Universität Bremen

SOCIUM
Forschungszentrum
Ungleichheit und Sozialpolitik

Abteilung/Division
Gesundheit, Pflege, Rente
Versorgungsforschung

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Abteilungsleiter / Director

Mary-Somerville-Straße 3
28359 Bremen

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

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

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

Stellungnahme zum

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

sowie dem

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

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

Einleitende Bemerkungen

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

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

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

I. Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs

1. Das neue Begutachtungsassessment

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

Zentrale Merkmale des NBA sind

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

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

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

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

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

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

2. Festlegung der Zugangshürden zu den Pflegegraden

Im Rahmen der Bewertungssystematik werden

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

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

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

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

Quelle: BMG 2013.

Tabelle 2: Schwellenwerte der Grade der Beeinträchtigung im PSG

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

Quelle: BMG 2015.

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

Tabelle 3: Schwellenwerte der Pflegegrade im PSG

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

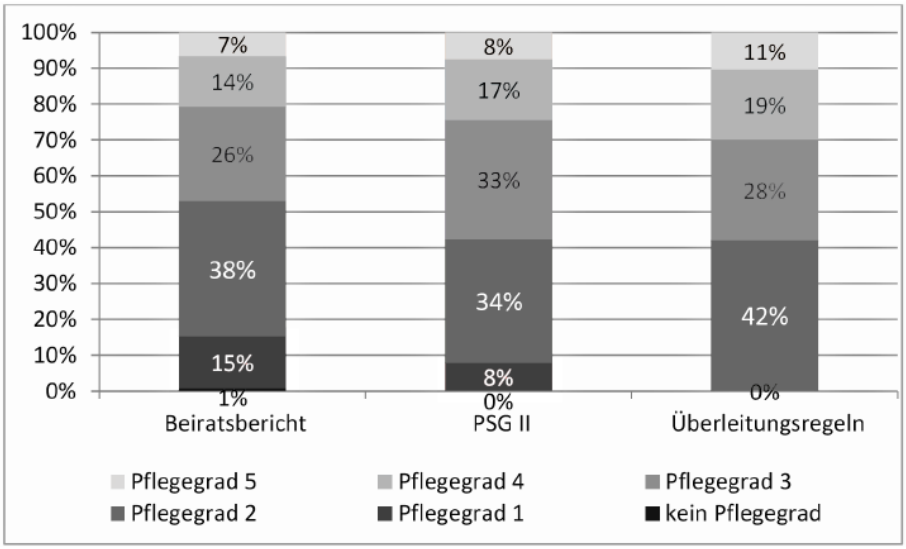
Quelle: BMG 2013, 2015.

3. Überleitungsregeln: Von Pflegestufen zu Pflegegraden

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

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

Abbildung 1: Pflegegradverteilung in der Stichprobe der Praktikabilitätsstudie nach Bewertungssystematik gemäß …



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

4. Leistungshöhen in der ambulanten Pflege[1]

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

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

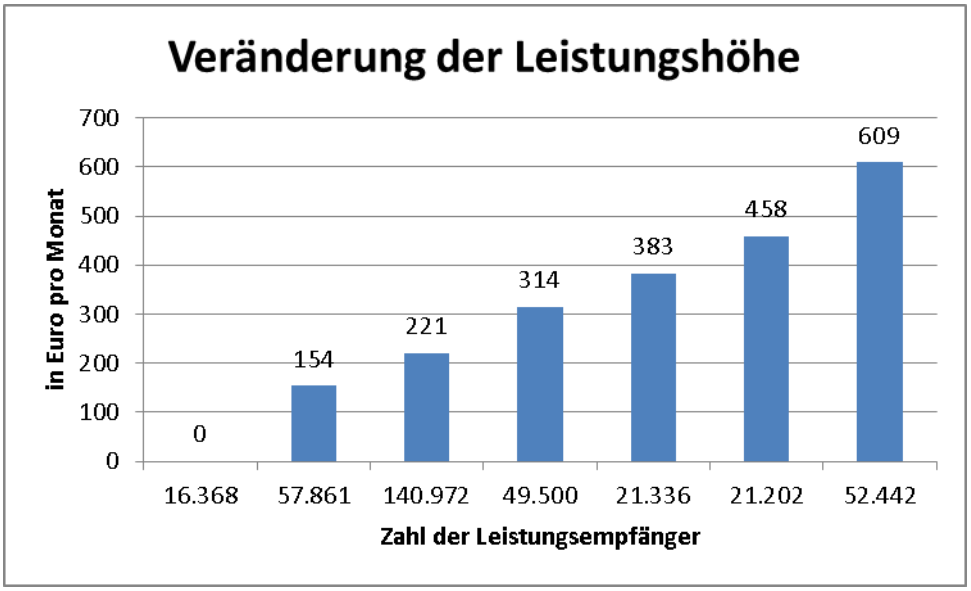
[1] Nachfolgend wird nur auf Pflegegeld und Pflegesachleistungen eingegangen. Daneben erfolgte schon im PSG I eine Leistungsausweitung bei den Leistungen nach § 45b SGB XI, da die „Entlastungsleistungen“ seit diesem Jahr auch Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz offen steht.

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

Tabelle 4: Leistungshöhen für Pflegesachleistung[2]

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

Abbildung 2: Leistungsanhebungen für Pflegesachleistungsempfänger



[2] Empfänger von Kombinationsleistungen wurden zu je 50% auf Pflegegeld- und Pflegesachleistungsempfänger umgerechnet.

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

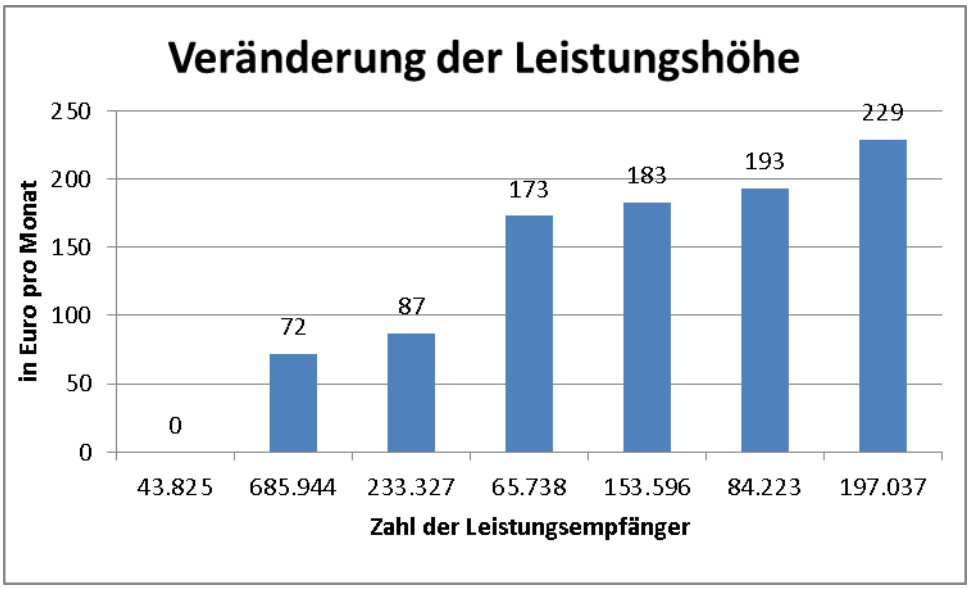
Ein entsprechendes Ergebnis zeigt sich auch für das *Pflegegeld* (Tabelle 5): deutliche Leistungsverbesserungen für PEA und Verbesserungen in Höhe der bisherigen Leistungserhöhungen für PEA nach § 123 SGB XI für die Pflegebedürftigen in Stufe I und II ohne eingeschränkte Alltagskompetenz.

Tabelle 5: Leistungshöhen für Pflegegeld

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

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

Abbildung 3: Leistungsanhebungen für Pflegegeldempfänger



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

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

5. Leistungen, Eigenanteile und Pflegesätze in der stationären Pflege

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II. Weitere Reformschritte

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

1. Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auch im SGB XII einführen

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

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

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

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

2. Anpassungen des Leistungsgeschehens an neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff

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

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

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

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

3. Soziale Betreuung in Pflegegrad 5

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

III. Antrag der Fraktion „Die LINKE“

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

Literatur

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

BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2015): Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II). Kabinettsentwurf vom 12.9.2015.

