

Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK)
Umlaufbeschluss 8/2022
vom 24.10.2022

Bund-Länder-Arbeitsgruppe Pflegereform

Antragsteller: Baden-Württemberg, Berlin,
Schleswig-Holstein

Die ASMK hat einstimmig beschlossen:

1. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder bekräftigen die Vorgehensweise der eingesetzten Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung auf Ebene der Amtschefinnen und Amtschefs (BLAG Pflegereform). Sie beauftragen das Vorsitzland der Bund-Länder-AG die gemeinsamen Vorschläge der Länder für kurzfristige Maßnahmen (Dynamisierung des Pflegegeldes, Wissenschaftliche Erhebung zur Wirkungsweise des Pflegegeldes, Kostendeckende Refinanzierung der Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen der Langzeitpflege durch die Gesetzliche Krankenversicherung, Verpflichtende Anbindung der zugelassenen Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur, Herausnahme der Ausbildungsumlage nach dem Pflegeberufegesetz aus der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen, Budget zum Auf- und Ausbau von kommunalen Strukturen in der Pflege (Versorgungsweiterentwicklungsbudget)) dem Bund kurzfristig für ein mögliches Gesetzgebungsvorhaben zur Änderung des Pflegeversicherungsrechts vorzulegen.
2. Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder halten die Fortsetzung der Arbeit der BLAG Pflegereform für erforderlich und bitten die BLAG Pflegereform, mittel- und langfristige Maßnahmen bzw. Reformvorschläge für eine nachhaltige und generationengerechte Pflegereform zu erarbeiten. Sie bitten das Bundesministerium für Gesundheit, sich weiterhin konstruktiv in die Arbeit der BLAG Pflegereform einzubringen.

Protokollerklärung des Landes Nordrhein-Westfalen:

Das Land Nordrhein-Westfalen unterstützt die Forderung einer systemgerechten Zuordnung der Kosten für die medizinische Behandlungspflege in Pflegeheimen in den Bereich der Krankenversicherung. Im Gegenzug sollte flankierend die Finanzierungszuständigkeit für die Rehabilitation pflegebedürftiger oder von Pflegebedürftigkeit bedrohter Menschen in die Pflegeversicherung verlagert werden, da letztlich diese von erfolgreichen Rehabilitationsmaßnahmen profitiert.

Darüber hinaus sollte im Rahmen der weiteren Beratungen der Arbeitsgruppe auch aufgegriffen werden, inwieweit rehabilitative Maßnahmen für pflegebedürftige oder von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen und ihre Inanspruchnahme verbessert werden können.

Dynamisierung des Pflegegeldes

1. Die überwiegende Zahl der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland wird weiterhin häuslich gepflegt, entweder von Angehörigen alleine oder mit Unterstützung von ambulanten Pflegediensten, Entlastungsangeboten, Kurzzeit- und Tagespflege.
2. Obwohl für die Versorgung in der Häuslichkeit das Pflegegeld nach § 37 SGB XI eine wichtige Rolle spielt, wurde in dem zum 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Gesundheitsversorgungsentwicklungsgesetz (GVWG) – im Gegensatz zu den Pflegesachleistungen - keine Leistungsdynamisierung durchgeführt.
3. Das SGB XI sieht eine grundsätzliche Dynamisierung aller Leistungen vor. Daher ist eine Dynamisierung auch des Pflegegeldes im Nachgang zu den Änderungen im GVWG zur Dynamisierung der Pflegesachleistungen umgehend nachzuholen. Die Länder halten es aufgrund der allgemeinen Kostensteigerungen für geboten, auch das Pflegegeld angemessen zu erhöhen, mindestens in Höhe von 5 %, entsprechend den Ansätzen im GVWG zur Dynamisierung der Pflegesachleistungen, und einer regelhaften weitergehenden Berücksichtigung der aktuellen Preissteigerungen.
4. Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe wird sich in den kommenden Jahren mit der inhaltlichen Weiterentwicklung der Leistungen der Pflegeversicherung beschäftigen. In diesem Zusammenhang hält es die Bund-Länder-Arbeitsgruppe für notwendig, eine Studie zum Pflegegeld in Auftrag zu geben, um besser verstehen zu können, welche Wirkungsweise das Pflegegeld entfaltet, und wie es in der Praxis tatsächlich Verwendung findet und eingesetzt wird.

Wissenschaftliche Erhebung zur Wirkungsweise des Pflegegeldes

1. Die BLAG Pflegereform ist sich darüber einig, dass es kurzfristig einer angemessenen Erhöhung des Pflegegeldes bedarf (siehe Beschlussunterlage Dynamisierung Pflegegeld).
2. Unabhängig davon bedarf es mittelfristig einer zahlen-, daten- und faktengestützten Erhebung zur Inanspruchnahme und Verwendung des Pflegegeldes sowie zu den Wechselwirkungen mit anderen Leistungen, um auf einer gesicherten Tatsachengrundlage weitere Überlegungen zum längerfristigen Umgang mit dem Pflegegeld treffen zu können.
3. Die bereits vorliegende VdK-Pflegestudie „Pflege zu Hause - zwischen Wunsch und Wirklichkeit“ liefert zwar zweifellos wichtige Erkenntnisse, die sich aus der Befragung der Angehörigen ergeben. Es wurden aber ebenfalls relevante Akteure wie die Pflegedienste, die anerkannten Beratungsstellen sowie die beauftragten Pflegefachkräfte für die Durchführung der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 4 SGB XI, die Medizinischen Dienste, die Pflegekassen sowie die Pflegestützpunkte zu ihren Erfahrungen aus den Beratungsgesprächen nicht befragt. Die BLAG Pflegereform verspricht sich von einer gezielten Befragung weitere wichtige Erkenntnisse.
4. Deshalb beschließt die BLAG Pflegereform, zu diesen über die Erkenntnisse der VdK-Pflegestudie hinausgehenden Fragestellungen eine wissenschaftliche Erhebung in Auftrag zu geben, um weitergehende Antworten zur Verwendung und Wirkungsweise des Pflegegeldes zu erhalten. Dabei soll auch die Weiterentwicklung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI einbezogen werden. Die Expertise soll auch berücksichtigen, in welcher Wechselwirkung dabei das Pflegegeld zu anderen Leistungen der Pflegeversicherung steht.

Kostendeckende Refinanzierung der Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen der Langzeitpflege durch die Gesetzliche Krankenversicherung

I. Hintergrund:

- Die Frage nach der Finanzierungszuständigkeit der medizinischen Behandlungspflege ist seit Einführung der Pflegeversicherung in der Diskussion.
- Während ein ambulant versorgter Pflegebedürftiger die medizinische Behandlungspflege als Sachleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erhält, sind die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege für vollstationär Versorgte im gedeckelten Sachleistungsbetrag der Pflegeversicherung enthalten. Aufgrund des Teilleistungsprinzips der Pflegeversicherung führt dies zunehmend zu ungleichen Rahmenbedingungen zwischen der ambulanten und der vollstationären Versorgung in der Langzeitpflege, da die Differenz des durch die Pflegekasse getragenen begrenzten Leistungsbudgets zu den tatsächlichen Kosten der stationären Einrichtung durch die Pflegebedürftigen getragen werden muss.
- Die Verlagerung der Finanzierungsverantwortung beseitigt den daraus mit resultierenden Fehlanreiz für die Kassen, ihre Versicherten in die stationäre Versorgung zu steuern und die Ungleichbehandlung stationär und ambulant versorgter Pflegebedürftiger. Gleichzeitig würde der in wirtschaftlicher Hinsicht bestehende Anreiz für Pflegeanbieter abgemildert, Versorgungsangebote für viele Pflegebedürftige in einem Gebäude als ambulante Versorgung zu deklarieren (Stichwort Ambulantisierung).
- Im Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz wurde im Jahr 2018 ein Vergütungszuschlag für stationäre Pflegeeinrichtungen festgelegt. Damit sollte der Aufwand im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlungspflege durch 13.000 zusätzliche Pflegekräfte teilweise abgedeckt werden. Zur Finanzierung zahlen die Krankenkassen jährlich 640 Mio. € an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung.

Die Finanzierung dieser 13.000 Stellen führte nicht zu einer finanziellen Mehrbelastung der Pflegebedürftigen; allerdings soll dieser Zusatzschlüssel gem.

§ 113c Abs. 6 SGB XI zum 1. Juli 2023 entfallen.

- Die ASMK hat in den Jahren 2017, 2018 und 2019 bereits ASMK-Beschlüsse (94. ASMK TOP 5.8 / 95 ASMK TOP 5.5 / 96. ASMK TOP 5.0) getroffen, die im Kontext mit der Frage des Wechsels der Finanzierungsverantwortung für die medizinische Behandlungspflege in der vollstationären Langzeitpflege standen.
- Eine vom Verband katholischer Altenhilfe Deutschland (VKAD) im Jahr 2017 veröffentlichte Studie beziffert den durchschnittlichen finanziellen Aufwand für die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege mit 474,75 € monatlich für Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Einrichtungen. Die Gesamtkosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen der Langzeitpflege belaufen sich demnach auf 2,6 Mrd. € pro Jahr.
- Ein möglicher Wechsel der Finanzierungsverantwortung für die medizinische Behandlungspflege in vollstationären Einrichtungen könnte durch eine kostendeckende pauschale Lösung oder alternativ durch eine Leistungsbemessung im Einzelfall erfolgen. Eine Regelung, die den personenzentrierten Bedarf des Pflegebedürftigen in den Vordergrund stellt und Einzelverhandlungslösungen berücksichtigt, kann zur gerechteren Entlastung des Pflegebedürftigen führen und Fehlansätze verhindern. Das Vorliegen eines faktischen Steuerungspotenzial muss jedoch hinterfragt werden, da sowohl die Leistungspreise maßgeblich die Pflegekosten widerspiegeln als dies auch eine Mengensteuerung (individuelle Fallsteuerung) erfordert.
- Der damit verbundene administrative Aufwand der Fallsteuerung, insbesondere unter Berücksichtigung der Verordnung im Rahmen des ärztlichen Delegationsverfahrens und der damit verbundenen Folgeprozesse wie die Genehmigung durch die GKV, erfordern unter Berücksichtigung der Versorgungsprozesse in der stationären Pflege eine bürokratiearme pauschale Verrechnungslösung.
- Ziel einer vollständigen Überleitung der Finanzierungsverantwortung der medizinischen Behandlungspflege ist die finanzielle Entlastung der Pflegebedürftigen, nicht die Erhöhung der Einnahmen der Pflegeeinrichtungen. Die Ungleichbehandlung, dass Pflegebedürftige mit dem Einzug in ein Pflegeheim den Anspruch auf kostendeckende Refinanzierung der medizinischen Behandlungspflege neben den ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung verlieren, ist zu beenden.

II. Eckpunkte für die Übernahme der Finanzierungsverantwortung für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen der Langzeitpflege durch die Gesetzliche Krankenversicherung :

Für die Entlastung und Gleichbehandlung der Pflegebedürftigen in der stationären Versorgung wird aus Sicht der Länder folgender Rahmen erforderlich:

1. Die Verlagerung der Finanzierungsverantwortung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) beseitigt bestehende Fehlanreize in der Versorgungssteuerung.
2. Für die Umsetzung soll ein bürokratiearmes Verfahren gewählt werden das bestehende Fehlanreize beseitigt sowie zur vollständigen Entlastung der Pflegebedürftigen in der stationären Versorgung von den Kosten der medizinischen Behandlungspflege führt und so die diesbezügliche Gleichbehandlung mit ambulant versorgten Pflegebedürftigen herbeiführt.
3. In den pflegebedingten Heimentgelten pro Versicherten ist zum Beispiel der Aufwand der medizinischen Behandlungspflege zu verhandeln und dieser Anteil über die Krankenversicherung zu refinanzieren. Denkbar aber wohl zu aufwändig ist die Kürzung der Heimentgelte um den Aufwand der medizinischen Behandlungspflege und die zusätzliche Abrechnung dieser Leistungen im Einzelfall. Optional könnten sich Pauschalen am Pflegegrad orientieren.
4. Um drohende Wettbewerbsnachteile für die Krankenkassen zu vermeiden, sind entsprechende Anpassungen des Gesundheitsfonds zu prüfen.

Herausnahme der Ausbildungsumlage nach dem Pflegeberufegesetz aus der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen

Es wird als Diskussionsgrundlage ein Konzeptentwurf zur Änderung des Pflegeberufegesetzes (PflBG) vorgelegt. Ziel ist es, die Pflegebedürftigen in der ambulanten und stationären Pflege von der Ausbildungsumlage nach dem Pflegeberufegesetz zu entlasten und das komplexe Verfahren zur Umlage der Kosten auf die Pflegeeinrichtungen (und in der Folge auf die Pflegebedürftigen) aus Gründen der Entbürokratisierung abzuschaffen. Auf diesem Weg würden Pflegeeinrichtungen die Kosten der Ausbildung aus dem Umlagefonds zugewiesen bekommen, ohne jedoch in den Umlagefonds einzahlen zu müssen. Hierdurch würde insbesondere das aufwändige Verfahren entfallen, mit dem der Finanzierungsanteil der einzelnen Einrichtung ermittelt wird. Die entsprechenden Kosten würden aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung in den Umlagefonds eingezahlt und vollständig über einen Bundeszuschuss aus Steuermitteln refinanziert.

1. Die Eigenanteile, welche die Pflegebedürftigen in der Langzeitpflege für den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil, aber auch für die Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten zu tragen haben, erhöhen sich kontinuierlich. Der durchschnittliche monatliche Anteil betrug zum 1. Juli 2022 2.248 Euro (1. Januar 2022: 2.179 Euro) zuzüglich der Ausbildungsumlage (jedoch ohne Berücksichtigung des zusätzlichen Leistungszuschlags nach § 43c Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI), auf den Pflegebedürftige seit dem 1. Januar 2022 Anspruch haben). Zwar bestehen bei der Höhe des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils Unterschiede zwischen den Einrichtungen und Bundesländern, jedoch ist eine allgemeine Entwicklung zu steigenden Einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen sowie eine steigende Gesamtbelastung der Pflegebedürftigen zu beobachten.
2. Die Ausbildungskosten nach dem Pflegeberufegesetz werden im Rahmen eines Umlageverfahrens als Ausbildungsumlage auf die Pflegeeinrichtungen und in der Folge auf die Pflegebedürftigen umgelegt; die Ausbildungskosten sind in der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen berücksichtigungsfähig (§ 28 Abs. 2 PflBG, § 84 Abs. 1, § 89 SGB XI). Aufgrund der gedeckelten Sachleistungsbeträge der Pflegeversicherung fallen diese Kosten daher faktisch den Pflegebedürftigen zur Last.

Dieses Umlageverfahren ist für jede einzelne Pflegeeinrichtung sowie die fondsführende Stelle mit einem erheblichen Verwaltungsaufwand verbunden. Denn die Pflegeeinrichtungen haben die nach § 11 Abs. 2 bis 4 Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV) für die Ermittlung der Umlagebeträge notwendigen Informationen zunächst an die fondsführende Stelle zu übermitteln, welche dann anhand dieser Informationen die Umlagebeträge für die einzelne Einrichtung ermittelt und einen entsprechenden Festsetzungs- und Zahlungsbescheid erlässt. Die Ermittlung des auf die Pflegeeinrichtungen entfallenden Finanzierungsbedarf erfolgt dabei auf Grundlage des § 33 Abs. 4 PflBG in zwei Schritten. Im einem ersten Schritt wird der auf alle Pflegeeinrichtungen entfallende Finanzierungsanteil auf den vollstationären und teilstationären Sektor sowie den ambulanten Sektor aufgeteilt. Im zweiten Schritt wird der Finanzierungsanteil nach den für den jeweiligen Sektor geltenden Regelungen auf die einzelnen Einrichtungen verteilt. Im Falle von Zahlungsverzügen und -ausfällen leitet die fondsführende Stelle in der Regel ein Mahnverfahren mit ggf. anschließenden Vollstreckungsverfahren ein.

Herausnahme der Ausbildungsumlage nach dem Pflegeberufegesetz aus der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen

Es wird als Diskussionsgrundlage ein Konzeptentwurf zur Änderung des Pflegeberufegesetzes (PflBG) vorgelegt. Ziel ist es, die Pflegebedürftigen in der ambulanten und stationären Pflege von der Ausbildungsumlage nach dem Pflegeberufegesetz zu entlasten und das komplexe Verfahren zur Umlage der Kosten auf die Pflegeeinrichtungen (und in der Folge auf die Pflegebedürftigen) aus Gründen der Entbürokratisierung abzuschaffen. Auf diesem Weg würden Pflegeeinrichtungen die Kosten der Ausbildung aus dem Umlagefonds zugewiesen bekommen, ohne jedoch in den Umlagefonds einzahlen zu müssen. Hierdurch würde insbesondere das aufwändige Verfahren entfallen, mit dem der Finanzierungsanteil der einzelnen Einrichtung ermittelt wird. Die entsprechenden Kosten würden aus dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung in den Umlagefonds eingezahlt und vollständig über einen Bundeszuschuss aus Steuermitteln refinanziert.

1. Die Eigenanteile, welche die Pflegebedürftigen in der Langzeitpflege für den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil, aber auch für die Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten zu tragen haben, erhöhen sich kontinuierlich. Der durchschnittliche monatliche Anteil betrug zum 1. Juli 2022 2.248 Euro (1. Januar 2022: 2.179 Euro) zuzüglich der Ausbildungsumlage (jedoch ohne Berücksichtigung des zusätzlichen Leistungszuschlags nach § 43c Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI), auf den Pflegebedürftige seit dem 1. Januar 2022 Anspruch haben). Zwar bestehen bei der Höhe des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils Unterschiede zwischen den Einrichtungen und Bundesländern, jedoch ist eine allgemeine Entwicklung zu steigenden Einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen sowie eine steigende Gesamtbelastung der Pflegebedürftigen zu beobachten.
2. Die Ausbildungskosten nach dem Pflegeberufegesetz werden im Rahmen eines Umlageverfahrens als Ausbildungsumlage auf die Pflegeeinrichtungen und in der Folge auf die Pflegebedürftigen umgelegt; die Ausbildungskosten sind in der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen berücksichtigungsfähig (§ 28 Abs. 2 PflBG, § 84 Abs. 1, § 89 SGB XI). Aufgrund der gedeckelten Sachleistungsbeträge der Pflegeversicherung fallen diese Kosten daher faktisch den Pflegebedürftigen zur Last.

Dieses Umlageverfahren ist für jede einzelne Pflegeeinrichtung sowie die fondsführende Stelle mit einem erheblichen Verwaltungsaufwand verbunden. Denn die Pflegeeinrichtungen haben die nach § 11 Abs. 2 bis 4 Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV) für die Ermittlung der Umlagebeträge notwendigen Informationen zunächst an die fondsführende Stelle zu übermitteln, welche dann anhand dieser Informationen die Umlagebeträge für die einzelne Einrichtung ermittelt und einen entsprechenden Festsetzungs- und Zahlungsbescheid erlässt. Die Ermittlung des auf die Pflegeeinrichtungen entfallenden Finanzierungsbedarf erfolgt dabei auf Grundlage des § 33 Abs. 4 PflBG in zwei Schritten. Im einem ersten Schritt wird der auf alle Pflegeeinrichtungen entfallende Finanzierungsanteil auf den vollstationären und teilstationären Sektor sowie den ambulanten Sektor aufgeteilt. Im zweiten Schritt wird der Finanzierungsanteil nach den für den jeweiligen Sektor geltenden Regelungen auf die einzelnen Einrichtungen verteilt. Im Falle von Zahlungsverzügen und -ausfällen leitet die fondsführende Stelle in der Regel ein Mahnverfahren mit ggf. anschließenden Vollstreckungsverfahren ein.

3. Ausbildungskosten sind die Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen und die Kosten der praktischen Ausbildung einschließlich der Kosten der Praxisanleitung (§ 27 PflBG). Zu den Ausbildungskosten gehören auch die Betriebskosten der Pflegeschulen nach § 6 Abs. 2 PflBG einschließlich der Kosten der Praxisbegleitung. Bei der Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sind Personen, die nach Teil 2 des Pflegeberufgesetzes in der Pflege ausgebildet werden, in Krankenhäusern und in stationären Pflegeeinrichtungen im Verhältnis 9,5 zu 1 auf die Stelle einer voll ausgebildeten Pflegefachkraft anzurechnen; bei ambulanten Pflegeeinrichtungen erfolgt eine Anrechnung im Verhältnis von 14 zu 1 (§ 27 Abs. 2 PflBG).

Diese Kosten für die Ausbildung der Pflegefachkräfte nach dem PflBG sind im Ergebnis von den Pflegebedürftigen zu tragen und verstärken die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen für die durch die Pflege verursachten Kosten.

4. Bereits in der Stellungnahme des Bundesrates (Drucksache 354/15 vom 25.09.2015) zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften wurde vom Bundesrat darum gebeten, zu prüfen, wie die gesetzlichen Voraussetzungen dafür geschaffen werden können, die Belastung der Pflegebedürftigen mit Ausbildungskosten zu beenden.

Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass die Ausbildung der Sicherstellung des wachsenden Fachkräftebedarfs und daher als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu betrachten ist. Auch in der Stellungnahme des Bundesrates zum PflBG (Drucksache 20/16 vom 26.02.2016) wird mitgeteilt, dass der Bundesrat weiterhin die Auffassung vertritt, dass die Sicherung des Fachkräftebedarfs zur Stärkung der Pflege eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Die Finanzierung von Kosten der praktischen Ausbildung kann daher auch im Bereich der Alten- bzw. Langzeitpflege nicht Aufgabe der Grundpflegeleistungsbezieher sein.

5. Im Koalitionsvertrag: Mehr Fortschritt Wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit enthält die Aussage: „Die Ausbildungskostenumlage werden wir aus den Eigenanteilen herausnehmen...“
6. Es sollte die Gelegenheit genutzt werden, das aufwändige Umlageverfahren auf die Pflegebedürftigen u. a. aus Gründen der Entbürokratisierung abzuschaffen.
7. Konzeptioneller Vorschlag zur gesetzlichen Umsetzung zur Herausnahme der Ausbildungsumlage aus der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen

Für die Ausbildungsumlage muss der Finanzierungsbedarf für die Pflegeausbildung für die jeweiligen Finanzierungszeiträume gemäß § 32 PflBG ermittelt werden.

§ 33 PflBG regelt die Aufbringung des Finanzierungsbedarfs durch Erhebung von Umlagebeträgen und Zahlungen nach Anteilen. Die stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen haben danach 30,2174 Prozent aufzubringen (§ 33 Abs. 1 Nr. 2 i.V.m. § 7 Abs. 1 Nr. 2 und 3 PflBG). Die soziale Pflegeversicherung muss 3,6 Prozent aufbringen (§ 33 Abs. 1 Nr. 4 PflBG).

Zur Entlastung der Pflegebedürftigen kann nun eine Änderung dahingehend erfolgen, dass die Verpflichtung ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen entfällt und als Ersatz dafür der aktuell vorgesehene Prozentsatz, der durch die Direktzahlung der sozialen Pflegeversicherung (3,6 %) erfolgt, um die o. g. 30,2171 Prozent erhöht wird.

Rechtliche Folge bei dieser Alternative ist, dass die in § 28 Abs. 2 PfIBG vorgesehene Regelung, dass die auf diese Einrichtungen entfallenden Umlagebeträge in der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 1, § 89 SGB) berücksichtigungsfähig sind, nicht mehr zu Anwendung gelangt, da aufgrund o. g. Änderung keine Umlagebeträge mehr auf die stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen umgelegt werden.

Dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sind die Kosten der Ausbildung durch einen Bundeszuschuss aus Steuermitteln (ergänzt durch einen Zuschuss der Krankenversicherung, s.u.) vollständig zu ersetzen.

8. Weitere notwendige (Folge-)Änderungen

a) Zu beachten ist, dass die ambulanten Pflegedienste nicht nur Dienstleistungen nach dem SGB XI erbringen, sondern mit der häuslichen Krankenpflege i.d.R. auch eine Leistung nach § 37 SGB V erbringen. Zur Lösung denkbar ist z. B. die Ermittlung der Relation zwischen den Leistungen nach dem SGB XI zu V und in der Folge eines entsprechenden Pauschalzuschusses der GKV an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung.

b) Neugestaltung der Finanzierung der Ausbildung

Der Gesamtfinanzierungsbedarf müsste weiterhin ermittelt werden,

Mit der Neugestaltung gingen Änderung des PfIBG und der PflIAFinV, insbesondere § 12 PflIAFinV, einher. Insbesondere bedürften neben § 33 PfIBG auch die §§ 9, 12 und 17 PflIAFinV einer Anpassung.

Schließlich könnte durch die Gesetzesänderung eine Über- oder Unterfinanzierung der Pflegeeinrichtungen ausgeschlossen werden. Im Übrigen werden auch Anpassungen auf Landesebene notwendig.

9. Auch andere Lösungswege sind denkbar, insbesondere sind auch weitergehende Lösungen mit einem umfassenden Entfall von administrativem Aufwand denkbar, jedoch müssten hierfür weitergehende und grundlegende Entscheidungen getroffen werden.

Verpflichtende Anbindung der Pflegeeinrichtungen nach § 71 SGB XI an die Telematikinfrastuktur (TI)

I. Hintergrund:

- Erbringer von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V oder außerklinische Intensivpflege nach § 37c SGB V haben sich nach § 360 Abs. 8 SGB V bis 01. Januar 2024 an die Telematikinfrastuktur (TI) anzuschließen.
- Davon nicht betroffen sind ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach § 71 SGB XI die ausschließlich einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI haben.
- Diese Einrichtungen können sich auf freiwilliger Basis an die TI anschließen und erhalten seit dem 01. Juli 2020 durch den mit dem „Digitale-Versorgungs-Gesetz“ eingefügten § 106b SGB XI eine Erstattung ihrer erstmaligen Ausstattungs-kosten sowie der Kosten für den laufenden Betrieb. Im Gesetzesentwurf wurde auf eine perspektivische Verpflichtung zu Anbindung hingewiesen.
- Die TI soll als die zentrale Infrastruktur für eine sichere Kommunikation im Gesundheitswesen und im Bereich der Pflege etabliert werden. Um dies zu erreichen ist es zwingend, dass sich auch die Einrichtungen des SGB XI der TI anschließen und damit eine lückenlose Kommunikation aller am Versorgungsprozess Beteiligten ermöglicht und Schnittstellen/Medienbrüche zwischen medizinischer Behandlungspflege und der Pflege vermeidet. Zudem werden die Grundlagen für weitere und perspektivische TI-Anwendungen, unter anderem zur elektronischen Patientenakte (ePA), elektronischen Rezept (eRezept) und Telemedizinischen Ansätzen, geschaffen.
- Nachdem sich Einrichtungen die häusliche Krankenpflege erbringen ab 01. Januar 2024 an die TI anschließen müssen, sollte aus vorgenannten Gründen eine zeitnahe Anbindung der zugelassenen Einrichtungen erfolgen.
- Der verpflichtende Anschluss sollte auf den 01. Juli 2025 festgelegt werden. Dies bietet den Vorteil, dass aufgrund der neuen Architektur der TI (TI 2.0) auf Konnektoren, Smartcards und VPN-Zugangsdienste verzichtet werden kann und damit kostengünstiger zu beschaffen ist. Zudem können mobile Lösungen genutzt werden und eine Umstellung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege,

nach nur kurzer Nutzungsdauer der TI 1.0, entfällt. Erkenntnisse die aus den Modellprojekten nach § 125 SGB XI gewonnen werden können bei der Anbindung der Einrichtungen berücksichtigt werden.

II. Eckpunkte für ein verbindliche Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die TI

Für die Anbindung der Pflegeeinrichtungen nach § 72 SGB XI ist aus Sicht der Länder folgender Rahmen erforderlich:

1. Eine sektorenübergreifende Kommunikation aller am Versorgungsprozess der Pflegebedürftigen in der Langzeitpflege ermöglicht einen lückenlosen Informationsfluss, verbessert die Versorgungsqualität und verhindert Informationsdefizite, die zu Fehlern in der Versorgung führen können.
2. Eine konsequente Nutzung der TI-Anwendungen aller am Versorgungsprozess medizinisch und pflegerisch Beteiligter führt zu effektiveren und effizienteren Prozessen. Erst die Anbindung aller Akteure im Gesamtprozess schafft die Grundlage für die erforderliche Akzeptanz der TI.
3. Um die bestehenden und zukünftigen TI-Anwendungen im Gesamtversorgungsprozess allen Akteuren zugänglich zu machen, soll in § 72 SGB XI die Anbindung an die TI bis spätestens 01. Juli 2025 als Voraussetzung für neue oder bestehender Versorgungsverträge aufgenommen werden.

Budget zum Auf- und Ausbau von kommunalen Strukturen in der Pflege

- Versorgungsweiterentwicklungsbudget -

I. Hintergrund:

1. Die Mehrzahl der Menschen wünscht, auch im Fall eintretender Pflegebedürftigkeit in ihrem häuslichen Umfeld verbleiben zu können.
2. Die häusliche Pflege bezieht in deutlich stärkerem Umfang die Selbstversorgungspotentiale der pflegebedürftigen Person und die Unterstützungsressourcen ihres persönlichen Umfelds ein. Sie bindet daher deutlich weniger Pflege(fach)kräfte als die stationäre Pflege.

Eine konsequente Stärkung der Rahmenbedingungen für häusliche Pflege ist eine der entscheidenden Maßnahmen, um die Pflege in Deutschland personell abzusichern.

