



Bundesministerium
für Gesundheit

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

Anhang zum Abschlussbericht:

Fortschreibung Monitoring

(Los 5)

Anhang zum Endbericht

Fortschreibung Monitoring (Los 5)

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

Anhang zum 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

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis		V
Abbildungsverzeichnis		IX
1	Anhang zu Berichtskapitel 3.1: Einführungs- und Umstellungsprozess	1
1.1	Themenübersicht zu Sitzungen des Begleitgremiums nach § 18c SGB XI (Stand: Mai 2019)	1
2	Anhang zu Berichtskapitel 3.2: Leistungsrecht und Entwicklung der vertraglichen Grundlagen	6
2.1	Verhandlungsstand der Landesrahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI (Stand: 1. Quartal 2019)	6
2.2	Ergebnisse der Dokumentenanalyse (Landesrahmenverträge gem. § 75 Abs. 1 SGB XI)	11
2.3	Übersicht zu Pflegetagessätzen, Gesamtheimentgelt und Finanzierungsanteilen (Stand: Januar 2019)	38
2.4	Anzahl vollstationärer Einrichtungen mit Bewohnerinnen und Bewohnern mit Besitzstandsschutz (Stand: Juni 2018)	50
2.5	Förderung der Inanspruchnahme von Leistungen zur Unterstützung häuslicher Pflege und des Auf- und Ausbaus von Angeboten zur Unterstützung im Alltag	51
2.6	Entwicklung der Pflegekurse nach § 45 SGB XI	62
3	Anhang zu Berichtskapitel 3.3: Leistungsentscheidungsverfahren und Leistungsentscheidungen	66
3.1	Antragseingänge: Höherstufungsanträge von übergeleiteten Versicherten	66
3.2	Begutachtungen, Begutachtungsergebnisse und Laufzeiten der Begutachtungsverfahren bei den MDK (Bundesebene)	70
3.3	Auftragseingänge, Begutachtungen, Begutachtungsergebnisse und Laufzeiten der Begutachtungsverfahren bei den MDK (Landesebene)	91
3.4	Begutachtungen, Begutachtungsergebnisse und Laufzeiten der Begutachtungsverfahren bei Medicproof	120
3.5	Fristüberschreitungen und Strafzahlungen	144

3.6	Leistungsentscheidungen: Befristungen und Befristungsdauern	145
3.7	Widerspruchsverfahren	147
4	Anhang zu Berichtskapitel 3.4: Empfehlungen bzgl. Rehabilitation, Prävention und Hilfsmitteln bzw. Pflegehilfsmitteln	149
4.1	Leistungen der medizinischen Rehabilitation	149
4.2	Maßnahmen der Prävention	160
4.3	Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel	166
5	Anhang zu Berichtskapitel 3.5: Hilfe zur Pflege	174
5.1	Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege	174

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Chronologische Übersicht über die Themen der Sitzungen des Begleitgremiums vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs	1
Tabelle 2:	Chronologische Übersicht über die Themen der Sitzungen des Begleitgremiums nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs	2
Tabelle 3:	Chronologische Übersicht über die Themen der Sitzungen des Begleitgremiums nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs	4
Tabelle 4:	Verhandlungsstand Landesrahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI für die vollstationäre Pflege	6
Tabelle 5:	Verhandlungsstand Landesrahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI für die solitäre Kurzzeitpflege	7
Tabelle 6:	Verhandlungsstand Landesrahmenverträge teilstationäre Pflege	8
Tabelle 7:	Verhandlungsstand Landesrahmenverträge ambulante Pflege	9
Tabelle 8:	Übersicht über die zentralen Anpassungen im aktuellen Landesrahmenvertrag für die vollstationäre Pflege in Hamburg	11
Tabelle 9:	Übersicht über die zentralen Anpassungen im aktuellen Landesrahmenvertrag für die vollstationäre Pflege in Hessen	12
Tabelle 10:	Übersicht über die zentralen Anpassungen im aktuellen Landesrahmenvertrag für die vollstationäre Pflege in Niedersachsen	16
Tabelle 11:	Übersicht über die zentralen Anpassungen im aktuellen Landesrahmenvertrag für die teilstationäre Pflege in Baden-Württemberg	23
Tabelle 12:	Übersicht über die zentralen Anpassungen im aktuellen Landesrahmenvertrag für die teilstationäre Pflege im Saarland	25
Tabelle 13:	Übersicht über die zentralen Anpassungen im aktuellen Landesrahmenvertrag für die ambulante Pflege in Baden-Württemberg	28
Tabelle 14:	Übersicht über die zentralen Anpassungen im aktuellen Landesrahmenvertrag für die ambulante Pflege in Hamburg	30

Tabelle 15:	Abgleich der Empfehlungen der BAGFW zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den bisher angepassten Landesrahmenverträgen für die vollstationäre Pflege	32
Tabelle 16:	Abgleich der Empfehlungen der BAGFW zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den bisher angepassten Landesrahmenverträgen für die teilstationäre Pflege	34
Tabelle 17:	Abgleich der Empfehlungen der BAGFW zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den bisher angepassten Landesrahmenverträgen für die ambulante Pflege	36
Tabelle 18:	Durchschnittliche Pfl egetagessätze nach Bundesländern und Pflegegraden vollstationäre Pflege (in Euro)	38
Tabelle 19:	Veränderung der Pfl egetagessätze nach Bundesländern und Pflegegraden vollstationäre Pflege (in Euro)	39
Tabelle 20:	Durchschnittliche Pfl egetagessätze nach Bundesländern und Pflegegraden Kurzzeitpflege (in Euro)	40
Tabelle 21:	Veränderung der Pfl egetagessätze nach Bundesländern und Pflegegraden Kurzzeitpflege (in Euro)	41
Tabelle 22:	Durchschnittliche Pfl egetagessätze nach Bundesländern und Pflegegraden teilstationäre Pflege (in Euro)	42
Tabelle 23:	Veränderung der Pfl egetagessätze nach Bundesländern und Pflegegraden teilstationäre Pflege (in Euro)	43
Tabelle 24:	Durchschnittliches Gesamtheimentgelt nach Bundesländern und Pflegegraden vollstationäre Pflege (in Euro)	44
Tabelle 25:	Veränderung des durchschnittlichen Gesamtheimentgelts nach Bundesländern und Pflegegraden vollstationäre Pflege (in Euro)	45
Tabelle 26:	Durchschnittliche Finanzierungsanteile nach Bundesländern für vollstationäre Pflege (in Euro)	46
Tabelle 27:	Veränderung der durchschnittlichen Finanzierungsanteile nach Bundesländern und Pflegegraden vollstationäre Pflege (in Euro)	47
Tabelle 28:	Durchschnittlicher EEE nach Bundesländern und Pflegegraden vollstationäre Pflege (in Euro)	48
Tabelle 29:	Veränderung EEE nach Bundesländern und Pflegegraden vollstationäre Pflege (in Euro)	49
Tabelle 30:	Anzahl der Einrichtungen mit Bewohnerinnen und Bewohnern mit Besitzstandschutz und durchschnittliche Besitzstandzuschläge nach Pflegestufen	50

Tabelle 31:	Weitere Informationsquellen mit Bedeutung für die Inanspruchnahme ambulanter SGB XI-Leistungen	53
Tabelle 32:	Hinderliche Faktoren bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege	54
Tabelle 33:	Förderliche Faktoren bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege	56
Tabelle 34:	Hinderliche Faktoren beim Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag	59
Tabelle 35:	Förderliche Faktoren beim Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag	60
Tabelle 36:	Inhalte der zu Pflegekursen geschlossenen Rahmenvereinbarungen	63
Tabelle 37:	Häufigkeit der fünf häufigsten ersten pflegebegründenden Diagnosen* je Pflegegrad in Erstbegutachtungen der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Begutachtungsverfahren	79
Tabelle 38:	Ungewichtete Durchschnittspunktwerte in den Modulen* Erstbegutachtungen der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (neues Begutachtungsverfahren) nach den fünf häufigsten ersten pflegebegründenden Diagnosen*	81
Tabelle 39:	Anzahl der Auftragseingänge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei den MDK	92
Tabelle 40:	Anzahl der durchgeführten Begutachtungen* zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei den MDK	93
Tabelle 41:	Anzahl der Auftragseingänge zur isolierten Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltags- kompetenz bei den MDK	94
Tabelle 42:	Anzahl der durchgeführten Begutachtungen zur isolierten Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz bei den MDK	95
Tabelle 43:	Anzahl der durchgeführten Begutachtungen nach Aktenlage bei den MDK und Anteile der Begründungen (in %)	96
Tabelle 44:	Ergebnisse der Begutachtungen* der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem alten Rechtssystem (Einstufung in Pflegestufen in %)	104
Tabelle 45:	Ergebnisse der Begutachtungen* der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Rechtssystem (Einstufung in Pflegegrade in %)	108
Tabelle 46:	Anzahl der Begutachtungen der MDK mit einer 25-Arbeitstage-Frist (insoweit war im Jahr 2017 ein besonders dringlicher	

	Entscheidungsbedarf erforderlich)* - ohne Verzögerungen im Verfahren	114
Tabelle 47:	Durchschnittliche Laufzeiten (in Arbeitstagen) der Begutachtungen der MDK mit einer 25-Arbeitstage-Frist (insoweit war im Jahr 2017 ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf erforderlich)* - ohne Verzögerungen im Verfahren	115
Tabelle 48:	Anzahl der Begutachtungen der MDK mit einer 1-Wochen-Frist – ohne Verzögerungen im Verfahren	116
Tabelle 49:	Durchschnittliche Laufzeiten (in Kalendertagen) der Begutachtungen der MDK mit einer 1-Wochen-Frist – ohne Verzögerungen im Verfahren	117
Tabelle 50:	Anzahl der Begutachtungen der MDK mit einer 2-Wochen-Frist – ohne Verzögerungen im Verfahren	118
Tabelle 51:	Durchschnittliche Laufzeiten (in Kalendertagen) der Begutachtungen der MDK mit einer 2-Wochen-Frist – ohne Verzögerungen im Verfahren	119
Tabelle 52:	Ungewichtete Durchschnittspunktwerte in den Modulen* der Begutachtungen** von Medicproof zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit	132

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Einschätzungen der Bedeutung diverser Informations- und Beratungsangebote für die Inanspruchnahme ambulanter SGB XI-Leistungen	51
Abbildung 2:	Einschätzungen zur Verbreitung und Umsetzung der Pflegekurse	62
Abbildung 3:	Rahmenvereinbarungen über die Ausgestaltung der Pflegekurse	63
Abbildung 4:	Einschätzungen zur konzeptionellen Gestaltung der Pflegekurse	64
Abbildung 5:	Einschätzungen zur Bekanntheit und Annahme der Pflegekurse	65
Abbildung 6:	Anzahl der Höherstufungsaufträge zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei sieben von elf AOKs (in 1.000) und Anteile nicht übergeleitete und übergeleitete Versicherte (in %)	66
Abbildung 7:	Bewilligungsquote der Höherstufungsbegutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei drei von elf AOKs differenziert nach nicht übergeleiteten und bei übergeleiteten Versicherten (in %)	67
Abbildung 8:	Anzahl der Höherstufungsaufträge* zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Medicproof (in 1.000) und Anteil nicht übergeleitete und übergeleitete Versicherte (in %)	68
Abbildung 9:	Bewilligungsquote der Höherstufungsbegutachtungen* zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Medicproof differenziert nach nicht übergeleiteten und übergeleiteten Antragstellenden (in %)	69
Abbildung 10:	Anzahl der durchgeführten Begutachtungen* zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit für ambulante und stationäre Leistungen bei den MDK (in 1.000) und jeweiliger Anteil der Versorgungsbereiche im alten und neuen System (in %)	70
Abbildung 11:	Anzahl der Auftragseingänge und Anzahl der durchgeführten Begutachtungen zur isolierten Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz bei den MDK (jeweils in 1.000)	71
Abbildung 12:	Anzahl der Begutachtungen nach Aktenlage bei den MDK (linke Achse, in 1.000) und Anteil an Begutachtungen insgesamt* (rechte Achse, in %)	72
Abbildung 13:	Anteil der möglichen Gründe für Begutachtungen nach Aktenlage an allen Begutachtungen nach Aktenlage (in %)	73

Abbildung 14:	Ergebnisse der Erstbegutachtungen der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Rechtssystem für ambulante Leistungen (Einstufung in Pflegegrade in %)	74
Abbildung 15:	Ergebnisse der Erstbegutachtungen der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Rechtssystem für stationäre Leistungen (Einstufung in Pflegegrade in %)	75
Abbildung 16:	Ergebnisse der Erstbegutachtungen der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Rechtssystem (Einstufung in Pflegegrade in %) bei Erwachsenen	76
Abbildung 17:	Ergebnisse der Erstbegutachtungen der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Rechtssystem (Einstufung in Pflegegrade in %) bei Kindern unter 12 Jahren	77
Abbildung 18:	Anteil der Nennungen der fünf am häufigsten angegebenen ersten pflegebegründenden Diagnosen (Hauptdiagnosen) in Erstbegutachtungen der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit an allen Erst- begutachtungen* nach dem neuen Begutachtungsverfahren (in %)	78
Abbildung 19:	Anzahl der Erstbegutachtungen der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei Erwachsenen und Kindern mit besonderen Bedarfs- konstellationen gem. § 15 Abs. 4 SGB XI je 1.000 Erstbegutachtungen	83
Abbildung 20:	Anzahl (linke Achse, in 1.000) und durchschnittliche Laufzeiten (rechte Achse, in Arbeitstagen) der Begutachtungen der MDK mit einer 25- Arbeitstage-Frist (insoweit war im Jahr 2017 ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf erforderlich)* – nur Begutachtungen ohne Verzögerungen im Verfahren	84
Abbildung 21:	Anzahl (linke Achse, in 1.000) und durchschnittliche Laufzeiten (rechte Achse, in Kalendertagen) der Begutachtungen der MDK mit einer 1- Wochen-Frist – nur Begutachtungen ohne Verzögerungen im Verfahren	85
Abbildung 22:	Anzahl (linke Achse) und durchschnittliche Laufzeiten (rechte Achse, in Kalendertagen) der Begutachtungen der MDK* mit einer 2-Wochen- Frist – nur Begutachtungen* ohne Verzögerungen im Verfahren	86
Abbildung 23:	Gründe für Verzögerungen im Begutachtungsverfahren der Medicproof bei Regelbegutachtungen mit Verzögerungen (Anteil* an Regelbegutachtungen insgesamt in %)	87
Abbildung 24:	Anzahl (linke Achse, in 1.000) und durchschnittliche Laufzeiten (rechte Achse, in Arbeitstagen) der Begutachtungen der MDK mit einer 25- Arbeitstage-Frist (insoweit war im Jahr 2017 ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf erforderlich)* – nur Begutachtungen mit Verzögerungen im Verfahren	88

Abbildung 25:	Anzahl (linke Achse) und durchschnittliche Laufzeiten (rechte Achse, in Kalendertagen) der Begutachtungen der MDK mit einer 1-Wochen-Frist – nur Begutachtungen mit Verzögerungen im Verfahren	89
Abbildung 26:	Anzahl (linke Achse) und durchschnittliche Laufzeiten (rechte Achse, in Kalendertagen) der Begutachtungen* der MDK mit einer 2-Wochen-Frist – nur Begutachtungen mit Verzögerungen im Verfahren	90
Abbildung 27:	Anzahl der Auftragseingänge* zur Feststellung von Pflege- bedürftigkeit bei Medicproof (in 1.000) und Anteil der Erst-, Änderungs-, Wiederholungs- und Widerspruchsaufträge (in %)	120
Abbildung 28:	Anzahl der durchgeführten Begutachtungen* zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei Medicproof (in 1.000) und Anteil der Begutachtungen nach altem und neuem Rechtssystem (in %)	121
Abbildung 29:	Anzahl der durchgeführten Begutachtungen* zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit für ambulante und stationäre Leistungen bei Medicproof (in 1.000) und jeweiliger Anteil der Versorgungsbereiche im alten und neuen System (in %)	122
Abbildung 30:	Anzahl der Auftragseingänge und Anzahl der durchgeführten Begutachtungen zur isolierten Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz bei Medicproof	123
Abbildung 31:	Anzahl der Begutachtungen nach Aktenlage* (linke Achse, in 1.000) und Anteil an Begutachtungen von Medicproof insgesamt** (rechte Achse, in %)	124
Abbildung 32:	Ergebnisse der Begutachtungen* von Medicproof zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem alten Rechtssystem (Einstufung in Pflegestufen in %)	125
Abbildung 33:	Ergebnisse der Begutachtungen* von Medicproof zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Rechtssystem (Einstufung in Pflegegrade in %)	126
Abbildung 34:	Ergebnisse der Erstbegutachtungen* von Medicproof zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Rechtssystem (Einstufung in Pflegegrade in %)	127
Abbildung 35:	Ergebnisse der Erstbegutachtungen* von Medicproof zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Rechtssystem für ambulante Leistungen (Einstufung in Pflegegrade in %)	128
Abbildung 36:	Ergebnisse der Erstbegutachtungen* für Medicproof zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Rechtssystem für stationäre Leistungen (Einstufung in Pflegegrade in %)	129

Abbildung 37:	Ergebnisse der Erstbegutachtungen von Medicproof zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Rechtssystem (Einstufung in Pflegegrade in %) bei Erwachsenen	130
Abbildung 38:	Ergebnisse der Erstbegutachtungen von Medicproof zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Rechtssystem (Einstufung in Pflegegrade in %) bei Kindern unter 12 Jahren	131
Abbildung 39:	Ergebnisse der Erstbegutachtungen* von Medicproof zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit von Personen mit mindestens erheblichen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens 7,5 gewichtete Punkte) in den Modulen 2 oder 3 (Einstufung in Pflegegrade in %)	135
Abbildung 40:	Ergebnisse der Erstbegutachtungen* von Medicproof zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit von Personen mit mindestens schweren Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens 11,25 gewichtete Punkte) in den Modulen 2 oder 3 (Einstufung in Pflegegrade in %)	136
Abbildung 41:	Ergebnisse der Erstbegutachtungen* von Medicproof zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit von Personen mit schwersten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (15 gewichtete Punkte) in den Modulen 2 oder 3 (Einstufung in Pflegegrade in %)	137
Abbildung 42:	Anzahl der Erstbegutachtungen von Medicproof zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei Erwachsenen und Kindern mit besonderen Bedarfskonstellationen gem. § 15 Abs. 4 SGB XI je 1.000 Erstbegutachtungen	138
Abbildung 43:	Anzahl (linke Achse, in 1.000) und durchschnittliche Laufzeiten (rechte Achse, in Arbeitstagen) der Begutachtungen von Medicproof mit einer 25-Arbeitstage-Frist (insoweit war im Jahr 2017 ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf erforderlich)* – nur Begutachtungen ohne Verzögerungen im Verfahren	139
Abbildung 44:	Anzahl (linke Achse) und durchschnittliche Laufzeiten (rechte Achse, in Arbeitstagen) der Begutachtungen von Medicproof mit einer 1-Wochen-Frist – nur Begutachtungen ohne Verzögerungen im Verfahren	140
Abbildung 45:	Gründe für Verzögerungen im Begutachtungsverfahren von Medicproof bei Regelbegutachtungen mit Verzögerungen (Anteil* an Regelbegutachtungen insgesamt in %)	141
Abbildung 46:	Anzahl (linke Achse) und durchschnittliche Laufzeiten (rechte Achse, in Arbeitstagen) der Begutachtungen von Medicproof mit einer 25-Arbeitstage-Frist (insoweit war im Jahr 2017 ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf erforderlich)* – nur Begutachtungen mit Verzögerungen im Verfahren	142

Abbildung 47:	Anzahl (linke Achse) und durchschnittliche Laufzeiten (rechte Achse, in Arbeitstagen) der Begutachtungen von Medicproof mit einer 1-Wochen-Frist – nur Begutachtungen mit Verzögerungen im Verfahren	143
Abbildung 48:	Anteil der unterschiedlichen Bearbeitungs- bzw. Begutachtungsfristen an den durch die privaten Versicherungsunternehmen zu vertretenden Fristüberschreitungen bei Anträgen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (in %)	144
Abbildung 49:	Verteilung der Zeiträume, für die die Gutachterinnen und Gutachter von Medicproof bei Begutachtungen Wiederholungsbegutachtungen empfohlen haben (in %)	145
Abbildung 50:	Verteilung der Zeiträume, für die die Gutachterinnen und Gutachter von Medicproof bei Begutachtungen Wiederholungsbegutachtungen empfohlen haben nach Begutachtungen von Erwachsenen und Kindern unter 12 Jahren (in %)	146
Abbildung 51:	Anzahl der Widerspruchsverfahren bei Medicproof (in 1.000) und Anteil an allen Begutachtungen (in %)	147
Abbildung 52:	Anteil der von Medicproof bearbeiteten Widersprüche, denen stattgegeben worden ist, und Anteil der stattgegebenen Widersprüche, bei denen eine Hochstufung wegen der Verschlechterung des Gesundheitszustandes erfolgt ist (in %)	148
Abbildung 53:	Anzahl der Empfehlungen für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI bei Begutachtungen für ambulante Leistungen (linke Achse, in 1.000) und Anteil an allen Begutachtungen* der MDK für ambulante Leistungen (rechte Achse, in %), altes und neues Begutachtungsverfahren**	149
Abbildung 54:	Anzahl der Empfehlungen für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI bei Begutachtungen für stationäre Leistungen (linke Achse) und Anteil an allen Begutachtungen* der MDK für stationäre Leistungen (rechte Achse, in %), altes und neues Begutachtungsverfahren**	150
Abbildung 55:	Verteilung der Empfehlungen für Leistungen der medizinischen Rehabilitation der MDK für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI über die Pflegestufen (in %), altes Begutachtungsverfahren*	151
Abbildung 56:	Verteilung der Empfehlungen für Leistungen der medizinischen Rehabilitation der MDK für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI über die Pflegegrade (in %), neues Begutachtungsverfahren*	152
Abbildung 57:	Verteilung der Empfehlungen der MDK für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Antragstellende mit festgestellter	

	Pflege- bedürftigkeit nach SGB XI über alle Rehabilitationsarten, altes Begutachtungs- verfahren*	153
Abbildung 58:	Verteilung der Empfehlungen der MDK für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Antragstellende mit festgestellter Pflege- bedürftigkeit nach SGB XI über alle Rehabilitationsarten nach Pflegestufen, altes Begutachtungsverfahren*	154
Abbildung 59:	Verteilung der Empfehlungen der MDK für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Antragstellende mit festgestellter Pflege- bedürftigkeit nach SGB XI über die Rehabilitationsarten, neues Begutachtungsverfahren*	154
Abbildung 60:	Verteilung der Empfehlungen der MDK für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Antragstellende mit festgestellter Pflege- bedürftigkeit nach SGB XI über alle Rehabilitationsarten nach Pflegegraden, neues Begutachtungsverfahren*	155
Abbildung 61:	Verteilung der Empfehlungen der MDK für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Antragstellende mit festgestellter Pflege- bedürftigkeit nach SGB XI über die Rehabilitationsformen, altes Begutachtungsverfahren*	156
Abbildung 62:	Verteilung der Empfehlungen der MDK für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Antragstellende mit festgestellter Pflege- bedürftigkeit nach SGB XI über alle Rehabilitationsformen nach Pflegestufen, altes Begutachtungsverfahren*	157
Abbildung 63:	Verteilung der Empfehlungen der MDK für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Antragstellende mit festgestellter Pflege- bedürftigkeit nach SGB XI über die Rehabilitationsformen, neues Begutachtungsverfahren*	157
Abbildung 64:	Verteilung der Empfehlungen der MDK für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Antragstellende mit festgestellter Pflege- bedürftigkeit nach SGB XI über die Rehabilitationsformen nach Pflegegraden, neues Begutachtungsverfahren*	158
Abbildung 65:	Entwicklung der Anteile der Ergebnisse der Leistungs- entscheidungen zur medizinischen Rehabilitation (in %)	158
Abbildung 66:	Anzahl der durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (in 1.000) und Anteil der durchgeführten Maßnahmen an alle genehmigten Leistungsentscheidungen (in %)	159
Abbildung 67:	Anzahl der Empfehlungen für Maßnahmen der Prävention für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI bei Begutachtungen für ambulante Leistungen (linke Achse, in 1.000) und Anteil an allen Begutachtungen* der MDK für ambulante Leistungen (rechte Achse, in %), neues Begutachtungsverfahren**	160

Abbildung 68:	Anzahl der Empfehlungen für Maßnahmen der Prävention für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI bei Begutachtungen für stationäre Leistungen (linke Achse, in 1.000) und Anteil an allen Begutachtungen* der MDK für stationäre Leistungen (rechte Achse, in %), neues Begutachtungsverfahren**	161
Abbildung 69:	Verteilung der Empfehlungen der MDK für Maßnahmen der Prävention für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI über die Pflegegrade, neues Begutachtungsverfahren*	162
Abbildung 70:	Anteile* der Empfehlungen in den unterschiedlichen Präventionsbereichen an allen Empfehlungen der MDK für Maßnahmen der Prävention für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI (in %), neues Begutachtungsverfahren**	163
Abbildung 71:	Anteile* der einzelnen Maßnahmenarten an allen Empfehlungen der MDK für Maßnahmen der Prävention für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI im Bereich „Mobilität, Selbstversorgung und Haushaltsführung“ (in %), neues Begutachtungsverfahren**	164
Abbildung 72:	Anteil* der einzelnen Maßnahmenarten an allen Empfehlungen der MDK für Maßnahmen der Prävention für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI im Bereich „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen und Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ (in %), neues Begutachtungsverfahren**	165
Abbildung 73:	Anzahl der Empfehlungen bzgl. Hilfsmitteln (gem. § 33 SGB V) für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI bei Begutachtungen für ambulante Leistungen (linke Achse, in 1.000) und Anteil an allen Begutachtungen* der MDK für ambulante Leistungen (in %), neues Begutachtungsverfahren**	166
Abbildung 74:	Anzahl der Empfehlungen bzgl. Hilfsmitteln (gem. § 33 SGB V) für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI bei Begutachtungen für stationäre Leistungen (linke Achse, in 1.000) und Anteil an allen Begutachtungen* der MDK für stationäre Leistungen (in %), neues Begutachtungsverfahren**	167
Abbildung 75:	: Verteilung der Empfehlungen der MDK bzgl. Hilfsmitteln (gem. § 33 SGB V) für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI über die Pflegegrade (in %), neues Begutachtungsverfahren*	168
Abbildung 76:	Anteile* der einzelnen Hilfsmittelarten** an allen Empfehlungen der MDK bzgl. Hilfsmittel (gem. § 33 SGB V) für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI (in %), neues Begutachtungsverfahren***	169

Abbildung 77:	Anzahl der Empfehlungen bzgl. Pflegehilfsmitteln (gem. § 40 SGB XI) für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI für ambulante Leistungen (linke Achse) und Anteil an allen Begutachtungen* der MDK für ambulante Leistungen (rechte Achse, in %), neues Begutachtungsverfahren**	170
Abbildung 78:	Anzahl der Empfehlungen bzgl. Pflegehilfsmitteln (gem. § 40 SGB XI) für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI für stationäre Leistungen (linke Achse) und Anteil an allen Begutachtungen* der MDK für stationäre Leistungen (rechte Achse, in %), neues Begutachtungsverfahren**	171
Abbildung 79:	Anteil der Empfehlungen bzgl. Pflegehilfsmitteln (gem. § 40 SGB XI) für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI an allen Begutachtungen* der MDK je Pflegegrad (in %), neues Begutachtungs- verfahren**	172
Abbildung 80:	Anteile* der einzelnen Arten von Pflegehilfsmitteln** an allen Empfehlungen der MDK bzgl. Pflegehilfsmitteln (gem. § 40 SGB XI) für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI (in %), neues Begutachtungsverfahren***	173
Abbildung 81:	Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege nach ambulanten Leistungsarten sowie Pflegegraden – absolute Zahlen sowie Anteile (in %)	174

1 Anhang zu Berichtskapitel 3.1: Einführungs- und Umstellungsprozess

1.1 Themenübersicht zu Sitzungen des Begleitgremiums nach § 18c SGB XI (Stand: Mai 2019)

Tabelle 1: Chronologische Übersicht über die Themen der Sitzungen des Begleitgremiums vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2016

Datum	Tagesordnungspunkte
27. Januar (1. Sitzung)	Rückmeldungen und Austausch zum aktuellen Stand des Einführungsprozesses: ■ Begutachtungsrichtlinien (Stand des Einführungsprozesses und Vorstellung) ■ Neuverhandlung der Vergütungen ■ Begleitende Kommunikation zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs
27. April (2. Sitzung)	Rückmeldungen und Austausch zum aktuellen Stand des Einführungsprozesses: ■ Vorstellung und Diskussion der neuen Begutachtungsrichtlinien ■ Stand der Neuverhandlungen der Landesrahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen ■ Stand der Kommunikation zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (u. a. Regionaldialoge zur Pflege) Weitere Themen: ■ Stand der Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungssystems (Umsetzung § 113c SGB XI) ■ Vorstellung des Arbeitspapiers für die begleitende wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Umsetzung § 18c Abs. 2 SGB XI) ■ Impulsvortrag zur konzeptionellen Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments in die Praxis: „Pflege 2017 – Kulturwandel in der Pflege“
13. Juli (3. Sitzung)	Rückmeldungen und Austausch zum aktuellen Stand des Einführungsprozesses: ■ Stand der Neuen Begutachtungsrichtlinien ■ Stand der Neuverhandlung der Landesrahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen/Stand der Umsetzung des § 87b und § 45b SGB XI ■ Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in die Praxis, u. a.: ■ Sachstand zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens in Pflegeeinrichtungen (Umsetzung § 113c SGB XI) ■ Sachstand zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der Pflege ■ Stand der Kommunikation der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (u.a. Information der Versicherten durch Pflegekassen) Weitere Themen: ■ Zeitplan für Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungssystems (Umsetzung § 113c SGB XI) ■ Stand der Vorbereitung der Evaluation nach § 18c SGB XI ■ Vorstellung weiterer Maßnahmen im Zusammenhang mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs
31. August (Fachtagung)	„Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff als Wegweiser für eine gute pflegerische Versorgung“

7. September (4. Sitzung)	Rückmeldungen und Austausch zum aktuellen Stand des Einführungsprozesses: ■ Stand der Neuverhandlung der Landesrahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen/Stand der Umsetzung des § 87b und § 45b SGB XI ■ Berichte zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Praxis, u. a.: ■ Entwicklung des Begutachtungsaufkommens bei den Medizinischen Diensten ■ Sachstand zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der Pflege ■ Sachstand zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens in Pflegeeinrichtungen (Umsetzung § 113c SGB XI) ■ Stand der Kommunikation der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (u.a. neues Informationsmaterial zur 2. Runde der Regionaldialoge zur Pflege)
14. Dezember (5. Sitzung)	Rückmeldungen und Austausch zum aktuellen Stand des Einführungsprozesses: ■ Stand der Neuverhandlung der Landesrahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen/Stand der Umsetzung des § 87b und § 45b SGB XI, u. a.: ■ Vorstellung des Empfehlungspapiers der BAGFW zur inhaltlichen Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den Landesrahmenverträgen ■ Information der Pflegekassen zum Pflegegrad / Zeitpunkt und Kopie für Einrichtungen ■ Berichte zum Umsetzungsstand der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und anderer Vorhaben, u.a.: ■ Entwicklung des Begutachtungsaufkommens bei den Medizinischen Diensten ■ Sachstand zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der Pflege ■ Sachstand zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens in Pflegeeinrichtungen (Umsetzung § 113c SGB XI) ■ Erste Ergebnisse der Monitoring-Studie des BMG ■ Stand der Kommunikation der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (u.a. Information der Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege)

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der durch das BMG übermittelten Tagesordnungen der Sitzungen

Tabelle 2: Chronologische Übersicht über die Themen der Sitzungen des Begleitgremiums nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017

Datum	Tagesordnungspunkte
22. Februar (6. Sitzung)	Rückmeldungen und Austausch zum aktuellen Stand des Umstellungsprozesses: ■ Stand der Neuverhandlung der Landesrahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen/Stand der Umsetzung von § 43b und § 45b SGB XI ■ Berichte zum Umsetzungsstand der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und anderer Vorhaben, u. a.: ■ Entwicklung des Begutachtungsaufkommens bei den Medizinischen Diensten und Medicproof ■ Stand der Umsetzung in der privaten Pflege-Pflichtversicherung ■ Stand der Umsetzung in der Hilfe zur Pflege ■ Sachstand zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der Pflege ■ Sachstand zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens in Pflegeeinrichtungen (Umsetzung § 113c SGB XI) ■ Evaluation nach § 18c SGB XI und zu § 125 SGB XI, u. a.: ■ Zentrale Ergebnisse der Monitoring-Studie des BMG ■ Zwischenergebnisse der Evaluation zu § 125 SGB XI
17. Mai (Workshop)	„Das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit: Veränderte Praxis der Leistungserbringung“

18. Mai (7. Sitzung)	Rückmeldungen und Austausch zum aktuellen Stand des Umstellungsprozesses: ■ Stand der Neuverhandlung der Landesrahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen/Stand der Umsetzung von § 43b ■ Berichte zum Umsetzungsstand der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und anderer Vorhaben, u. a.: ■ Entwicklung des Begutachtungsaufkommens bei den Medizinischen Diensten und Medicproof ■ Stand der Umsetzung in der privaten Pflege-Pflichtversicherung ■ Besitzstandsschutz für Leistungen der Pflegeversicherung im Beihilferecht ■ Stand der Umsetzung in der Hilfe zur Pflege ■ Sachstand zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der Pflege; Information der Einrichtungen über erforderliche IT-Infrastruktur zur Umsetzung Qualitätssicherung/Qualitätsberichterstattung ■ Sachstand zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens in Pflegeeinrichtungen (Umsetzung § 113c SGB XI) ■ Evaluation nach § 18c SGB XI und zu § 125 SGB XI, u. a. Ergebnisse des Abschlussberichts der Monitoring-Studie des BMG ■ Bericht zum Workshop „Das neue Verständnis von Pflegebedürftigkeit: Veränderte Praxis der Leistungserbringung“ vom 17. Mai 2017: ■ Beratung der Ergebnisse des Workshops ■ Einrichtung einer Arbeitsgruppe zur Unterstützung der fachlichen Umsetzung (Pflegepraxis, Landesrahmenverträge)
30. November (Workshop)	„Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und verändertes Pflegeverständnis: was bedeutet das für die Praxis der Pflegeeinrichtungen?“
6. Dezember (8. Sitzung)	Rückmeldungen und Austausch zum aktuellen Stand des Umstellungsprozesses: ■ Stand der Neuverhandlung der Landesrahmenverträge und Vergütungsvereinbarungen/Stand der Umsetzung von § 43b, u. a. Bericht vom Arbeitstreffen der Rahmenvertragsparteien der Länder am 4. Dezember 2017 ■ Berichte zum Umsetzungsstand der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und anderer Vorhaben, u. a.: ■ Entwicklung des Begutachtungsaufkommens bei den Medizinischen Diensten und Medicproof ■ Entwicklung der Begutachtungsergebnisse (Einstufungen in Pflegegrade) ■ Stand der Umsetzung in der privaten Pflege-Pflichtversicherung ■ Stand der Umsetzung in der Hilfe zur Pflege ■ Sachstand zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der Pflege ■ Sachstand zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens in Pflegeeinrichtungen (Umsetzung § 113c SGB XI) ■ Bericht zum Workshop zum Projekt „Bedarfskonstellationen und Pflegegrade bei Heimbewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten“ vom 1. Dezember 2017 ■ Evaluation nach § 18c SGB XI und zu § 125 SGB XI, Vorstellung der Evaluationsstudien (Konzepte und Zeitpläne der Losnehmer) ■ Expertise „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ (Vorstellung, Beratung und Beschlussfassung) ■ Präambel zur Expertise „Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ (Vorstellung, Beratung und Beschlussfassung) Weitere Themen: ■ Stand der Umsetzung des Pflegeberufereformgesetzes

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der durch das BMG übermittelten Tagesordnungen der Sitzungen

Tabelle 3: Chronologische Übersicht über die Themen der Sitzungen des Begleitgremiums nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2018

Datum	Tagesordnungspunkte
19. April (9. Sitzung)	Rückmeldungen und Austausch zum aktuellen Stand des Umstellungsprozesses: ■ Stand der Neuverhandlung der Landesrahmenverträge (§ 75 SGB XI) ■ Berichte zum Umsetzungsstand der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und anderer Vorhaben, u. a.: ■ Entwicklung der Antragserledigung bei den Pflegekassen sowie des Begutachtungsaufkommens und der Auftragserledigung bei den Medizinischen Diensten und Medicproof ■ Entwicklung der Begutachtungsergebnisse (Einstufungen in Pflegegrade) ■ Stand der Umsetzung in der Pflegeberatung/Pflegeberatungs-Richtlinien ■ Stand der Umsetzung in der Hilfe zur Pflege ■ Sachstand zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der Pflege ■ Sachstand zur Entwicklung und Erprobung eines Personalbemessungsverfahrens in Pflegeeinrichtungen (Umsetzung § 113c SGB XI) ■ <i>Ergebnisse des Projektes Bedarfskonstellationen und Pflegegrade bei Heimbewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten vom 1. Dezember 2017</i> ■ Evaluation nach § 18c SGB XI und zu § 125 SGB XI, aktueller Sachstand der Projekte ■ AG des Beirats zur Sitzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Bericht aus der Sitzung der AG am 22. März 2018 und zum weiteren Verfahren) Weitere Themen: ■ Stand der Umsetzung des Pflegeberufereformgesetzes ■ Umsetzung der Netzwerke nach § 45c Nr. 9 SGB XI
12. Dezember (10. Sitzung)	Rückmeldungen und Austausch zum aktuellen Stand des Umstellungsprozesses¹ ■ Stand der Neuverhandlung der Landesrahmenverträge (§ 75 SGB XI) ■ Berichte zum Umsetzungsstand der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und anderer Vorhaben, u. a.: ■ Entwicklung der Antragserledigung bei den Pflegekassen sowie des Begutachtungsaufkommens und der Auftragserledigung bei den Medizinischen Diensten und Medicproof ■ Stand der Umsetzung in der Hilfe zur Pflege ■ Stand der Umsetzung der Pflegeberatungs-Richtlinien: Richtlinien vom 7. Mai 2018 ■ Sachstand zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der Pflege: ■ Bericht aus dem Qualitätsausschuss nach § 113b SGB XI ■ Vorbereitung der Einführung neue Qualitätsinstrumente stationär ■ <i>Ergebnisse des Projektes Bedarfskonstellationen und Pflegegrade bei Heimbewohnern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten</i> ■ Evaluation nach § 18c SGB XI, aktueller Sachstand der Projekte

¹ Der vorgesehene TOP 5: „Praktische Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses (Entwurf eines Leitfadens für Pflegeeinrichtungen (IGES)“ ist während der Sitzung aus zeitlichen Gründen entfallen.

12. Juni

(11. Sitzung)

Rückmeldungen und Austausch zum aktuellen Stand des Umstellungsprozesses

- Stand der Neuverhandlung der Landesrahmenverträge (§ 75 SGB XI)
- Berichte zum Umsetzungsstand der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und anderer Vorhaben, u. a.:
 - Entwicklung der Antragserledigung bei den Pflegekassen sowie des Begutachtungsaufkommens und der Auftragserledigung bei den Medizinischen Diensten und Medicproof
 - Erkenntnisse und Bewertungen zum neuen Begutachtungsinstrument
 - Stand der Vorbereitungen der Einführung der neuen Qualitätsinstrumente stationär
 - *Ergebnisse der Expertise „Quantifizierung der Personalverbesserungen in der stationären Pflege im Zusammenhang mit der Umsetzung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes“*
- Evaluation nach § 18c SGB XI, aktueller Sachstand der Projekte
- Praktische Umsetzung des neuen Pflegeverständnisses: Entwurf eines Leitfadens für Pflegeeinrichtungen (Teilergebnis in Los 1 der Evaluation nach § 18c SGB XI)
- AG des Beirats zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs: Erläuterung des Beratungsstandes zur „Diskussionsgrundlage für eine Roadmap zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der Praxis der pflegerischen Versorgung“

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der durch das BMG übermittelten Tagesordnungen der Sitzungen

2 Anhang zu Berichtskapitel 3.2: Leistungsrecht und Entwicklung der vertraglichen Grundlagen

2.1 Verhandlungsstand der Landesrahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI (Stand: 1. Quartal 2019)

2.1.1 Verhandlungsstand der Landesrahmenverträge für die vollstationäre Pflege

Tabelle 4: Verhandlungsstand Landesrahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI für die vollstationäre Pflege

Online-Befragung, 1. Quartal 2019

In Verhandlung	Berlin	Beginn: 02/2018 Abschluss: 06/2020 Stand: Aktuell wird § 1 Leistungsbeschreibung verhandelt. Die Schwierigkeit liegt dabei bei dem Verständnis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.
	Bremen	Beginn: 01/2017 Abschluss: 12/2019 Stand: Die Anpassung Leistungsbeschreibung wurde noch nicht abschließend finalisiert. Der Personalnachweis wurde abschließend verhandelt und wird als Landesvereinbarung zunächst erstellt und anschließend als Anlage zum Rahmenvertrag geführt. Die Personalkostennachweise wurden in einer Übergangsregelung vereinbart.
	Mecklenburg-Vorpommern	Beginn: 06/2017 Abschluss: k. A. Stand: Schiedsstellenverfahren zur Leistungsbeschreibung (März 2019).
	Nordrhein-Westfalen	Beginn: 06/2016 Abschluss: k. A.
	Rheinland-Pfalz	Beginn: 03/2018 Abschluss: k. A. Stand: Anpassung Leistungsbeschreibung und Personal sind erfolgt.
	Saarland	Beginn: 03/2018 Abschluss: 09/2019 Stand: Bei der Leistungsbeschreibung erfolgte eine Anpassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die Vertragsvoraussetzungen sowie die einzureichenden Unterlagen wurden angepasst. Bei den Personalvereinbarungen erfolgte die Festlegung landeseinheitlicher Mindest-Personalanhaltszahlen pro Pflegegrad und die Regelungen zur Durchführung eines Personalabgleichs bzgl. der vereinbarten Personalausstattung. Offen sind noch die Anpassungen der Funktionsstellen der Pflege. Zudem wurden Voraussetzungen zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung und Verfahren zur Vergütungskürzung gem. § 115 Abs. 3 b SGB XI einschließlich der entsprechenden Nachweispflichten festgelegt. Offen ist noch die Neuregelung zur Abgrenzung der allgemeinen Pflegeleistungen von Unterkunft und Verpflegung sowie die Zusatzleistungen.

	Sachsen	Beginn: 11/2016 Abschluss: 09/2019 Stand: Die Anpassung der Leistungsbeschreibung und des Personals sind erfolgt. Die Regelung zu § 85 Abs. 3 SGB XI konnte als Rahmenvertragsregelung geeint werden. Strittig ist noch die Wäschekennzeichnung sowie die Kooperationen, hierzu wurde ein Kompromissangebot unterbreitet und überwiegend als zustimmungsfähig anerkannt.
	Sachsen-Anhalt	Beginn: 01/2016 Abschluss: 11/2019 Stand: Die Anpassung der Leistungsbeschreibung ist fast abgeschlossen. Strittig: Nachweise nach § 85 Abs. 3, Nachweise nach § 84 Abs. 7, Inhalte Abrechnungsprüfungen, der Personalabgleich.
	Schleswig-Holstein	Beginn: 02/2016 Abschluss: 12/2020 Stand: Die Leistungsbeschreibung wurde geeinigt. Noch nicht finalisiert wurden die Zusatzleistungen, der Nachwachenschlüssel sowie der Nachweis der Zahlung der Gehälter.
Zurückgestellt	Baden-Württemberg	Beginn: 01/2020 Abschluss: 12/2020
	Bayern	Beginn: 11/2019 Abschluss: 03/2021
	Brandenburg	Beginn: 01/2019 Abschluss: 08/2020
	Thüringen	Beginn: 09.2019 Abschluss: 12/2022

Angepasste Rahmenverträge für die vollstationäre Pflege liegen für Hamburg, Hessen und Niedersachsen vor.

Quelle: Prognos 2019

2.1.2 Verhandlungsstand der Landesrahmenverträge für die solitäre Kurzzeitpflege

Tabelle 5: Verhandlungsstand Landesrahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI für die solitäre Kurzzeitpflege
Online-Befragung, 1. Quartal 2019

In Verhandlung	Baden-Württemberg	Beginn: 10/2017 Abschluss: 12/2019 Stand: Bisher noch keine inhaltliche Diskussion.
	Nordrhein-Westfalen	Beginn: 10/2016 Abschluss: k. A.
	Schleswig-Holstein	Beginn: 02/2016 Abschluss: 12/2020 Stand: Solitäre Kurzzeitpflege wird Teil des vollstationären Rahmenvertrages.
Zurückgestellt	Bayern	Beginn: 11/2019 Abschluss: 03/2021
	Berlin	Beginn: 07/2020 Abschluss: 06/2021
	Brandenburg	Beginn: 03/2019 Abschluss: 03/2020

	Bremen	Beginn: 12/2019 Abschluss: 06/2020
	Hamburg	Beginn: 12/2019 Abschluss: 03/2020
	Hessen	Beginn: 01/2020 Abschluss: 06/2020
	Mecklenburg-Vorpommern	Beginn: 04/2019 Abschluss: k. A.
	Niedersachsen	Beginn: 07/2019 Abschluss: 12/2019
	Rheinland-Pfalz	Beginn: k. A. Abschluss: k. A.
	Saarland	Beginn: k. A. Abschluss: k. A.
	Sachsen	Beginn: 10/2019 Abschluss: 06/2020
	Sachsen-Anhalt	Beginn: 12/2019 Abschluss: 12/2020
	Thüringen	Beginn: 01/2020 Abschluss: 12/2022

Es liegen noch keine angepassten Rahmenverträge für die solitäre Kurzzeitpflege vor.

Quelle: Prognos 2019

2.1.3 Verhandlungsstand der Landesrahmenverträge für die teilstationäre Pflege

Tabelle 6: Verhandlungsstand Landesrahmenverträge teilstationäre Pflege
Online-Befragung, 1. Quartal 2019

In Verhandlung	Nordrhein-Westfalen	Beginn: 10/2018 Abschluss: k. A.
	Rheinland-Pfalz	Beginn: k. A. Abschluss: k. A. Stand: Die Anpassung der Leistungsbeschreibung und des Personals sind erfolgt.
	Schleswig-Holstein	Beginn: 07/2018 Abschluss: 12/2019 Stand: Die Leistungsbeschreibung wurde geeinigt. Der Personalschlüssel wird gerade verhandelt. Aktuell gilt es Punkte bezüglich der Größe der Einrichtung und des Nachweises der Gehaltszahlung an Personal und von Transportkosten zu verhandeln.
	Thüringen	Beginn: 10/2016 Abschluss: 12/2019 Stand: Aktuell gilt es die Themen Fahrkosten, Leistungsnachweise, Tarifnachweis, Personalabgleich und Vertragsstrafen zu verhandeln.

Zurückgestellt	Berlin	Beginn: 07/2020 Abschluss: 06/2021
	Brandenburg	Beginn: 03/2019 Abschluss: k. A.
	Bremen	Beginn: 12/2019 Abschluss: 06/2020
	Hamburg	Beginn: 12/2019 Abschluss: 03/2020
	Hessen	Beginn: 04/2019 Abschluss: 12/2019
	Mecklenburg-Vorpommern	Beginn: 07/2019 Abschluss: k. A.
	Niedersachsen	Beginn: 07/2019 Abschluss: 12/2019
	Sachsen	Beginn: 10/2019 Abschluss: 06/2020
	Sachsen-Anhalt	Beginn: 10/2019 Abschluss: 12/2020

Es liegen angepasste Rahmenverträge für die teilstationäre Pflege in Baden-Württemberg, Bayern und dem Saarland vor.

Quelle: Prognos 2019

2.1.4 Verhandlungsstand der Landesrahmenverträge für die ambulante Pflege

Tabelle 7: Verhandlungsstand Landesrahmenverträge ambulante Pflege
Online-Befragung, 1. Quartal 2019

In Verhandlung	Bremen	Beginn: k. A. Abschluss: 12/2019 Stand: Die Anpassung der Leistungsbeschreibung ist noch offen. Preisanpassung für die körperbezogenen Pflegemaßnahmen wurden bereits für 2017 vorgenommen. Leistungsinhalte und somit Leistungsbeschreibungen sind aber noch auf altem Stand, d.h. verrichtungsbezogen. Bei der Personalbemessung soll eine Angleichung an die vollstationäre Pflege erfolgen.
	Mecklenburg-Vorpommern	Beginn: 11/2010 Abschluss: 12/2019 Stand: Aktuell sind die Inhalte der häuslichen Pflege-Betreuungsleistung noch strittig. Die Mindestpersonalvorhaltung wird aktuell angepasst. Zudem sind die Themen Leistungsnachweis, Abrechnungsverfahren, Abrechnung, Vergütungsgrundsätze, Vergütung und deren Bestandteile in der Abstimmung.
	Niedersachsen	Beginn: 10/2016 Abschluss: 07/2019 Stand: Die Definition der Leistungsinhalte nach neuem Pflegebedürftigkeitsbegriff ist weiterhin strittig. Durch das Schiedsstellenverfahren bei der vollstationären Pflege sind neue Kompromissmöglichkeiten bzgl. "Entlohnungsnachweisen" und "Nachweisen bei Vergütungsverhandlungen" denkbar.
	Nordrhein-Westfalen	Beginn: 09/2016 Abschluss: k. A.

	Rheinland-Pfalz	Beginn: 11/2018 Abschluss: 12/2019
	Saarland	Beginn: 04/2017 Abschluss: 10/2019 Stand: Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde aufgenommen. Beim Personal wurden Anpassungen analog den bereits erfolgten Anpassungen im Rahmenvertrag Tagespflege sowie Häusliche Krankenpflege vorgenommen. Knackpunkte sind noch: Kooperationen und Verfahren zur Vergütungskürzung.
	Sachsen-Anhalt	Beginn: 12/2015 Abschluss: 12/2019 Stand: Die Leistungsbeschreibung wurde geeint. Aktuell müssen noch die Anzahl der Pflegefachkräfte und die Stundenanzahl der Pflegedienstleistung bestimmt werden.
	Schleswig-Holstein	Beginn: 03/2016 Abschluss: 06/2019 Stand: Die Anpassung der Leistungsbeschreibung sowie die Personalanpassungen sind erfolgt.
	Thüringen	Beginn: 11/2017 Abschluss: 06/2020 Stand: In Verhandlung: Leistungsverzeichnis, Leistungsbeschreibung, Personalausstattung, Tarfnachweis und Vertragsstrafen.
Zurückgestellt	Bayern	Beginn: 07/2019 Abschluss: 06/2021
	Berlin	Beginn: k. A. Abschluss: k. A.
	Brandenburg	Beginn: k. A. Abschluss: k. A.
	Hessen	Beginn: 04/2019 Abschluss: 12/2019
	Sachsen	Beginn: 09/2020 Abschluss: 12/2021

Es liegen angepasste Rahmenverträge für die ambulante Pflege in Baden-Württemberg und Hamburg vor.

Quelle: Prognos 2019

2.2 Ergebnisse der Dokumentenanalyse (Landesrahmenverträge gem. § 75 Abs. 1 SGB XI)

2.2.1 Vollstationäre Pflege

Landesrahmenvertrag Hamburg (in Kraft seit 01.01.2017)²

Tabelle 8: Übersicht über die zentralen Anpassungen im aktuellen Landesrahmenvertrag für die vollstationäre Pflege in Hamburg³

Zentrale Paragraphen	Anpassungen
§ 1 Inhalt der Pflegeleistungen, der Betreuung und der Behandlungspflege (allgemeine Pflegeleistungen)	■ Verrichtungsbezug wurde durch den Terminus „Beeinträchtigung der Selbstständigkeit“ ersetzt. ■ Zentrale Elemente des neuen PBB wurden eingeführt (Förderung der Selbstständigkeit, Anleitung der Pflegebedürftigen und Prophylaxe). ■ Keine Anpassungen an bereits im alten Rahmenvertrag beschriebenen Pflegeleistungen (Hilfen bei der Körperpflege, bei der Ernährung und der Mobilität). ■ Absatz zur Betreuung (ehemals „soziale Betreuung“) wurde so belassen wie er ist (bereits 2009 enthalten: Selbstbestimmung und Selbstständigkeit). ■ Absätze zu „kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten und psychischen Problemlagen“ sowie zur „Sterbebegleitung“ wurden ergänzt.
§ 2 Zusätzliche Betreuung und Aktivierung von Menschen entsprechend § 43b SGB XI	■ Absätze 1 bis 3 wurden inhaltlich angepasst: Es ist nun verankert, dass die Pflegeeinrichtungen grundsätzlich zusätzliche Betreuungsleistungen anbieten. ■ Betreuungsleistungen erweitern die Betreuung und Aktivierung nach § 1 Absatz 6 „Betreuung“ und können laut Rahmenvertrag in Gruppen- und Einzelangeboten erbracht werden.
§ 18 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Pflegepersonals	■ Personalrichtwerte wurden an die fünf Pflegegrade angepasst. ■ Absatz sechs regelt nun, dass die Einrichtung für Leistungen nach § 2 „Zusätzliche Betreuung und Aktivierung“ Personal nach einem Personalschlüssel von „in der Regel 1:20 je anspruchsberechtigtem Pflegebedürftigen“ vorhält. ■ Neuer Absatz acht regelt, dass sich die Bereitstellung und fachliche Qualifikation des Personals nach den Regelungen des § 84 Abs. 5 SGB XI richtet. ■ Neuer Absatz 10 regelt die Nachweispflicht hinsichtlich der angemessenen Bezahlung der Beschäftigten gemäß § 84 Abs. 7 SGB XI für Pflegeeinrichtungen, die ihre Pflegesätze auf Grundlage der Bezahlung der Beschäftigten nach tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechenden Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbart haben, näher geregelt.
§ 37 „Inkrafttreten, Kündigung“ (Überprüfung der Personalrichtwerte)	■ Revisionsklausel: Vertragsschließende Parteien überprüfen ab Anfang 2018 die Personalrichtwerte hinsichtlich ihrer Praxistauglichkeit. Hierfür sollen mindestens 50 stationäre Pflegeeinrichtungen ausgewählt werden, um ab dem 31.12.2016 vierteljährlich ihre Belegungsstruktur zur Verfügung zu stellen. Sollten diese Daten eine Anpassung der Personalrichtwerte nahelegen, werden entsprechend 2018 Verhandlungen zur Anpassung der Personalrichtwerte für 2019 aufgenommen.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis des neuen LRV Hamburg vollstationär (gültig seit 01.01.2017) und dem alten LRV (gültig ab 17.11.2009 bis 31.12.2016)

² Der alte Rahmenvertrag für den vollstationären Bereich in Hamburg war am 17.11.2009 in Kraft getreten.

³ Weitere, weniger relevante Änderungen im Landesrahmenvertrag von Hamburg (vollstationär): Die §§ 7 „Bewilligung der Leistung und Wahl der Pflegeeinrichtung“, 12 „Mitteilungen“, 24 „Information“ und 25 „Abwesenheit des Pflegebedürftigen“ wurden lediglich an die neuen Begrifflichkeiten des neuen PBB angepasst (z. B. Pflegegrade statt Pflegestufe), aber ansonsten nicht weiter inhaltlich verändert. Die Präambel wurde nur um den Hinweis auf geschlechtsneutrale Formulierung des Gesetzestextes erweitert.

Landesrahmenvertrag Hessen (seit 01.07.2018 in Kraft)⁴

Tabelle 9: Übersicht über die zentralen Anpassungen im aktuellen Landesrahmenvertrag für die vollstationäre Pflege in Hessen⁵

Zentrale Paragraphen	Anpassungen
§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages	■ Es ist nicht mehr von zugelassenen „vollstationären“ Pflegeheimen die Rede, sondern nur noch von zugelassenen Pflegeheimen.
§ 2 Allgemeine Pflegeleistungen	■ Dieser Paragraph wurde inhaltlich komplett überarbeitet und neu strukturiert. ■ Einleitend werden die zentralen Neuerungen durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erläutert, u. a. die Förderung der Selbständigkeit und die Stärkung der Fachlichkeit. Explizit wird in diesem Kontext die Ablösung der Defizitorientierung durch eine Ressourcenorientierung sowie die in der Folge erforderliche konzeptionelle Neuausrichtung des pflegerischen Handelns betont. ■ Der Begriff der „Aufgaben“ wird anstelle der früheren „Maßnahmen“ explizit eingeführt. Als zentrale Instrumente des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die die ebenso aufgeführten Aufgaben ergänzen sollen, werden Beratung und Edukation, Prävention, prozesssteuernde Interventionen und alltagsbezogene Unterstützung genannt. ■ Der Inhalt der Pflege- und Betreuungsleistungen wird beschrieben: ■ Mobilität, ■ Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, ■ Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, ■ Selbstversorgung, ■ Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen ■ Medizinische Behandlungspflege, ■ Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte, ■ Sterbebegleitung und Kooperation mit Hospizdiensten/Hospiz- und Palliativnetzwerken (inklusive einer erweiterten Vereinbarung zur Sterbebegleitung und zu Palliative-Care).
§ 3 Zusätzliche Betreuung und Aktivierung	■ Dieser Paragraph wurde neu hinzugefügt. ■ In diesem Paragraphen werden sämtliche Regelungen rund um den Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung nach § 43b SGB XI und nach Maßgabe von § 84 Abs. 8 und § 85 Abs. 8 SGB XI bestehen, geregelt. U. a. der Vergütungszuschlag, die Qualifikation des entsprechenden Personals beziehungsweise die von den Pflegeheimen vorzuhaltende Personalmenge.
§ 5 Unterkunft und Verpflegung	■ Ergänzung bei der Wäscheversorgung: „Kennzeichnung und Reinigung“ der persönlichen Wäsche und Kleidung. ■ Ergänzung bei Reinigung: Reinigung des „Wohnraumes“, nicht der „Zimmer“.

⁴ In Hessen trat zum 01.07.2018 ein neuer Rahmenvertrag für die vollstationäre Pflege nach § 75 SGB XI in Kraft und ersetzte den alten Rahmenvertrag, der seit dem 01.05.2009 galt.

⁵ Weitere, weniger relevante Änderungen im Landesrahmenvertrag von Hessen (vollstationär): Es wurde eingangs des Vertrages ein Inhaltsverzeichnis der Paragraphen und der Regelungsinhalte ergänzt. Zudem gibt es nun ein Verzeichnis für die Anlagen zum Landesrahmenvertrag. Der neue Vertrag wurde an die Begrifflichkeiten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs angepasst (z. B. Pflegegrade statt Pflegestufe). In einigen Paragraphen wurden Formulierungen lediglich sprachlich optimiert, ohne dass sich daraus inhaltliche Veränderungen ergeben haben (z. B. „Pflege, Unterkunft und Verpflegung“ statt „Pflege und Unterkunft und Verpflegung“, „Einrichtungsleiter/-beirat“ statt „(Pflege-)Heimbeirat“). Die §§ 4 „Besondere Pflege- und Betreuungsbedarfe pflegebedürftiger Menschen“; 6 „Zusatzleistungen“, 8 „Abgrenzung der allgemeinen pflegerischen Leistungen von Unterkunft und Verpflegung, Zusatzleistungen“ und 12 „Leistungsfähigkeit“ waren lediglich von solchen formalen Anpassungen betroffen, wurden aber ansonsten nicht weiter inhaltlich verändert. Bei ein paar Paragraphen bzw. Anlagen hat sich zudem durch die Ergänzung eines neuen Paragraphen bzw. einer neuen Anlage oder durch das Entfallen eines Paragraphen bzw. einer Anlage lediglich die Nummerierung geändert. Die betroffenen Paragraphen werden aus Platzgründen an dieser Stelle nicht gesondert aufgelistet.

§ 7 Sächliche Ausstattung	■ Eine Standardausstattung mit geeigneten Pflege- und Hygieneartikeln ist vom Pflegeheim nicht mehr grundsätzlich, sondern nur noch „bei Bedarf“ zur Verfügung zu stellen. ■ Neuer Abs. 3: „Die Pflegekasse übermittelt dem Antragsteller unverzüglich die Entscheidung über die empfohlenen Hilfs- und Pflegehilfsmittel.“
Der ehemalige § 8 „Bewilligung der Leistung“ zu Beginn von Abschnitt II ist entfallen.	
§ 9 Heimvertrag	■ Es wird konkretisiert, dass der Heimvertrag gemäß dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) abgeschlossen wird, nicht mehr nur allgemein nach den heimrechtlichen Regelungen. ■ Das Pflegeheim legt dem federführenden Landesverband der Pflegekassen das Muster seines Heimvertrages „auf Anforderung“ vor. Dieses Muster muss nicht mehr wie bisher von der Heimaufsicht geprüft sein.
§ 10 Vertragsvoraussetzungen und Vertragserfüllung	■ Dieser neu konzipierte Paragraph ersetzt den § 10 „Organisatorische Voraussetzungen“ aus dem alten Landesrahmenvertrag. ■ Es werden u. a. die angepassten und erweiterten erforderlichen Nachweise zur Erfüllung der Anspruchsvoraussetzungen nach § 72 SGB XI genannt. Darunter auch der Nachweis über die Qualifikation der Pflegefachkräfte.
§ 13 Mitteilungen	■ Neuer Abs. 4: „Das Pflegeheim informiert die Kostenträger über Abwesenheit, Auszug und Tod des pflegebedürftigen Menschen.“
§ 14 Fachlichkeit und Wirtschaftlichkeit	■ Neuer Absatz (ohne Nummer): „Auf Verlangen des Trägers ist eine angemessene Vergütung des Unternehmerrisikos zu berücksichtigen.“
§ 15 Dokumentation der allgemeinen Pflegeleistungen	■ Der Paragraph wurde neu strukturiert (keine Untergliederung in nummerierte Absätze mehr). ■ Anpassung an neue Anforderungen an Pflegedokumentation. Der Pflege- und Betreuungsprozesses umfasst neu statt dem „Assessment“ die Informationssammlung inkl. Risikobewertung“ sowie – statt des „Pflege- und Betreuungsplanes“ – „Pflegemaßnahmenplanung und Berichtswesen“.
§ 16 Abrechnungsverfahren und Berechnungsgrundsätze	■ Der Titel des Paragraphen umfasst nun auch die Berechnungsgrundsätze. ■ Neuer Abs. 2 zu den Grundsätzen der Berechnung der Vergütung (u. a. Berechnung des EEE).
§ 17 Zahlungsweise und Rechnungslegung	■ Der Titel des Paragraphen umfasst nun auch die Rechnungslegung. ■ Neuer Abs. 3 zur Abrechnung der zusätzlichen Betreuungs- und Aktivierungsleistungen gemäß § 43b SGB XI.
§ 18 Maßnahmen bei Vertragsverstößen	■ Dieser Paragraph wurde neu hinzugefügt. ■ Als Maßnahmen bei einem Verstoß des Leistungserbringers gegen den Heimvertrag werden genannt: Verwarnung, Abmahnung und Kündigung des Vertrages.
§ 19 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals	■ Abs. 4 zur personellen Ausstattung des Pflegeheims wurde teilweise überarbeitet. Die Punkte, die es beim Einsatz des Personals zu berücksichtigen gilt, sind an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst worden.
§ 20 Geeignete Nachweise nach § 85 Abs. 3 SGB XI	■ Dieser Paragraph wurde neu hinzugefügt. ■ Es werden Grundsätze der Vereinbarung von Pflegesätzen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern festgelegt (zweistufiges Verfahren).
§ 21 Bemessungsgrundsätze Tarifliche Vergütungen	■ Dieser Paragraph wurde neu hinzugefügt. ■ Es werden Regelungen für die erforderlichen Nachweise für Pflegeheime, die ihre Pflegesätze auf Grundlage der Bezahlung der Beschäftigten nach tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechenden kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbart haben festgelegt.