Brucker, Uwe / Fleer, Bernhard / Pick, Peter (2013): Pflegeversicherung: Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Ihre Benachteiligungen, ihre Begutachtungen, ihre Leistungen, ihre Aussichten beim neuen Pflegebegriff. In: Soziale Sicherheit, 2013, No. 4: 146-152.

Kimmel, Andrea / Schiebelhut, Olga / Kowalski, Ingo / Brucker, Uwe / Breuninger, Katrin / Reif, Karl / Bachmann, Sandra / Glasen, Maria / Webers, Anna (2014): Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments NBA in der Pflegeversicherung. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 12. Berlin: GKV-Spitzenverband.

Rothgang, Heinz / Fünfstück, Mathias / Neubert, Lydia / Czwikla, Jonas / Hasseler, Martina (2015): Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 13. GKV-Spitzenverband: Berlin.

Rothgang, Heinz / Kalwitzki, Thomas (2015): Pflegestärkungsgesetz II – eine erstaunlich großzügige Reform, in: Gesundheits- und Sozialpolitik — Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen, Heft 5: 48-56.

Windeler, Jürgen / Görres, Stefan / Thomas, Stefanie / Kimmel, Andrea / Langner, Ingo / Reif, Karl / Wagner, Alexander (2011): Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Band 3. Berlin: GKV-Spitzenverband.

Wingenfeld, Klaus / Büscher, Andreas / Gansweid, Barbara (2011): Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 2. Berlin: GKV-Spitzenverband.

ANLAGE ZUR STELLUNGNAHME:

Pflege-Stärkungs-Gesetz II: eine erstaunlich großzügige Reform

HEINZ ROTHGANG,
THOMAS KALWITZKI

Prof. Dr. Heinz Rothgang ist Leiter der Abteilung Gesundheit, Pflege, Alterssicherung im SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen

Thomas Kalwitzki ist wiss. Mitarbeiter in der Abteilung von Prof. Heinz Rothgang

Beide Wissenschaftler sind Angehörige des Wissenschaftsschwerpunkts Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen

Mit dem Inkrafttreten des Zweiten Pflege-Stärkungs-Gesetzes (PSG II) zum 1.1.2017 wird eine dreistufige Pflege(versicherungs)reform abgeschlossen. Während schon mit dem Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz und dem Ersten Pflege-Stärkungs-Gesetz höhere Leistungen für mehr Pflegebedürftige übergangsweise eingeführt wurden, enthält das PSG II die zentrale Neuerung: den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Die konkrete Ausgestaltung hält dabei einige Überraschungen bereit. So finden sich in Bezug auf das neue Einstufungssystem, die Leistungshöhen und die Überleitung der Pflegebedürftigen in das neue System Regelungen, die großzügiger sind als erwartet. Dies führt dazu, dass mehr Personen als pflegebedürftig anerkannt werden und sich Pflegegradverteilung sowie Ausgaben erhöhen. Zusätzlich innovativ ist, dass der privat zu zahlende Eigenanteil in Zukunft für alle pflegedürftigen Bewohner eines Pflegeheimes gleich sein wird.

Am 12.08.2015 hat das Bundeskabinett den Entwurf für das Zweite Pflege-Stärkungs-Gesetz (PSG II) verabschiedet. Es bildet den letzten und inhaltlich gewichtigsten Schritt einer großen, dreischrittigen Pflege(versicherungs)reform. Seit 2006 durch zwei Expertenbeiräte vorbereitet und entwickelt, bilden das 2013 in Kraft getretene Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG), das am 1. Januar 2015 in Kraft getretene Erste Pflege-Stärkungs-Gesetz (PSG I) und das PSG II, dessen zentrale Teile 2017 in Kraft treten sollen, eine zusammenhängende Reformeinheit. Alle drei Teile gemeinsam ergeben dabei die umfangreichste Reform der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung 1995. Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs als Kernelement der Reform wird zwar erst 2017 realisiert werden, bereits mit dem PNG wurden aber im Vorgriff hierauf erhebliche Leistungsverbesserungen, insbesondere erstmals Pflegegeld- und Sachleistungsansprüche für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in „Stufe 0“ sowie erhöhte Ansprüche für Pflegebedürftige in Stufe I und II eingeführt. Diese dienten ausdrücklich als Übergangsregelungen „bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung aufgrund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt“ (§ 123 SGB XI idF nach Inkrafttreten des PNG). Das PSG I bereitete die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs weiter vor, insbesondere durch Ausdehnung von Leistungen (§§ 45b, 87b SGB XI), die bislang nur für Personen mit eingeschränkter Alltags-

kompetenz (PEA) zur Verfügung standen, auf alle Pflegebedürftige. Die eigentlichen Systemveränderungen werden nun durch das PSG II eingeführt. Zentral ist dabei ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff, der insbesondere die Bedarfe bei kognitiven Einschränkungen einschließt, und somit auch zu einem neuen Verständnis von Leistungen bei Pflegebedürftigkeit führen soll. Körperliche und kognitive Einschränkungen gemeinsam begründen jetzt einen einheitlichen Leistungsanspruch. Um diesem Paradigmenwechsel Rechnung zu tragen, wird das ganze System der Pflegeversicherung systematisch auf diesen Pflegebedürftigkeitsbegriff umgestellt. Dies impliziert eine veränderte Begutachtung und Einstufung der Pflegebedürftigen, andere Leistungszuordnungen und Anpassungen der Vergütung in stationärer Pflege an die neuen Pflegegrade. Die Veränderungen sind dabei so gewählt, dass sie durchweg Leistungsverbesserungen für die Pflegebedürftigen darstellen. Als solches ist der Reformschritt des PSG II sowohl allgemein, als auch in seinen einzelnen Teilen, als sehr großzügig, damit aber auch als sehr kostenintensiv zu bezeichnen.

Es stellt sich daher die Frage nach einer nachhaltigen Finanzierung. Zwar wurde im Rahmen des PSG I der – auch in anderer Hinsicht vielfach kritisierte (vgl. z. B. Jacobs/Rothgang 2014; Rothgang 2014a) – Pflegevorsorgefonds zur Dämpfung der Beitragsanstiege ab dem Jahre 2035 eingeführt, allerdings sind dessen Effekte quantitativ vernachlässigbar (ebd.; Bowles 2015). Ansonsten wird an der Finanzierung der Pflegeversicherung fast ausschließlich durch Beiträge auf Löhne und Gehälter sowie Lohnersatzleistungen festgehalten. Da die Finanzierung der Pflegeversicherung dabei in den drei Reformschritten nicht – im Sinne einer Bürgerversicherung (vgl. z. B. Dräther et al. 2009, Rothgang 2014b) – auf breitere Grundlage gestellt wurde, müssen alle genannten Reformschritte durch Erhöhungen des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung finanziert werden. Dieser wird im Zeitraum von 2012 bis 2017 um insgesamt 0,6 Prozentpunkte auf 2,55 % für Versicherte mit Kindern bzw. auf 2,8 % für Kinderlose angehoben. Da hiervon 0,1 Prozentpunkt direkt in den Pflegevorsorgefonds abgeführt wird, stehen zur Finanzierung der drei Reformschritte die Mehreinnahmen aus 0,5 Prozentpunkten zur Verfügung.