3. Eine gelingende häusliche Pflege erfolgt im Leistungsmix von
 - a) Selbstversorgung
 - b) Unterstützung aus dem persönlichen Umfeld
 - c) Sozialräumlichen Angeboten der Beratung, Begleitung, Teilhabe und Entlastung von Pflegebedürftigen sowie An- und Zugehörigen
 - d) einem als Versorgungsnetz strukturierten System professioneller Hilfen.
4. Die Voraussetzungen für die genannten Hilfen können weder von den Pflegekassen noch von den Ländern bzw. Kommunen allein geschaffen werden.

Eine gelingende häusliche Pflege braucht zwei Standbeine: Die Sozialversicherung und den Sozialraum.

5. Mit der Einführung der Pflegeversicherung ging eine Entpflichtung, aber auch eine Selbstentpflichtung der Kommunen im Politikfeld „Pflege“ einher. Dadurch ist zu beobachten, dass die Ressourcen der örtlichen Gemeinschaft im Sozialraum und im Quartier nur unzureichend zur Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen erschlossen werden. Häusliche Pflege scheitert häufig an den „kleinen Dingen“, an fehlender Kenntnis in Bezug auf zustehende Hilfen, an fehlenden Atempausen für die pflegenden Angehörigen, an unstrukturierter Überleitung nach einem Krankenhausaufenthalt sowie nicht abgestimmten Angeboten.
6. Den Bedingungen vor Ort trägt das System der Pflegeversicherung nicht ausreichend Rechnung. Es bestehen Versorgungsdefizite - etwa in der Kurzzeitpflege, der Tages- und Nachtpflege und zunehmend auch in der ambulanten pflegerischen Versorgung oder auch bei den Angeboten zur Unterstützung im Alltag. Es besteht keine Gleichwertigkeit der pflegerischen Versorgung in Deutschland.

7. Es ist nunmehr Aufgabe, entsprechend der spezifischen Stärken von Sozialversicherung, Ländern und Kommunen die Zuständigkeiten weiterzuentwickeln.

Die Länder sehen für die Kommunen insbesondere drei Aufgaben:

- a) In Zusammenarbeit mit den Pflegekassen: Die Vernetzung und Koordinierung der Versorgungsstrukturen der Pflege einschließlich der Schnittstellen zu angrenzenden Versorgungsbereichen (insbes. SGB V und IX) sowie die Bündelung regionaler Strategien zur Fachkräftesicherung. Diese Aufgabe wurde bereits ansatzweise in den Pflegestützpunkten wahrgenommen. Ein echtes „Case Management“ wird jedoch in der Praxis nicht flächendeckend gelebt.
- b) Die Unterstützung und Förderung sozialräumlicher Hilfen im Vor- und Umfeld der Versorgungsleistungen nach dem SGB XI, insbes. Hilfen zur Beratung, Begleitung, und Entlastung der pflegebedürftigen Menschen und ihrer An- und Zugehörigen sowie Maßnahmen zur Gewährleistung ihrer sozialen Teilhabe.
- c) Die regionale, datengestützte Planung der pflegerischen Versorgungsinfrastrukturen, der Hilfen im Vor- und Umfeld der Pflege, der Schnittstellen zu den angrenzenden Versorgungsbereichen und ggfs. der regionalen Ausbildungskapazitäten sowie die gezielte Förderung prioritärer Versorgungsangebote.

Dabei ist neben dem Versorgungsaspekt auch verstärkt die positive Beeinflussung der Pflegeprävalenz in den Fokus zu nehmen. Die Sozialversicherungsträger können hier die Verhaltensprävention und die Kommunen die Verhältnisprävention jeweils verbessern. Präventive Hausbesuche, Gesundheitskioske und Community Health Nursing (CHN) können hier zu wichtigen Bausteinen einer zielgerichteten Gesundheitsförderung ausgebaut werden.

8. Zu 7 a) Vernetzung und Koordinierung

Das Vertragssystem des SGB XI schafft von den Pflegekassen zugelassene Einrichtungen und Dienste als einzelne Fäden, die aber ohne entsprechende externe Intervention kein Versorgungsnetz bilden, weder als Gesamtsystem, noch auf den Einzelfall bezogen.

Ohne eine zielgerichtete Vernetzung und Koordinierung bestehen zum einen an den Schnittstellen zwischen einzelnen Versorgern Überleitungsprobleme und es wird zum anderen nur ein Teil der eigentlich vor Ort vorhandenen Unterstützungsressourcen gesehen und folglich erschlossen. Zudem ermöglicht die Koordinierung sinnvolle Aufgabenteilungen und damit einen ressourcenschonenden Einsatz der

professionellen Hilfen. Das ist im Hinblick auf den zunehmenden Mangel an Pflege- und Pflegefachkräften von zentraler Bedeutung.

Die Vernetzung und Koordinierung muss alle Unterstützungsformen einbeziehen, auch und gerade die sozialräumlichen Hilfen im Dorf bzw. im Quartier. Sie muss

daher angesichts des eingeschränkten Radius der betroffenen Menschen zwingend kleinräumig erfolgen und benötigt eine genaue Kenntnis der konkreten örtlichen Gegebenheiten sowie einen partizipativen Einbezug aller Akteure. Dabei ist aber auch die Einbeziehung angrenzender örtlicher Gegebenheiten wichtig, da sich Bedarfe und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten nicht auf starre örtliche Grenzen beschränken lassen und sich konkrete Maßnahmen ergänzen können.

Die Aufgabe der Vernetzung und Koordinierung sollte daher von den Kommunen in Zusammenarbeit mit den Pflegekassen zum Beispiel in den Pflegestützpunkten wahrgenommen werden.

Die Vernetzung wird, insbesondere in Ballungsräumen mit zahlreichen Anbietern, nur möglich und erfolgreich sein, wenn die Leistungserbringer ein Eigeninteresse daran haben. Ein gutes Beispiel und Vorbild sind die Palliativ-Care-Teams.

9. Zu 7 b) Sozialräumliche Hilfen

Auf der örtlichen Ebene, im einzelnen Dorf oder Quartier sind niederschwellige Hilfen in Bezug auf die Aufgaben der Beratung, Begleitung und Entlastung Pflegebedürftiger und Ihrer An- und Zugehörigen nötig, die die Angebote nach SGB XI ergänzen bzw. die Zielgruppen dabei unterstützen, die ihnen zustehenden Leistungen in Anspruch zu nehmen. Doppelstrukturen sind zu vermeiden.

Dabei kann und sollte auf vorhandenen sozialen Strukturen in Vereinen und Verbänden, von Initiativen und Nachbarschaften aufgebaut werden. Zur Qualifizierung und fachlichen Begleitung sind hauptamtliche Kräfte erforderlich.

10. Zu 7 c) Planung

Bislang entstehen neue Versorgungsstrukturen dort, wo es für einen Träger wirtschaftlich am sinnvollsten erscheint. Das gilt auch für die Leistungsform. Damit verbunden ist die Gefahr von Über-, Unter- oder sogar Fehlversorgung, etwa durch vermeidbare vollstationäre Aufenthalte mangels Alternativen. Durch eine örtliche Planung kann die Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur stärker an den konkreten Bedarfen vor Ort und an dem Ziel, Rahmenbedingungen für häusliche Pflege konsequent zu stärken, ausgerichtet werden.

Die Ergebnisse der Planung sollte dabei sowohl in den originären kommunalen Betätigungsfeldern wie der Bauleitplanung als auch im Zulassungsverfahren nach dem SGB XI Berücksichtigung finden.

Wünschenswert ist, dass die Soziale Pflegeversicherung, die gesetzliche Krankenversicherung Bund und Länder sowie die Agenturen für Arbeit die für die Aufgaben einer datengestützten Infrastrukturplanung notwendigen Daten bereitstellen.

Die in der Koalitionsvereinbarung verankerte Einführung von „verbindlichen Mitgestaltungsmöglichkeiten“ der Kommunen „bei Versorgungsverträgen“ ist eine Voraussetzung für eine Planung, die dann auch eine Umsetzungsperspektive hat. Ohne die Möglichkeit, Versorgungsnetzwerke gegenüber Einzelanbietern zu bevorzugen zu

können, bleibt es eine unverbindliche Empfehlung. Diese Mitgestaltung sollte von dem Vorhandensein einer datengestützten Infrastrukturplanung mittelfristig abhängig gemacht werden.

Insbesondere aufgrund des zunehmenden Mangels an Pflege- und Pflegefachkräften werden die Kommunen die Verantwortung für Sorgestrukturen und -kulturen immer mehr übernehmen müssen, mit dem Ziel der Bildung einer stabilen Caring Community.

Hierfür ist es aus Sicht der Länder zielführend und notwendig, im Pflegeversicherungsrecht ein regionales Budget zum Auf- und Ausbau von regionalen Strukturen in der Pflege (Versorgungsweiterentwicklungsbudget) zu etablieren.

II. Eckpunkte für ein Versorgungsweiterentwicklungsbudget

Für die Schaffung eines solchen Versorgungsweiterentwicklungsbudgets ist aus Sicht der Länder folgender Rahmen erforderlich:

- In einem vorgegebenen finanziellen Rahmen soll allen 16 Ländern mit ihren Kommunen bzw. Bezirken unter Beteiligung der Pflegekassen ermöglicht werden, ab dem 01.01.2023 auf 3 Jahre befristeten Vorhaben zur Versorgungsweiterentwicklung durchzuführen, die die regionalen Besonderheiten berücksichtigen und die sich für eine spätere Übertragung auf eine flächendeckende Versorgungsstruktur in der Pflege im Zusammenwirken von Bund, Ländern, Pflegeversicherung und Kommunen eignen.
- Die Umsetzung des Versorgungsweiterentwicklungsbudgets als modellhafte Erprobung des Aus- und Aufbaus von regionalen Strukturen in der Pflege sollte im SGB XI verankert werden. Dort wären für den Budgetzugang die Rahmenbedingungen, der Verteilungsschlüssel, die Finanzierungsmodalitäten sowie die Zusammensetzung der Beteiligungsgremien auf Bundes- und auf Landesebene gesetzlich festzulegen. Eine Verankerung als Modellvorhaben der Pflegeversicherung nach dem Vorbild des § 8 Abs. 3 SGB XI unter der Regie des GKV-Spitzenverbandes wäre nicht zielführend.
- Die Sozial- und Pflegeministerien der Länder schlagen vor, dass über die Teilnahme der kommunalen Gebietskörperschaften an den Vorhaben zur Versorgungsstrukturentwicklung ein Beteiligungsgremium entscheidet, in dem Bundesministerium für Gesundheit, alle Länder, GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Kommunale Spitzenverbände, Spitzenverbände der Leistungserbringer vertreten sind. Zuvor sind die Landesverbände der Pflegekassen zu beteiligen.
- Die Kriterien für die Vergabe könnten aufgrund eines vorzulegenden Konzepts beispielsweise sein:
 - Entwicklung regionaler und kommunaler Strategien zur Deckung des Fachkräftebedarfes,
 - Entwicklung einer bedarfsgerechten datengestützten Infrastrukturplanung,
 - Überregionale Abstimmung und Kooperation sind wünschenswert,
 - Auf- oder Ausbau einer effizienten Care- und Case-Management-Organisation,

- Neue Formen der Vergesellschaftung von Pflege und Sorge im Sinne von Caring Communities unter Einbeziehung aller Leistungsangebote der Pflegeversicherung,
- Innovative Versorgungsformen,
- Sektorenübergreifende Versorgungskonzepte,
- Ausbau von Entlastungs-, Teilhabe- und Unterstützungsstrukturen im Sozialraum,
- Potential für ein oder mehrere Versorgungsnetze (aus Pflegeeinrichtungen, Angeboten zur Unterstützung im Alltag und bürgerschaftlichen Zusammenschlüssen),
- Weiterentwicklung von beratungsorientierten Ansätzen in der Pflege,
- Konzepte zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und ihrer Verschlechterung in Verbindung mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung.

Dabei soll sich die Ausschreibung an alle kommunale Gebietskörperschaften richten, unabhängig davon, welche kommunalen Strukturen in der Pflege vor Ort dort bereits aufgebaut sind.

In der Konzeptbeschreibung ist die Zusammenarbeit mit den Pflegekassen darzustellen.

Die Pflegekassen sind für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich (§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). In den vorgeschlagenen Modellen werden sie bei der Erfüllung dieser Aufgaben unterstützt. Daher wird der Beitrag des Landes bzw. der kommunalen Gebietskörperschaften (in der Regel Geldmittel, ausnahmsweise Personal- oder Sachmittel) in gleicher Höhe durch einen Zuschuss aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ergänzt. Die Modelle werden jeweils hälftig aus Mitteln der Pflegeversicherung und dem jeweiligen Land/den Kommunen finanziert. Insgesamt werden Mittel in Höhe von 50 Mio. EUR aus Mitteln der Pflegeversicherung bereitgestellt. Die Verteilung könnte nach einem geeigneten Schlüssel erfolgen der die Pflegebedarfe in den Regionen berücksichtigt.

- Eine begleitende wissenschaftliche Beratung und Auswertung der Modelle ist durch unabhängige Sachverständige durchzuführen. Mit der Umsetzung des Versorgungsweiterentwicklungsbudgets in der Langzeitpflege verknüpfen die Länder die Erwartung, dass unmittelbar nach erfolgreicher Erprobung auf der Grundlage der wissenschaftlichen Bewertung die bundes- und ggf. landesrechtlichen Rahmenbedingungen für eine Stärkung der Rolle der Kommunen weiterentwickelt werden. Ferner wird zu überprüfen sein, wie gelungene Vorhaben zur Versorgungsstrukturentwicklung verstetigt werden können. In diesem Rahmen wird dann auch zu prüfen sein, ob aufgrund der Ergebnisse der Vorhaben zur Versorgungsstrukturentwicklung ein flächendeckendes Budget eingeführt werden kann.
- Hierzu sollte von vorneherein im SGB XI eine Roadmap gesetzlich festgelegt werden.

Arbeits- und Sozialministerkonferenz

Umlaufbeschluss 02/2023

vom 17.03.2023

Bund-Länder-Arbeitsgruppe Pflegereform

Antragsteller: Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein

Die ASMK hat einstimmig beschlossen:

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder haben beschlossen, dass das Vorsitzland der Bund-Länder-AG Pflegereform beauftragt wird, die beigefügten Vorschläge der Länder zur Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege und zum finanziellen Zuschuss für die von der Pflegeversicherung geleisteten versicherungsfremden Leistungen aus dem Bundeshaushalt an den Ausgleichfonds dem Bund vorzulegen, damit diese in Gesetzgebungsvorhaben zur Änderung des Pflegeversicherungsrecht Berücksichtigung finden.

BLAG Pflegereform

28. Februar 2023

Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege

- § 42 Absatz 1 SGB XI-NEU umfasst die Kurzzeitpflege in folgenden Bedarfslagen:
 - In Situationen, in denen insbesondere eine häusliche Versorgung auf Grund behandlungspflegerischer Bedarfe nicht oder noch nicht sichergestellt ist, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation, nach einer sonstigen ambulanten medizinischen Behandlung oder bei vorübergehender Pflegebedürftigkeit zwischen zwei Behandlungsabschnitten für die gleiche Erkrankung in einem Krankenhaus, wenn die Vorbereitung für invasive Eingriffe ambulant nicht erbracht werden kann.
 - Zur Stabilisierung vor der Inanspruchnahme von stationären Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation.
 - Für Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.
- Die Empfehlungen nach § 88a SGB XI sind vor dem Hintergrund der Neustrukturierung des § 42 SGB XI neu zu fassen. Auf ihrer Grundlage sind dann die Rahmenverträge der Länder anzupassen. Damit soll die quantitative und die qualitative Versorgung der Versicherten mit bedarfsgerechten Leistungen der Kurzzeitpflege weiterentwickelt werden. Nachdem die Pflegeselbstverwaltung den Vorgaben des § 88a nicht in der gesetzten Frist Folge geleistet hat, bedarf die neu zu fassende Empfehlung zwingend der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit sowie der Länder. Soweit die Empfehlungen nicht oder nicht rechtzeitig an die Gesetzeslage angepasst werden können, ist eine Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit durchzuführen.
- Als Vergütungszuschlag für das Case Management ist zusätzlich zu dem pflegebedingten Personalaufwand mindestens für den Funktionsbereich des Case Managements in den Empfehlungen ein Schlüssel im Verhältnis einer Vollzeitkraft für 30 Kurzzeitpflegebedürftige und bei kleineren Einrichtungsgrößen im entsprechenden Verhältnis anzulegen. Der Vergütungszuschlag für das Case Management ist von der Pflegekasse zu tragen und von den privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten.

- Auch ist in den Empfehlungen in den Fällen einer erweiterten medizinischen Behandlungspflege eine zusätzliche Vergütung der pflegebedingten Aufwendungen vorzusehen, die durch das SGB V refinanziert wird. Der Wechsel der Finanzierungsverantwortung für die medizinische Behandlungspflege in der Kurzzeitpflege könnte durch eine kostendeckende pauschale Lösung oder durch eine Leistungsbemessung im Einzelfall erfolgen. Der prozentuale Anteil für den Zuschlag zur medizinischen Behandlungspflege ergibt sich aus einem gemittelten pflegebedingten Tagessatz von 90 Euro und einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 20 Tagen. Die dann zu erwartende Entlastung von 450 Euro würde den Pflegegesetz der Pflegebedürftigen unmittelbar entlasten. Damit wird die Erwartung verbunden, dass ein quantitativer Ausbau der Kurzzeitpflegeplätze erfolgt.
- Mit der Einführung der Vergütungszuschläge für Case Management und medizinische Behandlungspflege ist eine gleichzeitige Erhöhung des Leistungsbetrags insoweit nicht erforderlich, da damit die Mehrkosten für diese Vergütungszuschläge nicht zu Lasten der Pflegebedürftigen gehen und aus den Fonds der Pflegeversicherung und der Krankenversicherung unmittelbar getragen werden.
- Ebenso sollte eine klare bundeseinheitliche Regelung in den Empfehlungen nach § 88a SGB XI zur Auslastungsquote von nicht mehr als 75 Prozent als kalkulatorische Grundlage für die Pflegesatzverhandlungen vorgesehen werden.
- §§ 37Abs. 2 und 37c Abs. 2 und 3 SGB V werden um die medizinische Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI-NEU erweitert, weil auch hier ein besonderer Behandlungsbedarf vorliegt, dabei ist nicht notwendig, dass der Bedarf für mindestens 6 Monate vorhanden ist.
- § 39c SGB V bleibt unberührt.
- Die Übergangspflege im Krankenhaus nach § 39e SGB V bleibt unberührt

Vorschläge zur Gesetzesänderung

Die beigefügte Anlage enthält auf Basis der genannten Eckpunkte entsprechende Formulierungsvorschläge.

Anlage zur Beratungsunterlage „Weiterentwicklung der Kurzzeitpflege“

§ 42 Absatz 1 SGB XI NEU

(1) Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden und reicht auch teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung. Dies gilt:

1. In Situationen, in denen insbesondere eine häusliche Versorgung auf Grund behandlungspflegerischer Bedarfe nicht oder noch nicht sichergestellt ist, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation, nach einer sonstigen ambulanten medizinischen Behandlung oder bei vorübergehender Pflegebedürftigkeit zwischen zwei Behandlungsabschnitten für die gleiche Erkrankung in einem Krankenhaus, wenn die Vorbereitung für invasive Eingriffe ambulant nicht erbracht werden kann.
2. Zur Stabilisierung vor der Inanspruchnahme von stationären Leistungen zur medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation.
3. Für Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder nicht ausreichend ist.

Begründung der Änderungen

Zu § 42 Absatz 1

Es wird die Kurzzeitpflege mit den Bedarfslagen der medizinischen Kurzzeitpflege insbes. Stabilisierung nach Krankenhausaufenthalt, Stabilisierung vor Reha bzw. Herstellung der Reha-Fähigkeit und Krisensituationen geregelt. Diese unterliegt weitergehenden Voraussetzungen. Die inhaltlichen und strukturellen Besonderheiten der Kurzzeitpflege nach Absatz 1 sind in den Empfehlungen nach § 88a zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung in der Kurzzeitpflege als Besonderheit zu berücksichtigen. Als Krisensituationen können insbesondere angesehen werden: Eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege ist nicht möglich oder nicht ausreichend sichergestellt, Gewalt in der Pflege, Hospizfälle, Rückkehr nach sonstigen stationären Aufenthalten oder Problematiken nach ambulanten Eingriffen. Eine Krisensituation kann auch in der vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes der pflegebedürftigen Menschen bestehen oder im Übergang in das häusliche Setting, z.B. in unsicheren Pflegearrangements, auftreten.

Es ist davon auszugehen, dass eine größere Gruppe der Gäste die Kurzzeitpflege für Zeiten des Urlaubs oder einer sonstigen Verhinderung der Pflegeperson, die nicht mit Leistungen nach § 39 SGBXI überbrückt werden können, in Anspruch nehmen. An der bisherigen Handhabe soll sich nichts ändern, da auch in diesen Situationen häusliche Pflege zeitweise nicht erbracht werden kann.

§ 88a Absätze 3 bis 5 SGB XI NEU

(3) Die inhaltlichen und strukturellen Besonderheiten der Kurzzeitpflege nach § 42 Absatz 1 sind in den Empfehlungen nach § 88a zur Sicherstellung einer wirtschaftlich tragfähigen Vergütung in der Kurzzeitpflege als Besonderheit bis zum (Hinweis: DATUM ist nach Vorlage der Empfehlungen nach Abs. 1 und 2 durch den Bundesgesetzgeber festzulegen und damit wird eine neue Frist für die Nachsteuerung der Empfehlungen gesetzt) zu berücksichtigen. In den Empfehlungen sind insbesondere Regelungen zu treffen über ein in der Kurzzeitpflege erforderliches Case Management, die Erbringung von erweiterten behandlungspflegerischen Maßnahmen und der damit in Verbindung stehenden Aufgaben und Anforderungen der Einrichtung sowie der Voraussetzungen für die Zahlung von Vergütungszuschlägen nach Absatz 4 und Absatz 5. Soweit die tatsächliche Auslastungsquote nicht höher ist, ist eine durchschnittliche Auslastungsquote von maximal 75 % zu Grunde zu legen. Die Empfehlungen bedürfen der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit sowie der Länder. Es gilt Absatz 1 Satz 3 entsprechend. Kommt die Veröffentlichung der Empfehlungen nach Satz 1 nicht bis zu dem dort gesetzten Termin zustande, erfolgt deren Veröffentlichung durch das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit den Ländern.

(4) Zusätzlich zu pflegebedingtem Personalaufwand ist mindestens für den Funktionsbereich des Case Managements in den Empfehlungen nach Absatz 3 ein Schlüssel im Verhältnis einer Vollzeitkraft für 30 Kurzzeitpflegebedürftige und bei kleineren Einrichtungsgrößen im entsprechenden Verhältnis anzulegen. Der Vergütungszuschlag für das Case Management ist von der Pflegekasse zu tragen und von den privaten Versicherungsunternehmen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes zu erstatten. Mit diesem Vergütungszuschlag sind alle zusätzliche Leistungen, die im Zusammenhang mit dem Case Management stehen, abgegolten. Pflegebedürftige dürfen mit diesem Vergütungszuschlag weder ganz noch teilweise belastet werden.

(5) Über den Betrag nach Absatz 4 hinaus ist in den Fällen einer erweiterten medizinischen Behandlungspflege nach Absatz 3 ein Betrag von 25 Prozent der pflegebedingten Aufwendungen zusätzlich zu erbringen. Die die private Pflegepflichtversicherung durchführenden Unternehmen beteiligen sich mit einem an den Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung nach § 65 zu leistenden Anteil von 7 Prozent an den Kosten, die sich aus Satz 1 ergeben.

Begründung der Änderungen

Zu § 88a Absatz 3 SGB XI NEU

In den Empfehlungen nach § 88a ist zu regeln, dass die Neustrukturierung des § 42 in den Rahmenverträgen der Länder Berücksichtigung findet. Ebenso sind in den Empfehlungen Art und Umfang der Versorgung sowie der Qualifikation der leistungserbringenden Personen zu regeln. Damit soll die qualitative und die quantitative Versorgung der Versicherten mit bedarfsgerechten Leistungen der Kurzzeitpflege weiterentwickelt werden. Dies bedarf der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit sowie der Länder. Soweit die Empfehlungen nicht oder nicht rechtzeitig an die Gesetzeslage angepasst werden können, ist eine Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit möglich. Zum Case Management und zur medizinischen Behandlungspflege sind Regelungen zur Ausgestaltung und den Anforderungen zu treffen. Es ist eine klare bundeseinheitliche Regelung zur Auslastungsquote von nicht mehr als 75 Prozent als kalkulatorische Grundlage für die Pflegegesetzverhandlungen vorgesehen, soweit die tatsächliche Auslastungsquote nicht höher ist.

Zu § 88a Absatz 4 SGB XI NEU

Hinsichtlich des Case Managements sollen im Rahmen der Personalbemessung die nach Absatz 4 definierten Stellenanteile in den Empfehlungen nach § 88a berücksichtigt werden. Damit wird insgesamt die Erwartung verbunden, dass ein qualitativer Ausbau der Kurzzeitpflege erfolgt und insbesondere auch ein Case-Management flächendeckend eingeführt wird. Der Vergütungsvorschlag für das Case Management ist aus Mitteln der Pflegeversicherung zu tragen und darf nicht die Pflegebedürftigen belasten.

Zu § 88a Absatz 5 SGB XI NEU

Der prozentuale Anteil für den Zuschlag zur erweiterten medizinischen Behandlungspflege ergibt sich aus einem gemittelten pflegebedingten Tagessatz von 90 Euro und einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 20 Tagen. Die dann zu erwartende Entlastung von 450 Euro würde den Pflegesatz der Pflegebedürftigen unmittelbar entlasten. Damit wird die Erwartung verbunden, dass ein quantitativer Ausbau der Kurzzeitpflegeplätze erfolgt. Die Refinanzierung des nach § 88a Absatz 5 XI NEU festgelegten Vergütungszuschlags für jeden Pflegebedürftigen wird für die Unternehmen der privaten Pflegepflichtversicherung über eine Ergänzung dieser Vorschrift sowie für die gesetzlichen über das Fünfte Buch sicher gestellt. Der Wechsel der Finanzierungsverantwortung für die medizinische Behandlungspflege in der Kurzzeitpflege könnte durch eine kostendeckende pauschale Lösung oder durch eine Leistungsbemessung im Einzelfall erfolgen. Um Doppelfinanzierung

zu vermeiden, werden Zahlungen nach § 88a Abs. 5 SGB XI bei Vergütungsverhandlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V für Pflegebedürftige, die Anspruch auf besondere medizinische Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 Satz 4 SGB V NEU haben, berücksichtigt.

§ 37 Absatz 2 SGB V NEU

(2) Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt. Der Anspruch nach Satz 1 besteht über die dort genannten Fälle hinaus ausnahmsweise auch für solche Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 des Elften Buches, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben. Der Anspruch nach Satz 1 besteht auch für Versicherte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 42 des Elften Buches, die einen besonders hohen Bedarf an medizinischer Behandlungspflege haben.

Begründung der Änderungen

Zu § 37 Absatz 2 SGB V NEU

§ 37 Absatz 2 SGB V wird um die medizinische Kurzzeitpflege nach § 42 des Elften Buches erweitert, weil auch hier ein besonderer Behandlungsbedarf vorliegt.

§ 37 Abs. 2a SGB V NEU

(2a) Die gesetzliche Krankenversicherung beteiligt sich an den Kosten der medizinischen Behandlungspflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen mit einem jährlichen Pauschalbetrag in Höhe von 640 Millionen Euro, der an den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung zu leisten ist. Zur pauschalen Abgeltung der Vergütungszuschläge nach § 88a Abs. 5 SGB XI-Neu leisten die Krankenkassen jährlich XXX.XXX EUR in den Ausgleichsfonds der sozialen Pflegeversicherung. Die Zahlung erfolgt anteilig quartalsweise. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erhebt hierzu von den Krankenkassen eine Umlage gemäß dem Anteil der Versicherten der Krankenkassen an der Gesamtzahl der Versicherten aller Krankenkassen. Das Nähere zum Umlageverfahren und zur Zahlung an die Pflegeversicherung bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

Begründung der Änderung:

Folgeanpassung der Einfügung des § 88a Abs. 5 SGB XI.

§ 37c Absatz 2 Satz 1 Ziffer 2 und Absatz 3 SGB V NEU

(2) Versicherte erhalten außerklinische Intensivpflege

1. in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches oder nach § 42 des Elften Buches erbringen...

(3) Erfolgt die außerklinische Intensivpflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, die Leistungen nach § 43 des Elften Buches oder des § 42 des Elften Buches erbringt, umfasst der Anspruch die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die Betreuung und die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in der Einrichtung unter Anrechnung des Leistungsbetrags nach § 43 des Elften Buches oder § 42 des Elften Buches, die betriebsnotwendigen Investitionskosten sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nach § 87 des Elften Buches.

Begründung der Änderungen

Zu § 37c Absatz 2 Satz 1 Ziffer 2 und Absatz 3 SGB V NEU

§ 37c Absätze 2 und 3 SGB V werden gleichfalls um die medizinische Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI erweitert, da gerade hier besondere Behandlungsbedarfe vorliegen.

