

Das NBA funktioniert

→ **Neues Begutachtungsassessment (NBA)** Die Studie zur Erfassung der Versorgungsaufwände in der stationären Pflege untersucht, welche Leistungen, in welchem Umfang und Ausmaß im Kontext der jeweiligen Pflegegrade erbracht werden. Fest steht, dass das NBA dem herkömmlichen Begutachtungsverfahren überlegen ist. Doch nicht alle Erwartungen werden erfüllt.

Text: Heinz Rothgang | Martina Hasseler | Mathias Fünfstück | Lydia Neubert | Jonas Czwikla

Die Pflegeversicherung stellt für Versicherte, die als Pflegebedürftige anerkannt wurden, eine nicht bedarfsdeckende Teilleistung zur Verfügung – häufig als „Teilkaskoversicherung“ bezeichnet. Bei der Festlegung der Leistungssätze durch den Gesetzgeber geht es daher im Kern um die gerechte Verteilung eines knappen Gutes bzw. eines Mangels. Dabei muss der Gesetzgeber dem allgemeinen Gleichheitsgrundsatz (Art. 3 GG) folgen und Gleiches gleich,

» **Bei der Festlegung der Leistungssätze geht es im Kern um die gerechte Verteilung eines knappen Gutes.**

Ungleiches aber ungleich behandeln. Die Pflegeversicherung erfüllt diesen Gleichheitsgrundsatz, indem Pflegestufen – zukünftig Pflegegrade – definiert werden und Pflegebedürftige mit gleichartigem Unterstützungsbedarf jeweils einer Pflegestufe zugeordnet werden. Innerhalb dieser Klassenzuordnung erhält jeder Leistungsberechtigte einen einheitlich festgelegten Leistungsbetrag, der nach Leistungsart – Pflegesachleistungen, Pflegegeld, stationäre Pflege u. a. – differenziert werden kann. Im Mittelpunkt der Leistungszumessung steht daher die Definition der Zugangsvoraussetzungen zu den Pflegeversicherungsleistungen – Definition von Pflegebedürftigkeit – und die Einstufung in Pflegestufen/Pflegegrade.

Bei Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 stand bei der Festlegung der Zugangsvoraussetzungen für Leistungen der Pflegeversicherung vor allem der Gesichtspunkt der Ausgabenbegrenzung im Vordergrund. Dies hat zu einer streng somatischen Ausrichtung des Pflegebedürft-

tigkeitsbegriffs geführt, der die besonderen Belange der kognitiv beeinträchtigten Menschen, insbesondere der Menschen mit Demenz, nicht angemessen berücksichtigt. Bereits 2006 hat das Gesundheitsministerium daher einen Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eingesetzt, der in insgesamt drei Berichten einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff vorgeschlagen hat, der auf einem Neuen Begutachtungsassessment (NBA) beruht. Im Koalitionsvertrag wird die Einführung dieses neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in dieser Legislaturperiode gefordert, und der Bundesgesundheitsminister hat seine Einführung für 2017 angekündigt. Vor Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs müssen allerdings Leistungssätze für die neu geschaffenen Pflegegrade festgesetzt werden. Der Expertenbeirat hat dazu 2013 lediglich Modellrechnungen vorgelegt, aber keine Empfehlungen abgegeben, gleichzeitig aber festgestellt: „In der stationären Versorgung (...) können mit empirischen Studien zum professionellen Pflegeaufwand Hinweise gewonnen werden, die die fachliche Begründung von Leistungshöhen und -spreizungen unterstützen können.“ (Bericht des Expertenbeirats, S. 9, Ziffer 11). Mit der Studie zur Erfassung der Versorgungsaufwände in der stationären Pflege (EViS) wurde dieser Auftrag umgesetzt.