Der inhaltliche Kern: Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

„Pflegebedürftigkeit“ ist keine medizinische Diagnose, sondern eine komplexe einerseits fachwissenschaftliche und andererseits sozialrechtliche Konstruktion. Wie sich insbesondere im internationalen Vergleich zeigt, führen je nach kulturellem Kontext und sozialrechtlicher Ausgestaltung der Pflegeabsicherung unterschiedliche individuelle Dispositionen zum Merkmal „Pflegebedürftigkeit“ und damit gegebenenfalls zu einem Leistungsanspruch (Colombo et al. 2011; OECD 2005). Fachwissenschaftlich legt der Begriff der „Pflegebedürftigkeit“ fest, welche Einschränkungen als relevant angesehen werden, um die Notwendigkeit von Hilfen durch Dritte zu konstatieren. Dies entspricht weitgehend einer qualitativen Zuordnung, durch die programmatisch festgelegt wird, welcher Zustand wann als „Pflegebedürftigkeit“ angesehen wird. Besonders deutlich wird dies im unterschiedlichen Einbezug von Einschränkungen, die nicht rein somatisch sind. Sozialrechtlich regelt die Definition von „Pflegebedürftigkeit“ – teilweise in mehrfacher Abstufung – den personenbezogenen Leistungsanspruch im Sozialsystem. In dieser Perspektive dient das Kriterium der Pflegebedürftigkeit somit der verteilungsgerechten Zuweisung begrenzter Ressourcen in Form von Geld- und Sachleistungen.

Welche Auswirkungen der Paradigmenwechsel auf den Pflegealltag haben wird, kann noch nicht abschließend bewertet werden.

Seit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 umfasst die Legaldefinition der „Pflegebedürftigkeit“ in §§ 14, 15 SGB XI dauerhaften Hilfebedarf aufgrund körperlicher, geistiger oder seelischer Krankheiten oder Behinderungen bei gewöhnlichen und wiederkehrenden Alltagsverrichtungen. Im Vordergrund stehen also Defizite in der Bewältigung des Alltags. Operational wird gemessen, bei welchen dieser Alltagsverrichtungen wie oft Unterstützungsbedarf besteht und dann ein gewichteter Summenwert errechnet, wobei die Minuten, die eine nicht in der Pflege ausgebildete Pflegeperson im Durchschnitt für die entsprechende Unterstützung benötigt, als Gewichte fungieren. Da diese Operationalisierung verstärkt auf den Hilfebedarf bei Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlicher Versorgung abzielt, sind Personen mit vorrangig körperlichen Beeinträchtigungen eher und in höherem Maße „pflegebedürftig“ als Personen mit vorrangig kognitiven Einschränkungen.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff verändert diese Zuordnungen nun deutlich. Ausgehend von fachwissenschaftlichen Erkenntnissen wird der Fokus in zweierlei Hinsicht grundlegend verändert. Erstens werden die betrachteten Lebensbereiche erweitert, so dass Unterstützungsbedarfe in Bezug auf Partizipation und soziale Teilhabe nun ebenso pflegebedürftigkeitsrelevant werden wie kognitive Einschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten und der Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen. Dies impliziert eine Gleichbehandlung somatischer und kognitiver Aspekte, die nun auf *einer* Skala zu einem Gesamtergebnis führen. Zweitens wird der Pflegebedarf nicht mehr in Bezug auf Unterstützungsbedarfe bei Alltagsverrichtungen gemessen. Ausschlaggebend ist vielmehr wie selbständig der Pflegebedürftige in den einzelnen Bereichen ist. Dies wiederum führt dazu, dass eine grundlegende Orientierung an den vorhandenen Ressourcen erfolgen kann.

Welche Auswirkungen dieser Paradigmenwechsel auf den Pflegealltag haben wird, kann bisher noch nicht abschließend bewertet werden. Ein erweiterter Pflegebedürftigkeitsbegriff führt aber nicht automatisch zu Veränderungen des Leistungsgeschehens in der ambulanten und stationären Versorgung Pflegebedürftiger. Schon heute müssen Pflegekassen in ihren Verträgen mit Leistungserbringern eine „dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten … gewährleisten (Sicherstellungsauftrag)“ (§ 69 SGB XI). An diesem „allgemein anerkannten Stand“ ändert sich durch die Änderung der Kriterien, nach denen Versicherte Ansprüche gegen die Pflegekassen auf Pflegeversicherungsleistungen haben, zunächst nichts. Da zudem mit den zusätzlichen Betreuungsleistungen

(nach § 45b SGB XI) für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in häuslicher Pflege und den zusätzlichen Betreuungskräften nach § 87b SGB XI für PEA in stationärer Pflege bereits in den vorrangegangenen Reformschritten Versorgungsdefizite für kognitiv beeinträchtigte Pflegebedürftige – auf welche die Hauptkritik an der bisherigen Definition der Pflegebedürftigkeit zielte – erfolgreich verringert wurden, ist nicht mit einer Änderung der Versorgungssituation zu rechnen, solange diese nicht zusätzlich in den Verträgen zwischen Leistungserbringern und Pflegekassen festgeschrieben wird.

Die praktische Umsetzung: Das neue Begutachtungsassessment (NBA)

Ein Assessment sollte im Normalfall ein vorhandenes theoretisches Konstrukt, in diesem Fall den „Pflegebedürftigkeitsbegriff" operational umsetzen. Tatsächlich ist es im vorliegenden Fall aber umgekehrt: Im Rahmen des ersten Beiratsprozesses wurde 2008 ein pflegefachlich fundiertes Assessmentinstrument, das Neue Begutachtungsassessment (NBA), erarbeitet (Wingenfeld et al. 2011), das erstmals 2008 in einer Studie (Windeler et al. 2011) und – nach einigen Änderungen im Beiratsprozess – 2013/4 ein zweites Mal (Kimmel et al. 2015) erprobt wurde. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff wird im PSG II jetzt als das definiert, was dieses Instrument misst – und nicht umgekehrt.

Seit 1995 wird „Pflegebedürftigkeit" in drei Pflegestufen abgebildet und seit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz von 2002 zusätzlich durch das parallele Merkmal der eingeschränkten Alltagskompetenz ergänzt, das zwar für die Feststellung von „Pflegebedürftigkeit" unerheblich ist, wohl aber Leistungsansprüche gegen die Pflegeversicherung generiert, seit 2008 auch ohne dass Pflegebedürftigkeit vorliegt. Das NBA erfasst dagegen alle somatischen und kognitiven Dimensionen und klassiert Pflegebedürftigkeit dann in fünf Pflegegraden. Ziel ist es dabei, die Pflegebedürftigkeit umfassend zu erheben und somit sowohl körperliche, als auch psychisch/kognitive Beeinträchtigungen der selbständigen Lebensführung zu erfassen. Dies inkludiert dementsprechend auch den Bereich der Partizipation und sozialen Teilhabe.

Dazu wird das Maß der Selbständigkeit des Antragstellers in acht Modulen erhoben, von denen nur die ersten sechs zur Festlegung der Pflegebedürftigkeit genutzt werden. Die Module betrachten die Bereiche (1) Mobilität, (2) kognitive und kommunikative Fähigkeiten, (3) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, (4) Selbstversorgung, (5) Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Belastungen und Anforderungen, (6) Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte, (7) außerhäusliche Aktivitäten und (8) Haushaltsführung. Das bisherige Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bezieht sich in etwa auf die Inhalte, die nunmehr in den Modulen 1 und 4 abgedeckt werden. Durch Hinzuziehung der weiteren Module erfolgt also eine wesentliche Erweiterung der alten Systematik.

Die Ergebnisse der Module 7 und 8 gehen als Konsequenz der ersten Anwendung in der sogenannten „Hauptphase 1" des (ersten) Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht in die Berechnung der Pflegegrade ein. Hintergrund hierfür ist, dass in diesen Modulen nicht die Pflegebedürftigkeit selbst fokussiert wird, sondern vielmehr

Tabelle 1: Punktsummen, Grade der Beeinträchtigung und Scorewerte in den Modulen

		Grade der Beeinträchtigung					Gewicht des Moduls in %
		0 (keiner)	1 (gering)	2 (erheblich)	3 (schwer)	4 (schwerster)	
Modul 1: Mobilität	Punktsumme	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15	10
	Scorewert	0	2,5	5	7,5	10	
Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Punktsumme	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33	15
	Scorewert	0	3,75	7,5	11,25	15	
Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Punktsumme	0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65	15
	Scorewert	0	3,75	7,5	11,25	15	
Modul 4: Selbstversorgung	Punktsumme	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 60	40
	Scorewert	0	10	20	30	40	
Modul 5: Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen	Punktsumme	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15	20
	Scorewert	0	5	10	15	20	
Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	Punktsumme	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18	15
	Scorewert	0	3,75	7,5	11,25	15	

Anmerkung: Scorewert = Grad der Beeinträchtigung multipliziert mit dem Modulgewicht (in %) dividiert durch 4.
Quelle: Eigene Darstellung basierend auf BMG 2015.

eine Hilfebedürftigkeit, die ihrerseits nur als Vorstufe zu Pflegebedürftigkeit betrachtet wird. Trotz dieser Sonderstellung wurden die Module 7 und 8 im NBA beibehalten, da aus ihnen Empfehlungen zur Optimierung der häuslichen Versorgungssituation und für die individuelle Pflege- und Hilfeplanung abgeleitet werden können.