BLAG Pflegereform

28. Februar 2023

Finanzieller Zuschuss für die von der Pflegeversicherung geleisteten versicherungsfremden Leistungen aus dem Bundeshaushalt an den Ausgleichfonds

Aus den Mitteln des Bundeshaushaltes soll in den Ausgleichsfonds nach § 65 SGB XI für folgende versicherungsfremden Leistungen, die aus gesellschafts- und familienpolitische Sicht gesehen werden müssen, ein finanzieller Zuschuss geleistet werden:

Beitragsfreie Familienversicherung und Beitragsfreiheit bei Mutterschafts- und Elterngeldbezug

- Die soziale Pflegeversicherung bietet in Anlehnung an die Regelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 10 SGB V) Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartnern sowie Kindern unter bestimmten Voraussetzungen eine beitragsfreie Familienversicherung.
- Für die Dauer des Mutterschafts- und Elterngeldes besteht in der sozialen Pflegeversicherung Beitragsfreiheit.
- Das Bundesgesundheitsministerium wird aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, dass die auf diese Personenkreise entfallenden Leistungsausgaben bzw. entfallenden Beitragszahlungen regelmäßig quantifiziert und in dieser Höhe jährlich als finanzieller Zuschuss aus dem Bundeshaushalt - in entsprechender Weise wie beim Gesundheitsfonds der Gesetzlichen Krankenversicherung - dem Ausgleichsfonds zugeführt werden.

Soziale Sicherung Pflegepersonen

- Pflegepersonen, für die Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung durch die Pflegeversicherung getragen werden:
 - Die soziale Pflegeversicherung trägt im Rahmen der Leistungen für Pflegepersonen nach § 44 SGB XI die Beiträge zur sozialen Sicherung, insbesondere zur gesetzlichen Rentenversicherung.
 - Diese Beiträge sind vergleichbar mit den Beiträgen für Zeiten der Kindererziehung, die vollständig aus Steuermitteln gezahlt werden.

- Das Bundesgesundheitsministerium wird aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, dass für diese versicherungsfremden Leistungen der Pflegeversicherung ein Erstattungsanspruch für diese Aufwendungen aus dem Bundeshaushalt eingeräumt wird. Dies führt zu einer entsprechenden Entlastung der sozialen Pflegeversicherung.
- Pflegepersonen, die aufgrund einer kurzzeitigen Arbeitsverhinderung nach § 2 Pflegezeitgesetz ein Pflegeunterstützungsgeld nach § 44 a SGB XI erhalten:
 - Diese Leistung ist ebenso als versicherungsfremd einzustufen.
 - Das Bundesgesundheitsministerium wird aufgefordert, dafür Sorge zu tragen, die hierfür entstandenen Leistungsausgaben durch Mittel aus dem Bundeshaushalt zu finanzieren.

+



SOCLES

International Centre
for Socio-Legal Studies



AGP

Sozialforschung
Social Research

Pflegegeld gemäß § 37 SGB XI

Verwendung, Bedeutung, Wirkungen

Wissenschaftliche Studie zur Wirkungsweise des Pflegegeldes
Erstellt für die Bund-Länder-Arbeitsgruppe Pflegereform der ASMK

Prof. Dr. Dr. Andreas Büscher

Prof. Dr. habil. Thomas Klie

In Kooperation mit Dr. Antje Schwinger, Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO) Berlin

Februar 2024

Pflegegeld gemäß § 37 SGB XI - Verwendung, Bedeutung, Wirkungen

Wissenschaftliche Studie zur Wirkungsweise des Pflegegeldes.

Erstellt für die Bund-Länder-Arbeitsgruppe Pflegereform der ASMK

Auftraggeber

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg

Postfach 103443

70029 Stuttgart

„Finanziert durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration aus Landesmitteln, die der Landtag Baden-Württemberg beschlossen hat.“

Autorenschaft

Prof. Dr. Dr. Andreas Büscher

Prof. Dr. habil. Thomas Klie

In Kooperation mit Dr. Antje Schwinger, Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO) Berlin

Auftragnehmer

AGP Sozialforschung in der SOCLES gGmbH

Poststraße 46

69115 Heidelberg

Kontakt

Tel: 0761-47812-696 | Mail: info@agp-freiburg.de | Web: www.agp-freiburg.de / www.socles.org

Einführung

Die Pflegeversicherung gibt der häuslichen und ambulanten Versorgung auf Pflege angewiesener Menschen den Vorrang vor stationären Pflegearrangements. Sie baut dabei auf die Solidaritätsbereitschaft der An- und Zugehörigen, insbesondere von Partnern sowie den Kindern pflegebedürftiger Menschen. Die Pflegeversicherung setzt einerseits auf die Sorgebereitschaft informeller Netze, bindet sie allerdings ein in fachliche Ansprüche auf eine pflegerisch verantwortbare Versorgung. Insofern geht die Pflegeversicherung in ihrer Systematik davon aus, dass regelhaft ambulante Dienste den von ihnen zur Verfügung gestellten Sachleistungen einen Beitrag zur fachlichen Sicherstellung der Versorgung leisten. Die Pflegebedürftigen respektive die Haushalte, in denen sie leben, haben jedoch ein Wahlrecht. Sie können anstelle der Sachleistungen auch Pflegegeldleistungen in Anspruch nehmen und sie gegebenenfalls auch als Kombileistung miteinander verbinden, § 38 SGB XI. Voraussetzung für die Inanspruchnahme des Pflegegeldes gemäß § 37 SGB XI ist, dass die Pflege (auch in pflegfachlicher Hinsicht) sichergestellt wird. Ist dies nicht der Fall, können die Pflegebedürftigen auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen verwiesen werden. Von Anbeginn hat, entgegen der Erwartungen des seinerzeitigen Bundesarbeitsministeriums, das für die Pflegeversicherung zuständig war, das Pflegegeld die dominante Rolle im Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten gespielt. Der Anteil der Pflegebedürftigen, die Pflegegeld in Anspruch genommen haben, ist bis heute weiter gestiegen – mit großen regionalen Unterschieden (vgl. Isfort und Klie 2023, 2024). Immer wieder wird gefordert, das Pflegegeld zu erhöhen. Dies ist auch zuletzt mit dem Pflegeunterstützungs- und -ergänzungsgesetz (PUEG) geschehen: Zum 01.01.2024 wurde (auch) das Pflegegeld um 5 Prozent angehoben. Die unter anderem in der Arbeitsgruppe Pflegereform der ASMK diskutierte Pflegereform hat sich auch dem Thema Pflegegeld gewidmet. In der Arbeitsgruppe und auch in der ASMK insgesamt gab es zum Teil unterschiedliche Einschätzungen darüber, wie bei einer Reform der Pflegeversicherung mit dem Pflegegeld umzugehen ist. Es liegen unterschiedliche Reformvorschläge für eine Weiterentwicklung des Pflegegeldes vor (vgl. Rothgang und Kalwitzki 2019; Diakonie Deutschland 2019; Klie et al. 2021). Jede Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und damit auch der Höhe, den Spielregeln und der Zweckbestimmung des Pflegegeldes sollte nach Möglichkeit auf empirischen Erkenntnissen seine Wirkweise beruhen, um die mit dem Pflegegeld verfolgten Ziele auch zu erreichen. Systematische Studien über die Verwendung des Pflegegeldes liegen allerdings bislang nicht vor. Um die weitere pflegepolitische Debatte um das Pflegegeld zu qualifizieren, hat die Arbeitsgruppe Pflegereform der ASMK und dort federführend das Land Baden-Württemberg bei den Autoren eine erste eher explorativ angelegte Studie zur Wirkweise des Pflegegeldes in Auftrag gegeben, die diese gemeinsam mit dem WIdO und dort federführend mit Frau Dr. Antje Schwinger und ihren Kolleginnen erstellt haben.

Die Studie, die hier vorgestellt wird, wird in zwei Teilen präsentiert.

- Teil 1 beruht auf internationalen und nationalen Literaturanalysen zu pflegegeldähnlichen Leistungen und cash allowance. Es konnte auf zwei umfangreiche Arbeiten der Autoren zurückgegriffen werden: die VdK-Pflegestudie, erstellt von Andreas Büscher (vgl. Büscher 2023) und den DAK-Pflegereport 2022, der sich mit der häuslichen Pflege und dort auch mit dem Thema Pflegegeld befasst hat (vgl. Klie 2022). Insofern konnte in dieser low budget-Studie auf umfangreiche Datensätze

zurückgegriffen werden. Am Ende des Teil 1 stehen Empfehlungen zum Thema Pflegegeld sowohl was die Weiterentwicklung der Regelungen zum Pflegegeld und der Flankierung pflegegeldbasierter Pflegearrangements anbelangt, als auch, was den Forschungsbedarf betrifft.

- Teil 2 unterzieht die Pflegegeldempfänger einer umfangreichen GKV- und SPV-Routinedatenanalyse, die dankenswerterweise das wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen eigens für diese Studie durchgeführt hat und als eigenständiger Bericht diesem Bericht als Anlage beigefügt ist. Sie wurde in den Fragestellungen kollegial „designt“ und im Verlauf des Analyseprozesses sequentiell beraten.

Mit dieser Studie liegt belastbares Datenmaterial vor, das Einblicke gibt in die Wirkweise, aber auch die Verwendung des Pflegegeldes gemäß § 37 SGB XI. Bisher lagen kaum systematisch ausgewertete Daten über die Verwendung, die Wirkweise und die Bedeutung des Pflegegeldes zur Sicherstellung der Versorgung auf Pflege angewiesener Menschen vor. Auf dieses Forschungsdesiderat zielt die vorgelegte Studie.

Inhaltsverzeichnis

Einführung	3
Inhaltsverzeichnis	5
Teil 1 - Literaturrecherche und empirische Befunde	6
1. Finanzielle Transfers im Rahmen von Langzeitpflegesystemen – eine Analyse der internationalen Literatur	7
1.1 Konsequenzen der Erkenntnisse aus der internationalen Literatur für die Diskussion um das Pflegegeld in Deutschland	13
1.2 Analyse der nationalen Literatur	14
2. Empirische Befunde zur Nutzung und Inanspruchnahme des Pflegegeldes in Deutschland	17
2.1 Erkenntnisse aus der VdK-Studie zum Pflegegeld	17
2.1.1 Nutzung des Pflegegeldes	21
2.1.2 Nutzung des Pflegegeldes nach Rolle von Angehörigen und unterschiedlichen Pflegearrangements	22
2.2 Erkenntnisse aus dem DAK-Pflegereport	31
2.2.1 Das Pflegegeld aus der Sicht pflegender Angehöriger	32
2.2.2 Pflegegeldverwendung im Landesvergleich	40
3. Schlussfolgerungen und Empfehlungen	43
Tabellenverzeichnis	47
Abbildungsverzeichnis	47
Literaturverzeichnis	48
Teil 2 – Versorgungslagen selbst organisierter Pflegesettings Routinedatenanalysen im Kontext der wissenschaftlichen Studie zur Wirkungsweise des Pflegegeldes	53

Teil 1 - Literaturrecherche und empirische Befunde

1. Finanzielle Transfers im Rahmen von Langzeitpflegesystemen – eine Analyse der internationalen Literatur

Um einen Überblick über den Stand der internationalen Diskussion zu Geldleistungen (englisch: cash benefits, care allowances, cash for care schemes, direct payment, budget o.ä.) zu erhalten, wurde im Februar/März 2023 eine Recherche in den Datenbanken Medline via PubMed, Cochrane Library und Epistemonikos unter den Stichworten „pflegende Angehörige“, „Pflegegeld“ und „häusliche Pflege“ durchgeführt. Für die deutschen Stichworte wurden unterschiedliche englische Übersetzungen genutzt. Die Suche wurde auf einen Zeitraum der letzten 15 Jahre (beginnend mit 2008) begrenzt. Bedeutsame Entwicklungen vor 2008 wurden in verschiedenen Artikeln beschrieben und konnten somit in die Analyse aufgenommen werden.

Die internationale Diskussion um Geldleistungen befasst sich insgesamt weniger mit der konkreten Verwendung der Geldleistungen, sondern ist im Schwerpunkt auf die damit verknüpften politischen Steuerungs- und Gestaltungsabsichten sowie die Auswirkungen entsprechender Regeln ausgerichtet. Die für diese Übersicht identifizierten Beiträge basieren sowohl auf Vergleichen von Pflegegeldregelungen in unterschiedlichen Ländern wie auch in der vertieften Betrachtung der Regelungen in einzelnen Ländern. Die gewählten Differenzierungskriterien sind unterschiedlich und zeigen die verschiedenen Perspektiven, aus denen Pflegegeldregelungen betrachtet werden können.

Als bedeutsam im Kontext von Pflegegeldregelungen sind die Fragen,

- welche Steuerungsabsicht damit verbunden ist,
- wer tatsächlich das Geld in Anspruch nehmen kann,
- ob und falls ja, welche Einschränkungen bei der Verwendung des Geldes bestehen,
- welche Kriterien erfüllt sein müssen, um das Geld zu erhalten,
- welche Begleitstrukturen zur Verfügung stehen, um bei der Nutzung des Geldes unterstützt zu werden und nicht zuletzt,
- in welcher Höhe Geldbeträge für die Pflege bewilligt werden.

Zentrale Aussagen dazu sind nachfolgend zusammengefasst. Courtin et al. (2014) haben im Rahmen einer Untersuchung zu Unterstützungsformen für pflegende Angehörige (engl. oftmals als „informal carers“ bezeichnet) auch Geldzahlungen betrachtet, indem sie eine Befragung von 27 Expert*innen aus den 27 EU-Ländern durchgeführt haben. Sie haben sich bei der Einordnung an einem Rahmen von Twigg und Atkin (1994) orientiert, bei dem der „Degree of incorporation“ (also das Ausmaß, in dem tatsächlich Angehörige im Fokus stehen) und der „Score of the scheme“ (bei dem es um den Charakter der Unterstützung geht, der von einer freiwilligen regionalen Leistung bis zur festen Verankerung im Rahmen staatlicher Langzeitversorgungssysteme reichen kann) unterschieden werden. Hinsichtlich des Fokus auf Angehörige wird unterschieden in

- a) spezifische Unterstützung von Angehörigen (z.B. Beratung, Information, Schulung, Entlastungspflegeangebote (engl. respite care) und direkte finanzielle Unterstützungen). Diese Unterstützungsformen sind explizit auf die Unterstützung von Angehörigen ausgerichtet;

- b) Hilfen für Angehörige als Nebenprodukt der Hilfen für den pflegebedürftigen Menschen, z.B. indirekte finanzielle Unterstützung zum Einkauf bzw. zur Inanspruchnahme formeller Dienstleistungen – dazu werden die „mainstream services“ gezählt – und
- c) staatliche Regelungen und Rechtsansprüche, bei denen es sich um die übergeordnete Ebene des Systems der Langzeitversorgung handelt.

In 23 der 27 beteiligten Länder gibt es Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige, in neun Fällen handelt es sich dabei um direkte finanzielle Unterstützung. Nach Da Roit & Le Bihan (2010) sind die Regelungen zu finanziellen Unterstützungsleistungen sehr heterogen. Regelungen zur Berechtigung für diese Leistungen und die Höhe der Leistung können sich beziehen auf:

- die Anzahl an Stunden, die für die Pflege aufgewandt werden (die in Deutschland für die Anerkennung als Pflegeperson erforderlichen 14 Stunden wöchentlich geleisteter Pflege liegen dabei im Mittelfeld),
- den Umstand, ob jemand weiterhin einer Beschäftigung nachgeht oder nicht,
- die Intensität und Schwere der Pflegebedürftigkeit,
- finanzielle Bedarfsprüfungen, durch die sichergestellt wird, dass nur Menschen mit einem entsprechend geringeren Einkommen entsprechende Leistungen erhalten sowie
- die Höhe der gezahlten Unterstützungsleistungen, die sehr unterschiedlich sind und zum Teil auch innerhalb einzelner Länder regional variieren wie z.B. in Frankreich (Arrighi et al. 2015).

Eine eindeutig auf die Unterstützung von An- und Zugehörigen ausgerichtete Perspektive nimmt die Untersuchung von Miller et al. (2022) aus den USA ein, in der eine Analyse von Unterstützungsleistungen für pflegende An- und Zugehörige in den unterschiedlichen Staaten der USA vorgenommen wird. Hintergrund der Untersuchung sind u.a. öffentlich zugängliche Zahlen, nach denen in den USA 2020 etwa 26 Mio. Menschen unbezahlt ein Familienmitglied oder jemanden aus dem Freundeskreis versorgt haben. Im Durchschnitt wurden 2019 20,4 Stunden Unterstützung pro Woche geleistet. Eine Schätzung aus dem Jahr 2017 geht davon aus, dass Angehörige Pflege- und Unterstützungsleistungen in der Langzeitversorgung im Wert von 470 Mrd. US-Dollar geleistet haben. Im Vergleich dazu wurde der Wert der Leistungen durch professionelle Dienste auf 124 Mrd. US-Dollar geschätzt. In dem Beitrag werden sieben, sich in der Praxis zum Teil überlappende Unterstützungsformen für Angehörige differenziert:

- die Identifikation von Angehörigen und ihrer Bedürfnisse zur Unterstützung bei der Pflege,
- Reformen in der Refinanzierung von Pflegeleistungen durch Leistungserbringer, um Angehörige in der Pflege einzubeziehen bzw. sie zu ermutigen,
- Ausbildung und Kompetenzentwicklung bei Leistungserbringern zur Ermutigung von Angehörigen, zur Bereitstellung evidenzbasierter Unterstützung und zur Weiterleitung an kommunale Stellen,
- Erhöhung der Mittel für bestehende Unterstützungsleistungen für Angehörige und die Weiterentwicklung evidenzbasierter Interventionsprogramme für Angehörige,
- Untersuchung, Evaluation und ggf. Übernahme föderaler Regelungen zur ökonomischen Unterstützung für Angehörige (in mehreren Bundesstaaten sind Steuergutschriften ein genutztes Mittel),

- Erweiterung der Forschung, um die Erfassung der Erfahrungen von Angehörigen zu ermöglichen und
- Evaluation von Interventionen für Angehörige in „real-life settings“.

Der Beitrag nimmt eine explizit auf Angehörige ausgerichtete Perspektive ein und geht weniger von den Rechten und Möglichkeiten des auf Pflege angewiesenen Menschen aus. Dazu passt, dass die Unterstützungsformen in den einzelnen US-Bundesstaaten auch vor dem Hintergrund der Frage eingeordnet werden, inwieweit sie zum Schutz vor Verarmung durch die Versorgung beitragen. Angaben zur Höhe der finanziellen monatlichen Unterstützung liegen aus einem Programm des Departments of Veterans Affairs vor. Danach variieren die Beträge zwischen 600 und 2.300 US-Dollar im Monat.

Die Perspektive des Beitrags von Miller et al. (2022) ist bedeutsam, weil die Auseinandersetzung mit den Unterstützungsformen für Angehörige in der Langzeitversorgung in den überwiegend europäischen Beiträgen zwei weitere wesentliche Aspekte zeigt. Zum einen die Feststellung, dass die Einschätzung, wer als „informal carer“ anzusehen ist, in der Regel im Zusammenhang mit einer Einschätzung des Bedarfs oder der Bedürftigkeit des auf Pflege angewiesenen Menschen erfolgt und nicht losgelöst davon. Angehörige werden vorwiegend als Ressource im Pflegesystem betrachtet und weniger als Personen mit eigenen Bedarfslagen. Zum anderen, dass die Zunahme direkter finanzieller Leistungen für Pflegehaushalte (unabhängig davon, ob diese an den pflegebedürftigen Menschen oder die Angehörigen gezahlt werden) unweigerlich Fragen zur Qualität der häuslichen Versorgung bei einer vorwiegend informellen Versorgung nach sich ziehen.

Ein in verschiedenen Studien angesprochener Punkt ist die Bedeutung der Familie für die häusliche Langzeitversorgung, insbesondere die Frage, ob und inwieweit die jeweiligen Langzeitpflegesysteme oder einzelne Leistungen eine „Familiarisierung“ der häuslichen Pflege befördern und welche weiteren Implikationen damit einhergehen. Einige internationale Arbeiten sehen den Zusammenhang zwischen Pflegegeld und Bedeutung der Familie. So formulieren Österle und Bauer (2011) in einer Arbeit zum österreichischen Pflegevorsorgesystem die Annahme, dass reine Geldleistungen eher die familiäre Pflege befördern und nicht die Weiterentwicklung formeller bzw. professioneller Dienste. Ihrer Ansicht nach führen sie in erster Linie zu einer Erhöhung des Haushaltseinkommens (was nicht gleichzusetzen ist mit dem Einkommen der pflegenden An- und Zugehörigen) und fördern den grauen, aber nicht den professionellen Pflegemarkt. Auch Le Bihan et al. (2019) setzen sich mit der Frage eines verstärkten Familialismus durch das Pflegegeld auseinander. Sie sehen jedoch eine Entwicklung, nach der sich nicht allein auf den familiären Beitrag in der Langzeitversorgung verlassen wird, sondern dass Pflegegeldregelungen einen Wechsel zu optionalem Familialismus durch den Markt unterstützen. Dadurch werden Familien ermutigt, familiäre Pflege zu leisten und durch Alternativen auf dem Pflegemarkt dabei unterstützt. Diskutiert wird die Frage, ob Möglichkeiten zum Erhalt von Pflegegeld auch eine größere Verpflichtung für Familien bedeutet (Le Bihan 2012).

Weitgehende Einigkeit besteht darin, dass Pflegegeldregelungen bestehende Ungleichheiten eher bestätigen als auflösen. Glendinning (2008, 2009) arbeitet heraus, dass Pflegegeldregelungen Geschlechterungleichheiten ebenso verfestigen wie die Zuschreibung

von Sorgeverpflichtungen zu Frauen. Sie geht weiter davon aus, dass das Pflegegeld Menschen mit weniger Ressourcen und komplexeren Problemlagen benachteiligt. Diesen Zusammenhang konnte Schmidt (2017) für Österreich nachweisen. In ihrer Studie wurden Zusammenhänge zwischen der Inanspruchnahme des Pflegegeldes und dem sozio-ökonomischen Status, Geschlecht, Alter untersucht. Es zeigte sich, dass das Pflegegeld bestimmte Rollen verfestigt, aber auch die Zielsetzung einer Förderung der häuslichen Pflege unterstützt, wobei reichere Personen in dieser Richtung mehr profitieren. Personen mit geringeren Einkommen und Allein-Lebende sind nach der Studie benachteiligt. Auch Albertini und Pavolini (2017) befassen sich mit Ungleichheiten und kommen zu der Schlussfolgerung, dass Systeme mit einer hohen familiären Verantwortung und Geldleistungen mehr Ungleichheiten bei der Inanspruchnahme formeller Pflegeangebote aufweisen. Systeme, die stärker auf formelle Unterstützungsformen setzen, weisen demnach geringere Ungleichheiten auf.

Eine weitere Diskussion in der internationalen Literatur (z.B. Frericks et al. 2014) bezieht sich auf die Formalisierung und Ökonomisierung der informellen/familiären Pflege. Pflegegeldregelungen, unabhängig von ihrer konkreten Ausgestaltung, führen dazu, dass Pflege- und Sorgearbeit, die vormals unentgeltlich in Familien und Bekanntenkreisen und in der Regel von Frauen übernommen wurden, nunmehr Gegenstand von Leistungen im Rahmen von Langzeitpflegesystemen sind. Die damit verbundene Unterstützung von An- und Zugehörigen ist erklärtes Ziel vieler Pflegegeldregelungen, auch wenn die Akzentsetzungen unterschiedlich sind. Nach Frericks et al. (2014) wird in Dänemark das Recht älterer Menschen, ihre Unterstützungs- oder Pflegeperson selbst zu bestimmen, betont. Diese Person kann mittels Pflegegeld dann zu einem „public employee“ oder, wie in Südkorea (Jungmin Kim et al. 2018), einem „paid family care worker“ werden, der über die dem älteren Menschen zustehenden Geldbeträge finanziert wird. Auch das personengebundene Budget aus den Niederlanden ermöglicht die Nutzung des Budgets zur Finanzierung der Pflege durch Familienangehörige, wobei ein Nachweis erforderlich ist, dass diese familiäre Unterstützung über ein bestimmtes Maß hinausgeht. Das Pflegegeld in Deutschland kann ohne weitere Nachweise verwendet werden, ist jedoch für die Beschäftigung von Personen insgesamt zu niedrig.

Die Option, mit einem Pflegegeld Personen für pflegerische und andere Unterstützungsleistungen zu bezahlen, erhöht für pflegebedürftige Menschen und/oder ihre Angehörigen die Möglichkeiten, die Pflege zuhause zu organisieren. Die Erhöhung von Wahlmöglichkeiten – unabhängig davon, ob für personelle Dienste von Familienmitgliedern oder andere – ist ein übergreifend bestehendes wesentliches Ziel von Pflegegeldregelungen. Pflegegeldregelungen statten nach Pattyn et al. (2021) Nutzer*innen des Systems mit Kaufkraft aus und verleihen ihnen somit mehr Macht über das Versorgungsgeschehen. Die bereits angesprochene Formalisierung und Ökonomisierung der häuslichen Pflege ist eine unvermeidliche Konsequenz dieser Entwicklungen.

Eine offene Frage hinsichtlich der Ökonomisierung und Formalisierung der häuslichen Pflege ist die Verfügbarkeit und Art formeller Dienste, die für die Pflege zur Verfügung stehen und für die Pflegegeld genutzt werden darf. Frericks et al. (2014) weisen darauf hin, dass die Erhöhung der Möglichkeiten und Stärkung der Verbrauchermacht unter anderem von der Verfügbarkeit formeller Dienste abhängt. Stehen diese nicht zur Verfügung oder – wie Österle und Bauer

(2011) vermuten – entwickeln sich diese nicht weiter, dann bleiben die eingeräumten Wahlmöglichkeiten und -rechte sowie die stärkere Verbrauchermacht ohne Konsequenz. Sie können jedoch auch zur Entwicklung anderer, zum Teil grauer Pflegemärkte führen, wenn, wie in Österreich (Schmidt 2017) das Pflegegeld explizit für sogenannte „Live-Ins“-Arrangements verwendet werden darf oder sich durch das Pflegegeld unregulierte Pflegearbeitsbeziehungen entwickeln (Da Roit/Moreno-Fuentes 2019).

Le Bihan (2012) sieht durch Pflegegeldregelungen sogar eher die Gefahr, dass diese mit einer stärkeren Verpflichtung für Familien einhergehen, die Pflege zu übernehmen und nicht auf formelle Dienste zu setzen. Sie weist zudem darauf hin, dass die Formalisierung der informellen Pflege nicht gleichzusetzen ist mit deren Professionalisierung. Angesprochen ist damit die Problematik, dass trotz des vorhandenen monetären Anreizes zur Übernahme von Pflegeaufgaben, der gepaart sein kann mit familiären Verpflichtungen oder religiösen Überzeugungen von An- und Zugehörigen, die Pflege dennoch anspruchsvoll sein kann und keinesfalls garantiert ist, dass sie auch so erfolgt wie es aus professioneller Sicht sinnvoll erscheint. Die Erfahrungen aus Südkorea (Jungmin Kim et al. 2018) verdeutlichen, dass die „paid family care worker“ mit physischen, emotionalen, sozialen und finanziellen Belastungen durch die Pflege konfrontiert waren und daher der kontinuierlichen Unterstützung bedurften. Eine Erkenntnis der Studie war entsprechend, dass die Pflegegeldregelung als tatsächliche Anerkennung der geleisteten Arbeit von Angehörigen wahrgenommen wurde, diese jedoch der Unterstützung zur Förderung ihrer Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Pflege bedürfen. Über das Ausmaß dieser erforderlichen Unterstützung konnte keine Einigung erzielt werden.

Uneinigkeit besteht bei der Frage, ob Pflegegeldregelungen insgesamt den Verbleib in der häuslichen Versorgung befördern. Pattyn et al. (2021) sehen die Evidenz dafür als knapp und uneinheitlich an. Zwar sehen sie leichte Anzeichen für eine Reduzierung der institutionalisierten Versorgung und einen leichten Anstieg häuslicher Unterstützung, führen diese jedoch nicht eindeutig auf Pflegegeldregelungen zurück, sondern schreiben diese ebenso individuellen und anderen kontextuellen Faktoren zu.

Unabhängig von der Frage der Förderung der häuslichen Pflege zeigen internationale Arbeiten – ähnlich wie die nachfolgend dargestellten Erkenntnisse aus dem Pflegereport der DAK-Gesundheit und der VdK-Pflegestudie –, dass das Pflegegeld häufig in Anspruch genommen (Da Roit/Le Bihan 2019) und von vielen Menschen geschätzt wird. Van der Zee/Kronemann (2011) zeigen auf, dass Cash-for schemes in vielen Fällen als echte Alternative zu anderen Unterstützungsformen gesehen werden. Wittevrongel und Faubert (2022) kommen zu der Schlussfolgerung, dass Cash-for-schemes die häusliche Versorgung zu fördern scheinen. Sie leiten diese Schlussfolgerung aus einem Vergleich von Zahlen und Entwicklungen aus Deutschland, den Niederlanden und Kanada ab, bei dem der Anteil der häuslichen Versorgung in Deutschland am höchsten war. Als mögliche Ursache wird die Möglichkeit der relativ freien Verwendung des Pflegegeldes in Deutschland angesehen, weshalb die Autorinnen auch für Kanada die Einführung eines Pflegegeldes empfehlen.