§ 22 Verfahren nach § 75 Abs. 3 SGB XI	■ In Abs. 1 wurden die Personalrichtwerte an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff angepasst. ■ Der alte Abs. 2 zur Berechnung des Personalrichtwertes eines Pflegeheims wurde gestrichen und durch sieben neue Absätze ersetzt, die u. a. die Berechnung des Personalrichtwerts für den Pflege- und Betreuungsdienst regeln. ■ Im letzten Abs. 8 ist zudem festgehalten, dass die Vertragspartner sich einig sind, „dass die Ergebnisse des vom 01.01.2017 bis 01.07.2018 durchzuführenden Monitorings der Belegungsentwicklung in der vollstationären Pflege in Hessen dazu dienen sollen, die in diesem Rahmenvertrag vereinbarten Äquivalenzziffern sowie den Personalrichtwert für den Bereich Pflege und Betreuung zu überprüfen und ggf. anzupassen.“
§ 23 Nachweis des Personaleinsatzes	■ Es ist nicht mehr von zusätzlichen Betreuungskräften nach § 87b SGB XI die Rede, sondern nach § 43b SGB XI.
§ 24 Verfahren zum Personalabgleich nach § 84 Abs. 6 SGB XI	■ In Abs. 1 wurde ein Verweis auf den neuen § 3 „Zusätzliche Betreuung und Aktivierung“ eingefügt. ■ Neue (erstgenannte) Berechnungsgrundlage für den Personalabgleich nach § 84 Abs. 6 SGB XI sind die „in der Anlage 1 der Pflegesatzvereinbarung (Leistungs- und Qualitätsmerkmale) vereinbarten Personalschlüssel für Pflege und Betreuung, der Personalschlüssel für die zusätzliche Betreuung nach § 43b SGB XI und die dort vereinbarte durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit eines VZÄ.“ Statt Vollzeitstellen ist hier und im Folgenden von Vollzeitäquivalenten (VZÄ) die Rede. ■ In Abs. 6 ist von Personen im Rahmen des Bundesfreiwilligendienstes und nicht mehr von Zivildienstleistenden die Rede. ■ Die Regelung zur Berücksichtigung der Auszubildenden der Pflege wurde insbesondere sprachlich überarbeitet. ■ Der ehemalige Abs. 9 wurde in zwei Absätze aufgegliedert. Der neue Abs. 9 legt neu fest, dass die Einstufung der zu berücksichtigenden pflegedürftigen Menschen (in einem Pflegeheim, inkl. Kurzzeitpflege) den Kostenträgern auf Verlangen nachzuweisen ist. Zudem wurde der Satz ergänzt, dass zum Abgleich des Personals für die zusätzliche Betreuung nach § 43b SGB XI die Anzahl der Anspruchsberechtigten je Monat gesondert auszuweisen ist.
§ 25 Möglichkeiten der Beteiligung ehrenamtlicher Pflegepersonen, Selbsthilfegruppen und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen und Organisationen	■ In der Protokollnotiz wurde ein zusätzlicher Punkt g aufgenommen: Das Pflegeheim soll mit Selbsthilfegruppen bzw. sonstigen Organisationen, mit denen es zusammenarbeitet, einen Kooperationsvertrag abschließen.
§ 26 Prüfung durch die Pflegekassen	■ Statt dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ist nun vom „jeweiligen medizinischen Dienst“ die Rede, d. h. die Bezeichnung impliziert nun auch Medicproof (siehe § 27).
§ 27 Prüfung durch MDK und MEDICPROOF	■ Im Titel des Paragraphen wurde der Medizinische Dienst der Krankenversicherung durch „MDK und Medicproof“ ergänzt. In den Abs. 1 und 2 ist entsprechend von dem „jeweiligen medizinischen Dienst“ die Rede. ■ Abs. 3 aus dem alten Rahmenvertrag, der Medicproof dieselben Befugnisse einräumt wie dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung entfällt aufgrund der oben beschriebenen Anpassungen.
§ 29 Rückerstattung für ausschließlich sondenernährte pflegebedürftige Menschen	■ In Abs. 1 wurde der Eurobetrag, um die sich das Entgelt für Verpflegung für ausschließlich sondenernährte pflegebedürftige Menschen verringert von 4,00 auf 4,19 Euro erhöht (kalendertäglich). ■ Abs. 3 wurde angepasst. Es ist nun nicht mehr von der jährlichen Beratung der Anpassung der Höhe des Rückerstattungsbetrages die Rede, sondern von der Beschließung. Der Verweis auf den Verbraucherindex für Lebensmittel des Statistischen Landesamtes Hessen als Grundlage für die Anpassung ist entfallen.
§ 30 Zugang	■ Ebenso wie in der Abschnittsüberschrift zu Abschnitt VI ist nicht mehr vom Medizinischen Dienst (der Krankenversicherung) die Rede, sondern vom „MDK und dem Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V.“ die Rede.

§ 36 Inkrafttreten, Kündigung	■ Der Paragraph wurde entsprechend aktualisiert und enthält das Datum des Inkrafttretens des neuen Landesrahmenvertrages (01.07.2018) sowie die bisherige Regelung, dass der Rahmenvertrag mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden kann.
Anlagen	■ Der neue Rahmenvertrag besitzt die folgenden Anlagen: ■ Anlage A (angepasst) zu § 4 Abs. 2 Rahmenvertrag über die vollstationäre pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Hessen vom 01.05.2018: Rahmenkonzeption für pflegebedürftige Menschen mit einer demenziellen Erkrankung und einem besonderen Pflege- und Betreuungsbedarf auf Grund von speziellen Verhaltensmerkmalen. Anpassungen bei den Zugangskriterien und bei der personellen Ausstattung. ■ Anlage 1 (neu) zu §2 Abs. 7 Buchstabe h Rahmenvertrag über die vollstationäre pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Hessen vom 01.05.2018: Besondere Leistungen der Sterbebegleitung und Palliative Care. ■ Anlage 2 (angepasst) zum Rahmenvertrag über die vollstationäre pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Hessen vom 01.05.2018: Abgrenzung der allgemeinen Pflegeleistungen von Unterkunft und Verpflegung, Zusatzleistungen § 5 und § 8: Enthält neu ein Konto für die Personalaufwendungen für Palliative-Care-Beauftragte. ■ Die folgenden bisherigen Anlagen sind entfallen: ■ Anlage 2 zum ehemaligen § 15 „Dokumentation der allgemeinen Pflegeleistungen“ ■ Anlage 3 zum ehemaligen § 22 Abs. 4 des Rahmenvertrages über die vollstationäre pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Hessen: Personalabgleich nach § 84 Abs. 6 SGB XI. ■ Anlage 4 zu § 22 Abs. 9 des Rahmenvertrages über die vollstationäre pflegerische Versorgung gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI für das Land Hessen: Muster für die Personalliste über das beschäftigte Pflege- und Betreuungspersonal. ■ Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), modifiziert für das Land Hessen

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis des neunten LRV Hessen vollstationär (gültig ab 01.07.2018) und dem alten LRV (gültig ab 01.05.2009 bis 30.06.2018)

Landesrahmenvertrag Niedersachsen (in Kraft seit 01.04.2019)

Tabelle 10: Übersicht über die zentralen Anpassungen im aktuellen Landesrahmenvertrag für die vollstationäre Pflege in Niedersachsen⁶

Zentrale Paragraphen	Anpassungen
§ 1 Inhalt der allgemeinen Pflege- und Betreuungsleistungen inkl. der Sterbebegleitung und der Behandlungspflege	■ Ergänzung der Sterbebegleitung und der Behandlungspflege im Titel des Paragraphen (sowie der Sterbebegleitung auch im Titel des Abschnittes I) ■ Dieser Paragraph wurde inhaltlich komplett überarbeitet und neu strukturiert. ■ Einleitend werden die Inhalte der Leistungen anhand des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs beschrieben (Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten; körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen). Die Sterbebegleitung wird dabei explizit als Bestandteil der pflegerischen Leistungserbringung definiert und in Abs. 5 gesondert beschrieben. ■ Die Leistungen umfassen Hilfen in den folgenden sieben Bereichen, in die sich der Paragraph im Folgenden auch untergliedert (jeweils Ziele der Leistungen im jeweiligen Bereich, allgemeine Beschreibung und Beispiele): ■ Mobilität, ■ Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, ■ Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, ■ Selbstversorgung, ■ Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, ■ Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte, ■ Sonstiges
§ 2 Zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 43b SGB XI	■ Neuer Paragraph ■ Bezüglich der Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung wird auf die Betreuungskräfterichtlinie nach § 53c SGB XI verwiesen. ■ Bezüglich des Vergütungszuschlags für die zusätzlichen Betreuungsleistungen wird auf die §§ 84 Abs. 8 und 85 Abs. 8 SGB XI verwiesen.
§ 3 Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern	■ Neuer Paragraph ■ Die Pflegeeinrichtungen sind dazu aufgefordert, mit anderen Leistungserbringern (Ärzten, Physiotherapeuten, Hospiz- und Palliativnetzen) zusammenzuarbeiten. Außerdem sollen sie darauf hinwirken, Kooperationsverträge in Ärztenetze abzuschließen und Vereinbarungen mit Apotheken zu treffen.
§ 4 Unterkunft und Verpflegung	■ Ergänzung im Kontext der Wäscheversorgung (Abs. 2): Sie umfasst neu ggf. auch die Wäschekennzeichnung und dafür benötigte Materialien.
§ 5 Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI	■ Ergänzung, dass die Preise für die beschriebenen Zusatzleistungen angemessen sein müssen (Abs. 1). ■ In Abs. 2 wird nach wie vor auf die Anlage 1 verwiesen, in der die Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI anhand von Beispielen abgegrenzt werden. Als Abgrenzungsgegenstand werden neu explizit die Leistungen nach §§ 1 und 4 sowie die sonstigen Leistungen genannt. ■ Ergänzung, dass nicht angezeigte Zusatzleistungen nicht abgerechnet werden dürfen (Abs. 3).

Der ehemalige § 4 „Formen der Hilfe“ ist entfallen.

⁶ Weitere, weniger relevante Änderungen im Landesrahmenvertrag von Niedersachsen (vollstationär): Der neue Vertrag wurde an die Begrifflichkeiten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs angepasst (z. B. Pflegegrade statt Pflegestufe). Bei ein paar Paragraphen bzw. Anlagen hat sich durch die Ergänzung eines neuen Paragraphen bzw. einer neuen Anlage oder durch das Entfallen eines Paragraphen bzw. einer Anlage lediglich die Nummerierung geändert. In einigen Paragraphen wurden Formulierungen lediglich sprachlich optimiert, ohne dass sich daraus inhaltliche Veränderungen ergeben haben (z. B. „Leistungen nach § 1“ statt „allgemeine Pflegeleistungen“, „Pflegeeinrichtung“ statt „Einrichtung“. Die §§ 6 „Sächliche Ausstattung / Pflegehilfsmittel und technische Hilfen“, 8 „Bewilligung der Leistung“, 9 „Wahl der Pflegeeinrichtung“, 22 „Beteiligung von weiteren Personen und Organisationen an der Betreuung Pflegebedürftiger“ und 32 „Abwicklung der Prüfung“ waren lediglich von solchen formalen Anpassungen betroffen, wurden aber ansonsten nicht weiter inhaltlich verändert.

§ 7 Abgrenzung der Leistungen nach § 1 von Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen	■ In Abs. 1 wird nun auf die Hilfen und (neu) Maßnahmen in § 1 verwiesen. Bei der Definition des Betriebsaufwands wird neu zwischen sonstigen Personal-kosten und Sachkosten unterschieden. Die jeweils aufgezählten Positionen sind detaillierter als in der alten Fassung.
§ 10 Vertragsvoraussetzungen und Vertragserfüllung	■ Die ehemaligen §§ 9 „Heimvertrag“ und 10 „Grundlagen für den Betrieb einer Einrichtung“ wurden im neuen § 10 „Vertragsvoraussetzungen und Vertragserfüllen“ zusammengefasst. ■ Der Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI wird in dem neuen Paragraphen umfassend beschrieben. Von der Antragstellung des Trägers der Pflegeeinrichtung bei den Landesverbänden der Pflegekassen, über die Verhandlungen zu den Pflegesatzvereinbarungen bis hin zu den Vertragsvoraussetzungen. Ehemals umfasste der § 9 „Heimvertrag“ nur einen Satz, der den Vertragsabschluss zwischen Pflegeeinrichtung und Pflegebedürftigem gem. heimrechtlicher Vorschriften vorsah. ■ Die ehemaligen Regelungen zu den „Grundlagen für den Betrieb einer Einrichtung“ sind in Abs. 7 aufgeführt und wurden vorrangig um Nachweispflichten hinsichtlich der Qualifikation des Personals sowie der Zahlung einer ortsüblichen Vergütung ergänzt.
§ 12 Aufnahmeverpflichtung und Leistungserbringung in Kooperation	■ Anpassung des ehemaligen Titels des Paragraphen „Leistungsfähigkeit“. ■ Im Kontext der Aufnahmeverpflichtung wird nun nicht mehr nur von der Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen gesprochen, die Pflegebedürftigen, die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen wollen, zu versorgen, sondern diese auch aufzunehmen. ■ Konkretisierung in Abs. 1, dass mit der Leistungskapazität der Pflegeeinrichtung die vereinbarte Bettenzahl gemeint ist.
§ 13 Mitteilungen	■ Sprachliche Anpassung in Abs. 1 und gesonderte Auflistung von Maßnahmen der Prävention (wenn diese „angezeigt erscheinen“) und Einleitung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen (wenn diese „erforderlich ist“). ■ Als Adressat der Mitteilung der Träger der Pflegeeinrichtung werden die Landesverbände der Pflegekassen genannt, nicht mehr die Verbände der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen. Als Grund für Änderungsmitteilungen ist neu auch der Wechsel der verantwortlichen Pflegekraft sowie ihrer Stellvertretung genannt. ■ Abs. 5 wurde neu hinzugefügt und regelt, dass Pflegeeinrichtungen nach Durchführung einer Qualitätsprüfung den Landesverbänden der Pflegekassen gem. § 114 Abs. 1 Sätze 5 bis 7 SGB XI elektronisch mitteilen müssen, wie die ärztliche, fachärztliche und zahnärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung geregelt sind. Hingewiesen werden soll dabei auf die gem. § 3 dieses Rahmenvertrags geforderte Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern hingewiesen werden.
§ 14 Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit	■ Zusatz, dass die Leistungen der Pflegeeinrichtung „dem Grund nach“ wirksam und wirtschaftlich sein müssen.
§ 15 Dokumentation der Pflege	■ Die Pflegedokumentation ist nicht mehr nur auf Grundlage der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung, sondern auch für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach §113 SGB XI in der vollstationären Pflege vorzuhalten. ■ Die in der alten Fassung aufgelisteten Inhalte der Pflegedokumentation (u. a. Pflegeanamnese) sind entfallen. Dafür wird beschrieben, wie genau eine eindeutige personenbezogenen Zuordnung des Handzeichens durch den Träger der Pflegeeinrichtungen sicherzustellen ist.
§ 16 Nachweis der erbrachten Leistungen	■ Im Rahmen des Nachweises der erbrachten Leistungen ist durch die Pflegeeinrichtungen neu auch der Pflegegrad der Pflegebedürftigen aufzuzeigen – nicht mehr jedoch die Pflegekasse des Pflegebedürftigen. ■ Abs. 2 wurde angepasst und regelt den Nachweis behandlungspflegerischer Leistungen, der täglich erbracht und von der Pflegekraft zu bestätigen ist. Die aktuell erbrachten Leistungen der körperbezogenen Pflege und Betreuung müssen zudem aus den Unterlagen der Pflegedokumentation ablesbar sein – kehren die entsprechenden Versorgungsabläufe regelmäßig wieder, sind keine Einzelleistungsnachweise erforderlich. ■ Abs. 3 legt neu fest, dass auch die von der Pflegeeinrichtung erbrachten Leistungen nach § 43b SGB XI zu dokumentieren sind.

§ 17 Abrechnungsverfahren	■ Es ist nicht mehr von der „zugelassenen“ Pflegeeinrichtung die Rede, über die die Leistungen von Kooperationspartnern abgerechnet werden können, sondern nur noch von der Pflegeeinrichtung. ■ Abs. 3 ist entfallen. Er regelte, dass mit der monatlichen Abrechnung auf Verlangen der Pflegekasse der Nachweis nach § 16 über die erbrachten Pflegeleistungen einzureichen ist.
§ 18 Zahlungsweise	■ In Abs. 1 wurde der Satz gestrichen, dass die Pflegekasse die Bezahlung verweigern kann, wenn Rechnungen später als 12 Monate nach Leistungserbringung eingereicht werden. ■ Abs. 2 wurde neu gefasst. Zahlungen der Pflegekassen an die Abrechnungsstelle setzen nun voraus, dass der Pflegekasse eine Ermächtigungserklärung nach Anlage 3 (neu: Formular „Ermächtigungserklärung Abrechnungsstelle“) vorliegt. Zudem ist der mögliche Widerruf des Leistungserbringers geregelt. ■ In Abs. 3 wurde der geklammerte Zusatz, dass es sich beim Auftragnehmer und die Abrechnungsstelle handelt, gestrichen. Die Pflegekasse wird im letzten Satz neu explizit als „leistungsberechtigte Pflegekasse“ betitelt. ■ Der ehemalige Abs. 4 wurde gestrichen. Er regelte, dass der Träger der Pflegeeinrichtung den entstandenen Schaden ersetzen muss, wenn rechtswidrig erbracht oder falsch abgerechnet wurden. Der neue Abs. 4 regelt die Informationspflichten der Pflegekassen gegenüber der Abrechnungsstelle. ■ Abs. 5 wurde neu hinzugefügt und besagt, dass Abrechnungsstellen nur mit der Durchführung der gesamten Abrechnung beauftragt werden dürfen. ■ Neue Protokollnotiz: Bei Versicherten in der privaten Pflegeversicherung, bei denen gemäß § 23 Abs. 1 Satz 3 SGB XI an die Stelle der Sachleistung die Kosten-erstattung in gleicher Höhe tritt, rechnet die Pflegeeinrichtung, die die Versicherte mit der Durchführung der Pflege beauftragt at, die Pflegeleistung mit der Versicherten selbst ab.
§ 19 Beanstandungen	■ Der Paragraph wurde um den Satz ergänzt, dass bei Beanstandungen (innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang) neben den Beanstandungsgründen zugleich mitzuteilen ist, welche Stelle für die weitere inhaltliche Klärung zuständig ist, sofern eine vom Beanstandungsabsender abweichende Stelle zuständig ist.
§ 20 Datenschutz	■ Der Paragraph wurde gekürzt (Verpflichtung Pflegeeinrichtung zum Schutz personenbezogener Daten). Versicherten- und Leistungsdaten dürfen neu auch im Rahmen der in §§ 94 bis 97b genannten Zwecke verarbeitet und genutzt werden – ehemals nur § 104 SGB XI. Außerdem sind neu die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten. Dieser Zusatz ersetzt die bisherigen Ausführungen zu den Verpflichtungen der Pflegeeinrichtungen zum Schutz personenbezogener Daten.
§ 21 Personelle Ausstattung und Qualifikation des Personals	■ Im Titel des Paragraphen wurde die „Sicherstellung der Leistungen“ durch „Personelle Ausstattung“ ersetzt. ■ Der Paragraph wurde umfassend angepasst und neu strukturiert. ■ Auch hier werden (wie bereits in § 15 „Dokumentation der Pflege“) in Abs. 1 als Grundlage für die personelle Ausstattung und Qualifikation des Personals nicht mehr nur die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung, sondern auch für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach §113 SGB XI in der vollstationären Pflege genannt. ■ In Abs. 2 wird darauf hingewiesen, dass die in Abs. 3 (Mindestmenge an Personal im Bereich Pflege und Betreuung) und 4 (Maximalmenge) neu vereinbarten Personalschlüssel einen Korridor bilden. Diese Personalschlüssel gelten bis zur rahmenvertraglichen Neuvereinbarung von Personalschlüsseln auf Grundlage des gemäß § 113c SGB XI geplanten wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen, mit dessen Inkrafttreten die Rahmenvertragsverhandlungen über Personalschlüssel binnen sechs Wochen aufzunehmen sind. ■ Nach § 5 kann für Personengruppen mit besonderem Pflege- und Betreuungsbedarf eine höhere Personalmenge als sich nach Abs. 4 ergibt, vereinbart werden. ■ Abs. 6 legt fest, dass die sich aus den Abs. 3 bis 5 ergebende Gesamtpersonalmenge im Rahmen der Pflegesatzverhandlung in einrichtungsindividuelle pflegegradbezogene Personalschlüssel überführt und in den jeweiligen Leistungs- und Qualitätsmerkmalen (LQM) für den Vereinbarungszeitraum festgeschrieben werden. ■ Abs. 7 enthält umfassende Regelungen zur Einhaltung der Fachkraftquote bzw. zu deren Berechnung auf Basis der Gesamtpersonalmenge sowie

	Sonderregelungen für die Personengruppe nach Abs. 5 (siehe auch Personalschlüssel zur Ermittlung der Grenzmenge in Abs. 8). ■ In § 9 ist festgelegt, dass im Rahmen der Pflegesatzvereinbarungen zum Erhalt und zur Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements ein dafür notwendiger Bedarf um Umfang des Wertes eines Stellschlüssels von bis zu 1:110 vereinbart wird. ■ § 11 setzt fest, dass die Einrichtung zusätzliches Personal für die Erbringung zusätzlicher Betreuungs- und Aktivierungsleistungen gem. § 43b i. V. m. §§ 84 Abs. 8 und 85 Abs. 8 SGB XI beschäftigt.
§ 23 Personaleinsatz, Personalabgleich	■ Der Paragraph wurde umfassend angepasst und neu strukturiert. ■ Der ehemalige Abs. 2 zur Dienstplanung des Personals ist entfallen. ■ Der neue Abs. 2 wurde angepasst. Der Nachweis eines Personalabgleichs durch den Träger der Pflegeeinrichtung muss auf Verlangen einer Vertragspartei neu innerhalb von drei Wochen erfolgen. Vorzuhalten sind dabei Personalerfassungen nach Maßgabe der neuen Anlage 4. Neben den LQM und den darin vereinbarten Personalschlüsseln stellen sie die verbindliche Grundlage für den Personalabgleich dar und entsprechend einer nachvollziehbaren Dokumentation. Die erforderlichen Unterlagen müssen vorgehalten werden und sind auf Verlangen vorzulegen. ■ Der neue Abs. 3 wurde angepasst. Der Personalabgleich muss anhand der neuen Auswertungstabelle in Anlage 5 durchgeführt werden. Der Bezugszeitraum ist weiterhin auf einen Zeitraum von vier zusammenhängenden Monaten festgelegt, nun muss dieser allerdings in jedem Fall „unmittelbar vor der Aufforderung“ liegen (ehemals nur dann, wenn die Vertragspartei den Bezugsraum nicht anderweitig benannt hat). Der Bezugszeitraum ist auf sechs Monate begrenzt – ehemals hatte die Vertragspartei die Möglichkeit den Zeitraum darüber hinaus auszudehnen. ■ Abs. 4 wurde neu hinzugefügt. Für den Bereich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung gelten die Abs. 2 und 3 entsprechend. Personalerfassungen sind jedoch nach Maßgabe der neuen Anlage 6 vorzunehmen, der Personalabgleich nach Maßgabe der neuen Anlage 7. ■ Die in Abs. 5 genannten Bezeichnungen der sonstigen Berufsgruppen wurden aktualisiert: Bundesfreiwilligendienstleistende statt Zivildienstleistende, Praktikantinnen (inkl. Auszubildende) statt Praktikanten. Der Nachweis im Rahmen eines Personalabgleichs wurde an dieser Stelle gestrichen, da dieser nun in Abs. 2 enthalten ist. ■ Abs. 6 wurde angepasst. Die Berechnung der Summe der Soll-Stunden wird anhand der Berechnungstage (neu) unter Zugrundlegung der vereinbarten Personalmenge und gemäß der neuen Anlage 8 (Jahresnettoarbeitszeit) ermittelt. Darin müssen (neu) Ausfallzeiten (u.a. Urlaub, Krankheit, Fortbildung) bereits berücksichtigt sein. Sonderabweichungen bei den Ist-Stunden, die durch höhere Gewalt entstanden sind, sind zugunsten des Trägers der Pflegeeinrichtung zu berücksichtigen. ■ Der ehemalige Abs. 7 bzgl. der zu treffenden Aussagen zur Qualifikation der Mitarbeiter ist entfallen.
§ 24 Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	■ Der Titel des Paragraphen wurde angepasst (ehemals: Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung). ■ Abs. 4 wurde neu hinzugefügt und bestimmt, dass dem Sozialhilfeträger oder einem von ihm beauftragten sachverständigen Dritten zur Umsetzung des § 63a SGB XII die gleichen Befugnisse wie dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und dem Ärztlichen Dienst der Pflegekassen eingeräumt wird.
§ 25 Information	■ Abs. 2 wurde ergänzt. Wenn die Pflegeeinrichtung die Pflegekasse über eine Veränderung der Pflegebedürftigkeit des Versicherten informiert hat, leitet diese umgehend (neu) unter Berücksichtigung des § 142 Abs. 1 SGB XI eine Prüfung nach § 18 SGB XI ein. Der Absatz enthält neu den Zusatz, dass Gleiches für nichtversicherte Leistungsberechtigte nach dem SGB XII gilt.
§ 26 Arbeitshilfen	■ Der Paragraph wurde inhaltlich nicht verändert, steht nun jedoch an anderer Stelle (ehemals vor „Personaleinsatz, Personalabgleich“).
Abschnitt V Vorübergehende Abwesenheit	■ Neuer Titel des Abschnittes (bisher keine Bezeichnung)

§ 27 Pflegevergütung und Entgelt für Unterkunft und Verpflegung bei vorübergehender Abwesenheit der Pflegebedürftigen aus der Pflegeeinrichtung nach § 75 Abs. 2 Nr. 5 SGB XI	■ In Abs. 2 wird neu auf die Erläuterungen in Anlage 9 (Berechnungsbeispiel zu § 27) verwiesen.
Abschnitt VI Anforderungen an die nach § 85 Absatz 3 SGB XI geeigneten Nachweise bei den Vergütungsverhandlungen und der der Pflegesatzvereinbarung zugrunde liegenden Bezahlung der Beschäftigten nach § 84 Absatz 7 SGB XI	■ Neuer Titel des Abschnittes (bisher keine Bezeichnung); bisher enthielt der Abschnitt keine Paragraphen.
§ 28 Nachweise bei den Vergütungsverhandlungen nach § 85 Abs. 3 SGB XI	■ Neuer Paragraph: Der Träger der Pflegeeinrichtung hat rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlung Art, Inhalt, Umfang und Kosten der Leistungen, für die er eine Vergütung beansprucht, durch Kalkulationsunterlagen und geeignete Nachweise darzulegen. Die Vorlage einer reinen Kostenkalkulation ohne weitere Angaben reicht in aller Regel nicht aus. Es werden Beispiele für geeignete Nachweise genannt. Die Kalkulationsunterlagen und Nachweise müssen u. a. eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit der Pflegeeinrichtung zulassen. Der Paragraph räumt den Vertragsparteien zudem das Recht ein, zusätzliche Unterlagen und Auskünfte einzuholen , sofern diese im Einzelfall zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit erforderlich sind. Auf Verlangen der Vertragspartei sind zudem die tatsächlichen Personalkosten der letzten zwölf Monate nachzuweisen .
§ 29 Nachweis der Bezahlung der Beschäftigten nach § 84 Abs. 7 SGB XI	■ Neuer Paragraph: Die Träger aller Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, sicherzustellen, dass die der vereinbarten Pflegevergütung entsprechende Bezahlung der Beschäftigten jederzeit eingehalten wird. Auf Verlangen einer Vertragspartei ist dies nachzuweisen .
§ 30 Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für die Zahlung einer ordentlichen Vergütung	■ Neuer Paragraph: Der Träger der Pflegeeinrichtung zahlt seinen Beschäftigten mindestens eine ordentliche Vergütung nach Maßgabe des § 72 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB XI.
Abschnitt VII Zugang des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. und sonstiger von den Pflegekassen beauftragten Sachverständigen zu den vollstationären Pflegeeinrichtungen	■ Neuer Titel des Abschnittes (ehemals: Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 75 Abs. 2 Nr. 7 SGB XI) aufgrund der folgenden Änderungen: ■ § 31 wurde neu hinzugefügt. ■ Die ehemaligen §§ 29 (Voraussetzungen zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung), 30 (Bestellung und Beauftragung des Sachverständigen) und 31 (Prüfungsziel, Prüfungsgegenstand) wurden in den neuen Abschnitt VIII verschoben.
§ 31 Mitwirkung der Pflegeeinrichtung	■ Neuer Paragraph: Dem MDK, Medicproof oder sonstigen von den Pflegekassen beauftragten Sachverständigen ist zur Überprüfung der Erfüllung der gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen der Zugang zu den vollstationären Pflegeeinrichtungen zu gewähren. Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind zudem verpflichtet, bei Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI mitzuwirken und jederzeit eine ordnungsgemäße Durchführung der Qualitätsprüfung zu gewährleisten.
Abschnitt VIII Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen gemäß § 75 Abs. 2 Nr. 7 SGB XI	■ Neuer Abschnitt (mehrheitlich mit Paragraphen aus dem ehemaligen Abschnitt VII)
<i>Der ehemalige § 30 „Bestellung und Beauftragung des Sachverständigen“ ist entfallen.</i>	
§ 35 Voraussetzung zur Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen	■ Abs. 1 wurde um den Zusatz ergänzt, dass die Prüfungen nur dann zulässig sind, wenn tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Pflegeeinrichtung die Anforderungen des § 72 Abs. 3 Satz 1 ganz oder teilweise nicht oder nicht mehr erfüllt. ■ Abs. 2 wurde um den Zusatz ergänzt, dass die Anhaltspunkte nach Abs. 1 der Pflegeeinrichtung rechtzeitig vor Anhörung mitzuteilen sind. Zudem sind personenbezogene Daten zu anonymisieren.

§ 36 Prüfungsziel, Prüfungsgegenstand von Wirtschaftlichkeitsprüfungen	■ Der Paragraph bezieht sich nun explizit auf Wirtschaftlichkeitsprüfungen (der neue § 38 explizit auf Abrechnungsprüfungen). ■ Abs. 3 aus dem ehemaligen § 29 („Der Prüfauftrag ist jeweils auf diese Sachverhalte zu begrenzen“) wurde gestrichen.
§ 37 Voraussetzungen zur Durchführung von Abrechnungsprüfungen	■ Neuer Paragraph: Der Paragraph ist wie der neue § 35 aufgebaut und regelt die Durchführung der Abrechnung sowie deren Voraussetzungen. Außerdem benennt er die Inhalte der Abrechnungsprüfung. Abs. 2 entspricht exakt dem Abs. 2 im neuen § 35.
§ 38 Prüfungsziel, Prüfungsgegenstand von Abrechnungsprüfungen	■ Der Paragraph wurde entsprechend des Fokus auf die Abrechnungsprüfung angepasst. Die Anpassungen beziehen sich auf die Abs. 1 und 2. ■ Im Gegensatz zum neuen § 36 ist der ehemalige Abs. 3 aus dem ehemaligen § 29 („Der Prüfauftrag ist jeweils auf diese Sachverhalte zu begrenzen“) enthalten.
§ 39 Inkrafttreten und Anpassung	■ Der Vertrag tritt am 1. April 2019 in Kraft und ersetzt den am 1. Januar 2009 in Kraft getretenen und in der ab dem 1. Januar 2009 gültigen Fassung mit den im August 2009 zwischen den Vertragsparteien einvernehmlich abgestimmten Änderungen zu § 24 Abs. und Anlage 5. ■ Zusatz, dass zum Erreichen der neuen Personalmengen auch eine vorzeitige Neuverhandlung der Pflegesatzvereinbarungen sowie gestaffelte Vereinbarungen möglich sind.
Protokollnotizen	■ Der Rahmenvertrag enthält die folgenden Protokollnotizen (diese sind nun vor den Anlagen aufgeführt, ehemals erst danach): ■ Protokollnotiz zu §§ 17 und 18 (Abrechnungsverfahren und Zahlungsweise) blieb unverändert erhalten. ■ Protokollnotiz zu § 21 (Personalschlüssel Pflege und Betreuung) wurde angepasst: In den Jahren bis zur Einführung des neuen Personalbemessungsverfahrens soll eng beobachtet werden, wie sich die Bewohnerstruktur in den Einrichtungen entwickelt. Es besteht die Möglichkeit einer Neuverhandlung ausschließlich zu den Pflegepersonalschlüsseln gem. § 21 Abs. 2 bis 8 durch die Rahmenvertragspartner, wenn sich herausstellen sollte, dass es zu einer deutlichen Abweichung der Gesamtpersonalmenge aufgrund des „Zwillingseffekts“ gekommen ist. ■ Protokollnotiz zu § 1 (Definition Prophylaxen) ist entfallen.
Anlagen	■ Der neue Rahmenvertrag besitzt die folgenden Anlagen: ■ Anlage 1 zum Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 i. V. m. Abs. 2 SGB XI zur vollstationären dauerpflege (angepasst): Abgrenzung der Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI von den Leistungen nach § 1, der Unterkunft und Verpflegung nach § 2 sowie den sonstigen Leistungen ■ Anlage 2 zum Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Pflege (angepasst): Vereinfachter Antrag der Pflegebedürftigen bei der Neuaufnahme im Pflegeheim (§8 Abs. 1 des Rahmenvertrages gem. § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Pflege) ■ Anlage 3 (neu): Ermächtigungserklärung Abrechnungsstelle ■ Anlage 4 zum Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Pflege (neu): Personalerfassung für den Bereich Pflege und Betreuung ■ Anlage 5 zum Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Pflege (neu): Personalabgleich für den Bereich Pflege und Betreuung; 1. Eingabemaske, 2. Auswertungsmaske ■ Anlage 6 zum Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Pflege (neu): Personalerfassung für den Bereich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung (§ 43b SGB XI) ■ Anlage 7 zum Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Pflege (neu): Personalabgleich für den Bereich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung (§ 43b SGB XI); 1. Eingabemaske, 2. Auswertungsmaske ■ Anlage 8 zum Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 i. V. m. Abs. 2 SGB XI zur vollstationären dauerpflege (neu): Berechnung der durchschnittlichen Netto-Jahresarbeitszeit einer Vollzeitstelle im Bereich Pflege und Betreuung in Niedersachsen – Rahmenvertrag stationär SGB XI ■ Anlage 9 (angepasst, ehemals Anlage 6): Berechnungsbeispiel zu § 27 (vorübergehende Abwesenheit) sowie zusätzliche Erläuterungen zur Abwesenheitsregelung beim Tod eines Pflegebedürftigen und bei rückwirkender Pflegegradveränderung.

- Die folgenden bisherigen Anlagen sind entfallen:
 - **Anlage 3 zum Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Dauerpflege:** Kurze Stellungnahme des Pflegeheims zur Pflegebedürftigkeit (§ 25 des Rahmenvertrags gem. § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Pflege)
 - **Anlage 4 zum Rahmenvertrag gem. § 75 SGB XI zur vollstationären Dauerpflege:** Beispielhafte Aufzählung von Vereinbarungen für den Personenkreis der dauerhaft in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkten Personen, für die die Öffnungsklausel gem. § 21 Abs. 3 SGB XI angewandt wurde
 - **Anlage 5 zum Rahmenvertrag gem. § 75 SGB XI zur vollstationären Dauerpflege:** Muster-Personalabgleich für das Pflegeheim Musterhausen (106 Betten) für den Zeitraum Januar 2007 bis Juni 2007

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis des neuen LRV Niedersachsen vollstationär (gültig seit 01.04.2019) und dem alten LRV (gültig ab 01.01.2009⁷ bis 31.03.2019)

⁷ Die zum 01.08.2009 von den Vertragsparteien einstimmig an § 24 Abs. 5 vorgenommenen Änderungen, inklusive der Ergänzung der Anlage 5, wurden bei der Analyse berücksichtigt.

2.2.2 Teilstationäre Pflege

Landesrahmenvertrag Baden-Württemberg (seit 01.01.2018 in Kraft)

Tabelle 11: Übersicht über die zentralen Anpassungen im aktuellen Landesrahmenvertrag für die teilstationäre Pflege in Baden-Württemberg⁸

Zentrale Paragraphen	Anpassungen
§ 1 Ziel, Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages	■ Dieser Paragraph wurde im neuen LRV neu hinzugefügt. ■ Verrichtungsbezug wurde hier und auch im Folgenden durch den Terminus „Beinträchtigung der Selbstständigkeit“ ersetzt. Weitere zentrale Elemente des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurden eingeführt (Förderung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung etc.) ■ § 1 Absatz 2 zur Durchführung und Organisation der Pflege aus dem alten LRV wurde – mit einigen Anpassungen (u. a. neben Pflegeleistungen auch Erwähnung von Betreuungsleistungen sowie Verweis auf Relevanz der Prophylaxe) - in den neuen § 1 übernommen.
§ 2 Form und Inhalt der Pflegeleistungen	■ Zentrale Instrumente des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurden eingeführt (personelle Unterstützung für die teilstationären Gäste, Anleitung, persönliche Begleitung sowie pflegefachliche Anleitung und Beratung von Pflegebedürftigen und von weiteren in die Pflege eingebundenen Pflegepersonen). ■ Inhalte der Pflegeleistungen (körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, Leistungen der Nachpflege und Beförderung) wurden neu definiert. Für die Nachpflege ist dabei bisher lediglich geregelt, dass bis zur Vereinbarung einer neuen Leistungsbeschreibung für die Nachpflege die Leistungen in Einzelverhandlungen vereinbart werden. ■ Der ehemalige, verrichtungsbezogene § 4 „Formen der Hilfe“ wurde gestrichen und teilweise in § 2 integriert.
§ 3 Unterkunft und Verpflegung	■ Die angestrebte Ernährung der teilstationär versorgten pflegebedürftigen Personen wird nicht mehr als „pflegegerecht“, sondern als „altersgerecht“ bezeichnet.
§ 4 Zusatzleistungen	■ Die von der Pflegeeinrichtung angebotenen Zusatzleistungen und deren Leistungsbedingungen sind nun neben dem Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg nicht mehr den Landesverbänden der Pflegekassen mitzuteilen, sondern den Pflegekassen selbst.
§ 8 Tages-/Nachtpflege	■ Der ehemalige letzte Absatz 4 bzgl. der schriftlichen Erklärung des Pflegebedürftigen zu den von ihm in Anspruch genommenen Leistungsarten (Pflegesachleistung bzw. Kombinationsleistung) wurde im neuen Landesrahmenvertrag ersatzlos gestrichen.
§ 11 Leistungsfähigkeit	■ Der in Absatz 3 genannte Kooperationsvertrag mit anderen Einrichtungen ist nicht mehr den Landesverbänden der Pflegekassen insgesamt, sondern lediglich dem federführenden Landesverband der Pflegekassen unverzüglich vorzulegen.
§ 12 Mitteilungen, Meldepflichten	■ Der Zusatz „sobald ihr die Erklärung nach § 8 Absatz 4 vorliegt“ wurde bei der Darstellung der Informationspflicht der Pflegekassen bzgl. ihrer Leistungszuständigkeit gestrichen.

⁸ Weitere, weniger relevante Änderungen im Landesrahmenvertrag Baden-Württemberg (teilstationär): Im angepassten Rahmenvertrag ist weitgehend nicht mehr von „Pflegebedürftigen“, sondern von „pflegebedürftigen Personen“ die Rede. Außerdem wurde der Vertrag an die neuen Begrifflichkeiten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs angepasst (z. B. Pflegegrade statt Pflegestufe). Die §§ 5 „Pflegehilfsmittel und technische Hilfen“, 7 „Bewilligung der Leistung, Wahl der Pflegeeinrichtung“, 16 „Datenschutz“, 21 „Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ und 22 „Information“ waren lediglich von diesen formalen Anpassungen betroffen, wurden aber ansonsten nicht weiter inhaltlich verändert.

§ 13 Dokumentation der Pflege	■ Die Formulierung zu den Inhalten der Pflegedokumentation wurde angepasst. Sie richten sich nun nach den Maßstäben und Grundsätzen für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der teilstationären Pflege. ■ Der ehemalige Absatz 2 zu Aktualität der Unterlagen der Pflegedokumentation wurde ersatzlos gestrichen. ■ Der Träger der Pflegeeinrichtung hat die Aufzeichnungen nach Absatz 1 nun nicht mehr fünf, sondern nur noch drei Jahre aufzubewahren.
§ 14 Abrechnungsverfahren	■ Die Abrechnungsunterlagen müssen der Pflegekasse neu maschinenlesbar zur Verfügung gestellt werden (vgl. §§ 105 und 106 SGB XI). ■ In einem neuen Absatz ist festgelegt, dass Regelungen zum Datenträgeraustausch auf Verlangen einer Vertragspartei in den Rahmenvertrag aufgenommen werden müssen.
§ 17 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals	■ Es wurden neu pro Pflegegrad Personalrichtwerte für Pflege und Betreuung und (neu) ein Fahrdienst in Tagespflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag vereinbart, bis zu deren Obergrenze ohne besondere Begründung einrichtungsindividuell ein Personalschlüssel zu vereinbaren ist. Im alten Landesrahmenvertrag waren noch Bandbreiten vereinbart worden. Die Personalrichtwerte sind ebenso wie die ehemaligen Bandbreiten auf der Grundlage einer 8,5-stündigen Öffnungszeit (neu: an 250 Tagen im Jahr) gerechnet. ■ Es wurden keine Personalrichtwerte mehr für Demenzzranke vereinbart. Stattdessen gibt es nun einen Absatz, der für Bestandseinrichtungen, die Demenzzranke in Tagespflegeeinrichtungen betreuen, die Möglichkeit individueller Übergangsregelung vorsieht, die längstens befristet bis 31.12.2019 vereinbart werden können. ■ Die Personalrichtwerte für den Hauswirtschaftsbereich sowie für die Verwaltung in Tagespflegeeinrichtungen wurden angepasst. ■ Es wurde in Absatz 6 neu geregelt, dass für die Nachtpflege gesonderte Personalrichtwerte vereinbart werden können. ■ Die mit den Kostenträgern zu vereinbarenden Entgelte für allgemeine Pflegeleistungen und Unterkunft und Verpflegung müssen es den Einrichtungen laut Rahmenvertrag ermöglichen, ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen. Im Vergleich zum alten Rahmenvertrag wurde der Zusatz gestrichen, dass geltende Tarifverträge im Rahmen einer landesweit vergleichenden Betrachtung des jeweiligen Tarifvertragssystems berücksichtigt werden.
§ 19 Nachweis des Personaleinsatzes	■ Der Paragraph wurde sichtbar erweitert. Ehemals enthielt er lediglich Regelungen zur Dienstplanung bzw. deren Dokumentation. Nun ist das gesamte Verfahren zum Nachweis des Personaleinsatzes (Personalabgleich nach § 84 Absatz 6 SGB XI) ausführlich beschrieben, u. a. der Nachweis der Einhaltung der Personalschlüssel durch den Einrichtungsträger innerhalb von sechs Wochen. ■ In einer abschließenden Protokollnotiz haben die Vertragsparteien festgelegt, dass nach Inkrafttreten der Vereinbarungen nach §115 Abs. 3b die in § 19 genannten Regelungen zum Personalabgleich bei Bedarf angepasst werden.
§ 23 Vergütungsregelung bei Abwesenheit	■ Es ist neu geregelt, wie lange ein Pflegeplatz bei Abwesenheit der pflegebedürftigen Person freigehalten wird (bis zu 20 Nutzertage je Kalenderjahr). Neu ist dabei die Einschränkung, dass dies – ebenso wie die in diesem Zusammenhang geregelte Abwesenheitsvergütung für die Pflegeeinrichtung – nicht bei Aufnahme in stationäre Dauerpflege gilt.
§ 33 Inkrafttreten, Kündigung	■ Das Datum des Inkrafttretens des angepassten Vertrages ist auf den 01.01.2018 angepasst worden. ■ Die Kündigung des Vertrages ist nach wie vor jedem der Vertragspartner mit einer Frist von einem Jahr möglich. Allerdings kann diese Kündigung nun auch teilweise erfolgen und muss nicht mehr den ganzen Vertrag betreffen.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis des neuen LRV Baden-Württemberg teilstationär (gültig seit 01.01.2018) und dem alten LRV (gültig ab 14.10.1997 bis 31.03.2019)

Landesrahmenvertrag Bayern (seit 01.10.2018 in Kraft)

In Bayern wurde erstmals ein Rahmenvertrag für die teilstationäre Pflege nach §75 SGB XI vereinbart, der zum 01.10.2018 in Kraft getreten ist. Entsprechend ist kein Vergleich möglich.

Landesrahmenvertrag Saarland (seit 01.03.2018 in Kraft)⁹

Tabelle 12: Übersicht über die zentralen Anpassungen im aktuellen Landesrahmenvertrag für die teilstationäre Pflege im Saarland¹⁰

Zentrale Paragraphen	Anpassungen
§ 1 Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages	■ Hier und im Folgenden (§ 5 „Zusatzleistungen“, § 8 „Bewilligung der Leistungen“, § 9 „Wahl der Pflegeeinrichtung“ und § 10 „Pflegevertrag“) ist nicht mehr von teilstationären Pflegeeinrichtungen, sondern von Tagespflegeeinrichtungen die Rede. ■ Der Paragraph wurde in drei Absätze untergliedert. ■ In Absatz 1 ist nicht mehr von der Versorgung die Rede, sondern von deren Pflege und Betreuung. Neben der Pflege und Betreuung der Versicherten der vertragsschließenden Pflegekassen heißt es nun „Pflege und Betreuung der Versicherten [...] bzw. der anspruchsberechtigten Personen gemäß SGB XI“. ■ Im zweiten Absatz wird nun ergänzend festgestellt, dass die Nachpflegeeinrichtungen in einem gesonderten Vertrag geregelt sind. ■ Der dritte Absatz ist neu und definiert Tagespflegeeinrichtungen.
§ 2 Inhalt der Betreuungs- und Pflegeleistungen	■ Ehemals hieß der Paragraph „Inhalt der Pflegeleistungen“. Auch im Folgenden ist nun nur noch von Pflege- und Betreuungsleistungen die Rede. ■ Der Inhalt der Pflege- und Betreuungsleistungen ist im ersten Absatz neu definiert als „im Einzelfall erforderliche Hilfen für pflegebedürftige Menschen gem. § 14 Abs. 1 SGB XI. Neu ist zudem der Zusatz, dass sich Leistungen „zudem nach dem einrichtungsindividuellen Versorgungsvertrag“ richten und dass „aufgrund der konzeptionellen Ausrichtung Leistungsausschlüsse vereinbart werden“ können. ■ Im zweiten Absatz ist der Zusatz „in Form der aktivierenden Pflege“ entfallen. ■ Inhalte der Betreuungs- und Pflegeleistungen (Unterstützung der Mobilität, Unterstützung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Unterstützung der Selbstversorgungspotenziale, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte) wurden neu definiert. ■ Der verrichtungsbezogene § 5 „Formen der Hilfe“ wurde gestrichen.
§ 3 Unterkunft	■ Ehemals hieß der Paragraph „Unterkunft und Verpflegung“, neu gibt es zwei Paragraphen für die Themen Unterkunft (§ 3) und Verpflegung (§ 4). ■ Der einleitende Absatz ist komplett entfallen. Aus dem Absatz, der beschreibt, was der Begriff „Unterkunft“ umfasst, ist der Abschnitt zu den Gemeinschaftsveranstaltungen entfallen.

⁹ Der alte Rahmenvertrag aus dem Saarland trat am 01.09.2011 in Kraft.

¹⁰ Weitere, weniger relevante Änderungen im Landesrahmenvertrag des Saarlands (teilstationär): Es wurde eingangs des Vertrages ein Inhaltsverzeichnis der Paragraphen und den Regelungsinhalten ergänzt. Dafür sind die Paragraphen nicht mehr in sieben Abschnitte untergliedert, sondern einfach aneinandergereiht. Im angepassten Vertrag ist weitgehend nicht mehr von „teilstationärer Pflege“ bzw. „teilstationären Pflegeeinrichtungen“ die Rede, sondern von „Tagespflege“ und „Tagespflegeeinrichtungen“ die Rede. Es wird zudem nicht mehr von „Pflegebedürftigen“, sondern von „pflegebedürftigen Menschen“ gesprochen. Außerdem wurde der Vertrag an die neuen Begrifflichkeiten des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs angepasst (z. B. Pflegegrade statt Pflegestufe). Bei einigen Paragraphen wurde lediglich die Bezeichnung des Paragraphen angepasst. Die §§ 5 „Zusatzleistungen“, 8 „Bewilligung der Leistungen“, 9 „Wahl der Pflegeeinrichtung“, 10 „Pflegevertrag“, 16 „Mitteilungen“, 17 „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“, 27 „Information“, 33 „Prüfungsziel und Prüfungsgegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung“, 34 „Abwicklung der Wirtschaftlichkeitsprüfung“, 35 „Prüfungsbericht der Wirtschaftlichkeitsprüfung“, 36 „Kosten der Wirtschaftlichkeitsprüfung“ und 37 „Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsprüfung“ waren lediglich von diesen formalen Anpassungen betroffen, wurden aber ansonsten nicht weiter inhaltlich verändert.

§ 4 Verpflegung	■ Es handelt sich um einen neuen Paragraphen, der aus den die Verpflegung betreffenden Inhalten des alten § 3 „Unterkunft und Verpflegung“ hervorgegangen ist. ■ Auch hier ist der einleitende Absatz entfallen. Der dritte Absatz der alten Regelung zur Verpflegung wurde erweitert. Die Speise- und Getränkeversorgung soll nun ausgewogen, abwechslungsreich und alters- und bedarfsgerecht sein. Zudem sind bei Bedarf Diätahrungen anzubieten.
§ 7 Abgrenzung der allgemeinen Pflegeleistungen von Unterkunft, Verpflegung und Zusatzleistungen	■ Die Anpassungen im zweiten und vierten Absatz ergeben sich aus der Trennung des ehemaligen Paragraphen zur Unterkunft und Verpflegung. ■ Der dritte Absatz legt fest, dass – aufgrund einer fehlenden Verordnung zur Abgrenzung des Inhaltes der allgemeinen Pflegeleistungen von den Leistungen der Unterkunft und Verpflegung und von den Zusatzleistungen – ersatzweise Aufwendungen der allgemeinen Pflegeleistungen, die Aufwendung für Unterkunft sowie die Aufwendungen für Verpflegung im Verhältnis 70:19:11 aufgeteilt werden.
§ 11 Vergütung, Beförderungskosten	■ Ehemals hieß der Paragraph „Vergütungen“. ■ Die Beförderungskosten werden neu geregelt und in entfernungsunabhängige Fixkosten und entfernungsabhängige variable Kosten unterteilt. Liegendauffahrten sind nicht in diesen Pauschalen für die Beförderungskosten enthalten. ■ Zudem ist festgelegt, dass die Investitionskosten der Tagespflegereinrichtung nicht Bestandteil der Pflegevergütung sind.
§ 12 Vertragsvoraussetzungen	■ Ehemals hieß der Paragraph „Organisatorische Voraussetzungen“. ■ Die Erfüllung der organisatorischen Voraussetzungen muss die Pflegeeinrichtung nun im Rahmen der Zulassung nachgewiesen werden. ■ Die organisatorischen Voraussetzungen sind deutlich umfangreicher als vorher (ehemals vier, nun 13 Voraussetzungen, u. a. ein Konzept für die Tagespflegereinrichtung). Zudem muss die Tagespflegereinrichtung neu auch umfangreiche räumliche Voraussetzungen erfüllen (u. a. barrierefreier und behindertengerechter Zugang). ■ Im abschließenden Absatz des angepassten Paragraphen ist festgehalten, dass der Abschluss eines Versorgungsvertrages abgelehnt werden kann, wenn Tatsachen vorliegen, die begründete Zweifel an der Zuverlässigkeit des Inhabers, Geschäftsführers oder seines Leitungspersonals rechtfertigen.
§ 13 Anzeigepflichtige Veränderungen	■ Es handelt sich um einen neuen Paragraphen. Dort ist festgesetzt, dass Änderungen in den zulassungsrelevanten Kriterien den Landesverbänden der Pflegekassen zeitnah bekanntzugeben und auf deren Verlangen im Einzelfall durch Nachweise zu belegen sind. Im Anschluss werden Beispiele für entsprechende Änderungen genannt. Anzeigeverpflichtungen aufgrund anderer gesetzlicher Bestimmungen bleiben von diesen Regelungen unberührt.
§ 14 Qualitätsmaßstäbe	■ Die Qualitätsmaßstäbe beziehen sich nun nur noch auf die Tages- und nicht mehr auf die Nachtpflege (sie ist gesondert geregelt, siehe § 1 oben).
§ 15 Leistungsfähigkeit	■ Auch hier wurden der Terminus „Nachtpflege“ herausgestrichen.
§ 18 Dokumentation der Pflege	■ Der Paragraph wurde komplett überarbeitet und legt fest, dass die Tagespflegereinrichtungen ein geeignetes und vom Aufwand her verhältnismäßiges Dokumentationssystem anzuwenden haben. Außerdem werden Ziele bzw. Inhalte der Pflegedokumentation definiert.
§ 19 Abrechnungsverfahren	■ Anpassung in Absatz 1a). Die Pflegeeinrichtung ist verpflichtet, in den Abrechnungsunterlagen unterschiedliche Informationen anzugeben. Neu sind der Abrechnungszeitraum, die Abrechnungseinheit (Pflegetage sowie halbe Pflegetage sofern von der Einrichtung angeboten) und die Inanspruchnahme der Beförderungleistung. Ehemals mussten die erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tagesdatums der Leistungserbringung aufgezeichnet werden.
§ 20 Zahlungsweise	■ Die von den Pflegekassen zu zahlenden Leistungsbeträge werden neu spätestens 21 Tage nach Rechnungseingang fällig. Im alten Vertrag wurden die Leistungsbeträge jeweils zum 15. eines Monats fällig.

§ 21 Datenschutz	■ Es ist nicht mehr von den Pflegekassen und den Medizinischen Diensten, sondern von den Pflegekassen und deren Prüfdiensten die Rede. ■ Die Pflegeeinrichtungen müssen ihre Mitarbeitenden nicht nur zur Beachtung der Schweigepflicht und der Datenschutzbestimmung verpflichten, sondern dies neu auch dokumentieren.
§ 23 Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals, Kürzung der Pflegevergütung bei Pflichtverletzung	■ Auch hier wurden der Terminus „Nachtpflege“ herausgestrichen. ■ Der zweite Absatz wurde inhaltlich angepasst. Es gilt neu eine Mindestpersonalisierung von jeweils eine Pflege- bzw. Betreuungskraft je 6,0 anwesende Tagespflegegäste einzuhalten. Die Einhaltung eines Mindestschlüssels ist im Jahresdurchschnitt nachzuweisen. ■ Der fünfte Absatz wurde neu hinzugefügt und legt die personellen Regelungen für solitäre Tagespflegeeinrichtungen fest. ■ Auch der sechste und siebte Absatz wurden neu hinzugefügt und enthält Regelungen für Tagespflegeeinrichtungen desselben Trägers, die in einem räumlichen Verbund mit vollstationären und/oder Kurzzeitpflegeeinrichtungen (§ 6) bzw. mit einem ambulanten Pflegedienst (§ 7) betrieben werden.
§ 26 Prüfung durch die Pflegekassen und deren Prüfdienste	■ Ehemals hieß der Paragraph „Prüfung durch die Pflegekassen und den Medizinischen Dienst“. Entsprechend ist auch innerhalb des Paragraphen nicht mehr von den Pflegekassen und den Medizinischen Diensten, sondern von den Pflegekassen und deren Prüfdiensten die Rede.
§ 28 Abwesenheit des pflegebedürftigen Menschen	■ Der erste Absatz wurde ausgebaut. Eine Platzgebühr wird bei Abwesenheit bzw. Nichtinanspruchnahme einer vertraglich vereinbarten Nutzung der Tagespflegeeinrichtung durch den pflegebedürftigen Menschen nur dann berechnet, wenn nicht mindestens drei Wochen vorher eine Mitteilung über die Abwesenheit erfolgt ist. Neu ist auch der Zusatz, dass die Tagespflegeeinrichtung unverzüglich auf die Beendigung des Vertrages hinwirkt, sobald erkennbar ist, dass der pflegebedürftige Mensch nicht mehr in die Tagespflegeeinrichtung zurückkehrt. ■ Im zweiten Absatz wird geregelt, wie das maximale Entgelt für die Freihaltung des Tagespflegeplatzes vereinbart werden kann. Der pauschale Abschlag auf das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung bemisst sich nun auf 50 Prozent des Abzugsbetrages, der im Landesrahmenvertrag für die vollstationäre Pflege für Verpflegung vereinbart wurde, zuzüglich der gesondert berechneten Investitionskosten.
§ 29 Zugang im Rahmen von Prüfungen	■ Ehemals hieß der Paragraph „Zugang“. ■ Der erste und zweite Absatz wurde zusammengefasst. Neben dem Medizinischen Diensten werden nicht mehr sonstige von den Pflegekassen beauftragte Prüfer bzw. der ärztliche Dienst der privaten Pflegeversicherung genannt, sondern der Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. und ein sonstiger von den Landesverbänden der Pflegekassen beauftragter Sachverständiger. ■ Der dritte Absatz (Vorlage einer Legitimation durch die Prüfperson) wurde gestrichen.
§ 31 Voraussetzungen zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung	■ Ehemals hieß der Paragraph „Voraussetzungen zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung“. ■ Die zwei Absätze aus dem alten Vertrag wurden zu einem Absatz zusammengezogen. ■ Neu ist der zweite Absatz, der regelt, dass die Landesverbände der Pflegekassen selbst oder durch Sachverständige eine Abrechnungsprüfung vornehmen können, wenn konkrete Anhaltspunkte zur fehlerhaften Abrechnung vorliegen. Die im zweiten Absatz benannten Unterlagen, die die Grundlage für die Prüfung bilden (abgeschlossene Pflegeverträge, Leistungsnachweise und Pflegedokumentationen) sind den Landesverbänden auf Verlangen unverzüglich vorzulegen. Die Gründe sind von den Landesverbänden darzulegen.
§ 38 Bestandsschutz	■ Der Paragraph wurde neu hinzugefügt und umfasst eine Bestandsschutzregelung für bereits zugelassene teilstationäre Pflegeeinrichtungen, die die (neuen) räumlichen und personellen Voraussetzungen aus § 12 bzw. § 23 nicht erfüllen. Die betroffenen Einrichtungen müssen die Einhaltung der Voraussetzungen jedoch bis spätestens Ende 2017 bzw. Ende 2018 nachweisen.
§ 39 Inkrafttreten und Kündigung	■ Neues Geltungsdatum des Landesrahmenvertrages ist der 1. März 2018.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis des neuen LRV Saarland teilstationär (gültig seit 01.03.2018) und dem alten LRV (gültig ab 01.09.2011 bis 28.02.2018)

2.2.3 Ambulante Pflege

Landesrahmenvertrag Baden-Württemberg (seit 01.02.2017 in Kraft)

Tabelle 13: Übersicht über die zentralen Anpassungen im aktuellen Landesrahmenvertrag für die ambulante Pflege in Baden-Württemberg¹¹

Zentrale Paragraphen	Anpassungen
§ 1 Inhalt der häuslichen Pflege	■ Definition der neuen Inhalte (körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung) und Ziele (Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten der Pflegebedürftigen) der häuslichen Pflegehilfe. ■ Auch pflegefachliche Anleitung sowie Sterbebegleitung werden als Teil der häuslichen Pflegehilfe genannt. ■ <i>Beschreibung der Unterstützungsleistungen im Rahmen der körperbezogenen Pflegemaßnahmen, der Unterstützung der Mobilität, der Hilfen bei der Haushaltsführung und der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen wurden insgesamt gestrafft, aber inhaltlich nicht wesentlich angepasst.</i>
§ 2 Formen der Unterstützung	■ Ergänzung der Ziele Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen und nähere Beschreibung von deren Umsetzung in der Pflegepraxis. ■ Es wird u. a. auf die pflegefachliche Anleitung, kognitive Aktivierung und Motivation durch die Pflegekraft eingegangen sowie auf die Rolle der praktischen Unterstützung der Pflegebedürftigen bei außerhäuslichen Aktivitäten (z. B. bei Einkäufen, Behördenkontakten). ■ Beratung von Pflegebedürftigen und in die Pflege eingebundenen Pflegepersonen wird als ein wichtiger Baustein genannt. ■ Diese Hilfen sollen situationsbezogen im Rahmen der häuslichen Pflegehilfe erfolgen. In welcher Form dies geschieht, entscheidet der Pflegebedürftige in Absprache mit dem Pflegedienst.
§ 9 Leistungsfähigkeit und Kooperation	■ Ergänzung, dass der Pflegebedürftige in geeigneter Weise informiert werden muss, wenn Leistungen der häuslichen Pflege durch Kooperationspartner ihres eigentlichen Pflegedienstes erbracht werden. ■ Für Kooperationspartner gelten dieselben Regelungen zum Personaleinsatz und zur Personalausstattung wie für den eigentlichen Pflegedienst.
§ 10 Mitteilungen und Meldepflichten	■ Pflegekasse wird explizit die Aufgabe zugeteilt, im Falle einer Veränderung der gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen und Fähigkeiten des Pflegebedürftigen, die zu einer Änderung des Pflegegrades führen könnten, im Einvernehmen mit dem Pflegebedürftigen eine Neubegutachtung durch den MDK zu veranlassen (diese Regelung entstammt im Wesentlichen aus § 22 des alten Rahmenvertrags). ■ Pflegekasse ist nun zudem explizit dafür zuständig, präventive Maßnahmen, die Einleitung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen sowie den Einsatz von Pflegehilfsmitteln zu veranlassen.

¹¹ Weitere, weniger relevante Änderungen im Landesrahmenvertrag Baden-Württemberg (ambulant): Die §§ 6 „Wahl des Pflegedienstes, Pflegevertrag“, 11 „Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“ und 21 „Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ wurden lediglich an die neuen Begrifflichkeiten des neuen PBB angepasst (z. B. Pflegegrade statt Pflegestufe), aber ansonsten nicht weiter inhaltlich verändert. Im Rahmenvertrag gibt es keine Präambel. In § 35 „Inkrafttreten, Außerkrafttreten, Kündigung“ sind lediglich die Daten zu neuem und abgelöstem Rahmenvertrag angepasst worden.