Zur Ermittlung der Pflegegrade werden die Ergebnisse der insgesamt (für Erwachsene) 65 erhobenen Items in den Modulen 1 bis 6 mittels einer – unnötig – komplexen Bewertungssystematik in Scorewerte umgerechnet, auf deren Basis eine Einstufung in die neuen fünf Pflegegrade erfolgt:

- Dazu werden die Items im ersten Schritt fast durchgängig auf einer 4-stufigen Skala gemessen, die die Ausprägungen „selbständig“ (0 Punkte), „überwiegend selbständig“ (1 Punkt), „überwiegend unselbständig“ (2 Punkte) und „unselbständig“ (3 Punkte) enthält. Von dieser Systematik wird in Modul 4 abgewichen, um einzelnen Items ein höheres Gewicht zu geben, und in Modul 3 und 5, da hier auf die Häufigkeit des Auftretens der Merkmale abgestellt wird. Für jedes Modul wird sodann eine *Punktsumme* gebildet, wobei allerdings in Modul 5 jeweils mehrere Items zusammengefasst werden, also eine Klassierung vorgenommen wird, und Items teilweise nicht in die Berechnung eingehen, wenn andere Kriterien erfüllt sind.
- Die Punktsummen aller Module werden im zweiten Schritt klassiert, wobei pro Modul 4 *Grade der Beeinträchtigung* (vgl. Tabelle 1) unterschieden werden.
- Im dritten Schritt werden aus den Graden der Beeinträchtigung *Scorewerte pro Modul* berechnet, in dem die Grade der Beeinträchtigung mit dem Gewicht des Moduls multipliziert und dieser Wert durch 4 geteilt wird.
- Im vierten Schritt werden die Scorewerte der Module addiert, wobei nur der höhere Wert des Moduls 2 oder 3 in die Addition eingeht. Das Ergebnis ist ein *Gesamtscorewert* im Bereich von 0 bis 100.
- Im fünften und letzten Schritt wird nun die eigentliche Ermittlung der *Pflegegrade* durchgeführt. Ist der Gesamtscorewert kleiner als 12,5, so wird kein Pflegegrad zugeordnet. Bei höheren Werten erfolgt eine Einordnung gemäß Tabelle 2.

Bemerkenswert ist bei der Betrachtung dieser Gesamtsystematik, dass der Gesetzgeber zweifach von der im Beiratsbericht 2013 veröffentlichten Systematik abgewichen wird. Zum einen sind die unteren Grenzwerte für die *Grade der Beeinträchtigung* in den Modulen 1, 4 und 6 (teilweise mehrfach) gegenüber der im Beiratsbericht 2013 (BMG 2013: 22) veröffentlichten Systematik nach unten abgesenkt worden. Infolge dessen werden im Vergleich zu der Systematik des Beiratsberichts höhere Gesamtscorewerte erreicht. Zum anderen wurden die Schwellenwerte für die *Pflegegrade 1, 2 und 3* gegenüber dem Beiratsbericht (BMG 2013: 23) abgesenkt, so dass ein geringerer Grad an Einschränkung ausreichend ist, um einen der unteren drei Pflegegrade zu erreichen (Tabelle 2). Durch diese doppelte Nachjustierung ist also zu erwarten, dass sowohl eine größere Anzahl von Antragstellern überhaupt in den Leistungsbezug kommt, als auch dass die Pflegegradverteilung im Vergleich zur alter Bewertungssystematik und damit auch im Vergleich zu den Ergebnissen der beiden Erprobungsstudien (Rothgang et al. 2015; Kimmel et al. 2015), die jeweils mit der alten Bewertungssystematik operiert haben, „nach oben“ verschoben ist.

Bei einer *Bewertung* des NBA positiv hervorzuheben ist die umfangreiche, weit über das bisherige Instrument hinausgehende umfassende Datenerhebung. Sie scheint geeignet, die Ansprüche des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu erfüllen, eine über die körperlichen Versorgungsbedarfe hinausgehende, umfassende Erfassung der Situation des Pflegebedürftigen zu ermöglichen. Diesbezüglich ist das NBA eindeutig ein Fortschritt gegenüber dem bisherigen Erhebungsinstrument. Wurden die einzelnen Items im alten Instrument mittels der durchschnittlichen Dauer, die eine Laienpflegekraft für die einzelnen Verrichtungen benötigt, gewichtet, ist diese Zeitorientierung im neuen Instrument weggefallen. Damit werden in Zukunft die vielfachen – auch rechtlichen – Streitigkeiten vermieden, die daraus resultierten, dass Angehörige darüber geklagt haben, dass die Unterstützungsleistungen in ihrem Fall viel länger dauern und dies nicht berücksichtigt werde. Tatsächlich handelt es sich hierbei zwar um eine Fehlinterpretation dieser „Minutenwerte“, allerdings war sie immer wieder Anlass für Klagen, die nun entfallen. Allerdings müssen die Einzelitems auch im NBA gewichtet werden. Dies erfolgt nunmehr implizit im Rahmen der beschriebenen komplexen und unübersichtlichen Bewertungssystematik, die nicht als vollkommen gelungen bezeichnet werden kann. Insbesondere die mehrfachen Klassierungen, erstens bei der Punktsummenbildung in Modul 5, zweitens bei der Bildung der Grade der Beeinträchtigung in allen Modulen und drittens bei der Bildung von Pflegegraden führen zu mehrfachen Informationsverlusten. Ein derartiger Informationsverlust ist insofern unvermeidlich als am Ende eine Klassenbildung („Pflegegrade“) notwendig ist, da die Leistungsgestaltung dann an diesen Pflegegraden anknüpft.

Bei einer Bewertung des NBA positiv hervorzuheben ist die umfassende, weit über das bisherige Instrument hinausgehende Datenerhebung.

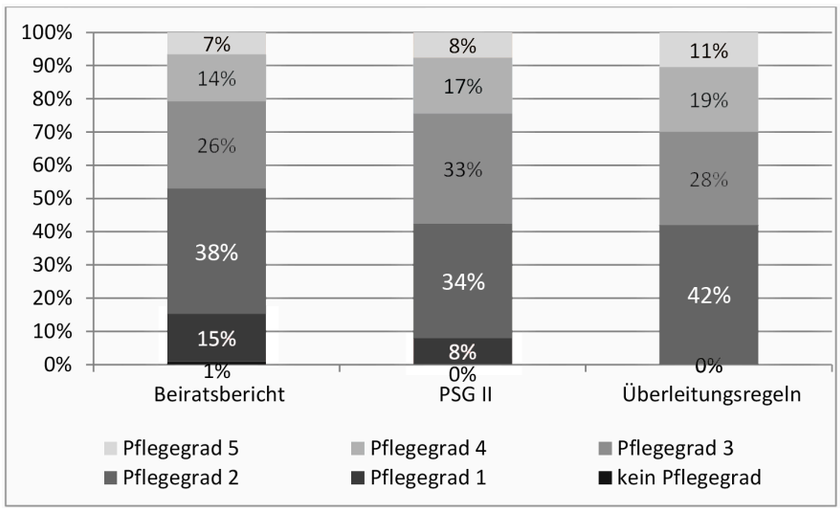
Tabelle 2: Pflegegrade und Scorewerte

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

Quellen: BMG 2013, 2015

Insbesondere die zusätzliche Klassierung in die „Grade der Beeinträchtigung“ ist allerdings unnötig und kann zu Verzerrungen führen. Gleiches gilt für die eigentümliche Maximierungsregel in den Modulen 2 und 3, die dazu führt, dass die Einschränkungen der Selbständigkeit in einem der beiden Module regelmäßig nicht berücksichtigt werden. Insgesamt kann dennoch kein Zweifel daran bestehen, dass die neue Systematik der alten überlegen ist.