Ranci et al. (2019) haben sich mit der Frage befasst, wie viele Menschen Pflegegeld erhalten und wie großzügig Pflegegeldregelungen in den betrachteten Ländern Österreich, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Italien und Spanien sind. Berechnet wurden

durchschnittlich erhaltene Geldleistungen, die Rate der damit erreichten Bevölkerung und die Kosten pro 100 Einwohner*innen. Bei aller Heterogenität der Regelungen in den einzelnen Ländern hat dieser Ansatz durchaus seine Schwächen (auch weil die Zahlen aus unterschiedlichen Jahren zwischen 2015 und 2018 stammen), bietet aber dennoch interessante Einblicke. Am niedrigsten ist die im Durchschnitt erhaltene Geldleistung pro Monat demnach in Spanien mit ca. 311 Euro, am höchsten in Frankreich mit 618 Euro. Für Deutschland wurden ca. 498 Euro als monatlicher Durchschnitt errechnet, die dritthöchste Summe aus den sechs Ländern. Die höchste „Coverage“-Rate lag mit knapp 8% in Großbritannien und die niedrigste mit etwa 0,8% in Spanien. Deutschland liegt mit 3,2% zusammen mit Italien (3,3%) auf Rang 4. Verglichen mit den o.g. Beträgen des Programms des Department for Veteran Affairs liegen die in den europäischen Ländern verfügbaren Geldleistungen am unteren Rand und deutlich darunter.

Die im Rahmen des DAK-Pflegereports und der VdK-Studie gestellte Frage, wofür das Pflegegeld tatsächlich genutzt wird, hängt – wie ausgeführt – von den gesetzlich geregelten Freiheitsgraden bei der Nutzung ab. Es konnte nur eine Studie identifiziert werden (Moran et al. 2013), in der diese Nutzung genauer betrachtet wurde. Die Autor*innen kommen zu dem Ergebnis, dass ältere Menschen in England ihr individuelles Budget vor allem für die persönliche Pflege und Versorgung nutzen und für andere Zwecke (z.B. soziale Zwecke oder Freizeitaktivitäten) kein Geld übrig bleibt. Ähnlich wie in anderen Studien wird auch von Moran et al. (2018) betont, dass die Frage nach der Verwendung und Nutzung eines Budgets vor allem dadurch beeinflusst wird, welche Angebote zur Verfügung stehen und welche sich mit dem verfügbaren Budget geleistet werden können.

1.1 Konsequenzen der Erkenntnisse aus der internationalen Literatur für die Diskussion um das Pflegegeld in Deutschland

Die in der Pflegeversicherung festgeschriebene Möglichkeit, bei vorliegender Pflegebedürftigkeit ein Pflegegeld in nach Pflegegraden gestaffelter Höhe zu erhalten, wurde in vielen internationalen Arbeiten aufgegriffen und Bestandteil vergleichender Untersuchungen. Insgesamt wird das deutsche Langzeitpflegesystem einem familialistischen Wohlfahrtsmodell zugerechnet und mit „based on little-regulated cash-for-care-transfer“ beschrieben (Da Roit/Le Bihan 2010). Andere Regelungen gelten als „Highly regulated cash-for-schemes“. Das Pflegegeld in Deutschland wird in internationalen Studien eher distanziert und kritisch betrachtet. In neueren Arbeiten aus Kanada erscheint die Pflegegeldregelung aus Deutschland allerdings als sinnvolle Ergänzung des kanadischen Langzeitversorgungssystems.

Festgehalten werden kann, dass der Blick in internationale Systeme den Fokus der Analyse für das deutsche System schärfen kann. Der hohe Freiheitsgrad des deutschen Pflegegeldes erhöht sicherlich die Möglichkeiten, für unterschiedliche Pflegearrangements unterschiedliche Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten zu organisieren, einzukaufen und in Anspruch zu nehmen. Dass es jedoch keine explizite Unterstützung und Beratung für die Verwendung des Pflegegeldes gibt, muss als Schwachpunkt angesehen werden. Die in den letzten Jahren entstandene Beratungsinfrastruktur in Deutschland hat explizit andere Schwerpunkte.

In der Breite der Intentionen, die international im Zusammenhang mit dem Pflegegeld diskutiert werden (Unterstützung Angehörige oder pflegebedürftiger Mensch; Förderung und Verpflichtung von Familien, Bedeutung für den formellen Pflegesektor und Auswirkungen auf den Pflegemarkt), findet in Deutschland bislang keine Diskussion statt. Stattdessen bleiben die Grundprinzipien festgeschrieben: das Pflegegeld ist explizit keine Leistung für An- und Zugehörige, sondern für den auf Pflege angewiesenen Menschen; die Nutzung des Pflegegeldes ist vollkommen freigestellt; eine Verknüpfung mit anderen Leistungsformen ist grundsätzlich möglich, aber eine genauere Analyse ist in den letzten zwanzig Jahren nicht erfolgt.

Zuzustimmen ist der Einschätzung aus Österreich, dass das Pflegegeld keine Weiterentwicklung der formellen Unterstützungsangebote befördert, sondern im Gegenteil eher erschwert. Eine Entwicklung zu flexibleren Leistungsspektren in der ambulanten Pflege und eine tatsächliche Förderung des Aushandlungsgeschehens zwischen Pflegearrangement und formellem Dienstleister hat nicht stattgefunden und wird nicht einmal in Ansätzen diskutiert. Eng damit zusammenhängend ist die weitgehende Konzeptionslosigkeit bei der Gestaltung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI zu nennen, die grundsätzlich das Potenzial beinhalten, eine bessere Verknüpfung herzustellen zwischen selbstgesteuerten Pflegearrangements einerseits und formellen Unterstützungsangeboten andererseits. Eine durchaus vorhandene Möglichkeit, die auch international angesprochene Problematik möglicherweise belasteter oder problematischer Pflegearrangements sowohl konzeptionell als auch tatsächlich stärker in das Blickfeld zu rücken, bleibt somit ungenutzt. Eine ebenfalls denkbare Verknüpfung zwischen Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die Medizinischen Dienste und dadurch initiiertes Unterstützung des Pflegearrangements wird ebenfalls nicht in Betracht gezogen.

Sinnvoll erscheint es in jedem Fall, den Beitrag des Pflegegeldes zur Stabilisierung oder Destabilisierung häuslicher Pflegearrangements zu betrachten. Dazu gehört eine erweiterte Perspektive, die explizit nicht nur den pflegebedürftigen Menschen, sondern auch die An- und Zugehörigen in den Blick, die oftmals entscheidend für die Aufrechterhaltung und den Bestand eines häuslichen Pflegearrangements sind.

1.2 Analyse der nationalen Literatur

Wie schon in dem Bericht über die Analyse der internationalen Literatur herausgearbeitet, nimmt die deutsche Pflegegeldregelung international einen Sonderplatz in den Regimen sozialer Sicherung für auf Pflege angewiesene Menschen ein. Um einen Überblick über die wissenschaftliche Befassung mit dem Thema Pflegegeld, aber auch dem Pflegegeld verwandten Leistungsformen zu gewinnen, wurde eine Literaturrecherche unter Nutzung von drei wesentlichen Datenbanken durchgeführt: GeroLit, Solit und PubMed (siehe Anlage 2). Ein Großteil der recherchierten Literatur, insbesondere in GeroLit lässt sich als Transferliteratur qualifizieren. Sie ist adressiert an Träger von Einrichtungen und Diensten, an die Verwaltung der Sozialleistungsträger, zum Teil aber auch an Selbsthilfeorganisationen. Eine im engeren Sinne wissenschaftliche Befassung mit dem Thema Pflegegeld und care allowance findet in Deutschland vergleichsweise zurückhaltend statt. Die Auseinandersetzung mit der Pflegeversicherung fokussiert Fragen der Qualitätssicherung, der fachlichen Qualität von Pflegeleistungen und die der Finanzierung der Pflegeversicherung. Insgesamt lässt sich feststellen: Es ist die Perspektive von formellen Diensten, die die Debatte um die Pflegeversicherung und ihre Weiterentwicklung ganz wesentlich prägt. Das Pflegeversicherungsrecht in Deutschland ist im Wesentlichen ein Recht der sogenannten gemeinsamen Selbstverwaltung, eingebettet in korporatistische Aushandlungsstrukturen. Genau um sie, um die dahinter liegenden Interessen geht es bei der Auseinandersetzung um die Pflege und Pflegeversicherung ganz zentral. Es lassen sich auch eigenständige Stränge pflegewissenschaftlicher Debatten um die Pflegeversicherung verfolgen, wie etwa um den Pflegebedürftigkeitsbegriff und um eine an pflegfachlichen Vorgaben orientierte Leistungserbringung (Wingefeld et al. 2007; 2008; Wingefeld/Büscher 2017).

Die Auseinandersetzung mit dem Pflegegeld erfolgt in den ersten Jahren der Pflegeversicherung nicht unwesentlich unter sozialrechtlichen Gesichtspunkten. So beleuchtet etwa Schütte (2007) die u. a. auch verfassungsrechtlichen Fragen, die sich mit dem Pflegegeld verbinden lassen. Es wird das Verhältnis zu anderen Sozialleistungen, die Anrechnung des Pflegegeldes auf das Einkommen und ihre steuerrechtliche Betrachtung analysiert. Dies geschieht auch in der recht umfangreichen Kommentarliteratur zum SGB XI, aber auch zum SGB XII (Klie in: Hauck und Noftz 2021, §§ 63b, 64a). Die Abgrenzung zu Grundsicherungsleistungen nach dem SGB XII sind ebenso Thema wie die zu anderen Sozialleistungen, etwa der hauswirtschaftlichen Versorgung. Das Pflegegeld ist von seiner Ausrichtung zwischen Nachteilsausgleich und unspezifischer Gratifikationsleistung für Pflegebedürftige konzipiert. Durch seine Ankopplung an den Grad der Pflegebedürftigkeit, früher an die Pflegestufen, reflektiert es einen unterstellten Aufwand im Zusammenhang mit der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit je nach Pflegegrad. Die Verwendung ist allerdings frei und nicht gekoppelt an mit der Pflegebedürftigkeit verbundenem Unterstützungsbedarf. Die Verwendung des Pflegegeldes weist beide Logiken auf: Wird es angespart, wird es für die allgemeine Haushaltsführung genutzt oder als Gratifikation für pflegende Angehörige, weist

es keinen Bezug zur Intensität des Unterstützungsbedarfes auf, wird es eingesetzt, um selbständig Unterstützungsleistungen einzukaufen, dient es der Kompensation von Einkommensverlusten und Einbußen der Pflegeperson, ist der Bezug zur Unterstützungsintensität durchaus gegeben. Die Reformvorschläge zur Weiterentwicklung des Pflegegeldes beziehen sich auf die ein oder die andere Seite der Pflegegeldlogik. Die Initiative ProPflegerreform und der Vorschlag der Diakonie Deutschland sehen eine Weiterentwicklung des Pflegegeldes mit eindeutigem Bezug zum Unterstützungsaufwand (vgl. Rothgang und Kalwitzki 2019; Diakonie Deutschland 2019) und wollen seine Gewährung an die tatsächliche und qualitätsgesicherte Leistungserbringung durch An- und Zugehörige oder zivilgesellschaftlich Engagierte ankoppeln. Der Reformvorschlag Strukturreform PFLEGE und TEILHABE II (vgl. Klie et al. 2021) ordnet das Pflegegeld dem Nachteilsausgleich zu und schlägt vor, ähnlich wie in Italien oder dem deutschen Kindergeld, einen aufwandsunabhängigen Nachteilsausgleich mit einer steuerrechtlichen Verortung vorzunehmen bei gleichzeitiger Flexibilisierung der Leistungen der Pflegeversicherung.

Die Debatte um die Flexibilisierung der Leistungen der Pflegeversicherung berührt auch die Diskussion um das Pflegegeld. In dem Modellprojekt Persönliches Pflegebudget wurde das in der Eingliederungshilfe schon länger bekannte und erprobte Modell personenzentrierter, trägerübergreifender Budgets erprobt – im Ergebnis erfolgreich (vgl. Klie et al. 2008; Klie und Spermann 2004). Das Verhältnis vom Pflegebudget als Sachleistungssurrogat zum Pflegegeld wurde breit diskutiert (s. o.). Während das Pflegegeld nachweisfrei ist, ist beim Persönlichen Pflegebudget, das in der Höhe dem der Sachleistung der Pflegeversicherung entsprach, eine Nachweispflicht und die Einbettung in eine Zielvereinbarung wie in den Persönlichen Budgets gemäß § 29 SGB IX verpflichtend vorgesehen – mit Flankierung durch ein Case Management. Das Persönliche Pflegebudget ist in der Pflegeversicherung weiterhin ausgeschlossen. § 35a SGB XI sieht lediglich eine sogenannte Gutscheinelösung vor. Trotz entsprechendem Entschließungsantrag im Deutschen Bundestag wurde das Persönliche Pflegebudget entgegen seiner erfolgreichen Erprobung nicht weiterverfolgt. Allerdings gibt es im Recht der Sozialhilfe weiterhin die Möglichkeit auf Antrag Leistungen der Hilfe zur Pflege in der Leistungsform des Persönlichen Budgets zu wählen, § 63 Abs. 3 SGB XII. Die Budgetvariante weist eine Nähe zu bestimmten Verwendungsformen des Pflegegeldes auf, dort nämlich, wo selbstbeschaffte Pflege und Assistenzkräfte zum Einsatz kommen, die nicht zu den zugelassenen Pflegediensten gemäß § 71 SGB XI gehören. Gerade für die Gruppe von Menschen mit Behinderung eröffnen Budgetlösungen die Möglichkeit individueller und personenzentrierter Leistungsgewährung und -gestaltung. Im Rahmen des Projektes Integriertes Budget (vgl. Klie und Siebert 2006; Siebert 2007) wurde gerade die Einbeziehung der Leistungen der Pflegeversicherung in ein persönliches Budget als besonders erfolgreich bewertet. Vor dem Hintergrund der sich zunehmend zuspitzenden Versorgungssituation und Infrastrukturdefiziten in der Langzeitpflege erlangt das Persönliche Budget eine neue Relevanz. Die Bedeutung des Pflegegeldes, aber auch cash-basierter care allowance wird in der Literatur für besondere Zielgruppen reflektiert, etwa psychisch Kranker, Menschen mit Körperbehinderung und hohem Unterstützungsbedarf (Arbeitgebermodell), Obdachlose sowie Personen in besonderen Wohnformen für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf.

Eine gänzlich anders ausgerichtete Debatte über das Pflegegeld findet unter dem Gesichtspunkt von Gendergerechtigkeit, informeller Arbeit und Erwerbsbeteiligung von Frauen

statt (vgl. Haubner 2017). Hier wird das Pflegegeld als Unterstützung klassischer Frauenrollen interpretiert und in dem Zusammenhang von modernen Ausbeutungsverhältnissen gestellt, wenn es als Anreiz zur Übernahme von Care-Aufgaben in prekären Lebenslagen führt respektive für moralökonomische Kalküle unterstützt und osteuropäische Haushaltshilfen in prekäre Beschäftigungsverhältnisse führt (vgl. Haubner 2017).

Eine eigenständige Debatte findet in Deutschland auch um die volkswirtschaftliche Bedeutung informeller Pflege und Wirkungen des Pflegegeldes statt (vgl. Rebeggiani und Stöwhase 2018). Der volkswirtschaftliche Wert informeller Pflege darf in keiner Weise unterschätzt werden. Ob das Pflegegeld hier eigenständige Wirkung entfaltet, wird in der Regel nicht näher untersucht. Zunehmend wird allerdings auch diskutiert, ob die Bindung von informell Pflegenden an die jeweiligen Haushalte mangels unterstützender und entlastender Infrastruktur nicht auf der anderen Seite volkswirtschaftliche Kosten verursacht, nämlich auf der Ebene der Betriebe, denen pflegende Angehörige nicht mehr zur Verfügung stehen (vgl. Jong 2022).

Insgesamt lässt sich bilanzieren: das Pflegegeld findet eine Berücksichtigung in der wissenschaftlichen Literatur – allerdings eher auf juristischer und grundsätzlicher politischer und konzeptioneller Ebene. Studien zur Wirkung und Verwendung des Pflegegeldes liegen in Deutschland bislang nicht vor.

2. Empirische Befunde zur Nutzung und Inanspruchnahme des Pflegegeldes in Deutschland

Obwohl die Inanspruchnahme des Pflegegeldes seit der Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich ihre am häufigsten in Anspruch genommene Leistung ist, liegen kaum empirische Befunde zu verschiedenen Inanspruchnahmемustern und zur tatsächlichen Nutzung des Pflegegeldes in Deutschland vor. Die Pflegestatistik (Bundesamt für Statistik 2022) weist kontinuierlich aus, dass a) die Zahl der Leistungsempfänger in der häuslichen Pflege deutlich höher ist als die in der stationären Pflege (in der letzten Pflegestatistik von 2021 waren es 84% bzw. 4,17 Mio. gegenüber 16% der leistungsberechtigten Personen). Deutlich mehr als die Hälfte dieser zuhause lebenden Personen (2,55 Mio.) haben Pflegegeld in Anspruch genommen.

Zwar ermöglicht ein detaillierterer Blick in die Pflegestatistik einige weitere Erkenntnisse, z.B. die nicht homogene Verteilung der Inanspruchnahme des Pflegegeldes in den einzelnen Bundesländern, für differenziertere Analysen zur Nutzung des Pflegegeldes oder gar der Auswirkungen dieser Nutzung reichen die Zahlen jedoch nicht aus. Für die finanzielle Stabilität der Pflegeversicherung ist die Inanspruchnahme des Pflegegeldes gegenüber der Inanspruchnahme anderer ambulanter oder stationärer Leistungen eine gute Nachricht. Ob jedoch die auf den ersten Blick günstiger erscheinende Präferenz vieler pflegebedürftiger Menschen auch mit einer Stabilität des gesamten häuslichen Pflegearrangements einhergeht, welche mittel- und langfristigen Entwicklungen zu beobachten sind, ob und welche sozialen Determinanten die Nutzung des Pflegegeldes beeinflussen und schließlich wie die Nutzung des Pflegegeldes in Beziehung zu ausgewählten Aspekten der gesundheitlichen Situation der leistungsberechtigten Personen stehen, blieb bislang verborgen.

Auch die vorliegende Arbeit wird nicht alle Fragen beantworten können, aber die Zusammenschau kürzlich durchgeführter Untersuchungen vermittelt ein umfassenderes und deutlich differenzierteres Bild zum Pflegegeld als es die offizielle Pflegestatistik vermag. Dazu gehören Erkenntnisse aus dem DAK-Pflegereport 2022, der sich der häuslichen Pflege widmete. Die Datenerhebung für den DAK-Pflegereport erfolgte in enger zeitlicher Nähe zur Datenerhebung für die Pflegestudie des Sozialverbandes VdK, an die sich die Kampagne „Nächstenpflege“ des VdK anschloss. Die Erkenntnisse aus dem DAK-Pflegereport und der VdK-Pflegestudie erlauben Rückschlüsse auf mit der Inanspruchnahme des Pflegegeldes verbundene Intentionen und Erwartungen sowie einen differenzierteren Blick auf die tatsächliche Nutzung in Abhängigkeit unterschiedlich gestalteter häuslicher Pflegearrangements. Den dritten Teil der hier zusammengefassten empirischen Befunde bilden Analysen des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO) auf Basis von Daten der AOK-Versicherten in Deutschland. Diese Analysen, die das WIdO in einem eigenen Bericht zusammengefasst hat, zeigen unterschiedliche Zusammenhänge auf, insbesondere weil die Basis der Analyse in der Festlegung unterschiedlicher „Nutzungstypen“ des Pflegegeldes basiert.

2.1 Erkenntnisse aus der VdK-Studie zum Pflegegeld

Der Sozialverband VdK hat in Vorbereitung seiner Kampagne zur Nächstenpflege eine Studie zur häuslichen Pflege bei der Hochschule Osnabrück beauftragt, die 2023 veröffentlicht wurde

(Büscher et al. 2023). Die sehr umfangreich angelegte Studie und die sehr hohe Beteiligung von mehr als 50.000 Personen geben Einblick in verschiedene Aspekte der häuslichen pflegerischen Versorgung aus der Sicht pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen, so auch zur Verwendung des Pflegegeldes. Sie ermöglichen zudem eine differenziertere Sicht auf unterschiedliche Pflegearrangements.

Die Gewinnung von Teilnehmer*innen für die Studie erfolgte im März 2021 über die Mitgliederzeitung des VdK und richtete sich an drei Personengruppen: an pflegebedürftige Menschen, an Personen, die einen nahestehenden Menschen pflegen oder gepflegt haben sowie an Personen, die selber noch keine Erfahrungen mit der häuslichen Pflege haben. Für jede dieser Gruppen stand ein eigener Fragebogen zur Verfügung, wobei die Fragen für pflegebedürftige Menschen und Angehörige vielfach Fragen zu gleichen Sachverhalten enthielt. 33.000 der insgesamt 53.678 Teilnehmer*innen an der Studie gaben an, Mitglied des VdK zu sein. Für die nachfolgenden Ausführungen wurden nur Antworten pflegebedürftiger Menschen (n=6.594) und die Antworten von An- und Zugehörigen pflegebedürftiger Menschen (n=27.364) berücksichtigt.

In der Gruppe der Angehörigen waren 72% der Befragten weiblich und 28% männlich, während bei den pflegebedürftigen Personen die Aufteilung in etwa hälftig war (51,7% Frauen und 48,1% Männer). Hinsichtlich der Altersverteilung waren zwischen 37% und 50% zwischen 41 und 60 Jahren alt und etwa 45% 61 bis 80 Jahre. 2–10% waren über 80 Jahre. Die jüngeren Altersgruppen waren wenig vertreten. Ca. 5% der Beteiligten waren 21 bis 40 Jahre alt. Unter 20-Jährige haben so gut wie gar nicht an der Untersuchung teilgenommen. Um Hinweise auf die Repräsentativität der Teilnehmenden für die Gesamtheit pflegebedürftiger Menschen in Deutschland zu erhalten, wurden die Pflegegrade der teilnehmenden Personen (der pflegebedürftigen Menschen einerseits und der von Angehörigen versorgten pflegebedürftigen Personen andererseits) mit den Daten der zum Zeitpunkt der Befragung relevanten Pflegestatistik von 2019 (Statistisches Bundesamt 2020) verglichen (s. Tabelle 1). Dabei zeigt sich, dass in der VdK-Studie alle Pflegegrade vertreten sind, es allerdings eine leichte Verschiebung zu den höheren Pflegegraden gibt.

Pflegegrad	Prozentualer Anteil	Anteil pflegebedürftiger Personen VdK-Studie (n=5.617)	Anteil von Angehörigen versorgter pflegebedürftiger Personen VdK-Studie (n=23.291)
1	8,8%	13,9%	4,7%
2	49,4%	40,8%	23,8%
3	28,2%	27,0%	32,7%
4	10%	8,7%	20,7%
5	3,5%	2,8%	13,8%

Tabelle 1: Pflegegradverteilung in der häuslichen Pflege (eigene Berechnungen auf Basis der Pflegestatistik 2019)

Einen großen Teil der Befragung haben Fragen zur Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen eingenommen. Die am häufigsten in Anspruch genommene Leistung von pflegebedürftigen Menschen und Angehörigen war – wie es auch die

Pflegestatistik ausweist - das Pflegegeld (76,1% der pflegebedürftigen Menschen, 81,7% der Angehörigen, s. Abbildungen 1 und 2).

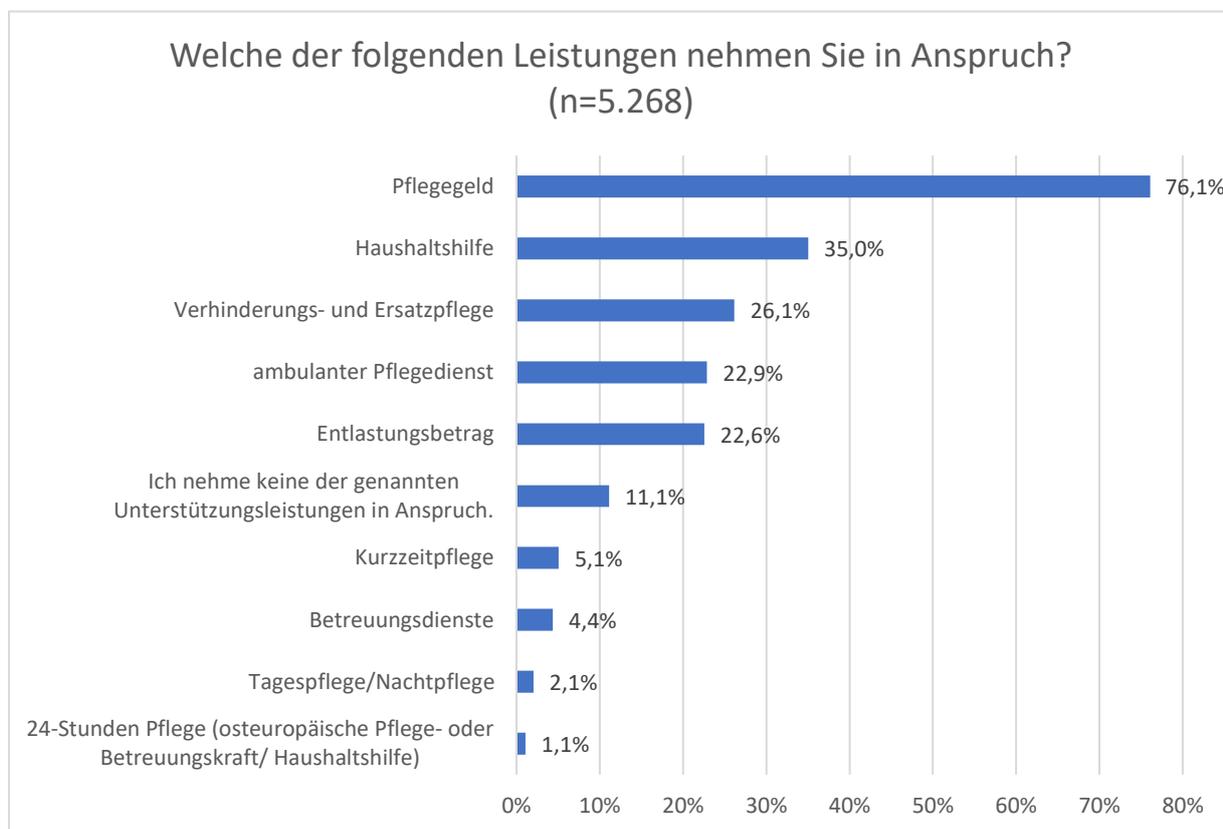


Abbildung 1: Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen durch pflegebedürftige Menschen (Mehrfachnennung)

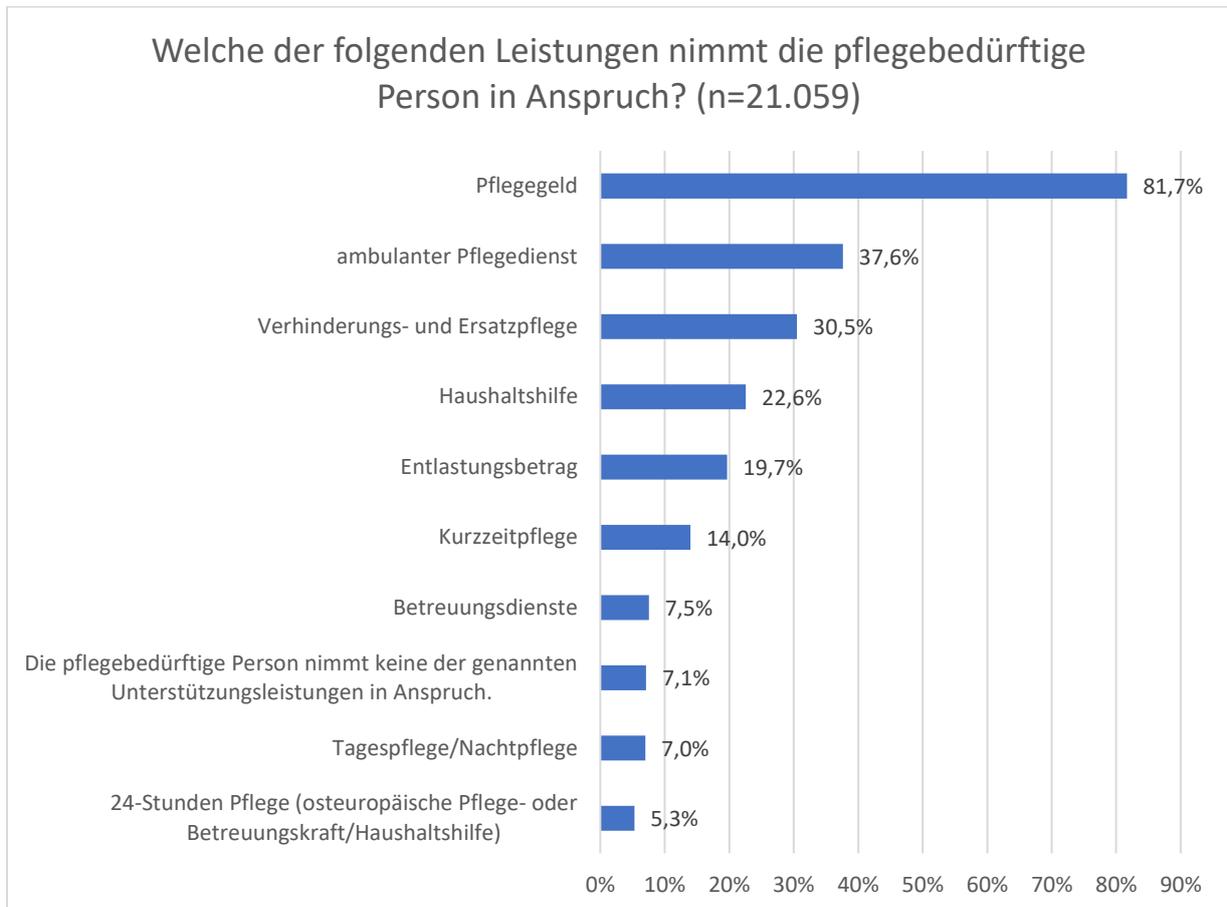


Abbildung 2: Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen aus Sicht von Angehörigen (Mehrfachnennung)

Bei dieser Berechnung wurden alle Befragten einbezogen, auch diejenigen, bei denen noch kein Pflegegrad vorhanden bzw. dieser noch in der Beantragung war. Aus diesem Grund konnten diese Personen einige der genannten Unterstützungsleistungen nicht in Anspruch nehmen (z.B. Pflegegeld oder Entlastungsbetrag), weil sie keinen Anspruch darauf hatten. Sie hatten aber die Möglichkeit, einen ambulanten Pflegedienst einzuschalten und diesen aus eigenen Mitteln oder über andere Möglichkeiten zu finanzieren. Ein Blick auf die Inanspruchnahme der Unterstützungsleistungen bei vorhandenem Pflegegrad (s. Abbildung 3) zeigt bei Angehörigen einen etwas höheren Wert von 85,2% gegenüber 81,7%, die Pflegegeld in Anspruch nehmen. Bei den pflegebedürftigen Menschen war der Unterschied nur sehr geringfügig zwischen 76,1% und 76,6%. Im Wesentlichen bestätigt sich in der VdK-Studie der aus der Pflegestatistik bekannte hohe Anteil von Personen, die das Pflegegeld in Anspruch nehmen.