§ 12 Dokumentation der Pflege	■ Detaillierte Auflistung der Inhalte der Pflegedokumentation wurden gestrichen und dafür durch eine allgemeinere Umschreibung ersetzt: Die Pflegedokumentation „stellt den aktuellen Verlauf und Stand des nach pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen durchgeführten Pflegeprozesses dar.“ ■ Ergänzt wurde, dass sichergestellt sein muss, dass alle an der Pflege Beteiligten die für die häusliche Pflege notwendigen Informationen einsehen können (unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen). ■ Die Unterlagen der Pflegedokumentation sind nur noch drei statt fünf Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres der Leistungserbringung aufzubewahren. ■ Ehemals in § 12 „Dokumentation der Pflege“ enthaltene Absatz zu den Vorgaben zur Unterzeichnung der Pflegedokumentation durch das Personal wurde in § 13 „Nachweis der Leistungen/Abrechnungsverfahren“ verschoben.
§ 14 Zahlungsweise	■ Neu geregelt, dass die Pflegekasse den Pflegedienst grundsätzlich (und nicht nur, wenn es zu Abweichungen zwischen Rechnungsbetrag und Überweisungssumme kommt) in geeigneter Weise darüber informiert, welche Einzelrechnungen mit der Überweisungssumme beglichen werden. ■ Neu eingefügt wurde Absatz 2, in dem geregelt ist, dass die Pflegekassen den Pflegedienst drei Monate im Voraus darüber informieren muss, wenn sie die Abrechnung an eine Abrechnungsstelle überträgt.
§ 17 Personelle Mindestausstattung eines Pflegedienstes, Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals	■ Mindestvoraussetzung für das Personal in Pflegediensten in Absatz 2 Nummer 1 wurden angepasst. Es sind nun nicht mehr „Pflegekräfte“ im Umfang von drei Vollzeitstellen (mindestens je 38,5 Stunden pro Woche) notwendig, sondern „Pflegefachkräfte und geeignete Pflegekräfte“ im entsprechenden Umfang. ■ Ergänzt wurde Absatz 9, in dem es heißt: „Werden die personellen Mindestvoraussetzungen nach Absatz 2 Nummer 1 für mehr als zwei Monate unterschritten und die Unterschreitung in den nachfolgenden vier Monaten nicht behoben, ist die Pflegekasse berechtigt, fristlos zum Ende des sechsten Monats nach Beginn der Unterschreitung zu kündigen.“
§ 23 Örtliche Prüfung	■ Absatz ergänzt, in dem bei einer unangemeldeten Prüfung durch den MDK, den Prüfdienst des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. oder den von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen die Möglichkeit geschaffen wird, dass die eigentlich schriftliche einzuholende Einwilligung der betroffenen Pflegebedürftigen im Einzelfall auch mündlich eingeholt werden darf, wenn andernfalls die Durchführung der Prüfung erschwert werden würde.
§ 25 Mitwirkung des Pflegedienstes	■ Pflegedienste wirken neben der Sicherstellung der Voraussetzungen der Prüfung nun auch aktiv an der Prüfung mit.
Anlage 1a (Leistungspakete) und 1b (Leistungen nach Zeitaufwand)	■ Anlage 1a: Leistungspakete (neues Leistungspaket im Vergleich zum alten Rahmenvertrag: Organisation des Alltags und der Haushaltsführung) ■ Anlage 1b: Leistungen nach Zeitaufwand (häusliche Pflegehilfe kann gem. § 1 Abs. 5 alternativ zu den Leistungspaketen auch als individuell vereinbarte Leistungen nach Zeitaufwand erbracht werden)

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis des neuen LRV Baden-Württemberg ambulant (gültig seit 01.02.2017) und dem alten LRV (gültig ab 01.03.2016 bis 31.01.2018)

Landesrahmenvertrag Hamburg (seit 01.01.2017 in Kraft)¹²

Tabelle 14: Übersicht über die zentralen Anpassungen im aktuellen Landesrahmenvertrag für die ambulante Pflege in Hamburg¹³

Zentrale Paragraphen	Anpassungen
§ 3 Leistungsinhalte	■ Inhalte (körperbezogene Maßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung) und Ziele (Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten des Pflegebedürftigen) der häuslichen Pflege wurden neu definiert. ■ Prophylaktische Maßnahmen werden als selbstverständlicher Bestandteil der pflegerischen Tätigkeit genannt. ■ Auch pflegefachliche Anleitung durch die Pflegekraft ist fester Bestandteil der häuslichen Pflegehilfe. ■ Sterbebegleitung ist neu in die Pflege miteingeschlossen.
§ 4 Ziele und Umfang häuslicher Pflege- und Betreuungsleistungen (neu, ehemals Teil von § 3)	■ Bei Hilfen bei den körperbezogenen Maßnahmen und bei der Ernährung gibt es keine größeren Anpassungen. ■ Die Hilfen bei der Mobilität dagegen beziehen sich nun neu auch auf die Förderung der Beweglichkeit in der außerhäuslichen Umgebung (z. B. Einsatz von Pflegehilfsmitteln, Anpassungen des Wohnumfeldes). ■ Neu ist, dass die Pflegebedürftigen im Rahmen der Hilfen bei der Haushaltsführung je nach Grad der Selbstständigkeit aktiv bei der Haushaltsführung unterstützt werden sollen. ■ Neu eingefügt wurde ein Absatz zu pflegerischen Betreuungsmaßnahmen. Ziele dieser Maßnahmen sind u. a. die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und umfassen Begleitung, Dienstleistungen und Sonstiges, Beaufsichtigung und Beschäftigung. ■ Ebenso neu aufgenommen ist ein Absatz zu pflegerischen Maßnahmen und Betreuung in der Sterbephase.
§ 8 Bewilligung der Leistung	■ Anstatt der Nennung einer Frist von acht Wochen für den Abschluss des Begutachtungsverfahrens wird nun für die Frist des Verwaltungsverfahrens auf die im § 18 Abs. 3 Satz 2 SGB XI genannten Fristen verwiesen.
§ 10 Organisatorische Voraussetzungen	■ Bestimmungen zum polizeilichen Führungszeugnis der verantwortlichen Pflegekraft sind geschärft worden (aktuell, maximal drei Monate alt, Bei Aufnahme der Tätigkeit oder Änderung vorzulegen).
§ 15 Dokumentation der Pflege	■ Bei den Inhalten wird neben der Pflegeanamnese auch die strukturierte Informationssammlung sowie neben der Pflege- auch die Maßnahmenpflege genannt.
§ 17 Abrechnungsverfahren	■ Absatz 7 regelt neu, dass die Abrechnung der erbrachten Leistungen nun gemäß dem neuen Leistungsverzeichnis erfolgt. In dem im Leistungsverzeichnis enthaltenen Leistungskomplexsystem werden die zu erbringenden Leistungen jeweils mit einer Punktzahl bewertet, die mit dem Punktwert des Pflegedienstes multipliziert wird. Alternativ ist laut Leistungsverzeichnis auch die Abrechnung nach Zeit möglich.

¹² Der alte Rahmenvertrag in Hamburg trat bereits am 01.06.1995 in Kraft.

¹³ Weitere, weniger relevante Änderungen im Landesrahmenvertrag Hamburg (ambulant): Die §§ 5 „Formen der Hilfe“, 7 „Pflegeeinsätze bei Pflegegeldleistung“, 12 „Leistungsfähigkeit“, 13 „Mitteilungen“ und 21 „Sicherstellung der Leistungen, Qualifikation des Personals“ wurden ausschließlich an die neuen Begrifflichkeiten des neuen PBB angepasst (z. B. Pflegegrade statt Pflegestufe), aber ansonsten nicht weiter inhaltlich verändert. In § 2 „Gegenstand des Rahmenvertrags“ wurde unter 5. der Prüfdienst der privaten Krankenversicherung e. V. ergänzt (dies gilt auch für die §§ 8 „Bewilligung der Leistungen“ und 25 „Prüfung durch die Pflegekassen“, wobei hier auch noch der Sozialmedizinische Dienst der Knappschaft zusätzlich ergänzt wurde). Bisher waren nur der Medizinische Dienst und die von den Landesverbänden der Pflegekassen beauftragten Prüfer als Institutionen aufgeführt. In § 9 „Wahl des Pflegedienstes“ ist neben den Angehörigen und sonstigen Pflegepersonen nun auch alternativ der gesetzliche Betreuer aufgeführt (dies gilt auch für § 16 „Leistungsnachweis“). Die §§ 23 und 24 aus dem alten Rahmenvertrag wurden in § 25 des neuen Rahmenvertrags zusammengefasst. Darüber hinaus wurden die Paragraphennummern innerhalb des Rahmenvertrags durch die Ergänzung von zwei neuen Paragraphen (§§ 4 und 22) verschoben.

§ 18 Zahlungsweise	Die Frist für die Bezahlung der Rechnungen durch die Pflegekassen von 13 Arbeitstagen auf 17 Kalendertage erhöht.
§ 19 Beanstandungen	- Rechnungsbeanstandungen müssen von der Pflegekasse innerhalb von zwölf (statt ursprünglich sechs) Monaten nach Eingang der Rechnung gegenüber dem Leistungserbringer schriftlich erhoben werden. Einsprüche gegen diese Beanstandungen müssen nun innerhalb von drei Monaten nach Zugang der Beanstandungsmitteilung vom Leistungserbringer schriftlich gelten gemacht werden (bisher nicht im Rahmenvertrag geregelt gewesen).
§ 22 Nachweispflicht (neu)	Neuer Paragraph, der Nachweispflicht hinsichtlich der angemessenen Bezahlung der Beschäftigten gemäß § 84 Abs. 7 SGB XI für Pflegeeinrichtungen regelt, die ihre Pflegesätze auf Grundlage der Bezahlung der Beschäftigten nach tarifvertraglich vereinbarten Vergütungen sowie entsprechenden Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbart haben.
§ 27 Zugang	Regelt neu, dass Qualitätsprüfungen grundsätzlich am dem Prüfungstag vorangehenden Tag anzukündigen sind. Anlassprüfungen erfolgen dagegen unangemeldet (im alten Rahmenvertrag war lediglich von „vorheriger Terminvereinbarung“ ohne eine weitere Spezifizierung die Rede).
§ 38 Inkrafttreten, Kündigung	Revisionsklausel: Die Leistungsbeschreibung in Anlage 1 des neuen Rahmenvertrags wird nach Aufforderung durch die Mehrheit der Vertragsparteien auf Seiten der Leistungsanbieter oder auf Seiten der Kostenträger frühestens mit Wirkung zum 01.01.2018 neu vereinbart (Aufnahme der Verhandlungen spätestens drei Monate nach Aufforderung).
Anlage 1 (Leistungsverzeichnis)	Abrechnung nach Leistungskomplexen bzw. nach Leistungskomplexen am Wochenende/Feiertage/ungünstige Zeiten (22.00 – 06.00 Uhr): Punktzahl (flexible, auf jeweilige Bedürfnisse abgestimmte Zusammenstellung der Leistungen) Abrechnung nach Zeit (körperbezogene Pflegemaßnahmen; Hilfen bei der Haushaltsführung; pflegerische Betreuungsmaßnahmen; körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung in der Sterbephase): Minuten.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis des neuen LRV Hamburg ambulant (gültig seit 01.01.2017) und dem alten LRV (gültig ab 01.06.1995 bis 31.12.2016)

2.2.4 Ergebnis des Abgleichs der neu ausgerichteten Landesrahmenverträge mit den Empfehlungen der BAGFW zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den bisher angepassten Landesrahmenverträgen

Tabelle 15: Abgleich der Empfehlungen der BAGFW zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den bisher angepassten Landesrahmenverträgen für die vollstationäre Pflege

BAGFW-Empfehlungen	Hamburg (seit 01.01.2017)*	Hessen (seit 01.07.2018)	Niedersachsen (seit 01.04.2019)
In Präambel Prinzipien, Intentionen und Aufgaben des Vertrags erläutern sowie zentrale Elemente des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verankern (Förderung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen, Stärkung der Fachlichkeit der Pflegenden).	Förderung der Selbstständigkeit (§ 1)	Förderung der Selbstständigkeit und der Selbstbestimmung des pflegebedürftigen Menschen, Stärkung der Fachlichkeit (§ 2)	Möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben (Präambel, § 1), Erhalt bzw. Förderung der Selbstständigkeit (§ 1)
Verrichtungsbezug durch einen problemlösungsorientierten Ansatz ersetzen; Verrichtungsbegriff durch den neuen Terminus „ Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit “ und Maßnahmen durch „ Aufgaben “ ersetzen. <i>Siehe auch Präambel.</i> ¹⁴	Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (§ 1), <i>nach wie vor: Begriffe Verrichtungen, Maßnahmen</i>	Problemlösungsorientierter Ansatz, Einschränkung der Selbstständigkeit, Aufgaben (§ 2)	Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (§ 1), <i>nach wie vor: Begriff Maßnahmen</i>
Keine Vereinbarungen zu Zielen im Sinne von Versorgungs- und Pflegeergebnissen treffen und nichts zur Wirksamkeit der Pflegeleistungen vereinbaren (ist über Vereinbarungen nach §§ 113 ff. SGB XI bundeseinheitlich geregelt).	§ 13 <i>„Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“</i>	Keine Vereinbarung enthalten.	§ 14 <i>„Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“</i>
Keine Vereinbarungen zu Inhalten der Pflegeberatung nach § 37 SGB XI treffen (ab 2018 über Bundesempfehlungen geregelt).	Keine Vereinbarung enthalten.	Keine Vereinbarung enthalten.	Keine Vereinbarung enthalten.

¹⁴ Auch die Präambel zur Expertise von Dr. Wingefeld und Prof. Dr. Büscher („Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“), die das Begleitgremium nach § 18c SGB XI im Dezember 2017 beschlossen hat, enthält dies als zentralen Punkt: „Laufende und zukünftige Anpassungen von Landesrahmenverträgen finden eine Orientierung an der Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben. Die Vereinbarung der Inhalte der Leistungen in den Landesrahmenverträgen sollte anhand dieser pflegerischen Aufgaben erfolgen.“

Leistungserweiterungen vereinbaren, die neuem Pflegebedürftigkeitsbegriff folgen (pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Hilfe zur Haushaltsführung, Beratung und Edukation, Erst- und Folgegespräche, Prävention, prozesssteuernde Interventionen, alltagsbezogene Unterstützung, Interventionen bei kognitiven und psychischen Problemlagen). Siehe auch Präambel.¹⁵	Pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Hilfe zur Haushaltsführung, Gesprächsangebote, Prävention, alltagsbezogene Unterstützung, Interventionen bei kognitiven und psychischen Problemlagen (§§ 1, 2)	Pflege- und Betreuungsmaßnahmen, Beratung und Edukation, Prävention, prozesssteuernde Interventionen und alltagsbezogene Unterstützung, Interventionen bei kognitiven und psychischen Problemlagen (§ 2)	Allgemeine Betreuungsleistungen, Ermöglichung einer möglichst selbständigen und selbstbestimmten Haushaltsführung, Beratung, Maßnahmen der Prophylaxe, Hilfen bei der Gestaltung des Alltagslebens, Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (§ 1)
Verortung des Themas „pflegefachliche Anleitung“.	Anleitung allgemein und Anleitung zur richtigen Nutzung der Pflegehilfsmittel (§ 1)	Anleitung zur richtigen Nutzung der Pflegehilfsmittel (§ 2), Erhöhter Anleitung- und Beaufsichtigungsbedarf bei Menschen mit einer demenziellen Erkrankung und einem besonderen Pflege- und Betreuungsbedarf auf Grund von speziellen Verhaltensmerkmalen (Anlage A)	Anleitung allgemein (§ 1)
Bestehende Leistungen entlang der Leistungsarten und Module des neuen Begutachtungsinstrumentes gruppieren.	Ja (Körperpflege, Ernährung, Betreuung, Mobilität, kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten und psychischen Problemlagen)	Ja (Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Medizinische Behandlungspflege, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte, Sterbebegleitung und Kooperation mit Hospizdiensten/Hospiz- und Palliativnetzwerken)	Ja (Mobilität, Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte, Sonstiges)
Stufenplan zur Umsetzung sowie Revisionsklauseln vereinbaren	Revisionsklausel Personalrichtwerte (§ 37)	Revisionsklausel Personalrichtwerte (§ 22)	Revisionsklausel Personalschlüssel (Protokollnotiz zu § 21) und Pflegesätze (§ 39)

* 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. Wingefeld und Prof. Dr. Büscher durch das Begleitgremium nach § 18c SGB XI – in Kraft.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis BAGFW (2016) sowie LRV für die vollstationäre Pflege in Hamburg (gültig seit 01.01.2017), Hessen (gültig seit 01.07.2018) und Niedersachsen (gültig seit 01.04.2019).

¹⁵ Die Bedeutung dieser Leistungserweiterungen betont auch die vom Begleitgremium nach § 18c SGB XI beschlossene Präambel zur Expertise von Dr. Wingefeld und Prof. Dr. Büscher: „Auch die wichtigen Bereiche der Edukation, Prävention und prozesssteuernden Intervention sollte hinreichend in den Landesrahmenverträgen abgebildet werden. Handlungsleitend sollte ein lösungsorientierter Ansatz sein.“

Tabelle 16: Abgleich der Empfehlungen der BAGFW zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den bisher angepassten Landesrahmenverträgen für die teilstationäre Pflege

BAGFW-Empfehlungen	Baden-Württemberg (seit 01.01.2018)*	Bayern (seit 01.10.2018)	Saarland (seit 01.03.2018)
In Präambel Prinzipien, Intentionen und Aufgaben des Vertrags erläutern sowie zentrale Elemente des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verankern (Förderung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen, Stärkung der Fachlichkeit der Pflegenden).	Förderung und Erhalt der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen (§ 2)	Selbstständigkeit und Fähigkeiten erhalten und fördern, Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit fachgerecht kompensieren sowie Selbst- und Fremdgefährdung vermeiden; humane, bedürfnisorientierte, aktivierende Pflege (§ 2)	Verweis auf § 14 Abs. 1 SGB XI (neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff) (§ 1)
Verrichtungsbezug durch einen problemlösungsorientierten Ansatz ersetzen; Verrichtungsbegriff durch den neuen Terminus „ Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit “ und Maßnahmen durch „ Aufgaben “ ersetzen. Siehe auch Präambel. ¹⁶	Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (§ 1), nach wie vor: <i>Begriff Maßnahmen</i>	Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (§ 2); es ist von <i>Maßnahmen</i> die Rede, nicht von <i>Aufgaben</i> (u. a § 2)	keine Nennung des Terminus „Beeinträchtigung der Selbstständigkeit“ nach wie vor: <i>Begriff, Maßnahmen</i>
Keine Vereinbarungen zu Zielen im Sinne von Versorgungs- und Pflegeergebnissen treffen und nichts zur Wirksamkeit der Pflegeleistungen vereinbaren (ist über Vereinbarungen nach §§ 113 ff. SGB XI bundeseinheitlich geregelt).	§ 28 „Prüfungsziel, Prüfungsgegenstand“	Bei der Beschreibung der allgemeinen Pflegeleistungen werden für die einzelnen Hilfen (u. a. Körperpflege) eingangs jeweils die Ziele genannt (§ 2). in § 19 ist vereinbart, dass die Leistungen der teilstationären Pflegeeinrichtung wirksam sein müssen.	§ 17 "Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit"
Keine Vereinbarungen zu Inhalten der Pflegeberatung nach § 37 SGB XI treffen (ab 2018 über Bundesempfehlungen geregelt).	Keine Vereinbarung enthalten.	Keine Vereinbarung enthalten.	Keine Vereinbarung enthalten.

¹⁶ Auch die Präambel zur Expertise von Dr. Wingefeld und Prof. Dr. Büscher, die das Begleitgremium nach § 18c SGB XI im Dezember 2017 beschlossen hat, enthält dies als zentralen Punkt: „Laufende und zukünftige Anpassungen von Landesrahmenverträgen finden eine Orientierung an der Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben. Die Vereinbarung der Inhalte der Leistungen in den Landesrahmenverträgen sollte anhand dieser pflegerischen Aufgaben erfolgen.“

Leistungserweiterungen vereinbaren, die neuem Pflegebedürftigkeitsbegriff folgen (pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Hilfe zur Haushaltsführung, Beratung und Edukation, Erst- und Folgegespräche, Prävention, prozesssteuernde Interventionen, alltagsbezogene Unterstützung, Interventionen bei kognitiven und psychischen Problemlagen). Siehe auch Präambel. ¹⁷	körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, Leistungen der Nachtpflege und Beförderung, Prophylaxe (§§ 1, 2)	Pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Unterstützung bei der persönlichen Lebensgestaltung sowie der Tages- (ggf. auch Nacht-)strukturierung,	Unterstützung der Mobilität, Unterstützung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Unterstützung der Selbstversorgungspotenziale, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (§§ 2)
Verortung des Themas „ pflegefachliche Anleitung “.	Anleitung, persönliche Begleitung sowie pflegefachliche Anleitung und Beratung von Pflegebedürftigen und von weiteren in die Pflege eingebundenen Pflegepersonen (§ 2)	Beaufsichtigung oder Anleitung des pflegebedürftigen Menschen mit dem Ziel der eigenständigen Durchführung (§ 2)	<i>Nein.</i>
Bestehende Leistungen entlang der Leistungsarten und Module des neuen Begutachtungsinstrumentes gruppieren.	Ja (Körperpflege, Ernährung, Betreuung, Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten und psychische Problemlagen)	<i>Nein.</i>	Ja (Körperpflege, Ernährung, Betreuung, Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten und psychische Problemlagen)
Stufenplan zur Umsetzung sowie Revisionsklauseln vereinbaren	<i>Revisionsklausel (Personalabgleich).</i>	<i>Nein.</i>	<i>Nein.</i>

* 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 nach § 18c SGB XI in der Präambel zur Expertise von Dr. Wingenfeld und Prof. Dr. Büscher bei der Neuausrichtung noch explizit berücksichtigt werden konnten.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis BAGFW (2016) sowie LRV für die teilstationäre Pflege in Baden-Württemberg (gültig seit 01.01.2018), Bayern (gültig seit 01.10.2018) und dem Saarland (gültig seit 01.03.2018).

¹⁷ Die Bedeutung dieser Leistungserweiterungen betont auch die Präambel: „Auch die wichtigen Bereiche der Edukation, Prävention und prozesssteuernden Intervention sollte hinreichend in den Landesrahmenverträgen abgebildet werden. Handlungsleitend sollte ein lösungsorientierter Ansatz sein.“

Tabelle 17: Abgleich der Empfehlungen der BAGFW zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in den bisher angepassten Landesrahmenverträgen für die ambulante Pflege

BAGFW-Empfehlungen	Baden-Württemberg (01.02.2017)*	Hamburg (01.01.2017)*
In Präambel Prinzipien, Intentionen und Aufgaben des Vertrags erläutern sowie zentrale Elemente des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verankern (Förderung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen, Stärkung der Fachlichkeit der Pflegenden).	Förderung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen (§ 2)	Förderung der Selbstständigkeit (§ 4)
Verrichtungsbezug durch einen problemlösungsorientierten Ansatz ersetzen; Verrichtungsbegriff durch den neuen Terminus „Beeinträchtigung der Selbstständigkeit“ und Maßnahmen durch „Aufgaben“ ersetzen. <i>Siehe auch Präambel.¹⁸</i>	Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (§ 1) <i>nach wie vor: Begriff Maßnahmen</i>	Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (§ 3) <i>nach wie vor: Begriffe Verrichtungen, Maßnahmen</i>
Keine Vereinbarungen zu Zielen im Sinne von Versorgungs- und Pflegeergebnissen treffen und nichts zur Wirksamkeit der Pflegeleistungen vereinbaren (ist über Vereinbarungen nach §§ 113 ff. SGB XI bundeseinheitlich geregelt).	§ 11 <i>„Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“</i>	§ 14 <i>„Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit“</i>
Keine Vereinbarungen zu Inhalten der Pflegeberatung nach § 37 SGB XI treffen (ab 2018 über Bundesempfehlungen geregelt).	Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI (§ 4)	Pflegeeinsätze bei Pflegegeldleistung (§ 7)
Leistungserweiterungen vereinbaren, die neuem Pflegebedürftigkeitsbegriff folgen (pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Hilfe zur Haushaltsführung, Beratung und Edukation, Erst- und Folgegespräche, Prävention, prozesssteuernde Interventionen, alltagsbezogene Unterstützung, Interventionen bei kognitiven und psychischen Problemlagen). <i>Siehe auch Präambel.¹⁹</i>	Pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Hilfe zur Haushaltsführung, Beratung, alltagsbezogene Unterstützung, Interventionen bei kognitiven und psychischen Problemlagen (§§ 1, 2)	Pflegerische Betreuungsmaßnahmen, Hilfe zur Haushaltsführung, Beratung, Gesprächsangebote, Prävention, alltagsbezogene Unterstützung, Interventionen bei kognitiven und psychischen Problemlagen (§§ 3, 4)
Verortung des Themas „pflegefachliche Anleitung“ .	§ 1 <i>„Inhalte der häuslichen Pflegehilfe“</i>	§ 3 <i>„Leistungsinhalte“</i>

¹⁸ Auch die Präambel zur Expertise von Dr. Wingenfeld und Prof. Dr. Büscher, die das Begleitgremium nach § 18c SGB XI im Dezember 2017 beschlossen hat, enthält dies als zentralen Punkt: „Laufende und zukünftige Anpassungen von Landesrahmenverträgen finden eine Orientierung an der Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben. Die Vereinbarung der Inhalte der Leistungen in den Landesrahmenverträgen sollte anhand dieser pflegerischen Aufgaben erfolgen.“

¹⁹ Die Bedeutung dieser Leistungserweiterungen betont auch die Präambel des Begleitgremiums nach § 18c SGB XI zur Expertise von Dr. Wingenfeld und Prof. Dr. Büscher: „Auch die wichtigen Bereiche der Edukation, Prävention und prozesssteuernden Intervention sollte hinreichend in den Landesrahmenverträgen abgebildet werden. Handlungsleitend sollte ein lösungsorientierter Ansatz sein.“

Keine detaillierten Leistungsbeschreibungen in Rahmenverträgen, sondern Leistungsmodule oder -einheiten im Sinne von Zeit- oder Sachleistungsbudgets .	Leistungspakete (Anlage 1a)/ Leistungen nach Zeitaufwand (Anlage 1b)	Abrechnung nach Leistungskomplexen/ nach Zeit (Anlage 1)
Vereinbarung erster Zeitvergütungen (probeweise) , vorzugshalber für neu zu vereinbarende Leistungen.	Ja.	Ja.
Bestehende Leistungen entlang der Leistungsarten und Module des neuen Begutachtungsinstrumentes gruppieren.	Ja (Körperpflege, Ernährung, Betreuung, Mobilität)	Ja (Körperpflege, Ernährung, Betreuung, Mobilität)
Stufenplan zur Umsetzung sowie Revisionsklauseln vereinbaren	Nein.	Revisionsklausel (Leistungsverzeichnis)
* Beide angepassten Landesrahmenverträge traten bereits vor dem Beschluss der Präambel zur Expertise von Dr. Wingefeld und Prof. Dr. Büscher durch das Begleitgremium nach § 18c SGB XI in Kraft.		
Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis BAGFW (2016) sowie LRV für die ambulante Pflege in Baden-Württemberg (gültig seit 01.02.2017) und Hamburg (gültig seit 01.01.2017)		

2.3 Übersicht zu Pfl egetagessätzen, Gesamtheimentgelt und Finanzierungsanteilen (Stand: Januar 2019)

2.3.1 Pfl egetagessätze nach Versorgungsbereichen

Pflegesätze vollstationäre Pflege

Tabelle 18: Durchschnittliche Pfl egetagessätze nach Bundesländern und Pflegegraden vollstationäre Pflege (in Euro)
Stichtag: 01.01.2019

Bundesländer	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
BW	45,74	55,10	71,28	88,14	95,67
BY	37,97	52,96	69,14	86,00	93,56
BE	41,62	54,87	71,04	87,91	95,47
BB	39,30	44,72	60,90	77,76	85,32
HB	32,56	41,75	57,93	74,79	82,35
HH	24,68	46,36	62,54	79,40	86,96
HE	38,03	45,69	61,83	78,66	86,20
MP	29,18	37,40	53,53	70,35	77,89
NI	30,75	39,62	55,77	72,61	80,16
NW	38,28	48,93	65,11	81,97	89,53
RP	37,33	47,87	64,03	80,89	88,45
SL	41,52	53,23	69,41	86,27	93,83
SN	29,57	37,68	53,85	70,72	78,27
ST	27,26	34,95	51,13	67,99	75,55
SH	30,03	37,91	54,09	70,95	78,51
TH	27,11	34,75	50,93	67,79	75,35
Bund	36,44	46,64	62,80	79,66	87,21

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

Tabelle 19: Veränderung der Pfl egetagessätze nach Bundesländern und Pflegegraden vollstationäre Pflege (in Euro)
01.01.2017 bis 01.01.2019

Bundes- länder	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
BW	7,48	6,04	6,04	6,04	6,01
BY	2,40	4,51	4,42	4,43	4,50
BE	1,27	2,28	2,27	2,28	2,28
BB	7,83	4,38	4,39	4,38	4,38
HB	1,81	2,32	2,32	2,32	2,32
HH	1,43	3,37	3,48	3,60	3,65
HE	4,09	2,19	2,15	2,12	2,10
MP	2,64	3,38	3,33	3,29	3,27
NI	2,56	3,11	2,92	2,89	2,88
NW	2,25	2,69	2,68	2,69	2,70
RP	2,51	3,07	2,58	2,58	2,58
SL	2,96	3,80	3,81	3,80	3,80
SN	3,35	4,09	4,08	4,09	4,08
ST	0,73	0,86	0,87	0,86	0,86
SH	3,18	3,34	3,34	3,34	3,34
TH	3,30	4,22	4,22	4,22	4,22
Bund	3,63	3,92	3,85	3,85	3,85

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

Pflegesätze Kurzzeitpflege

Tabelle 20: Durchschnittliche Pflegetagesätze nach Bundesländern und Pflegegraden Kurzzeitpflege (in Euro)
Stichtag: 01.01.2019

Bundesländer	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
BW	48,62	60,14	78,37	97,43	105,80
BY	55,26	63,11	74,82	87,19	92,72
BE	94,92	94,92	94,92	94,92	94,92
BB	64,76	78,49	100,95	124,67	135,27
HB	59,40	71,21	74,77	78,34	81,90
HH	91,14	91,14	91,14	91,14	91,14
HE	38,87	51,15	71,40	87,81	96,19
MP	54,20	69,49	91,35	114,42	124,74
NI	39,28	50,90	66,85	83,23	90,70
NW	72,00	77,65	84,27	91,07	95,76
RP	42,93	55,04	73,32	90,46	98,58
SL	66,42	69,17	73,21	77,43	79,32
SN	39,70	50,68	66,88	82,91	90,24
ST	65,49	66,19	66,67	67,15	67,63
SH	56,99	73,07	90,76	108,79	117,37
TH	56,57	60,16	63,75	67,34	70,93
Bund	56,69	65,01	76,51	87,96	93,72

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

Tabelle 21: Veränderung der Pfl egetagessätze nach Bundesländern und Pflegegraden Kurzzeitpflege (in Euro)
01.01.2018 bis 01.01.2019

Bundes- länder	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
BW	5,73	5,16	4,02	2,89	4,32
BY	14,90	7,08	-1,37	-10,29	-14,29
BE	5,07	5,07	5,07	5,07	5,07
BB	64,76	16,46	19,73	23,25	24,81
HB	1,04	9,78	10,27	10,77	11,26
HH	10,69	10,69	10,69	10,69	10,69
HE	5,26	2,91	1,84	1,14	1,77
MP	6,56	8,41	8,29	8,15	8,08
NI	4,30	6,06	5,36	4,28	3,91
NW	4,06	3,84	3,55	3,24	3,10
RP	5,86	7,52	-3,66	-4,37	-4,25
SL	3,84	3,99	3,66	3,32	3,16
SN	4,45	5,56	5,56	4,48	4,17
ST	1,19	1,89	2,37	2,85	3,33
SH	7,53	9,66	10,17	10,56	10,90
TH	9,02	7,33	5,64	3,94	2,25
Bund	5,79	5,46	4,62	3,72	3,69

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

Pflegesätze teilstationäre Pflege

Tabelle 22: Durchschnittliche Pflegetagesätze nach Bundesländern und Pflegegraden teilstationäre Pflege (in Euro)
Stichtag: 01.01.2019

Bundesländer	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
BW	42,96	47,20	51,10	55,00	56,94
BY	27,73	36,93	42,05	48,13	54,62
BE	59,59	60,10	60,61	61,13	61,63
BB	41,70	42,07	42,70	43,06	43,41
HB	25,30	32,44	38,92	45,41	48,88
HH	46,19	48,72	51,15	53,59	56,03
HE	49,27	51,83	54,38	56,92	59,41
MP	33,97	41,21	47,80	54,38	57,67
NI	34,92	38,39	46,01	53,54	57,39
NW	50,78	53,46	56,14	58,81	61,49
RP	28,45	36,48	41,78	47,09	50,75
SL	36,26	45,42	52,57	58,96	63,31
SN	28,71	36,51	42,92	49,12	52,39
ST	31,16	38,23	42,31	46,35	52,48
SH	30,23	37,47	44,05	50,63	53,93
TH	34,06	37,89	41,67	45,44	49,03
Bund	37,82	43,03	47,54	52,14	55,62

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

Tabelle 23: Veränderung der Pfl egetagessätze nach Bundesländern und Pflegegraden teilstationäre Pflege (in Euro)
01.01.2017 bis 01.01.2019

Bundes- länder	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
BW	14,23	10,38	6,89	3,44	1,64
BY	3,99	6,26	5,51	5,18	8,67
BE	2,42	2,44	2,46	2,49	2,50
BB	3,65	3,65	3,92	3,91	3,93
HB	0,77	1,00	1,19	1,39	1,71
HH	-0,70	-0,61	-0,64	-0,67	-0,70
HE	4,01	4,05	4,10	4,14	4,20
MP	7,58	7,37	7,19	7,01	7,15
NI	6,82	2,36	2,77	3,10	3,33
NW	2,13	2,25	2,36	2,48	2,60
RP	1,58	2,04	2,51	2,99	3,21
SL	1,45	2,59	3,12	3,55	4,25
SN	2,90	3,44	3,27	2,87	2,83
ST	4,27	4,54	5,22	5,90	5,34
SH	4,37	4,01	3,92	3,83	3,79
TH	3,64	4,07	4,49	5,02	5,40
Bund	5,15	4,58	4,13	3,70	4,05

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

2.3.2 Gesamtheimentgelt vollstationäre Pflege

Tabelle 24: Durchschnittliches Gesamtheimentgelt nach Bundesländern und Pflegegraden vollstationäre Pflege (in Euro)

Stichtag: 01.01.2019

Bundesländer	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
BW	2.608,21	2.892,94	3.385,14	3.898,02	4.127,08
BY	2.203,93	2.659,92	3.152,12	3.665,00	3.894,98
BE	2.227,05	2.630,11	3.122,00	3.635,19	3.865,17
BB	2.091,68	2.256,56	2.748,75	3.261,63	3.491,61
HB	2.261,73	2.541,29	3.033,48	3.546,36	3.776,34
HH	2.049,40	2.708,90	3.201,10	3.713,98	3.943,95
HE	2.304,32	2.537,33	3.028,31	3.540,28	3.769,65
MP	1.775,31	2.025,36	2.516,04	3.027,70	3.257,07
NI	1.999,51	2.269,33	2.760,62	3.272,89	3.502,56
NW	2.699,47	3.023,44	3.515,64	4.028,52	4.258,50
RP	2.417,17	2.737,80	3.229,39	3.742,27	3.972,24
SL	2.631,03	2.987,24	3.479,44	3.992,32	4.222,30
SN	1.800,86	2.047,57	2.539,46	3.052,65	3.282,32
ST	1.664,89	1.898,82	2.391,01	2.903,89	3.133,87
SH	2.100,81	2.340,51	2.832,71	3.345,59	3.575,57
TH	1.860,79	2.093,20	2.585,40	3.098,28	3.328,25
Bund	2.283,93	2.594,22	3.085,80	3.598,69	3.828,36

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

Tabelle 25: Veränderung des durchschnittlichen Gesamtheimentgelts nach Bundesländern und Pflegegraden vollstationäre Pflege (in Euro)
01.01.2017 bis 01.01.2019

Bundes- länder	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
	in €	in €	in €	in €	in €	in %	in %	in %	in %	in %
BW	284,43	240,62	240,62	240,62	239,71	12,2%	9,1%	7,7%	6,6%	6,2%
BY	98,86	163,05	160,31	160,62	162,75	4,7%	6,5%	5,4%	4,6%	4,4%
BE	53,54	84,26	83,96	84,26	84,26	2,5%	3,3%	2,8%	2,4%	2,2%
BB	276,82	171,87	172,18	171,87	171,87	15,3%	8,2%	6,7%	5,6%	5,2%
HB	74,83	90,35	90,35	90,35	90,35	3,4%	3,7%	3,1%	2,6%	2,5%
HH	77,88	136,89	140,24	143,89	145,41	4,0%	5,3%	4,6%	4,0%	3,8%
HE	151,49	93,69	92,48	91,56	90,96	7,0%	3,8%	3,1%	2,7%	2,5%
MP	110,42	132,94	131,41	130,20	129,59	6,6%	7,0%	5,5%	4,5%	4,1%
NI	96,13	112,86	107,08	106,17	105,86	5,1%	5,2%	4,0%	3,4%	3,1%
NW	5,78	19,16	18,86	19,16	19,47	0,2%	0,6%	0,5%	0,5%	0,5%
RP	114,08	131,11	116,20	116,20	116,20	5,0%	5,0%	3,7%	3,2%	3,0%
SL	139,32	164,88	165,18	164,88	164,88	5,6%	5,8%	5,0%	4,3%	4,1%
SN	138,72	161,23	160,92	161,23	160,92	8,3%	8,5%	6,8%	5,6%	5,2%
ST	48,06	52,02	52,32	52,02	52,02	3,0%	2,8%	2,2%	1,8%	1,7%
SH	130,81	135,67	135,67	135,67	135,67	6,6%	6,2%	5,0%	4,2%	3,9%
TH	132,94	160,92	160,92	160,92	160,92	7,7%	8,3%	6,6%	5,5%	5,1%
Bund	124,42	133,24	131,11	131,11	131,11	5,8%	5,4%	4,4%	3,8%	3,5%

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

2.3.3 Finanzierungsanteile der Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen

Tabelle 26: Durchschnittliche Finanzierungsanteile nach Bundesländern für vollstationäre Pflege (in Euro)

Stichtag: 01.01.2019

Bundesländer	Durchschnittlicher Finanzierungsanteil	Anteil EEE	Anteil Unterkunft	Anteil Verpflegung	Anteil Investitionskosten
BW	2.122,93	906,13	436,83	360,17	419,80
BY	1.869,26	820,38	300,55	341,01	407,32
BE	1.847,65	886,68	388,16	194,69	378,12
BB	1.486,64	590,47	452,65	152,71	290,82
HB	1.771,27	500,02	446,87	298,12	526,27
HH	1.915,87	617,24	406,41	351,05	541,17
HE	1.761,01	613,57	389,68	258,57	499,19
MP	1.368,39	480,73	306,94	251,27	329,45
NI	1.503,83	439,74	423,75	149,97	490,37
NW	2.252,24	717,25	563,07	433,18	538,74
RP	1.968,61	687,02	545,13	303,90	432,57
SL	2.217,35	849,36	548,78	314,85	504,36
SN	1.278,77	377,43	418,88	137,80	344,66
ST	1.219,11	383,47	329,75	219,63	286,25
SH	1.583,50	396,21	372,34	332,19	482,77
TH	1.321,81	285,70	545,73	145,71	344,66
Bund	1.830,12	654,69	434,70	293,55	447,17

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

Tabelle 27: Veränderung der durchschnittlichen Finanzierungsanteile nach Bundesländern und Pflegegraden vollstationäre Pflege (in Euro)
01.01.2017 bis 01.01.2019

Bundesländer	Finanzierungsanteil	Anteil EEE	Anteil Unterkunft	Anteil Verpflegung	Anteil Investitionskosten
BW	239,92	183,03	31,33	22,51	3,04
BY	144,87	119,01	11,26	9,13	5,48
BE	71,70	56,79	5,78	2,74	6,39
BB	171,96	133,33	29,81	4,87	3,95
HB	90,38	70,61	10,65	7,30	1,83
HH	114,95	80,58	11,56	10,65	12,17
HE	87,24	60,17	14,91	8,82	3,35
MP	245,68	215,56	12,78	10,65	6,69
NI	111,28	93,03	13,08	1,83	3,35
NW	16,92	79,59	19,16	14,30	-96,13
RP	117,65	79,93	20,99	11,86	4,87
SL	164,97	115,69	27,99	16,43	4,87
SN	162,43	125,62	22,21	3,04	11,56
ST	141,05	115,19	11,26	7,30	7,30
SH	148,39	114,32	12,78	11,86	9,43
TH	155,30	122,75	0,30	5,17	27,07
Bund	120,32	106,33	17,34	10,04	-13,38

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

2.3.4 Einrichtungseinheitliche Eigenanteile (EEE) der Bewohnerinnen und Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen

Tabelle 28: Durchschnittlicher EEE nach Bundesländern und Pflegegraden vollstationäre Pflege (in Euro)
01.01.2017 bis 01.01.2019

Bundesländer	01.01.2017	01.07.2017	01.01.2018	01.07.2018	01.01.2019
BW	723,10	762,68	811,43	840,01	906,13
BY	701,37	714,04	753,02	771,28	820,38
BE	829,89	839,57	865,59	877,21	886,68
BB	457,14	480,03	544,69	622,47	590,47
HB	429,41	427,33	450,74	452,25	500,02
HH	536,66	545,12	572,23	591,24	617,24
HE	553,40	550,53	575,48	596,21	613,57
MP	265,17	274,74	294,09	326,33	480,73
NI	346,71	356,24	380,79	398,44	439,74
NW	637,66	652,83	669,86	679,70	717,25
RP	607,09	606,80	604,84	606,98	687,02
SL	733,67	732,57	782,43	782,55	849,36
SN	251,81	251,79	274,71	304,89	377,43
ST	268,28	269,84	327,31	341,61	383,47
SH	281,89	299,14	338,00	334,92	396,21
TH	162,95	176,21	206,91	242,64	285,70
Bund	548,36	562,06	590,51	608,43	654,69

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

Tabelle 29: Veränderung EEE nach Bundesländern und Pflegegraden vollstationäre Pflege (in Euro)

01.01.2017 bis 01.01.2019

Bundesländer	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– 01.07.2019		Insgesamt: 01.01.2017– 01.01.2019	
	in €	in %	in €	in %	in €	in %	in €	in %	in €	in %
BW	39,58	5,47%	48,75	6,74%	28,58	3,52%	66,12	7,87%	183,03	25,31%
BY	12,67	1,81%	38,98	5,56%	18,26	2,42%	49,10	6,37%	119,01	16,97%
BE	9,68	1,17%	26,02	3,14%	11,62	1,34%	9,47	1,08%	56,79	6,84%
BB	22,89	5,01%	64,66	14,14%	77,78	14,28%	-32,00	-5,14%	133,33	29,17%
HB	-2,08	-0,48%	23,41	5,45%	1,51	0,34%	47,77	10,56%	70,61	16,44%
HH	8,46	1,58%	27,11	5,05%	19,01	3,32%	26,00	4,40%	80,58	15,02%
HE	-2,87	-0,52%	24,95	4,51%	20,73	3,60%	17,36	2,91%	60,17	10,87%
MP	9,57	3,61%	19,35	7,30%	32,24	10,96%	154,40	47,31%	215,56	81,29%
NI	9,53	2,75%	24,55	7,08%	17,65	4,64%	41,30	10,37%	93,03	26,83%
NW	15,17	2,38%	17,03	2,67%	9,84	1,47%	37,55	5,52%	79,59	12,48%
RP	-0,29	-0,05%	-1,96	-0,32%	2,14	0,35%	80,04	13,19%	79,93	13,17%
SL	-1,1	-0,15%	49,86	6,80%	0,12	0,02%	66,81	8,54%	115,69	15,77%
SN	-0,02	-0,01%	22,92	9,10%	30,18	10,99%	72,54	23,79%	125,62	49,89%
ST	1,56	0,58%	57,47	21,42%	14,30	4,37%	41,86	12,25%	115,19	42,94%
SH	17,25	6,12%	38,86	13,79%	-3,08	-0,91%	61,29	18,30%	114,32	40,55%
TH	13,26	8,14%	30,7	18,84%	35,73	17,27%	43,06	17,75%	122,75	75,33%
Bund	13,7	2,50%	28,45	5,19%	17,92	3,03%	46,26	7,60%	106,33	19,39%

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

2.4 Anzahl vollstationärer Einrichtungen mit Bewohnerinnen und Bewohnern mit Besitzstandschutz (Stand: Juni 2018)

Tabelle 30: Anzahl der Einrichtungen mit Bewohnerinnen und Bewohnern mit Besitzstandschutz und durchschnittliche Besitzstandzuschläge nach Pflegestufen
Stichtag: 15.06.2018

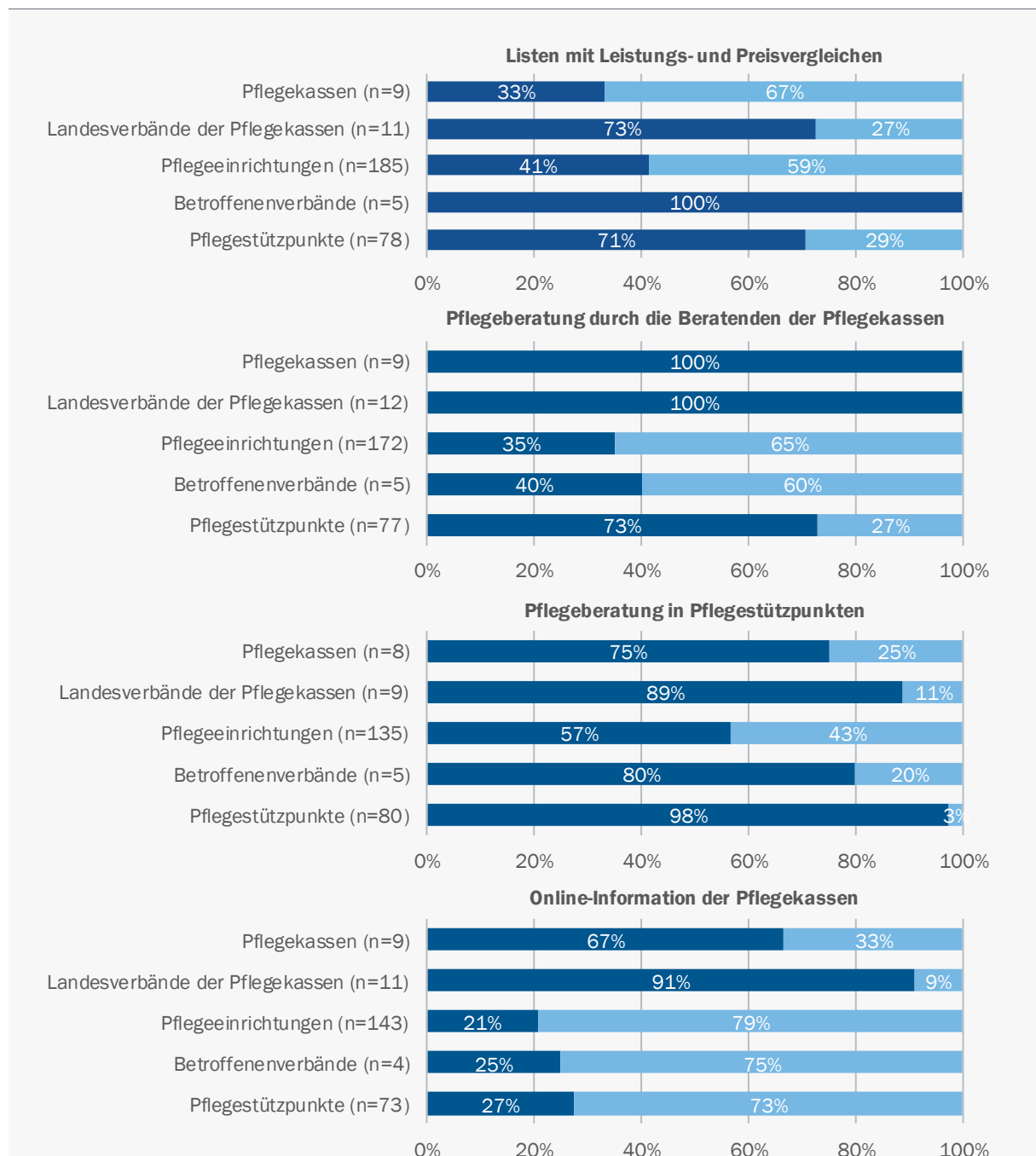
Bundesländer	Anzahl	Anzahl PS I	in €	Anzahl PS II	in €	Anzahl PS III	in €	Härtefälle	in €
BW	1.217	1.217	189,92	261	85,14	13	65,92	14	110,94
BY	878	871	68,03	37	162,76	29	52,45	33	85,95
BE	262	262	256,44	6	81,60	1	219,82	2	189,60
BB	302	301	162,02	262	72,49	3	227,40	22	100,80
HB	94	94	287,73	3	263,98			16	39,20
HH	144	144	254,61	2	113,96				
HE	698	698	193,35	37	48,95				
MP	190	189	98,68	27	81,02	1	53,48		
NI	826	821	93,35	43	135,18	8	51,34	8	219,76
NW	2.020	1.999	251,23	139	39,31	21	89,39	21	89,40
RP	442	442	166,84	179	43,18	1	404,63		
SL	150	150	224,57	3	113,78				
SN	585	585	148,23	320	67,37	7	34,24	7	34,26
ST	402	396	132,11	167	68,37	76	84,32	77	80,65
SH	98	96	58,04	22	52,08	8	56,37	10	65,64
TH	277	277	92,12	16	38,39				
Bund	8.585	8.542	173,27	1.524	70,10	168	78,13	210	87,41

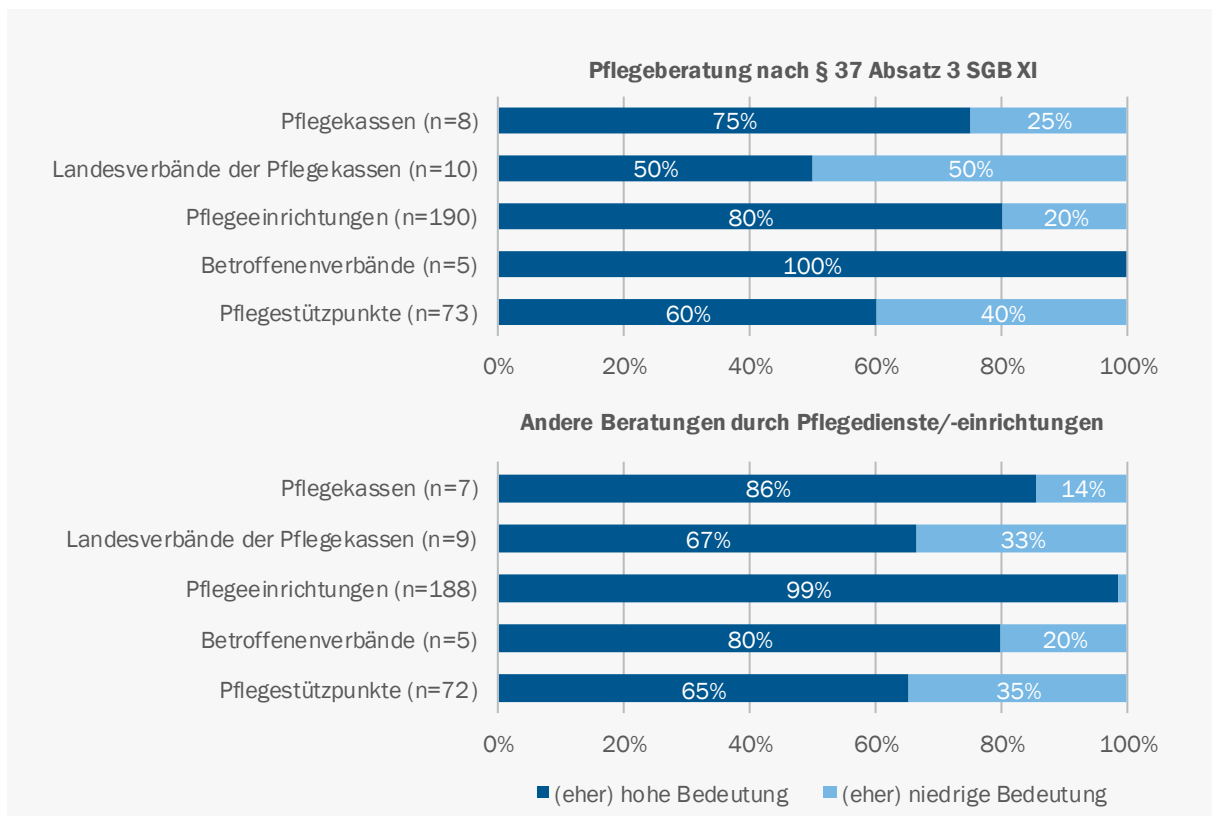
Dargestellt sind einrichtungsspezifische Werte, keine Fallzahlen (Pflegebedürftige). Die Daten beziehen sich auf alle Kassenarten. Für die Pflegestufe III und für sogenannte Härtefälle wurden in einigen Bundesländern keine Einrichtungen mit Bewohnerinnen und Bewohnern mit Besitzstandschutz gemeldet.

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

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

Abbildung 1: Einschätzungen der Bedeutung diverser Informations- und Beratungsangebote für die Inanspruchnahme ambulanter SGB XI-Leistungen
Online-Befragung, 1. Quartal 2019





Quelle: Prognos 2019

Tabelle 31: Weitere Informationsquellen mit Bedeutung für die Inanspruchnahme ambulanter SGB XI-Leistungen
Online-Befragung, 3. Quartal 2018 und 1. Quartal 2019

Befragte Akteure	Am häufigsten benannte weitere Informationsquellen
Pflegekassen/-verbände	
Landesverbände der Pflegekassen (N=16)	Medien (Funk, Fernsehen, Internet, Zeitung) Ärzte (v. a. Hausarztpraxen) Beratungsangebote im Krankenhaus (Sozialdienste, Entlassmanagement) MDK-Begutachtung Weitere Beratungsangebote (Pfleagemessen, Verbraucherzentralen, Angehörigenfachstellen)
Ausgewählte Pflegekassen (N=10)	Medien (Funk, Fernsehen, Zeitung, Zeitschriften) Informationsbroschüren (z. B. der Pflegekassen) Vorträge/Schulungsveranstaltungen
PKV-Verband (N=1)	Öffentlichkeitsarbeit der Anbieter Informationen der privaten Versicherungsunternehmen
Leistungserbringer	
Ausgewählte Pflegeeinrichtungen (N=141)	Medien (Internet, Zeitung, Fernsehen) Ärzte (v. a. Hausarztpraxen), Therapeuten Mundpropaganda Weitere Beratungsangebote (z. B. der Kommunen, Sozialverbände) Beratungsangebote im Krankenhaus (Sozialdienste) MDK-Begutachtung Apotheken Seniorentreffpunkte
Betroffenenverbände	
(Landes-)Verbände (N=6)	Beratungsangebote im Krankenhaus (v. a. Sozialdienste) Patientenberatung Beratung durch die Selbsthilfe bzw. die Sozialverbände (z. B. DAIZG, SoVD, VdK) Mundpropaganda (z. B. im Rahmen von Selbsthilfegruppen, Veranstaltungen) Medien (Fernsehen, Funk, Zeitung)
Beratungsinstitutionen	
Pflegestützpunkte (N=119)	Informationsbroschüren (z. B. von Anbietern und Ministerien) Medien (Presse, Funk, Fernsehen, Zeitung, Zeitschriften) Beratungsangebote im Krankenhaus (v. a. Sozialdienste) Dienstleister (u. a. Pflege, Hauswirtschaft, Betreuung) Mundpropaganda (v. a. durch Freunde, Bekannte und Verwandte) Ärzte (v. a. Hausarztpraxen) Vorträge/(Schulungs-)Veranstaltungen Internet (z. B. Websites von Verbraucherschutzbehörden, Bundes- und Landesministerien) Kommunale Auskunft-/Beratungsangebote (u. a. der Sozialämter) Angehörigen-/Selbsthilfegruppen Apotheken
Compass (N=1)	Mitgliedszeitschriften der Versicherungen Zeitschriftenartikel, in denen über Betroffene berichtet wird

Quelle: Prognos 2019

Tabelle 32: Hinderliche Faktoren bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege

Online-Befragung, 1. und 3. Quartal 2018, 1. Quartal 2019

Befragte Akteure	Am häufigsten benannte hinderliche Faktoren
Pflegekassen/-verbände	
Landesverbände der Pflegekassen (N=16)	<u>Mangel an personellen Kapazitäten und/oder (passgenauen) Angeboten</u> ▪ Mangel an Angeboten (z. B. haushaltsnahe Dienstleistungen); u. a. in ländlichen Gebieten ▪ Mangelnde Bedürfnisgerechtigkeit bestehender Angebote <u>Leistungsrecht und bürokratischer Aufwand</u> ▪ Zu starr abgegrenzte Leistungen ▪ Teilweise hoher bürokratischer Aufwand für die Leistungserbringer <u>Wissensdefizite der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen</u> ▪ Unkenntnis von Angeboten und Leistungen (auch aufgrund eines unübersichtlichen Leistungsspektrums) <u>Kosten der Angebote/Eigenbeteiligung</u> ▪ Keine vollständige Kostendeckung durch die Pflegeversicherung <u>Ablehnung professioneller Hilfe/Präferenz des Pflegegeldes</u> ▪ Nutzung der Geldleistungen als "Familieneinkommen"
Ausgewählte Pflegekassen (N=10)	<u>Mangel an personellen Kapazitäten und/oder Angeboten</u> ▪ Unzureichende personelle Kapazitäten seitens der Anbieter ▪ Mangel an Angeboten (u. a. an anerkannten Anbietern haushaltsnahe Dienstleistungen sowie an Tagespflegeeinrichtungen) <u>Leistungsrecht bzw. dessen Komplexität und bürokratischer Aufwand</u> ▪ Intransparenz der Anspruchsvoraussetzungen und der möglichen Leistungskombinationen ▪ Bürokratische Hürden (u. a. unnötig komplexe, rechtlich bedingte Nachweispflichten der Verwaltung) <u>Ablehnung professioneller Hilfe</u>
PKV-Verband (N=1)	<u>Leistungsrecht bzw. dessen Komplexität</u> ▪ Bspw. die möglichen Leistungskombinationen
Leistungserbringer	
Ausgewählte Pflegeeinrichtungen (N=211)	<u>Mangel an personellen Kapazitäten und/oder (passgenauen) Angeboten</u> ▪ Unzureichende personelle Kapazitäten seitens der Anbieter ▪ Mangel an Anbietern haushaltsnahe Dienstleistungen (auch weil unrentabel für Pflegedienste) und an Tagespflegeeinrichtungen, insbesondere in ländlichen Regionen; Unterfinanzierung der teilstationären Pflege, der Kurzzeitpflege und haushaltsnahe Dienstleistungen birgt Gefahr, dass entsprechende Leistungen nicht angeboten werden ▪ Unzureichende Flexibilität der Dienste (Zeiten der Dienste stimmen nicht mit dem eigenen Rhythmus überein) <u>Mangel an (passgenauen) Informations- und Beratungsangeboten</u> ▪ Mangelnde Information/Aufklärung zu den Leistungen der Pflegeversicherung, auch seitens der Pflegekassen; Informationen beispielsweise zum Entlastungsbetrag werden nur auf Anfrage erteilt; wenige bzw. keine Informationsflyer/-broschüren als Wurfsendung für Menschen mit einem Pflegegrad ▪ Grundsätzlich komplizierte Wortwahl bei der Beschreibung von Leistungen; zu unübersichtliche und komplizierte Informationen durch Pflegekassen ▪ Mangel an hochwertigen, ausführlichen und qualifizierten Beratungsangeboten sowie an Beratungsangeboten der Pflegekassen vor Ort; Pflegekassen nehmen ihren Beratungsauftrag teilweise nicht wahr (z. B. wird nur schriftlich informiert) <u>Leistungsrecht bzw. dessen Komplexität und bürokratischer Aufwand</u> ▪ Intransparenz der Leistungen, insbesondere möglicher Leistungskombinationen ▪ Überforderung mit der Antragstellung; zu viele Anträge (z. B. stets Neubearbeitung von Verhinderungspflege bei zusätzlicher Nutzung anderer Dienste) <u>Wissensdefizite der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen</u> ▪ Insbesondere hinsichtlich der Leistungen der Pflegeversicherung zur Unterstützung der häuslichen Pflege und entsprechender Angebote vor Ort sowie hinsichtlich des Verfahrens der Antragstellung <u>Kosten der Angebote/Eigenbeteiligung</u> ▪ Zu hohe Kosten bzw. zu hohe Eigenbeteiligung <u>Ablehnung professioneller Hilfe/Präferenz des Pflegegeldes</u> ▪ Ablehnung professioneller Hilfe aus Angst (z. B. vor Veränderung oder Kontrollverlust) oder aus Scham ▪ Pflegebedürftige bzw. deren Familien sind teilweise auf das Pflegegeld angewiesen
Betroffenenverbände	
(Landes-)Verbände (N=6)	<u>Mangel an personellen Kapazitäten und/oder (passgenauen) Angeboten</u> ▪ Unzureichende personelle Kapazitäten seitens der Dienste ▪ Mangel an Angeboten zur Unterstützung der häuslichen Pflege (z. B. kostengünstige Anbieter von Entlastungsleistungen), insbesondere in strukturschwächeren Regionen

	▪ Nicht bedarfsgerechte zeitliche Verfügbarkeit von Leistungen <u>Mangel an (passgenauen) Informations- und Beratungsangeboten</u> ▪ Zu wenig oder zu wenig verständliche Informationen zu den verschiedenen Leistungen ▪ Mangel an wohnortnahen, zugehenden und aufsuchenden Beratungsangeboten <u>Leistungsrecht bzw. dessen Komplexität</u> ▪ Insbesondere die möglichen Leistungskombinationen werden nicht verstanden und deshalb nicht genutzt ▪ In vielen alten Landesrahmenverträgen sind noch Leistungskomplexe enthalten, die nicht den tatsächlichen Bedarfen entsprechen; beispielsweise können keine Begleit- oder Betreuungsleistungen eingekauft werden, weil diese nicht zwischen den Pflegekassenverbänden und den Verbänden der Pflegedienste vereinbart sind <u>Wissensdefizite der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen</u> ▪ Insbesondere hinsichtlich eigener Leistungsansprüche sowie hinsichtlich bestehender Angebote ▪ Unkenntnis, dass die Sachleistungen etwa doppelt so hoch ausfallen wie das Pflegegeld <u>Kosten der Angebote/Eigenbeteiligung</u> ▪ Keine vollständige Kostendeckung durch die Pflegeversicherung <u>Ablehnung professioneller Hilfe</u>
Beratungsinstitutionen	
Pflegestützpunkte (N=139)	<u>Mangel an personellen Kapazitäten und/oder (passgenauen) Angeboten</u> ▪ Mangel an personellen Kapazitäten und Angeboten in allen Bereichen (ambulante und teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege, Betreuung, Hauswirtschaft, Fahrdienste) ▪ Vernachlässigung zeitlicher und inhaltlicher Wünsche der Klienten (u. a. Nichteinhaltung verabredeter Zeiten, Unpünktlichkeit, häufige Personalwechsel) <u>Mangel an (passgenauen) Informations- und Beratungsangeboten</u> ▪ Unzureichende Information, Aufklärung und Beratung, insbesondere seitens der Pflegekassen; Verwendung einer bürokratischen Sprache in den Bescheiden; mangelnde muttersprachliche Informationen ▪ Mangel an konstanten Ansprechpersonen bei den Pflegekassen <u>Leistungsrecht bzw. dessen Komplexität und bürokratischer Aufwand</u> ▪ Komplexität des Leistungsrechts (u. a. hinsichtlich eigener Leistungsansprüche und möglicher Leistungskombinationen z. B. bei Verhinderungspflege); unterschiedliche Rechtsinterpretation durch die Kassen ▪ Zweckbindung der Entlastungsleistungen/geringe Flexibilität ▪ Reduktion des Pflegegeldes bei Sachleistungsbezug ▪ Antragstellung und der damit verbundene bürokratische Aufwand <u>Wissensdefizite der Pflegebedürftigen bzw. ihrer Angehörigen</u> ▪ Wissensdefizite (u. a. bezüglich eigener Leistungsansprüche, möglicher Leistungskombinationen, der Antragstellung und bestehender Beratungsangebote) ▪ Wissensdefizite aufgrund sprachlicher Barrieren bei Menschen mit Migrationshintergrund <u>Kosten der Angebote/Eigenbeteiligung</u> ▪ Hohe Kosten für Entlastungsleistungen bei anerkannten Diensten ▪ Finanzielle Möglichkeiten im Rahmen der Pflegeversicherung angesichts hoher Stundenpreise vor allem bei besonderen Betreuungsleistungen nicht bedarfsdeckend möglich ▪ Geringe Einkommen und Vermögen/zu hohe Kosten bzw. zu hohe Eigenbeteiligung ▪ Intransparenz der Kosten und ihrer Abrechnung <u>Ablehnung professioneller Hilfe</u> ▪ Angst vor Kontrolle durch Dritte bzw. vor Verlust der Unabhängigkeit und/oder den Kosten ▪ Misstrauen/Ablehnung fremder Personen ▪ Angehörigenpflege als moralisches Gebot ▪ Scham <u>Keine sozialen Ressourcen</u>
Compass (N=1)	<u>Mangel an Angeboten</u> ▪ Beispielsweise Mangel an niedrigschwelligen Angeboten <u>Mangel an passgenauen Beratungsangeboten</u> ▪ Mangel an individueller, zugehender und wiederholter Beratung

Quelle: Prognos 2019

Tabelle 33: Förderliche Faktoren bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege

Online-Befragung, 1. und 3. Quartal 2018, 1. Quartal 2019

Befragte Akteure	Am häufigsten benannte förderliche Faktoren
Pflegekassen/-verbände	
Landesverbände der Pflegekassen (N=16)	<u>Verfügbarkeit von (passgenauen) Angeboten</u> ▪ Darunter Angebote der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege <u>Vereinfachung/Flexibilisierung des Leistungsrechts</u> ▪ Zusammenfassung/Verzahnung von Leistungen ▪ Ausbau des Leistungskomplexsystems <u>Reduzierung des bürokratischen Aufwands</u> ▪ Vereinfachtes Antragsverfahren; allgemein niedrigschwelliger Zugang <u>Entlastung/Stärkung des erforderlichen sozialen Umfelds</u> ▪ Entlastung/Stärkung der Angehörigen <u>Geringere Kosten und höhere Kostentransparenz</u> ▪ Vollkasko- statt Teilkaskoversicherung ▪ Erhöhung der Leistungsbeträge für Sachleistungen
Ausgewählte Pflegekassen (N=10)	<u>Verfügbarkeit von (passgenauen) Angeboten</u> ▪ Erhöhung der personellen Kapazitäten der Pflegedienste <u>Verfügbarkeit von (passgenauen) Informationsangeboten</u> ▪ Verstärkte Information der Versicherten durch Pflegekassen (z. B. telefonische Kontaktaufnahme, Informationsveranstaltungen, Mailing-Aktionen, Online-Informationen) <u>Vereinfachung/Flexibilisierung des Leistungsrechts</u> ▪ z. B. der Regelungen zu den Leistungskombinationen <u>Geringere Kosten</u> ▪ Erhöhung der Leistungsbeträge (u. a. für die Tages- und Nachtpflege sowie Begrenzung der Kosten für die hauswirtschaftliche Versorgung durch Pflegedienste)
PKV-Verband (N=1)	<u>Vereinfachung/Flexibilisierung des Leistungsrechts</u> ▪ Einfaches und gut verständliches Leistungsrecht ▪ Mehr Klarheit bei den möglichen Leistungskombinationen
Leistungserbringer	
Ausgewählte Pflegeeinrichtungen (N=211)	<u>Verfügbarkeit von (passgenauen) Angeboten</u> ▪ Gewährleistung ausreichender personeller Kapazitäten bei den Pflegediensten sowie eines breiten Leistungsspektrums (einschließlich Schulungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige) ▪ Ausbau teilstationärer Angebote; erfordert bessere Finanzierungsgrundlagen; Bündelung von Angeboten wie der Tagespflege, der ambulanten Pflege, Essen auf Rädern und Hausnotruf ▪ Individueller Zuschnitt der Angebote (z. B. Erfüllung zeitlicher Präferenzen) sowie Zuverlässigkeit der Dienste <u>Verfügbarkeit von (passgenauen) Beratungsangeboten</u> ▪ Im Allgemeinen zugehende Beratung, bei Bedarf auch Zuhause, mit klaren und konstanten Ansprechpersonen; auf Augenhöhe; umfassende mehrmalige Beratung durch sehr gut akademisch qualifizierte Pflegeberater mit langjähriger Erfahrung und didaktischen Fähigkeiten; u. a. zum Leistungsspektrum der Pflegeversicherung ▪ Bessere Beratung durch Pflegekassen (z. B. persönliche Betreuer); bessere Unterstützung bei der Antragstellung durch Pflegekasse vor Ort ▪ Ausbau von Beratungsstellen, Pflegeberatung durch Seniorenberatungsstellen ▪ Qualitativ hochwertige Beratung durch Leistungserbringer, die konkrete Leistungen transparent machen können; verbindlicher und kontinuierlicher Kontakt über die Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI bei höherer Vergütung da zeitintensiv ▪ Umfassendes pflegefachliches Case Management in Kliniken und Rehaeinrichtungen <u>Verfügbarkeit von (passgenauen) Informationsangeboten</u> ▪ Im Allgemeinen einfache und übersichtliche Informations-/Aufklärungsmaterialien, auch in laiengerechter Sprache (u. a. über die Leistungen der Pflegeversicherung und bestehende Angebote vor Ort) ▪ Proaktive Information durch Pflegekassen, z. B. schriftliche Informationen zu allen möglichen Geld- und Sachleistungen der Pflegeversicherung, einschließlich zum Betrag der Geldleistungen nach Abzug möglicher Sachleistungen, sowie zum weiteren Vorgehen bei Einstufung in einen Pflegegrad; mehr Informationsveranstaltungen durch die Pflegekassen ▪ Regelmäßige Information zu pflegerelevanten Themen in den örtlichen Zeitungen; Informationsflyer-/Brochüren als Wurfsendung für Menschen mit Pflegegrad <u>Einbindung von Hausärzten und Sozialdiensten</u> ▪ Information/Beratung durch den Hausarzt bzw. den behandelnden Arzt; erfordert entsprechende Kenntnisse seitens der Ärzte ▪ Hinweise auf bestehende Angebote durch Sozialstationen, Geriatrie oder Reha

	<u>Vereinfachung/Flexibilisierung des Leistungsrechts</u> ■ Zusammenfassung bestehender ambulanter Leistungen in einem einheitlichen Budget ■ Auszahlung des Pflegegeldes ausschließlich als Kombinationsleistung zur Sicherstellung pflegerischer Leistungen, insbesondere bei Alleinlebenden und bei Verdacht auf Gewalt durch die Pflegepersonen; Streichung des Pflegegeldes bei nicht ausreichender Versorgung durch die eingetragenen Pflegepersonen ■ Verpflichtung von Pflegepersonen zur Teilnahme an einer kostenlosen Schulung durch den Pflegedienst (nur bei ausschließlicher Bezug von Pflegegeld) <u>Reduzierung des bürokratischen Aufwands</u> ■ Bei der Beantragung von Leistungen (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) <u>Entlastung/Stärkung von Angehörigen</u> (z. B. durch Unterstützungs- und Schulungsangebote) <u>Geringere Kosten</u> <u>Sonstiges</u> ■ Entlass-/Überleitungsmanagement der Krankenhäuser und Kurzzeitpflegen mit Möglichkeit der Hilfsmittelverordnung; Bewilligung von (Pflege-)Hilfsmitteln (z. B. Pflegebett) auf Basis einer Notwendigkeitsbescheinigung von examinierten Pflegekräften anstatt auf Basis eines Arztrezeptes ■ Koordination und Netzwerk-/Quartiersarbeit der Leistungsträger und -erbringer ■ Abrechnung nach Zeitaufwand anstatt von Leistungskomplexen
Betroffenenverbände	
(Landes-)Verbände (N=6)	<u>Verfügbarkeit von (passgenauen) Angeboten</u> ■ Kultursensible, muttersprachliche und niedrigschwellige Unterstützungsangebote ■ Qualitativ hochwertige Angebote (z. B. kontinuierliche Bezugsperson) <u>Verfügbarkeit von (passgenauen) Beratungsangeboten</u> ■ Individuelle Beratung durch Pflegekassen mit konstanten Ansprechpersonen (kein Callcenter) ■ Unabhängige, ergänzende Beratung durch Betroffenen-/ Selbsthilfeorganisationen und andere Verbände ■ Anlaufstellen im Setting, Quartiersmanagement, Gemeinwesenarbeit ■ Präventive Hausbesuche <u>Verfügbarkeit von (passgenauen) Informationsangeboten</u> ■ Informationsveranstaltungen, Broschüren etc., vorzugsweise in leichter Sprache <u>Einbindung von Hausärzten und Kliniksozialdiensten</u> ■ Einbindung von Kliniksozialdiensten unter der Voraussetzung, dass diese gestärkt und ausgebaut werden <u>Vereinfachung/Flexibilisierung des Leistungsrechts</u> ■ Vereinfachung der Inanspruchnahme der möglichen Kombinationsleistungen ■ Keine Bindung von Pflegegrad 1-Leistungen an einen Pflegedienst
Beratungsinstitutionen	
Pflegestützpunkte (N=139)	<u>Verfügbarkeit von (passgenauen) Angeboten</u> ■ Auf- und Ausbau von Angeboten (Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtpflege, ambulante Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft, Fahrdienste), auch in strukturschwachen Regionen; Verbesserung der personellen Ausstattung der Anbieter ■ Schaffung bedürfnisgerechterer Angebote (u. a. Ermöglichung gewünschter bzw. flexibler Zeiten, fester Bezugspersonen und wohnortnaher Angebote) ■ Einbindung von weiteren Dienstleistern neben den Pflegediensten (z. B. Reinigungsfirmen) ■ Existenz mehrerer Leistungserbringer, sodass eine Auswahl möglich ist <u>Verfügbarkeit von (passgenauen) Beratungsangeboten</u> ■ Neutrale bzw. unabhängige, qualifizierte bzw. qualitativ hochwertige, niedrigschwellige (d. h. örtlich und zeitlich gut erreichbare), individuelle (d. h. 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 ■ Begleitung bzw. Unterstützung der Betroffenen (z. B. bei Antragstellung, Begutachtung, Korrespondenz, Organisation und Abrechnung) ■ Qualitätsgesicherte Beratung (z. B. durch Nachschulungen und Fortbildungen) <u>Verfügbarkeit von (passgenauen) Informationsangeboten</u> ■ Niedrigschwellige und frühzeitige Information (z. B. durch Kommunen oder Anbieter) zu den Leistungen der Pflegeversicherung ■ Öffentlichkeitsarbeit (Print-Medien wie Broschüren, Veranstaltungen bzw. Vorträge), u. a. mit Hinweisen auf bestehende Beratungsangebote und Dienstleister; Verwendung einer einfachen Sprache (auch in Antragsformularen) ■ Verstärkte Information der Versicherten durch Pflegekassen zum Leistungsspektrum der Pflegeversicherung, zum Beratungsangebot der Pflegestützpunkte sowie zu speziell auf den Bedarf der pflegebedürftigen Person zugeschnittene Angebote (z. B. bei Demenz: wohnortnahe Pflegekurse, Betreuungsgruppe, Angebote für pflegende Angehörige) ■ Aktuelle Datenbanken und Listen der Anbieter (anerkannter) Angebote (inkl. Abfragemechanismus); Zusammenführung bestehender Informationsquellen <u>Einbindung von Hausärzten</u> ■ Beispielsweise Hinweis durch Hausarztpraxis auf Beratungsangebot der Pflegestützpunkte <u>Vereinfachung/Flexibilisierung des Leistungsrechts</u>

	▪ U. a. Zeitbudgets statt Leistungskomplexe <u>Entlastung/Stärkung des erforderlichen sozialen Umfelds</u> ▪ Information, Unterstützung und Schulung der Angehörigen <u>Geringere Kosten und höhere Kostentransparenz</u> ▪ Verbesserung der Finanzierbarkeit der Angebote ▪ Besserer Ausgleich bei pflegebedingter Arbeitszeitverkürzung ▪ Transparente Abrechnung der Leistungen
Compass (N=1)	<u>Verfügbarkeit von (passgenauen) Angeboten</u> ▪ Beispielsweise niedrigschwellige Angebote <u>Verfügbarkeit von (passgenauen) Beratungsangeboten</u> ▪ Individuelle, regelhaft zugehende und wiederholte Beratungsangebote

Quelle: Prognos 2019

Tabelle 34: Hinderliche Faktoren beim Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag

Online-Befragung, 1. und 3. Quartal 2018, 1. Quartal 2019

Befragte Akteure	Am häufigsten benannte hinderliche Faktoren
Pflegekassen/-verbände	
Ausgewählte Pflegekassen (N=10)	<u>Anerkennungsvoraussetzungen und -verfahren</u> - Hohe Anforderungen; können zum Ausschluss von Privatpersonen (z. B. Nachbarschaftshelfern) führen - Unterschiedliche Anerkennungsvoraussetzungen in den Bundesländern <u>Bürokratischer Aufwand</u> (bei der Leistungsabrechnung) <u>Kosten der Angebote</u> (übersteigen teilweise die hierfür vorgesehenen Leistungen) <u>Mangel an Ehrenamtlichen</u> <u>Unattraktive Refinanzierung für die Dienste</u>
Landesverbände der Pflegekassen (N=16)	<u>Anerkennungsvoraussetzungen und -verfahren</u> - Hohe Anforderungen (u. a. für Anbieter haushaltsnaher Dienstleistungen); z. B. Qualifizierungsmaßnahmen im Umfang von 180 Stunden (unrentabel für Unternehmen); Mangel an Schulungsanbietern bzw. an fachlicher Begleitung und Anleitung durch eine Fachkraft <u>Bürokratischer Aufwand</u> - Im Abrechnungsverfahren für Leistungserbringer und Pflegekassen <u>Mangel an Ehrenamtlichen</u> - Ausstieg von Ehrenamtlichen da Entschädigungssystem für Freiwillige vom Leistungsbezug auf Pauschale umgestellt wurde <u>Unzureichende Information und Unterstützung der (potenziellen) Anbieter</u> - Unzureichende Information über die Anerkennungsvoraussetzungen - Fehlen einer unterstützenden Stelle
PKV-Verband (N=1)	<u>Mangel an Ehrenamtlichen</u> <u>Unbekanntheit der Anerkennungsmöglichkeit</u>
Betroffenenverbände	
(Landes-)Verbände (N=6)	<u>Anerkennungsvoraussetzungen</u> Hohe Anforderungen (stellen insbesondere für ehrenamtlich getragene Angebote eine Hürde dar); Ausschluss von Privatpersonen <u>Bürokratischer Aufwand</u> <u>Erstattungsprinzip</u> <u>Mangel an personellen Kapazitäten seitens der Pflegedienste</u> <u>Unzureichende Information durch die Pflegekassen</u>
Beratungsinstitutionen	
Pflegestützpunkte (N=139)	<u>Anerkennungsvoraussetzungen und -verfahren</u> - Restriktive sowie komplexe bzw. intransparente Anerkennungsvoraussetzungen (u. a. in Baden-Württemberg, Brandenburg und Rheinland-Pfalz); u. a. zu hohe Qualitätsanforderungen (u. a. Schulung von Mitarbeitenden); damit verbunden Ausschluss von Einzelpersonen/privaten Initiativen - Fehlende Qualifizierungsangebote (z. B. seitens der Kassen für ehrenamtliche Helfer) - Unterschiedliche Anerkennungsvoraussetzungen in den Bundesländern - Uneinheitliche und teilweise langwierige Anerkennungsverfahren der Kassen - Häufige und grundlegende Änderungen der Anerkennungsvoraussetzungen <u>Bürokratischer Aufwand</u> - Unverhältnismäßig hoher bürokratischer Aufwand (insbesondere bei der Abrechnung) <u>Kosten für Betroffene, Intransparenz der Abrechnung und Erstattungsprinzip</u> - Stundensätze der Anbieter stehen nicht im Verhältnis zum Entlastungsbetrag - Intransparenz der Abrechnung; Unverständnis der unterschiedlichen Angebotspreise und Abrechnungsmodalitäten seitens der Betroffenen und resultierende Überforderung - Erstattungsprinzip; Kostenerstattung dauert mitunter Monate (Schleswig-Holstein) <u>Mangel an personellen Kapazitäten und/oder Angeboten</u> - Mangel an Angeboten, im ländlichen Raum auch aufgrund langer Anfahrtswege; zu wenig Begleit- und Fahrdienstangebote (bei Letzteren gibt es für Anbieter zu viele versicherungsrechtliche Hürden) - Fehlende personelle Kapazitäten sowohl bei Pflegediensten als auch Ehrenamtlichen <u>Unbekanntheit der Anerkennungsmöglichkeit/Mangel an Informations- und Beratungsangeboten</u> - Unbekanntheit der Anerkennungsmöglichkeit - Mangel an Informations- und Beratungsangeboten für potenzielle Anbieter <u>Unattraktive Vergütung für professionelle Dienstleister</u>
Compass (N=1)	<u>Bürokratischer Aufwand</u> <u>Erstattungsprinzip</u>

Quelle: Prognos 2019

Tabelle 35: Förderliche Faktoren beim Auf- und Ausbau von Angeboten zur Unterstützung im Alltag

Online-Befragung, 1. und 3. Quartal 2018, 1. Quartal 2019

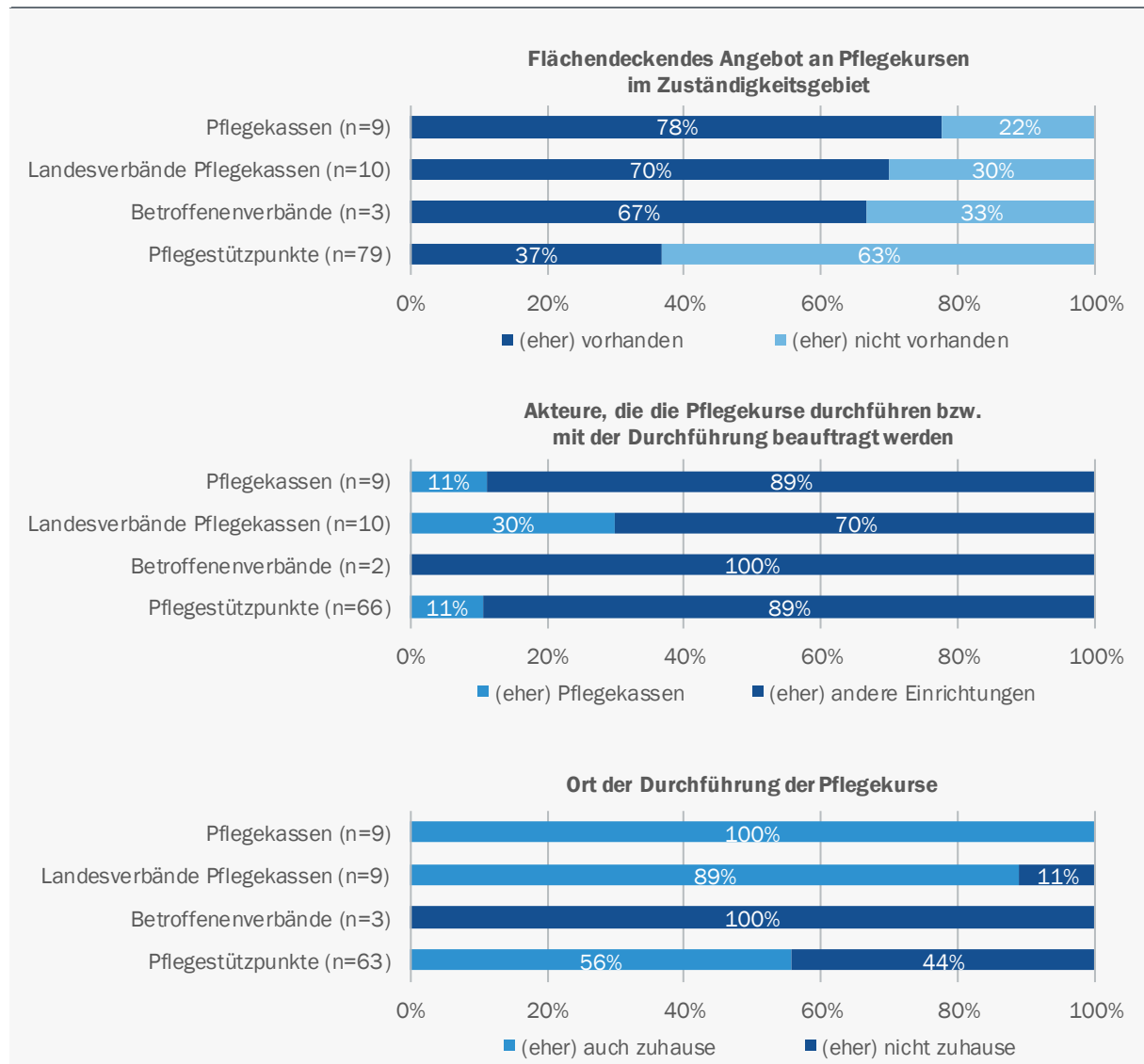
Befragte Akteure	Am häufigsten benannte förderliche Faktoren
Pflegekassenverbände	
Ausgewählte Pflegekassen (N=10)	<u>Anpassung von Anerkennungsvoraussetzungen und -verfahren</u> ▪ Weniger restriktive Anerkennungsvoraussetzungen, u. a. leichtere Anerkennung von Anbietern haushaltsnaher Dienstleistungen sowie von Privatpersonen; Anerkennungsmöglichkeit für Nachbarschaftshelfer ▪ Einfachere, transparentere und bundesweit einheitliche Anerkennungsvoraussetzungen ▪ Schnelleres Arbeiten von Ländern und Kommunen <u>Reduzierung des bürokratischen Aufwands</u> ▪ Abbau von Nachweispflichten und sinnlosen Prüfschritten der Verwaltung <u>Bekanntmachung der Angebote</u> ▪ Durch verbesserte Veröffentlichung bzw. Vermarktung der Angebote durch Länder, Pflegekassen, Pflegestützpunkte etc., bspw. im Internet (keine Excel-Listen) <u>Anpassung der Vergütungsregelungen</u> ▪ Bundesweit einheitliche Vergütungsgrundsätze
Landesverbände der Pflegekassen (N=16)	<u>Anpassung von Anerkennungsvoraussetzungen und -verfahren</u> ▪ Weniger restriktive Anerkennungsvoraussetzungen (z. B. Reduzierung der Qualifikationsstunden); insbesondere bei Anbietern haushaltsnaher Dienstleistungen ▪ Klare, transparente und bundesweit einheitliche Anerkennungsvoraussetzungen ▪ Vereinfachtes Anerkennungsverfahren <u>Information (potenzieller) Anbieter</u> ▪ Bereitstellung eines Leitfadens mit Ausfüllhinweisen und Erläuterungen für Antragsteller <u>Anpassung der Vergütungsregelungen</u> ▪ Vergütung (z. B. Pauschale für die individuellen Aufwendungen zur Erbringung der Leistung)
PKV-Verband (N=1)	<u>Verfügbarkeit von Ehrenamtlichen</u> <u>Ausreichende regionale Nachfrage</u>
Betroffenenverbände	
(Landes-)Verbände (N=6)	<u>Anpassung der Anerkennungsvoraussetzungen</u> ▪ Anerkennung von Privatpersonen bei haushaltsnahen Dienstleistungen (sofern keine Menschen mit Demenz unterstützt werden); möglicherweise: Kopplung von Angehörigen, Freunden, Nachbarn etc. an Helferkreise, Vereine, Dienste etc. ▪ Bundesweit einheitliche Anerkennungsvoraussetzungen <u>Reduzierung des bürokratischen Aufwands</u> <u>Bekanntmachung der Angebote</u> ▪ Mehr Transparenz und Aufklärung durch die Pflegekassen; u. a. Zustellung einer aktuellen Liste mit regionalen Anbietern bei Einstufung in einen Pflegegrad
Beratungsinstitutionen	
Pflegestützpunkte (N=139)	<u>Anpassung von Anerkennungsvoraussetzungen und -verfahren</u> ▪ Weniger restriktive und einfachere bzw. transparentere Anerkennungsvoraussetzungen, u. a. leichtere Anerkennung von Anbietern haushaltsnaher Dienstleistungen sowie von Privatpersonen ohne Anbindung an eine Struktur; abgestufte Anerkennungsvoraussetzungen für haupt- und ehrenamtliche Dienste oder für Anbieter von Entlastungs- und Betreuungsleistungen; daneben auch Bereitstellung von geforderten Kursen bzw. Qualifizierungs- und Fortbildungsangeboten ▪ Bundesweit einheitliche Anerkennungsvoraussetzungen ▪ Einfacheres und schnelleres Anerkennungsverfahren; förderlich wäre eine Bearbeitungszeit von unter einem Jahr; in Rheinland-Pfalz bspw. dauern Anerkennungsverfahren teilweise länger als ein Jahr; kasseneinheitliche Anerkennungsverfahren <u>Reduzierung des bürokratischen Aufwands</u> ▪ Entbürokratisierung des Abrechnungsverfahrens <u>Günstigere Angebote, transparenter Guthabenbestand, kein Erstattungsprinzip</u> ▪ Regelmäßige Information über den Entlastungsbetrag und nicht abgerufene diesbezügliche Ansprüche ▪ Auszahlung des Entlastungsbetrags an die Versicherten, sodass diese Privatpersonen direkt bezahlen können; dadurch würde zudem der Verfall der Leistung bei einem Mangel anerkannter Anbieter vor Ort vermieden <u>Bekanntmachung der Anerkennungsmöglichkeit und Information/Unterstützung (potenzieller) Anbieter</u> ▪ Bereitstellung von Informationen für (potenzielle) Anbieter (z. B. Handreichung) durch Anerkennungsstellen, daneben auch durch Kommunen; feste Ansprechperson für Interessierte, die über die Anerkennungsvoraussetzungen aufklärt und deren Erfüllung im Einzelfall prüft; Unterstützung (potenzieller) Anbieter im Anerkennungsverfahren

	▪ Anlaufstelle für betreuende Einzelpersonen (Ersatz für Supervision), die auch zu allen rechtlichen Aspekten Auskunft geben kann <u>Anpassung der Vergütungsregelungen</u> ▪ Geringfügige Aufwandsentschädigung für Ehrenamtliche bspw. zur Deckung von Fahrtkosten ▪ Festschreibung von Betreuungssätzen für Sozialstationen und Pflegedienste ▪
Compass (N=1)	Reduzierung des bürokratischen Aufwands

Quelle: Prognos 2019

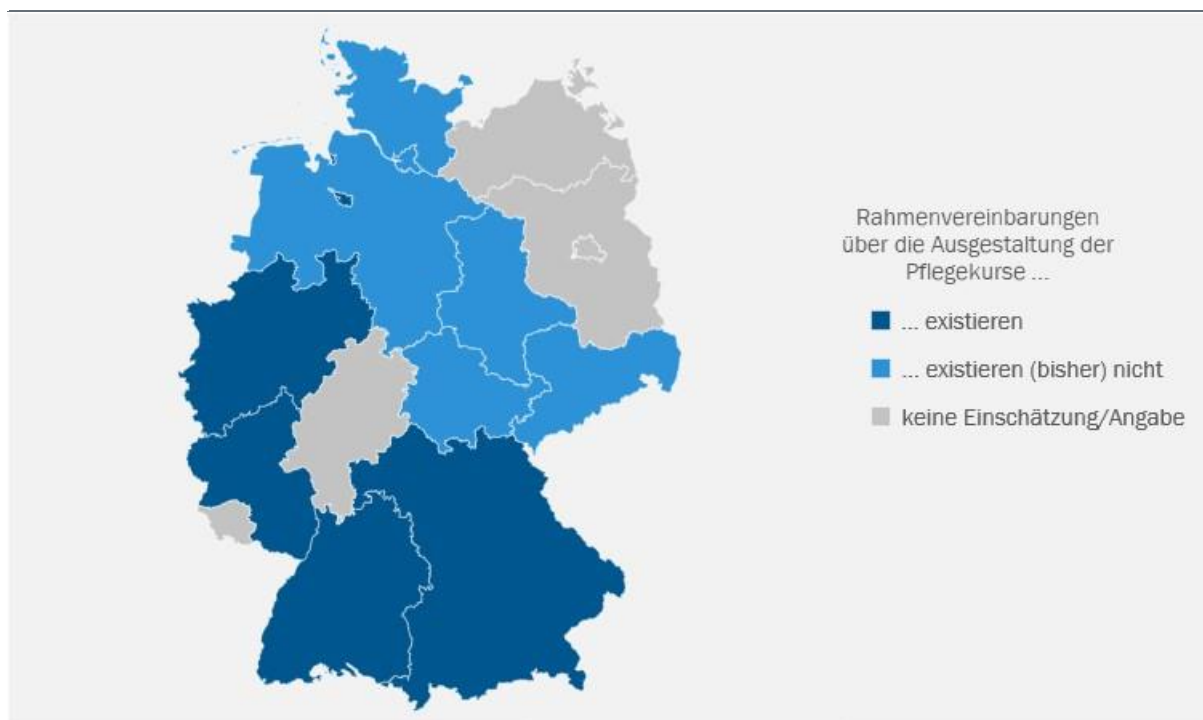
2.6 Entwicklung der Pflegekurse nach § 45 SGB XI

Abbildung 2: Einschätzungen zur Verbreitung und Umsetzung der Pflegekurse
Online-Befragung, 1. Quartal 2019



Quelle: Prognos 2019

Abbildung 3: Rahmenvereinbarungen über die Ausgestaltung der Pflegekurse
Online-Befragung der Landesverbände der Pflegekassen, 1. Quartal 2019



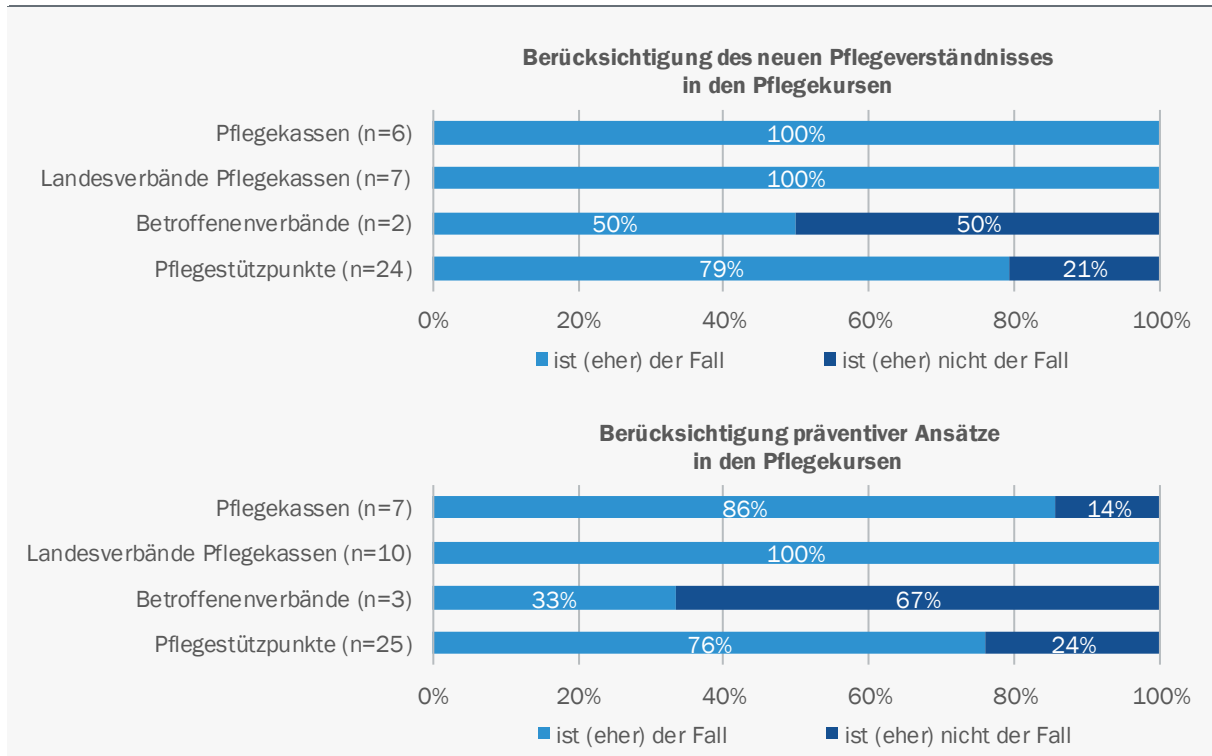
Quelle: Prognos 2019

Tabelle 36: Inhalte der zu Pflegekursen geschlossenen Rahmenvereinbarungen
Online-Befragung der Landesverbände der Pflegekassen, 1. Quartal 2019

Bundesland	Inhalte der geschlossenen Rahmenvereinbarungen
Baden-Württemberg	Vereinbarung über Spezialpflegekurse "Alltagsgestalterin Demenz"; Rahmenvereinbarung über die Durchführung von Pflegekursen für muslimische Migranten
Bayern	Rahmenvereinbarungen mit den Wohlfahrtsverbänden sowie mit den privaten Verbänden zu Pflegekursen und häuslichen Schulungen
Bremen	Schulungsbedarfe werden in modularer Form angeboten; somit sind Themenschwerpunkte wählbar; jährliche Neujustierung der Kursangebote; Koordination läuft über die Pflegekasse, die Organisation übernimmt der Pflegedienst
Nordrhein-Westfalen	keine Angabe
Rheinland-Pfalz	keine Angabe

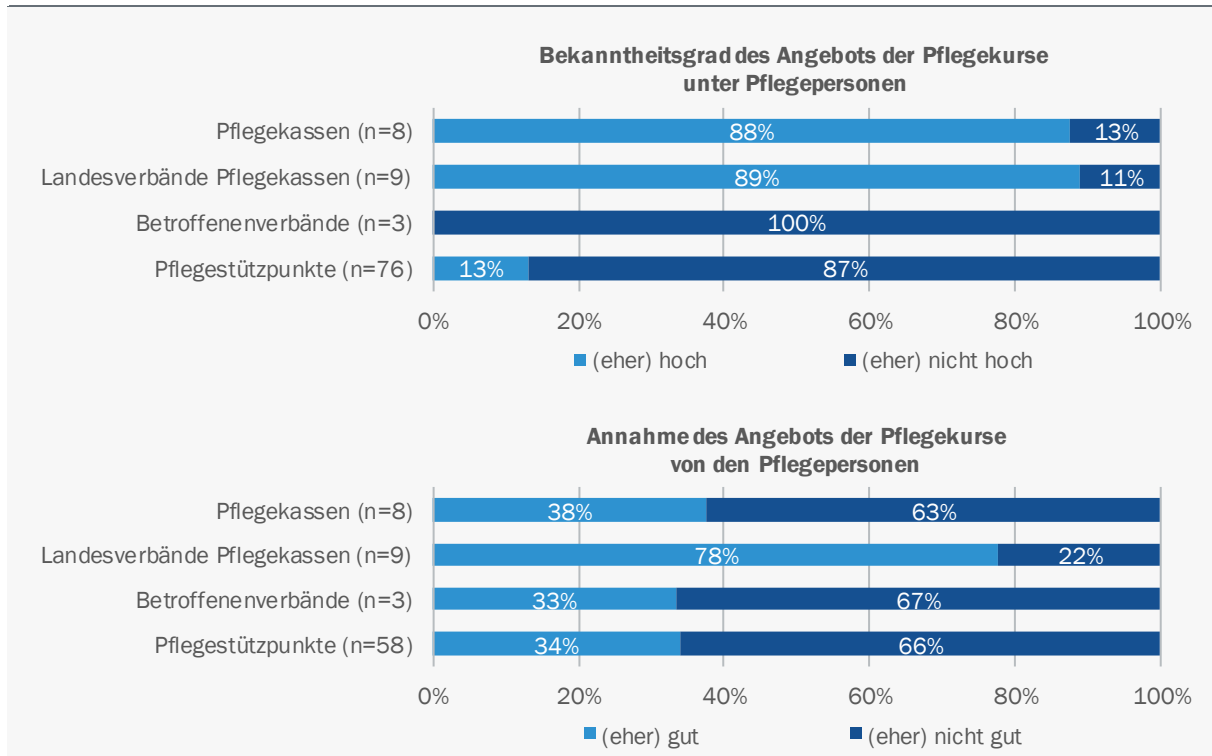
Quelle: Prognos 2019

Abbildung 4: Einschätzungen zur konzeptionellen Gestaltung der Pflegekurse
Online-Befragung, 1. Quartal 2019



Quelle: Prognos 2019

Abbildung 5: Einschätzungen zur Bekanntheit und Annahme der Pflegekurse
Online-Befragung, 1. Quartal 2019



Quelle: Prognos 2019

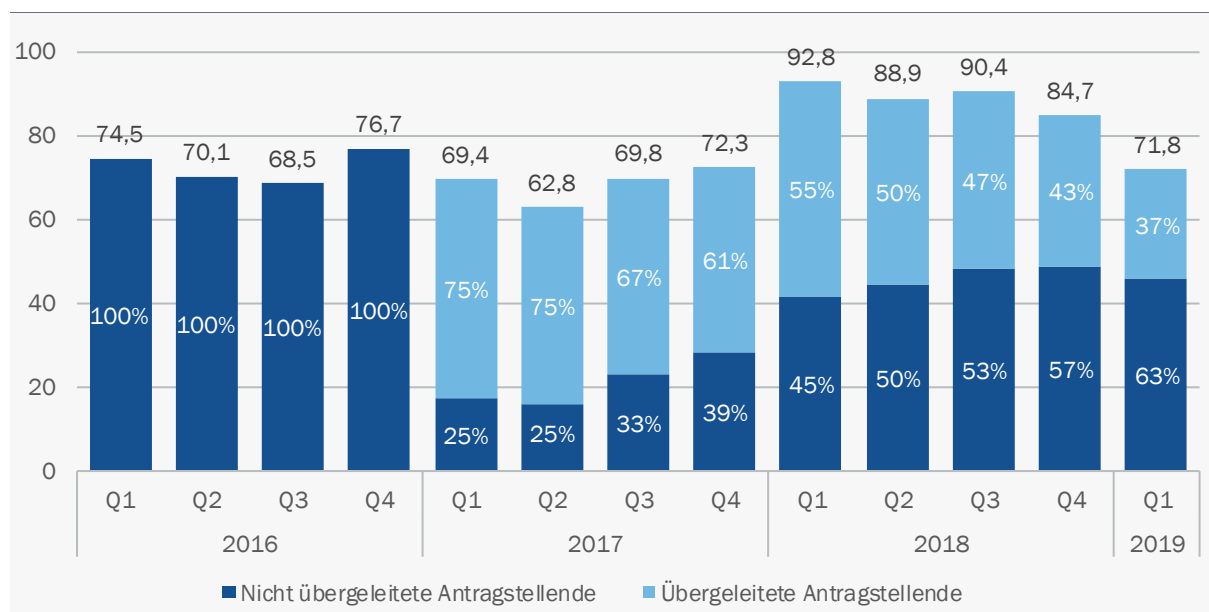
3 Anhang zu Berichtskapitel 3.3: Leistungsentscheidungsverfahren und Leistungsentscheidungen

3.1 Antragseingänge: Höherstufungsanträge von übergeleiteten Versicherten

3.1.1 Anzahl und Ergebnisse der Höherstufungsanträge bzw. -aufträge differenziert nach nicht übergeleiteten und übergeleiteten Antragsstellenden²⁰

Daten einzelner AOKs

Abbildung 6: Anzahl der Höherstufungsaufträge zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei sieben von elf AOKs (in 1.000) und Anteile nicht übergeleitete und übergeleitete Versicherte (in %)
1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019

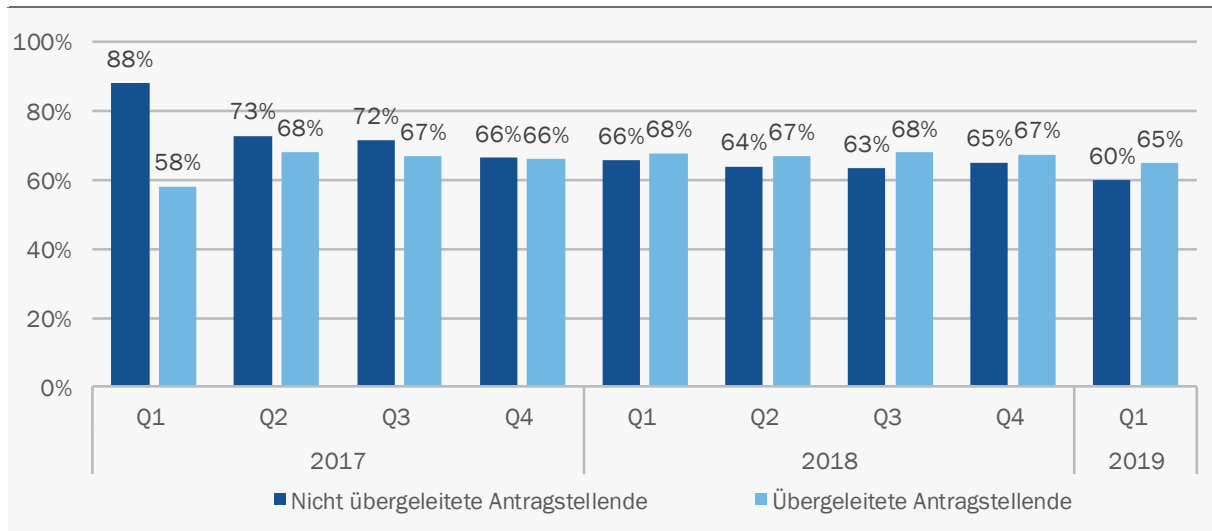


Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung der AOK Baden-Württemberg, AOK Bayern, AOK Hessen, AOK Nordost, AOK Nordwest, AOK Rheinland/Hamburg, und AOK Sachsen-Anhalt

²⁰ Medicproof unterscheidet bei den Ergebnissen der Höherstufungsaufträge zwischen „Höherstufung abgelehnt“, „festgestellter Pflegegrad bestätigt“ und „höherer Pflegegrad bestätigt“. Die letzte Kategorie entspricht der Kategorie „genehmigt“ der AOKs, die lediglich Daten zur Kategorie „Höherstufung abgelehnt“ übermittelt haben, die jedoch der Größenordnung der Daten zufolge auch die Kategorie „festgestellter Pflegegrad bestätigt“ enthält.

Abbildung 7: Bewilligungsquote der Höherstufungsbegutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei drei von elf AOKs differenziert nach nicht übergeleiteten und bei übergeleiteten Versicherten (in %)

1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019

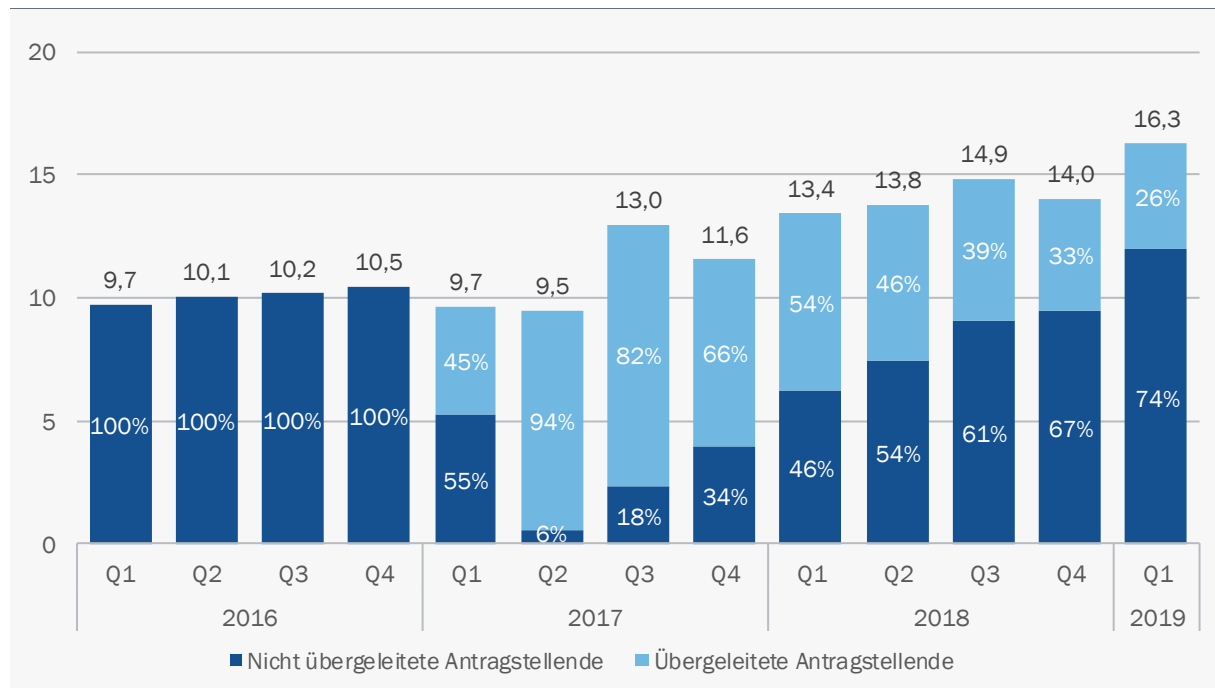


Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung der AOK Baden-Württemberg, AOK Nordwest und AOK Rheinland/Hamburg

Daten Medicproof

Abbildung 8: Anzahl der Höherstufungsaufträge* zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Medicproof (in 1.000) und Anteil nicht übergeleitete und übergeleitete Versicherte (in %)

1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019

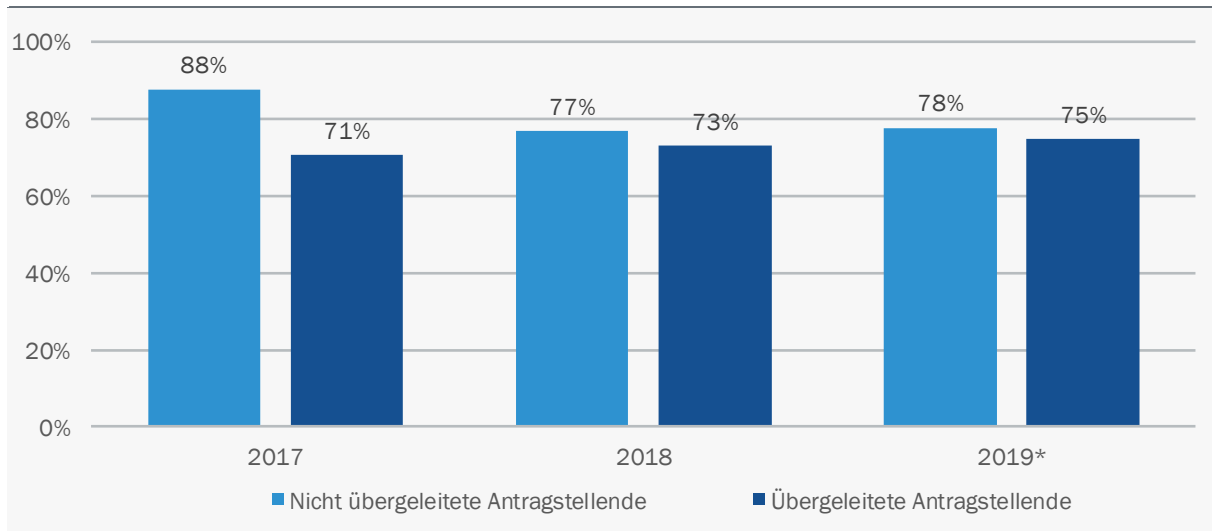


* Auch im Jahr 2016 sind nur Gutachten nach Änderungsantrag enthalten. Nicht berücksichtigt sind Antragssteller, die vorher abgewiesen wurden.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung von Medicproof

Abbildung 9: Bewilligungsquote der Höherstufungsbegutachtungen* zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei Medicproof differenziert nach nicht übergeleiteten und übergeleiteten Antragstellenden (in %)

2017, 2018 und 2019**



* Auch im Jahr 2016 sind nur Gutachten nach Änderungsantrag enthalten. Nicht berücksichtigt sind Antragssteller, die vorher abgewiesen wurden.

** Für das Jahr 2019 liegen lediglich Daten für das erste Quartal vor.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung von Medicproof

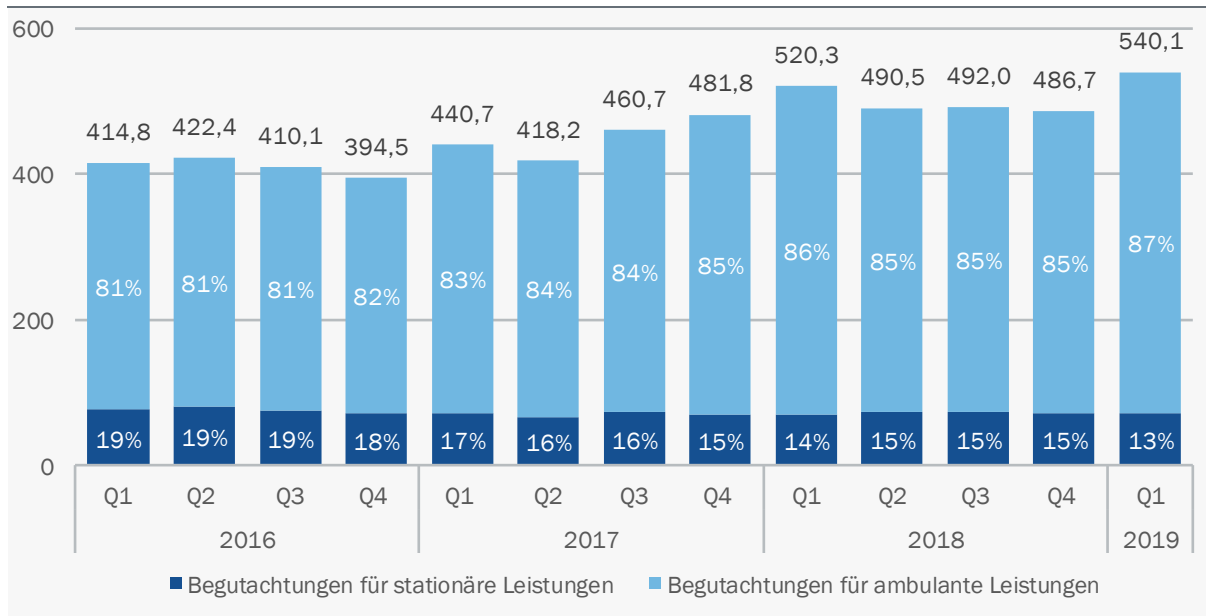
3.2 Begutachtungen, Begutachtungsergebnisse und Laufzeiten der Begutachtungsverfahren bei den MDK (Bundesebene)

3.2.1 Begutachtungen

Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit

Abbildung 10: Anzahl der durchgeführten Begutachtungen* zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit für ambulante und stationäre Leistungen bei den MDK (in 1.000) und jeweiliger Anteil der Versorgungsbereiche im alten und neuen System (in %)

1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019



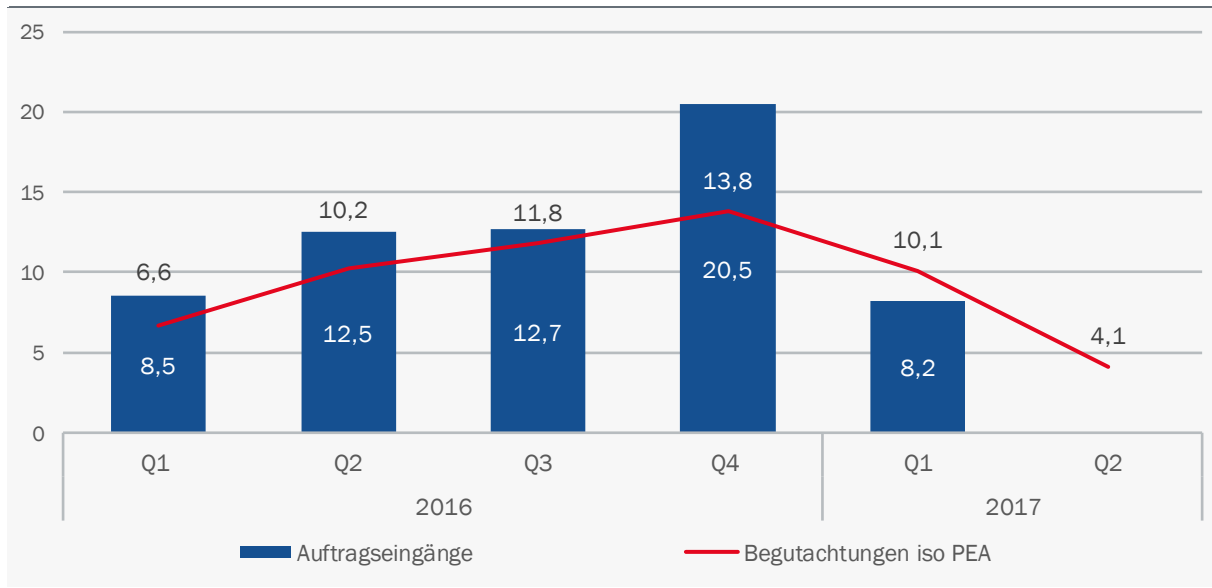
* Alle Begutachtungen nach 6.1.1 (Gutachten nach Hausbesuch) und 6.1.2 (Gutachten nach Aktenlage) der Bri.

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

Begutachtungen zur isolierten Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz

Abbildung 11: Anzahl der Auftragseingänge und Anzahl der durchgeführten Begutachtungen zur isolierten Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz bei den MDK (jeweils in 1.000)

1. Quartal 2016 bis 2. Quartal 2017*

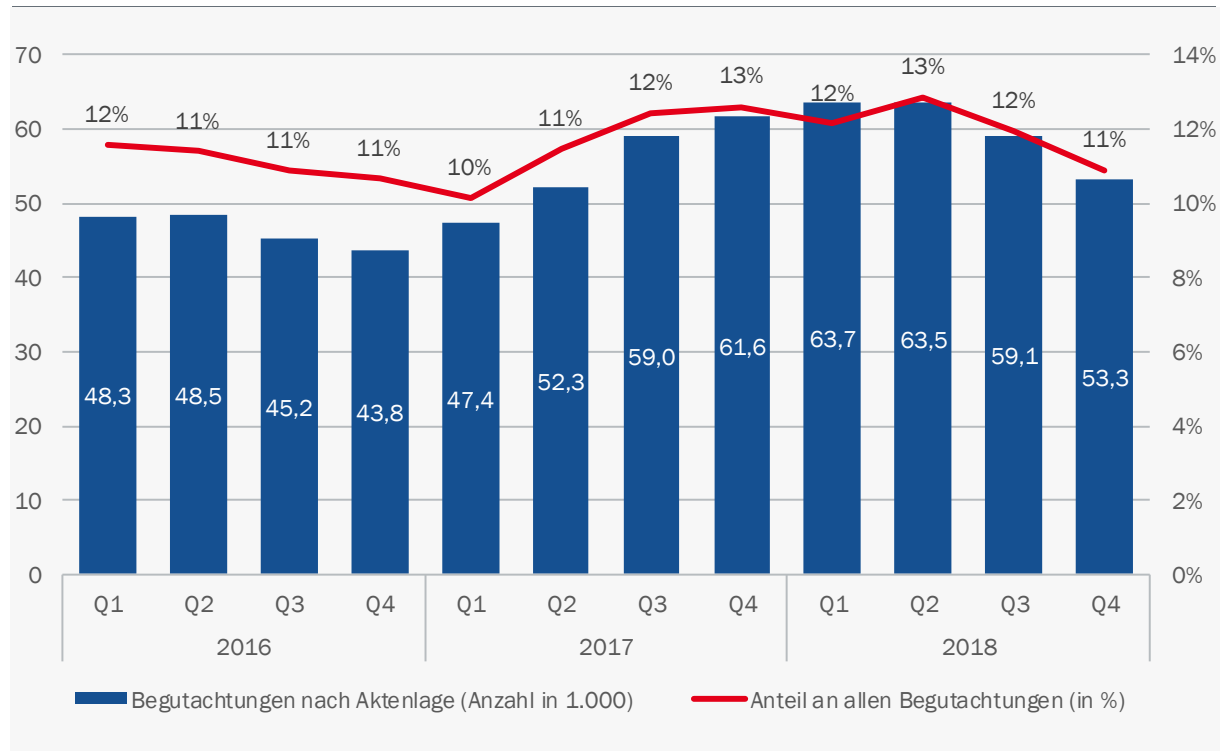


* Im dritten und vierten Quartal sind nur noch jeweils rund 300 Begutachtungen zur isolierten Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz durchgeführt worden.