Abbildung 1: Pflegegradverteilung in der Stichprobe der Erprobungsstudie nach Bewertungssystematik gemäß ...



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

Von 3 Stufen zu 5 Graden: Die Überleitungsregelungen

Nach Inkrafttreten der entsprechenden Regelungen des PSG II können Neuanträge auf Pflegeversicherungsleistungen mit dem Neuen Begutachtungsassessment begutachtet werden. Was aber geschieht mit den bisherigen Leistungsempfängern? Da eine Neubegutachtung von mehr als zweieinhalb Millionen Leistungsempfängern zum Umstellungszeitraum nicht realisierbar wäre, sieht das PSG II eine *formale Überleitung* der Pflegebedürftigen vor. Sie erfolgt gemäß § 140 SGB XI idF des PSG II für alle Personen, die aufgrund einer festgestellten Pflegestufe und/oder einer eingeschränkten Alltagskompetenz am 31.12.2016 im Rahmen des SGB XI leistungsberechtigt sind zum 01.01.2017 ohne eine erneute Begutachtung durch den MDK. Maßgeblich für die auf diesem Weg zugeordneten Pflegegrade sind die bereits in einer Begutachtung festgestellten Pflegestufen und eine etwaige eingeschränkte Alltagskompetenz. Für diese Überleitung hatte der Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs drei Optionen dargestellt (BMG 2013: 83ff.). Wiederum hat sich der Gesetzgeber für die großzügigste dieser Optionen entschieden. Demnach werden die Pflegebedürftigen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz mittels eines „einfachen Stufensprungs“ übergeleitet. Dies bedeutet, dass aus der Pflegestufe I der Pflegegrad 2 folgt, aus Pflegestufe II der Pflegegrad 3 usw. Bei Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erfolgt ein „doppelter Stufensprung“: aus der Pflegestufe 0 (mit EA) folgt der Pflegegrad 2, aus Pflegestufe I (mit EA) der Pflegegrad 3 usw. (vgl. Tabelle 3 und Tabelle 4). Die im Rahmen der Überleitung zugewiesenen Pflegegrade werden frühestens im Jahr 2019 durch reguläre Wiederholungsbegutachtungen überprüft (§ 142 Abs. 1 SGB XI), wobei dies nicht zu einem verringerten Pflegegrad führen kann – ausgenommen die Pflegebedürftigkeit entfällt komplett (§ 140 Abs. 3 SGB XI). Die Überleitung spiegelt damit die grundsätzliche Logik des NBA wieder, nach der Personen mit gleichen körperlichen Einschränkungen dann einen höheren Pflegebedarf haben, wenn sie zusätzlich eine kognitive Einschränkung, etwa eine eingeschränkte Alltagskompetenz, aufweisen.

Abbildung 1 zeigt die Effekte der dargestellten Veränderungen der Bewertungssystematik im Gesetzgebungsverfahren gegenüber dem Beiratsbericht 2013 sowie die Auswirkungen der Überleitungsregelungen anhand der Stichprobe von 1570 Antragsteller, die in die Erprobungsstudie eingeschlossen wurden (Kimmel et al. 2015). Werden gemäß der Ursprungssystematik 16 % der nach dem alten System Leistungsberechtigten in Pflegegrad 1 (oder kein Pflegegrad) eingestuft, sind dies nach der neuen Bewertungssystematik nur noch halb so viele. Umgekehrt erhöht sich der Anteil derer, die in Pflegegrad 3 und höher kommen, von 47 % in der Originalsystematik auf 58 % in der im Entwurf des PSG II veröffentlichten Bewertungssystematik. Bei Anwendung der Überleitungsregeln ist der Pflegegrad 1 gar nicht mehr vertreten. Zudem steigt der Anteil in Pflegegrad 4 und 5 auf 30 % gegenüber 25 % in der PSG II-Bewertungssystematik und 21 % in der Originalsystematik des Expertenbeirats. Die Abbildung zeigt damit, dass die im Gesetzgebungsverfahren vorgenommenen Modifikationen der Bewertungssystematik durchaus merkliche Auswirkungen auf die Pflegegradverteilung haben

Tabelle 3: Leistungshöhen für Pflegesachleistung

Einstufung alt	Leistungsbetrag alt (§ 36 + § 123)	Leistungsbetrag neu (§ 36)	Einstufung Überleitung	Differenz der Leistungsbeträge
Stufe 0 +EA	231	689	PG 2	458
Stufe I	468	689	PG 2	221
Stufe I + EA	689	1298	PG 3	609
Stufe II	1144	1298	PG 3	154
Stufe II + EA	1298	1612	PG 4	314
Stufe III	1612	1612	PG 4	0
Stufe III + EA	1612	1995	PG 5	383
Härtefälle	1995	1995	PG 5	0
Härtefälle + EA	1995	1995	PG 5	0

Quelle: eigene Darstellung nach SGB XI idF nach PSG I, BMG 2015.

und – aus Gründen des Bestandsschutzes unvermeidlich – die Überleitungsregeln zu einer temporär noch einmal „höheren“ Pflegegradverteilung führen.

Leistungsansprüche und Leistungsbeträge in ambulanter Pflege

Für die so bestimmten neuen Pflegegrade sieht der Gesetzentwurf Leistungshöhen vor, die sich in der *ambulanten Pflege* an den bisher gewährten Leistungen orientieren, diese aber sehr großzügig auf die neuen Pflegegrade übertragen. Die Ansprüche auf Pflegesachleistungen gliedern sich bisher de facto in bis zu 9 Stufen mit Leistungsansprüchen. Diese kombinieren die Schwere einer Pflegebedürftigkeit in den Stufen „keine Pflegestufe“, PS I, PS II, PS III und „Härtefall“ mit dem etwaigen Vorliegen einer eingeschränkten Alltagskompetenz, wobei Personen ohne Pflegestufe und ohne eingeschränkte Alltagskompetenz keinen Leistungsanspruch haben. Für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz kann bei Inanspruchnahme der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI zudem noch zwischen dem Anspruch auf Grundbetrag oder erhöhten Betrag für diese Leistung unterschieden werden. Jede dieser Kombinationen korrespondiert mit unterschiedlich hohen Leistungsbeträgen, wobei die eingeschränkte Alltagskompetenz ab Pflegestufe III nicht mehr zu einem erhöhten Pflegegeld- oder -sachleistungsanspruch führt, wohl aber zu Ansprüchen nach § 45b SGB XI. Diese 9 Abstufungen werden durch das NBA nun wieder auf fünf Pflegegrade reduziert. Dies ist möglich, da die Pflegegrade – anders als die Pflegestufen – auch die kognitiven Beeinträchtigungen – angemessen abbilden und so das Zusatzkriterium „eingeschränkte Alltagskompetenz“ entfallen kann. Dabei erstreckt sich der „echte“ Leistungsbezug nur auf die Pflegegrade 2 bis 5. Pflegebedürftige des Pflegegrades 1 erhalten im ambulanten Leistungsbezug einen sogenannten „Entlastungsbetrag“ in Höhe von 125 € (§ 28a Abs. 2 iVm § 45b Abs. 1 SGB XI idF des PSG II-Kabinettsentwurfs), im stationären Bereich einen Aufwendungszuschuss in gleicher Höhe (§ 43 Abs. 3 SGB XI idF des PSG II-Kabinettsentwurfs). Ausgehend von der Annahme, dass diese Personen nach alter Einstufung gar keinen Leistungsanspruch erhalten würden, stellt auch dieser limitierte Betrag eine Besserstellung der betroffenen Pflegebedürftigen dar.

Tabelle 4: Leistungshöhen für Pflegegeld

Einstufung alt	Leistungsbetrag alt (§ 37 + § 123)	Leistungsbetrag neu (§ 37)	Einstufung Überleitung	Differenz der Leistungsbeträge
Stufe 0 + EA	123	316	PG 2	193
Stufe I	244	316	PG 2	72
Stufe I + EA	316	545	PG 3	229
Stufe II	458	545	PG 3	87
Stufe II + EA	545	728	PG 4	183
Stufe III	728	728	PG 4	0
Stufe III + EA	728	901	PG 5	173

Quelle: eigene Darstellung nach SGB XI idF nach PSG I, BMG 2015.