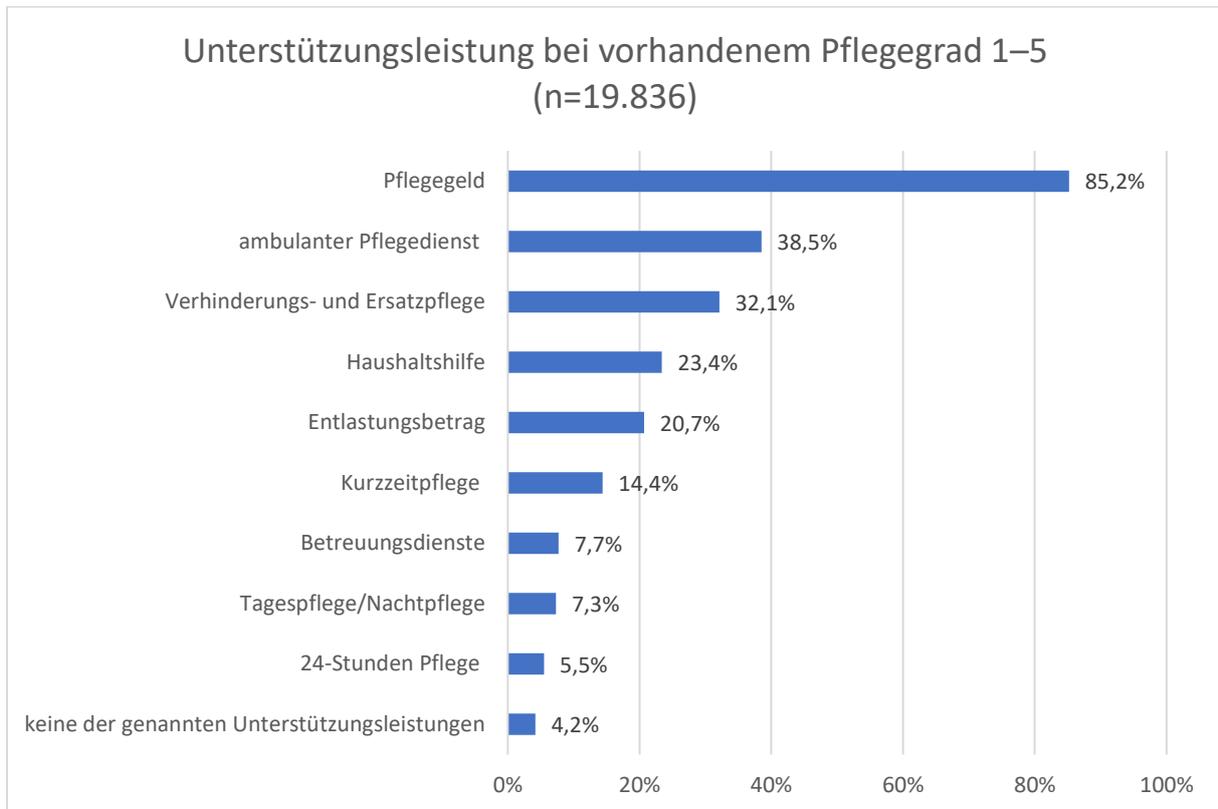


Abbildung 3: Unterstützungsleistungen von Angehörigen bei vorhandenem Pflegegrad 1 bis 5 (Mehrfachnennungen)

2.1.1 Nutzung des Pflegegeldes

Um Hinweise auf die Nutzung des Pflegegeldes zu erhalten, wurden Angehörige befragt, wofür das Pflegegeld von den durch sie versorgten pflegebedürftigen Menschen verwendet wird und die pflegebedürftigen Menschen wurden direkt gefragt, wofür sie das Pflegegeld ausgeben. Aufgrund der bestehenden Möglichkeit zur freien Verwendung des Pflegegeldes wurden verschiedene spezifische und unspezifische Antwortkategorien angeboten, in denen Annahmen, die zur Verwendung des Pflegegeldes bestehen, zum Ausdruck kommen. „Für laufende Ausgaben“ bezeichnet eine sehr unspezifische Verwendung, bei der das Pflegegeld als Teil des verfügbaren Einkommens betrachtet und verwendet wird. Die Antwortmöglichkeiten „Dienstleistungen“, „Betreuungsangebote“ und „ehrenamtliche Hilfe“ beziehen sich auf spezifische Aspekte. Angesichts unzähliger Verwendungsmöglichkeiten wurde auch die Antwortkategorie „Sonstiges“ angeboten.

Nachstehende Tabelle zeigt, dass nach Aussagen der Angehörigen das Pflegegeld zu einem großen Teil für laufende Ausgaben verwendet wird. Die Nutzung für Dienstleistungen, die in der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind, wurde ebenso wie die Weiterleitung des Pflegegeldes an Angehörige als weitere Verwendungsmöglichkeit häufig genannt. Ob die Weiterleitung des Pflegegeldes an Angehörige als Anerkennung für ihre Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen gesehen oder ihnen das Geld zur Verfügung gestellt wird, um es sinnvoll für die Beschaffung/den Einkauf von Unterstützungsmöglichkeiten zu nutzen, kann nicht gesagt werden. Aufgrund der häufigen Nennungen unterschiedlicher Nutzungsmöglichkeiten liegt die Vermutung nahe, dass das Pflegegeld ohne nähere

Zweckbindung an die Angehörigen weitergegeben wird und diese dann in ihrem Sinne darüber verfügen können.

Pflegebedürftige Menschen gaben am häufigsten an, dass ihre Hauptpflegeperson das Pflegegeld erhält. Auch bei ihnen ist die Verwendung für „laufende Ausgaben“ häufig. Ähnlich wie aus der Angehörigenperspektive zeigen sich sehr unterschiedliche Nutzungen des Pflegegeldes, was auch durch die hohe Zahl von Personen, die „Sonstiges“ angegeben haben, unterstrichen wird. Da bei dieser Frage mehrere Antworten möglich waren, kann nicht genau gesagt werden, in welcher Höhe bzw. zu welchem Anteil das Pflegegeld für die unterschiedlichen Möglichkeiten genutzt wurde. Bei den Angehörigen waren es 14,1%, bei denen das Pflegegeld ausschließlich an sie weitergegeben wurde. In den anderen Fällen wurde das Pflegegeld auch noch anderweitig verwendet.

	Angehörige (n=16.970)	Pflegebedürftige Menschen (n=3.960)
Für laufende Ausgaben	51,8%	41,7%
Für Dienstleistungen, die in der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind	38,6%	33,7%
Für Angehörige/Hauptpflegepersonen („Das bekomme ich“)	36,6%	59,2%
Für andere Familienmitglieder und Freunde, die der pflegebedürftigen Person helfen	18,6%	25,5%
Für Betreuungsangebote wie Tagesgruppen oder Einzelbetreuung durch Betreuungskräfte	12,4%	3,7%
Für ehrenamtliche Hilfe	8,2%	12,2%
Sonstiges	18,2%	15,7%

Tabelle 2: Wofür wird das Pflegegeld verwendet? (Mehrfachnennung)

Die Vielfältigkeit der Nutzung des Pflegegeldes kommt auch im DAK-Pflegereport (vgl. Kapitel 2.2) zum Ausdruck, in dem ebenfalls unter Nutzung verschiedener Antwortmöglichkeiten danach gefragt wurde. Im Gegensatz zur VdK-Studie kann aus dem DAK-Pflegereport entnommen werden, dass die Intention, das Pflegegeld als Anerkennung für Angehörige zu nutzen, bei knapp der Hälfte der Befragten am häufigsten genannt wurde. Der Anteil, der angab, dass das Pflegegeld für allgemeine Ausgaben verwendet wird, war etwas geringer als in der VdK-Studie. Trotz bestehender Unterschiede in den Antwortmöglichkeiten zeigt sich, dass das Pflegegeld sehr heterogen verwendet und sowohl haushalts- bzw. familienintern wie auch für externe Dienstleistungen genutzt wird.

2.1.2 Nutzung des Pflegegeldes nach Rolle von Angehörigen und unterschiedlichen Pflegearrangements

Genauer geprüft wurden mögliche Zusammenhänge zwischen der Nutzung des Pflegegeldes und der Frage, ob pflegebedürftige und pflegende Person in einem Haus/einer Wohnung oder getrennt voneinander leben und ob es Unterschiede zwischen Hauptpflegepersonen und Nicht-Hauptpflegepersonen gibt. Bei denjenigen, die angaben, dass sie selbst das Pflegegeld

von der pflegebedürftigen Person erhalten würden, handelte es sich in 92,1% der Fälle um Hauptpflegepersonen. Nur in 7,9% der Fälle um Nicht-Hauptpflegepersonen.

Die nachfolgende Tabelle gibt Antworten auf die Frage, was Hauptpflegepersonen und Nicht-Hauptpflegepersonen auf die Frage geantwortet haben, wofür das Pflegegeld verwendet wird. Einige Verwendungsmöglichkeiten finden sich in beiden Gruppen in ähnlicher Häufigkeit. Größere Unterschiede zeigen sich jedoch bei der Weiterleitung des Pflegegeldes an Angehörige und an andere Familienmitglieder oder Freunde. Hauptpflegepersonen erhalten deutlich häufiger das Pflegegeld als Nebenpflegepersonen. Nebenpflegepersonen haben häufiger als Hauptpflegepersonen angegeben, dass das Pflegegeld an andere Familienmitglieder und Freunde weitergegeben wird.

Wofür wird das Pflegegeld verwendet?		
	Angehörige, die Hauptpflegeperson sind (n=13.443)	Angehörige, die nicht Hauptpflegeperson sind (n= 3.203)
Für laufende Ausgaben	52,5%	49,3%
Für Dienstleistungen, die in der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind	37,9%	41,3%
Für Angehörige/Hauptpflegeperson (Antwort: Das bekomme ich)	42,0%	15,1%
Für andere Familienmitglieder und Freunde, die der pflegebedürftigen Person helfen	16,0%	29,6%
Für Betreuungsangebote wie Tagesgruppen oder Einzelbetreuung durch Betreuungskräfte	11,4%	16,7%
Für ehrenamtliche Hilfe	8,4%	7,8%
Sonstiges	18,0%	17,9%

Tabelle 3: Wofür wird das Pflegegeld verwendet (Hauptpflegeperson/Nicht-Hauptpflegeperson)? (Mehrfachnennung)

Unterschiede zeigen sich bei der Verwendung des Pflegegeldes auch zwischen Angehörigen, die mit der pflegebedürftigen Person in einem Haushalt leben und denjenigen, die getrennt voneinander leben. Das Pflegegeld wird Angehörigen, die mit der pflegebedürftigen Person in einem Haushalt leben, deutlich häufiger weitergeleitet als denjenigen, die nicht mit ihr zusammenleben. In diesen Pflegearrangements wird das Pflegegeld stattdessen häufiger für andere Dienstleistungen, andere Familienmitglieder oder Freunde sowie für Betreuungsangebote oder ehrenamtliche Hilfe ausgegeben.

Wofür wird das Pflegegeld verwendet?		
	Angehörige, die mit der pflegebedürftigen Person in einem Haushalt leben (n=9.608)	Angehörige, die nicht mit der pflegebedürftigen Person in einem Haushalt leben (n=6.900)
Für laufende Ausgaben	53,4%	50,1%
Für Dienstleistungen, die in der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind	34,1%	45,0%
Für Angehörige/Hauptpflegeperson (Antwort: Das bekomme ich)	48,1%	21,1%
Für andere Familienmitglieder und Freunde, die der pflegebedürftigen Person helfen	15,5%	23,0%
Für Betreuungsangebote wie Tagesgruppen oder Einzelbetreuung durch Betreuungskräfte	10,2%	15,2%
Für ehrenamtliche Hilfe	6,9%	10,0%
Sonstiges	17,3%	18,9%

Tabelle 4: Wofür wird das Pflegegeld verwendet (zusammen lebend/getrennt lebend)? (Mehrfachnennung)

Dieser Befund verdeutlicht, dass die Vermutung einer Steigerung des Haushaltseinkommens durch das Pflegegeld in gemeinsamen Pflegehaushalten eher zuzutreffen scheint.

Geprüft wurde weiterhin, ob die Verwendung des Pflegegeldes durch das Verwandtschaftsverhältnis der Angehörigen zur pflegebedürftigen Person in Verbindung mit dem Zusammenleben beeinflusst ist. Die folgenden Abbildungen zeigen, dass die Weitergabe des Pflegegeldes bei nicht zusammenlebenden Angehörigen und pflegebedürftigen Menschen vor allem an Söhne und Töchter oder Partner/Lebensgefährten, bei zusammenlebenden vor allem an Söhne und Töchter erfolgt. Die Verwendung für laufende Ausgaben findet sich vor allem bei Ehepartnern/Lebensgefährten.

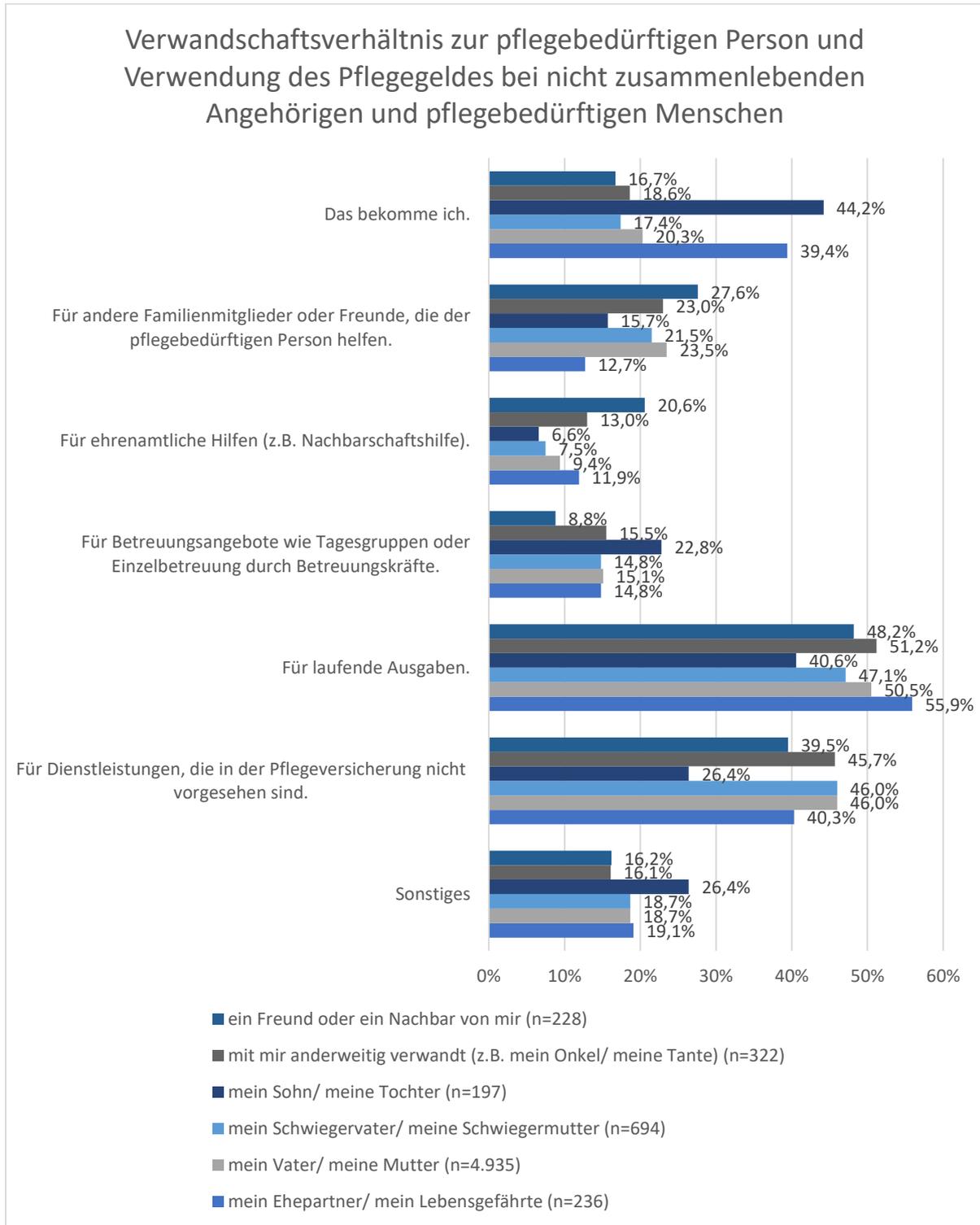


Abbildung 4: Verwendung des Pflegegeldes in getrennten Haushalten (Mehrfachnennung)

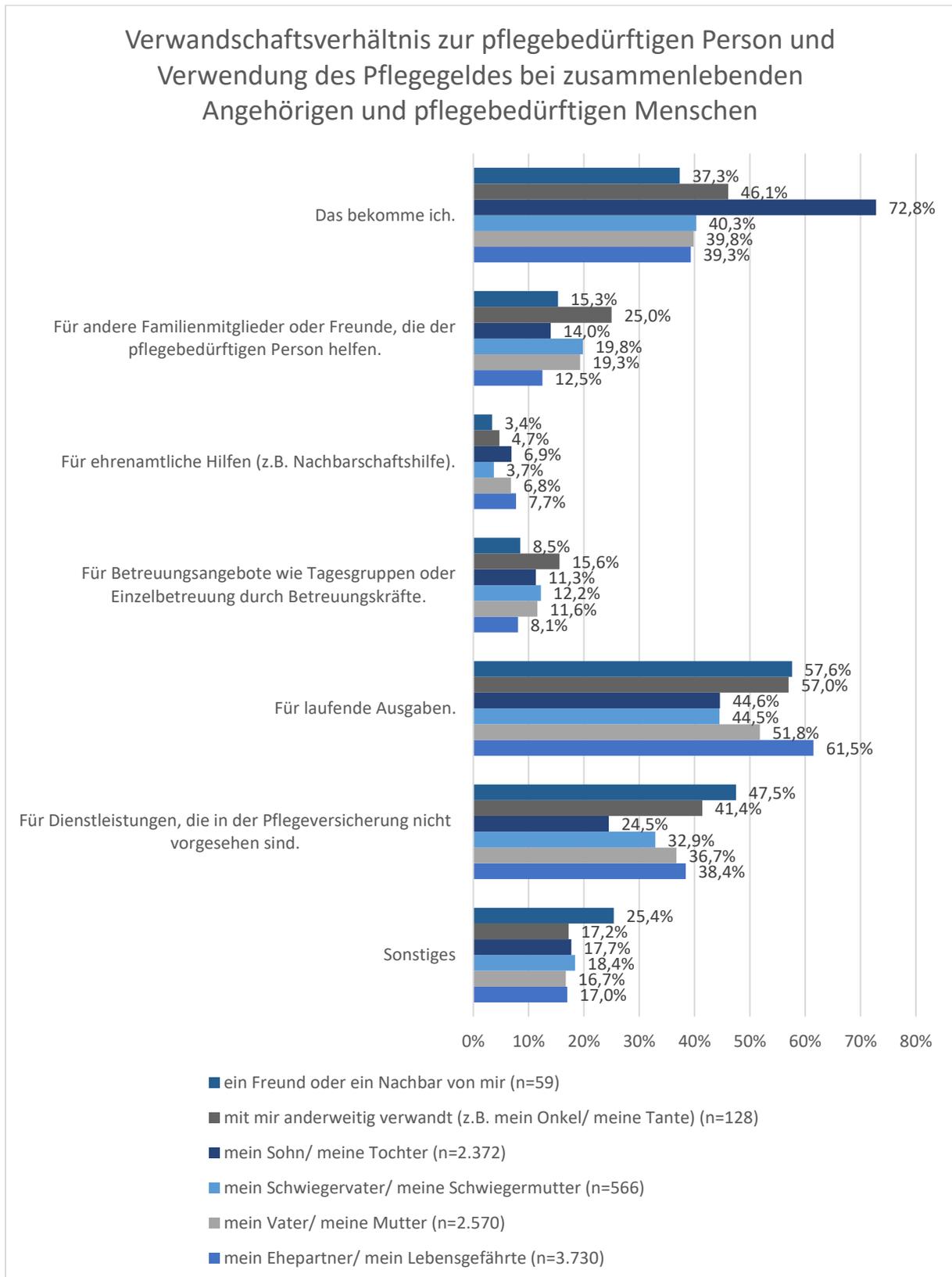


Abbildung 5: Verwendung des Pflegegeldes in gemeinsamen Haushalten (Mehrfachnennung)

Ein vielfach angenommener Zusammenhang besteht zwischen der Inanspruchnahme des Pflegegeldes und der Nutzung der so genannten Live-In/24-Stunden-Pflege bzw. der Unterstützung durch vor allem aus Osteuropa kommende Personen im eigenen Haushalt. Da in der VdK-Studie ca. 1.000 Personen sich für ein solches Arrangement entschieden haben, können ihre Angaben mit denen der Gesamtgruppe der Angehörigen verglichen werden. Bei den Angehörigen, die die 24-Stunden-Pflege nutzen, handelte es sich in mehr 80% der pflegebedürftigen Personen um ihre Eltern (69,4%) oder Schwiegereltern (12,7%). Bei der Gesamtgruppe der Angehörigen lag der Anteil der Eltern mit insgesamt etwas mehr als 56% (47,8% Eltern, 8,4% Schwiegereltern) deutlich niedriger. Die folgenden Abbildungen zeigen zuerst (Abbildung 6), dass der Anteil derjenigen, die das Pflegegeld in Anspruch nehmen, in der Gruppe der Angehörigen mit 24-Stunden-Pflege noch einmal höher ist als in der Gesamtgruppe der Angehörigen. Abbildung 7 zeigt, dass hinsichtlich der Verwendung des Pflegegeldes größere Unterschiede bestehen hinsichtlich der Weitergabe des Pflegegeldes an Angehörige (der Anteil ist in Pflegearrangements mit 24-Stunden-Pflege deutlich geringer) und bei der Nutzung für „Dienstleistungen, die in der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind“, (die in den Arrangements mit 24-Stunden-Pflege höher ist).

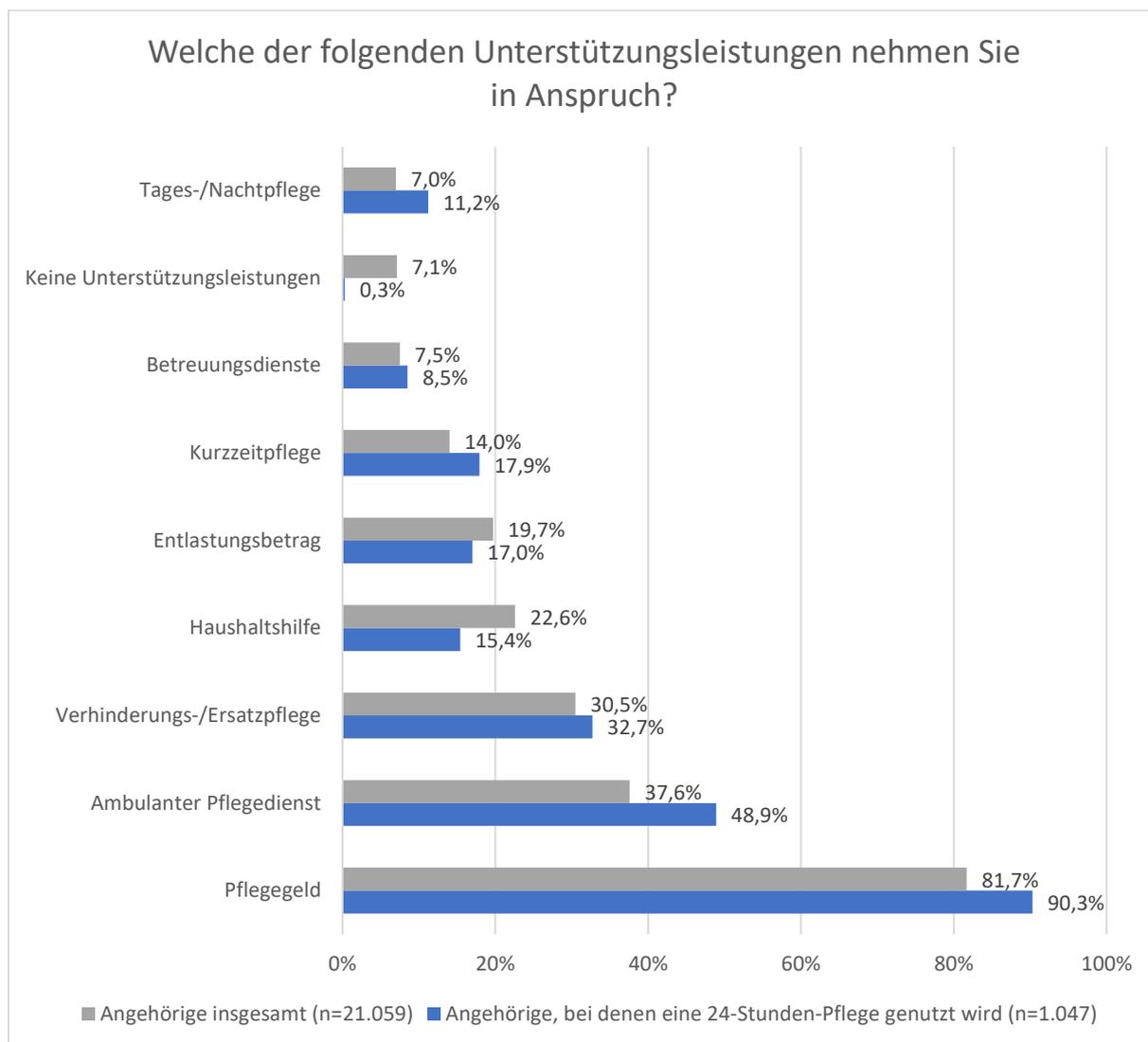


Abbildung 6: Unterstützungsleistungen bei 24-Stunden-Pflege (Mehrfachnennung)

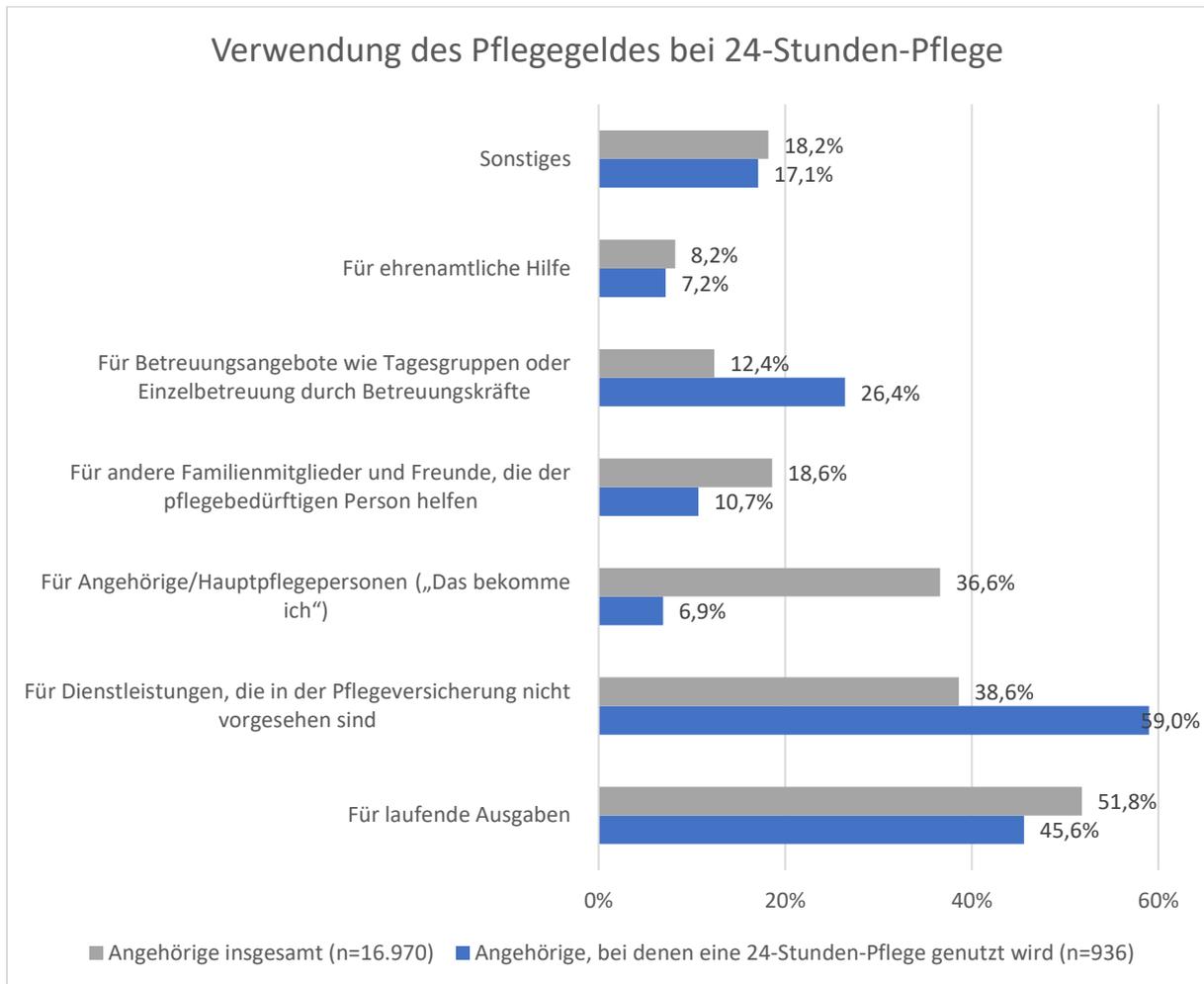


Abbildung 7: Verwendung des Pflegegeldes bei 24-Stunden-Pflege (Mehrfachnennung)

Der gleiche Vergleich wurde angestellt für die Gruppe der Eltern pflegebedürftiger Kinder, die in der Regel bei Diskussionen um die häusliche pflegerische Versorgung unberücksichtigt bleiben, obwohl sie mit zum Teil sehr schwer wiegenden Krankheitsbildern und Pflegesituationen konfrontiert sind.