Studienziel: Bestandsaufnahme der Versorgungssituation

Ziel der Studie war eine umfassende empirische Bestandsaufnahme der gegenwärtigen pflegerischen, gesundheitlichen und betreuenden Versorgungssituation. Geprüft wurde, welche Leistungen (Art), in welchem Umfang (Anzahl) und Ausmaß (benötigte Zeit) in den stationären Einrichtungen im Kontext der jeweiligen Pflegegrade



Soll das erweiterte Pflegeverständnis, das das NBA prägt, in den Pflegealltag einziehen, muss dies von den Vertragspartnern in entsprechenden Verhandlungen erst noch festgelegt werden.

Foto: fotolia/Miriam Dörr

erbracht werden. Im Einzelnen wurde dabei folgenden Fragen nachgegangen:

1. Welche Versorgungszeiten und Zeitaufwände für pflegerische Interventionen liegen für Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen differenziert nach den heutigen Pflegestufen und den Pflegegraden des NBA vor? Ergibt sich eine vertikale Schichtung des Versorgungsaufwands nach Pflegegraden und wie gestalten sich die Verhältnisse des Versorgungsaufwands zwischen den Pflegegraden in Bezug auf die Durchschnittswerte?
2. Sind die Zeitaufwände pro Pflegegrad für somatisch und kognitiv Beeinträchtigte gleich hoch und ist das NBA damit in der Lage, kognitive und somatische Beeinträchtigungen ausgewogen zu erfassen?
3. Wie homogen oder heterogen sind die Pflegegrade hinsichtlich der Versorgungszeiten und Zeitaufwände und wie stark überlappen sie?
4. Welche gesundheitlichen, betreuenden und pflegerischen Leistungen werden bei den Bewohnern durchgeführt?

Daten und Methoden: Querschnittstudie mit Echtzeitmessung

EViS ist als Querschnittsstudie mit Echtzeitmessungen konzipiert. Mittels EDV-gestützter Selbstaufschriebe mit vorgegebenen Tätigkeitslisten und Interventionskatalogen wurden sämtliche erbrachten Pflege- und Betreuungsleistungen – in Art, Anzahl und genutzter Zeit – in Echtzeit durch Mitarbeiter von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen erfasst. Innerhalb von zwei Wochen vor oder nach der Leistungserfassung erfolgte eine Begutachtung der Bewohner zur Ermittlung des Pflegegrades durch MDK-Mitarbeiter. Die Phase der Datenerhebung (Feldphase) er-

streckte sich von Juni bis November 2014 (20 Wochen). Die Daten zur Studie wurden in sieben Bundesländern erhoben: Bremen, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Baden Württemberg. Letztlich wurden in die Datenauswertungen 1 586 Bewohnern aus 39 Pflegeeinrichtungen aus sieben Bundesländern einbezogen. Die Übereinstimmung dieser Bewohner-Stichprobe hinsichtlich des Geschlechts, der Pflegestufenverteilung, des Alters und ihres Status bezüglich einer Einschränkung der Alltagskompetenz mit Vergleichsdaten aus amtlichen Statistiken kann als hoch bewertet werden. Die repräsentative Stichprobe gibt hinsichtlich ihrer Bewohnerstruktur ein gutes Abbild der aktuellen Situation in deutschen Pflegeheimen.

» Das NBA ist in der Lage, kognitive und somatische Einschränkungen angemessen und vergleichbar zu erfassen.

Zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Im Ergebnis zeigt sich eine Fülle von Detailinformationen. Bezüglich der für die Umsetzung des neuen Pflegebegriffs zentralen Fragestellungen lassen sich die Ergebnisse in drei Schlussfolgerungen bündeln.

Schlussfolgerung 1: Die Höhe der Versorgungsaufwände korrespondiert mit den Pflegegraden: Mit steigendem Pflegegrad steigt auch der Versorgungsaufwand. Die Relation der Mittelwerte liefert damit wichtige Hinweise für die Gestaltung des Leistungsrechts für die neuen Pflegegrade.