Tabelle 3 zeigt die alten und neuen Leistungshöhen für *Pflegesachleistungen* im Vergleich, wobei der alten Pflegestufe (differenziert danach, ob eine eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt) der neue Pflegegrad gegenübergestellt wird, der sich entsprechend der Überleitungsvorschrift (s. o.) ergibt. Deutliche Leistungsverbesserungen ergeben sich aufgrund des „doppelten Stufensprungs“ für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Auch für Personen ohne eingeschränkte Alltagskompetenz in Pflegestufe I und II kommt es aber zu Leistungsverbesserungen, da der Leistungsbetrag, der nach § 123 SGB XI bisher nur für PEA gewährt wurde, nun in die Leistungen nach § 36 SGB XI integriert wird. Lediglich für die bisher in Pflegestufe III eingestuften Pflegebedürftigen und Härtefälle kommt es nicht zu Leistungsverbesserungen, da die Leistungen nach § 123 SGB XI nur für die Stufen 0 bis II vorgesehen sind.

Ein entsprechendes Ergebnis zeigt sich auch für das *Pflegegeld* (Tabelle 4): deutliche Leistungsverbesserungen für PEA und Verbesserungen in Höhe der bisherigen Leistungserhöhungen für PEA nach § 123 SGB XI für die Pflegebedürftigen in Stufe I und II ohne eingeschränkte Alltagskompetenz.

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

Leistungsansprüche und Leistungsbeträge in stationärer Pflege

Auch im stationären Bereich erfolgen Anpassungen der Leistungsbeträge (Tabelle 5). Anders als im ambulanten Bereich kommt es dabei sogar zu einer Verringerung des Leistungsanspruches, nämlich für Pflegebedürftige der Pflegestufe I und II ohne eingeschränkte Alltagskompetenz.

Die neuen Beträge sind jedoch nur bedingt mit den alten Beträgen vergleichbar, da sich auch die Pflegesätze

Tabelle 5: Leistungen bei stationärer Pflege

Einstufung alt	Leistungsbetrag alt	Leistungsbetrag neu	Einstufung Überleitung	Differenz der Leistungsbeträge
Stufe I	1064	770	PG 2	-294
Stufe I + EA	1064	1262	PG 3	198
Stufe II	1330	1262	PG 3	-68
Stufe II + EA	1330	1775	PG 4	445
Stufe III	1612	1775	PG 4	163
Stufe III + EA	1612	2005	PG 5	393

Quelle: eigene Darstellung nach SGB XI idF nach PSG I, BMG 2015.

ändern und zudem eine weitere Bestandsschutzregelung vorgesehen ist, die sich auf die Eigenanteile bezieht. Vor einer abschließenden Bewertung ist es daher notwendig, zunächst auf diese beiden Regelungen näher einzugehen.

Pflegesätze

Während die Leistungsabrechnung im ambulanten Bereich unabhängig von der Pflegestufe erfolgt und daher durch das PSG II nicht beeinflusst wird, knüpfen die stationären und teilstationären Pflegesätze an den Pflegestufen an und müssen bei Umstellung auf Pflegegrade neu festgelegt werden. Hierzu sieht das PSG II eine Fortführung der bisherigen Praxis vor, nach der weiterhin einrichtungsspezifische Pflegesätze mit den Kostenträgern, korrespondierend mit den Landesrahmenverträgen nach § 75 SGB XI, ausgehandelt werden (§ 92c SGB XI in der Fassung des PSG II-Entwurfs). Wie diese Rahmenverträge angepasst werden, ist dabei noch unklar bzw. im PSG II nicht geregelt. Vorgeschrieben ist bisher lediglich eine Prüfung und Anpassung der personalbezogenen Regelungen unter Einbezug bestehender Erfahrungen und Untersuchungen (BMG 2015: 156). Unabhängig von Inhalt und Zeitpunkt der Neuformulierungen ist für die Neuverhandlungen der Zeitraum Januar bis September 2016 vorgesehen. Um der notwendigen Bearbeitung von rund 13.000 Einrichtungen möglich zu machen, kann ein vereinfachtes Verfahren eingerichtet werden, das sich an der formalen Überleitung des § 92e SGB XI (idF des PSG II-Entwurfs) zu orientieren hat. Diese Regelungen greifen zwingend für alle Einrichtungen, die am 1.10.2016 noch keine Verhandlungen abgeschlossen haben.

Durch die Formeln des § 92e SGB XI werden pflegegradspezifische Pflegesätze der Grade 2 bis 5 für vollstationäre (Absatz 2) und teilstationäre (Absatz 3) Einrichtungen festgelegt. Ausgangspunkt ist dabei in beiden Fällen der Gesamtbetrag aller Pflegesätze, die der jeweiligen Einrichtung am 30.9.2016 zustehen. Dieser wird – möglicherweise zuzüglich eines Kostensteigerungszuschlags (§ 92c SGB XI) – so umverteilt, dass der zuvor ermittelte Gesamtbetrag auch nach den neuen Pflegesätzen in Kombination mit der formal übergeleiteten Bewohnerschaft zum Stichtag erreicht wird. Entsprechend der Regelungen des § 84 Abs. 2 SGB XI, wonach Pflegesätze leistungsgerecht festzusetzen sind, orientieren sich die Überleitungsregelungen an den empirischen Aufwandswerten, die im Rahmen der EViS-Studie (Rothgang et al. 2015) erzielt wurden (BMG 2015: 107). Diese Werte sind jedoch keine absoluten Größen, sondern bilden vielmehr die Aufwands*verhältnisse* der Pflegegrade zueinander ab. Basis der Berechnungen ist der Pflegesatz in Pflegegrad 2, dem der Verhältniswert 1,00 zugeordnet wird. Alle weiteren Pflegesätze ergeben sich als Vielfache davon mit dem Pflegesatz für Pflegegrad 3/4/5 als dem 1,36/1,74/1,91-fachen des Pflegesatzes für Pflegegrad 2. Zusätzlich dazu wird der Pflegesatz für Pflegegrad 1 in § 92e Abs. 4 auf das 0,78-fache des Referenzwertes für Pflegegrad 2 festgesetzt.

Sehr einfach erfolgt die Berechnung der Pflegesätze im teilstationären Bereich direkt unter Nutzung der Verhältniswerte. Aufwendiger ist die mathematische Umsetzung im vollstationären Bereich, da hier das Kriterium der *einheitlichen Eigenanteile* neu eingeführt wurde. Ermittelt wird der einrichtungsindividuelle einheitliche Eigenanteil, indem der Teil des ermittelten Gesamtbetrags, der unter der gegebenen Bewohnerverteilung nicht durch die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung gedeckt wird, gleichmäßig auf die Anzahl der Bewohner verteilt wird. Aus der Summierung des einheitlichen Eigenanteils mit den pflegegradbezogenen Leistungshöhen nach § 43 SGB XI ergeben sich schließlich die monatlichen Pflegesätze je Pflegegrad. Diese entsprechen durchschnittlich, bei einem Eigenanteil von etwa 580 €, den in EViS ermittelten Aufwandswerten. Durch einrichtungsindividuell höhere und niedrigere Eigenanteile werden sich diese Verhältnisse geringfügig verändern.

Das in § 92e eingeführte Umrechnungsverfahren dient als Grundlage einer vereinfachten Umstellungsarithmetik und als fall-back-Option für Einrichtungen, die zum Stichtag keine neuen Pflegesätze verhandelt haben. Es folgt einer reinen Umverteilungslogik, bei der jedoch die Möglichkeit eines Zuschlags für die voraussichtlichen Kostensteigerungsraten vorhanden ist. Für Einrichtungen ist somit sichergestellt, dass zum Zeitpunkt der Umstellung keine Minderung der Einnahmen erfolgen wird.