Etwa 3.000 Eltern pflegebedürftiger Kinder haben an der VdK-Studie teilgenommen, wobei darauf hinzuweisen ist, dass viele der Kinder dem Kindes- und Jugendalter bereits entwachsen sind, aber weiterhin von den Eltern versorgt werden: 27,2% der pflegebedürftigen Kinder waren bis zu 10 Jahre alt, 26,9% bis 18 Jahre, 26,6% bis 30 Jahre und 19,3% über 30 Jahre. Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Leistungen zeigte sich eine noch deutlichere Ausprägung bei der Nutzung des Pflegegeldes als bei Angehörigen mit 24-Stunden-Pflege, die bei 94,3% (gegenüber 81,7% bei allen Angehörigen) lag (s. Abbildung 8). Die Verwendung des Pflegegeldes zeigt Unterschiede im Vergleich zu allen Angehörigen in der Anzahl derjenigen, bei denen die Angehörigen das Pflegegeld erhalten wie auch hinsichtlich der Leistungen, die in der Pflegeversicherung nicht vorgesehen sind (s. Abbildung 9). Im Vergleich zu den Pflegearrangements mit 24-Stunden-Pflege zeigt sich in diesen beiden Bereichen ein nahezu umgekehrtes Bild, da die Eltern pflegebedürftiger Kinder deutlich häufiger das Pflegegeld

erhalten und es deutlich seltener für Dienstleistungen ausgeben. Aus begleitenden qualitativen Interviews in der VdK-Studie kann geschlossen werden, dass die Eltern den größten Teil der im Pflegearrangement anfallenden Aufgaben selber übernehmen.

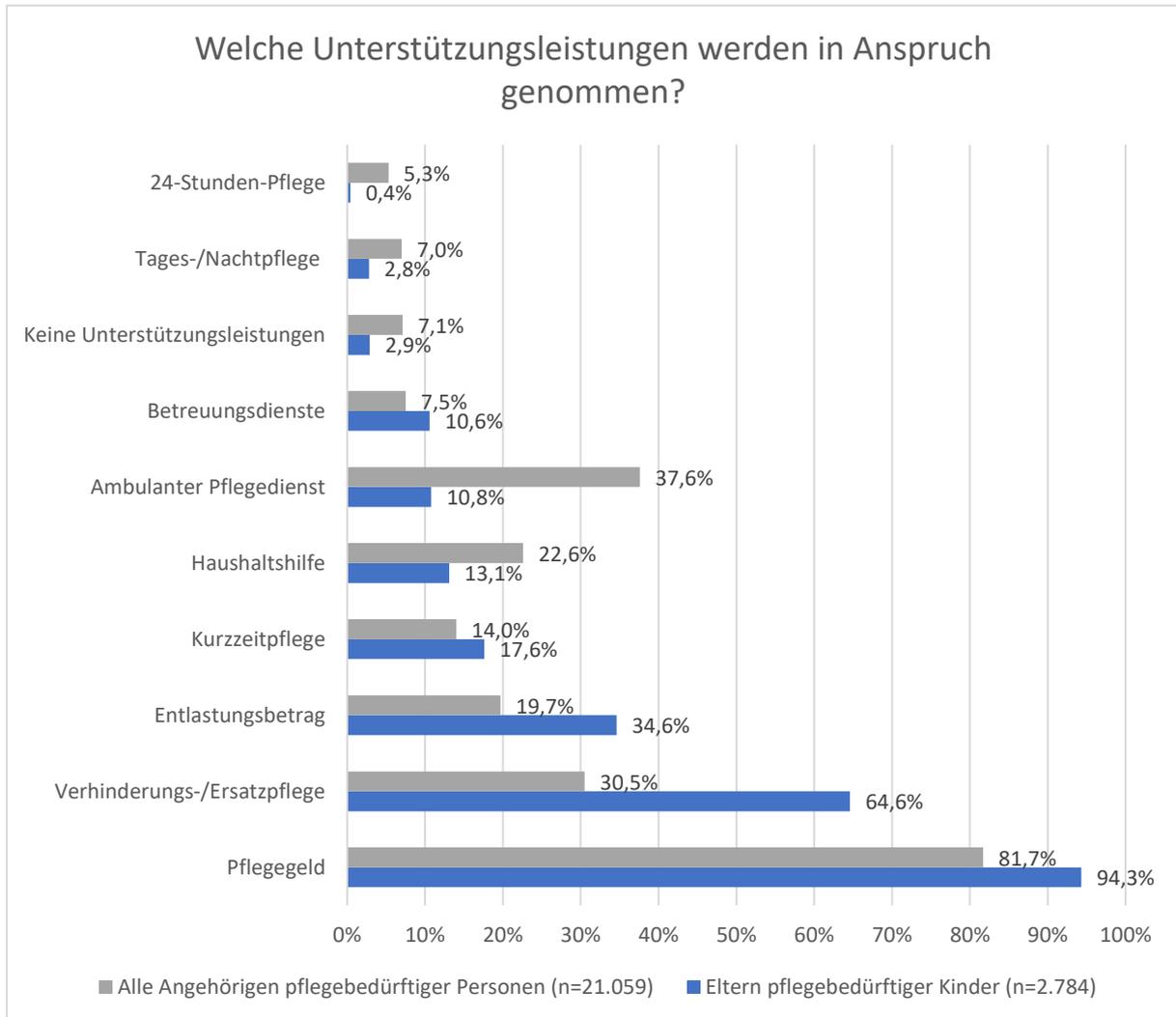


Abbildung 8: Unterstützungsleistungen von Eltern und Angehörigen

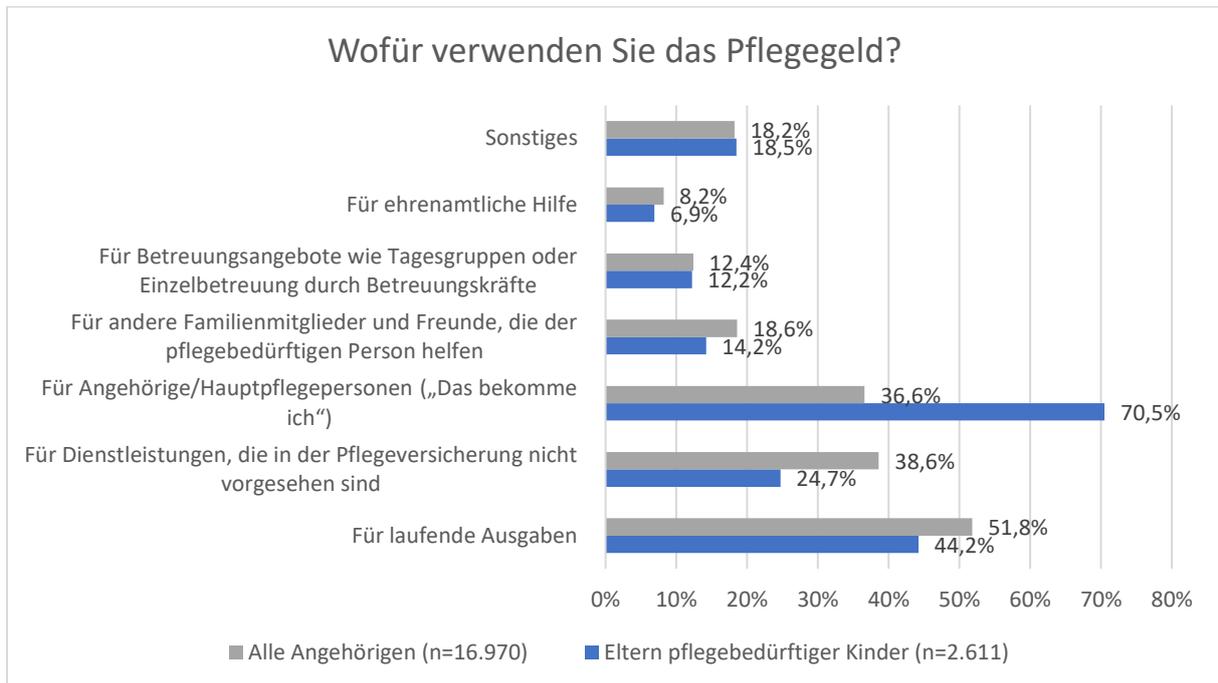


Abbildung 9: Verwendung des Pflegegeldes bei Eltern und Angehörigen

2.2 Erkenntnisse aus dem DAK-Pflegereport

Im Rahmen der jährlich erstellten DAK-Pflegereporte wurde im DAK-Pflegereport 2022 dem Thema häusliche Pflege besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Die häusliche Pflege wurde als Rückgrat der pflegerischen Versorgung ausgemacht, die in der pflege- und gesellschaftspolitischen Diskussion zu wenig Beachtung fände. Im Rahmen des Pflegereportes wurde dem Thema Pflegegeld, seiner Verwendung und Wirkung nachgegangen. Dies geschah zum einen im Rahmen der repräsentativen Bevölkerungsbefragung, durchgeführt durch das Institut für Demoskopie Allensbach. Hier wurde die Bevölkerung danach gefragt, welche Erfahrung sie mit dem Pflegegeld (gegebenenfalls) gesammelt und welche Einstellungen sie zum Pflegegeld haben. In einer GKV-/SPV-Routinedatenanalyse der DAK-Datensätze wurde spezifischen Profilen der Inanspruchnahme von Kranken- und Pflegekassenleistungen von Haushalten im ausschließlichen Pflegegeldbezug nachgegangen. Dabei überraschte, ebenso wie in der unter Teil 2 ausführlich dokumentierten WIdO-Studie, die Stabilität ausschließlich selbstorganisierter Pflegearrangements (vgl. Grabfelder et al. 2022). In qualitativen Interviews mit insgesamt 33 Pflegehaushalten wurde ebenfalls der Bedeutung des Pflegegeldes aus einer lebensweltlichen Perspektive die Aufmerksamkeit geschenkt. Auch hier wurde die sehr unterschiedliche Verwendung und Bedeutung des Pflegegeldes sichtbar. Bei dem Design der Bevölkerungsbefragung durch das Institut für Demoskopie Allensbach wurden bewusst einige Items aus der vorstehend dokumentierten VdK-Studie aufgenommen, so dass eine gewisse Vergleichbarkeit beider empirischen Zugänge zum Thema Pflegegeld möglich wurde.

2.2.1 Das Pflegegeld aus der Sicht pflegender Angehöriger

Auch im DAK-Pflegereport 2022 (vgl. Klie 2022) wurde dem Thema Pflegegeld und der Verwendung des Pflegegeldes aus Sicht der pflegenden Angehörigen besondere Aufmerksamkeit geschenkt. In der repräsentativen Bevölkerungsbefragung, die durch das Institut für Demoskopie Allensbach durchgeführt wurde (vgl. Haumann 2022) wurden eine Reihe von Fragen zur Verwendung des Pflegegeldes aufgenommen. Sie wurden in Teilen abgestimmt mit den Fragen in der VdK-Pflegestudie (vgl. Büscher 2023), so dass sich hier eine Reihe von bereits im Text zu berücksichtigenden Parallelen und Auswertungsmöglichkeiten ergeben. Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse der repräsentativen Bevölkerungsbefragung bezogen auf die Verwendung des Pflegegeldes und die Einstellung der Bevölkerung zum Pflegegeld nochmals referiert.

In der Umfrage zeigen die Berichte derer, die Einblick in die Verwendung des Pflegegeldes haben, am häufigsten eine Weiterleitung an pflegende Angehörige (47 Prozent), insbesondere als Ersatz für deren Einkommenseinbußen (15 Prozent).

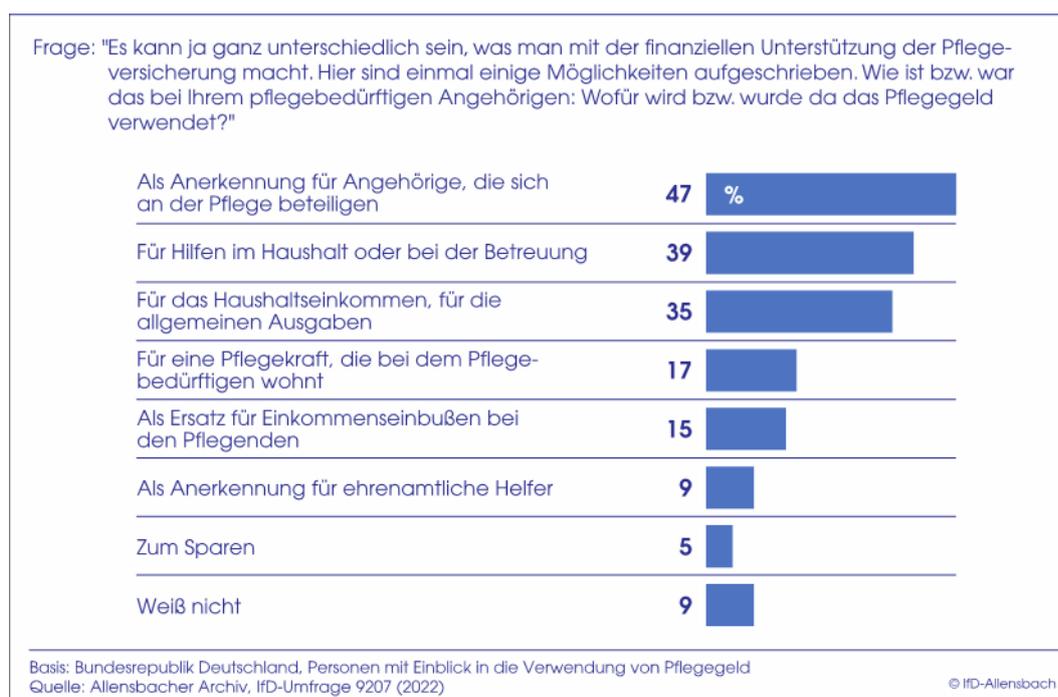


Abbildung 10: Wofür das Pflegegeld genutzt wird

Sehr häufig wird das Pflegegeld aber auch für andere Zwecke verwendet, etwa für Haushalts- und Betreuungshilfen (39 Prozent), für 24-Stunden-Kräfte (17 Prozent) oder auch für ehrenamtliche Hilfen (9 Prozent). Nicht selten wird das Pflegegeld auch für die allgemeinen Ausgaben des Haushalts mit herangezogen (39 Prozent). Dass die Leistung entgegen ihrem intendierten Sinn zum Sparen benutzt würde, etwa für eine eventuell später notwendige Pflege im Heim, geben hier lediglich 5 Prozent an. Von daher kann man von einer im Wesentlichen pflegerechten Verwendung des Pflegegeldes ausgehen. Allerdings gibt es bei der Verwendung schichtbezogene Akzente: So setzen die Angehörigen der höheren Schicht das Pflegegeld weitaus häufiger als andere ein, um – in der Regel zusätzlich zu den pflegenden

Angehörigen – auch Haushaltshilfen oder Pflegekräfte, die im Haushalt wohnen, (mit) zu finanzieren. In der gehobenen Schicht fällt es den pflegenden Angehörigen offensichtlich leichter, dafür selbst auf das Pflegegeld bzw. auf einen Teil davon zu verzichten.

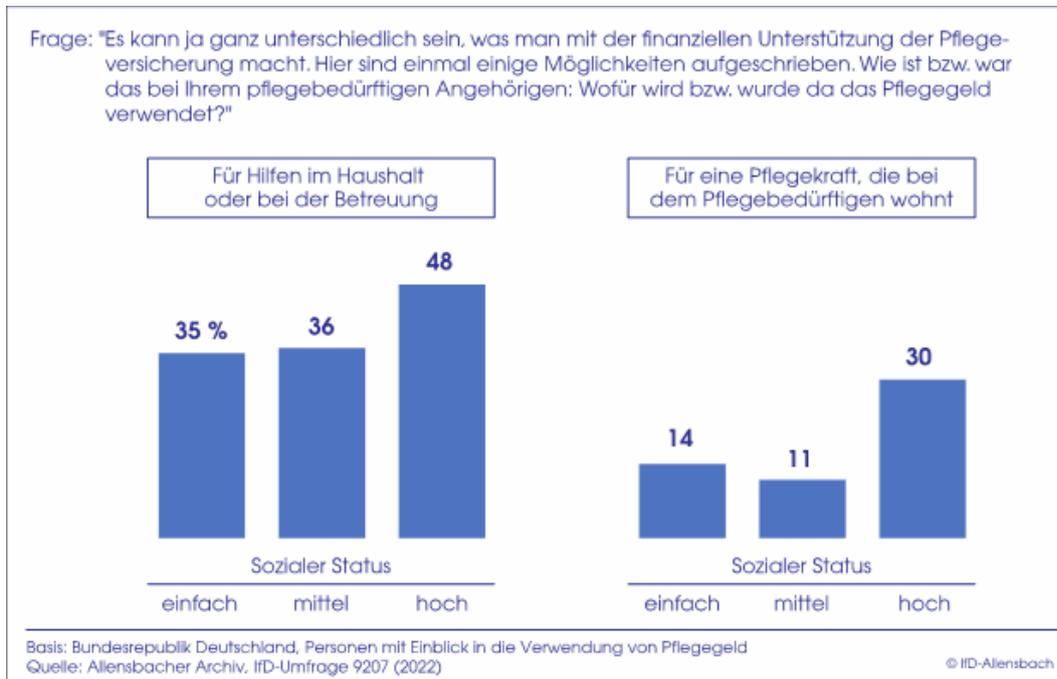


Abbildung 11: Verwendung des Pflegegelds für Hilfen im Haushalt: am häufigsten in der gehobenen Schicht

Angesichts der Kosten für Haushaltshilfen oder auch der Einkommensverluste von berufstätigen pflegenden Angehörigen gibt es eine Debatte, ob die Höhe des Pflegegelds ausreicht, oder ob es von den meisten nicht als unzureichend und damit auch als mehr oder weniger bedeutungslos für die Pflege empfunden wird.

Aus Sicht der pflegenden Angehörigen, die hier im Wesentlichen über die Verwendung des Pflegegelds berichten, bestätigen sich solche Befürchtungen aber nicht. Lediglich 5 Prozent derer, die Einblick in die Verwendung des Pflegegelds haben, erklären, die Leistung habe nichts bzw. fast nichts gebracht und weitere 18 Prozent stufen das Pflegegeld lediglich als kleine Anerkennung für die Pflegenden ein. Dagegen bewerten 24 Prozent das Pflegegeld als gute Unterstützung und 47 Prozent erklären sogar, dass die Leistung für die Pflege unerlässlich (gewesen) sei: Ohne das Pflegegeld sei es nicht möglich (gewesen), zuhause zu pflegen. Besonders Angehörige, die sich durch die Pflegekosten stark belastet fühlen, kommen zu derart positiven Urteilen über das Pflegegeld.

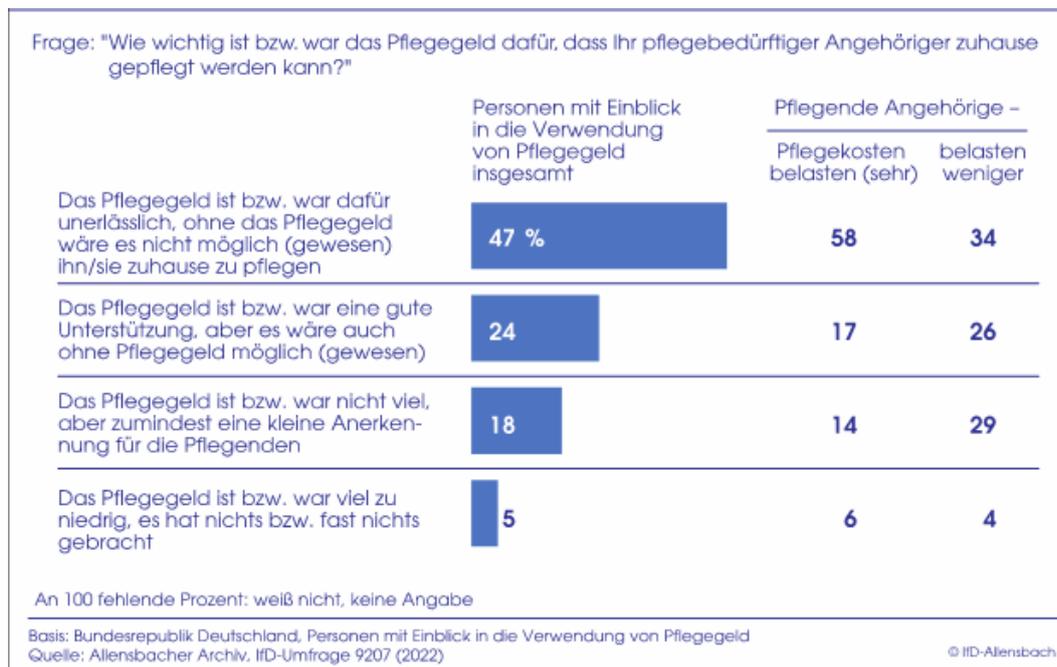


Abbildung 12: Große Bedeutung des Pflegegeldes für die häusliche Pflege

Die Wichtigkeit des Pflegegeldes wird auch durch einen weiteren Befund aus der VdK-Studie unterstrichen. Auf die Frage, warum nicht mehr professionelle Unterstützungsleistungen in Anspruch genommen werden, war die Einstellung, dadurch weniger Pflegegeld zu erhalten nach der Angst vor zu hoher eigener Zuzahlung und fehlenden Kapazitäten der Dienste und Einrichtungen vor Ort der am dritthäufigsten genannten Grund.

25 Prozent aller pflegenden Angehörigen erhalten oder erhielten zumindest Teile des Pflegegelds. Angesichts des erheblichen Unterschieds dieses Prozentwerts zum Anteil der Gepflegten, die Pflegegeld beziehen (vgl. Abbildung 1), muss zweierlei bedacht werden: Einerseits wirkt sich hier erneut der schon beschriebene Unterschied von Umfrage und Statistik aus. Indem die Umfrage als pflegende Angehörigen über die Hauptverantwortlichen der Pflege hinaus auch jene pflegenden Angehörigen erfasst, die eher unterstützend mitbeteiligt sind, ist der Ausgangskreis sehr viel größer als der Kreis der Gepflegten, der die Basis für die Pflegestatistik bildet. Zum anderen geht das Pflegegeld wie gesehen auch nicht immer (vollständig) an pflegende Angehörige, sondern zum Teil auch an Haushaltshilfen oder andere Kräfte.

Von daher sind die erkennbaren Unterschiede im Bezug des Pflegegelds hier eher bedeutsam als der Gesamtanteil der pflegenden Angehörigen, denen die Gepflegten das gesamte Pflegegeld oder Teile davon überlassen: So wie Frauen eher die Pflegelast tragen als Männer, zählen sie auch eher zu denen, die etwas vom Pflegegeld bekommen (26 gegenüber 23 Prozent). Auch hier finden sich die mittleren Altersgruppen von 30 bis 49 Jahren mit 29 Prozent etwas her unter den Empfängern als die Jüngeren (22 Prozent) oder die Älteren (29 Prozent).

An den Angaben lässt sich zudem die Ausweitung der Bezieherkreise ablesen, die mit der Pflegereform 2017 und dem Ersatz von Pflegestufen durch Pflegegrade verbunden war. Von den aktuell Pflegenden erhalten 29 Prozent etwas vom Pflegegeld, das ihren gepflegten Angehörigen überwiesen wird, von den Pflegenden, die über die Pflege aus den zurückliegenden 20 Jahren berichten, haben damals nur 22 Prozent etwas vom Pflegegeld erhalten.

Dass schließlich besonders häufig jene, die sich durch die Kosten der Pflege stark belastet fühlen, aus dem Pflegegeld entlastet werden (37 Prozent) deutet auf zweckgerechte Wirkungen der Leistung hin.

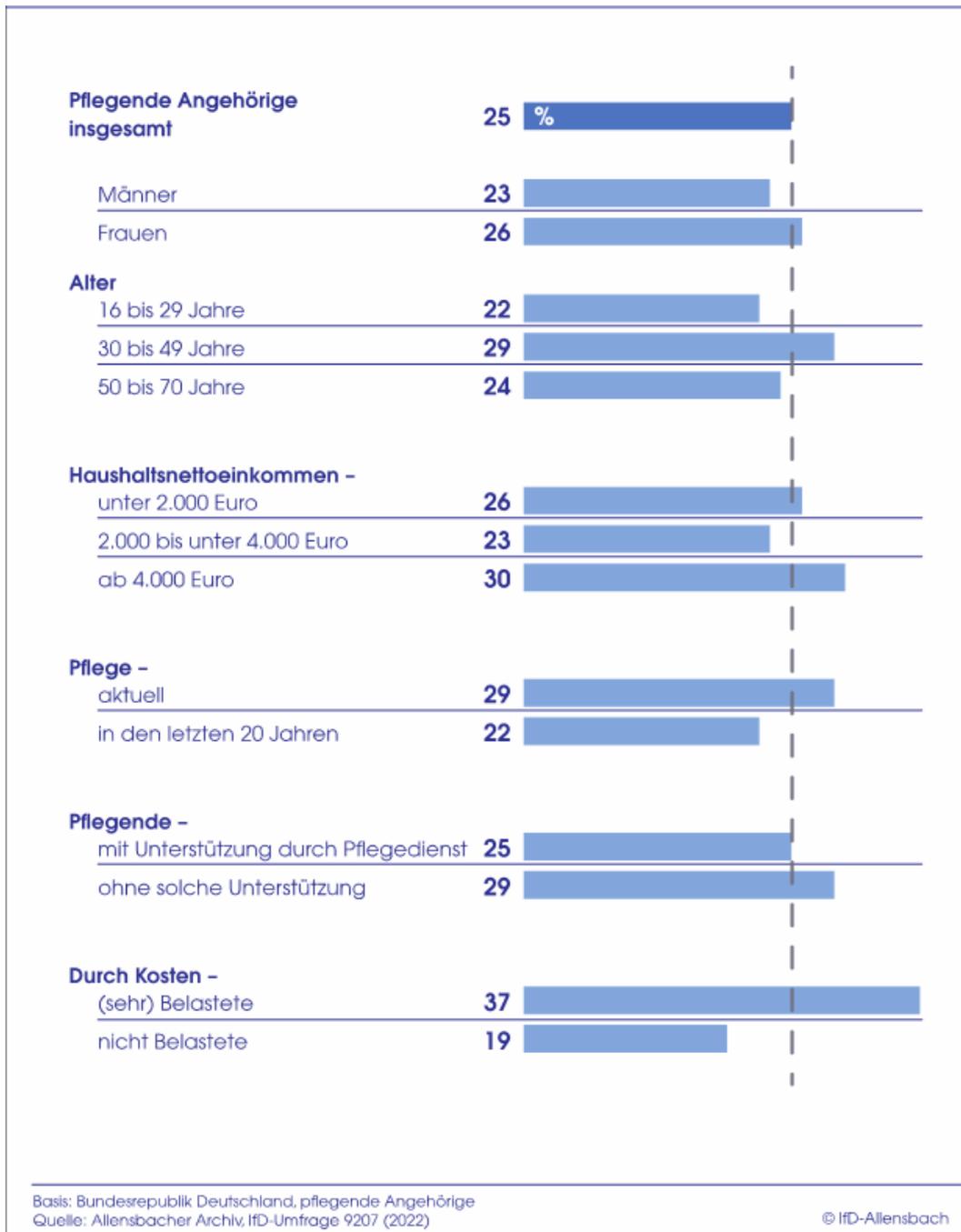


Abbildung 13: Welche pflegenden Angehörigen eine Leistung aus dem Pflegegeld erhalten/erhielten

Dass es sich bei diesen Nutznießern des Pflegegelds tatsächlich um den "inneren Kreis" der pflegenden Angehörigen handelt, die häufig die Hauptverantwortung für die Pflege übernehmen, lässt sich auch an deren Zeitaufwand für die Pflege ablesen. Während im Schnitt aller Pflegenden lediglich 46 Prozent mehr als drei Stunden täglich für ihre gepflegten Angehörigen aktiv sind oder waren und von jenen, die keine Mittel aus dem Pflegegeld erhalten oder erhielten sogar nur 37 Prozent, betrifft das von den Nutznießern des Pflegegelds 74

Prozent. Deren Pflegebemühungen sind also meist ungleich intensiver und zeit- und kraftaufwendiger als die anderer Angehöriger.