Für die Pflegegrade 1 bis 4 verläuft die Steigerung der Versorgungsaufwände im Mittel annä-

→

ERGEBNISSE DER EVIS-STUDIE IM ÜBERBLICK

- Bewohner des Pflegegrad 5 nehmen weniger an Gruppenaktivitäten teil. Für sie wird weniger Zeit für die Soziale Betreuung aufgewandt. Sind für diese Personengruppen anderen Formen der Sozialen Betreuung notwendig?
- Differenziert nach Tätigkeitsbereichen steigen die Zeitaufwände für die Grundpflege mit dem Pflegegrad an. Leistungen aus den Bereichen Administration und Hauswirtschaft hingegen bleiben über die Pflegegrade hinweg weitgehend konstant. Die Aufwände für Soziale Betreuung bzw. psychosoziale Betreuungsmaßnahmen steigen zunächst mit dem Pflegegrad, sinken aber wieder beim Übergang von Pflegegrad 4 zu Pflegegrad 5.
- Die Versorgungszeiten und Zeitaufwände für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) liegen bei gleicher Pflegestufe deutlich höher als die für Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz. Dies bestätigt, dass die alten Pflegestufen diese Dimension von Pflegebedürftigkeit nicht ausreichend berücksichtigt haben. Die Unterschiede zwischen beiden Gruppen sind bei gleichem Pflegegrad deutlich geringer. Werden Personen gleichen Pflegegrads mit kognitiven und somatischen Einschränkungen nach Kriterien des NBA miteinander verglichen, gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen beiden Personengruppen. Dem NBA gelingt es insofern, kognitive und somatische Einschränkungen angemessen und vergleichbar zu erfassen.

hernd linear. Für den Übergang von Pflegegrad 4 zu 5 gilt dies nicht im gleichen Maße. Hier ist die Aufwandssteigerung unterproportional. Zwar steigen die Zeitaufwände für die Grundpflege, gleichzeitig sinken aber die Aufwände für die Soziale Betreuung. Dies ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass die Bewohner mit Pflegegrad 5 nur noch in geringem Umfang an Gruppenaktivitäten teilnehmen. Für die Weiterentwicklung der Pflege stellt sich daher die Frage, ob der Bedarf nach Sozialer Betreuung in dieser Gruppe tatsächlich nur noch gering ausgeprägt ist, oder ob für diesen Personenkreis andere Wege gefunden werden müssen, Soziale Betreuung zu gewährleisten.

Schlussfolgerung 2: Das NBA ist in der Lage, kognitive und somatische Einschränkungen angemessen und vergleichbar zu erfassen. Innerhalb der neuen Pflegegrade unterscheiden sich die Zeitaufwände für Personen mit somatischen und kognitiven Einschränkungen nicht signifikant. Die Zeitaufwände für beide Personengruppen liegen auf ähnlichem Niveau. Damit ist das NBA dem derzeitigen Begutachtungssystem deutlich überlegen. Innerhalb der Pflegestufen unterscheiden sich die Zeitaufwände für diese beiden Personengruppen nämlich erheblich.

Bekanntermaßen wird die eingeschränkte Alltagskompetenz im derzeitigen Begutachtungsver-

UMDENKEN IST ERFORDERLICH: WAS DIE STATIONÄRE PFLEGE JETZT ZU TUN HAT

Auch für den Referentenentwurf des Pflegestärkungsgesetzes II, der noch nicht einmal ein Gesetzesentwurf ist, da er dem Deutschen Bundestag erst im September zugeleitet wird, gilt der Satz des verstorbenen Peter Struck, dass ein Gesetzesvorhaben den Bundestag nie so verlässt, wie es eingebracht wird. Daher ist es eigentlich tunlich, den Gesetzgebungsgang kritisch und wachsam zu begleiten, unternehmerische Aktionen jedoch erst zu entfalten, wenn das Gesetz auch tatsächlich verkündet und mithin in Kraft ist. Für die Behandlung des Referentenentwurfes eines Pflegestärkungsgesetzes II gilt dies für die Einrichtungen der stationären Pflege zumindest in einem Punkt nicht, da in 2016 die Umstellungsarbeiten erledigt werden müssen und mithin die normalen Erhöhungsverfahren und -verlangen aufgrund von Tarifsteigerungen, sonstigen Personal- und Sachkostensteigerungen weitgehend ausgesetzt werden, wenn der Referentenentwurf an dieser Stelle keine Änderung erfährt. Daher müssen Sie Ihre Vergütungserhöhungsverfahren bis zum Dezember 2015 betreiben und möglichst zum Abschluss gebracht haben. Das Übergangsrecht für die stationäre Pflege wird im Artikel 3 des Referentenentwurfes geregelt. Danach gilt folgender Ablauf:

1. Die zum Zeitpunkt der Verkündung dieses Gesetzes geltenden Pflegesatzvereinbarungen der zugelassenen Pflegeheime

gelten bis zum 31.12.2016 weiter (Art. 3 § 1 Satz 1). Mit der Verkündung des Gesetzes, die für Dezember 2015 erwartet wird, werden alle laufenden Vergütungsvereinbarungen bis zum 31.12.2016 verlängert, darüber hinaus gehende Vergütungsvereinbarungen enden am 31.12.2016.

2. In 2016 bis in den September 2016 laufende Vergütungsverhandlungen verhandeln die neuen, ab dem 1.1.2017 geltenden Pflegesätze (Art 3 § 1 Satz 2).
3. Sollten bis zum 30.09.2016 die Verhandlungen noch nicht geführt oder zumindest noch nicht abgeschlossen worden sein, so gilt der 30.9.2016 als Stichtag für eine Überleitung der bisherigen Pflegesätze in eine neue Vereinbarung (Art. 3 §§ 2 und 3). Grundlage für die Umrechnung in die neuen Pflegesätze ist der Gesamtbetrag der Pflegesätze, die dem Pflegeheim bei der dann herrschenden Belegung der Bewohner am 30.9.2016 zustehen.
4. Die Umrechnung in neue Pflegesätze ist vor allem deshalb notwendig, da es ab dem 1.1.2017 nur noch einrichtungseinheitliche Eigenanteile der Bewohner gibt. Der Zuzahlungsbetrag der Bewohner ist nach dem 1.10.2015 nicht mehr abhängig von der jeweiligen Pflegeklasse, sondern ist in allen Pflegeklassen gleich. Eine finanzielle Spreizung des Pflegeaufwandes wird nur



Bewohner des Pflegegrad 5 nehmen weniger an Gruppenaktivitäten teil, so ein Ergebnis der Studie. Es stellt sich die Frage, ob hier andere Formen der sozialen Betreuung notwendig sind.

Foto: Werner Krüper

fahren bei der Bestimmung der Pflegestufen nicht angemessen gewürdigt. Folglich erhalten Personen mit und ohne eingeschränkte Alltagskompetenz die gleiche Pflegestufe, obwohl sich ihre Bedarfe quantitativ erheblich unterscheiden. Innerhalb der gleichen Pflegestufe übersteigen die Zeitaufwände für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz diejenigen für Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz erheblich. Innerhalb der neuen Pflegegrade unterscheiden sich die Zeitaufwände bei einer mitarbeiterbezogenen Betrachtung dagegen nur noch in geringerem Ausmaß. Wird nicht auf das Merkmal „PEA“ abgestellt, dessen Erhebung ebenso lange zurück-

liegt, wie die Pflegebegutachtung, sondern werden stattdessen Personen mit somatischen und kognitiven Einschränkungen anhand der Merkmale des NBA miteinander verglichen, so sind keine systematischen Unterschiede mehr erkennbar. Insofern „funktioniert“ das NBA.

Schlussfolgerung 3: Das NBA trägt nicht dazu bei, die Heterogenität innerhalb der gleichen Einstufung von Pflegebedürftigkeit zu reduzieren. Diese Heterogenität ist dem Phänomen „Pflegebedürftigkeit“ selbst immanent und für Klassenbildungen unvermeidlich.