Weiterhin räumt der neue § 43b SGB XI allen pflegebedürftigen Bewohner stationärer Einrichtungen nun einen Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung ein. Zur Finanzierung sehen die §§ 84 und 85 SGB XI (neue Fassung) dabei die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen vor, die für zusätzliches Betreuungspersonal im Verhältnis von bis zu 1/20 vollzeitäquivalenten Betreuungskräften pro Bewohner aufzuwenden sind. Somit werden die Ansprüche der Einrichtungen gegen die Pflegekassen nach § 87b SGB XI zu einem Leistungsanspruch der Pflegebedürftigen umgewandelt.

Einheitliche Eigenanteile bei stationärer Versorgung

Der grundsätzliche Teilleistungscharakter der Pflegeversicherung mit festgelegten absoluten Leistungshöhen oder –grenzen wird durch das PSG II nicht verändert. Dies führt dazu, dass auch weiterhin die Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen einen gewissen Teil des Gesamtheimentgelts als Eigenanteil zu zahlen haben. Dieser ist aus privaten Mitteln zu erbringen oder wird subsidiär durch die Träger der Sozialhilfe übernommen. Wie auch bisher trägt der Pflegebedürftige die über alle Pflegestufen einheitlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten, soweit sie nicht öffentlich gefördert sind. Zusätzlich ist ein Teil der Pflegekosten zu übernehmen, dessen Höhe bislang an die Pflegestufe gekoppelt war. Da die Pflegesätze bislang stärker zwischen den Stufen gespreizt sind als die Pflegeversicherungsleistungen, führt eine höhere Pflegestufe derzeit regelmäßig zu einem höheren Eigenanteil an den Pflegekosten. Hieraus ergab sich eine Anreizsituation, in der die Interessen der Einrichtung nach einer möglichst hohen Pflegestufe den Wünschen der Bewohner nach einem niedrigen Zuzahlungsbetrag und damit einer niedrigen Pflegestufe gegenüber standen. Hierauf hat der Gesetzgeber bei der Ausarbeitung des PSG II reagiert und in § 84 Abs. 2 SGB XI festgelegt, dass zukünftig in stationären Einrichtungen für die Pflegegrade 2 bis 5 ein einheitlicher Eigenanteil gilt, der sich allerdings zwischen den Einrichtungen unterscheidet. Die Anreize für Bewohner und Angehörige, eine angezeigte Höherstufung von pflegebedürftigen Bewohnern zu vermeiden oder zu verzögern, um die privaten Zuzahlungen gering zu halten, sind somit aufgehoben.

Die Festlegung des Eigenanteils wird in der Praxis innerhalb der Pflegesatzverhandlungen erfolgen. Dabei ist noch offen, ob dieser weiterhin konsekutiv aus

Tabelle 6: Leistungen und Eigenanteil bei stationärer Pflege

Einstufung Alt	Leistungs-betrag alt	Durchschnitt-licher Eigenanteil	Leistungs-betrag neu	Durchschnitt-licher Eigen-anteil	Einstufung Überleitung
Stufe I	1064	391	770	580	PG 2
Stufe I + EA	1064	391	1262	580	PG 3
Stufe II	1330	596	1262	580	PG 3
Stufe II + EA	1330	596	1775	580	PG 4
Stufe III	1612	815	1775	580	PG 4
Stufe III + EA	1612	815	2005	580	PG 5

Quelle: eigene Berechnungen nach Statistisches Bundesamt 2015 und BMG 2015.

den verhandelten Pflegesätzen abgeleitet wird oder aber umgekehrt die Pflegesätze aus der Summe aus verhandeltem Eigenanteil und Pflegeversicherungsleistungen entstehen. Der Wortlaut der Regelungen des § 92e SGB XI (neue Fassung) entspricht eher dem zweiten Ansatz, so dass Pflegesatzverhandlungen zukünftig richtiger als Eigenanteilsverhandlungen zu bezeichnen wären.

Unter Zugrundelegung der durchschnittlichen Pflegesätze für Dezember 2013 (Statistisches Bundesamt 2015) und der aktuellen Leistungsbeträge für vollstationäre Pflege ergeben sich die in Tabelle 6 angegebenen aktuellen Eigenanteile. Sie sind dem Eigenanteil gegenübergestellt, der sich durchschnittlich für 2017 ergibt. Da es sich hierbei um einen Durchschnittswert handelt, der sich einrichtungsindividuell unterscheidet und sich zudem auf 2017 bezieht, verbietet sich ein präziser Vergleich mit den aktuellen Eigenanteilen. Deutlich wird aber doch, dass die Eigenanteile für Pflegebedürftige der bisherigen Pflegestufe I deutlich höher und für Pflegebedürftige der bisherigen Pflegestufe III deutlich niedriger sind, während sie in Pflegestufe II in etwa gleich bleiben.

Um der als wesentliche Grundlage des PSG II formulierten Maxime Rechnung zu tragen, keinen Pflegebedürftigen durch die Reform schlechter zu stellen, ist daher eine weitere explizite Bestandsschutzregelungen notwendig, die im PSG II-Entwurf auch vorgesehen ist. Während in den anderen Leistungsbereichen die Festlegung von Gewinn oder Verlust durch einen absoluten Vergleich der Leistungshöhen vor und nach der Reform erfolgen kann, ist dies im stationären Bereich nicht möglich. Sinkende oder steigende absolute Leistungshöhen des § 43 SGB XI sind nicht verwendbar, da diese mit einer ebenfalls veränderten Pflegesatzstruktur korrespondieren. Deshalb muss auf die Differenz von Leistungshöhen und Pflegesätzen zurückgegriffen werden, die ihrerseits dem aufzubringenden Eigenanteil entspricht. „Gewinner" der Reform sind somit Bewohner, die aufgrund sinkender Eigenanteile mehr Geld zur freien Verfügung haben. Dies sind die Pflegebedürftigen in Pflegestufe III. Ohne weiteren Bestandsschutz würden dagegen Bewohner stationärer Einrichtungen, die aus der Pflegestufe I übergeleitet werden, durch das PSG II verlieren. Um dies zu vermeiden formuliert § 141 Abs. 3 SGB XI (neue Fassung) einen expliziten Besitzstandschutz für Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen. Danach wird für Bewohner der Pflegegrade 2 bis 5, die einen höheren Eigenanteil als bisher zu zahlen haben, der entsprechende Differenzbetrag durch die Pflegekassen getragen, so dass auch in diesen Fällen keine Benachteiligungen durch die Reformregelungen entstehen können. Für Neufälle stellt sich das dagegen anders dar: Wer nach Inkrafttreten der einschlägigen PSG II-Regelungen in vollstationäre Pflege kommt und nach altem System in Pflegestufe I eingestuft worden wäre, muss nach der Reform mit einem höheren Eigenanteil rechnen als bei Beibehaltung des alten Rechts. Da derzeit etwa vier von zehn Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege in Pflegestufe I eingestuft sind, ist die hiervon betroffene Gruppe nicht klein.

Auch diese große Pflegereform wird nicht das letzte Wort bleiben: Weiterer Reformbedarf besteht im Kontext des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und darüber hinaus.

Fazit

Das PSG II stellt den Schlussstein einer dreistufigen Reform aus PNG, PSG I und PSG II dar und sollte mit diesen Vorgängergesetzen gemeinsam bewertet werden. Im Vergleich der Rechtslage vor Inkrafttreten des PNG und der Rechtslage nach Inkrafttreten des PSG II ergeben sich erhebliche Leistungsverbesserungen für die Pflegebedürftigen und ein deutlich breiterer Zugang zu Pflegeversicherungsleistungen. Durch die Einführung des Pflegegrads 1, dessen Zugangsvoraussetzungen unterhalb der bisherigen Schwellen für Pflegeversicherungsleistungen liegen, dürften mehrere Hunderttausend Versicherte erstmals in den Genuss von – allerdings eingeschränkten – Pflegeversicherungsleistungen kommen. Für die auch bisher schon als pflegebedürftig geltenden Versicherten ergeben sich erhebliche Leistungsausweitungen, insbesondere für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Damit wird einer der „Geburtsfehler" der Pflegeversicherung, der zu enge Pflegebedürftigkeitsbegriff, abschließend korrigiert.