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

Begutachtungen nach Aktenlage

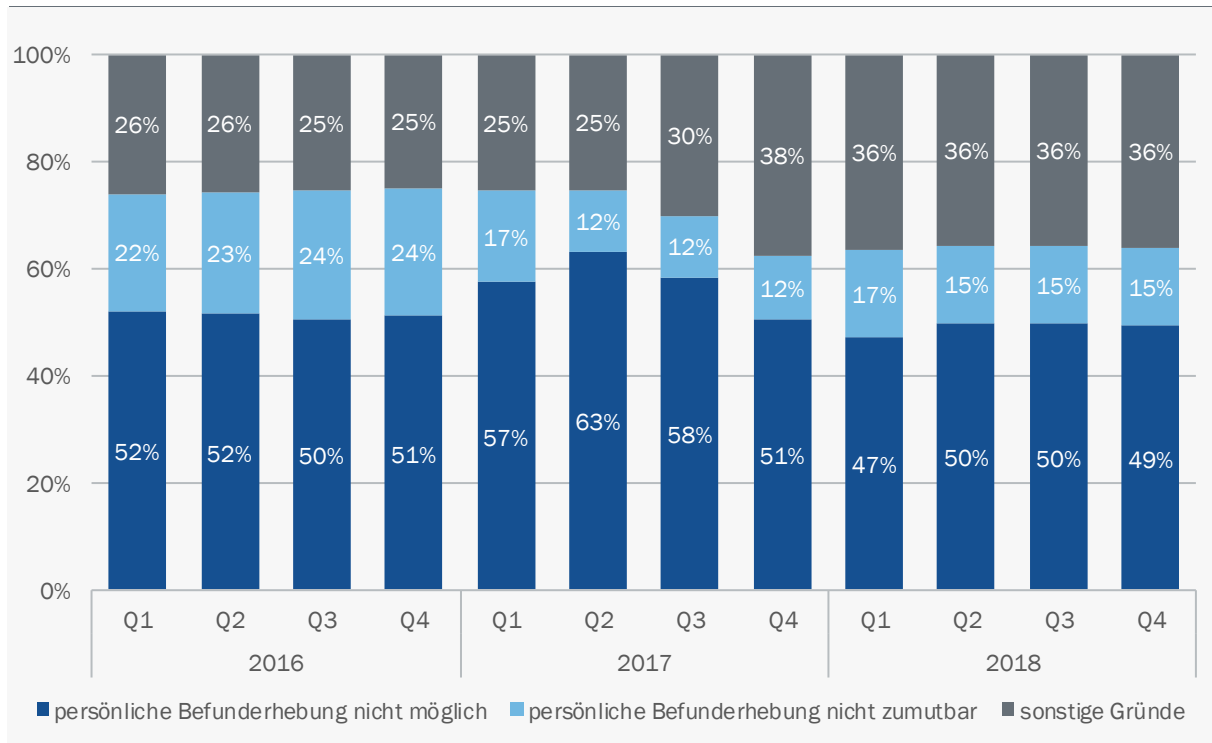
Abbildung 12: Anzahl der Begutachtungen nach Aktenlage bei den MDK (linke Achse, in 1.000) und Anteil an Begutachtungen insgesamt* (rechte Achse, in %), 1. Quartal 2016 bis 4. Quartal 2018



* 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

Abbildung 13: Anteil der möglichen Gründe für Begutachtungen nach Aktenlage an allen Begutachtungen nach Aktenlage (in %)
1. Quartal 2016 bis 4. Quartal 2018



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

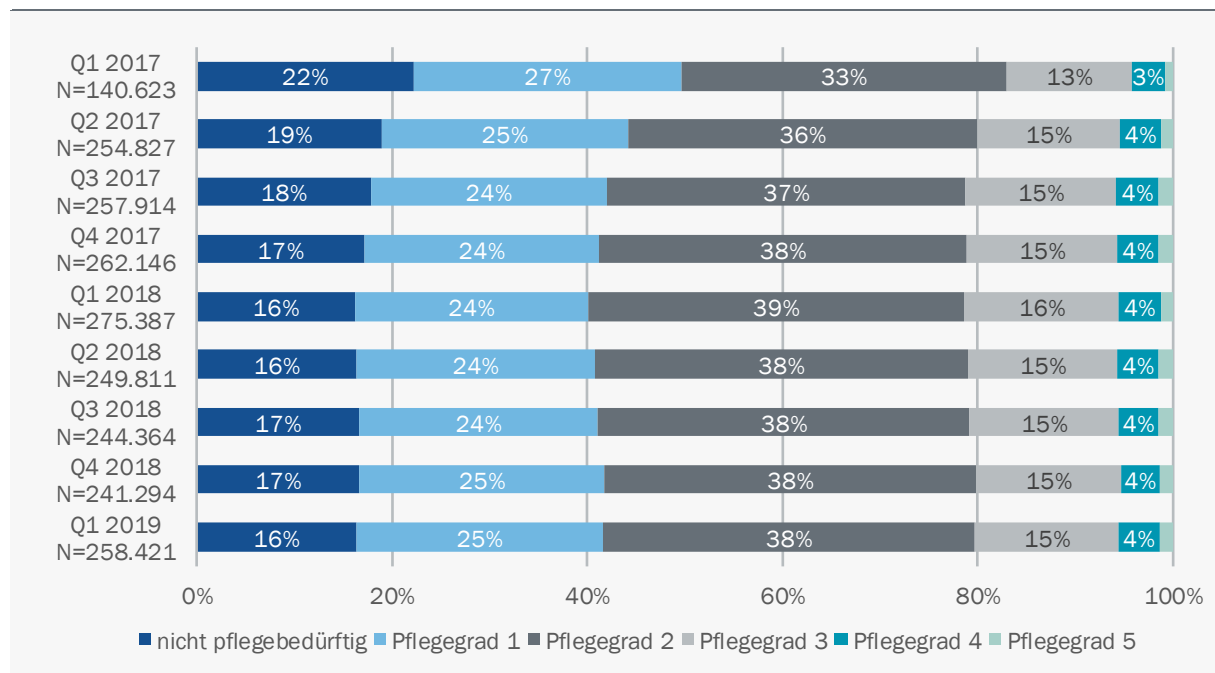
3.2.2 Begutachtungsergebnisse

Ergebnisse der Erstbegutachtungen (nur neues Begutachtungsverfahren)

Ergebnisse für ambulante und stationäre Erstbegutachtungen (nach Pflegegraden)

Abbildung 14: Ergebnisse der Erstbegutachtungen der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Rechtssystem für ambulante Leistungen (Einstufung in Pflegegrade in %)

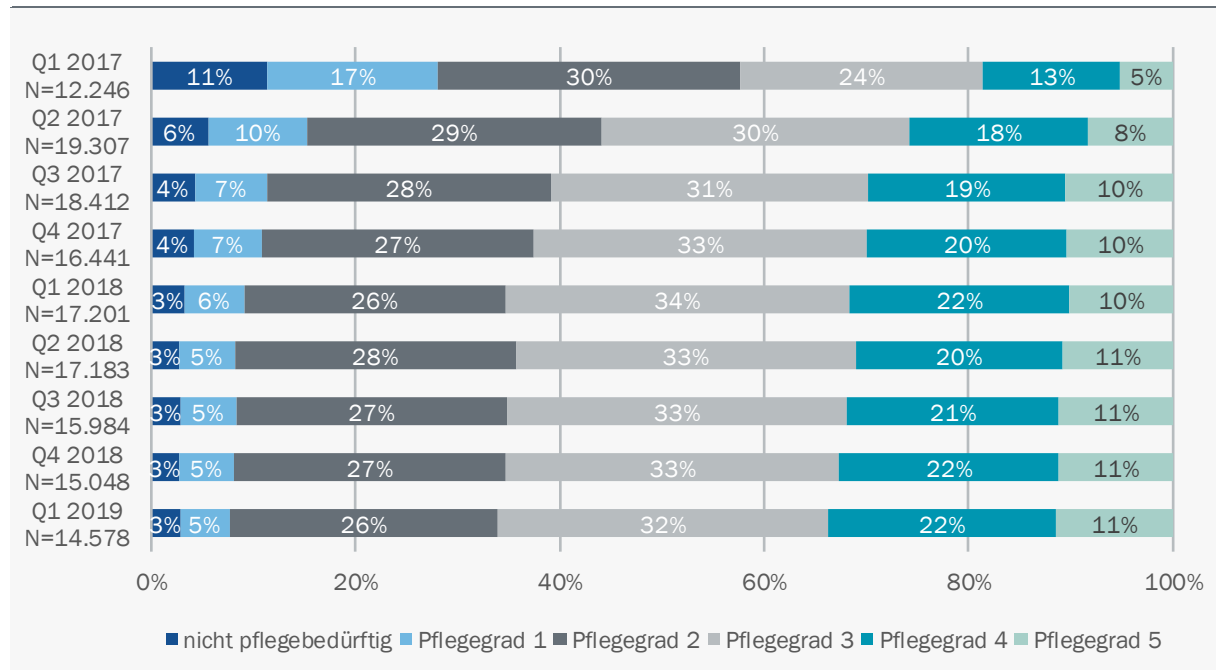
1. Quartal 2017 bis 1. Quartal 2019



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

Abbildung 15: Ergebnisse der Erstbegutachtungen der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Rechtssystem für stationäre Leistungen (Einstufung in Pflegegrade in %)

1. Quartal 2017 bis 1. Quartal 2019

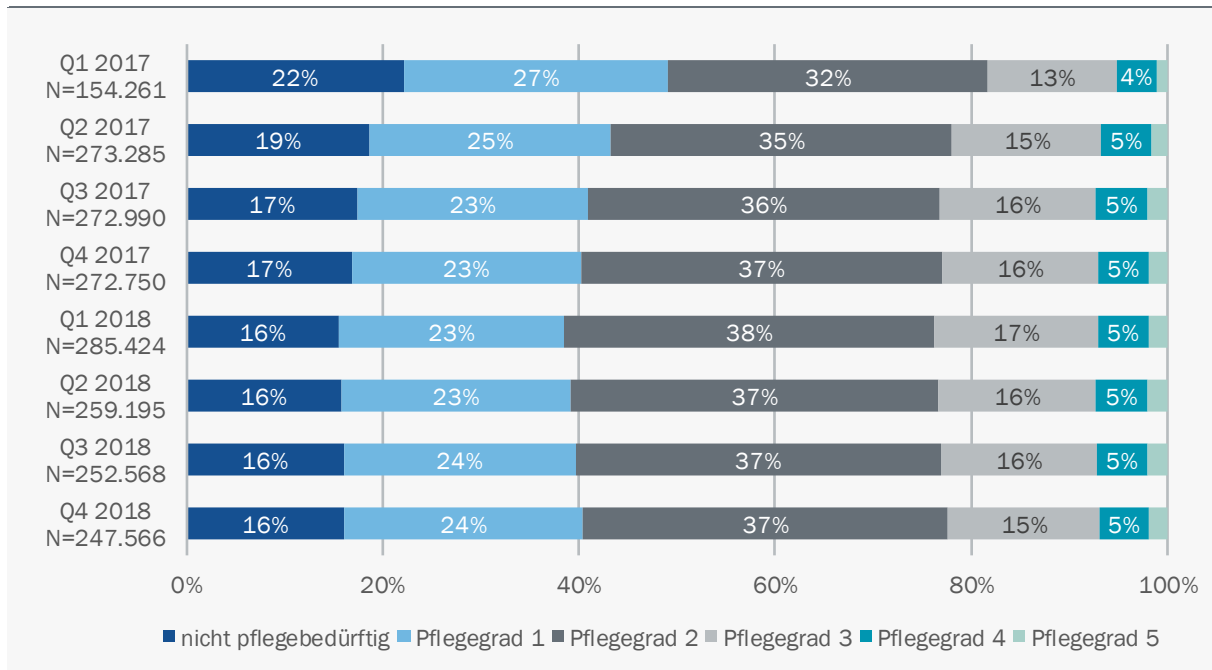


Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung des MDS

Ergebnisse der Erstbegutachtungen von Erwachsenen und Kindern unter 12 Jahren (nach Pflegegraden)

Abbildung 16: Ergebnisse der Erstbegutachtungen der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Rechtssystem (Einstufung in Pflegegrade in %) bei Erwachsenen

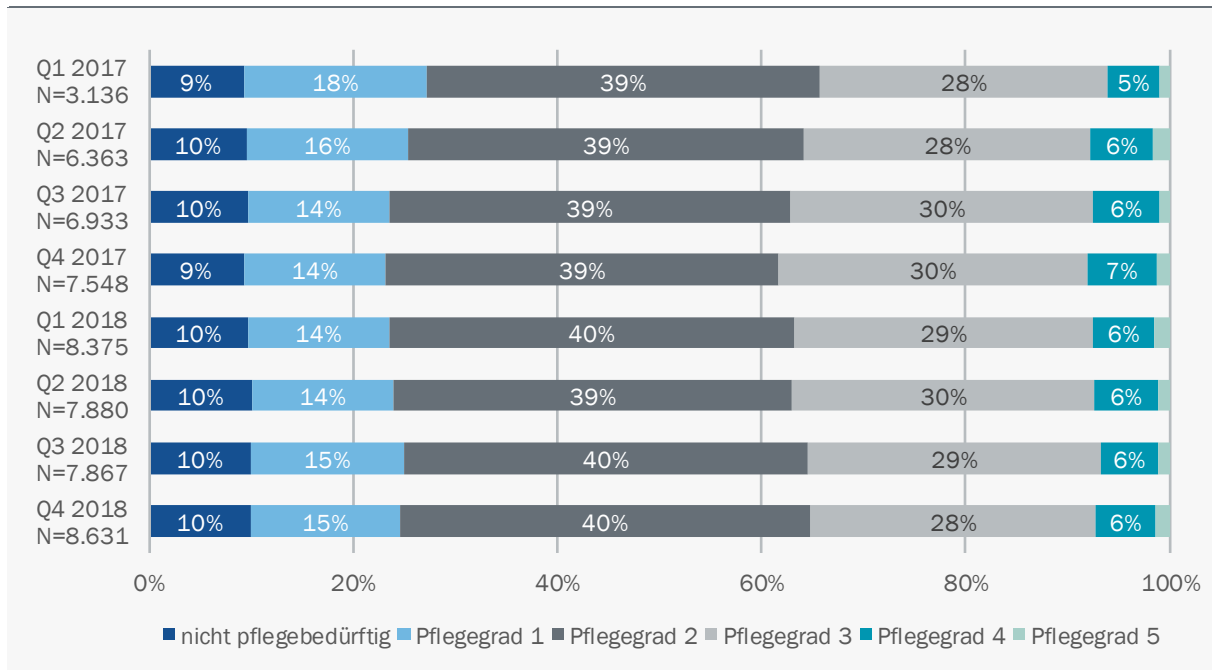
1. Quartal 2017 bis 4. Quartal 2018



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

Abbildung 17: Ergebnisse der Erstbegutachtungen der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Rechtssystem (Einstufung in Pflegegrade in %) bei Kindern unter 12 Jahren

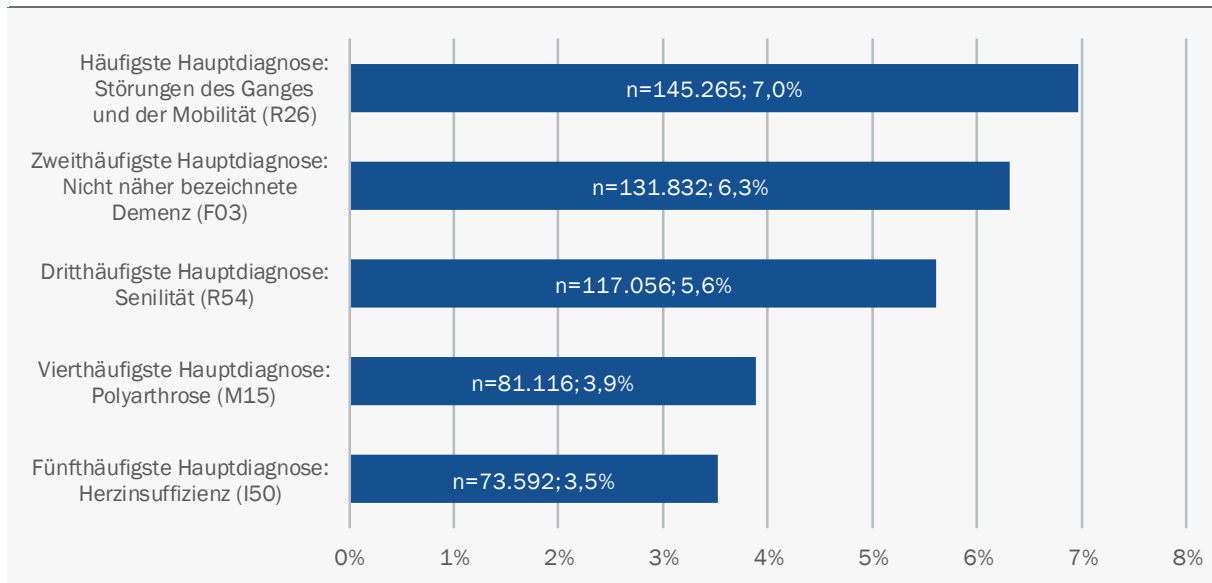
1. Quartal 2017 bis 1. Quartal 2019



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

Häufigste erste pflegebegründende Diagnosen (Hauptdiagnosen) in Erstbegutachtungen

Abbildung 18: Anteil der Nennungen der fünf am häufigsten angegebenen ersten pflegebegründenden Diagnosen (Hauptdiagnosen) in Erstbegutachtungen der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit an allen Erstbegutachtungen* nach dem neuen Begutachtungsverfahren (in %)
1. Quartal 2017 bis 4. Quartal 2018



* Im Jahr 2017 hat der MDS insgesamt 1.003.123 Erstbegutachtungen (inkl. §43a) durchgeführt, im Jahr 2018 waren es 1.084.365 Erstbegutachtungen. Für den gesamten Betrachtungszeitraum wurden entsprechend 2.087.488 Erstbegutachtungen zugrunde gelegt.

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

Tabelle 37: Häufigkeit der fünf häufigsten ersten pflegebegründenden Diagnosen* je Pflegegrad in Erstbegutachtungen der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Begutachtungsverfahren

1. Quartal 2017 bis 4. Quartal 2018

Pflege- grade	Quartale	ICD-Schlüssel der ... ersten pflegebegründenden Diagnose				
		häufigsten	zweithäufigsten	dritthäufigsten	vierthäufigste	fünfthäufigsten
Pflegegrad 1	Q1 2017	R26	R54	M15	J44	I50
	Q2 2017	R26	R54	M15	I50	J44
	Q3 2017	R26	R54	M15	I50	J44
	Q4 2017	R26	R54	M15	I50	J44
	Q1 2018	R26	R54	M15	I50	J44
	Q2 2018	R26	R54	M15	I50	J44
	Q3 2018	R26	R54	M15	I50	J44
	Q4 2018	R26	R54	M15	I50	J44
Pflegegrad 2	Q1 2017	R26	R54	F03	M15	I50
	Q2 2017	R26	R54	F03	M15	I50
	Q3 2017	R26	R54	F03	M15	I50
	Q4 2017	R26	R54	F03	M15	I50
	Q1 2018	R54	R26	F03	M15	I50
	Q2 2018	R54	R26	F03	M15	I50
	Q3 2018	R54	R26	F03	M15	I50
	Q4 2018	R54	R26	F03	M15	I50

Pflegegrad 3	Q1 2017	F03	R26	R54	I50	C34
	Q2 2017	F03	R26	R54	I50	I63
	Q3 2017	F03	R26	R54	I50	I63
	Q4 2017	F03	R26	R54	I50	I63
	Q1 2018	F03	R54	R26	I50	C34
	Q2 2018	F03	R26	R54	I50	I63
	Q3 2018	F03	R26	R54	C34	I63
	Q4 2018	F03	R26	R54	C34	I63
Pflegegrad 4	Q1 2017	F03	C34	R26	I63	R54
	Q2 2017	F03	R26	C34	I63	I50
	Q3 2017	F03	C34	R26	I63	I50
	Q4 2017	F03	C34	R26	I63	C25
	Q1 2018	F03	C34	I63	R26	R54
	Q2 2018	F03	C34	I63	R26	I50
	Q3 2018	F03	C34	I63	C25	R26
	Q4 2018	F03	C34	I63	C25	R26
Pflegegrad 5	Q1 2017	F03	I63	C34	I69	R26
	Q2 2017	I63	F03	C34	R26	I69
	Q3 2017	I63	F03	C34	R26	I69
	Q4 2017	I63	C34	F03	C25	I69
	Q1 2018	I63	C34	F03	I69	C25
	Q2 2018	I63	C34	F03	I69	I61
	Q3 2018	I63	C34	F03	C25	I69
	Q4 2018	I63	C34	F03	C25	I69

* R26: Störungen des Ganges und der Mobilität; F03: Nicht näher bezeichnete Demenz; R54: Senilität; M15: Polyarthrose; I50: Herzinsuffizienz; I63: Hirninfarkt; C34: Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge; J44: Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit; I69: Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit; C25: Bösartige Neubildung des Pankreas

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

Tabelle 38: Ungewichtete Durchschnittspunktwerte in den Modulen*
Erstbegutachtungen der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (neues
Begutachtungsverfahren) nach den fünf häufigsten ersten pflegebegründenden
Diagnosen*

1. Quartal 2017 bis 4. Quartal 2018

Pflege- grade	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)
Häufigste erste pflege- begründende Diagnose (R26)	Q1 2017	2,5	1,8	0,7	8,8	1,1	2,1
	Q2 2017	2,6	2,1	0,8	9,4	1,2	2,5
	Q3 2017	2,7	2,1	0,7	9,5	1,2	2,6
	Q4 2017	2,7	2,1	0,7	9,5	1,2	2,6
	Q1 2018	2,9	2,0	0,6	9,3	1,1	2,6
	Q2 2018	2,8	2,0	0,6	9,0	1,1	2,6
	Q3 2018	2,8	2,0	0,5	8,8	1,1	2,5
	Q4 2018	2,9	1,9	0,5	8,8	1,1	2,5
Häufigste erste pflege- begründende Diagnose (F03)	Q1 2017	1,6	10,7	2,8	11,9	1,4	7,1
	Q2 2017	1,7	10,8	2,8	12,3	1,4	7,0
	Q3 2017	1,8	10,8	2,6	12,4	1,4	6,9
	Q4 2017	1,8	10,8	2,6	12,2	1,4	6,8
	Q1 2018	1,9	10,9	2,5	12,5	1,4	7,0
	Q2 2018	1,9	10,9	2,4	12,5	1,4	7,0
	Q3 2018	1,9	11,0	2,3	12,4	1,4	6,9
	Q4 2018	1,9	10,8	2,2	12,2	1,4	6,9

Häufigste erste pflegebegründende Diagnose (R54)	Q1 2017	2,0	2,1	0,4	8,7	1,0	2,3
	Q2 2017	2,1	2,2	0,5	8,9	1,0	2,4
	Q3 2017	2,2	2,3	0,4	8,9	1,0	2,5
	Q4 2017	2,2	2,4	0,4	8,9	1,0	2,6
	Q1 2018	2,4	2,6	0,4	9,5	1,0	2,8
	Q2 2018	2,3	2,5	0,3	9,1	1,0	2,6
	Q3 2018	2,3	2,6	0,3	9,0	1,0	2,6
	Q4 2018	2,3	2,5	0,3	8,8	0,9	2,6
Häufigste erste pflegebegründende Diagnose (M15)	Q1 2017	1,9	0,8	0,3	8,2	0,9	1,3
	Q2 2017	2,1	0,9	0,3	8,8	1,0	1,5
	Q3 2017	2,2	1,0	0,3	8,8	1,0	1,6
	Q4 2017	2,2	1,0	0,2	8,7	1,0	1,6
	Q1 2018	2,2	1,2	0,2	8,8	1,0	1,7
	Q2 2018	2,2	1,1	0,2	8,5	0,9	1,6
	Q3 2018	2,2	1,1	0,2	8,4	0,9	1,6
	Q4 2018	2,1	1,2	0,2	8,3	0,9	1,6
Häufigste erste pflegebegründende Diagnose (I50)	Q1 2017	2,3	1,3	0,5	8,7	1,2	2,0
	Q2 2017	2,4	1,5	0,5	9,1	1,2	2,1
	Q3 2017	2,4	1,5	0,4	9,0	1,1	2,2
	Q4 2017	2,5	1,6	0,4	9,0	1,1	2,3
	Q1 2018	2,6	1,7	0,4	9,2	1,1	2,3
	Q2 2018	2,5	1,6	0,3	8,9	1,1	2,2
	Q3 2018	2,4	1,6	0,3	8,6	1,1	2,2
	Q4 2018	2,5	1,6	0,3	8,7	1,1	2,2

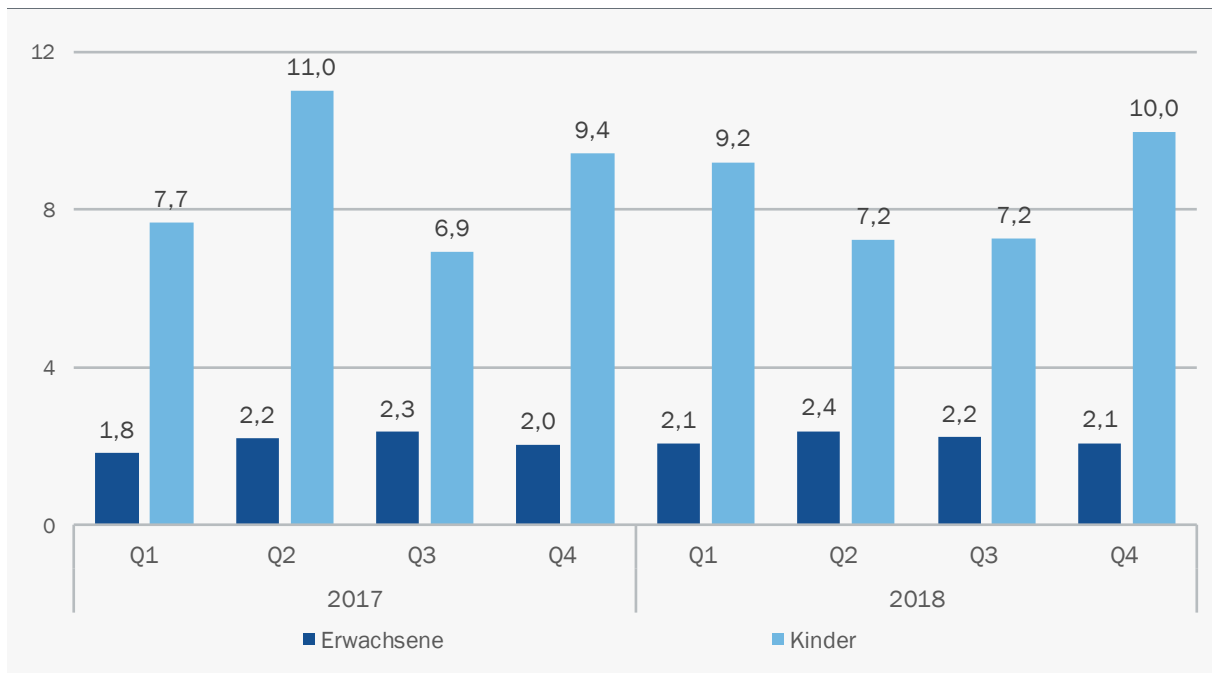
* Modul 1: Mobilität, Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Modul 4: Selbstversorgung, Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens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

** R26: Störungen des Ganges und der Mobilität; F03: Nicht näher bezeichnete Demenz; R54: Senilität; M15: Polyarthrose; I50: Herz-insuffizienz

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

Berücksichtigung besonderer Bedarfskonstellationen

Abbildung 19: Anzahl der Erstbegutachtungen der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei Erwachsenen und Kindern mit besonderen Bedarfskonstellationen gem. § 15 Abs. 4 SGB XI je 1.000 Erstbegutachtungen
1. Quartal 2017 bis 1. Quartal 2019



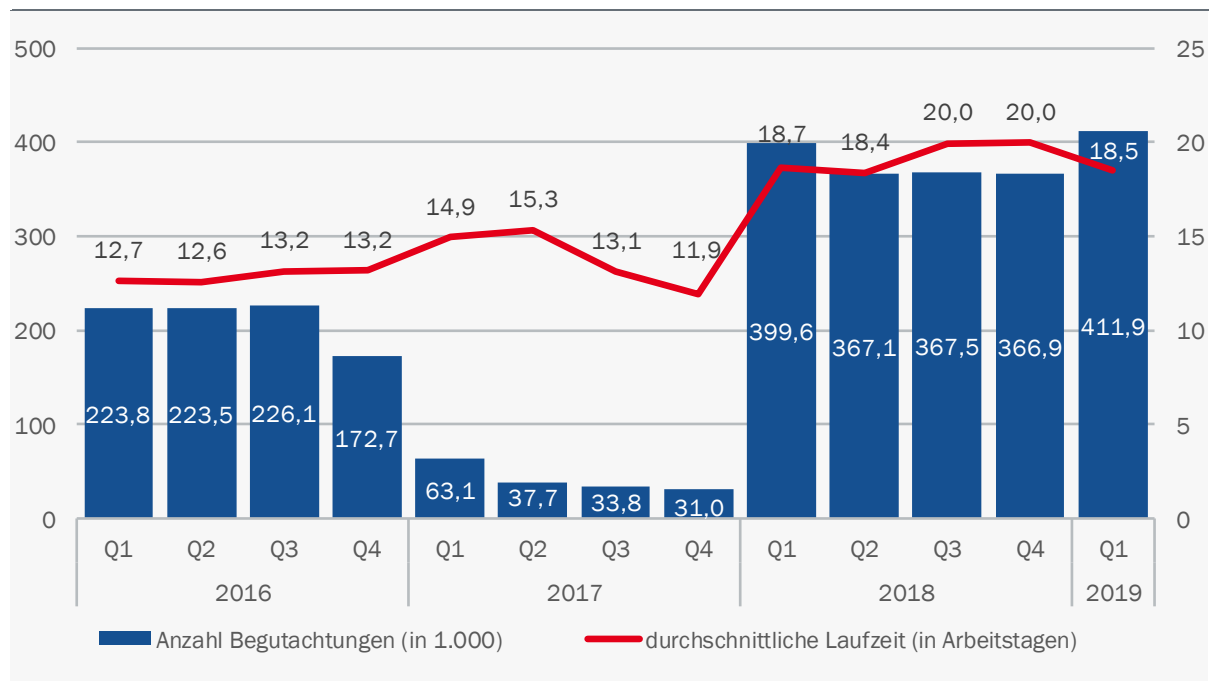
Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung des MDS

3.2.3 Laufzeiten der Begutachtungsverfahren

Fälle ohne Verzögerungen im Verfahren

Abbildung 20: Anzahl (linke Achse, in 1.000) und durchschnittliche Laufzeiten (rechte Achse, in Arbeitstagen) der Begutachtungen der MDK mit einer 25-Arbeitstage-Frist (insoweit war im Jahr 2017 ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf erforderlich)* – nur Begutachtungen ohne Verzögerungen im Verfahren

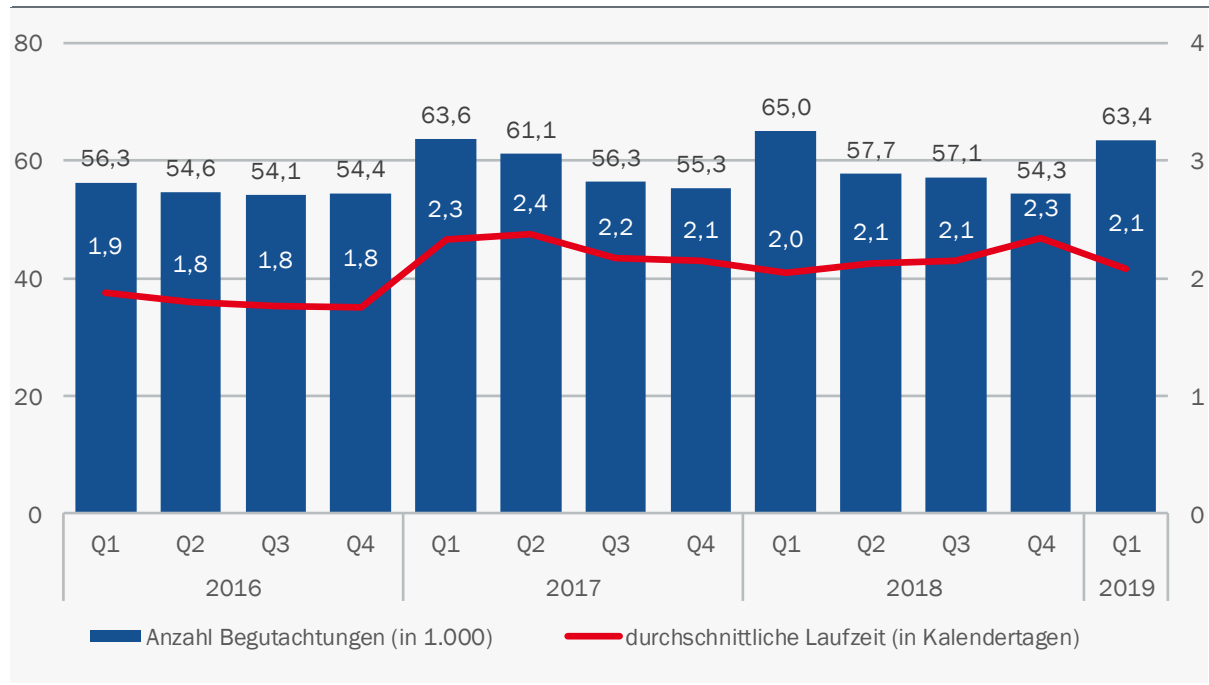
1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019



* Die 25-Arbeitstage-Frist war vom 01.11.2016 bis zum 31.12.2017 für Fälle ohne besonders dringlichen Entscheidungsbedarf unbeachtlich. Begutachtungen mit besonders dringlichem Entscheidungsbedarf wurden vom MDS nur im Jahr 2017 erhoben.

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

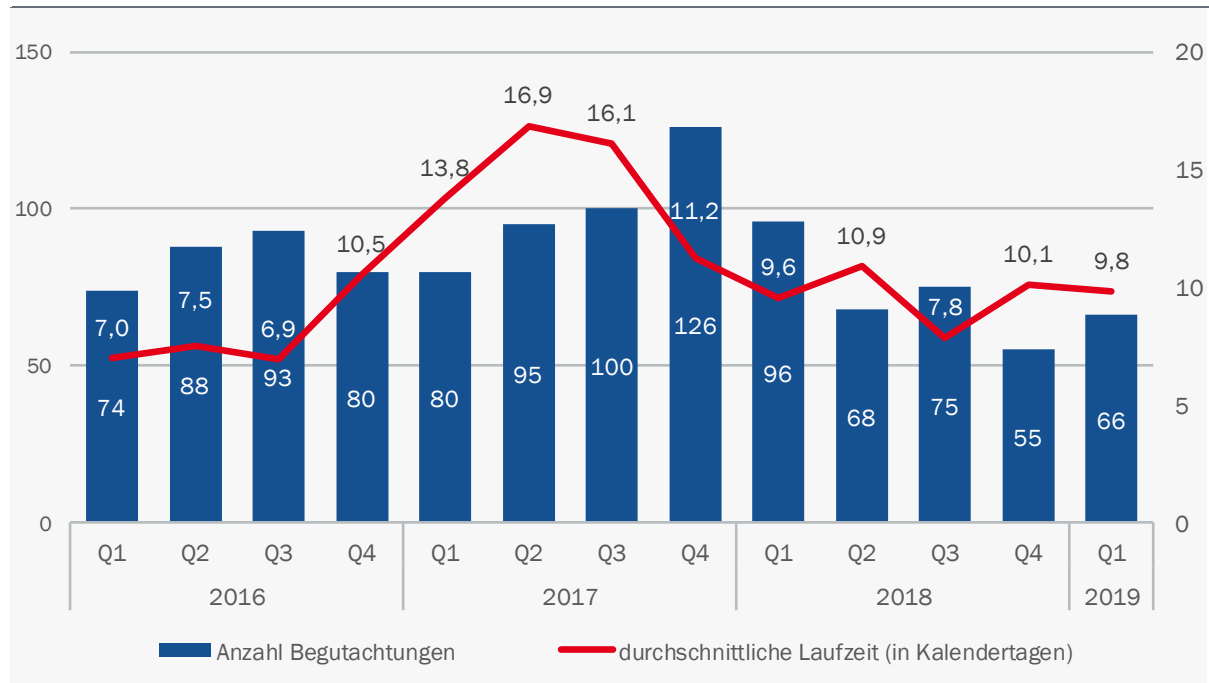
Abbildung 21: Anzahl (linke Achse, in 1.000) und durchschnittliche Laufzeiten (rechte Achse, in Kalendertagen) der Begutachtungen der MDK mit einer 1-Wochen-Frist – nur Begutachtungen ohne Verzögerungen im Verfahren
1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019



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

Abbildung 22: Anzahl (linke Achse) und durchschnittliche Laufzeiten (rechte Achse, in Kalendertagen) der Begutachtungen der MDK* mit einer 2-Wochen-Frist – nur Begutachtungen* ohne Verzögerungen im Verfahren

1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019



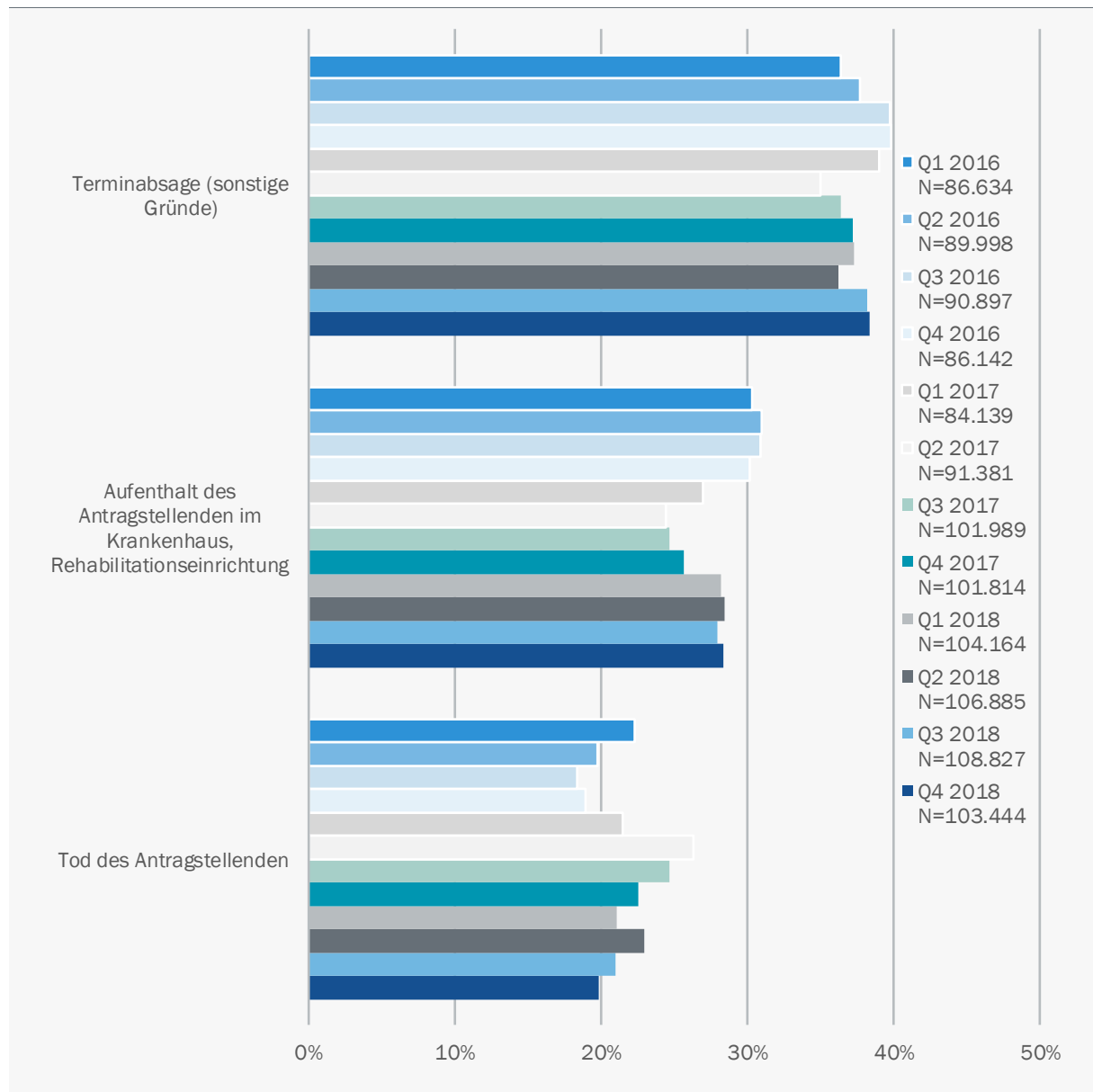
* Aus technischen Gründen enthalten die Daten ab dem Jahr 2017 keine Fälle des MDK Baden-Württemberg.

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

Fälle mit Verzögerungen im Verfahren

Abbildung 23: Gründe für Verzögerungen im Begutachtungsverfahren der Medicproof bei Regelbegutachtungen mit Verzögerungen (Anteil* an Regelbegutachtungen insgesamt in %)

1. Quartal 2017 bis 1. Quartal 2019

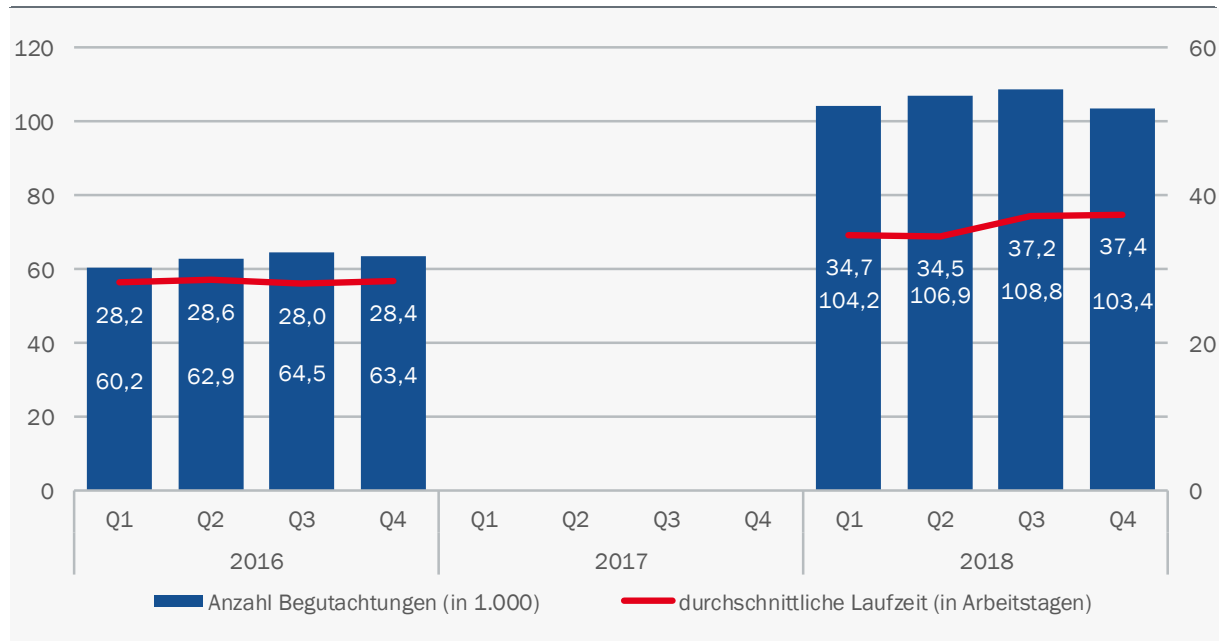


* Mehrfachnennungen je Gutachten möglich.

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

Abbildung 24: Anzahl (linke Achse, in 1.000) und durchschnittliche Laufzeiten (rechte Achse, in Arbeitstagen) der Begutachtungen der MDK mit einer 25-Arbeitstage-Frist (insoweit war im Jahr 2017 ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf erforderlich)* – nur Begutachtungen mit Verzögerungen im Verfahren

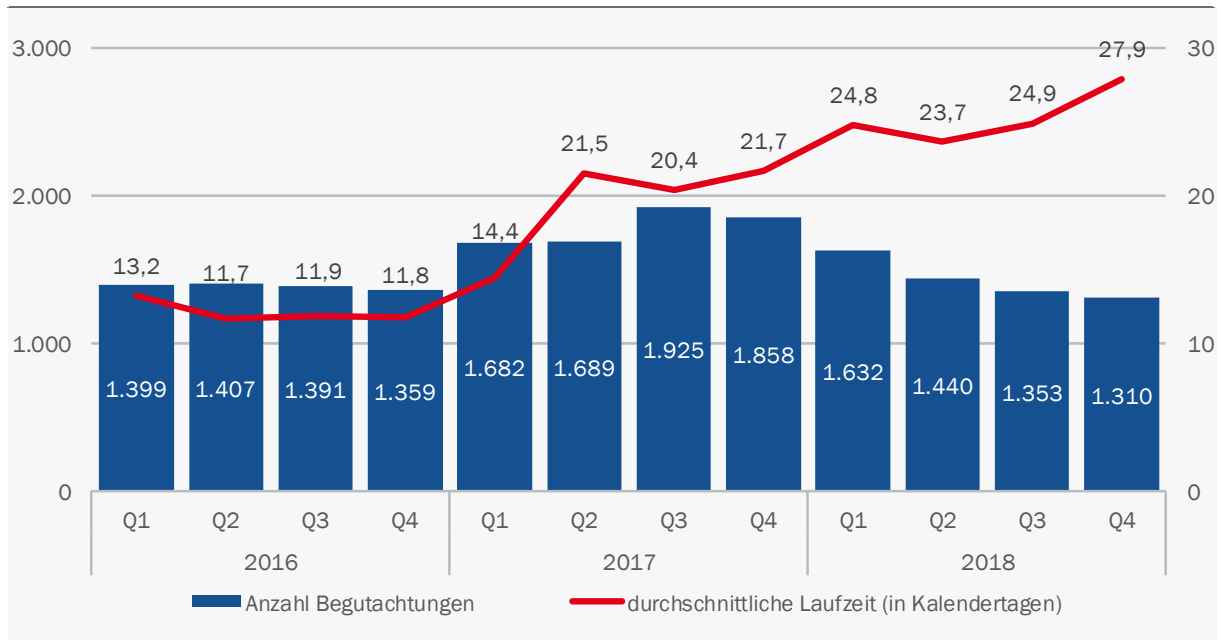
1. Quartal 2016 bis 4. Quartal 2018



* Es sind keine Daten zu den Laufzeiten der Begutachtungen mit einem besonders dringlichen Entscheidungsbedarf in den Einzeldaten des MDS erfasst worden. Daher liegen keine Daten für das Jahr 2017 vor.

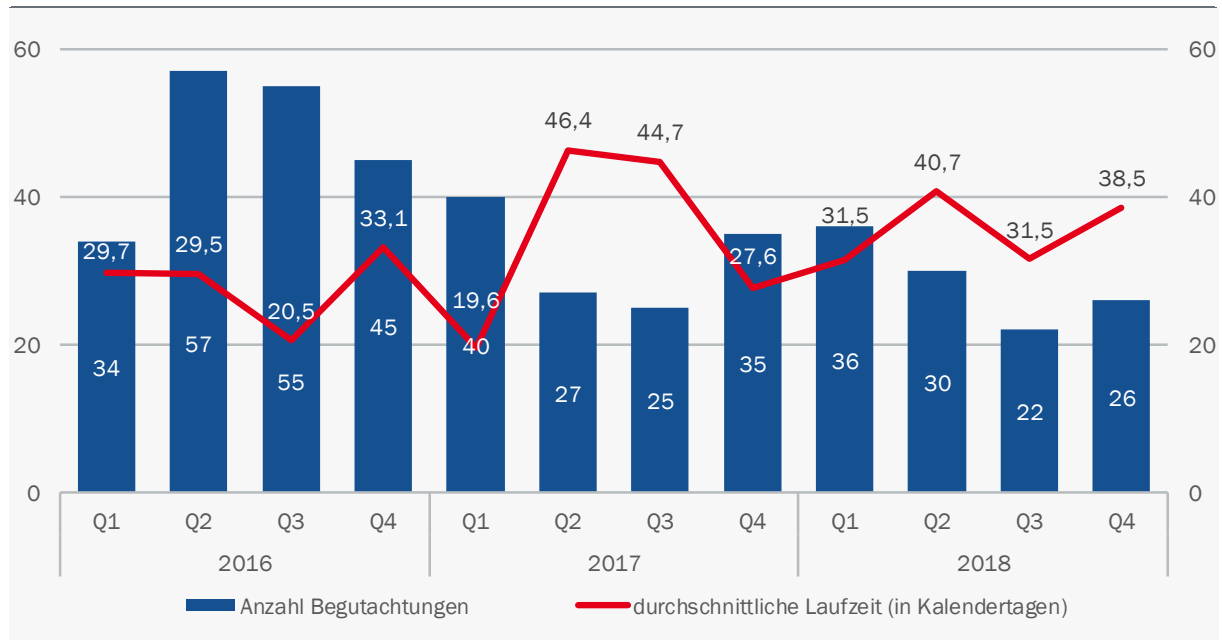
Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung des MDS

Abbildung 25: Anzahl (linke Achse) und durchschnittliche Laufzeiten (rechte Achse, in Kalendertagen) der Begutachtungen der MDK mit einer 1-Wochen-Frist – nur Begutachtungen mit Verzögerungen im Verfahren
1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019



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

Abbildung 26: Anzahl (linke Achse) und durchschnittliche Laufzeiten (rechte Achse, in Kalendertagen) der Begutachtungen* der MDK mit einer 2-Wochen-Frist – nur Begutachtungen mit Verzögerungen im Verfahren
1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019



* Aus technischen Gründen enthalten die Daten ab dem Jahr 2017 keine Fälle des MDK Baden-Württemberg.

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

3.3 Auftragseingänge, Begutachtungen, Begutachtungsergebnisse und Laufzeiten der Begutachtungsverfahren bei den MDK (Landesebene)

3.3.1 Auftragseingänge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit

Tabelle 39: Anzahl der Auftragseingänge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei den MDK
1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019

MDK auf Landes- ebene	Q1 2016	Q2 2016	Q3 2016	Q4 2016	Q1 2017	Q2 2017	Q3 2017	Q4 2017	Q1 2018	Q2 2018	Q3 2018	Q4 2018	Q1 2019
Baden-Württemberg	53.545	51.219	52.750	59.710	74.732	59.114	59.876	58.994	72.177	69.203	68.345	64.773	82.722
Bayern	69.319	68.568	66.282	75.844	98.936	71.679	74.116	70.714	86.465	76.681	77.925	76.942	91.651
Berlin-Brandenburg	39.741	39.322	36.540	41.619	51.807	42.883	43.116	42.755	50.722	47.556	46.121	45.554	56.632
Bremen	4.709	4.468	4.401	4.845	6.021	5.076	5.106	4.736	5.740	5.469	5.500	5.359	6.543
Hessen	43.954	43.092	43.230	45.901	53.040	43.440	46.560	43.898	54.239	48.104	51.792	49.517	59.585
Mecklenburg-Vorpom- mern	13.244	12.787	12.024	13.452	15.798	13.483	13.011	12.889	15.691	15.313	14.613	13.874	17.776
Niedersachsen	55.470	53.893	52.171	64.925	69.076	54.740	58.291	55.440	67.478	63.214	62.087	58.672	75.790
Nord	27.062	26.726	25.257	27.710	37.691	28.968	30.111	29.218	36.899	34.085	33.014	31.244	40.193
Nordrhein	55.158	58.687	53.581	61.750	73.371	60.361	62.968	58.468	73.492	67.384	68.052	65.308	81.872
Rheinland-Pfalz	25.675	24.924	24.571	27.065	33.261	24.112	25.509	24.348	32.942	30.661	30.649	29.350	35.427
Saarland	5.750	5.584	5.510	7.005	8.302	6.073	6.412	6.200	7.621	7.142	7.191	6.951	8.330
Sachsen	35.380	34.027	33.418	34.455	42.802	33.682	33.250	31.955	41.081	37.632	36.498	35.587	44.557
Sachsen-Anhalt	19.830	19.800	17.438	19.853	27.834	18.927	18.930	20.593	23.474	21.376	21.108	19.425	24.411
Thüringen	15.633	16.170	15.402	16.608	20.859	17.047	16.469	15.805	19.745	18.684	18.044	17.914	22.468
Westfalen-Lippe	56.931	55.125	53.056	65.278	75.069	57.134	59.829	55.296	74.707	68.259	68.224	65.445	84.424
Gesamt	520.848	510.481	493.832	564.543	687.953	535.235	551.694	529.464	662.473	610.763	609.163	585.915	732.381

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

3.3.2 Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit

Tabelle 40: Anzahl der durchgeführten Begutachtungen* zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei den MDK
1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019

MDK auf Landesebene	Q1 2016	Q2 2016	Q3 2016	Q4 2016	Q1 2017	Q2 2017	Q3 2017	Q4 2017	Q1 2018	Q2 2018	Q3 2018	Q4 2018	Q1 2019
Baden-Württemberg	48.230	50.459	47.905	51.623	54.372	50.762	50.772	52.616	66.519	57.735	56.837	54.810	60.263
Bayern	58.078	58.605	56.885	56.418	64.641	67.929	66.181	61.213	64.353	59.969	63.209	68.178	70.974
Berlin-Brandenburg	32.428	32.992	31.498	31.224	34.334	35.120	38.065	36.770	39.540	38.854	37.530	36.875	39.928
Bremen	3.696	3.603	3.688	3.276	4.132	4.096	4.495	4.282	4.217	4.149	4.213	4.399	4.999
Hessen	31.861	32.690	30.952	31.389	32.624	32.554	34.502	37.136	39.463	36.824	38.317	36.583	43.183
Mecklenburg-Vorpommern	11.127	11.209	10.407	10.984	11.532	11.622	12.222	12.457	12.326	12.365	12.830	12.087	13.954
Niedersachsen	43.886	45.321	43.885	41.712	55.671	49.649	46.519	50.299	51.231	50.591	49.979	49.241	57.491
Nord	20.542	21.532	20.557	20.121	20.611	20.239	23.845	29.971	27.216	25.173	23.538	22.787	25.626
Nordrhein	43.067	43.253	43.654	41.690	52.754	48.370	53.380	49.889	62.797	57.965	61.159	58.966	65.781
Rheinland-Pfalz	20.609	22.079	21.588	21.947	22.014	20.040	23.822	25.732	28.556	25.692	25.361	24.502	25.559
Saarland	4.808	5.586	5.151	5.684	5.183	4.782	5.631	7.305	7.165	6.205	5.939	6.160	6.674
Sachsen	26.778	27.483	26.960	27.126	25.889	29.219	29.666	28.763	29.653	30.983	29.953	27.528	32.209
Sachsen-Anhalt	17.245	15.923	16.853	15.859	17.230	16.856	19.178	19.102	19.661	18.738	16.896	17.365	20.113
Thüringen	13.915	14.249	13.713	13.964	14.451	17.052	17.115	14.429	15.268	16.692	15.793	16.246	17.817
Westfalen-Lippe	41.026	40.987	41.788	37.190	51.966	47.440	48.811	58.811	52.356	48.561	50.445	50.958	55.485
Gesamt	417.296	425.971	415.484	410.207	467.404	455.730	474.204	488.775	520.321	490.496	491.999	486.685	540.056

* 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

3.3.3 Aufträge und Begutachtungen zur isolierten Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz

Tabelle 41: Anzahl der Auftragseingänge zur isolierten Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz bei den MDK

1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2017

MDK auf Landesebene	Q1 2016	Q2 2016	Q3 2016	Q4 2016	Q1 2017
Baden-Württemberg	498	639	1.025	1.586	645
Bayern	846	1.847	1.775	2.785	726
Berlin-Brandenburg	827	1.198	888	1.214	380
Bremen	43	56	58	233	30
Hessen	686	901	963	1.389	582
Mecklenburg-Vorpommern	360	352	302	920	147
Niedersachsen	951	1.457	1.281	2.672	657
Nord	350	473	573	802	371
Nordrhein	756	1.368	1.651	2.911	2.377
Rheinland-Pfalz	347	576	487	871	188
Saarland	107	121	135	275	74
Sachsen	1.021	1.068	1.126	1.411	581
Sachsen-Anhalt	310	375	322	459	62
Thüringen	427	615	632	797	648
Westfalen-Lippe	981	1.475	1.464	2.184	780
Gesamt	8.510	12.521	12.682	20.509	8.248

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

Tabelle 42: Anzahl der durchgeführten Begutachtungen zur isolierten Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz bei den MDK
1. Quartal 2016 bis 4. Quartal 2017

MDK auf Landesebene	Q1 2016	Q2 2016	Q3 2016	Q4 2016	Q1 2017	Q2 2017	Q3 2017	Q4 2017
Baden-Württemberg	403	519	797	1.329	708	45	10	3
Bayern	587	1.581	2.031	1.914	1.695	237	47	7
Berlin-Brandenburg	612	954	1.077	861	908	136	16	4
Bremen	46	52	55	181	81	1	1	1
Hessen	587	679	781	753	709	69	13	3
Mecklenburg-Vorpommern	298	296	281	621	385	13	3	0
Niedersachsen	742	1.311	1.264	1.771	1.534	47	11	3
Nord	308	428	507	676	613	64	18	7
Nordrhein	866	1.278	1.508	1.952	439	2.960	54	56
Rheinland-Pfalz	254	427	418	603	457	20	1	0
Saarland	97	102	120	243	92			
Sachsen	545	605	653	776	459	20	3	0
Sachsen-Anhalt	220	304	328	286	211	11	3	13
Thüringen	344	516	598	593	521	52	4	0
Westfalen-Lippe	737	1.157	1.364	1.234	1.278	450	128	162
Gesamt	6.646	10.209	11.782	13.793	10.090	4.125	312	259

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

3.3.4 Begutachtungen nach Aktenlage

Tabelle 43: Anzahl der durchgeführten Begutachtungen nach Aktenlage bei den MDK und Anteile der Begründungen (in %)
1. Quartal 2016 bis 4. Quartal 2018

MDK auf Landesebene	Q1 2016				Q2 2016			
	Begutachtungen nach Aktenlage	Anteil der Begründungen (in %)			Begutachtungen nach Aktenlage	Anteil der Begründungen (in %)		
		persönliche Befund- erhebung nicht mög- lich	persönliche Befund- erhebung nicht zu- mutbar	sonstige Gründe		persönliche Befund- erhebung nicht mög- lich	persönliche Befund- erhebung nicht zumut- bar	sonstige Gründe
Baden-Württemberg	9.671	26%	51%	24%	8.364	29%	48%	23%
Bayern	6.243	70%	1%	29%	7.762	50%	21%	29%
Berlin-Brandenburg	3.462	65%	1%	34%	3.691	64%	2%	35%
Bremen	291	72%	12%	16%	321	74%	12%	14%
Hessen	2.486	65%	6%	29%	2.532	65%	5%	30%
Mecklenburg-Vorpom- mern	1.058	69%	17%	14%	951	67%	19%	14%
Niedersachsen	3.944	69%	15%	16%	4.365	70%	15%	15%
Nord	1.383	7%	3%	90%	1.632	6%	3%	91%
Nordrhein	3.744	62%	29%	8%	4.218	53%	31%	16%
Rheinland-Pfalz	3.750	41%	0%	59%	3.683	45%	0%	55%
Saarland	576	58%	0%	42%	553	65%	0%	35%
Sachsen	2.091	96%	0%	4%	2.067	95%	0%	5%
Sachsen-Anhalt	2.950	40%	26%	34%	1.979	65%	28%	6%
Thüringen	3.205	28%	71%	1%	3.028	29%	70%	1%
Westfalen-Lippe	3.425	70%	11%	19%	3.388	67%	12%	21%
Gesamt	48.279	52%	22%	26%	48.534	52%	23%	26%

MDK auf Landesebene	Q3 2016				Q4 2016			
	Begutachtungen nach Aktenlage	Anteil der Begründungen (in %)			Begutachtungen nach Aktenlage	Anteil der Begründungen (in %)		
		persönliche Befund- erhebung nicht mög- lich	persönliche Befund- erhebung nicht zu- mutbar	sonstige Gründe		persönliche Befund- erhebung nicht mög- lich	persönliche Befund- erhebung nicht zumut- bar	sonstige Gründe
Baden-Württemberg	7.034	31%	51%	18%	8.251	29%	51%	20%
Bayern	8.091	45%	27%	28%	7.000	51%	25%	24%
Berlin-Brandenburg	3.321	63%	3%	33%	3.225	66%	1%	33%
Bremen	263	72%	14%	14%	224	76%	11%	13%
Hessen	2.143	65%	5%	30%	2.323	63%	5%	33%
Mecklenburg-Vorpom- mern	992	64%	20%	16%	943	69%	19%	12%
Niedersachsen	3.478	70%	18%	11%	3.245	71%	15%	14%
Nord	1.467	6%	2%	91%	1.179	8%	3%	89%
Nordrhein	4.258	45%	33%	22%	3.832	50%	27%	23%
Rheinland-Pfalz	3.740	42%	0%	58%	3.930	42%	0%	58%
Saarland	475	60%	0%	40%	529	64%	0%	36%
Sachsen	1.736	95%	0%	4%	1.936	96%	0%	4%
Sachsen-Anhalt	2.073	60%	31%	8%	2.190	54%	40%	5%
Thüringen	2.425	31%	69%	0%	2.385	33%	67%	0%
Westfalen-Lippe	3.702	73%	8%	19%	2.561	75%	7%	18%
Gesamt	45.198	50%	24%	25%	43.753	51%	24%	25%

MDK auf Landesebene	Q1 2017				Q2 2017			
	Begutachtungen nach Aktenlage	Anteil der Begründungen (in %)			Begutachtungen nach Aktenlage	Anteil der Begründungen (in %)		
		persönliche Befund- erhebung nicht mög- lich	persönliche Befund- erhebung nicht zu- mutbar	sonstige Gründe		persönliche Befund- erhebung nicht mög- lich	persönliche Befund- erhebung nicht zumut- bar	sonstige Gründe
Baden-Württemberg	8.123	38%	40%	22%	7.937	46%	33%	21%
Bayern	5.009	68%	6%	26%	7.856	69%	1%	30%
Berlin-Brandenburg	3.451	72%	1%	27%	4.113	68%	1%	30%
Bremen	312	76%	13%	11%	370	79%	4%	17%
Hessen	2.597	76%	2%	23%	2.781	76%	1%	23%
Mecklenburg-Vorpom- mern	1.056	77%	16%	8%	1.125	76%	21%	3%
Niedersachsen	4.184	75%	15%	10%	4.653	81%	4%	15%
Nord	1.883	13%	17%	70%	2.520	36%	22%	42%
Nordrhein	5.445	48%	22%	30%	4.967	50%	12%	37%
Rheinland-Pfalz	4.533	42%	2%	56%	4.132	50%	5%	45%
Saarland	473	69%	3%	28%	670	67%	3%	30%
Sachsen	2.275	95%	2%	3%	2.287	96%	3%	1%
Sachsen-Anhalt	2.333	62%	34%	3%	2.190	75%	23%	2%
Thüringen	1.797	48%	50%	2%	2.207	58%	27%	14%
Westfalen-Lippe	3.925	64%	9%	27%	4.443	69%	7%	24%
Gesamt	47.396	57%	17%	25%	52.251	63%	12%	25%

MDK auf Landesebene	Q3 2017				Q4 2017			
	Begutachtungen nach Aktenlage	Anteil der Begründungen (in %)			Begutachtungen nach Aktenlage	Anteil der Begründungen (in %)		
		persönliche Befund- erhebung nicht mög- lich	persönliche Befund- erhebung nicht zu- mutbar	sonstige Gründe		persönliche Befund- erhebung nicht mög- lich	persönliche Befund- erhebung nicht zumut- bar	sonstige Gründe
Baden-Württemberg	9.098	43%	36%	21%	9.973	40%	34%	27%
Bayern	6.945	70%	0%	30%	5.818	71%	0%	29%
Berlin-Brandenburg	4.163	65%	1%	34%	3.939	60%	1%	39%
Bremen	387	53%	3%	44%	397	57%	3%	40%
Hessen	3.645	66%	2%	32%	4.026	54%	2%	45%
Mecklenburg-Vorpom- mern	1.044	73%	25%	3%	1.125	68%	21%	11%
Niedersachsen	3.521	69%	5%	26%	4.697	75%	6%	19%
Nord	4.371	47%	18%	36%	5.250	34%	16%	51%
Nordrhein	6.071	42%	16%	42%	5.504	41%	15%	44%
Rheinland-Pfalz	5.255	44%	6%	51%	5.084	39%	6%	55%
Saarland	801	62%	2%	36%	938	61%	3%	36%
Sachsen	2.883	96%	3%	1%	2.231	95%	4%	1%
Sachsen-Anhalt	3.560	61%	11%	28%	2.816	59%	15%	26%
Thüringen	2.327	50%	8%	43%	1.457	51%	8%	41%
Westfalen-Lippe	4.896	76%	6%	19%	8.385	35%	8%	57%
Gesamt	58.967	58%	12%	30%	61.640	51%	12%	38%

MDK auf Landesebene	Q1 2018				Q2 2018			
	Begutachtungen nach Aktenlage	Anteil der Begründungen (in %)			Begutachtungen nach Aktenlage	Anteil der Begründungen (in %)		
		persönliche Befund- erhebung nicht mög- lich	persönliche Befund- erhebung nicht zu- mutbar	sonstige Gründe		persönliche Befund- erhebung nicht mög- lich	persönliche Befund- erhebung nicht zumut- bar	sonstige Gründe
Baden-Württemberg	13.833	32%	32%	37%	13.004	31%	35%	34%
Bayern	5.359	71%	1%	28%	6.118	73%	1%	26%
Berlin-Brandenburg	4.157	65%	1%	34%	4.111	62%	1%	37%
Bremen	275	63%	9%	28%	448	69%	8%	23%
Hessen	3.726	58%	1%	41%	3.113	64%	2%	34%
Mecklenburg-Vorpom- mern	1.152	70%	23%	7%	1.185	72%	20%	8%
Niedersachsen	4.044	68%	8%	24%	4.839	77%	7%	16%
Nord	4.163	23%	14%	63%	3.823	21%	13%	65%
Nordrhein	8.404	33%	23%	44%	5.771	45%	33%	22%
Rheinland-Pfalz	5.417	32%	6%	63%	4.861	31%	6%	62%
Saarland	726	69%	4%	28%	786	52%	3%	45%
Sachsen	2.022	95%	4%	1%	3.092	96%	4%	1%
Sachsen-Anhalt	4.137	39%	53%	8%	3.758	35%	21%	44%
Thüringen	1.753	52%	3%	45%	2.035	51%	1%	47%
Westfalen-Lippe	4.507	61%	6%	33%	6.532	46%	4%	49%
Gesamt	63.675	47%	17%	36%	63.476	50%	15%	36%

MDK auf Landesebene	Q3 2018				Q4 2018			
	Begutachtungen nach Aktenlage	Anteil der Begründungen (in %)			Begutachtungen nach Aktenlage	Anteil der Begründungen (in %)		
		persönliche Befund- erhebung nicht mög- lich	persönliche Befund- erhebung nicht zu- mutbar	sonstige Gründe		persönliche Befund- erhebung nicht mög- lich	persönliche Befund- erhebung nicht zumut- bar	sonstige Gründe
Baden-Württemberg	11.872	31%	32%	37%	10.278	35%	32%	33%
Bayern	6.492	72%	0%	28%	6.290	70%	0%	30%
Berlin-Brandenburg	3.886	59%	1%	40%	3.426	61%	1%	37%
Bremen	427	57%	11%	33%	422	54%	9%	37%
Hessen	3.334	55%	2%	43%	2.681	60%	3%	37%
Mecklenburg-Vorpom- mern	1.165	68%	19%	13%	1.094	70%	22%	7%
Niedersachsen	4.352	72%	16%	12%	3.715	65%	19%	17%
Nord	2.916	24%	14%	62%	2.736	25%	13%	62%
Nordrhein	7.223	34%	32%	35%	7.706	30%	26%	44%
Rheinland-Pfalz	4.321	38%	9%	53%	3.975	40%	10%	50%
Saarland	646	58%	3%	39%	644	65%	3%	32%
Sachsen	2.623	96%	3%	1%	2.045	94%	4%	1%
Sachsen-Anhalt	2.831	42%	12%	46%	2.777	49%	11%	40%
Thüringen	1.577	55%	1%	44%	1.747	49%	2%	49%
Westfalen-Lippe	5.387	55%	5%	40%	3.765	52%	6%	43%
Gesamt	59.052	50%	15%	36%	53.301	49%	15%	36%

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

3.3.5 Begutachtungsergebnisse (altes Begutachtungsverfahren)²¹

²¹ Die 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.

Tabelle 44: Ergebnisse der Begutachtungen* der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem alten Rechtssystem (Einstufung in Pflegestufen in %)

1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2017

MDK auf Landesebene	Q1 2016						Q2 2016					
	Begutachtungen insgesamt*	Begutachtungsergebnisse (in %)					Begutachtungen insgesamt	Begutachtungsergebnisse (in %)				
		nicht pflegebedürftig	PEA unterhalb Pflegestufe I	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III		nicht pflegebedürftig	PEA unterhalb Pflege-stufe I	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Baden-Württemberg	48.086	12%	8%	39%	28%	13%	50.267	14%	8%	39%	27%	13%
Bayern	57.589	20%	6%	37%	24%	13%	57.792	22%	6%	36%	24%	13%
Berlin-Brandenburg	32.320	22%	7%	39%	23%	9%	32.790	23%	7%	39%	23%	9%
Bremen	3.687	16%	6%	43%	23%	12%	3.592	18%	4%	43%	23%	12%
Hessen	31.681	19%	5%	40%	26%	11%	32.437	19%	5%	40%	25%	10%
Mecklenburg-Vorpommern	11.103	19%	5%	41%	26%	9%	11.161	19%	6%	42%	25%	8%
Niedersachsen	43.677	15%	5%	41%	26%	14%	44.854	15%	5%	41%	25%	14%
Nord	20.424	21%	8%	40%	23%	8%	21.401	22%	8%	40%	23%	7%
Nordrhein	42.887	19%	6%	37%	25%	13%	43.039	19%	6%	37%	25%	12%
Rheinland-Pfalz	20.494	20%	6%	38%	29%	7%	21.923	20%	6%	38%	29%	7%
Saarland	4.786	21%	6%	38%	25%	10%	5.559	21%	5%	39%	26%	10%
Sachsen	26.638	17%	6%	39%	25%	12%	27.294	18%	7%	39%	25%	12%
Sachsen-Anhalt	16.775	27%	6%	35%	22%	10%	15.422	23%	5%	37%	23%	12%
Thüringen	13.828	15%	6%	38%	28%	13%	14.069	17%	6%	38%	26%	12%
Westfalen-Lippe	40.836	22%	6%	39%	25%	8%	40.778	22%	6%	38%	25%	8%
Gesamt	414.811	19%	6%	39%	25%	11%	422.378	19%	6%	39%	25%	11%

MDK auf Landesebene	Q3 2016						Q4 2016					
	Begutachtungen insgesamt*	Begutachtungsergebnisse (in %)					Begutachtungen insgesamt	Begutachtungsergebnisse (in %)				
		nicht pflege- bedürftig	PEA unterhalb Pflegestufe I	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III		nicht pflege- bedürftig	PEA unterhalb Pflegestufe I	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III
Baden-Württemberg	47.572	14%	8%	39%	27%	12%	50.637	15%	10%	38%	26%	11%
Bayern	55.800	22%	6%	35%	23%	13%	54.986	24%	7%	35%	22%	12%
Berlin-Brandenburg	31.166	23%	7%	38%	23%	9%	30.304	25%	8%	38%	21%	8%
Bremen	3.673	18%	5%	41%	25%	12%	3.242	21%	5%	42%	21%	11%
Hessen	30.273	20%	5%	40%	25%	10%	30.526	20%	5%	40%	24%	10%
Mecklenburg-Vorpommern	10.336	21%	6%	40%	25%	8%	10.896	26%	6%	39%	23%	7%
Niedersachsen	43.650	16%	5%	40%	25%	14%	39.190	17%	6%	40%	24%	13%
Nord	20.341	22%	8%	39%	22%	8%	19.228	24%	9%	39%	22%	7%
Nordrhein	43.386	20%	6%	37%	25%	12%	41.209	22%	7%	38%	23%	10%
Rheinland-Pfalz	20.924	20%	7%	38%	29%	7%	21.054	20%	7%	36%	30%	8%
Saarland	5.114	23%	6%	38%	25%	9%	4.947	25%	6%	37%	24%	7%
Sachsen	26.370	19%	7%	39%	24%	11%	24.803	20%	7%	38%	24%	11%
Sachsen-Anhalt	16.541	25%	6%	36%	22%	11%	15.140	26%	6%	37%	21%	10%
Thüringen	13.409	17%	6%	39%	27%	12%	13.463	19%	6%	39%	24%	12%
Westfalen-Lippe	41.580	22%	6%	38%	25%	8%	34.901	24%	7%	38%	24%	7%
Gesamt	410.135	20%	6%	38%	25%	11%	394.526	21%	7%	38%	24%	10%

MDK auf Landesebene	Begutachtungen insgesamt*	Q1 2017				
		Begutachtungsergebnisse (in %)				
		nicht pflegebedürftig	PEA unterhalb Pflegestufe I	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Baden-Württemberg	26.961	20%	12%	36%	23%	9%
Bayern	31.010	29%	6%	33%	20%	10%
Berlin-Brandenburg	18.521	25%	7%	37%	23%	8%
Bremen	1.741	23%	5%	40%	22%	10%
Hessen	17.060	21%	5%	39%	24%	11%
Mecklenburg-Vorpommern	4.609	30%	7%	37%	21%	5%
Niedersachsen	26.150	19%	7%	39%	24%	11%
Nord	10.900	27%	9%	37%	20%	7%
Nordrhein	24.076	26%	7%	36%	22%	9%
Rheinland-Pfalz	13.821	25%	7%	36%	25%	6%
Saarland	2.302	26%	6%	39%	23%	6%
Sachsen	10.702	22%	7%	37%	24%	10%
Sachsen-Anhalt	10.005	32%	6%	34%	19%	8%
Thüringen	6.402	18%	7%	38%	24%	13%
Westfalen-Lippe	26.841	28%	7%	37%	22%	6%
Gesamt	231.101	25%	7%	37%	23%	9%

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

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

3.3.6 Begutachtungsergebnisse (neues Begutachtungsverfahren)²²

²² Die dargestellten Begutachtungsergebnisse der MDK beziehen sich auf die Summe der Begutachtungen für ambulante und stationäre Leistungen. Diese entspricht nicht ganz der Grund-gesamt-heit 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.