Die Versorgungsaufwände sind innerhalb der Pflegestufen sehr heterogen. Innerhalb der neuen



„Vergütungserhöhungsverfahren bis zum Dezember 2015 betreiben und möglichst zum Abschluss bringen.“

Rechtsanwalt Prof. Ronald Richter, Hamburg

hinsichtlich des Budgets der Pflegeversicherung, also über die Leistungen des § 43 SGB XI, bestehen. Der Gesetzgeber will so die Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und Bewohnern bei einer Höherstufung vermeiden, da bisher mit einer Höherstufung gewöhnlich auch die Eigenanteile steigen. Somit gibt es für jede Einrichtung ab dem 1.1.2017 einen einheitlichen Zuzahlungsbetrag, egal mit welchem Pflegegrad der Bewohner einzieht.

5. Damit die Umrechnung nach der Formel
 $EA = (\sum PS - PBPG2 \times LBPG2 - PBPG3 \times LBPG3 - PBPG4 \times LBPG4 - PBPG5 \times LBPG5)$ dividiert durch $PB (PG2 - PG5)$
 Dabei sind:
 EA = der ab dem Tag der Umstellung geltende einheitliche Eigenanteil
 $\sum PS$ = Gesamtbetrag der Pflegesätze (PS) am 30.09.2016

PBPG2, 3, 4, 5 = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2, 3, 4, 5 entsprechend der Überleitungsvorschrift des Artikels 2 § 1 am 30.9.2016

PB (PG2 – PG5) = Zahl der Pflegebedürftigen in Pflegegrad 2 bis 5 entsprechend der Überleitungsvorschrift des Artikels 2 § 1 am 30.9.2016

LBPG2, 3, 4, 5 = vollstationärer Leistungsbetrag in Pflegegrad 2, 3, 4, 5

vorgenommen werden kann, sind die Daten bis zum 31.10.2016 an die Kostenträger zu übermitteln (Art. 3 § 4 Abs. 1).

6. Der Stichtag für den Bestandsschutz der Bewohner ist der Referenzmonat Januar 2017 im Vergleich zum Referenzmonat Dezember 2016. Bitte denken Sie schon jetzt daran, dass diejenigen Bewohner, die zum 1.1.2017 in Ihre Einrichtung ziehen, keinen Bestandsschutz erhalten und daher die insbesondere im Pflegegrad 2 abgesenkten monatlichen Budget haben werden, die zu einer Erhöhung des Zuzahlungsbetrages zwangsläufig führen werden. Diejenigen, die im Dezember 2016 bereits in Ihrer Einrichtung wohnen oder einziehen, erhalten die Differenz zum alten Recht auf Dauer von Ihrer Pflegekasse erstattet.

Ronald Richter

DER LANGE WEG ZUM PFLLEGESTÄRKUNGSGESETZ II

Seitdem am 22.06.2015 um 11:12 Uhr der Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) vorgelegt wurde, arbeiten nun alle Beteiligten an der Verabschiedung des Gesetzes.

Da seit dem 4.7.2015 die parlamentarische Sommerpause ohne Sitzungen des Deutschen Bundestages beginnt, besteht einige Zeit zur Abstimmung. Derzeit ist geplant, dass das Bundeskabinett den dann überarbeiteten Referentenentwurf am 12.8.2015 im Kabinett beschließt und den Gesetzentwurf dem Deutschen Bundestag zuleitet. Dieser soll auf seiner ersten Sitzung nach der Sommerpause am 10. oder 11.9.2015 die erste Lesung des Gesetzes durchführen. Zeitgleich wird sich auch der Bundesrat mit dem Gesetzesentwurf befassen. Der Deutsche Bundestag wird den Gesundheitsausschuss des Parlaments, insbesondere dem Gesundheitsausschuss zuleiten. Dieser plant die große Anhörung im Gesetzgebungsverfahren, zu dem nochmals alle Verbände, aber auch unabhängige Sachverständige geladen werden für die letzte Septemberwoche 2015. Nachdem der

Gesundheitsausschuss sein Votum abgegeben hat, wird dann der Bundestag in zweiter und dritter Lesung über den Bericht und die Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses befinden. Dabei wird auch die Stellungnahme der Bundesländer berücksichtigt. Wann die abschließenden Beratungen im Bundestag sowie im Bundesrat sein werden, steht noch nicht fest. Es ist damit zu rechnen, dass diese im November 2015 stattfinden.