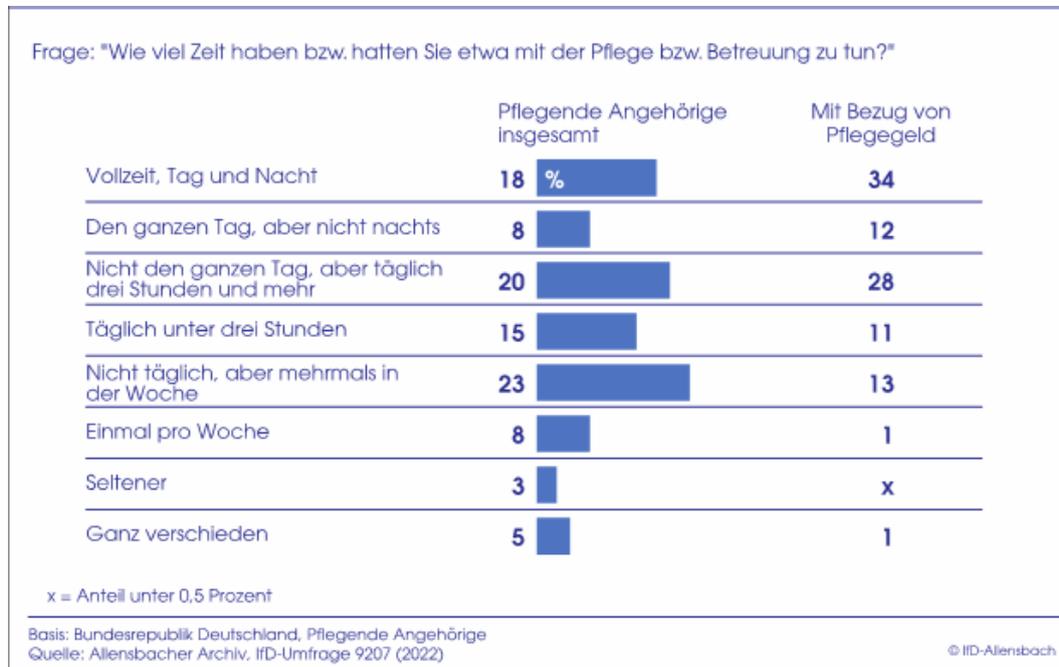


Abbildung 14: Zeitaufwand für die Pflege: Angehörige, die Pflegegeld erhalten, wenden meist viel Zeit auf

Dabei messen die Pflegenden dem Pflegegeld für ihre eigene finanzielle Lage beträchtliche Bedeutung zu. 78 Prozent stufen es als wichtig oder sogar sehr wichtig dafür ein, um selbst über die Runden zu kommen. Nur 21 Prozent finden das Pflegegeld dazu weniger oder gar nicht wichtig. Auch hier fallen wiederum besonders jene positive Urteile, die sich durch die Kosten der Pflege besonders belastet fühlen.

Zwar mögen derartige Einstufungen zumindest für die meist bezogenen rund 316 Euro im Monat (bei Pflegegrad 2: über 50 Prozent derer, die Leistungen aus der Pflegeversicherung bekommen) angesichts von mittleren Haushaltsnettoeinkommen der pflegenden Angehörigen zwischen 2.500 und 3.000 Euro oft übertrieben sein. Gleichwohl lassen die Aussagen keinen Zweifel daran, dass die pflegenden Angehörigen das Pflegegeld sehr wertschätzen. Dabei dürften nicht allein materielle Erwägungen bedeutsam sein, sondern auch das wichtige Gefühl, eine gesellschaftliche Anerkennung bzw. eine Entschädigung für die Pflgetätigkeit zu erhalten.

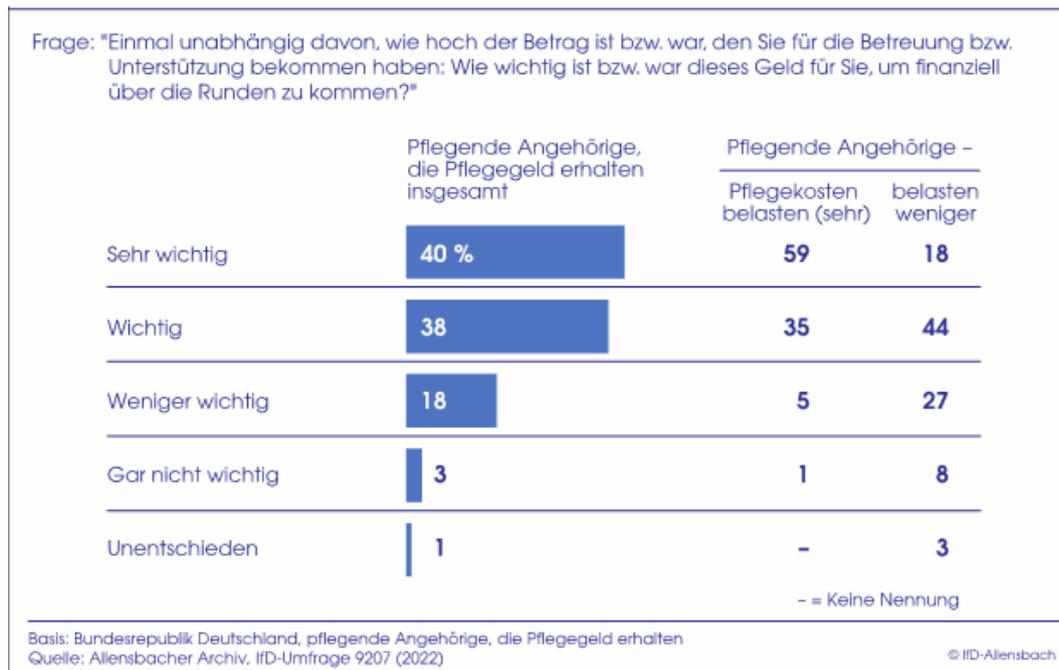


Abbildung 15: Subjektive Bedeutung des Pflegegelds für pflegende Angehörige

Zugleich signalisieren die Ergebnisse der Befragung eine Erhöhung der Pflegebereitschaft durch das Pflegegeld. Solche Effekte könnten am saubersten durch ein soziales Experiment gemessen werden, in dem die Pflegebereitschaft der Mitglieder zweier vergleichbaren Gruppen kontrastiert wird, wobei die Angehörigen der einen Gruppe für die Übernahme von Pflegeaufgaben ein Pflegegeld erhalten würden, die andere nicht. Hier war ein solches Experiment selbstverständlich nicht möglich. Analytischen Ersatz liefert zum Teil die Frage, ob man bereit wäre, noch einmal Familienangehörige zu pflegen. Von jenen pflegenden Angehörigen, die etwas vom Pflegegeld erhalten (haben), wären 89 Prozent zu einer solchen weiteren Pflege bereit, von jenen, die keinen Anteil am Pflegegeld haben/hatten "nur" 81 Prozent (vgl. Abbildung 30). Dass sich dabei nicht einfach Struktur- und Einstellungsunterschiede zwischen den beiden Gruppen auswirken, zeigen die Antworten auf die direkte Frage, ob ein Pflegegeld von 300 Euro den Befragten die Entscheidung für die Übernahme einer Pflege erleichtern würde oder ob eine solche Zahlung keinen Einfluss darauf hätte, ob bzw. wie viel man bei einer Pflege übernehme. Immerhin 31 Prozent der Bevölkerung geben hier an, dass die Zahlung ihnen die Pflege erleichtern würde, von den Bezieherinnen und Beziehern von Zahlungen aus dem Pflegegeld erklären das sogar 54 Prozent.

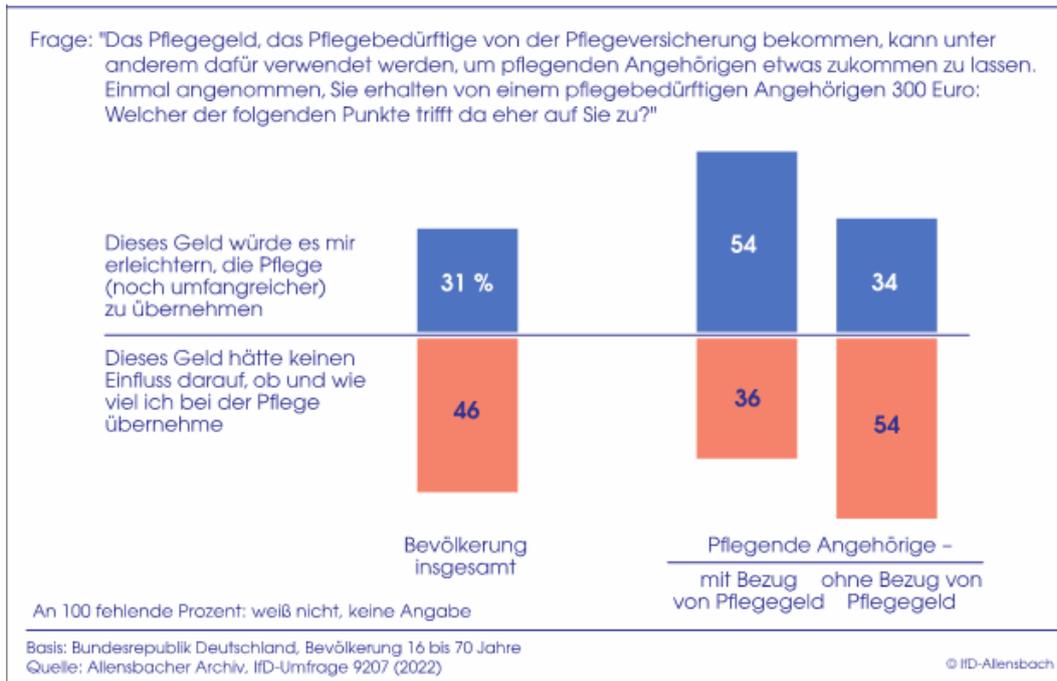


Abbildung 16: Erkennbare Effekte des Pflegegelds auf die Pflegebereitschaft

Dementsprechend unterstützen auch fast zwei Drittel (61 Prozent) die Forderung, das Pflegegeld zu erhöhen. Allerdings wird diese Forderung nicht mit großem Nachdruck erhoben; es wirkt sich aus, dass nur eine Minderheit das aktuelle Pflegegeld als deutlich zu gering wahrnimmt (vgl. Abbildung 27). Lediglich 39 Prozent sprechen sich für eine solche Erhöhung aus, ohne zugleich zu erklären, dass andere Ziele derzeit möglicherweise wichtiger sind oder ohne Sorgen um die Verwendung des Pflegegelds zu artikulieren. 38 Prozent fänden mehr Unterstützungsangebote für die Pflege vor Ort wichtiger als eine Erhöhung des Pflegegelds, 21 Prozent einen weiteren Ausbau der ambulanten Pflegedienste. 24 Prozent äußern die Befürchtung, dass eine Erhöhung des Pflegegelds den Gepflegten nicht viel bringen würde, weil das Geld oft nicht bei ihnen ankomme.¹

¹ Auch in der schon zitierten Studie für den VdK wird "mehr Geld für die Pflege" am häufigsten als wünschenswerte Unterstützung angegeben (68 Prozent der Gepflegten und 65 Prozent der Pflegenden). Zugleich werden jedoch auch im Schnitt noch zwei oder drei weitere konkrete Unterstützungsangebote genannt (vgl. a.a.O. S.81-87).

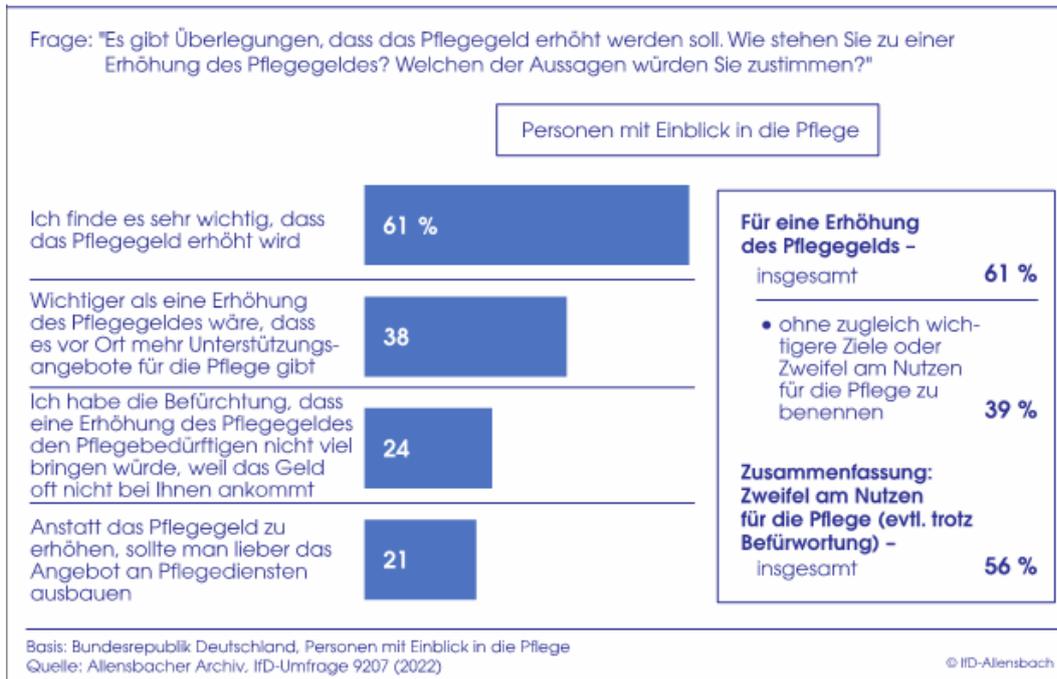


Abbildung 17: Eine Mehrheit befürwortet eine Erhöhung des Pflegegelds – allerdings haben viele dabei auch andere Präferenzen

2.2.2 Pflegegeldverwendung im Landesvergleich

Der DAK-Pflegereport 2022 kannte auch Sonderauswertungen für alle 16 Bundesländer.² Die Datenbasis der repräsentativen Bevölkerungsbefragung erlaubte auch (mit Vorsicht bezogen auf kleinere Bundesländer) eine regionale respektive auf die Bundesländer bezogene Auswertung der Verwendung des Pflegegeldes (vgl. Abbildung 18).

² Vgl. alle 16 Länderberichte zum DAK-Pflegereport 2023: Klie 2023a, 2023b, 2023c, 2023d, 2023e, 2023f, 2023g, 2023h, 2023i, 2023j, 2023k, 2023l, 2023m, 2023n, 2023o, 2023p.

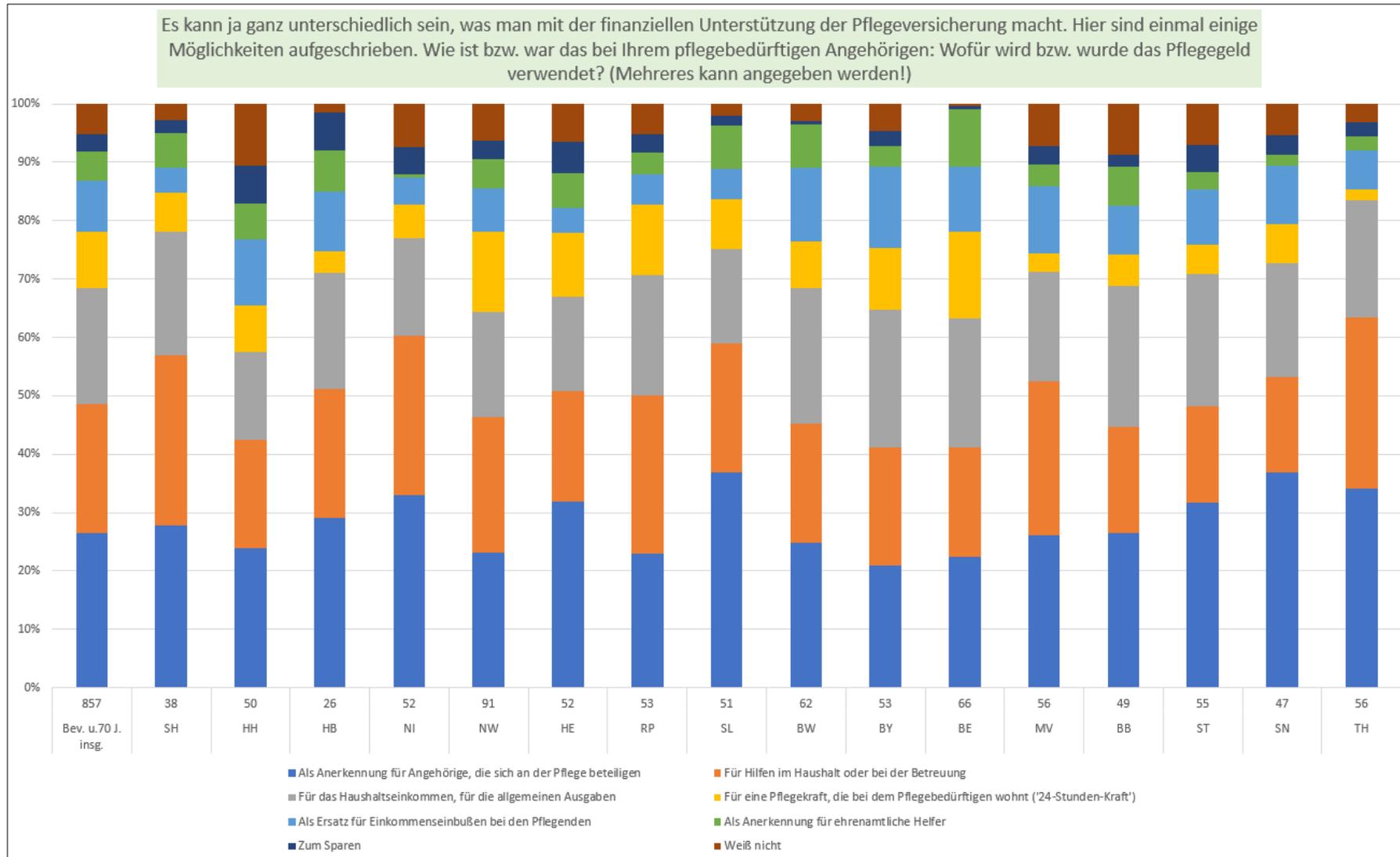


Abbildung 18: Verwendung des Pflegegeldes | Quelle: eigene Darstellung

Eine auf die Länder bezogene Auswertung lässt auf der einen Seite ähnliche Nutzungs- und Einstellungsmuster erkennen, auf der anderen Seite aber auch deutliche Unterschiede. Diese bestehen nicht nur zwischen sozialen Milieus und Schichten, sondern durchaus auch zwischen den Bundesländern. So variiert etwa die Nutzung des Pflegegeldes als Anerkennung für Angehörige, die sich an der Pflege beteiligen zwischen 69,1 Prozent in Bremen und 38,9 Prozent in Bayern. Auch der Einsatz des Pflegegeldes für Hilfen im Haushalt oder bei der Betreuung variiert deutlich zwischen 52,7 Prozent in Bremen und 25,9 Prozent in Sachsen. Dass das Pflegegeld als Haushaltseinkommen für allgemeine Ausgaben eingesetzt wird, gilt besonders für einkommensschwache Haushalte. Aber auch hier gibt es deutliche Variationen zwischen den Bundesländern. Im Land Berlin geben 49,8 Prozenten der Befragten an, das Pflegegeld entsprechend eingesetzt zu haben, im Saarland sind dies lediglich 26,1 Prozent. Auch der Einsatz für osteuropäische Haushaltshilfen variiert zwischen den Bundesländern, und zwar sehr deutlich. Während es in Thüringen nur 3,2 Prozent sind, die angeben, das Pflegegeld für Live-Ins einzusetzen, sind dies in Berlin immerhin 33,1 Prozent. Als Ersatz für Einkommenseinbußen bei den Pflegenden weist das Land Niedersachsen die geringste Quote auf (7,5 Prozent), Bayern die höchste mit 26,2 Prozent. Als Anerkennung für ehrenamtliche Formen der Unterstützung wird es in Berlin von 22,3 Prozent als Verwendung angegeben, in Niedersachsen sind es lediglich 1,1 Prozent. Auch die Sparquote respektive der Einsatz zum Sparen variiert deutlich: in Baden-Württemberg sind es lediglich 1,2 Prozent, in Hamburg und Bremen liegen die Angaben zwischen 13,3 und 15,5 Prozent. Die Sparquote scheint auch angesichts der inflationsbedingten Engpässe unter haushaltsökonomischen Gesichtspunkten zu steigen (vgl. Klie 2024 im Erscheinen). Nochmals: Die Zahlen sind insofern mit Vorsicht zu genießen, als die Grundgesamtheit in kleineren Bundesländern die Aussagekraft der Zahlen einschränkt. Gleichwohl wird deutlich, dass es auch regional und auf Ebene der Bundesländer unterschiedliche Handschriften hinsichtlich der Verwendung des Pflegegeldes zu verzeichnen gibt. Ob jeweils die pflegerische Versorgung, sowie es im Recht der Pflegeversicherung vorgesehen ist, sichergestellt ist oder nicht, kann nicht gesagt werden.

3. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Die Zusammenfassung der nationalen und internationalen Literatur sowie die gemeinsame Betrachtung empirischer Befunde aus dem Pflegereport 2022, der VdK-Pflegestudie sowie der Analysen von Routinedaten der Allgemeinen Ortskrankenkassen hat vielfältige Erkenntnisse über die Bedeutung und Nutzung des Pflegegeldes in Deutschland hervorgebracht. Es konnte gezeigt werden, dass es sehr vielfältige Motivationen, Intentionen und Überlegungen dazu gibt, warum Menschen das Pflegegeld wie und für wen verwenden. Deutlich wurde die hohe Bedeutung, die Menschen dem Pflegegeld beimessen – sei es, weil es sie in die Lage versetzt, ihre häusliche Pflegesituation überhaupt zu bewältigen, sei es, weil es Spielräume schafft oder als Anerkennung für die geleistete Pflege und Unterstützung eines an- oder zugehörigen Menschen verstanden wird. Vor diesem Hintergrund würde eine, sich an allgemeinen Preis- und/oder Tarifsteigerungen orientierende Erhöhung des Pflegegeldes von vielen Menschen, die es in Anspruch nehmen, positiv aufgenommen, auch wenn spezifische Steuerungswirkungen vom Pflegegeld nicht erwartet werden dürfen. Die Hintergründe der Verwendung sind schlicht zu unterschiedlich.

Ein großer Vorteil des Pflegegeldes liegt in der hohen Flexibilität seiner Verwendung. Es kann je nach Lebenslage und lebensweltlicher Prägung individuell eingesetzt und genutzt werden. Dort, wo es eingesetzt wird, um Infrastrukturdefizite zu kompensieren, weil die Träger der Pflegeversicherung ihrem Sicherstellungsauftrag nicht nachkommen, darf dauerhaft nicht auf das Pflegegeld verwiesen werden. Auch eine Erhöhung schafft keine Abhilfe gegenüber fehlender Infrastruktur. In der aktuellen auch haushaltsökonomisch von Restriktionen geprägten Zeit, für die kein Ende, sondern eher eine Zuspitzung in Sicht ist, wird die haushaltsökonomische Bedeutung an Bedeutung gewinnen und lassen sich bezogen auf bestimmte Bevölkerungsgruppen Tendenzen feststellen, dass auf die Inanspruchnahme formeller Dienste verzichtet oder sie zurückgefahren oder ihre Beauftragung reduziert wird, um die Gelder anders einsetzen zu können (vgl. Klie 2024 im Erscheinen). Die Vielfalt von Nutzungsoptionen, die das Pflegegeld bietet, darf nicht dazu führen, sich der in der Pflegeversicherung vorrangig niedergelegten Verantwortung zu entziehen, auch in fachlicher und menschenrechtlicher Hinsicht Pflegearrangements zu unterstützen, zu stabilisieren und zu qualifizieren. Den Zielsetzungen der Pflegeversicherung entsprechend ist eine Verwendung des Pflegegeldes vorgesehen, um Einkommensausfälle der Hauptpflegeperson zu kompensieren, sich gegenüber informell Helfenden erkenntlich zeigen zu können, Aufgaben der Pflege und Sorge übernehmenden Angehörigen eine Anerkennung entgegenzubringen und mit der Pflegesituation verbundene Mehraufwendungen aufzufangen. Auch die selbstorganisierte Pflege, die Beschäftigung von Personen stundenweise oder auch im Arbeitgebermodell lässt sich ohne Weiteres im Sinne der Zweckbestimmung des Pflegegeldes interpretieren. Durch die sozialhilferechtlichen Regelungen zum Pflegegeld gemäß §§ 64a, 63b Abs. 5 SGB XII zeigen zum einen, dass im Sozialhilferecht von einem Nachrang der häuslichen Pflege gegenüber dem Pflegegeld ausgegangen wird (vgl. Klie in: Hauck und Noftz 2021, § 64a Rz. 4) und dass sozialhilfeberechtigten Personen bei vollständiger Inanspruchnahme von Sachleistungen ein Pflegegeld zur freien Verwendung bleiben muss, mindestens bis zu einem Drittel des Pflegegeldes, § 63b SGB XII (vgl. Klie in: Hauck und Noftz 2021, § 63b Rz. 7). Auch die Bezahlung osteuropäischer Haushaltshilfen aus Mitteln des Pflegegeldes lässt sich zumindest dann nicht als mit den Zielsetzungen des Gesetzgebers kompatibel ansehen, wenn, was überwiegend der Fall ist, auf diese Weise nicht legale Beschäftigungsverhältnisse respektive Dienstleistungskonstellationen finanziert werden. Das

sich in der großen Anzahl osteuropäischer Haushaltshilfen zeigende Systemversagen der Pflegeversicherung darf nicht mit dem Verweis auf die Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen und die breite Nutzungsmöglichkeiten des Pflegegeldes in seiner grundlegenden Problematik negiert werden. Die hier vorgestellten Daten lassen aber auch erkennen, dass der im Reformvorschlag der Initiative ProPflegerreform vorgesehene eher restriktive Umgang mit dem Pflegegeld respektive eine konsequentere Zweckbestimmung keineswegs oder nur sehr begrenzt in der Lage ist, selbstorganisierte Pflegehaushalte zu stabilisieren. Das für die Initiative ProPflegerreform erstellte Gutachten sieht vor, dass Pflegegeld im Sinne eines Pflegegeldes 2.0 für Angehörige sowie zivilgesellschaftliche Akteure weiterzuentwickeln, die dafür ganz oder teilweise konkrete Leistungsmodule verbindlich übernehmen und mit 40 Prozent des Profibetrages direkt bezahlt werden sollen. Diese Einengung der Verwendung des Pflegegeldes würde die bisherige und durchaus stabilisierende Nutzung des Pflegegeldes infrage stellen und würde mit Sicherheit auf große Ablehnung und Irritation führen. Angesichts der zunehmenden Infrastrukturdefizite, der Kapazitätsgrenzen von Pflegediensten wird man eher daran denken müssen, dort, wo auf Pflege angewiesene Menschen keinen Zugang zu ambulanten Diensten und anderen Entlastungsformen haben, ihnen die Möglichkeit einzuräumen, begleitet durch ein Case Management oder andere Formen der Beratung, sich die Pflege- und hauswirtschaftlichen Leistungen selbst zu organisieren und einzukaufen. Es ist ein grundlegendes Problem in einem sozialen Rechtsstaat, wenn verbrieft Ansprüche im Rahmen der Sozialversicherung von den Versicherten nicht eingelöst werden können. Die diesbezüglichen Kompensationen von Infrastrukturdefiziten verlangen nach einer deutlichen Flexibilisierung und der Möglichkeit von Ersatzbeschaffungen oder der Nutzung von Budgets (vgl. Klie 2024). Hier könnten dann durchaus auch Überlegungen aus der Initiative ProPflegerreform aufgegriffen werden, dass in den Fällen, in denen nicht mehr auf entsprechende pflegerische Infrastruktur zurückgegriffen werden kann, auch Angehörige aus dem erhöhten Sachleistungsbudget des § 36 SGB XI finanziert werden können.