Tabelle 45: Ergebnisse der Begutachtungen* der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Rechtssystem (Einstufung in Pflegegrade in %)
1. Quartal 2017 bis 1. Quartal 2019

MDK auf Landesebene	Q1 2017							Q2 2017						
	Begutachtungen insgesamt*	Begutachtungsergebnisse (in %)						Begutachtungen insgesamt	Begutachtungsergebnisse (in %)					
		nicht pflegebedürftig	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5		nicht pflegebedürftig	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Baden-Württemberg	24.914	11%	17%	30%	23%	14%	5%	47.880	9%	16%	29%	26%	16%	5%
Bayern	29.650	19%	21%	27%	18%	10%	5%	60.923	14%	18%	27%	21%	13%	7%
Berlin-Brandenburg	15.022	20%	22%	28%	18%	8%	3%	32.467	16%	20%	29%	21%	11%	4%
Bremen	2.139	16%	22%	29%	17%	12%	4%	3.889	14%	19%	30%	20%	13%	5%
Hessen	13.964	12%	18%	31%	22%	12%	5%	29.448	10%	16%	30%	24%	14%	6%
Mecklenburg-Vorpommern	6.806	25%	21%	25%	18%	8%	3%	11.276	17%	20%	28%	21%	10%	4%
Niedersachsen	24.131	12%	18%	31%	21%	13%	6%	47.065	9%	15%	31%	23%	15%	7%
Nord	8.229	18%	24%	30%	18%	8%	3%	18.783	16%	19%	30%	21%	10%	5%
Nordrhein	28.369	16%	19%	30%	19%	10%	5%	45.874	13%	16%	31%	22%	12%	6%
Rheinland-Pfalz	6.937	13%	17%	26%	28%	12%	4%	17.800	11%	16%	27%	27%	14%	5%
Saarland	2.713	20%	23%	27%	19%	8%	4%	4.301	19%	21%	26%	19%	11%	5%
Sachsen	14.710	13%	22%	29%	20%	11%	5%	28.589	10%	19%	30%	23%	12%	6%
Sachsen-Anhalt	5.331	24%	21%	22%	16%	12%	5%	14.358	23%	18%	24%	17%	13%	5%
Thüringen	7.451	12%	20%	30%	21%	11%	5%	16.132	10%	16%	29%	23%	15%	6%
Westfalen-Lippe	19.198	19%	22%	28%	17%	9%	5%	39.449	15%	19%	29%	20%	11%	5%
Gesamt	209.564	16%	20%	29%	20%	11%	5%	418.234	13%	17%	29%	22%	13%	6%

MDK auf Landesebene	Q3 2017							Q4 2017						
	Begutach- tungen ins- gesamt*	Begutachtungsergebnisse (in %)						Begutach- tungen ins- gesamt	Begutachtungsergebnisse (in %)					
		nicht pflege- bedürftig	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5		nicht pflege- bedürftig	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Baden-Württemberg	49.676	8%	14%	28%	27%	17%	6%	51.954	8%	14%	29%	27%	17%	6%
Bayern	64.225	12%	17%	27%	22%	14%	7%	60.560	12%	17%	27%	23%	14%	7%
Berlin-Brandenburg	37.355	14%	18%	30%	22%	12%	4%	36.544	14%	18%	31%	22%	11%	4%
Bremen	4.326	13%	18%	30%	21%	14%	4%	4.234	11%	17%	31%	22%	13%	6%
Hessen	33.400	9%	15%	30%	24%	15%	7%	36.667	9%	15%	30%	25%	14%	7%
Mecklenburg-Vorpommern	12.145	16%	19%	29%	21%	10%	4%	12.408	16%	19%	29%	22%	10%	4%
Niedersachsen	45.283	10%	16%	32%	22%	13%	7%	49.716	9%	14%	31%	23%	15%	8%
Nord	23.396	17%	17%	28%	22%	8%	7%	29.510	13%	16%	31%	23%	10%	7%
Nordrhein	51.538	11%	15%	31%	23%	14%	7%	49.131	10%	15%	31%	23%	14%	7%
Rheinland-Pfalz	22.809	11%	15%	29%	27%	14%	5%	25.201	12%	17%	31%	24%	13%	4%
Saarland	5.489	15%	20%	28%	21%	11%	5%	7.223	12%	20%	30%	22%	12%	4%
Sachsen	29.364	10%	17%	30%	23%	14%	6%	28.605	9%	17%	31%	23%	13%	7%
Sachsen-Anhalt	18.567	20%	18%	26%	18%	14%	5%	18.787	18%	19%	26%	19%	13%	5%
Thüringen	16.910	9%	14%	29%	26%	15%	7%	14.351	9%	15%	31%	25%	14%	6%
Westfalen-Lippe	46.197	13%	18%	29%	21%	13%	7%	56.922	12%	18%	30%	22%	12%	6%
Gesamt	460.680	12%	16%	29%	23%	14%	6%	481.813	11%	16%	30%	23%	13%	6%

MDK auf Landesebene	Q1 2018							Q2 2018						
	Begutach- tungen ins- gesamt*	Begutachtungsergebnisse (in %)						Begutach- tungen ins- gesamt	Begutachtungsergebnisse (in %)					
		nicht pfle- gebedürftig	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5		nicht pfle- gebedürftig	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Baden-Württemberg	66.519	8%	14%	29%	28%	15%	5%	57.735	8%	14%	29%	27%	16%	5%
Bayern	64.353	12%	17%	28%	23%	14%	7%	59.969	11%	17%	28%	23%	14%	8%
Berlin-Brandenburg	39.540	12%	17%	31%	24%	12%	4%	38.854	12%	18%	30%	23%	12%	5%
Bremen	4.217	11%	16%	30%	23%	14%	6%	4.149	10%	17%	32%	23%	13%	6%
Hessen	39.463	8%	14%	30%	26%	15%	6%	36.824	9%	15%	30%	25%	15%	7%
Mecklenburg-Vorpom- mern	12.326	14%	18%	30%	23%	11%	4%	12.365	14%	18%	30%	22%	12%	4%
Niedersachsen	51.231	8%	15%	31%	24%	15%	7%	50.591	8%	15%	31%	23%	15%	8%
Nord	27.216	10%	16%	33%	25%	6%	10%	25.173	10%	17%	32%	23%	10%	8%
Nordrhein	62.797	8%	12%	32%	25%	15%	8%	57.965	9%	13%	32%	24%	14%	8%
Rheinland-Pfalz	28.556	10%	16%	33%	24%	12%	4%	25.692	9%	16%	31%	25%	14%	5%
Saarland	7.165	8%	19%	31%	24%	14%	5%	6.205	10%	19%	32%	23%	11%	4%
Sachsen	29.653	8%	17%	31%	24%	13%	6%	30.983	8%	16%	30%	24%	14%	8%
Sachsen-Anhalt	19.661	14%	17%	26%	21%	15%	6%	18.738	15%	19%	28%	20%	12%	5%
Thüringen	15.268	9%	14%	30%	25%	15%	7%	16.692	9%	15%	29%	25%	15%	7%
Westfalen-Lippe	52.356	11%	17%	30%	22%	13%	6%	48.561	10%	18%	30%	22%	13%	7%
Gesamt	520.321	10%	16%	30%	24%	14%	6%	490.496	10%	16%	30%	24%	14%	7%

MDK auf Landesebene	Q3 2018							Q4 2018						
	Begutach- tungen ins- gesamt*	Begutachtungsergebnisse (in %)						Begutach- tungen ins- gesamt	Begutachtungsergebnisse (in %)					
		nicht pfle- gebedürftig	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5		nicht pfle- gebedürftig	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Baden-Württemberg	56.837	8%	14%	29%	27%	16%	6%	54.810	8%	15%	29%	26%	16%	6%
Bayern	63.209	11%	18%	28%	22%	14%	8%	68.178	11%	18%	28%	22%	13%	7%
Berlin-Brandenburg	37.530	12%	17%	31%	23%	12%	5%	36.875	11%	18%	31%	23%	12%	5%
Bremen	4.213	12%	17%	30%	22%	13%	6%	4.399	12%	16%	31%	22%	13%	5%
Hessen	38.317	8%	14%	30%	26%	15%	7%	36.583	8%	14%	30%	26%	15%	7%
Mecklenburg-Vorpom- mern	12.830	14%	18%	29%	22%	12%	5%	12.087	13%	18%	31%	22%	11%	5%
Niedersachsen	49.979	9%	15%	32%	23%	14%	8%	49.241	9%	15%	32%	23%	15%	7%
Nord	23.538	10%	17%	31%	23%	10%	8%	22.787	11%	17%	32%	23%	10%	8%
Nordrhein	61.159	8%	14%	32%	24%	14%	8%	58.966	8%	14%	32%	24%	14%	8%
Rheinland-Pfalz	25.361	9%	15%	30%	25%	15%	6%	24.502	9%	16%	30%	25%	15%	5%
Saarland	5.939	9%	18%	31%	25%	13%	4%	6.160	9%	17%	33%	24%	12%	4%
Sachsen	29.953	8%	16%	30%	24%	14%	8%	27.528	7%	17%	32%	24%	13%	7%
Sachsen-Anhalt	16.896	13%	18%	28%	21%	13%	6%	17.365	13%	19%	28%	21%	13%	6%
Thüringen	15.793	10%	15%	29%	25%	14%	7%	16.246	10%	15%	30%	24%	14%	6%
Westfalen-Lippe	50.445	11%	18%	30%	22%	13%	7%	50.958	11%	18%	30%	22%	12%	6%
Gesamt	491.999	10%	16%	30%	24%	14%	7%	486.685	10%	16%	30%	24%	14%	6%

MDK auf Landesebene	Q1 2019						
	Begutachtungen insgesamt*	Begutachtungsergebnisse (in %)					
		nicht pflegebedürftig	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Baden-Württemberg	60.263	8%	15%	29%	27%	16%	6%
Bayern	70.974	11%	18%	29%	23%	13%	7%
Berlin-Brandenburg	39.928	11%	17%	32%	24%	12%	5%
Bremen	4.999	11%	18%	31%	22%	13%	5%
Hessen	43.183	8%	14%	31%	26%	15%	7%
Mecklenburg-Vorpommern	13.954	12%	18%	31%	23%	12%	5%
Niedersachsen	57.491	8%	15%	32%	24%	14%	7%
Nord	25.626	12%	18%	31%	23%	12%	5%
Nordrhein	65.781	8%	13%	32%	25%	15%	7%
Rheinland-Pfalz	25.559	9%	17%	32%	25%	12%	5%
Saarland	6.674	9%	17%	33%	25%	12%	4%
Sachsen	32.209	6%	15%	32%	25%	14%	7%
Sachsen-Anhalt	20.113	11%	18%	29%	21%	12%	8%
Thüringen	17.817	10%	16%	30%	24%	14%	6%
Westfalen-Lippe	55.485	11%	18%	30%	22%	13%	7%
Gesamt	540.056	9%	16%	31%	24%	14%	6%

* 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

3.3.7 Laufzeiten der Begutachtungsverfahren (ohne Verzögerung im Verfahren)

Tabelle 46: Anzahl der Begutachtungen der MDK mit einer 25-Arbeitstage-Frist (insoweit war im Jahr 2017 ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf erforderlich)* - ohne Verzögerungen im Verfahren
1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019

MDK auf Landes- ebene	Anzahl Begutachtungen mit einer 25-Arbeitstage-Frist				... mit besonders dringlichem Entscheidungsbedarf				... mit einer 25-Arbeitstage-Frist				
	Q1 2016	Q2 2016	Q3 2016	Q4 2016	Q1 2017	Q2 2017	Q3 2017	Q4 2017	Q1 2018	Q2 2018	Q3 2018	Q4 2018	Q1 2019
Baden-Württemberg	28.050	28.264	27.710	21.029	7.151	3.032	1.812	1.518	53.761	46.052	44.310	43.011	47.903
Bayern	26.446	26.113	26.262	20.402	9.180	4.047	2.260	1.901	50.656	45.503	48.269	51.907	54.805
Berlin-Brandenburg	17.929	16.898	17.402	14.401	7.493	1.767	2.896	3.630	29.662	29.054	27.733	27.129	30.391
Bremen	1.987	1.914	1.999	1.285	549	380	365	283	3.280	3.176	3.231	3.436	3.899
Hessen	16.600	17.151	16.867	18.257	2.191	3.057	2.446	2.183	32.417	29.221	30.593	28.976	34.943
Mecklenburg-Vor- pommern	6.992	7.064	6.749	4.071	1.364	1.211	1.030	1.104	10.187	9.810	10.376	9.717	11.072
Niedersachsen	22.430	23.185	23.184	17.857	7.341	4.537	4.383	3.898	39.472	38.044	38.172	38.712	44.847
Nord	10.469	10.242	10.451	8.609	4.795	3.787	3.368	3.185	17.652	16.295	15.317	15.359	16.693
Nordrhein	24.835	23.785	24.959	17.680	6.884	5.446	4.998	4.233	38.829	35.663	36.163	36.233	40.368
Rheinland-Pfalz	12.813	13.808	14.384	9.373	3.999	2.702	2.678	2.224	22.218	19.583	19.608	18.939	22.186
Saarland	2.764	2.994	2.958	2.255	1.012	741	576	549	5.526	4.793	4.574	4.798	5.028
Sachsen	15.479	14.965	15.233	8.913	1.571	1.368	1.384	1.136	24.685	24.301	23.424	22.195	25.782
Sachsen-Anhalt	8.390	8.214	8.841	5.740	1.639	1.213	1.102	1.024	15.657	14.433	13.502	13.588	15.654
Thüringen	8.137	8.236	8.191	8.649	1.265	945	811	747	12.100	12.712	12.318	12.489	14.010
Westfalen-Lippe	20.479	20.667	20.893	14.205	6.713	3.487	3.665	3.347	43.540	38.441	39.890	40.364	44.309
Gesamt	223.800	223.500	226.083	172.726	63.147	37.720	33.774	30.962	399.642	367.081	367.480	366.853	411.890

* Die 25-Arbeitstage-Frist war vom 01.11.2016 bis zum 31.12.2017 unbeachtlich. Begutachtungen mit besonders dringlichem Entscheidungsbedarf wurden nur im Jahr 2017 erhoben.

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

Tabelle 47: Durchschnittliche Laufzeiten (in Arbeitstagen) der Begutachtungen der MDK mit einer 25-Arbeitstage-Frist (insoweit war im Jahr 2017 ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf erforderlich)* - ohne Verzögerungen im Verfahren

1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019

MDK auf Landes- ebene	Anzahl Begutachtungen mit einer 25-Arbeitstage-Frist				... mit besonders dringlichem Entscheidungsbedarf				... mit einer 25-Arbeitstage-Frist				
	Q1 2016	Q2 2016	Q3 2016	Q4 2016	Q1 2017	Q2 2017	Q3 2017	Q4 2017	Q1 2018	Q2 2018	Q3 2018	Q4 2018	Q1 2019
Baden-Württemberg	11,5	11,2	11,1	12,3	15,0	13,7	11,2	11,8	25,7	21,4	21,4	22,7	25,1
Bayern	13,2	13,5	13,5	12,8	20,6	19,8	14,6	14,3	17,8	21,4	23,6	24,1	20,1
Berlin-Brandenburg	11,7	12,2	13,1	13,2	10,8	10,1	11,5	11,0	18,1	16,5	16,3	14,9	14,7
Bremen	12,0	12,7	11,4	11,2	12,5	13,0	12,8	11,0	14,0	17,1	21,7	24,2	19,5
Hessen	11,1	11,8	11,5	12,9	14,3	20,2	12,6	11,7	18,3	17,4	16,9	14,5	13,2
Mecklenburg-Vor- pommern	12,3	12,6	12,9	11,6	14,5	13,9	13,6	11,2	13,6	18,0	19,3	17,9	17,7
Niedersachsen	12,2	13,8	12,4	12,8	13,5	12,6	13,2	12,7	17,3	18,9	23,1	25,0	19,3
Nord	11,8	12,2	12,9	12,7	16,0	20,8	13,9	13,8	17,7	19,1	20,9	22,5	20,0
Nordrhein	17,5	11,6	14,7	15,7	16,9	14,4	13,9	11,0	14,0	13,8	15,2	16,4	13,9
Rheinland-Pfalz	11,9	13,0	18,0	15,4	10,5	8,3	9,9	9,2	24,6	18,6	18,5	19,3	19,5
Saarland	12,8	12,4	11,1	10,0	11,5	11,8	11,9	11,1	18,0	15,4	17,1	18,8	18,3
Sachsen	10,5	11,7	10,1	11,8	10,9	11,7	11,8	9,4	15,6	18,4	20,5	19,5	22,2
Sachsen-Anhalt	13,8	17,4	18,7	14,2	15,0	17,1	16,3	14,1	23,6	20,5	21,5	22,8	19,8
Thüringen	11,1	11,5	11,9	12,4	15,4	13,7	12,8	11,9	14,0	16,2	15,1	14,8	13,3
Westfalen-Lippe	13,0	13,2	13,7	13,7	16,1	16,8	14,8	12,6	17,3	17,4	21,4	18,2	17,6
Gesamt	12,7	12,6	13,2	13,2	14,9	15,3	13,1	11,9	18,7	18,4	20,0	20,0	18,5

* Die 25-Arbeitstage-Frist war vom 01.11.2016 bis zum 31.12.2017 unbeachtlich. Begutachtungen mit besonders dringlichem Entscheidungsbedarf wurden nur im Jahr 2017 erhoben.

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

Tabelle 48: Anzahl der Begutachtungen der MDK mit einer 1-Wochen-Frist – ohne Verzögerungen im Verfahren
1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019

MDK auf Landes- ebene	Q1 2016	Q2 2016	Q3 2016	Q4 2016	Q1 2017	Q2 2017	Q3 2017	Q4 2017	Q1 2018	Q2 2018	Q3 2018	Q4 2018	Q1 2019
Baden-Württemberg	2.801	2.776	2.641	2.430	4.238	4.234	3.665	3.317	3.939	3.481	3.588	3.546	4.335
Bayern	11.313	10.738	10.653	10.990	13.091	11.110	10.944	11.001	12.307	10.875	10.786	10.691	12.299
Berlin-Brandenburg	2.003	2.083	2.022	1.971	2.232	1.935	2.278	2.313	2.947	2.833	2.780	2.679	3.069
Bremen	740	686	630	672	745	663	623	674	699	637	606	653	683
Hessen	4.506	4.416	4.463	4.340	3.117	4.294	4.410	4.191	5.128	4.440	4.417	4.049	4.791
Mecklenburg-Vor- pommern	446	461	480	458	134	258	564	541	683	812	746	720	865
Niedersachsen	6.541	6.429	6.110	6.150	7.271	5.764	6.119	6.093	7.156	6.271	5.996	5.844	6.867
Nord	6.080	5.868	5.745	5.896	6.664	5.758	5.715	5.147	6.520	5.757	5.971	5.659	6.615
Nordrhein	6.880	6.136	6.723	6.333	7.327	6.536	6.526	6.181	7.323	6.165	6.105	5.188	5.756
Rheinland-Pfalz	58	57	61	57	94	94	98	152	128	110	110	110	121
Saarland	356	362	300	337	358	336	373	407	407	375	364	335	414
Sachsen	1.899	1.843	1.598	1.751	2.189	1.968	1.903	1.950	2.223	2.080	1.993	1.889	2.266
Sachsen-Anhalt	477	1.225	1.290	1.247	1.588	1.545	1.585	1.650	1.859	1.733	1.708	1.385	1.759
Thüringen	1.490	1.532	1.477	1.503	1.794	6.456	1.557	1.521	1.820	1.814	1.661	1.632	1.957
Westfalen-Lippe	10.690	9.972	9.941	10.288	12.720	10.166	9.985	10.163	11.864	10.297	10.271	9.967	11.599
Gesamt	56.280	54.584	54.134	54.423	63.562	61.117	56.345	55.301	65.003	57.680	57.102	54.347	63.396

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

Tabelle 49: Durchschnittliche Laufzeiten (in Kalendertagen) der Begutachtungen der MDK mit einer 1-Wochen-Frist – ohne Verzögerungen im Verfahren
1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019

MDK auf Landes- ebene	Q1 2016	Q2 2016	Q3 2016	Q4 2016	Q1 2017	Q2 2017	Q3 2017	Q4 2017	Q1 2018	Q2 2018	Q3 2018	Q4 2018	Q1 2019
Baden-Württemberg	1,7	1,7	1,8	2,1	2,8	5,1	4,7	4,5	3,4	3,1	2,4	2,9	2,5
Bayern	3,7	3,5	3,4	2,9	4,6	4,1	3,9	3,9	3,7	3,8	4,2	3,9	3,8
Berlin-Brandenburg	2,1	2,4	2,0	2,5	2,3	2,2	1,7	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,6
Bremen	1,4	1,5	1,5	1,6	2,1	2,0	2,0	1,8	2,1	2,5	2,9	3,8	2,7
Hessen	0,5	0,4	0,4	0,7	1,4	1,6	1,5	1,5	1,3	1,4	1,3	1,4	1,3
Mecklenburg-Vor- pommern	0,8	0,7	0,8	0,8	3,0	1,0	0,8	0,7	0,7	0,8	0,6	0,8	0,8
Niedersachsen	1,4	1,5	1,5	1,6	2,2	2,1	2,0	1,8	2,0	2,5	2,8	3,8	2,8
Nord	1,1	1,2	1,1	1,2	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
Nordrhein	4,1	3,7	3,4	3,7	4,0	3,8	3,2	3,5	3,5	3,5	3,3	4,1	3,5
Rheinland-Pfalz	1,6	1,4	1,3	1,9	2,0	3,0	1,9	1,6	2,0	1,5	1,7	1,7	1,9
Saarland	1,8	1,7	1,6	1,8	2,2	2,1	1,9	1,9	1,7	1,7	1,4	1,6	1,7
Sachsen	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2
Sachsen-Anhalt	1,8	1,3	1,2	1,2	1,4	1,4	1,3	1,5	1,3	1,3	1,2	1,2	1,3
Thüringen	0,1	0,2	0,3	0,2	1,0	1,0	1,0	0,6	0,9	1,1	1,0	1,2	1,1
Westfalen-Lippe	0,5	0,6	0,6	0,6	0,8	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	0,8	0,7	0,6
Gesamt	1,9	1,8	1,8	1,8	2,3	2,4	2,2	2,1	2,0	2,1	2,1	2,3	2,1

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

Tabelle 50: Anzahl der Begutachtungen der MDK mit einer 2-Wochen-Frist – ohne Verzögerungen im Verfahren
1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019

MDK auf Landes- ebene	Q1 2016	Q2 2016	Q3 2016	Q4 2016	Q1 2017	Q2 2017	Q3 2017	Q4 2017	Q1 2018	Q2 2018	Q3 2018	Q4 2018	Q1 2019
Baden-Württemberg	8	24	15	17	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Bayern	10	8	14	18	29	34	34	33	26	11	12	10	15
Berlin-Brandenburg	6	11	10	5	4	1	9	10	7	7	7	3	8
Bremen	-	-	-	-	0	0	0	0	-	-	0	0	0
Hessen	-	-	-	-	0	0	0	0	-	-	0	0	0
Mecklenburg-Vor- pommern	2	3	3	5	2	1	5	2	3	4	2	3	2
Niedersachsen	-	-	-	-	0	0	0	0	-	-	0	0	0
Nord	-	-	-	-	0	0	0	0	-	-	0	0	0
Nordrhein	35	20	11	18	18	28	16	31	19	14	14	13	12
Rheinland-Pfalz	7	10	13	1	12	14	16	5	5	7	6	1	6
Saarland	1	2	1	1	1	7	1	4	3	2	2	2	0
Sachsen	2	6	12	8	8	8	14	21	13	9	17	16	11
Sachsen-Anhalt	-	-	2	1	2	1	4	16	20	13	14	6	6
Thüringen	-	-	-	-	2	0	0	2	-	-	1	1	5
Westfalen-Lippe	3	4	12	6	2	1	1	2	-	1	0	0	1
Gesamt	74	88	93	80	80	95	100	126	96	68	75	55	66

* Aus technischen Gründen werden ab dem Jahr 2017 keine Daten des MDK Baden-Württemberg ausgewiesen (Fehler im Datenaustauschverfahren).

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

Tabelle 51: Durchschnittliche Laufzeiten (in Kalendertagen) der Begutachtungen der MDK mit einer 2-Wochen-Frist – ohne Verzögerungen im Verfahren
1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019

MDK auf Landes- ebene	Q1 2016	Q2 2016	Q3 2016	Q4 2016	Q1 2017	Q2 2017	Q3 2017	Q4 2017	Q1 2018	Q2 2018	Q3 2018	Q4 2018	Q1 2019
Baden-Württemberg	4,0	7,9	6,5	9,1	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Bayern	13,9	14,0	16,5	14,3	22,1	32,8	28,8	18,4	16,0	17,8	10,4	18,9	18,3
Berlin-Brandenburg	9,2	13,6	12,8	11,8	10,3	4,0	7,9	6,4	4,3	9,6	10,3	9,0	7,0
Bremen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Hessen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Mecklenburg-Vor- pommern	10,0	1,7	4,7	5,8	1,5	0,0	6,2	9,0	0,7	5,3	1,0	7,7	3,5
Niedersachsen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Nord	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Nordrhein	9,4	8,4	7,9	8,8	8,7	8,8	10,9	8,3	9,1	9,7	9,7	9,2	13,2
Rheinland-Pfalz	4,4	6,6	7,2	6,0	6,2	6,9	6,1	6,8	6,2	8,6	4,7	7,0	6,0
Saarland	3,0	-	2,0	13,0	5,0	4,9	9,0	6,5	8,3	6,0	7,0	6,5	
Sachsen	10,5	6,8	6,8	9,9	9,0	7,4	14,9	10,4	8,8	8,6	6,6	9,0	6,8
Sachsen-Anhalt	-	-	12,5	7,0	7,0	5,0	3,3	11,0	6,3	12,4	7,1	5,3	5,8
Thüringen	-	-	-	-	0,0	-	-	0,0	-	-	0,0	0,0	0,0
Westfalen-Lippe	8,7	8,0	11,8	13,0	47,5	39,0	24,0	8,0	-	-			6,0
Gesamt	7,0	7,5	6,9	10,5	13,8	16,9	16,1	11,2	9,6	10,9	7,8	10,1	9,8

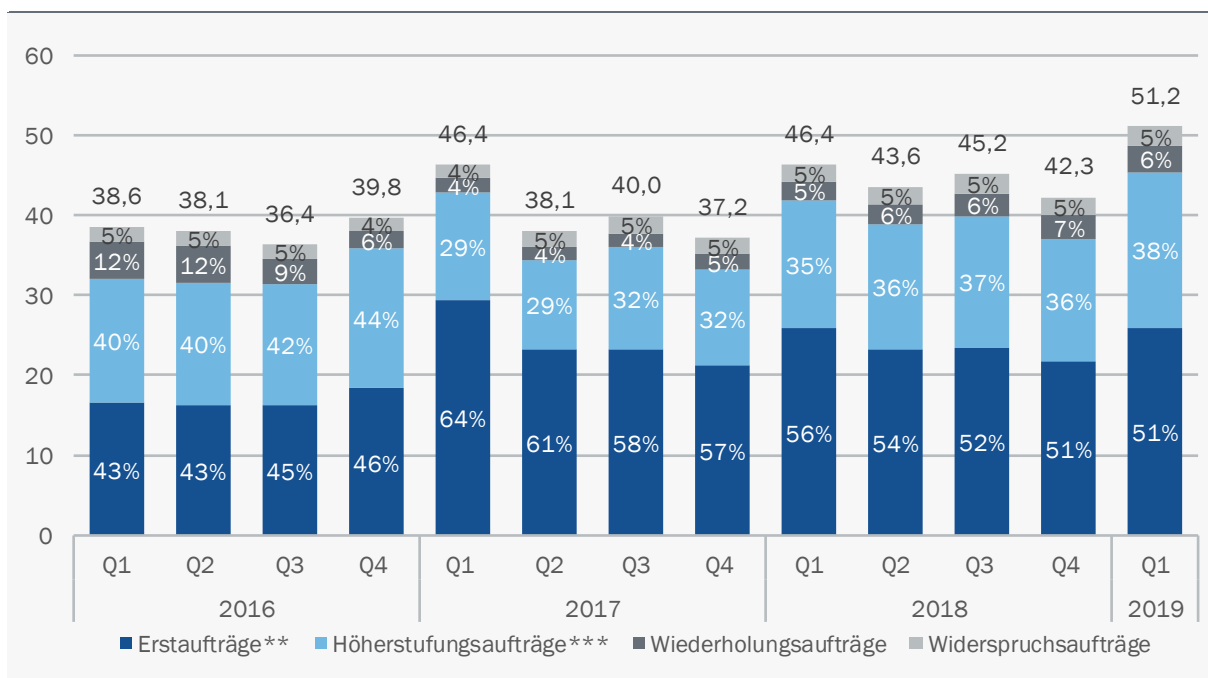
* Aus technischen Gründen werden ab dem Jahr 2017 keine Daten des MDK Baden-Württemberg ausgewiesen (Fehler im Datenaustauschverfahren).

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

3.4 Begutachtungen, Begutachtungsergebnisse und Laufzeiten der Begutachtungsverfahren bei Medicproof

3.4.1 Auftragseingänge

Abbildung 27: Anzahl der Auftragseingänge* zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei Medicproof (in 1.000) und Anteil der Erst-, Änderungs-, Wiederholungs- und Widerspruchsaufträge (in %)
1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019



* Inkl. Anträge auf Gutachten nach Aktenlage.

** Im Jahr 2016 handelt es sich um reine Erstantragstellende. Ab dem Jahr 2017 sind auch Antragstellende enthalten, die vorher abgewiesen wurden.

*** Im Jahr 2016 sind auch diejenigen enthalten, die nach erfolgloser Erstantragstellung erneut eine Pflegestufe beantragt haben.

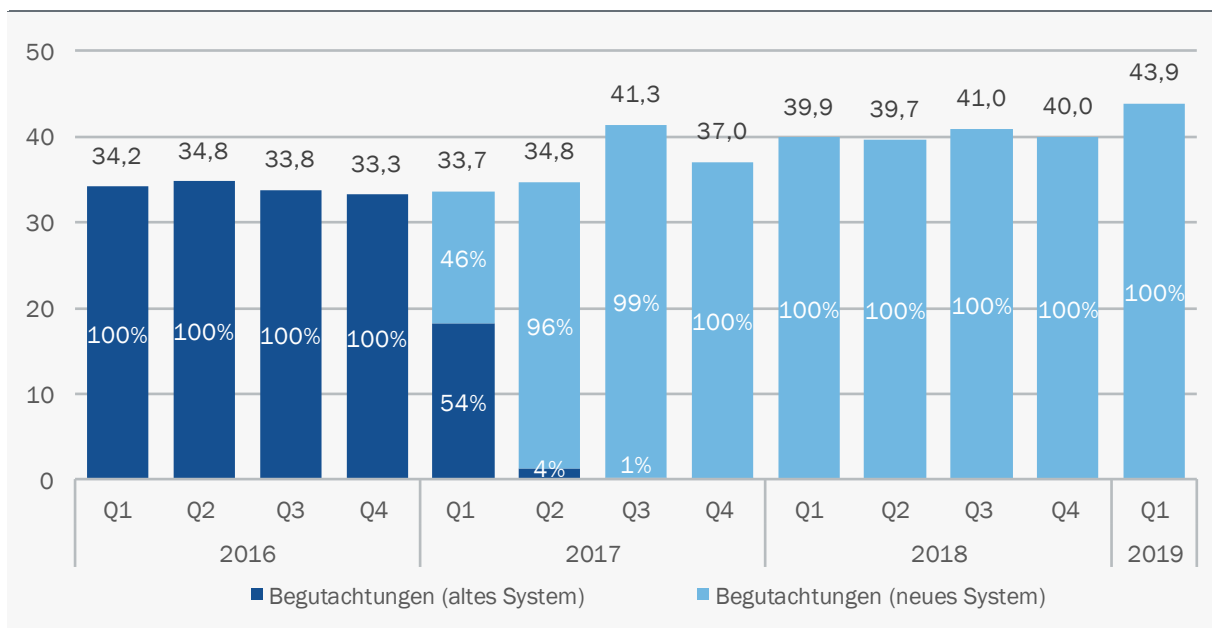
Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung von Medicproof

3.4.2 Begutachtungen

Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit

Abbildung 28: Anzahl der durchgeführten Begutachtungen* zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei Medicproof (in 1.000) und Anteil der Begutachtungen nach altem und neuem Rechtssystem (in %)

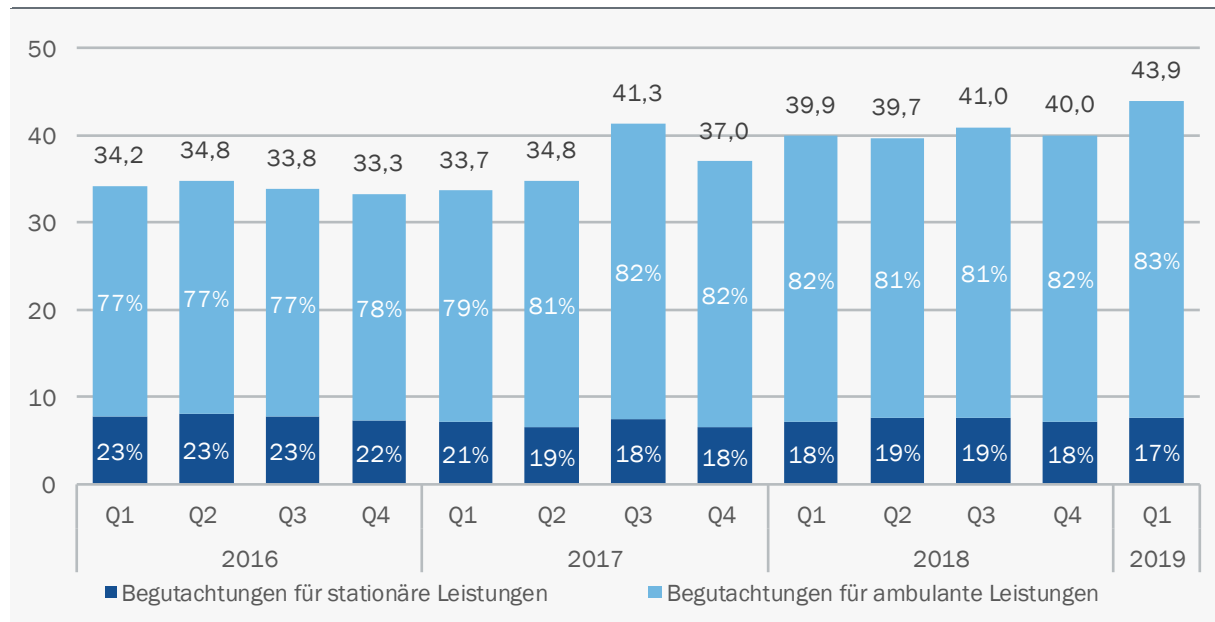
1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019



* 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 von Medicproof

Abbildung 29: Anzahl der durchgeführten Begutachtungen* zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit für ambulante und stationäre Leistungen bei Medicproof (in 1.000) und jeweiliger Anteil der Versorgungsbereiche im alten und neuen System (in %)
1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019

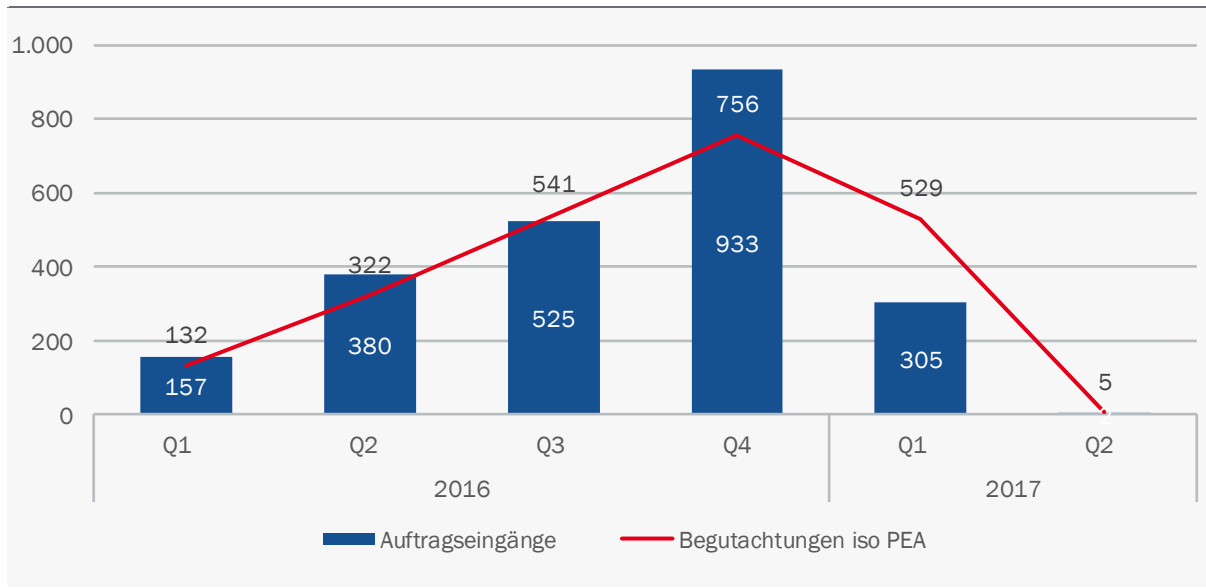


* Alle Begutachtungen nach 6.1.1 (Gutachten nach Hausbesuch) und 6.1.2 (Gutachten nach Aktenlage) der BRI.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung von Medicproof

Begutachtungen zur isolierten Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz

Abbildung 30: Anzahl der Auftragseingänge und Anzahl der durchgeführten Begutachtungen zur isolierten Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz bei Medicproof
1. Quartal 2016 bis 2. Quartal 2017*



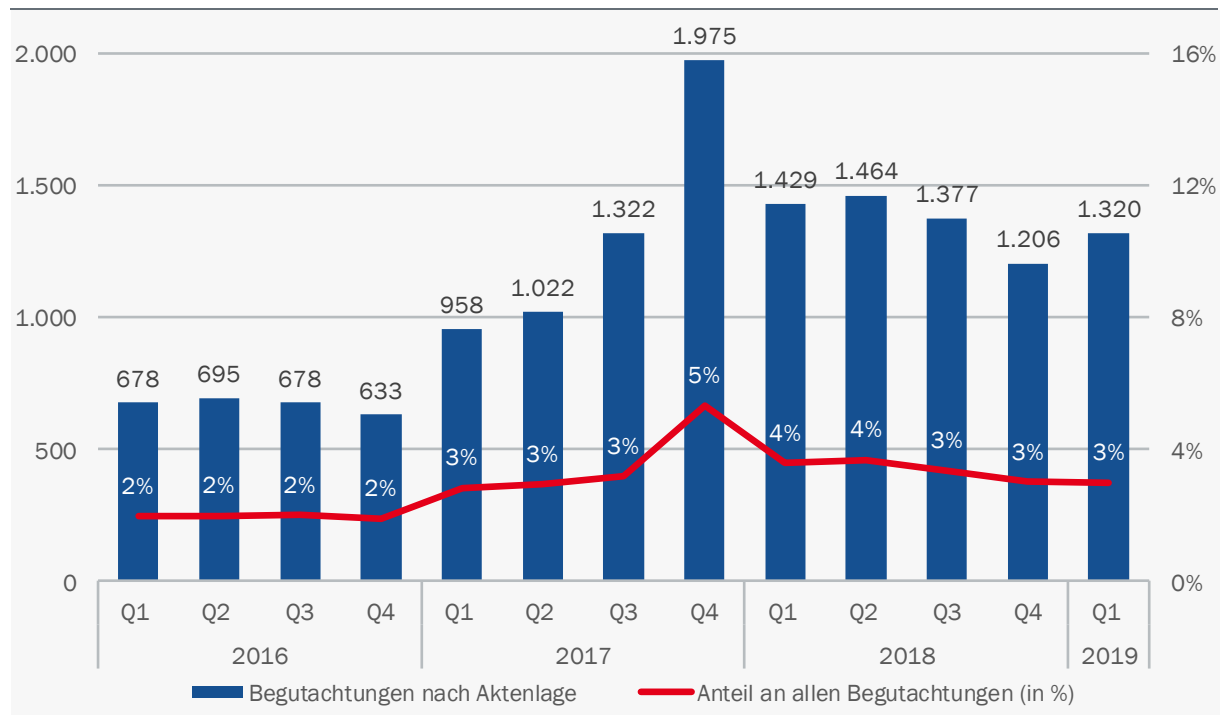
* Ab dem dritten Quartal 2017 wurden von Medicproof keine Begutachtungen mehr zur isolierten Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz durchgeführt.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung von Medicproof

Begutachtungen nach Aktenlage

Abbildung 31: Anzahl der Begutachtungen nach Aktenlage* (linke Achse, in 1.000) und Anteil an Begutachtungen von Medicproof insgesamt (rechte Achse, in %)**

1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019



* Nur Einstufungsgutachten. Vorläufige Pflegegradzuordnungen, die nach Aktenlage durchgeführt werden, sind nicht berücksichtigt.

** 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 von Medicproof

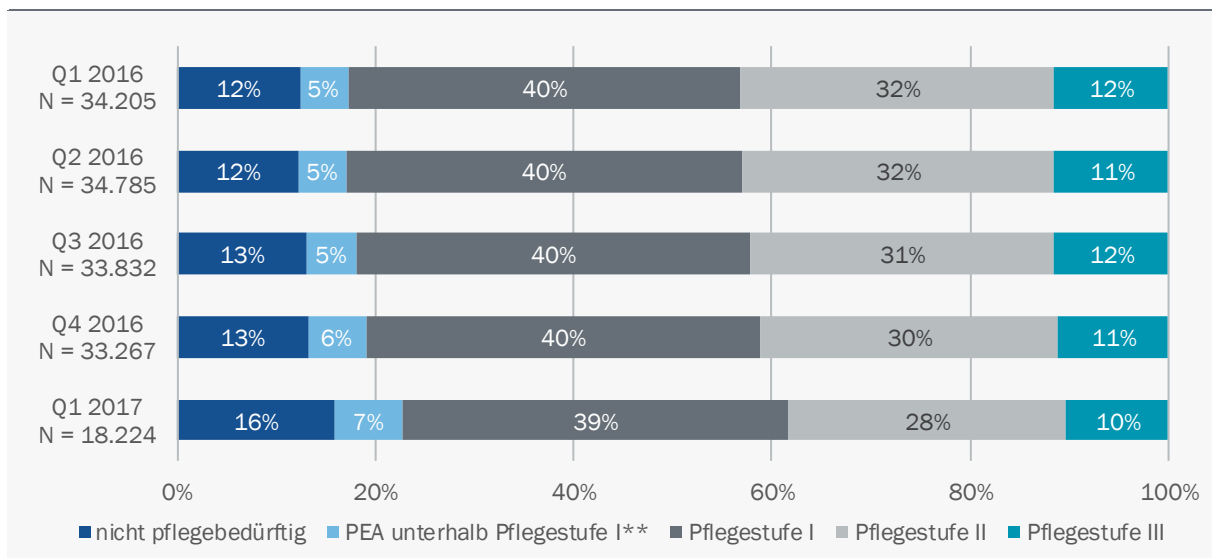
3.4.3 Begutachtungsergebnisse

Ergebnisse aller Begutachtungen

Altes Begutachtungsverfahren

Abbildung 32: Ergebnisse der Begutachtungen* von Medicproof zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem alten Rechtssystem (Einstufung in Pflegestufen in %)

1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2017



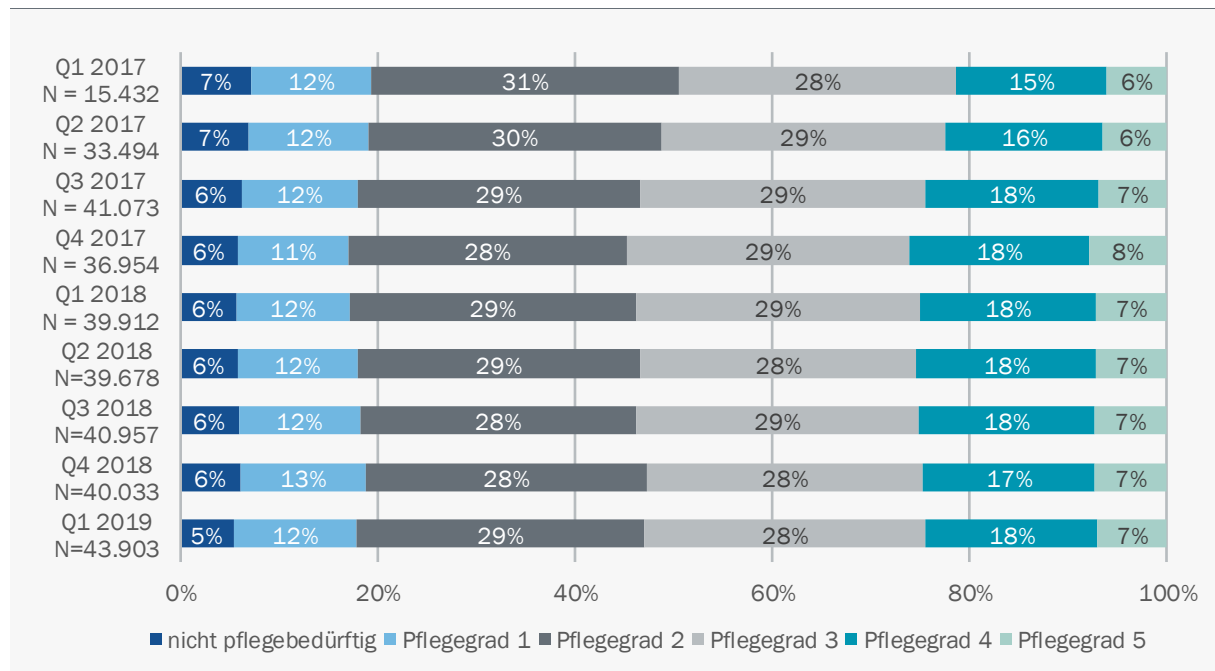
* Alle Begutachtungen nach 6.1.1 (Gutachten nach Hausbesuch) und 6.1.2 (Gutachten nach Aktenlage) der BRi.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung von Medicproof

Neues Begutachtungsverfahren

Abbildung 33: Ergebnisse der Begutachtungen* von Medicproof zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Rechtssystem (Einstufung in Pflegegrade in %)

1. Quartal 2017 bis 1. Quartal 2019



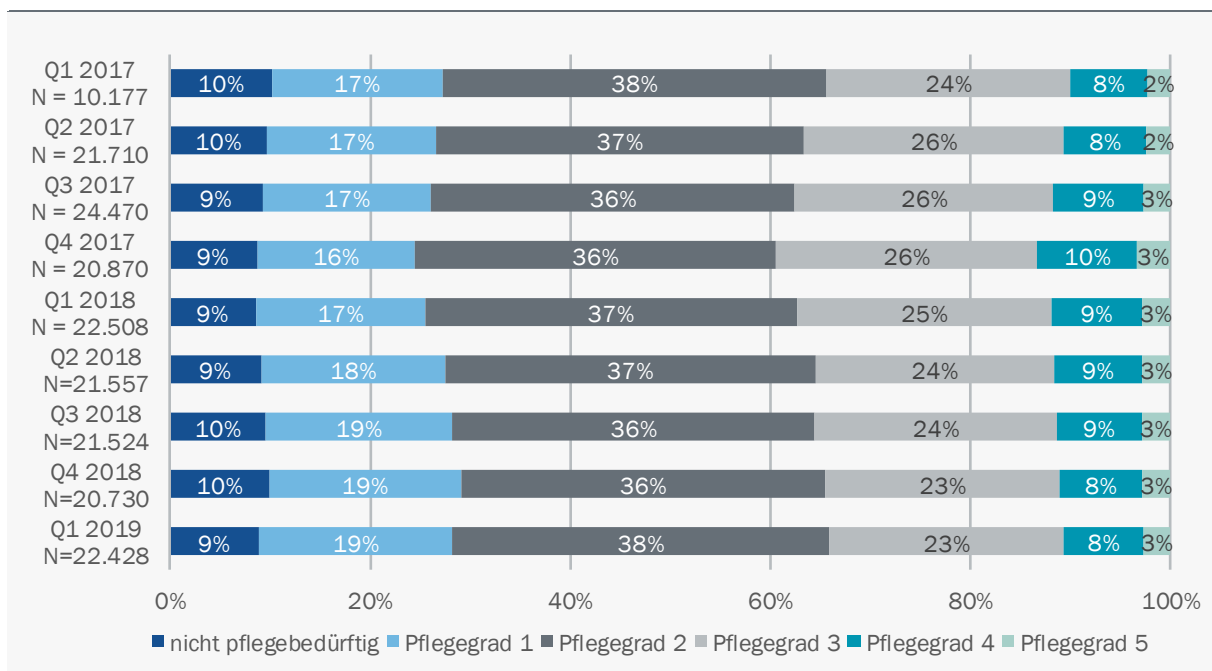
* Alle Begutachtungen nach 6.1.1 (Gutachten nach Hausbesuch) und 6.1.2 (Gutachten nach Aktenlage) der BRi, Antragstellung ab 01.01.2017.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung von Medicproof

Ergebnisse der Erstbegutachtungen (nur neues Begutachtungsverfahren)

Ergebnisse für alle Erstbegutachtungen (nach Pflegegraden)

Abbildung 34: Ergebnisse der Erstbegutachtungen* von Medicproof zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Rechtssystem (Einstufung in Pflegegrade in %)
1. Quartal 2017 bis 1. Quartal 2019



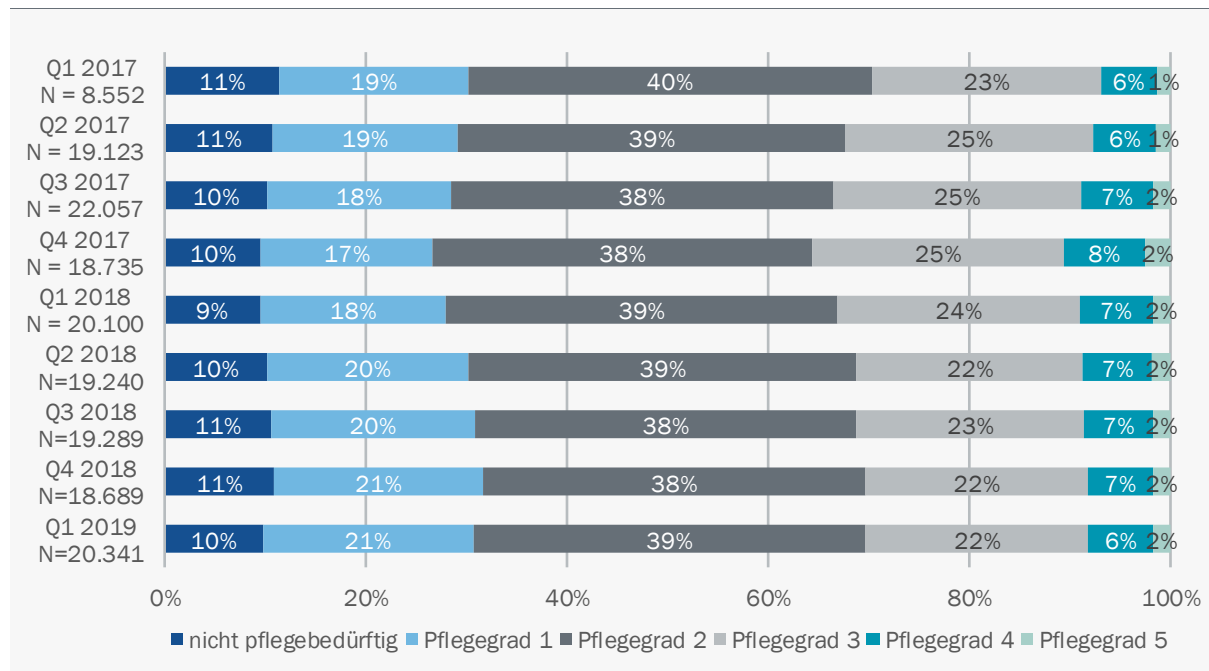
* Es sind auch Begutachtungen von Antragstellenden enthalten, die vorher abgewiesen wurden.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung von Medicproof

Ergebnisse für ambulante und stationäre Erstbegutachtungen (nach Pflegegraden)

Abbildung 35: Ergebnisse der Erstbegutachtungen* von Medicproof zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Rechtssystem für ambulante Leistungen (Einstufung in Pflegegrade in %)

1. Quartal 2017 bis 1. Quartal 2019

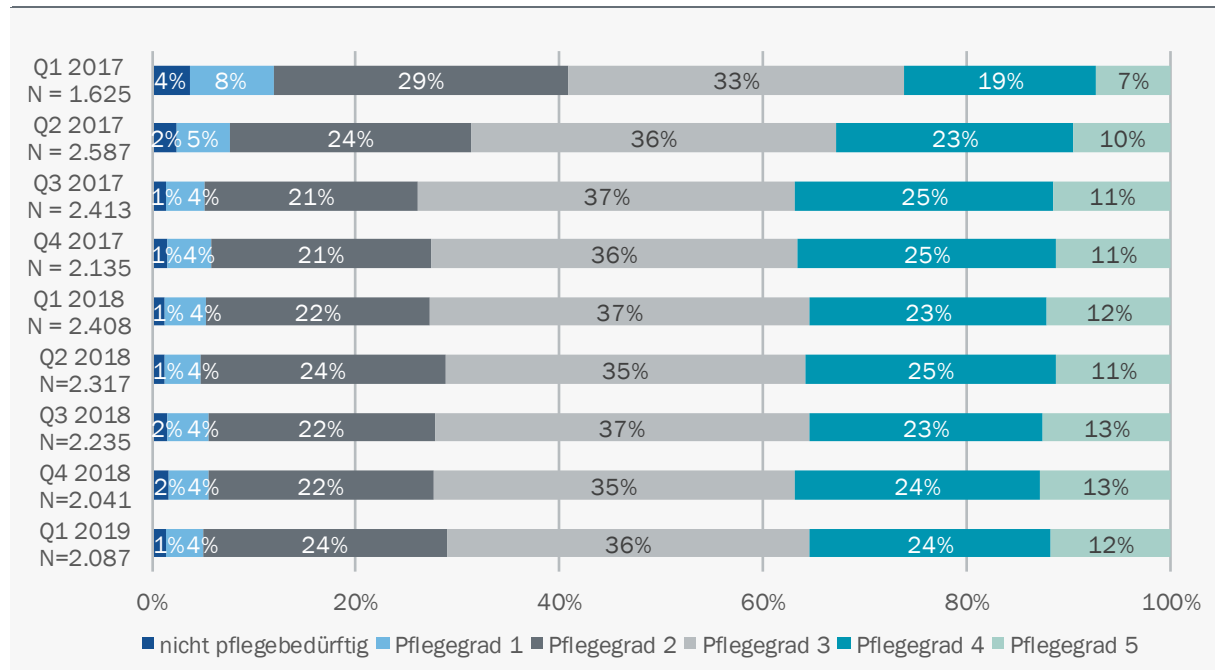


* Es sind auch Begutachtungen von Antragstellenden enthalten, die vorher abgewiesen wurden.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung von Medicproof

Abbildung 36: Ergebnisse der Erstbegutachtungen* für Medicproof zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Rechtssystem für stationäre Leistungen (Einstufung in Pflegegrade in %)

1. Quartal 2017 bis 1. Quartal 2019



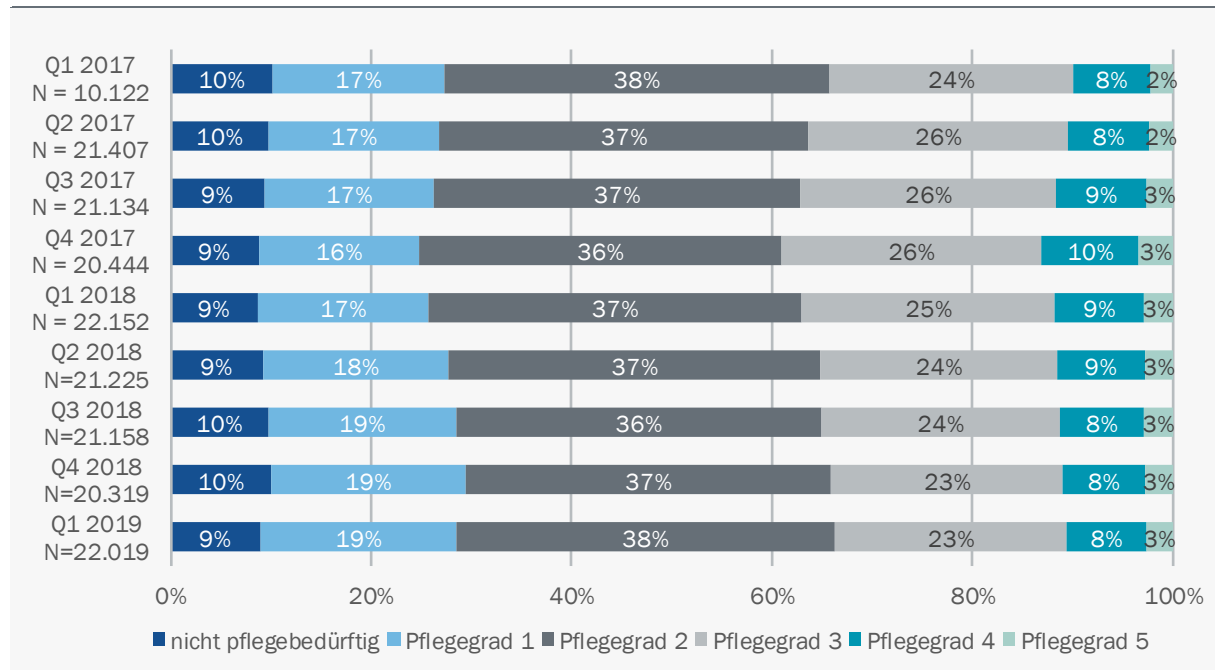
* Es sind auch Begutachtungen von Antragstellenden enthalten, die vorher abgewiesen wurden.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung von Medicproof

Ergebnisse der Erstbegutachtungen von Erwachsenen und Kindern unter 12 Jahren (nach Pflegegraden)

Abbildung 37: Ergebnisse der Erstbegutachtungen von Medicproof zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Rechtssystem (Einstufung in Pflegegrade in %) bei Erwachsenen

1. Quartal 2017 bis 1. Quartal 2019

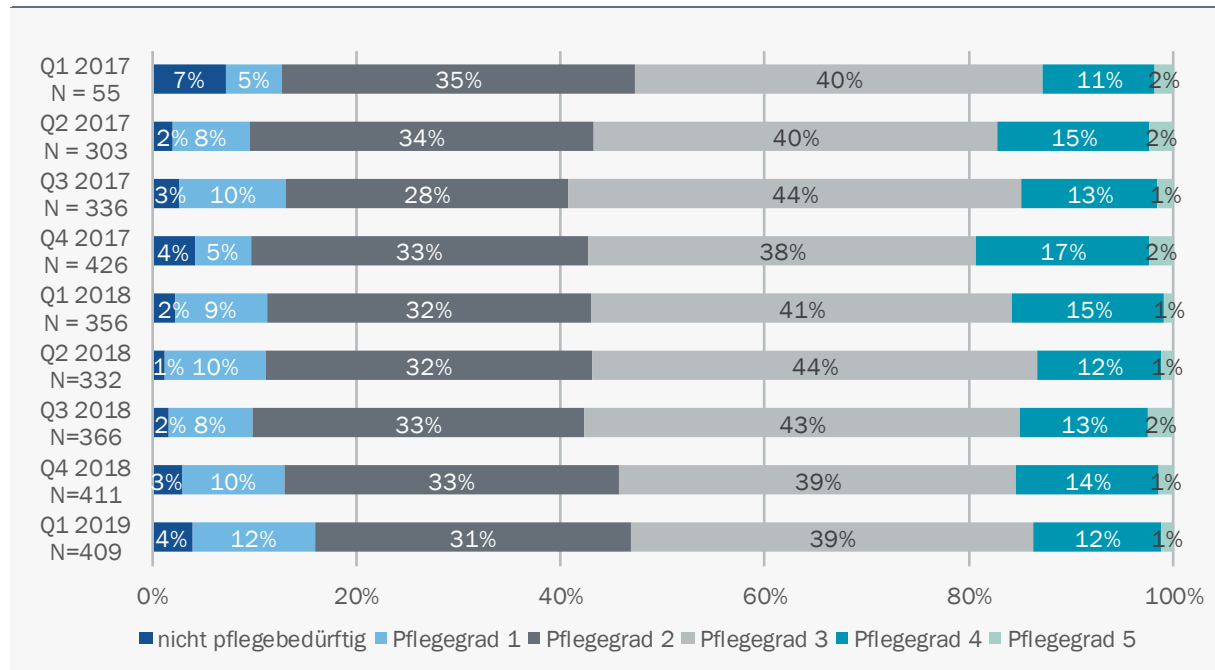


* Es sind auch Begutachtungen von Antragstellenden enthalten, die vorher abgewiesen wurden.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung von Medicproof

Abbildung 38: Ergebnisse der Erstbegutachtungen von Medicproof zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Rechtssystem (Einstufung in Pflegegrade in %) bei Kindern unter 12 Jahren

1. Quartal 2017 bis 1. Quartal 2019



* Es sind auch Begutachtungen von Antragstellenden enthalten, die vorher abgewiesen wurden.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung von Medicproof

Ergebnisse für alle Erstbegutachtungen (nach Pflegegraden und Modulen)

Tabelle 52: Ungewichtete Durchschnittspunktwerte in den Modulen* der Begutachtungen von Medicproof zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit**
1. Quartal 2017 bis 1. Quartal 2019