Läuft alles planmäßig, so ist ein Inkrafttreten des Gesetzes zum 1.1.2016 möglich, damit die Vorarbeiten beginnen können.

Nach der parlamentarischen Sommerpause wird das Bundesministerium für Gesundheit einen weiteren Gesetzesentwurf auf den Weg bringen, nämlich die Änderungen zur Hilfe zur Pflege im SGB XII. Diese Regelungen müssen an das Pflegestärkungsgesetz angepasst werden. Wegen der Sachnähe wird der Gesetzesentwurf nicht im Bundesministerium für Arbeit und Soziales, sondern in diesem Fall im BMG vorbereitet.

Pflegegrade ist die Heterogenität aber ähnlich ausgeprägt. Zwar sind die Mittelwerte der Zeitaufwände der einzelnen Pflegegrade (wie auch der Pflegestufen) statistisch signifikant verschieden und die Klassenbildung ist insofern trennscharf. Allerdings ist die Streuung innerhalb einer Klasse jeweils sehr groß. Die Überlappungsanteile

Höherer Pflegegrad = höherer Versorgungsaufwand

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass das NBA eine Abbildung von Pflegebedürftigkeit liefert, die mit der tatsächlichen Versorgungssituation kompatibel ist. Höhere Pflegegrade gehen tatsächlich mit höheren Versorgungsaufwänden einher, wobei die kognitiven und somatischen Beeinträchtigungen so erfasst werden, dass kognitiv und somatisch Beeinträchtigte Personen mit ähnlich hohem Versorgungsbedarf im gleichen Pflegegrad eingestuft werden. Die Abstufung der ermittelten durchschnittlichen Versorgungsbedarfe für die Pflegegrade geben dem Gesetzgeber zudem Hinweise auf fachlich begründete Festsetzungen von Leistungshöhen und Regeln für die Überleitung von Pflegesätzen von alten Pflegestufen in neue Pflegegrade. Erst wenn diese Festlegungen vorliegen, kann die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erfolgen.

Manche Erwartungen können nicht erfüllt werden

Nach mehr als zehnjährigen Vorarbeiten wird der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff 2017 eingeführt werden. Allerdings ist diese Reform inzwischen mit Erwartungen überfrachtet, die nicht erfüllt werden können. Es ist daher wichtig, schon jetzt deutlich zu machen, was von der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht erwartet werden kann. In diesem Kontext ist insbesondere vor drei Mythen zu warnen:

Mythos I: Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erhalten Menschen mit Demenz erstmals angemessene Pflegeversicherungsleistungen.

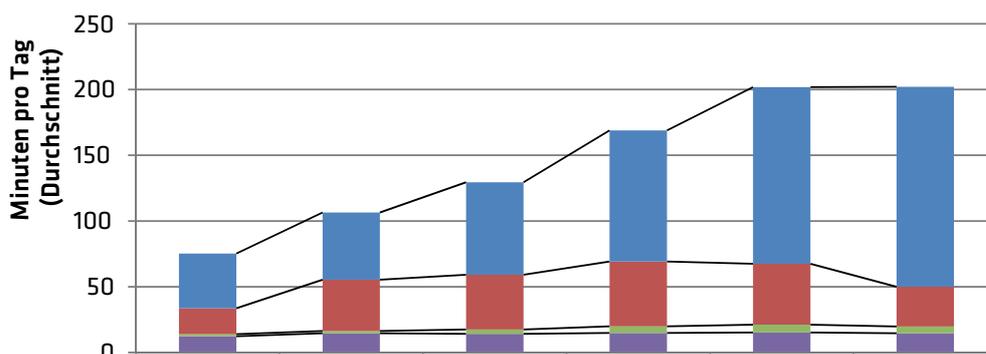
Tatsächlich war bei Einsetzung des Beirats 2006 eine eklatante Benachteiligung von Menschen mit

» Versorgungsbearbeiter für die Pflegegrade geben dem Gesetzgeber Hinweise auf Festsetzungen von Leistungshöhen.

le sind bei den Pflegegraden sogar noch etwas höher als bei den Pflegestufen, allerdings ist dies auf die größere Zahl der Klassen zurückzuführen.

