkrete Verbesserungsvorschläge finden sich in Tabelle 7 in Kapitel 3.6.4.

<sup>169</sup> Diese und weitere Herausforderungen sind in Kapitel 3.2.1 näher erläutert.

---

## 5 Literaturverzeichnis

---

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) (2016): Empfehlungen der BAGFW zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den Landesrahmenverträgen. 21. September 2016. Berlin (<http://www.bagfw.de/veroeffentlichungen/stellungnahmenpositionen/detail/article/empfehlungen-der-bagfw-zur-umsetzung-des-neuen-pflegebeduerftigkeitsbegriffs-in-den-landesrahmenvert/>).

Der Beirat zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (2017): Präambel zur Expertise „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“. 6. Dezember 2017. Berlin.

Kochskämper, S. (2018): Wo Pflegebedürftige häufig Sozialhilfe in Anspruch nehmen - Hilfe zur Pflege in den einzelnen Regionen. Institut der Deutschen Wirtschaft. Köln.

Konferenz der Obersten Landessozialbehörden (KOLS) (2017): KOLS-Handlungsempfehlungen – Auswirkungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs/ des PSG II und PSG III auf die Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII (<https://www.altenpflege-heute.com/app/download/5811225990/KOLS+Handlungsempfehlungen.pdf>).

MDS und GKV-Spitzenverband (2017): Richtlinien zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstruments nach dem elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 15.04.2016, geändert durch Beschluss vom 31.03.2017. 2. aktualisierte Auflage, Juli 2017. Köln.

Rahmenvertrag für die teilstationäre Pflege in Bayern gemäß § 75 SGB XI (seit 01.01.2018 in Kraft) ([https://www.bpa.de/fileadmin/user\\_upload/MAIN-dateien/BY/2018/2018-10-00\\_RV-teilstationaere-Pflege-Bayern\\_mit-Anlagen.pdf](https://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/BY/2018/2018-10-00_RV-teilstationaere-Pflege-Bayern_mit-Anlagen.pdf)).

Rahmenvertrag für teilstationäre Pflege gemäß § 75 Absatz 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg (seit 01.01.2018 in Kraft) ([https://www.vdek.com/LVen/BAW/Service/Pflegeversicherung/Stat\\_Pflege/\\_jcr\\_content/par/download\\_23/file.res/2018-01-01%20Teilstation%C3%A4re%20Pflege%20Rahmenvertrag.pdf](https://www.vdek.com/LVen/BAW/Service/Pflegeversicherung/Stat_Pflege/_jcr_content/par/download_23/file.res/2018-01-01%20Teilstation%C3%A4re%20Pflege%20Rahmenvertrag.pdf)).

Rahmenvertrag für teilstationäre Pflege gemäß § 75 Absatz 1 SGB XI für das Land Baden-Württemberg (von 14.02.2012 bis 31.12.2017 in Kraft) ([https://www.bagfw.de/fileadmin/user\\_upload/Qualitaet/Gesetze/\\_75\\_SGB\\_XI/RV\\_TSP\\_BadenWuerttemberg\\_14Februar2012.pdf](https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Qualitaet/Gesetze/_75_SGB_XI/RV_TSP_BadenWuerttemberg_14Februar2012.pdf))

Rahmenvertrag gemäß § 75 SGB XI für die Leistungen der Teilstationären Pflege – Tagespflege gemäß § 41 SGB XI (seit 01.03.2018 in Kraft) (<https://www.saarlaendische-pflegegesellschaft.de/assets/files/vertraege/teilstationaer/rv-paragraph-75-abs-1-sgb-xi-tagespflege-paragraph-41-sgb-xi.pdf>).

Rahmenvertrag nach § 75 Abs. 1 SGB XI zur teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege) im Saarland (von 01.09.2011 bis 28.02.2018 in Kraft) ([https://www.biva.de/dokumente/gesetze/Landesrahmenvertrag\\_TSP\\_SL.pdf](https://www.biva.de/dokumente/gesetze/Landesrahmenvertrag_TSP_SL.pdf))

Rahmenvertrag über die vollstationäre pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Hessen (seit 01.07.2018 in Kraft) ([https://www.bagues.de/spur-download/bag/Hessen\\_Vertrag\\_neu.pdf](https://www.bagues.de/spur-download/bag/Hessen_Vertrag_neu.pdf))

Rahmenvertrag über die vollstationäre pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 15 SGB XI für das Land Hessen (von 01.05.2009 bis 30.06.2018 in Kraft) (<https://www.biva.de/dokumente/gesetze/Landesrahmenvertrag-VS-HE.pdf>).

Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 i. V. mit Abs. 2 SGB XI für die vollstationäre Pflege in Niedersachsen (in Kraft seit 01.04.2019) (bisher noch nicht veröffentlicht)

Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 i. V. m. Abs. 2 SGB XI zur vollstationären Dauerpflege in Niedersachsen (von 01.01.2009 bis 31.03.2019 in Kraft) ([https://www.bagfw.de/fileadmin/user\\_upload/Qualitaet/Gesetze/\\_\\_75\\_SGB\\_XI/RV\\_VS\\_Niedersachsen\\_01August2009.pdf](https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Qualitaet/Gesetze/__75_SGB_XI/RV_VS_Niedersachsen_01August2009.pdf))

Richter, R. (2017): Die neue soziale Pflegeversicherung - PSG I, II und III. Pflegebegriff, Vergütungen, Potenziale. Vincentz Network. Hannover.

Rothgang, H. (2016): Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) BT-Drucksache 18/9518. Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 17. Oktober 2016 (<https://www.socium-2018.uni-bremen.de/f/f834622785.pdf>).

Rothgang, H. und Wagner, C. (2019): Quantifizierung der Personalverbesserungen in der stationären Pflege im Zusammenhang mit der Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit. 28. Februar 2019.