Pflege- grade	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	1,4	0,7	4,7	0,9	1,5
	Q2 2017	1,1	1,5	0,8	4,7	0,8	1,6
	Q3 2017	1,2	1,4	0,8	4,3	0,9	1,6
	Q4 2017	1,2	1,5	0,9	4,1	0,9	1,7
	Q1 2018	1,3	1,5	0,8	3,9	0,9	1,7
	Q2 2018	1,3	1,5	0,9	3,9	0,9	1,7
	Q3 2018	1,3	1,5	0,9	3,8	0,9	1,7
	Q4 2018	1,3	1,4	0,8	3,9	0,9	1,7
	Q1 2019	1,3	1,5	0,8	3,8	0,9	1,7
Pflegegrad 2	Q1 2017	2,3	2,8	1,3	10,5	1,7	3,3
	Q2 2017	2,4	2,7	1,4	10,4	1,7	3,3
	Q3 2017	2,4	2,8	1,5	10,0	1,6	3,4
	Q4 2017	2,5	2,9	1,7	9,6	1,6	3,6
	Q1 2018	2,4	2,9	1,6	9,4	1,6	3,6
	Q2 2018	2,4	2,8	1,6	9,3	1,6	3,5
	Q3 2018	2,5	2,9	1,8	9,1	1,6	3,6
	Q4 2018	2,4	2,9	1,8	9,1	1,6	3,5
	Q1 2019	2,4	2,9	1,7	8,9	1,6	3,6

Pflegegrad 3	Q1 2017	4,2	7,6	3,9	18,6	2,3	7,4
	Q2 2017	4,2	7,2	3,9	18,3	2,4	7,3
	Q3 2017	4,3	6,9	3,8	18,4	2,3	7,2
	Q4 2017	4,3	6,9	3,9	18,1	2,4	7,2
	Q1 2018	4,2	6,9	3,9	18,0	2,3	7,3
	Q2 2018	4,3	6,9	4,0	17,9	2,3	7,3
	Q3 2018	4,3	6,9	3,9	17,9	2,3	7,2
	Q4 2018	4,3	6,8	4,0	17,7	2,3	7,2
	Q1 2019	4,2	6,8	3,9	17,5	2,3	7,2
Pflegegrad 4	Q1 2017	7,8	15,5	7,7	32,7	2,7	12,0
	Q2 2017	7,7	15,4	8,1	32,2	2,9	12,0
	Q3 2017	7,7	15,2	7,6	32,3	2,7	12,1
	Q4 2017	7,7	14,7	7,7	32,0	2,8	12,0
	Q1 2018	7,6	15,2	7,6	32,2	2,7	12,2
	Q2 2018	7,5	15,0	7,6	31,9	2,8	12,1
	Q3 2018	7,5	14,8	7,6	31,9	2,7	12,1
	Q4 2018	7,6	14,7	7,3	31,6	2,8	12,0
	Q1 2019	7,5	14,8	7,4	31,5	2,8	12,0

Pflegegrad 5	Q1 2017	13,3	23,9	8,6	45,9	3,6	15,6
	Q2 2017	13,2	23,2	8,5	45,6	3,6	15,5
	Q3 2017	13,1	23,9	8,3	45,7	3,5	15,8
	Q4 2017	13,0	23,7	9,0	45,3	3,5	15,8
	Q1 2018	13,0	23,8	8,4	45,5	3,4	15,8
	Q2 2018	12,9	24,0	8,3	45,3	3,4	15,8
	Q3 2018	13,0	23,9	8,2	45,4	3,4	15,8
	Q4 2018	13,0	24,1	8,3	45,4	3,4	15,9
	Q1 2019	12,9	23,8	8,4	45,4	3,4	15,8

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

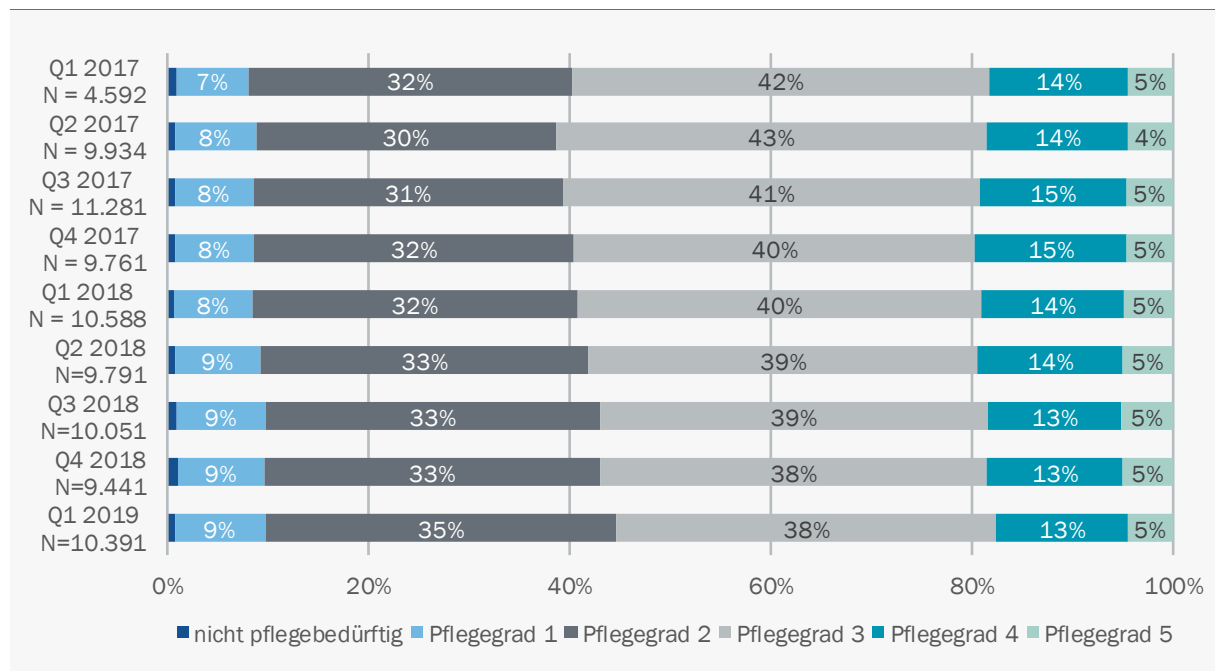
* Modul 1: Mobilität, Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Modul 4: Selbstversorgung, Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens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

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung von Medicproof

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

Abbildung 39: Ergebnisse der Erstbegutachtungen* von Medicproof zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit von Personen mit mindestens erheblichen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens 7,5 gewichtete Punkte) in den Modulen 2 oder 3 (Einstufung in Pflegegrade in %)

1. Quartal 2017 bis 1. Quartal 2019

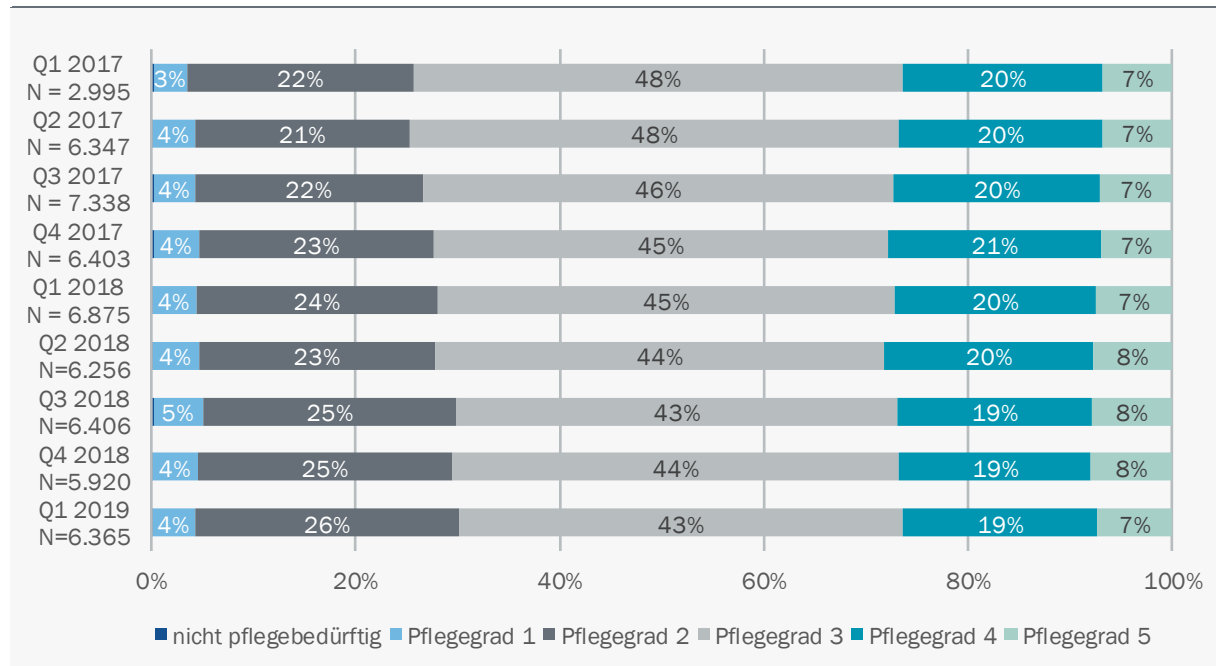


* Es sind auch Begutachtungen von Antragstellenden enthalten, die vorher abgewiesen wurden.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung von Medicproof

Abbildung 40: Ergebnisse der Erstbegutachtungen* von Medicproof zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit von Personen mit mindestens schweren Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (mindestens 11,25 gewichtete Punkte) in den Modulen 2 oder 3 (Einstufung in Pflegegrade in %)

1. Quartal 2017 bis 1. Quartal 2019

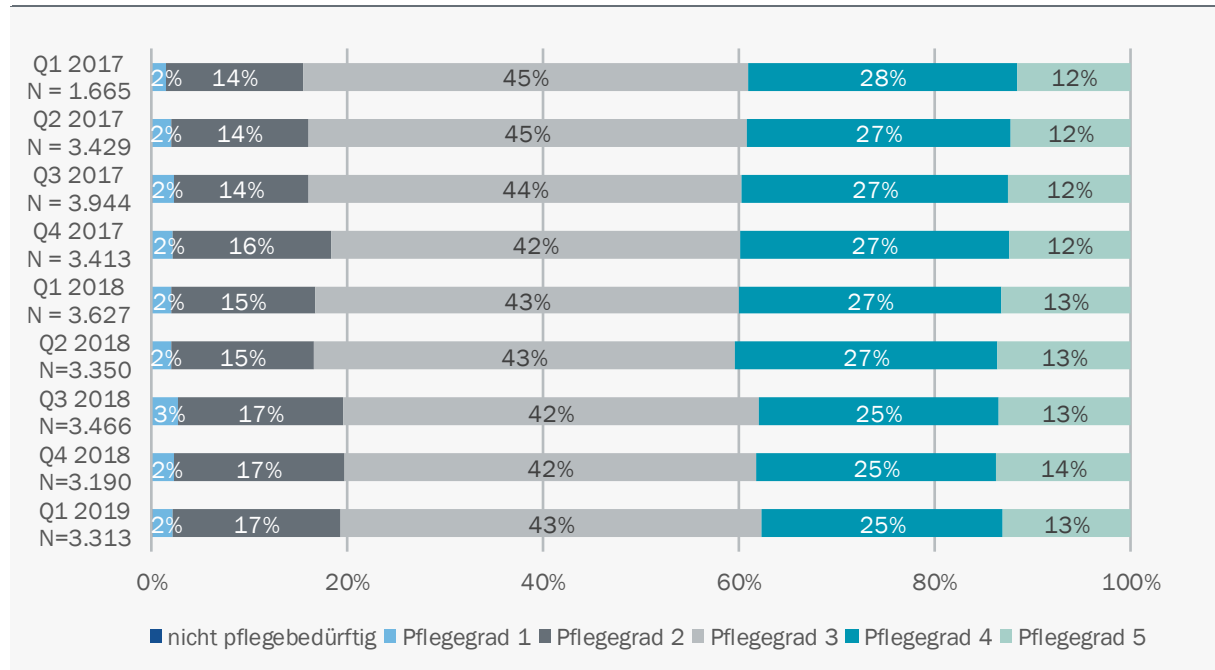


* Es sind auch Begutachtungen von Antragstellenden enthalten, die vorher abgewiesen wurden.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung von Medicproof

Abbildung 41: Ergebnisse der Erstbegutachtungen* von Medicproof zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit von Personen mit schwersten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten (15 gewichtete Punkte) in den Modulen 2 oder 3 (Einstufung in Pflegegrade in %)

1. Quartal 2017 bis 1. Quartal 2019

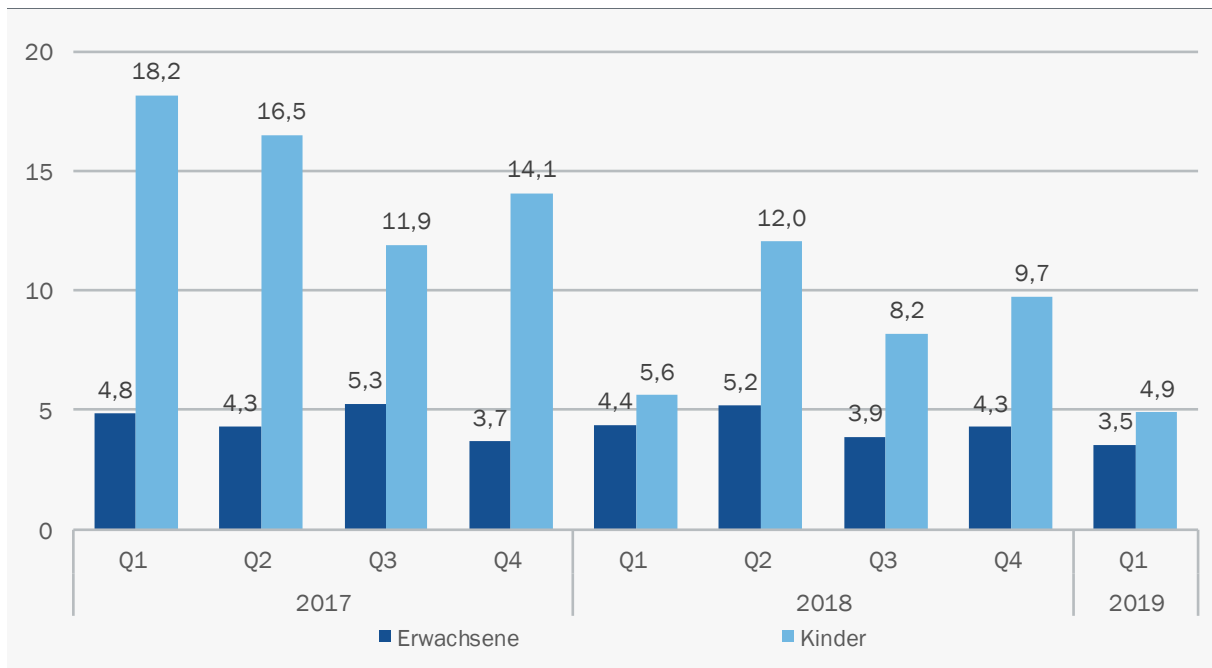


* Es sind auch Begutachtungen von Antragstellenden enthalten, die vorher abgewiesen wurden.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung von Medicproof

Berücksichtigung besonderer Bedarfskonstellationen

Abbildung 42: Anzahl der Erstbegutachtungen von Medicproof zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei Erwachsenen und Kindern mit besonderen Bedarfskonstellationen gem. § 15 Abs. 4 SGB XI je 1.000 Erstbegutachtungen
1. Quartal 2017 bis 1. Quartal 2019



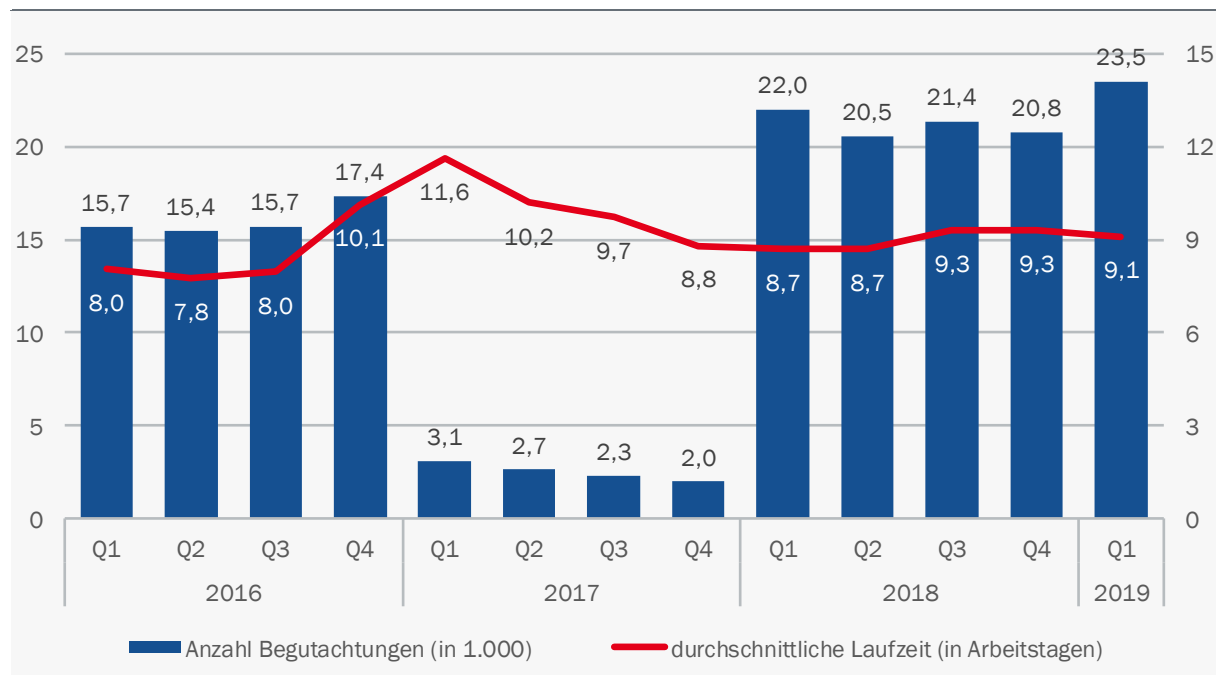
Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung von Medicproof

3.4.4 Laufzeiten der Begutachtungsverfahren

Fälle ohne Verzögerungen im Verfahren

Abbildung 43: Anzahl (linke Achse, in 1.000) und durchschnittliche Laufzeiten (rechte Achse, in Arbeitstagen) der Begutachtungen von Medicproof mit einer 25-Arbeitstage-Frist (insoweit war im Jahr 2017 ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf erforderlich)* – nur Begutachtungen ohne Verzögerungen im Verfahren

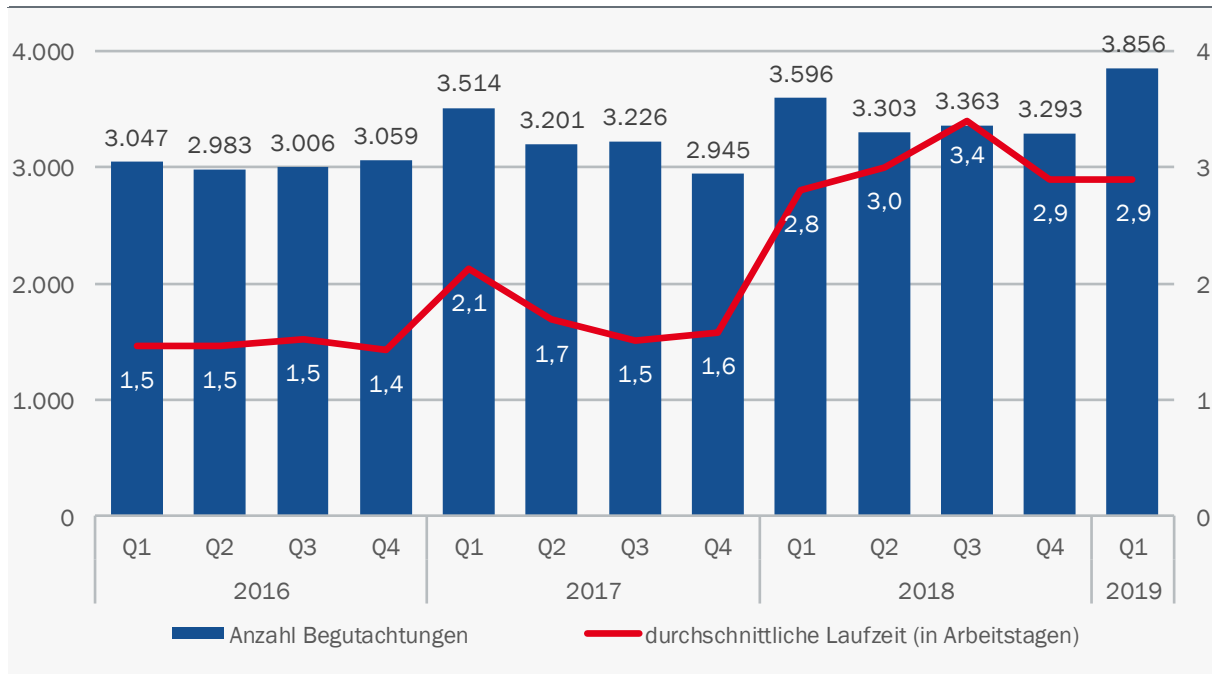
1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019



* Die 25-Arbeitstage-Frist war vom 01.11.2016 bis zum 31.12.2017 für Fälle ohne besonders dringlichen Entscheidungsbedarf unbeachtlich. Begutachtungen mit besonders dringlichem Entscheidungsbedarf wurden nur für das Jahr 2017 ausgewiesen. Nicht ausgewiesen sind die bereits im November und Dezember 2016 durchgeführten Begutachtungen mit einem besonders dringlichen Entscheidungsbedarf. Im vierten Quartal 2016 wurden bereits 1.111 Begutachtungen mit dringlichem Entscheidungsbedarf mit einer durchschnittlichen Laufzeit von 9,0 Arbeitstagen durchgeführt.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung von Medicproof

Abbildung 44: Anzahl (linke Achse) und durchschnittliche Laufzeiten (rechte Achse, in Arbeitstagen) der Begutachtungen von Medicproof mit einer 1-Wochen-Frist – nur Begutachtungen ohne Verzögerungen im Verfahren
1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019

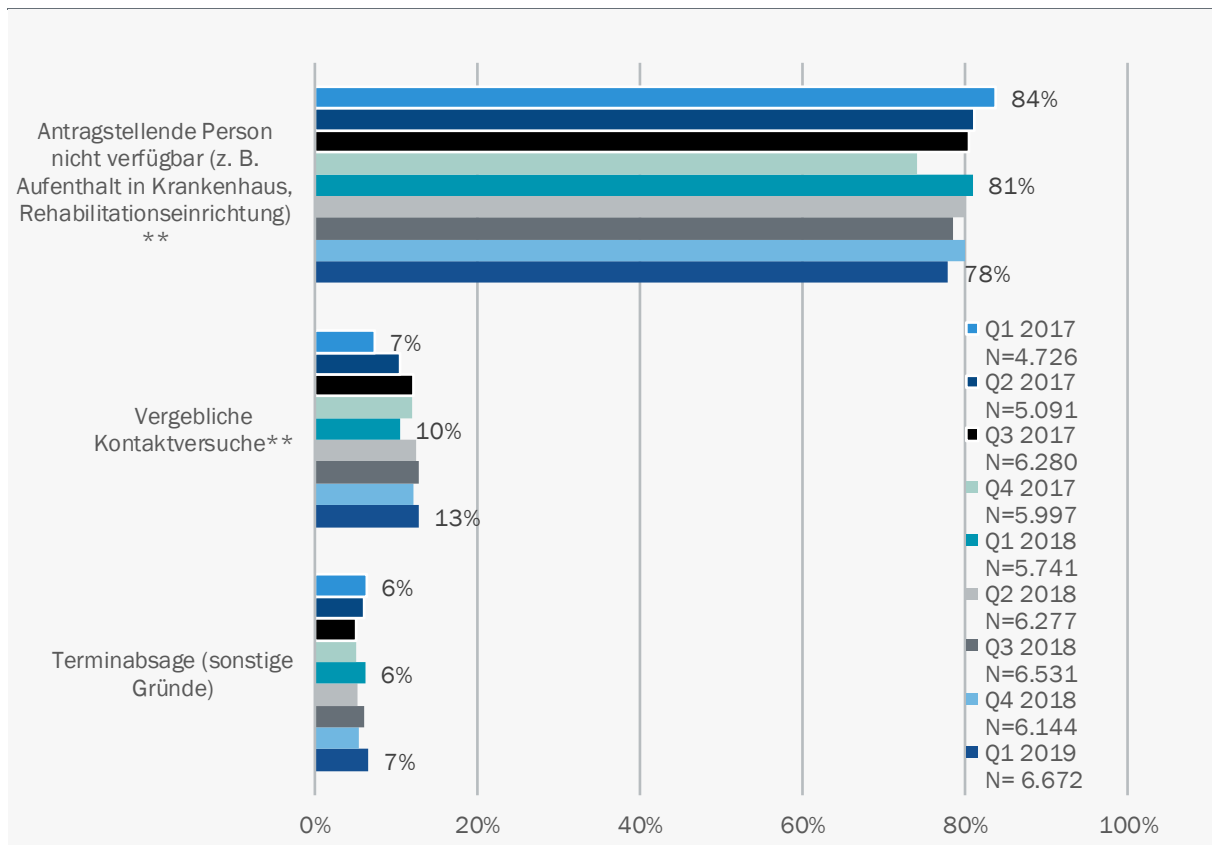


Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung von Medicproof

Fälle mit Verzögerungen im Verfahren

Abbildung 45: Gründe für Verzögerungen im Begutachtungsverfahren von Medicproof bei Regelbegutachtungen mit Verzögerungen (Anteil* an Regelbegutachtungen insgesamt in %)

1. Quartal 2017 bis 1. Quartal 2019



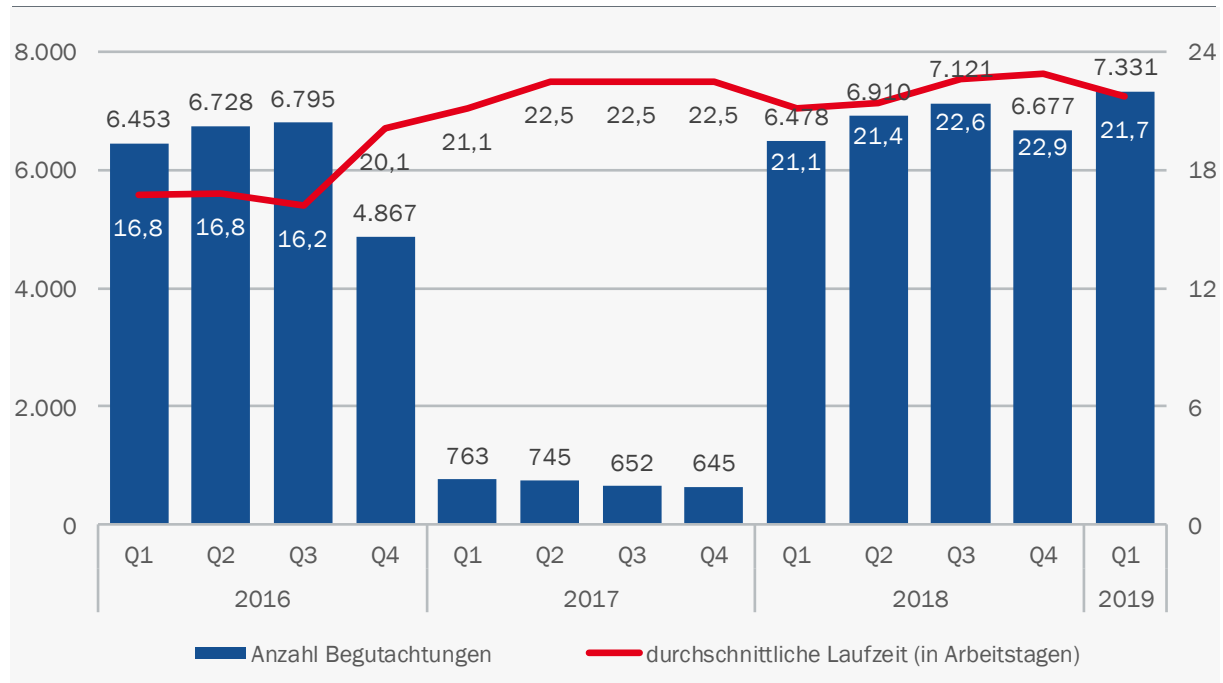
* Mehrfachnennungen je Gutachten möglich.

** Diese Gründe können auf dem Formulargutachten nicht angekreuzt werden, sondern wurden von den Gutachterinnen und Gutachtern im Erläuterungsfeld angegeben. Medicproof wertet die angekreuzten Gründe und Erläuterungen kombiniert aus.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung von Medicproof

Abbildung 46: Anzahl (linke Achse) und durchschnittliche Laufzeiten (rechte Achse, in Arbeitstagen) der Begutachtungen von Medicproof mit einer 25-Arbeitstage-Frist (insoweit war im Jahr 2017 ein besonders dringlicher Entscheidungsbedarf erforderlich)* – nur Begutachtungen mit Verzögerungen im Verfahren

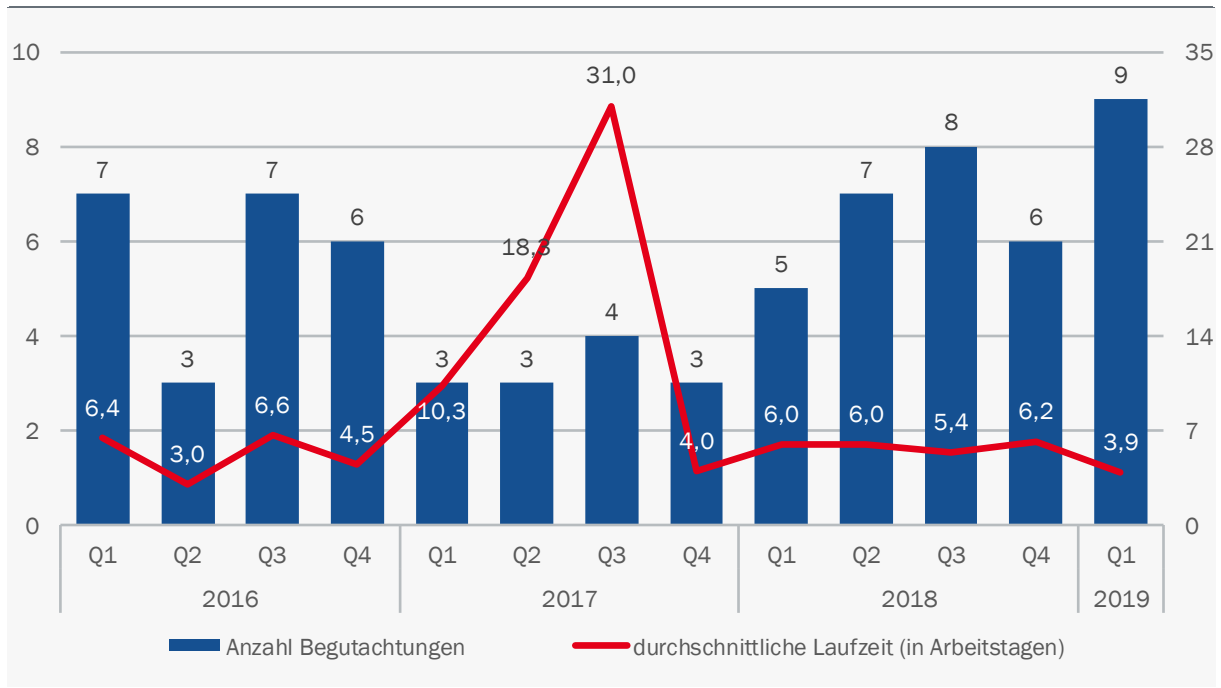
1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019



* Die 25-Arbeitstage-Frist war vom 01.11.2016 bis zum 31.12.2017 unbeachtlich. Begutachtungen mit besonders dringlichem Entscheidungsbedarf wurden nur für das Jahr 2017 ausgewiesen. Nicht in der Abbildung ausgewiesen sind entsprechend die 155 Begutachtungen mit einem besonders dringlichen Entscheidungsbedarf, die bereits im vierten Quartal 2016 mit einer durchschnittlichen Laufzeit von 14,6 Tagen bei Medicproof durchgeführt worden sind.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung von Medicproof

Abbildung 47: Anzahl (linke Achse) und durchschnittliche Laufzeiten (rechte Achse, in Arbeitstagen) der Begutachtungen von Medicproof mit einer 1-Wochen-Frist – nur Begutachtungen mit Verzögerungen im Verfahren
1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019



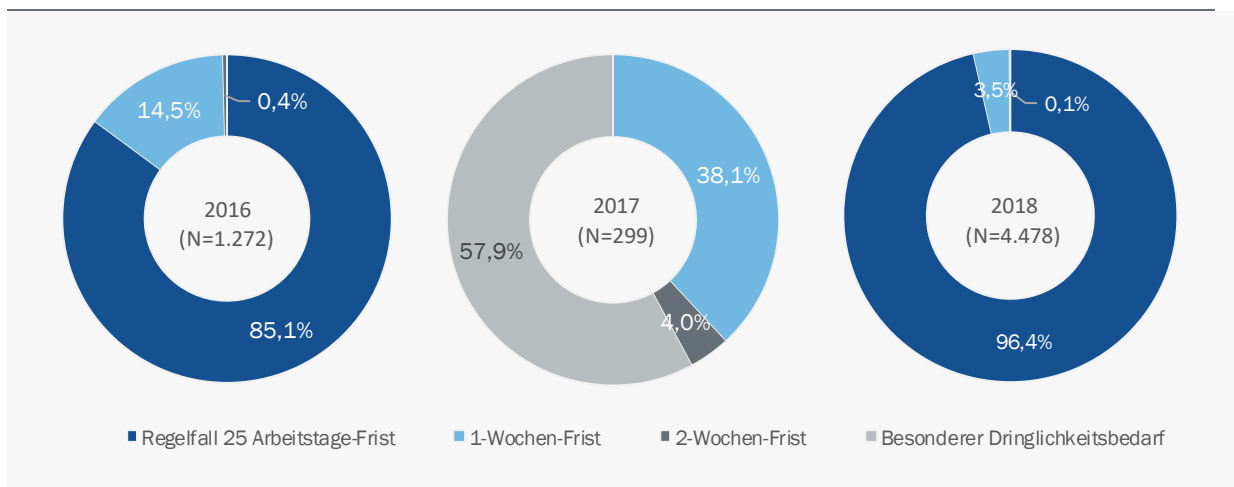
Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung von Medicproof

3.5 Fristüberschreitungen und Strafzahlungen

Fristüberschreitungen und Strafzahlungen bei den privaten Versicherungsunternehmen

Abbildung 48: Anteil der unterschiedlichen Bearbeitungs- bzw. Begutachtungsfristen an den durch die privaten Versicherungsunternehmen zu vertretenden Fristüberschreitungen bei Anträgen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (in %)

2016, 2017 und 2018

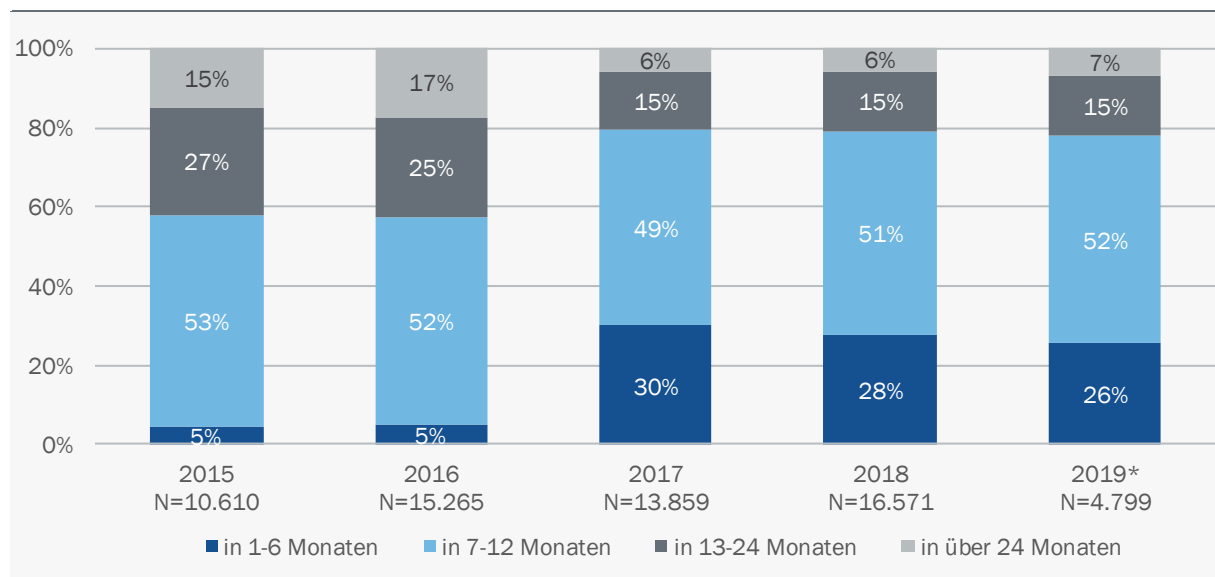


Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung des PKV-Verbandes

3.6 Leistungsentscheidungen: Befristungen und Befristungsdauern

Empfohlene Wiederholungsbegutachtungen durch Medicproof

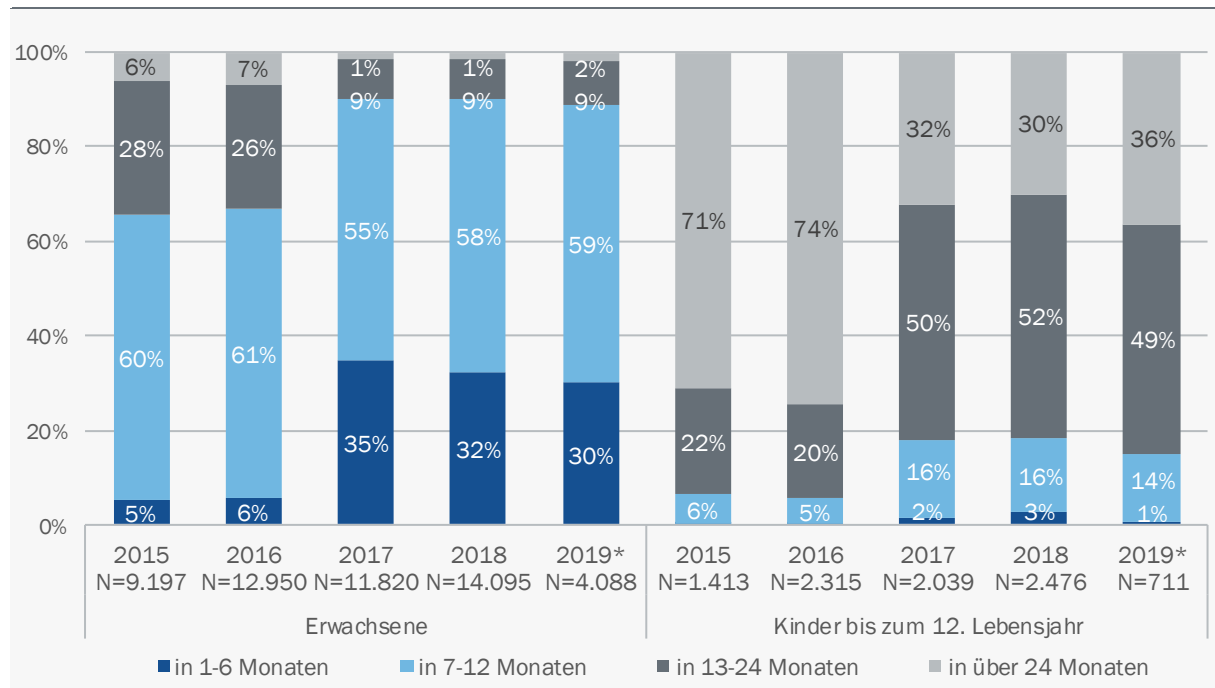
Abbildung 49: Verteilung der Zeiträume, für die die Gutachterinnen und Gutachter von Medicproof bei Begutachtungen Wiederholungsbegutachtungen empfohlen haben (in %)
2015 bis 2019*



* Die Daten für das Jahr 2019 umfassen lediglich die Daten für das erste Quartal 2019.

Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung von Medicproof

Abbildung 50: Verteilung der Zeiträume, für die die Gutachterinnen und Gutachter von Medicproof bei Begutachtungen Wiederholungsbegutachtungen empfohlen haben nach Begutachtungen von Erwachsenen und Kindern unter 12 Jahren (in %)
2015 bis 2019*



* Die Daten für das Jahr 2019 umfassen lediglich die Daten für das erste Quartal 2019.

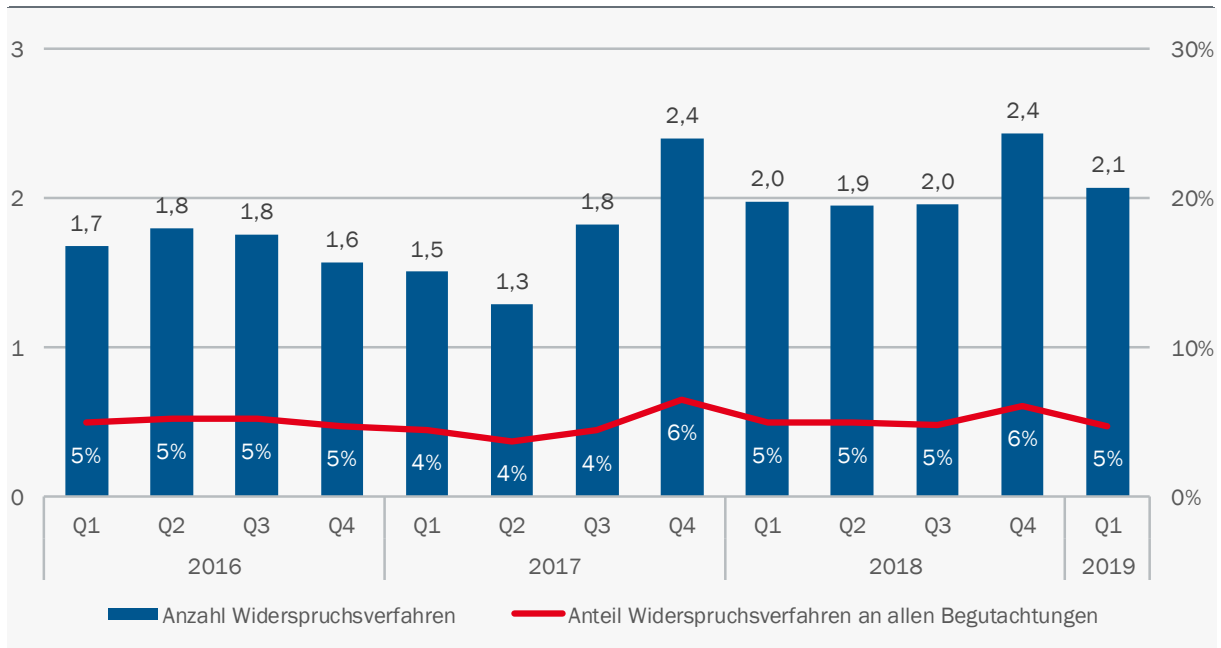
Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung des PKV-Verbandes

3.7 Widerspruchsverfahren

Anzahl und Ergebnisse der Widerspruchsverfahren bei Medicproof

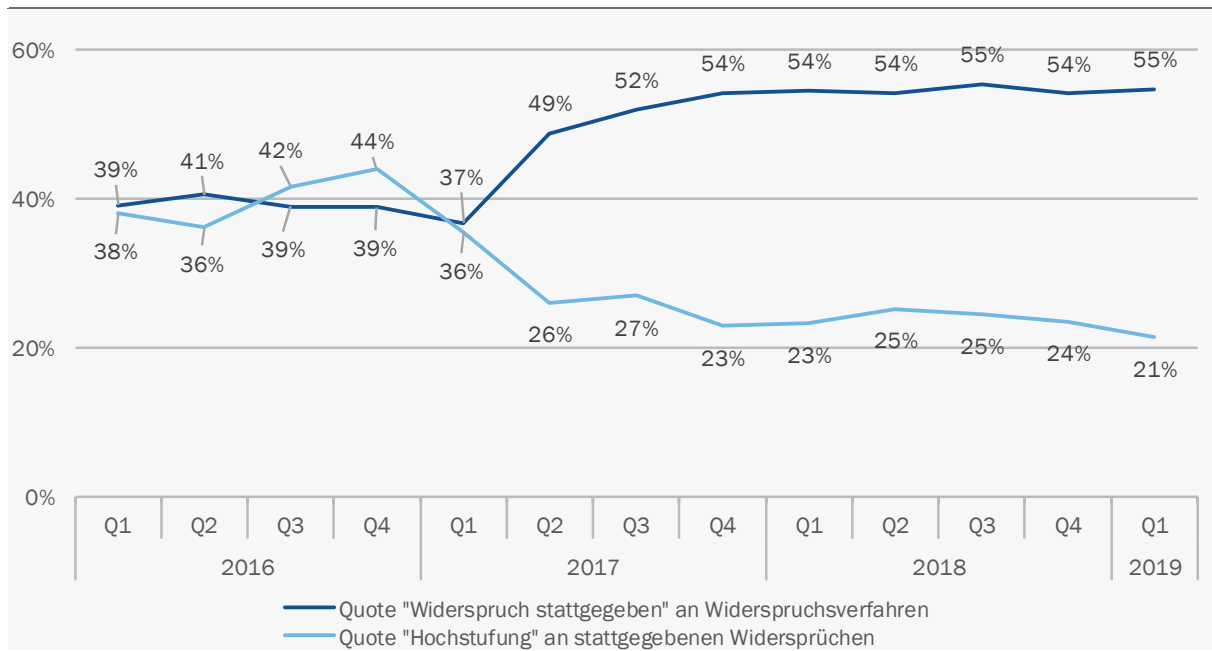
Abbildung 51: Anzahl der Widerspruchsverfahren bei Medicproof (in 1.000) und Anteil an allen Begutachtungen (in %)

1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019



Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung von Medicproof

Abbildung 52: Anteil der von Medicproof bearbeiteten Widersprüche, denen stattgegeben worden ist, und Anteil der stattgegebenen Widersprüche, bei denen eine Hochstufung wegen der Verschlechterung des Gesundheitszustandes erfolgt ist (in %)
1. Quartal 2016 bis 1. Quartal 2019



Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung von Medicproof

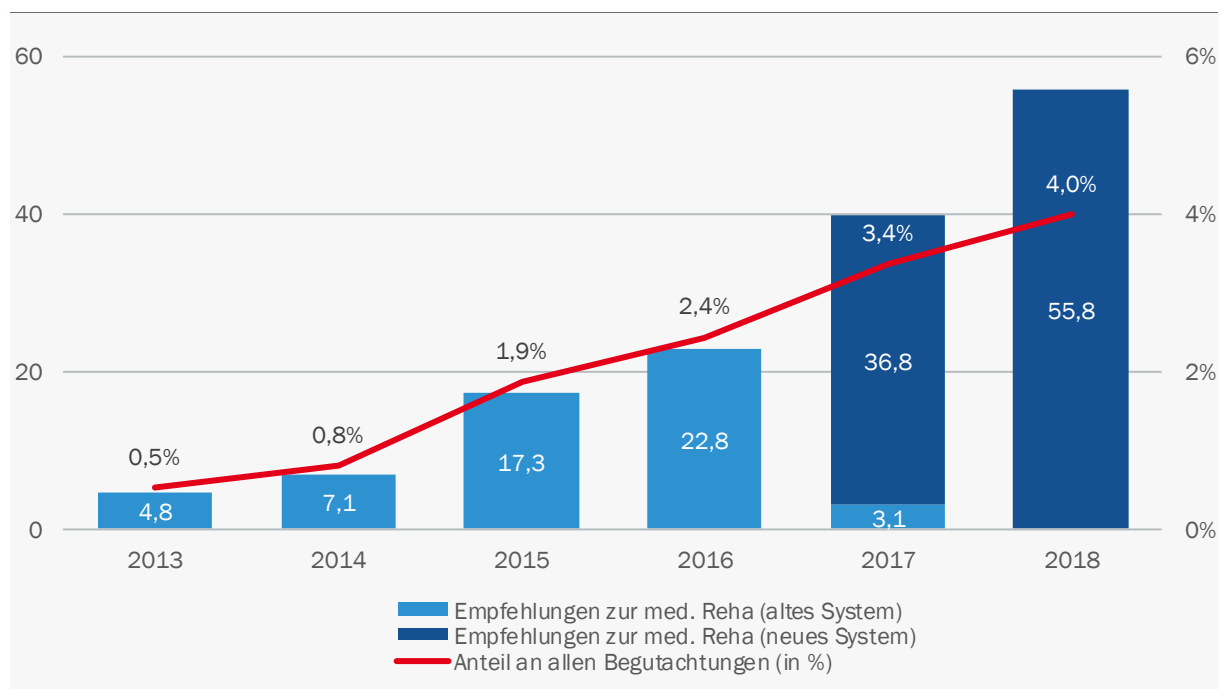
4 Anhang zu Berichtskapitel 3.4: Empfehlungen bzgl. Rehabilitation, Prävention und Hilfsmitteln bzw. Pflegehilfsmitteln

4.1 Leistungen der medizinischen Rehabilitation

4.1.1 Empfehlungen der MDK

Differenzierung der Empfehlungen nach Begutachtungen für ambulante und für stationäre Leistungen

Abbildung 53: Anzahl der Empfehlungen für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI bei Begutachtungen für ambulante Leistungen (linke Achse, in 1.000) und Anteil an allen Begutachtungen* der MDK für ambulante Leistungen (rechte Achse, in %), altes und neues Begutachtungsverfahren**
2013 bis 2018

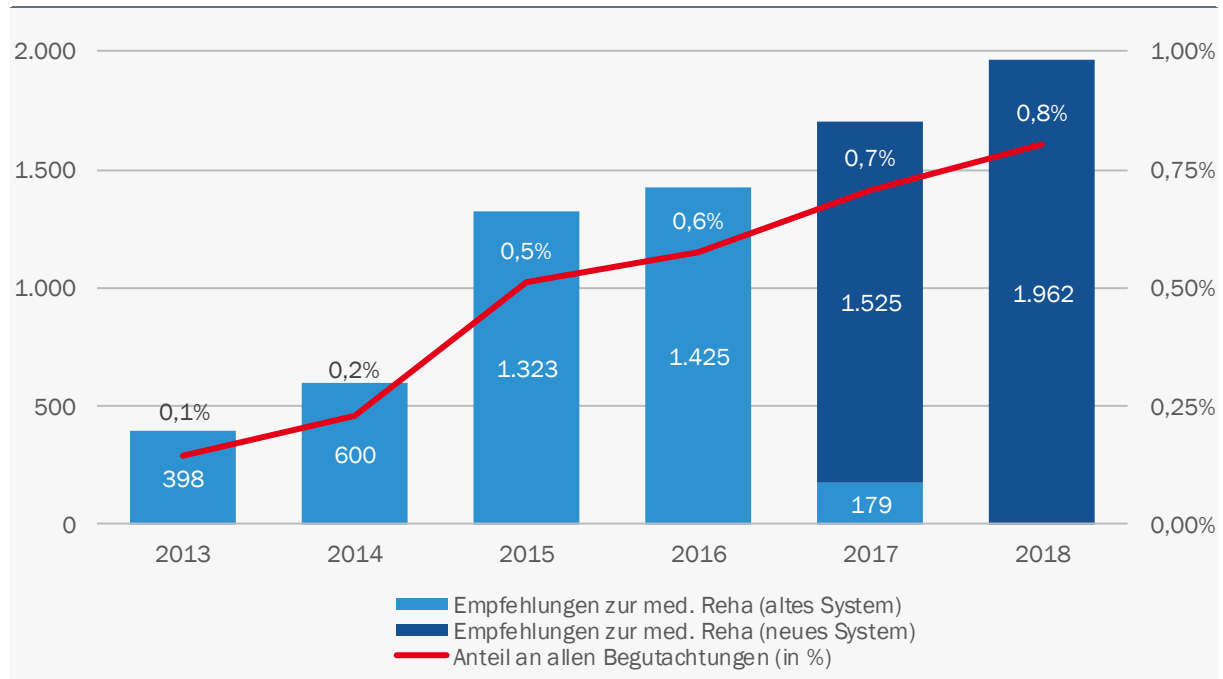


* Grundgesamtheit sind alle Gutachten nach 6.1.1 (Gutachten nach Hausbesuch) und 6.1.2 (Gutachten nach Aktenlage) der BRi ohne Gutachten nach Aktenlage, bei welchen der Antragstellende verstorben ist oder die persönliche Befunderhebung nicht zumutbar ist. Die Empfehlungen beziehen sich nur auf Personen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

Abbildung 54: Anzahl der Empfehlungen für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI bei Begutachtungen für stationäre Leistungen (linke Achse) und Anteil an allen Begutachtungen* der MDK für stationäre Leistungen (rechte Achse, in %), altes und neues Begutachtungsverfahren 2013 bis 2018**



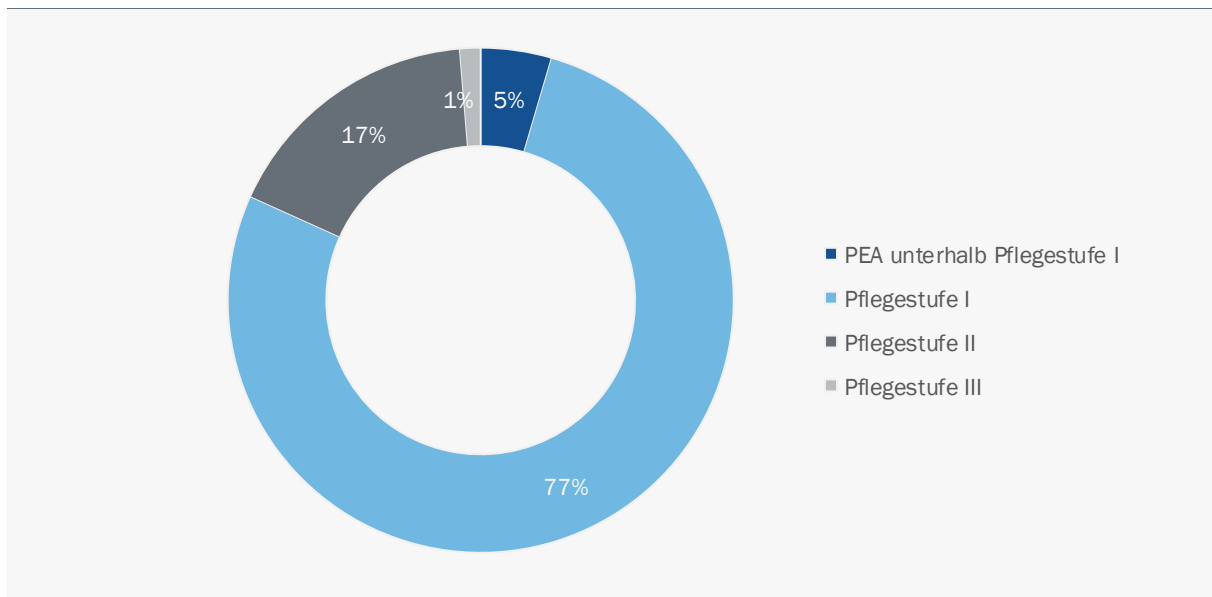
* Grundgesamtheit sind alle Gutachten nach 6.1.1 (Gutachten nach Hausbesuch) und 6.1.2 (Gutachten nach Aktenlage) der BRI ohne Gutachten nach Aktenlage, bei welchen der Antragstellende verstorben ist oder die persönliche Befunderhebung nicht zumutbar ist. Die Empfehlungen beziehen sich nur auf Personen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

Differenzierung der Empfehlungen nach Pflegestufen bzw. Pflegegraden

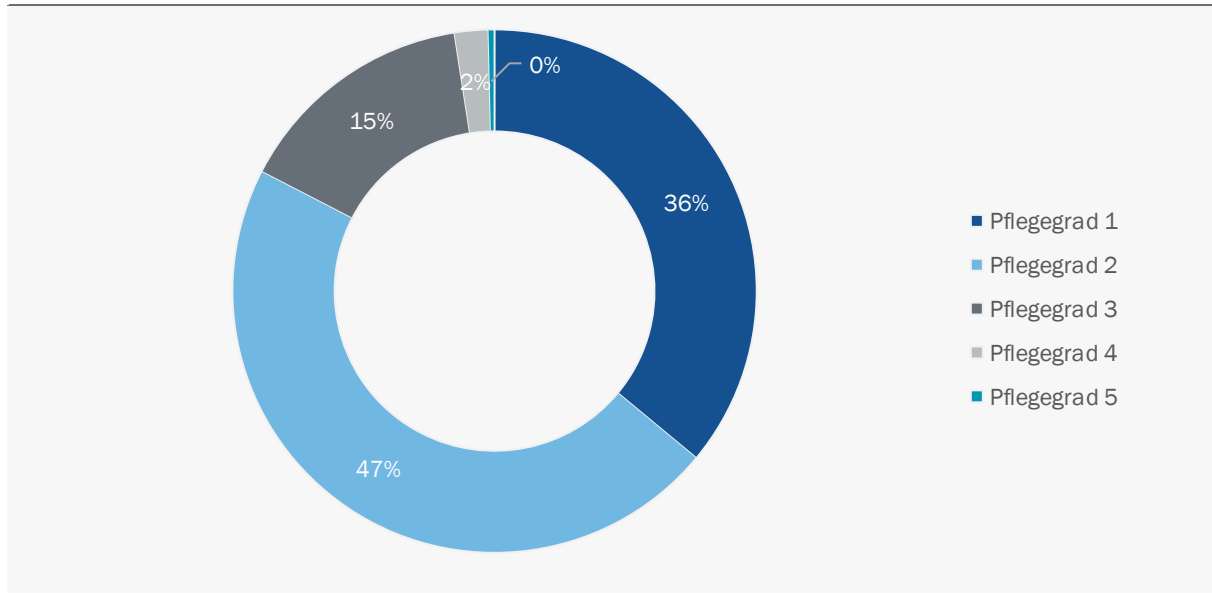
Abbildung 55: Verteilung der Empfehlungen für Leistungen der medizinischen Rehabilitation der MDK für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI über die Pflegestufen (in %), altes Begutachtungsverfahren* 2013 bis 2017



* Antragstellung bis 31.12.2016.

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

Abbildung 56: Verteilung der Empfehlungen für Leistungen der medizinischen Rehabilitation der MDK für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI über die Pflegegrade (in %), neues Begutachtungsverfahren* 2017 und 2018



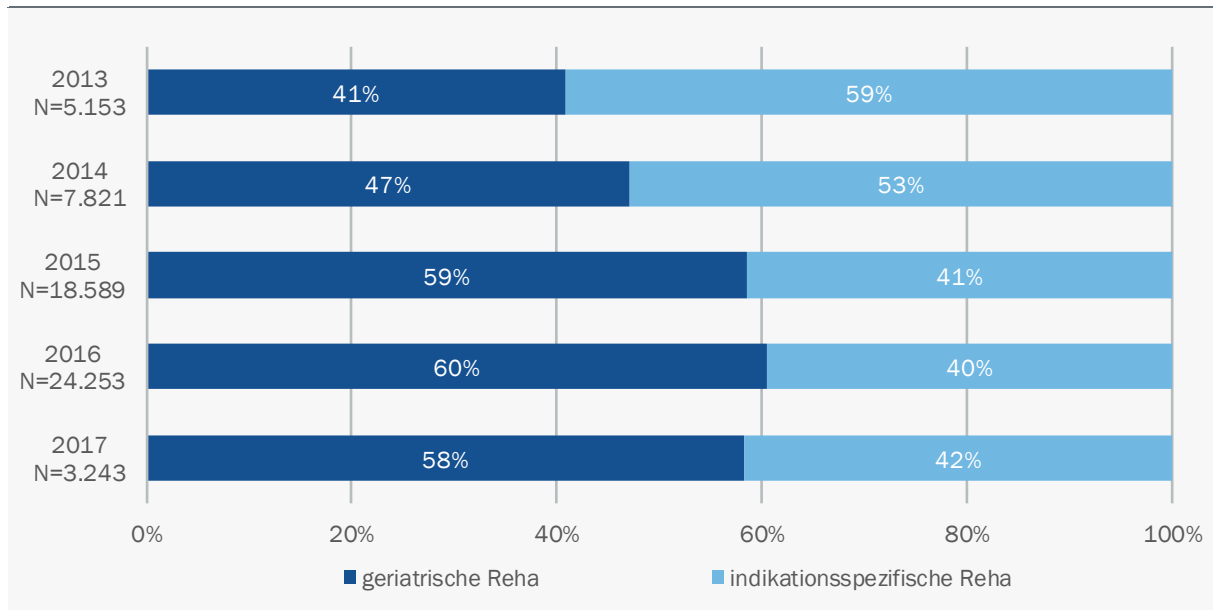
* Antragstellung ab 01.01.2017.

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

Differenzierung der Empfehlungen nach Rehabilitationsart (geriatrisch, indikationsspezifisch)

Abbildung 57: Verteilung der Empfehlungen der MDK für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI über alle Rehabilitationsarten, altes Begutachtungsverfahren*

2017 bis 2017

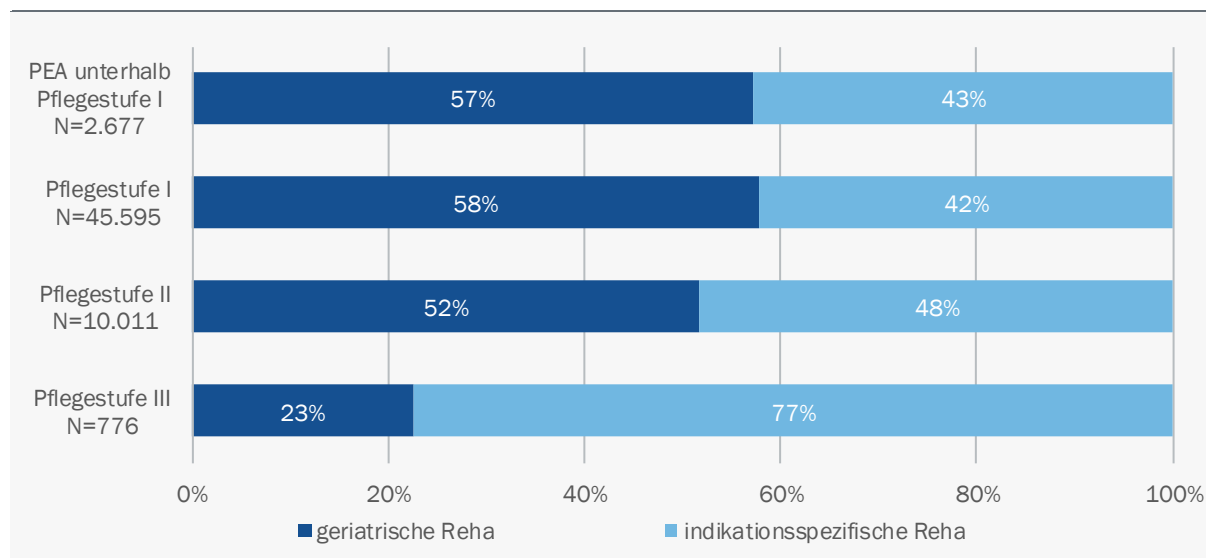


* Antragstellung bis 31.12.2016.