Insgesamt ist zu konstatieren, dass Pflegebedürftigkeit ein Kontinuum darstellt, bei dem – auch in Bezug auf die Zeitaufwände – keine deutlichen Cluster erkennbar sind. Jede Klasseneinteilung in diesem Kontinuum führt daher zwangsläufig dazu, dass die Binnenvarianz innerhalb der Klassen hoch ist und sich die Klassen bezüglich der tatsächlichen Versorgungsaufwände in erheblichem Umfang überlappen.

**Versorgungszeiten nach Pflegegraden in Minuten und Tag nach Aktivitätstyp
(bewohnerbezogen)**



	ohne PG	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Einzelaktivität	42	51	70	100	134	152
Gruppenaktivität	20	39	42	49	46	30
Sonstiges	2	2	3	5	6	5
uncodiert	12	15	14	15	15	15

Die durchschnittlichen Versorgungszeiten nach Pflegegraden und Aktivitätstypen zeigen, dass Bewohner mit dem Pflegegrad 5 seltener an Gruppenaktivitäten teilnehmen.

Quelle: Rothgang et al

Demenz zu beobachten. Durch die Leistungsauweicherungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz und im Pflege-Neuausrichtungsgesetz wurde diese Ungleichbehandlung aber weitgehend aufgehoben. Das Zweite Pflegestärkungsgesetz wird für Menschen mit Demenz daher nur noch begrenzte Verbesserungen bringen. Enttäuschungen sind hier vorprogrammiert.

Mythos II: Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff führt zur Abschaffung der „Minutenpflege“.

Tatsächlich wird die „Minutenpflege“ im Sinne von „Akkordpflege“ im Leistungserbringungsrecht durch die Vergütungsregelungen geschaffen, nicht durch die Form der Bemessung der Leistungsansprüche der Pflegebedürftigen gegen die Pflegeversicherung (Pflegebedürftigkeitsbegriff). Das Vergütungsrecht ist durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff aber zunächst nicht berührt. Akkordpflege kann daher nur im Rahmen von Vergütungsvereinbarungen abgeschafft werden.

Mythos III: Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff führt zu einem neuen Pflegeverständnis.

Das NBA ist lediglich ein Instrument zur Feststellung von Leistungsansprüchen der Versicherten gegenüber ihrer Pflegekasse. Das Leistungserbringungsrecht ist hiervon nicht betroffen. Auch derzeit muss Pflege auf dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse erfolgen – unabhängig vom Verfahren zur Ermittlung der Leistungsansprüche. Nach Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ändert sich bei der Leistungserbringung daher zunächst nichts. Soll das erweiterte Pflegeverständnis, das das NBA prägt, in den Pflegealltag einziehen, muss dies von den Vertragspartnern in entspre-

chenden Verhandlungen festgelegt werden, z. B. in Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI. Der Übergang von einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu einem neuen Pflegebegriff muss erst noch er kämpft werden.

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist somit ein wichtiger Schritt, um ein Grundproblem der Pflegeversicherung zu lösen und daher zu begrüßen. Weitere Schritte müssen aber folgen.

MEHR ZUM THEMA

Frage: rothgang@uni-bremen.de

Download: Den Endbericht der Studie EVIS können Sie unter www.altenheim.net/Downloads zur Zeitschrift herunterladen.



Prof. Dr. Heinz Rothgang ist Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung im Zentrum für Sozialpolitik an der Universität Bremen.



Dr. Martina Hasseler ist Professorin für angewandte Pflegewissenschaften an der Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften in Wolfsburg.



Mathias Fünfstück ist Pflegewissenschaftler im Zentrum für Sozialforschung an der Universität Bremen. Weitere Co-Autoren sind Lydia Neubert, M.A. und Jonas Czwikla, M.A., wissenschaftliche Mitarbeiter an der Uni Bremen.