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist seit vielen Jahren gefordert und erwartet worden. Mit dem PSG II wird nun dieser langjährigen Forderung entsprochen. Die Art der Umsetzung weist im Detail letztlich aber doch einige Überraschungen auf. Dass die zu Recht kritisierte (vgl. Bartholomeyczik/Höhmann 2013) (über)komplexe Bewertungssystematik mit ihrer mehrfachen Klassierung und daraus resultierenden Informationsverlusten übernommen werden würde, war zu erwarten. Überraschend ist aber, dass bei allen die Leistungsansprüche betreffenden Stellschrauben letztlich die großzügigste Variante gewählt wurde. Das bezieht sich auf die Bewertungssystematik des NBA, die in den letzten Zügen des Gesetzgebungsverfahrens deutlich zugunsten der Antragsteller verändert wurde, die Überleitungsregelung und die Leistungsbemessung im ambulanten Bereich. Durch diese konkrete Ausgestaltung bringt auch diese dritte Stufe der Pflegereform noch einmal erhebliche Leistungsverbesserungen mit sich – und

entsprechende Mehrausgaben. Inwieweit die Mehrausgaben durch die Mehreinnahmen gedeckt werden können, die sich durch Anhebung des Beitragssatzes um 0,5 Beitragssatzpunkte – die Erhöhung um eine weiteres Zehntel zur Speisung des Pflegevorsorgefonds bleibt hier unbeachtet – ergeben, wird die Zukunft zeigen. Bemerkenswert ist diesbezüglich, dass die Kosten der Überleitungsregelungen und des Bestandsschutzes im Gesetzentwurf nur für vier Jahre berechnet wurden (BMG 2015: 77), ein nicht geringer Teil der vom Bestandsschutz betroffenen Pflegebedürftigen aber – zum Teil deutlich – länger leben dürfte.

Die großzügige Überleitung sorgt gemeinsam mit den entsprechenden Leistungshöhenfestsetzungen und den Bestandsschutzregelungen dafür, dass tatsächlich kein einziger Pflegebedürftiger, der bereits zum 31.12.2016 als pflegebedürftig anerkannt ist, durch die Reform schlechter gestellt wird. Bei den Neufällen stellt sich dies dann anders dar. Insbesondere im stationären Bereich ist damit zu rechnen, dass sich mehr als ein Drittel der ab 1.1.2017 hinzukommenden Neufälle besser gestanden hätten, wenn es die Reform nicht gegeben hätte. Grund hierfür ist die mit der Reform intendierte und realisierte Umverteilung der Eigenanteile von Pflegestufe III zu Pflegestufe I (bzw. den entsprechenden Pflegegraden), die allerdings sozialpolitisch plausibel ist – warum soll höhere Pflegebedürftigkeit zu höheren Eigenanteilen führen? – und das Konfliktpotential innerhalb von Pflegeheimen zwischen Einrichtung auf der einen sowie Pflegebedürftigem und Angehörigen auf der anderen Seite abbaut.

Bemerkenswert ist auch, dass die Mehrausgaben – entsprechend dem Grundsatz ambulant vor stationär – ganz überwiegend in den ambulanten Sektor fließen, während im stationären Bereich, abgesehen von den temporären Mehrausgaben aufgrund der Bestandsschutzregelung, lediglich für die zusätzlichen Betreuungskräfte Mehrausgaben getätigt werden und der neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff hier vor allem zu einer Umverteilung, nicht aber zu einer Ausweitung der Versicherungsleistungen führt.

Abschließend bleibt darauf hinzuweisen, dass auch diese große Pflegereform nicht das letzte Wort bleiben wird. Weiterer Reformbedarf besteht im Kontext des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, aber auch darüber hinaus (vgl. Rothgang 2015). So muss das im PSG II angekündigte Personalbemessungsverfahren erst noch entwickelt werden und generell müssen die Vertragspartner in ihren Verträgen dafür Sorge tragen, dass das im neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sichtbar gewordene breitere Pflegeverständnis auch Einzug in die Pflegepraxis hält. Darüber hinaus sind aber auch die Baustellen zu beachten, die mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff selbst nichts oder nur am Rande zu tun haben. Zu nennen sind hier insbesondere die Fragen nach zukunftsfester Finanzierung der Pflegeversicherung und nach Sicherstellung eines ausreichenden Pflegekräfteangebots, aber auch Dauerbrenner wie die Pflegequalität und die unzureichende Rehabilitation bei Pflegebedürftigkeit. Trotz einer insgesamt gelungenen, großen Reform gibt es also auch weiterhin noch viel zu tun. ■

Literatur

Bartholomeyczik, Sabine / Höhmann, Ulrike (2013): Pflegewissenschaftliche Prüfung der Ergänzungen und Modifikationen zum Neuen Begutachtungsassessment (NBA). Gemeinsame Kurzexpertise im Auftrag des BMG. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff/Materialen/Pflegewissenschaftl.Pruefung_der_Ergaenzungen_NBA_Bartholomeyczik-Hoehmann.pdf.

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

BMG [= Bundesministerium für Gesundheit] (2015): Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II). Kabinettsentwurf vom 12.8.2015.

Bowles, David (2015): Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. Modellrechnungen unter Berücksichtigung demografischer, ökonomischer, gesundheitlicher und sozialrechtlicher Rahmenbedingungen. Baden-Baden: Nomos.

Colombo, Francesca / Llena-Nozal, Ana / Mercier, Jérôme / Tjadens, Frits (2011): Help Wanted? Providing and Paying for long-term care. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD, 2011. http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en.

Dräther, Hendrik / Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (2009): Pflege-Bürgerversicherung, in: Dräther, Hendrik / Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (Hg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. Berlin: KomPart-Verlag, 71-93.

Kimmel, Andrea / Schiebelhut, Olga / Kowalski, Ingo / Brucker, Uwe / Breuninger, Katrin / Reif, Karl / Bachmann, Sandra / Glasen, Maria / Webers, Anna (2015): Praktikabilitätsstudie zur Einführung des Neuen Begutachtungsassessments NBA in der Pflegeversicherung. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 12. Berlin: GKV-Spitzenverband.

Jacobs, Klaus / Rothgang, Heinz (2014): Pferdefuß beim Pflegefonds, in: G+G, 17. Jg, Heft 6: 26-29.

OECD (2005): Long-Term Care for Older People. Paris: OECD.

Rothgang, Heinz (2014a): Fehlkonzipierter Vorsorgefonds, in: Wirtschaftsdienst, Heft 5: 310.

Rothgang, Heinz (2014b): Nachhaltige Finanzierung der Kranken-und Pflegeversicherung durch eine Bürgerversicherung, in: Fink, Ulf / Kücking, Monika / Walzik, Eva / Zerth, Jürgen (Hrsg.): Solidarität und Effizienz im Gesundheitswesen – ein Suchprozess. Festschrift für Herbert Rebscher. Heidelberg: medhochzwei-Verlag: 437-448.

Rothgang, Heinz (2015): Pflege aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht: Die Pflegeversicherung als Erfolgsmodell mit Schönheitsfehlern, in: Peter Masuch, Wolfgang Spellbrink, Ulrich Becker und Stephan Leibfried (Hrsg.): Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats. Denkschrift 60 Jahre Bundessozialgericht. Band 2: Richterliche Wissensgewinnung und Wissenschaft: BSG – Enscheidungsfindung und die Sozialstaatsforschung. Berlin: Erich Schmidt Verlag: 139-170

Rothgang, Heinz / Fünfstück, Mathias / Neubert, Lydia / Czwikla, Jonas / Hasseler, Martina (2015): Versorgungsaufwände in stationären Pflegeeinrichtungen. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 13. GKV-Spitzenverband: Berlin.

Statistisches Bundesamt (2015): Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Windeler, Jürgen / Görres, Stefan / Thomas, Stefanie / Kimmel, Andrea / Langner, Ingo / Reif, Karl / Wagner, Alexander (2011): Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Band 3. Berlin: GKV-Spitzenverband.

Wingenfeld, Klaus / Büscher, Andreas / Gansweid, Barbara (2011): Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 2. Berlin: GKV-Spitzenverband