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

Abbildung 58: Verteilung der Empfehlungen der MDK für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI über alle Rehabilitationsarten nach Pflegestufen, altes Begutachtungsverfahren*

2013 bis 2017

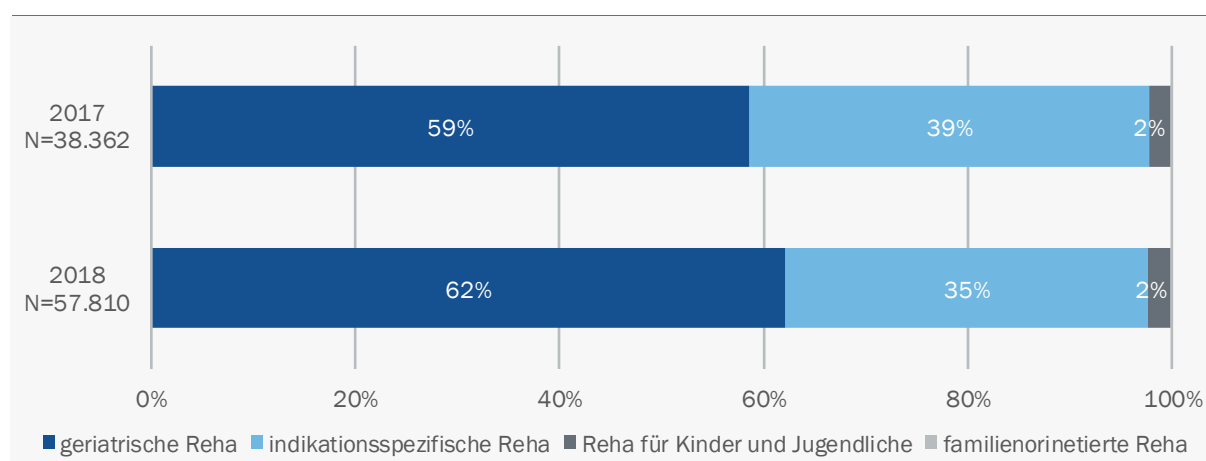


* Antragstellung bis 31.12.2016.

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

Abbildung 59: Verteilung der Empfehlungen der MDK für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI über die Rehabilitationsarten, neues Begutachtungsverfahren*

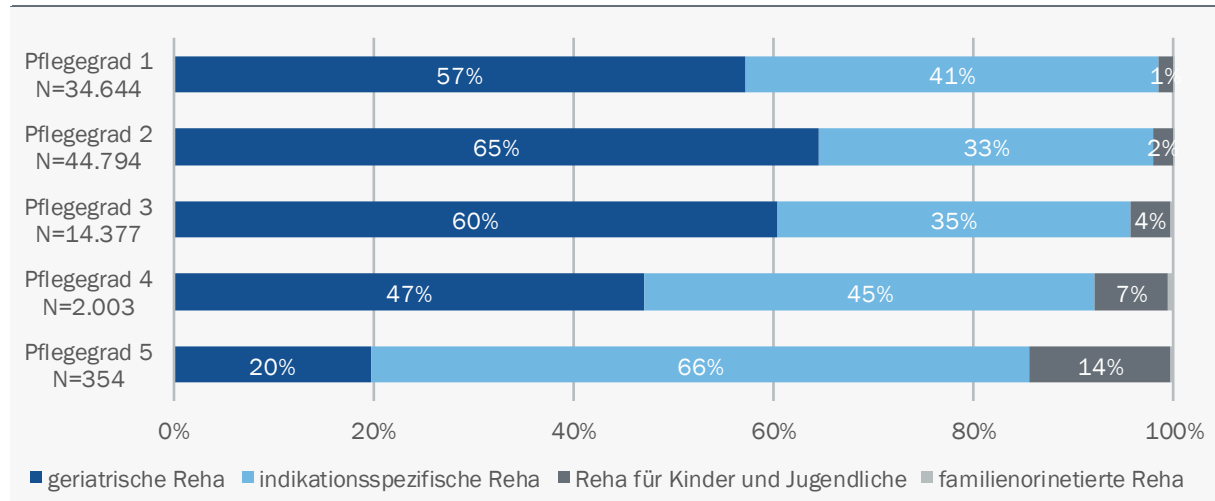
2017 und 2018



* Antragstellung ab 01.01.2017.

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

Abbildung 60: Verteilung der Empfehlungen der MDK für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI über alle Rehabilitationsarten nach Pflegegraden, neues Begutachtungsverfahren*
2017 und 2018

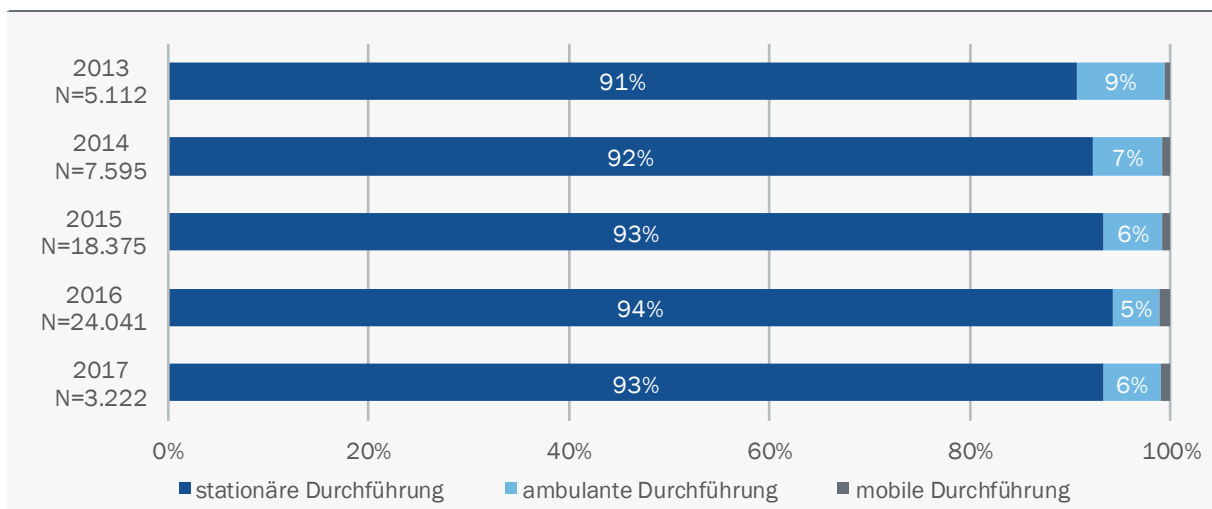


* Antragstellung ab 01.01.2017.

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

Differenzierung der Empfehlungen nach Rehabilitationsform (ambulant, stationär, mobil) insgesamt und nach Pflegestufen bzw. Pflegegraden

Abbildung 61: Verteilung der Empfehlungen der MDK für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI über die Rehabilitationsformen, altes Begutachtungsverfahren*
2013 bis 2017

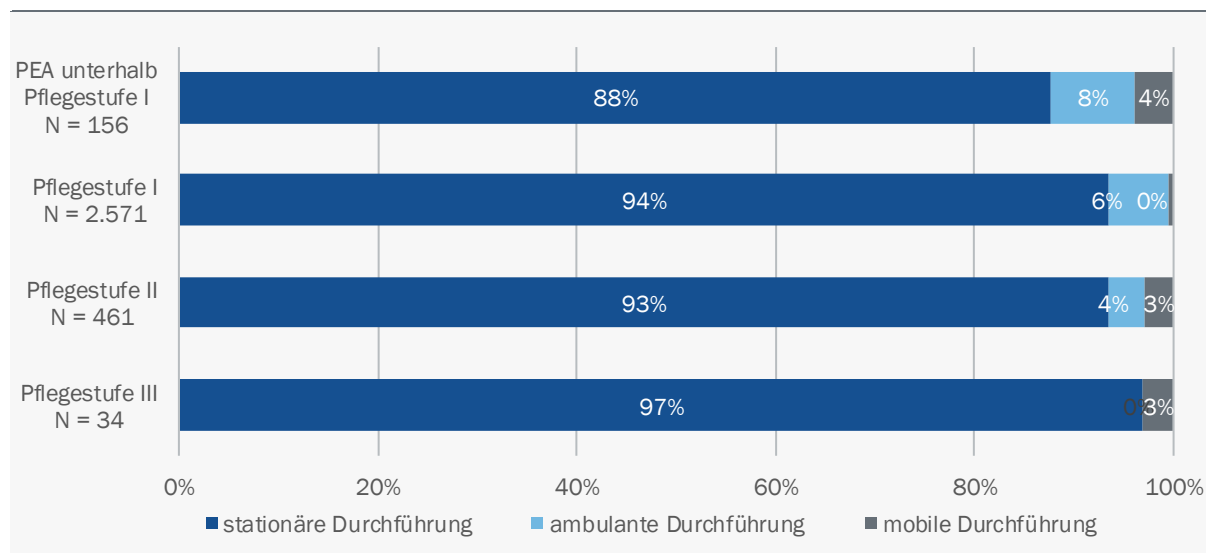


* Antragstellung bis 31.12.2016.

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

Abbildung 62: Verteilung der Empfehlungen der MDK für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI über alle Rehabilitationsformen nach Pflegestufen, altes Begutachtungsverfahren*

2013 bis 2017

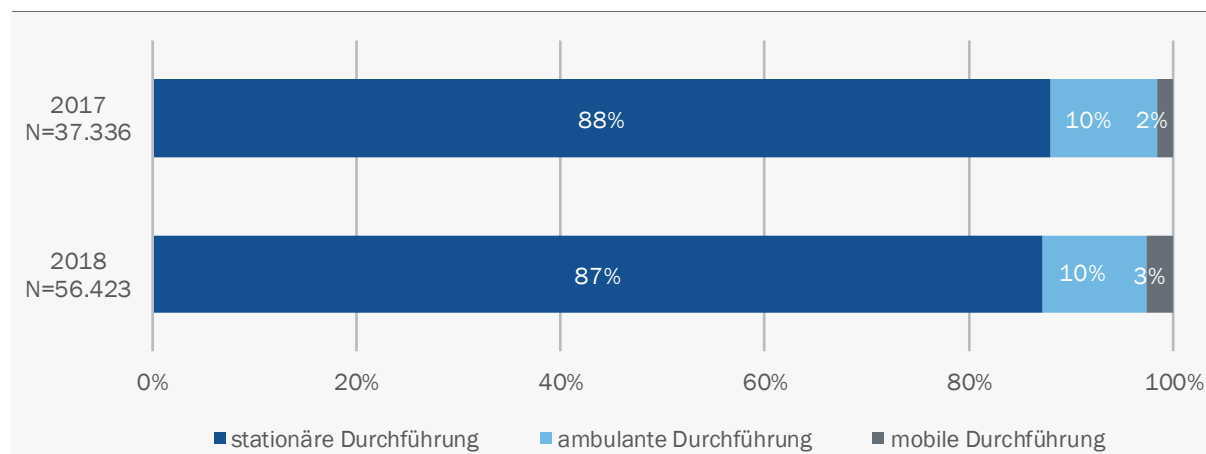


* Antragstellung bis 31.12.2016.

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

Abbildung 63: Verteilung der Empfehlungen der MDK für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI über die Rehabilitationsformen, neues Begutachtungsverfahren*

2017 und 2018

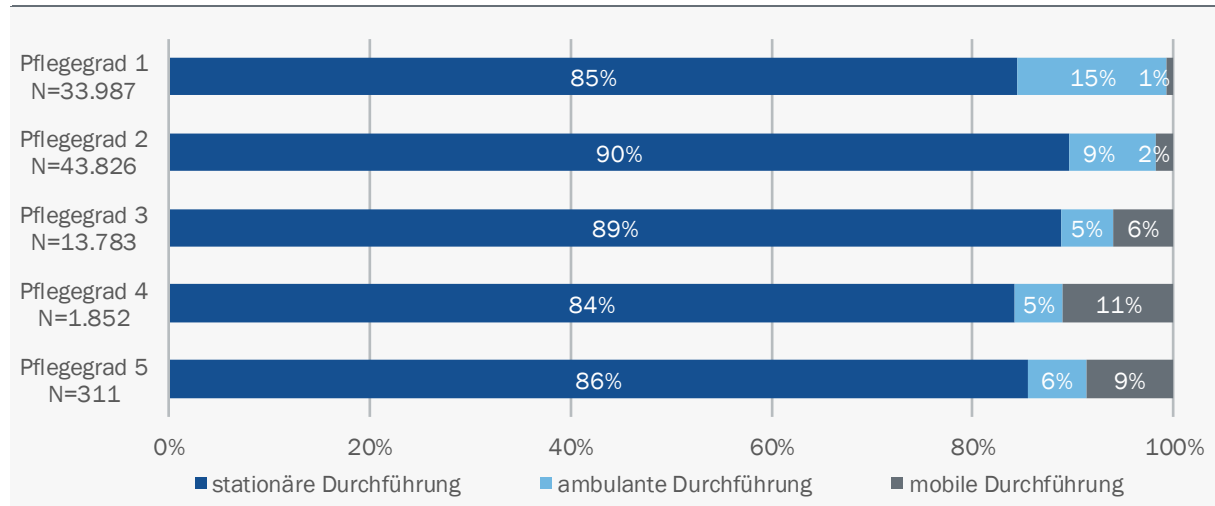


* Antragstellung ab 01.01.2017.

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

Abbildung 64: Verteilung der Empfehlungen der MDK für Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI über die Rehabilitationsformen nach Pflegegraden, neues Begutachtungsverfahren*

2017 und 2018



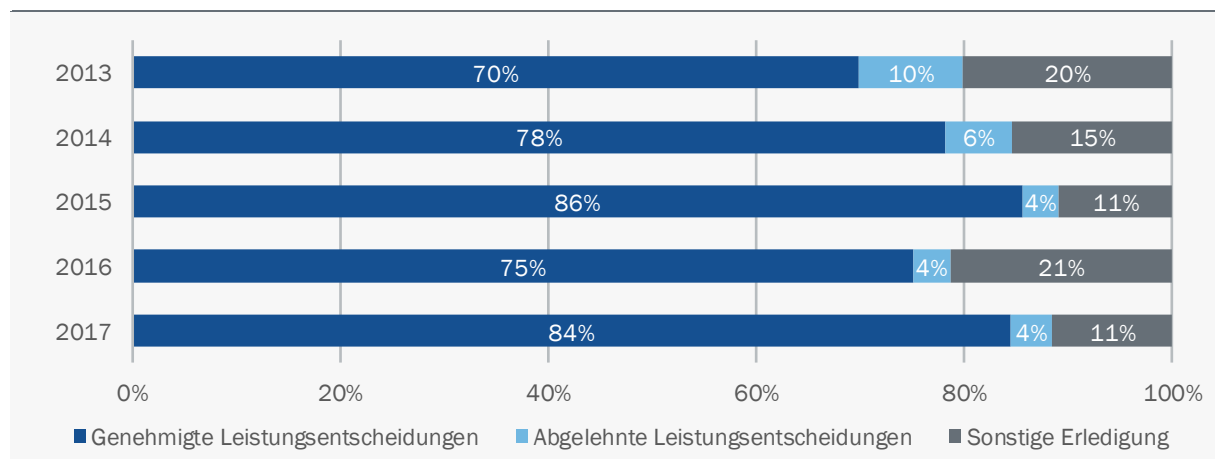
* Antragstellung ab 01.01.2017.

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

4.1.2 Tatsächlich durchgeführte Leistungen der medizinischen Rehabilitation

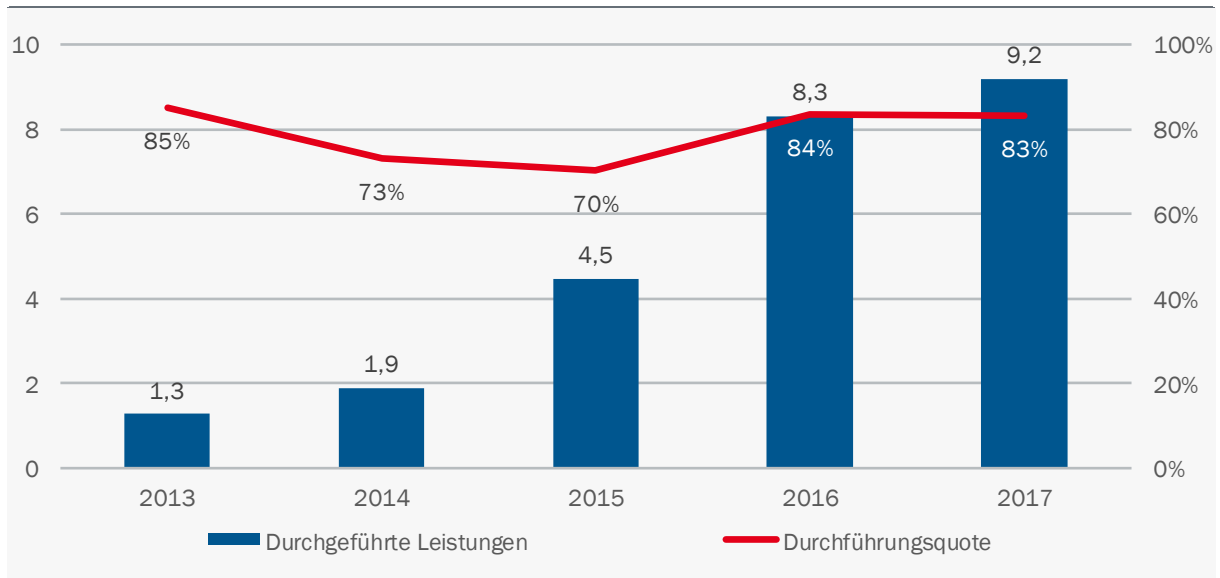
Abbildung 65: Entwicklung der Anteile der Ergebnisse der Leistungsentscheidungen zur medizinischen Rehabilitation (in %)

2013 bis 2017



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

Abbildung 66: Anzahl der durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (in 1.000) und Anteil der durchgeführten Maßnahmen an alle genehmigten Leistungsentscheidungen (in %) 2013 bis 2017



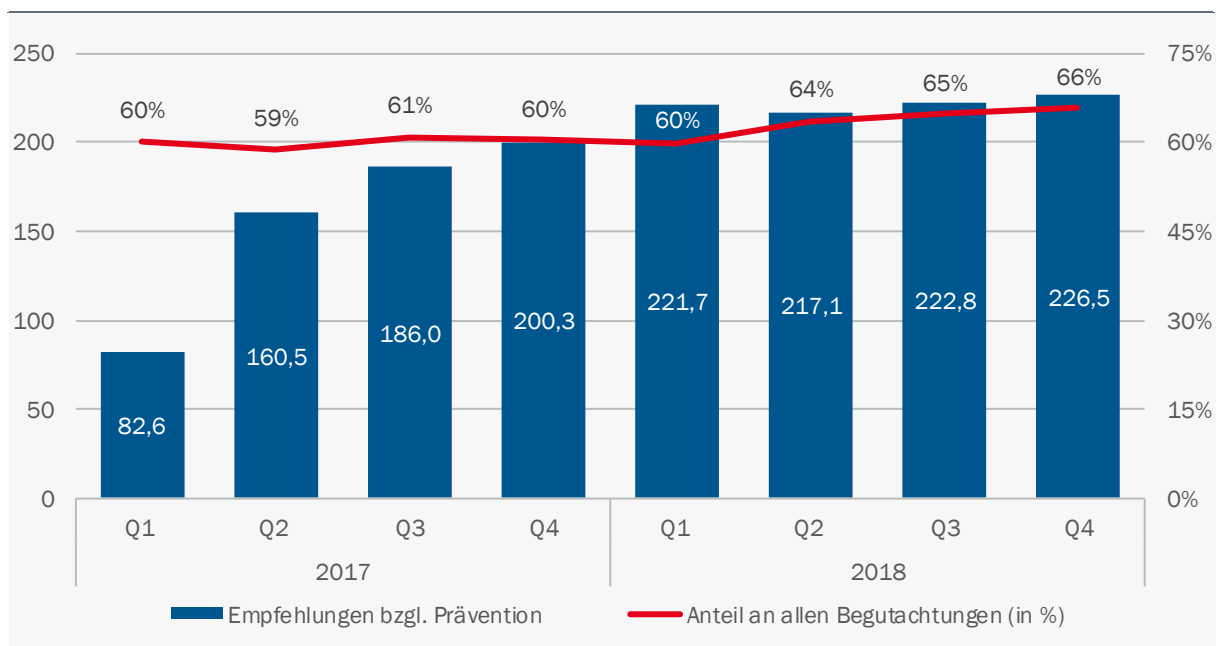
Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung des GKV-Spitzenverbandes

4.2 Maßnahmen der Prävention

Differenzierung der Empfehlungen nach Begutachtungen für ambulante und für stationäre Leistungen

Abbildung 67: Anzahl der Empfehlungen für Maßnahmen der Prävention für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI bei Begutachtungen für ambulante Leistungen (linke Achse, in 1.000) und Anteil an allen Begutachtungen* der MDK für ambulante Leistungen (rechte Achse, in %), neues Begutachtungsverfahren**

1. Quartal 2017 bis 4. Quartal 2018

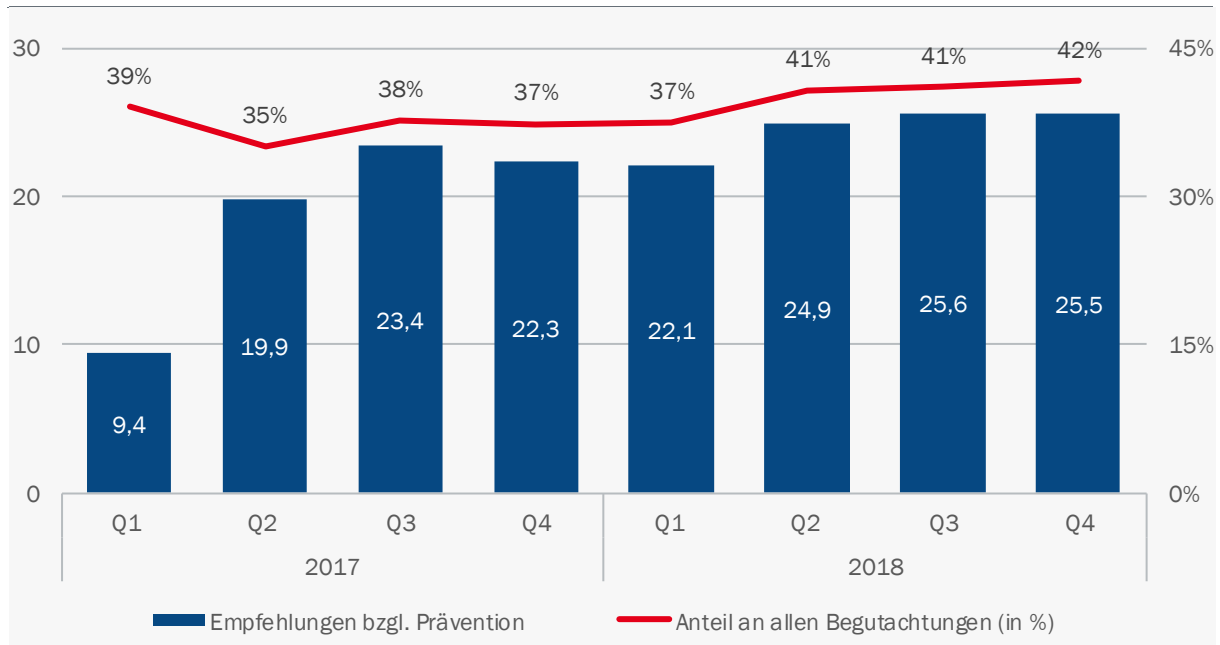


* Grundgesamtheit sind alle Gutachten nach 6.1.1 (Gutachten nach Hausbesuch) und 6.1.2 (Gutachten nach Aktenlage) der BRi ohne Gutachten nach Aktenlage, bei welchen der Antragstellende verstorben ist oder die persönliche Befunderhebung nicht zumutbar ist. Die Empfehlungen beziehen sich nur auf Personen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

** Antragstellung ab dem 01.01.2017.

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

Abbildung 68: Anzahl der Empfehlungen für Maßnahmen der Prävention für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI bei Begutachtungen für stationäre Leistungen (linke Achse, in 1.000) und Anteil an allen Begutachtungen* der MDK für stationäre Leistungen (rechte Achse, in %), neues Begutachtungsverfahren**
1. Quartal 2017 bis 4. Quartal 2018



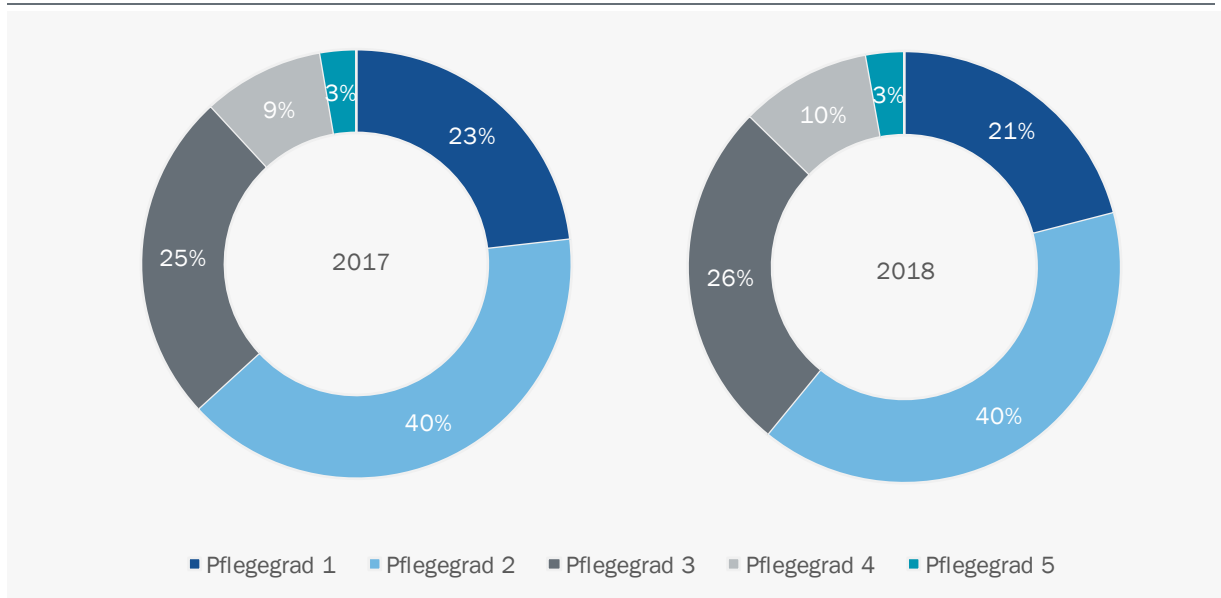
* Grundgesamtheit sind alle Gutachten nach 6.1.1 (Gutachten nach Hausbesuch) und 6.1.2 (Gutachten nach Aktenlage) der BRi ohne Gutachten nach Aktenlage, bei welchen der Antragstellende verstorben ist oder die persönliche Befunderhebung nicht zumutbar ist. Die Empfehlungen beziehen sich nur auf Personen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

** Antragstellung ab dem 01.01.2017.

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

Differenzierung der Empfehlungen nach Pflegegraden

Abbildung 69: Verteilung der Empfehlungen der MDK für Maßnahmen der Prävention für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI über die Pflegegrade, neues Begutachtungsverfahren* 2017 und 2018

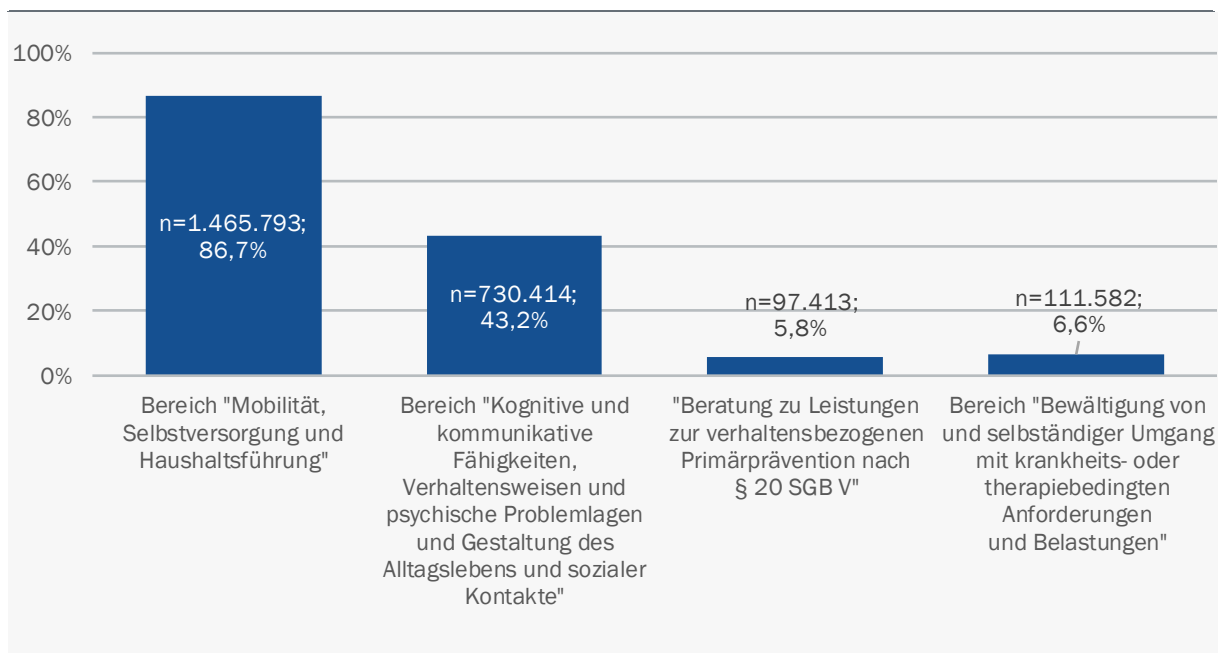


* Antragstellung ab dem 01.01.2017.

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

Differenzierung der Empfehlungen nach Präventionsbereichen und Maßnahmenarten innerhalb der Präventionsbereiche

Abbildung 70: Anteile* der Empfehlungen in den unterschiedlichen Präventionsbereichen an allen Empfehlungen der MDK für Maßnahmen der Prävention für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI (in %), neues Begutachtungsverfahren**
2017 und 2018

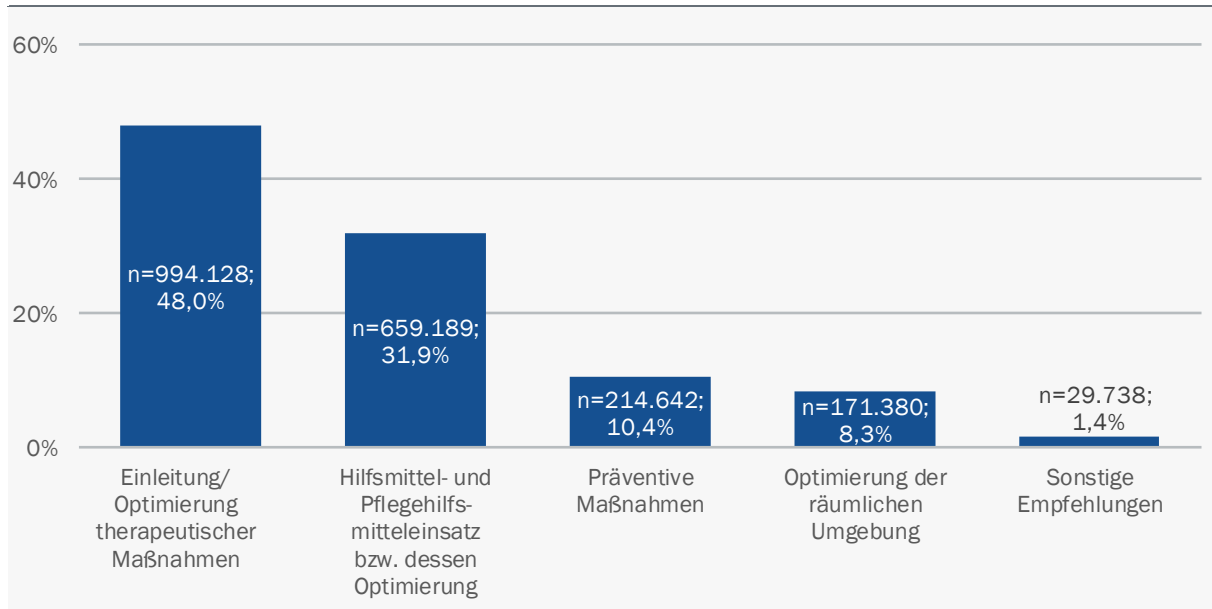


* Pro Begutachtung konnten auch mehrere Präventionsbereiche genannt werden. Die Anteile beziehen sich auf die Anzahl der für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI abgegebenen Präventionsempfehlungen (N=1.690.693).

** Antragstellung ab dem 01.01.2017.

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

Abbildung 71: Anteile* der einzelnen Maßnahmenarten an allen Empfehlungen der MDK für Maßnahmen der Prävention für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI im Bereich „Mobilität, Selbstversorgung und Haushaltsführung“ (in %), neues Begutachtungsverfahren**
2017 und 2018

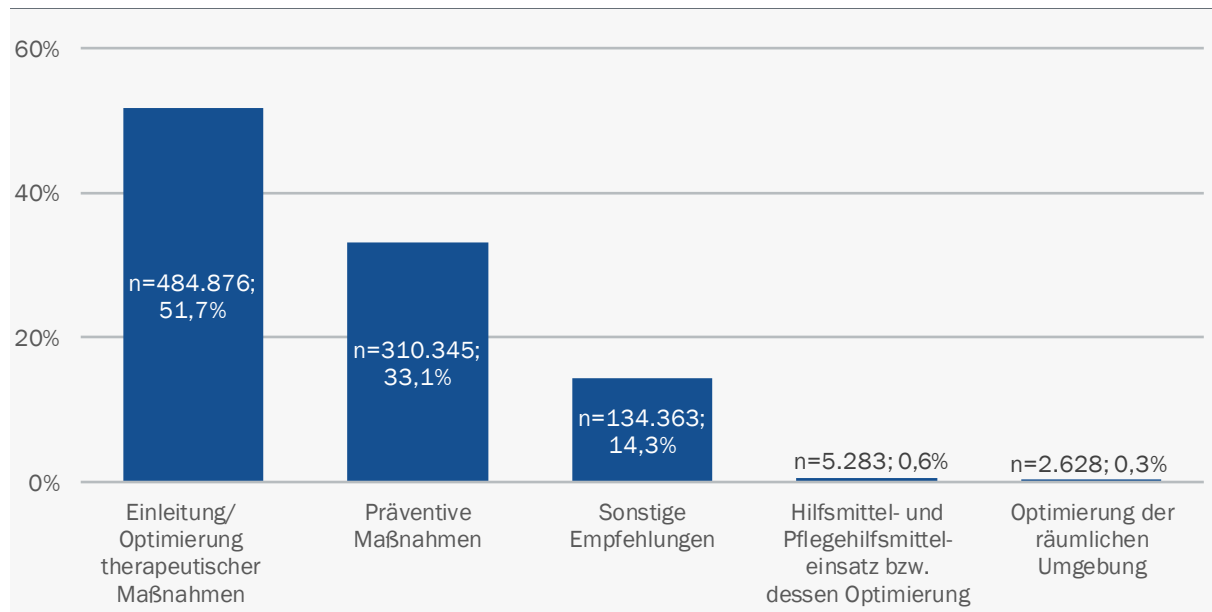


* Pro Präventionsbereich konnten mehrere Maßnahmenarten genannt werden. Die Anteile beziehen sich auf die Anzahl der für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit abgegebenen Präventionsempfehlungen im Bereich „Mobilität, Selbstversorgung und Haushaltsführung“ (N=2.069.077).

** Antragstellung ab 01.01.2017.

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

Abbildung 72: Anteil* der einzelnen Maßnahmenarten an allen Empfehlungen der MDK für Maßnahmen der Prävention für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI im Bereich „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen und Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ (in %), neues Begutachtungsverfahren**
2017 und 2018



* Pro Präventionsbereich konnten mehrere Maßnahmenarten genannt werden. Die Anteile beziehen sich auf die Anzahl der für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit abgegebenen Präventionsempfehlungen im Bereich „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen und Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ (N=937.495).

** Antragstellung ab 01.01.2017.

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

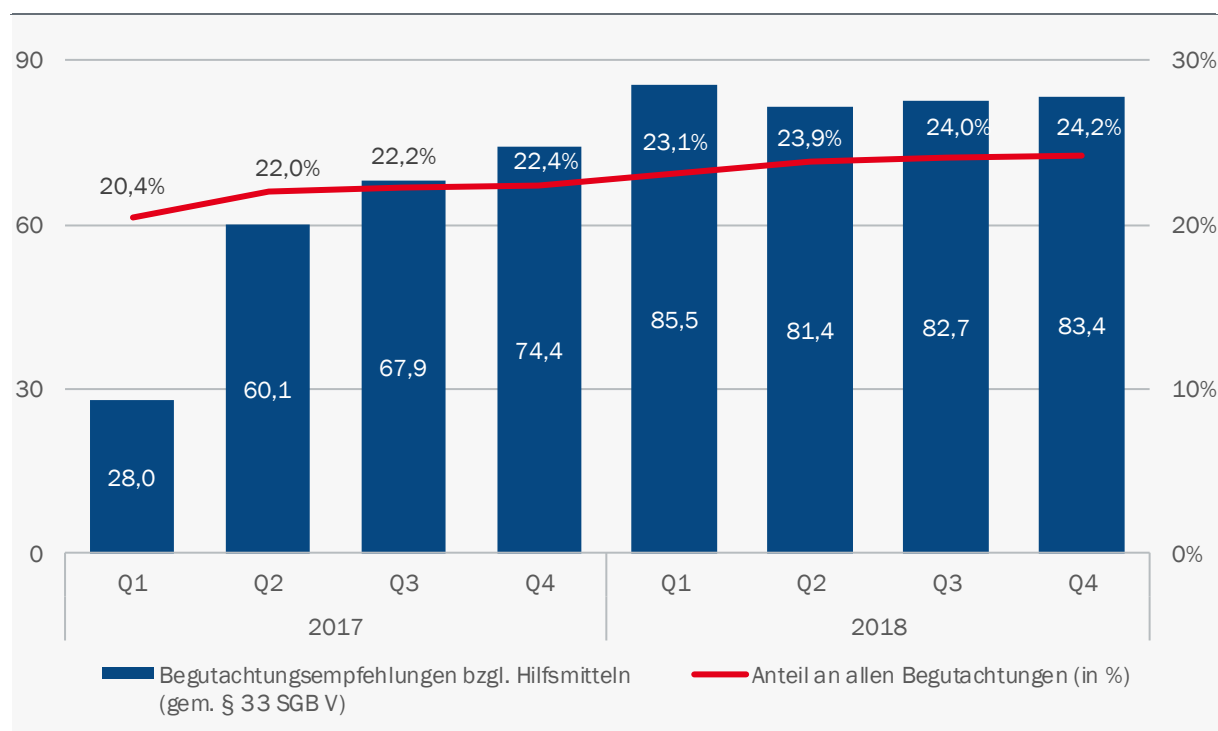
4.3 Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel

4.3.1 Empfehlungen für Hilfsmittel (gem. § 33 SGB V)

Differenzierung der Empfehlungen nach Begutachtungen für ambulante und für stationäre Leistungen

Abbildung 73: Anzahl der Empfehlungen bzgl. Hilfsmitteln (gem. § 33 SGB V) für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI bei Begutachtungen für ambulante Leistungen (linke Achse, in 1.000) und Anteil an allen Begutachtungen* der MDK für ambulante Leistungen (in %), neues Begutachtungsverfahren**

1. Quartal 2017 bis 4. Quartal 2018



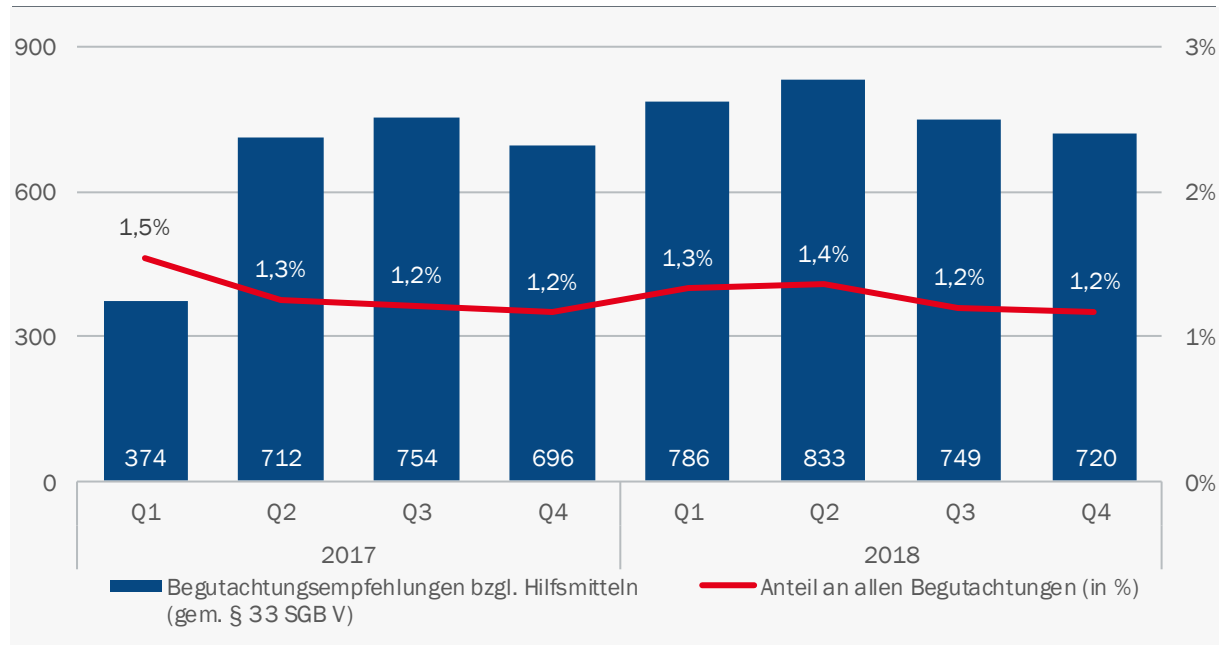
* Grundgesamtheit sind alle Gutachten nach 6.1.1 (Gutachten nach Hausbesuch) und 6.1.2 (Gutachten nach Aktenlage) der BRI ohne Gutachten nach Aktenlage, bei welchen der Antragstellende verstorben ist oder die persönliche Befunderhebung nicht zumutbar ist. Die Empfehlungen beziehen sich nur auf Personen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

** Antragstellung ab dem 01.01.2017.

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

Abbildung 74: Anzahl der Empfehlungen bzgl. Hilfsmitteln (gem. § 33 SGB V) für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI bei Begutachtungen für stationäre Leistungen (linke Achse, in 1.000) und Anteil an allen Begutachtungen* der MDK für stationäre Leistungen (in %), neues Begutachtungsverfahren**

1. Quartal 2017 bis 4. Quartal 2018



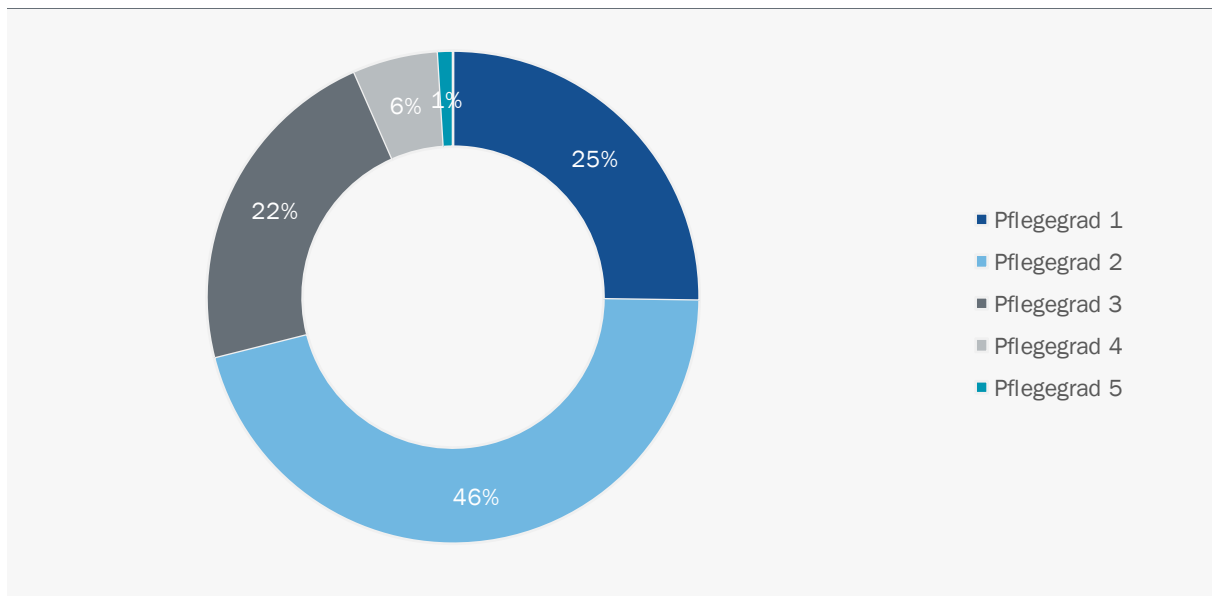
* Grundgesamtheit sind alle Gutachten nach 6.1.1 (Gutachten nach Hausbesuch) und 6.1.2 (Gutachten nach Aktenlage) der BRI ohne Gutachten nach Aktenlage, bei welchen der Antragstellende verstorben ist oder die persönliche Befunderhebung nicht zumutbar ist. Die Empfehlungen beziehen sich nur auf Personen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

** Antragstellung ab dem 01.01.2017.

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

Differenzierung der Empfehlungen nach Pflegegraden

Abbildung 75: : Verteilung der Empfehlungen der MDK bzgl. Hilfsmitteln (gem. § 33 SGB V) für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI über die Pflegegrade (in %), neues Begutachtungsverfahren* 2017 und 2018

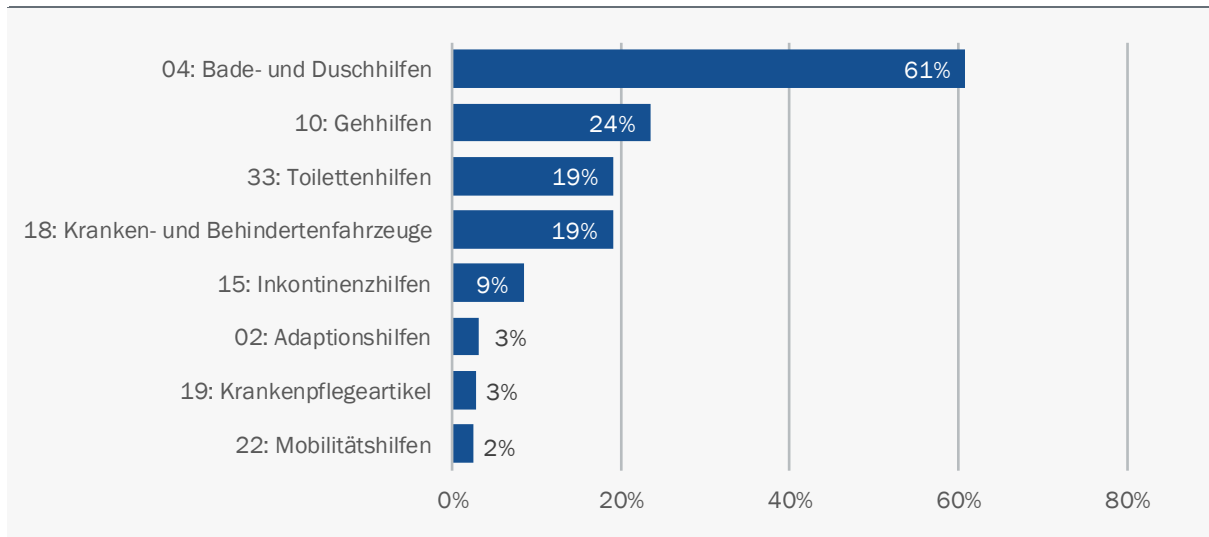


* Antragstellung ab dem 01.01.2017.

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

Differenzierung der Empfehlungen nach Arten von Hilfsmitteln

Abbildung 76: Anteile* der einzelnen Hilfsmittelarten an allen Empfehlungen der MDK bzgl. Hilfsmittel (gem. § 33 SGB V) für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI (in %), neues Begutachtungsverfahren*****
2017 und 2018



* Pro Begutachtung konnten auch mehrere Hilfsmittelarten empfohlen werden. Die Anteile beziehen sich auf die Anzahl der für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI abgegebenen Hilfsmittlempfehlungen (N=569.109).

** Darüber hinaus wurden in 349 Fällen Lagerungshilfen (Nr. 20), Blindenhilfsmittel (Nr. 07) und Stehhilfen (Nr. 28) empfohlen. Der Anteil an allen Begutachtungen lag jeweils unter 0,1 Prozent.

*** Antragstellung ab dem 01.01.2017.

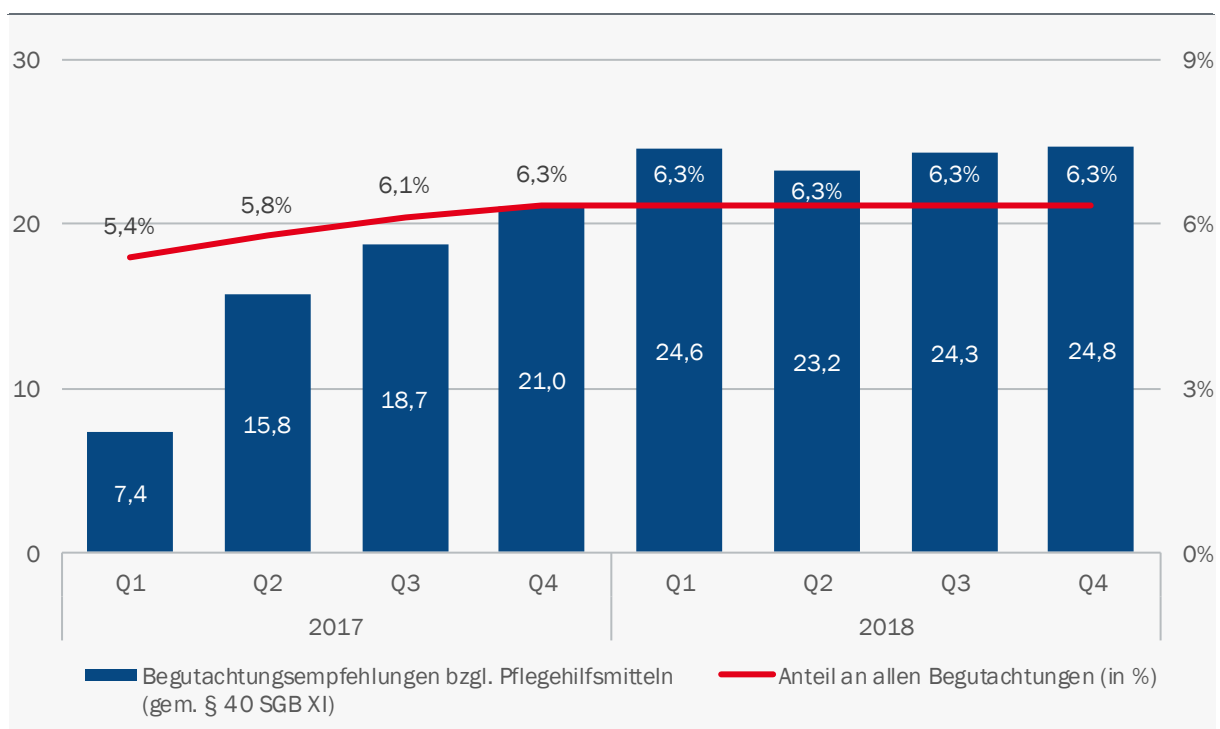
Quelle: Prognos 2019, eigene Darstellung auf Basis der Datenlieferung des MDS

4.3.2 Empfehlungen für Pflegehilfsmittel (gem. § 40 SGB XI)

Differenzierung der Empfehlungen nach Begutachtungen für ambulante und für stationäre Leistungen

Abbildung 77: Anzahl der Empfehlungen bzgl. Pflegehilfsmitteln (gem. § 40 SGB XI) für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI für ambulante Leistungen (linke Achse) und Anteil an allen Begutachtungen* der MDK für ambulante Leistungen (rechte Achse, in %), neues Begutachtungsverfahren**

1. Quartal 2017 bis 4. Quartal 2018



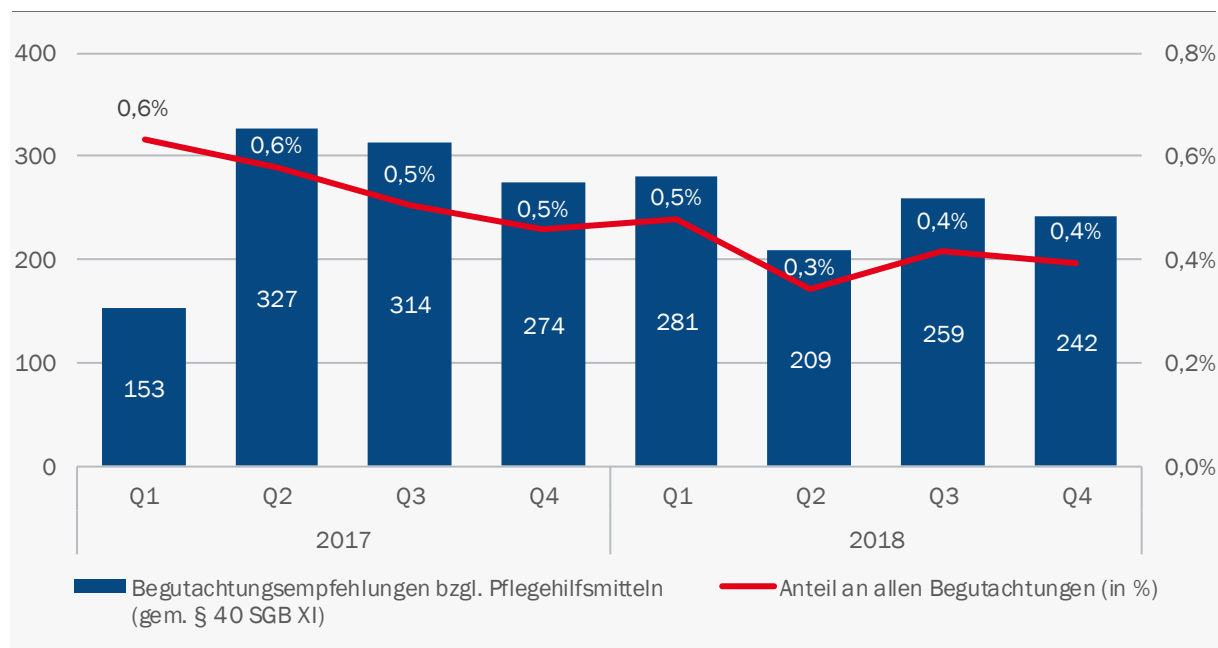
* Grundgesamtheit sind alle Gutachten nach 6.1.1 (Gutachten nach Hausbesuch) und 6.1.2 (Gutachten nach Aktenlage) der BRi ohne Gutachten nach Aktenlage, bei welchen der Antragstellende verstorben ist oder die persönliche Befunderhebung nicht zumutbar ist. Die Empfehlungen beziehen sich nur auf Personen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

** Antragstellung ab dem 01.01.2017.

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

Abbildung 78: Anzahl der Empfehlungen bzgl. Pflegehilfsmitteln (gem. § 40 SGB XI) für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI für stationäre Leistungen (linke Achse) und Anteil an allen Begutachtungen* der MDK für stationäre Leistungen (rechte Achse, in %), neues Begutachtungsverfahren**

1. Quartal 2017 bis 4. Quartal 2018



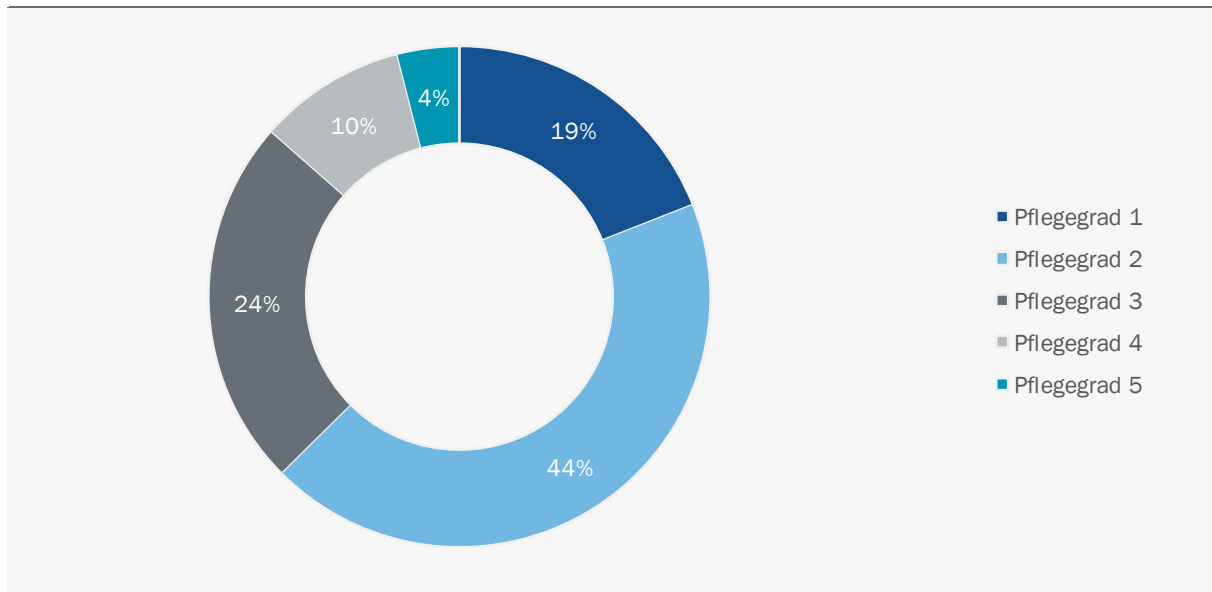
* Grundgesamtheit sind alle Gutachten nach 6.1.1 (Gutachten nach Hausbesuch) und 6.1.2 (Gutachten nach Aktenlage) der BRi ohne Gutachten nach Aktenlage, bei welchen der Antragstellende verstorben ist oder die persönliche Befunderhebung nicht zumutbar ist. Die Empfehlungen beziehen sich nur auf Personen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

** Antragstellung ab dem 01.01.2017.

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

Differenzierung der Empfehlungen nach Pflegegraden

Abbildung 79: Anteil der Empfehlungen bzgl. Pflegehilfsmitteln (gem. § 40 SGB XI) für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI an allen Begutachtungen* der MDK je Pflegegrad (in %), neues Begutachtungsverfahren**
2017 und 2018



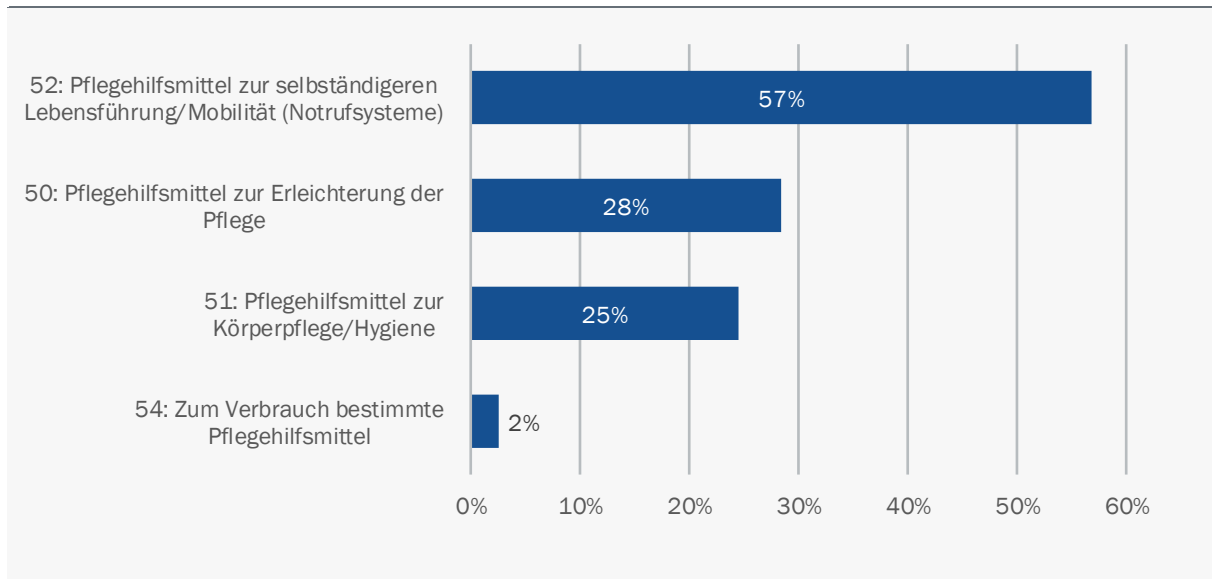
* Grundgesamtheit sind alle Gutachten nach 6.1.1 (Gutachten nach Hausbesuch) und 6.1.2 (Gutachten nach Aktenlage) der BRI ohne Gutachten nach Aktenlage, bei welchen der Antragstellende verstorben ist oder die persönliche Befunderhebung nicht zumutbar ist. Die Empfehlungen beziehen sich nur auf Personen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

** Antragstellung ab dem 01.01.2017.

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

Differenzierung der Empfehlungen nach Arten von Pflegehilfsmitteln

Abbildung 80: Anteile* der einzelnen Arten von Pflegehilfsmitteln an allen Empfehlungen der MDK bzgl. Pflegehilfsmitteln (gem. § 40 SGB XI) für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI (in %), neues Begutachtungsverfahren*****
2017 und 2018



* Pro Begutachtung konnten auch mehrere Arten von Pflegehilfsmitteln empfohlen werden. Die Anteile beziehen sich auf die Anzahl der für Antragstellende mit festgestellter Pflegebedürftigkeit nach SGB XI abgegebenen Empfehlungen von Pflegehilfsmitteln (N= 161.882).

** Darüber hinaus wurden in 386 Fällen Pflegehilfsmittel zur Linderung von Beschwerden (Lagerungsrollen) (Nr. 53) empfohlen. Der Anteil an allen Begutachtungen lag bei 0,2 Prozent.

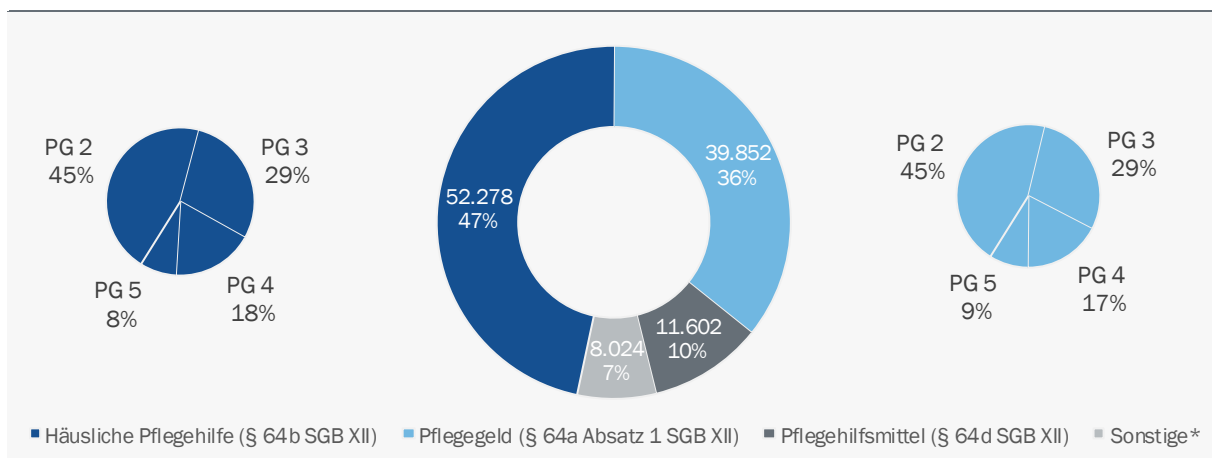
*** Antragstellung ab dem 01.01.2017.

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

5 Anhang zu Berichtskapitel 3.5: Hilfe zur Pflege

5.1 Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege

Abbildung 81: Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege nach ambulanten Leistungsarten sowie Pflegegraden – absolute Zahlen sowie Anteile (in %)
2017 (im Laufe des Berichtsjahres)



* Unter „Sonstige“ sind folgende Leistungen zusammengefasst: Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 64e SGB XII); Alterssicherung (§ 64f Absatz 1 SGB XII); Beratungskosten für die Pflegeperson (§ 64f Absatz 2 SGB XII); Arbeitgebermodell (§ 64f Absatz 3 SGB XII); Entlastungsbetrag (§ 64i SGB XII und § 66 SGB XII).

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