Die Ergebnisse zeigen daneben jedoch sehr deutlich einen weitergehenden Handlungs- und auch Erkenntnisbedarf. Zunächst fehlt es an einer Diskussion der mit dem Pflegegeld verbundenen Zielsetzung. Zwar steht das Pflegegeld offensichtlich einer Förderung der häuslichen Versorgung nicht entgegen und trägt in vielen Fällen explizit dazu bei, Möglichkeiten einer gezielteren und integrierteren Unterstützung werden jedoch nicht genutzt. Stattdessen bleiben Pflegehaushalte mit dem Pflegegeld weitgehend sich selbst überlassen in der impliziten Hoffnung, dass alles gut gehen möge. Falls es nicht gut geht, so die ebenso implizite Hoffnung und Annahme, stehen teilstationäre und stationäre Angebote bereit, um die weitere Versorgung zu übernehmen. Angesichts der überragenden Bedeutung der häuslichen Pflege, die vermutlich angesichts der demografischen Entwicklungen noch steigen wird, sind das bislang bestehende Erkenntnisdefizit und die explizite Nicht-Befassung mit Möglichkeiten zur Flankierung und Unterstützung häuslicher Pflegearrangements jedoch Besorgnis erregend. Sinnvoll erscheint es zu sein, Leistungen der Pflegeversicherung wie das Pflegegeld explizit zur Unterstützung des Gesamtarrangements nutzen zu können und sie nicht ausschließlich auf den pflegebedürftigen Menschen zu beziehen.

Ein Aspekt, der bereits in der internationalen Literatur zum Ausdruck kam, war die Bedeutung von Unterstützung bei der Nutzung von für die Pflege vorgesehenen Geldleistung sowie die Verfügbarkeit von Angeboten, für die das Pflegegeld – neben der Möglichkeit der freien Verwendung innerhalb der Familie und des verfügbaren Haushaltseinkommens – ausgegeben

werden kann. Trotz der mittlerweile vielfältigen Beratungsmöglichkeiten innerhalb der Pflegeversicherung, wird dieser Aspekt dort nicht aufgegriffen. Die vorgesehene Form der Beratung bei Geldleistungsbezug – die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI – werden nicht ausgewertet, konzeptionell weitgehend ignoriert und in ihrer Bedeutung hinsichtlich von Prävention und Unterstützung häuslicher Pflegearrangements nicht einmal im Ansatz diskutiert. Hinweise auf problematische Beobachtungen in häuslichen Pflegearrangements, die im Rahmen der Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch die Medizinischen Dienste gemacht werden und in entsprechende Empfehlungen und Feststellungen einfließen, bleiben oftmals ohne Konsequenz und somit wirkungslos (Klie/Büscher 2022). Die beiden strukturell bestehenden Möglichkeiten, Zugang zu häuslichen Pflegearrangements zu gewinnen, bleiben somit ungenutzt und es entsteht der Eindruck, als würde man nicht zu genau hinsehen wollen.

Festzustellen ist darüber hinaus die auch international beschriebene Problematik einer unzureichenden Weiterentwicklung der formellen und professionellen Unterstützungsmöglichkeiten. Zwar wurde auf erkannte Versorgungslücken durch die Einführung von Betreuungsleistungen und sich daraufhin etablierender Betreuungsdienste reagiert, die ambulante Pflege bleibt jedoch weiterhin im Verrichtungsbezug gefangen und wird nicht einmal theoretisch bei der Entwicklung von Problemlösungen in Betracht gezogen. Seit Jahren andauernde Versuche, leistungsrechtliche Erweiterungen und Flexibilisierungen zu erreichen, werden politisch nur unzureichend unterstützt und von den zuständigen Vertragspartnern weder aufgegriffen noch umgesetzt. Somit werden einerseits in ambulanten Pflegediensten durchaus vorhandene Kompetenzen nicht genutzt, sondern stattdessen eine konsequente Deprofessionalisierung vorangetrieben, für die es angesichts der anstehenden Herausforderungen keinerlei Rechtfertigung gibt und die als fahrlässig bezeichnet werden muss.

Die aus den Routinedaten der AOK und der DAK-Gesundheit abzulesenden Hinweise auf Probleme der häuslichen Versorgungsqualität im Hinblick auf verordnete Heilmittel, kritische Arzneimittel sowie vermeidbare Krankenhausaufenthalte verdeutlichen, dass Handlungsnotwendigkeiten bestehen, diese jedoch nicht aufgegriffen werden. Die AOK-Daten zeigen weiter eine große regionale Varianz bei der Inanspruchnahme des Pflegegeldes. Gepaart mit den aufgezeigten Entwicklungen im Zeitverlauf der unterschiedlichen „Typen“ stellen sich darüber Fragen zur Begleitung und Beratung pflegebedürftiger Menschen.

Im Hinblick auf pflegepolitische Implikationen werfen die Ergebnisse Fragen zur Reflexion des Vorrangverhältnisses zwischen den §§ 36 und 37 SGB XI und ihrem Beitrag zur „Sicherstellung der Pflege“ auf. Zwar sind sowohl die Medizinischen Dienste im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit wie auch die ambulanten Pflegedienste und anerkannten Beratungsstellen im Rahmen der Beratung nach § 37 Abs. 3 SGB XI gehalten, Hinweise auf nicht sichergestellte Pflege zu sammeln und weiterzuleiten, es fehlt jedoch an einer Vorstellung und Zuständigkeit in diesen Fällen. Es fehlt ebenso an einer Vorstellung zum Umgang und zur Zuständigkeit mit Fällen, in denen zwar die Pflege noch sichergestellt ist, die Risiken für eine weitere Destabilisierung jedoch unverkennbar sind. Sinnvoll wäre es in diesem Zusammenhang, eine pflegefachliche Begleitfunktion zu qualifizieren und somit bereitzustellen. Diese kann zum einen über die Medizinischen Dienste erfolgen, die bereits den Zugang zu häuslichen Pflegearrangements haben, sie kann ebenso über einen Anspruch auf eine „Steuerung des Pflegeprozesses“ durch Pflegefachkräfte erfolgen. Für komplexere Fallkonstellationen ist es

ratsam, ein zur Bearbeitung der Problemstellungen geeignetes Case Management im Rahmen lokaler Hilfestrukturen zu gewährleisten.

Die im Rahmen des Projektes Subjektorientierte Qualitätssicherung (vgl. Büscher und Klie 2023) gesammelten Erfahrungen zeigen Wege auf, wie das Wissen aus den Begutachtungsverfahren für die Beratung, Begleitung, aber gegebenenfalls auch für ein Case Management zugunsten pflegebedürftiger Menschen genutzt und auf kommunaler Ebene in vernetzten Unterstützungsformationen gestaltet werden können. In den Eckpunkten zu dem Pflegekompetenzgesetz (vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 2023) wird ein Rechtsanspruch auf Steuerung des Pflegeprozesses diskutiert und vorgesehen. Auch die diesbezüglichen Überlegungen sind von größter Relevanz, wenn es darum geht, die fachliche Begleitung informeller Pflegearrangements zu gewährleisten, und zwar in einem genuinen pflegfachlichen Sinne: In der Einlösung der Verantwortung für die Begleitung und Gestaltung des Pflegeprozesses. Die GKV- und SPV-Routinedatenanalyse zeigt, dass ohne eine pflegfachliche Steuerung und Verantwortungsübernahme der eher verrichtungsbezogene organisierte Einsatz von Pflegediensten – wenn schon nicht kausal, so doch im Ergebnis – dazu führt, dass sich die Versorgungssituation zumindest unter medizinischen Gesichtspunkten nicht verbessert, sondern bestenfalls statisch unverändert bleibt.

Zusammenfassende Empfehlungen

1. Beibehaltung eines flexiblen und vielfältig verwendbaren Pflegegeldes
2. Sicherstellung einer pflegfachlichen Begleitung von selbstorganisierten Pflegearrangements über die Pflegeeinsätze gem. § 37 Abs. 3 SGB XI hinaus.
3. Risikoidentifizierung für selbstorganisierte Pflegearrangements im Zusammenhang mit der Pflegebegutachtung gem. §§ 18ff. SGB XI
4. Keine Verengung des Pflegegeldes im Sinne eines Pflegegeldes 2.0
5. Bei Pflegegeldnutzung zur Kompensation eines nicht eingelösten Sicherstellungsauftrages der Pflegekassen Einräumung eines Rechts auf (begleitete) Selbstbeschaffung.
6. Weitere Analysen zur regional unterschiedlichen Inanspruchnahme des Pflegegeldes
7. Erforschung von Möglichkeiten zur Unterstützung selbstorganisierter häuslicher Pflegearrangements durch Beratung, Begleitung und lokale Netzwerke

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Pflegegradverteilung in der häuslichen Pflege (eigene Berechnungen auf Basis der Pflegestatistik 2019).....	18
Tabelle 2: Wofür wird das Pflegegeld verwendet? (Mehrfachnennung)	22
Tabelle 3: Wofür wird das Pflegegeld verwendet (Hauptpflegeperson/Nicht-Hauptpflegeperson)? (Mehrfachnennung) ..	23
Tabelle 4: Wofür wird das Pflegegeld verwendet (zusammen lebend/getrennt lebend)? (Mehrfachnennung)	24

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen durch pflegebedürftige Menschen (Mehrfachnennung) ..	19
Abbildung 2: Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen aus Sicht von Angehörigen (Mehrfachnennung)	20
Abbildung 3: Unterstützungsleistungen von Angehörigen bei vorhandenem Pflegegrad 1 bis 5 (Mehrfachnennungen) ..	21
Abbildung 4: Verwendung des Pflegegeldes in getrennten Haushalten (Mehrfachnennung)	25
Abbildung 5: Verwendung des Pflegegeldes in gemeinsamen Haushalten (Mehrfachnennung)	26
Abbildung 6: Unterstützungsleistungen bei 24-Stunden-Pflege (Mehrfachnennung)	28
Abbildung 7: Verwendung des Pflegegeldes bei 24-Stunden-Pflege (Mehrfachnennung).....	29
Abbildung 8: Unterstützungsleistungen von Eltern und Angehörigen	30
Abbildung 9: Verwendung des Pflegegeldes bei Eltern und Angehörigen	31
Abbildung 10: Wofür das Pflegegeld genutzt wird.....	32
Abbildung 11: Verwendung des Pflegegelds für Hilfen im Haushalt: am häufigsten in der gehobenen Schicht	33
Abbildung 12: Große Bedeutung des Pflegegeldes für die häusliche Pflege.....	34
Abbildung 13: Welche pflegenden Angehörigen eine Leistung aus dem Pflegegeld erhalten/erhielten	36
Abbildung 14: Zeitaufwand für die Pflege: Angehörige, die Pflegegeld erhalten, wenden meist viel Zeit auf.....	37
Abbildung 15: Subjektive Bedeutung des Pflegegeldes für pflegende Angehörige.....	38
Abbildung 16: Erkennbare Effekte des Pflegegeldes auf die Pflegebereitschaft	39
Abbildung 17: Eine Mehrheit befürwortet eine Erhöhung des Pflegegelds – allerdings haben viele dabei auch andere Präferenzen	40
Abbildung 18: Verwendung des Pflegegeldes Quelle: eigene Darstellung	41

Literaturverzeichnis

- Albertini, M.; Pavolini, E. (2017): Unequal inequalities: the stratification of the use of formal care among older Europeans. In: *Journals of Gerontology: Social Sciences* 72(3): 510-521
- Arrighi, Y.; Davin, B.; Trannoy, A.; Ventelou, B. (2015): The non-take up of long-term care benefit in France: a pecuniary motive? In: *Health Policy* 119: 1338-1348
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2023): Kurzpapier: Vorläufige Eckpunkte Pflegekompetenzgesetz. Für Fachgespräch am 19. Dezember 2023; nicht ressortabgestimmt. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegekompetenzreform/Kurzpapier_Vorlaeufige_Eckpunkte_PflegekompetenzG.pdf, zuletzt geprüft am 22.02.2024.
- Büscher, A.; Peters, L.; Stelzig, S.; Lübben, A.; Yalymova, I. (2023): Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Die VdK-Pflegestudie. Abschlussbericht. Verfügbar unter: <https://www.vdk.de/deutschland/pages/85895/pflegestudie>
- Büscher, Andreas (2023): Pflege zu Hause - zwischen Wunsch und Wirklichkeit. VdK-Pflegestudie (Abschlussbericht). Unter Mitarbeit von Lara Peters, Stephanie Stelzig, Alena Lübben und Ivanna Yalymova. Hg. v. Sozialverband VdK Deutschland. Hochschule Osnabrück. Online verfügbar unter https://www.vdk.de/deutschland/downloadmime/6610/23_05_11_VdK-Pflegestudie_Abschlussbericht_Februar_2023_inkl._Anhang.pdf, zuletzt geprüft am 20.09.2023.
- Büscher, A.; Klie, T. (2023): Fokus Häusliche Pflege – der Ansatz der subjektorientierten Qualitätssicherung. In: Schwinger, A., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. und Jacobs, K. (Hg.): *Pflege-Report 2023. Versorgungsqualität von Langzeitgepflegten*. 1. Auflage 2023. Berlin: Springer Berlin; Springer, S. 175–185.
- Courtin, E.; Jemai, N.; Mossialos, E. (2014): Mapping support policies for informal care across the European Union. In: *Health Policy* 118: 84-94
- Da Roit, B.; Le Bihan, B. (2010): Similar and yet so different: Cash-for-care in six European Countries' long-term care policies. In: *The Milbank Quarterly* 88(3): 286-309
- Da Roit, B.; Le Bihan, B. (2019): Cash for long-term care: Policy debates, visions, and designs on the move. In: *Soc Policy Admin* 53: 519-536
- Da Roit, B.; Moreno-Fuentes, F.J. (2019): Cash for care and care employment: (missing) debates and realities. In: *Soc Policy Admin* 53: 596-611
- Diakonie Deutschland (2019): Konzept für eine grundlegende Pflegereform. Pflegevollversicherung mit begrenzter Eigenbeteiligung der Versicherten. Kurzfassung. Hg. v. Diakonie Deutschland. Berlin (Diakonie Texte). Online verfügbar unter https://www.diakonie.de/diakonie_de/user_upload/diakonie.de/PDFs/Publikationen/06_2019_Grundlegende_Pflegereform.pdf, zuletzt geprüft am 22.02.2024.
- Frericks, P.; Jensen, P.H.; Pfau-Effinger, B. (2014): Social rights and employment rights related to family care: Family care regimes in Europe. In: *Journal of Aging Studies* 29: 66-77
- Glendinning, C. (2009): Cash for Care: Implications for carers. *Geneva Association Health and Ageing Newsletter* 21, 3-6
- Grabfelder, M.; Lewin, P.; Zeptner, M.; Hildebrandt, H. (2022): Häusliche Pflegesettings im Lichte der Routinedaten. Analyse von GKV- und SPV-Routinedaten der DAK-Gesundheit für den Pflegereport 2022. In: Klie, T.: *Pflegereport 2022. Häusliche Pflege - das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven*. 1. Auflage. Hg. v. Andreas Storm.

- Heidelberg: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 41), S. 75–100.
- Haubner, T. (2017): Die Ausbeutung der sorgenden Gemeinschaft. Laienpflege in Deutschland. 1. Aufl. Frankfurt: Campus-Verlag.
- Hauck, K.; Noftz, W. (Hg.) (2021): Sozialgesetzbuch (SGB) XII: Sozialhilfe. Kommentar. Berlin: Erich Schmidt (Sozialgesetzbuch (SGB) – Gesamtkommentar).
- Haumann, W. (2022): Häusliche Pflege: Erfahrungen, Einstellungen, Forderungen – Befragung des Instituts für Demoskopie Allensbach. In: Klie, T.: Pflegereport 2022. Häusliche Pflege - das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven. 1. Auflage. Hg. v. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 41), S. 31–74.
- Isfort, M.; Klie, T. (2023): Monitoring Pflegepersonal in Baden-Württemberg 2022. Eine vom Land Baden-Württemberg finanzierte Studie. Unter Mitarbeit von Pablo Rischard und Johann-Moritz Hüsken. Online verfügbar unter https://agp-freiburg.de/downloads/2023/Monitoring-Pflegepersonal-BW_2022.pdf, zuletzt geprüft am 16.03.2023.
- Isfort, M.; Klie, T. (2024): Monitoring Pflegepersonalbedarf Bayern 2023. Unter Mitarbeit von Pablo Rischard und Daniel Tucman. Hg. v. Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB). Online verfügbar unter <https://www.vdpb-bayern.de/wp-content/uploads/2024/01/240115-Monitoring-Pflegepersonalbedarf-Bayern-2023-VdPB.pdf>.
- Jong, L. de (2022): Determinanten der informellen Pflege in Deutschland: Gesundheitsökonomische Beiträge zur Untersuchung von Bereitschaft und Präferenzen. Unter Mitarbeit von Technische Informationsbibliothek (TIB).
- Kim, J.; de Bellis, A.M.; Dongxia Xiao, L. (2018): The experience of paid family-care workers of people with dementia in South Korea
- Klie, T. (2022): Pflegereport 2022. Häusliche Pflege – das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 41). Hamburg/Freiburg. Medhochzwei
- Klie, T.; Büscher, A. (2022): Aufmerksamkeit für die Pflege daheim. In: Gesundheit und Gesellschaft (25): 27-31. Gesundheit und Gesellschaft Digital 10/2022. Verfügbar unter: <https://www.gg-digital.de/2022/10/aufmerksamkeit-fuer-die-pflege-daheim/index.html>
- Klie, T. (2022): Pflegereport 2022. Häusliche Pflege - das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven. 1. Auflage. Hg. v. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 41).
- Klie, T. (2023a): DAK-Pflegereport Baden-Württemberg. Länderauswertung des DAK-Pflegereports "Häusliche Pflege - Das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven". Unter Mitarbeit von Leon A. Brandt, Max Kaltoven, Hannah Nebel, Stefanie Oyoyo, Isabel Schön. Unveröffentlichtes Dokument.
- Klie, T. (2023b): DAK-Pflegereport Bayern. Länderauswertung des DAK-Pflegereports "Häusliche Pflege - das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven". Unter Mitarbeit von Leon A. Brandt, Max Kaltoven, Hannah Nebel, Stefanie Oyoyo, Isabel Schön. Unveröffentlichtes Dokument.
- Klie, T. (2023c): DAK-Pflegereport Berlin. Länderauswertung des DAK-Pflegereports "Häusliche Pflege - das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven". Unter Mitarbeit von Leon A. Brandt, Max Kaltoven, Hannah Nebel, Stefanie Oyoyo, Isabel Schön. Unveröffentlichtes Dokument.
- Klie, T. (2023d): DAK-Pflegereport Brandenburg. Länderauswertung des DAK-Pflegereports "Häusliche Pflege - das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde,

- Perspektiven". Unter Mitarbeit von Leon A. Brandt, Max Kaltofen, Hannah Nebel, Stefanie Oyoyo, Isabel Schön. Unveröffentlichtes Dokument.
- Klie, T. (2023e): DAK-Pflegereport Bremen. Länderauswertung des DAK-Pflegereports "Häusliche Pflege - das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven". Unter Mitarbeit von Leon A. Brandt, Max Kaltofen, Hannah Nebel, Stefanie Oyoyo, Isabel Schön. Unveröffentlichtes Dokument.
- Klie, T. (2023f): DAK-Pflegereport Hamburg. Länderauswertung des DAK-Pflegereports "Häusliche Pflege - das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven". Unter Mitarbeit von Leon A. Brandt, Max Kaltofen, Hannah Nebel, Stefanie Oyoyo, Isabel Schön. Unveröffentlichtes Dokument.
- Klie, T. (2023g): DAK-Pflegereport Hessen. Länderauswertung des DAK-Pflegereports "Häusliche Pflege - das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven". Unter Mitarbeit von Leon A. Brandt, Max Kaltofen, Hannah Nebel, Stefanie Oyoyo, Isabel Schön. Unveröffentlichtes Dokument.
- Klie, T. (2023h): DAK-Pflegereport Mecklenburg-Vorpommern. Länderauswertung des DAK-Pflegereports "Häusliche Pflege - das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven". Unter Mitarbeit von Leon A. Brandt, Max Kaltofen, Hannah Nebel, Stefanie Oyoyo, Isabel Schön. Unveröffentlichtes Dokument.
- Klie, T. (2023i): DAK-Pflegereport Niedersachsen. Länderauswertung des DAK-Pflegereports "Häusliche Pflege - das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven". Unter Mitarbeit von Leon A. Brandt, Max Kaltofen, Hannah Nebel, Stefanie Oyoyo, Isabel Schön. Unveröffentlichtes Dokument.
- Klie, T. (2023j): DAK-Pflegereport Nordrhein-Westfalen. Länderauswertung des DAK-Pflegereports "Häusliche Pflege - Das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven". Unter Mitarbeit von Leon A. Brandt, Max Kaltofen, Hannah Nebel, Stefanie Oyoyo, Isabel Schön. Unveröffentlichtes Dokument.
- Klie, T. (2023k): DAK-Pflegereport Rheinland-Pfalz. Länderauswertung des DAK-Pflegereports "Häusliche Pflege - Das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven". Unter Mitarbeit von Leon A. Brandt, Max Kaltofen, Hannah Nebel, Stefanie Oyoyo, Isabel Schön. Unveröffentlichtes Dokument.
- Klie, T. (2023l): DAK-Pflegereport Saarland. Länderauswertung des DAK-Pflegereports "Häusliche Pflege - Das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven". Unter Mitarbeit von Leon A. Brandt, Max Kaltofen, Hannah Nebel, Stefanie Oyoyo, Isabel Schön. Unveröffentlichtes Dokument.
- Klie, T. (2023m): DAK-Pflegereport Sachsen. Länderauswertung des DAK-Pflegereports "Häusliche Pflege - Das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven". Unter Mitarbeit von Leon A. Brandt, Max Kaltofen, Hannah Nebel, Stefanie Oyoyo, Isabel Schön. Unveröffentlichtes Dokument.
- Klie, T. (2023n): DAK-Pflegereport Sachsen-Anhalt. Länderauswertung des DAK-Pflegereports "Häusliche Pflege - Das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven". Unter Mitarbeit von Leon A. Brandt, Max Kaltofen, Hannah Nebel, Stefanie Oyoyo, Isabel Schön. Unveröffentlichtes Dokument.
- Klie, T. (2023o): DAK-Pflegereport Schleswig-Holstein. Länderauswertung des DAK-Pflegereports "Häusliche Pflege - Das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven". Unter Mitarbeit von Leon A. Brandt, Max Kaltofen, Hannah Nebel, Stefanie Oyoyo, Isabel Schön. Unveröffentlichtes Dokument.
- Klie, T. (2023p): DAK-Pflegereport Thüringen. Länderauswertung des DAK-Pflegereports "Häusliche Pflege - Das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde,

- Perspektiven". Unter Mitarbeit von Leon A. Brandt, Max Kaltofen, Hannah Nebel, Stefanie Oyoyo, Isabel Schön. Unveröffentlichtes Dokument.
- Klie, T. (2024 im Erscheinen): Rezession und Pflege. Klie's Corner. Kolumne. In: Häusliche Pflege 32 (2).
- Klie, T. (2024): Sicherstellungsauftrag einlösen. Klie's Corner. In: Häusliche Pflege 32 (1), S. 52.
- Klie, T.; Pfundstein, T.; Schuhmacher, B.; Monzer, M.; Klein, A.; Störkle, M.; Behrend, S. (2008): Das Pflegebudget. Abschlussbericht 2008. Freiburg.
- Klie, T.; Ranft, M.; Szepan, N.-M. (2021): Strukturreform Pflege und Teilhabe II. Pflegepolitik als Gesellschaftspolitik. Ein Beitrag zum pflegepolitischen Reformdiskurs. Hg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Berlin. Online verfügbar unter https://kda.de/wp-content/uploads/2021/03/Reform_II.pdf, zuletzt geprüft am 18.11.2022.
- Klie, T.; Siebert, A. (2006): Integriertes Budget - die Verbindung von Pflegebudget und Persönlichen Budgets nach § 17 SGB IX. In: Rechtsdienst der Lebenshilfe (2), S. 62–65.
- Klie, T.; Spermann, A. (Hg.) (2004): Persönliche Budgets - Aufbruch oder Irrweg? Ein Werkbuch zu Budgets in der Pflege und für Menschen mit Behinderungen. Hannover: Vincentz Network.
- Le Bihan, B. (2012): The redefinition of the familialist home care model in France: the complex formalization of care through cash payment. In: Health and Social Care in the Community 20(3): 238-246
- Le Bihan, B.; Da Roit, B.; Sopadzhyan, A. (2019): The turn to optional familialism through the market: Long-term care, cash-for-care, and caregiving policies in Europe. In: Soc Policy Admin 53: 579-595
- Miller, K.E.M.; Stearns, S.C.; Courtney, H. van Houtven; Gilleskie, D.; Holmes, G.M.; Kent E.E. (2022): The Landscape of State Policies Supporting Family Caregivers as Aligned With the National Academy of Medicines Recommendations. In: The Milbank Quarterly 100(3): 854-878
- Moran, N.; Glendinning, C.; Wilberforce, M.; Stevens, M.; Netten, A.; Jones, K.; Manthorpe, J.; Knapp, M.; Fernandez, J.-L.; Challis, D.; Jacobs, S. (2013): Older people's experiences of cash-for-care schemes: evidence from the English Individual Budget pilot projects. In: Ageing and Society 33(5): 826-851
- Österle, A.; Bauer, G. (2012): Home Care in Austria: the interplay of family orientation, cash-for-care and migrant care. In: Health and Social Care in the Community 20(3): 265-273
- Pattyn, E.; Werbrouck, A.; Gemmel, P.; Trybou, J. (2021): The impact of cash-for-care schemes on the uptake of community-based and residential care: A systematic review. In: Health Policy 125(3): 363-374
- Ranci, C.; Österle, A.; Arlotti, M.; Parma, A. (2019): Coverage versus generosity: comparing eligibility and need assessment in six cash-for-care programmes. In: Soc Policy Admin 53: 551-566
- Rebeggiani, L.; Stöwhase, S. (2018): Effekte informeller Pflege auf die Sozialversicherung – Eine Gegenüberstellung gesparter Aufwendungen und potentiell entgangener Einnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegeversicherung. In: Sozialer Fortschritt 67 (2), S. 79–98. DOI: 10.3790/sfo.67.2.79.
- Rothgang, H.; Kalwitzki, T. (2019): Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung. Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur. Initiative Pro-Pflegereform. Online verfügbar unter https://www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Zweites_Gutachten/2._Gutachten_AAPV_-_Langfassung.pdf, zuletzt geprüft am 12.02.2020.

- Schmidt, A. (2017): Analysing the importance of older people's resources for the use of home care in a cash-for-care scheme: evidence from Vienna. In: Health and Social Care in the Community 25(2): 514-526
- Schütte, W. (2007): Freiwillige Pflege: Angehörige und sozial Engagierte. In: Gerhard Igl, Gerhard Naegele und Silke Hamdorf (Hg.): Reform der Pflegeversicherung - Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen. Hamburg, Münster: LIT Verlag (Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa, 2), S. 152–165.
- Siebert, A. (2007): Integriertes Budget. In: Betreuungsmanagement (3), S. 125–128.
- Statistisches Bundesamt (2022): Pflegestatistik 2021. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden
- Twigg, J.; Atkin, K. (1994): Carers perceived. Policy and practice in informal care. Open University Press. Buckingham, Philadelphia
- Van der Zee, J.; Kroneman, M. (2011): A promising approach in comparative research on care for the elderly. Commentary. In: BMC Medicine 9: 124
- Wingenfeld, K.; Büscher, A. (2017): Strukturierung und Beschreibung pflegerischer Aufgaben auf der Grundlage des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Bielefeld/Osnabrück.
- Wingenfeld, K.; Büscher, A.; Gansweid, B. (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8, Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. Bielefeld.
- Wingenfeld, K.; Büscher, A.; Schaeffer, D. (2007): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8, Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. Bielefeld.
- Wittevrongel, K.; Faubert, E.B. (2022): Aging at home: cash-for-care models reduce institutionalization. MEI Economic Notes. Health Policy Series November 2022, www.iedm.org

Teil 2 – Versorgungslagen selbst organisierter Pflegesettings | Routinedatenanalysen im Kontext der wissenschaftlichen Studie zur Wirkungsweise des Pflegegeldes

Chrysanthi Tsiasioti · Susann Behrendt · Antje Schwinger

Versorgungslagen selbst organisierter Pflegesettings

Routinedatenanalysen im Kontext der
wissenschaftlichen Studie zur
Wirkungsweise des Pflegegeldes

WIdO | Wissenschaftliches
Institut der AOK

Impressum

Die vorliegende Publikation ist ein Beitrag des
Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO).

Versorgungslagen
selbst organisierter Pflegesettings

Berlin, 10. 01.2024

Chrysanthi Tsiasioti
Susann Behrendt
Antje Schwinger

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
im AOK-Bundesverband GbR
Rosenthaler Str. 31, 10178 Berlin

Geschäftsführender Vorstand:
Dr. Carola Reimann (Vorsitzende)
Jens Martin Hoyer (stellv. Vorsitzender)
<http://www.aok-bv.de/impressum/index.html>

Aufsichtsbehörde:
Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege
und Gleichstellung –SenGPG–
Oranienstraße 106, 10969 Berlin

Redaktionelle Bearbeitung: Susanne Sollmann
Titelfoto: istock_Barcin

Nachdruck, Wiedergabe, Vervielfältigung und Verbreitung
(gleich welcher Art), auch von Teilen des Werkes,
bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung.

E-Mail: wido@wido.bv.aok.de
Internet: <http://www.wido.de>

Inhalt

Vorwort	4
1 Datengrundlage und Operationalisierung der untersuchten Settings	5
1.1 Datengrundlage und Limitationen	5
1.2 Abgrenzung der selbstorganisierten Pflegesettings	6
1.3 Leistungskombinationen in den jeweiligen Pflegesettings	8
2 Selbst organisierte Pflegesettings in Abgrenzung zu anderen ambulanten Versorgungsformen	11
2.1 Alters- und Geschlechtsverteilung je Setting	11
2.2 Pflegeschwere je Setting.....	13
2.3 Einschränkungen in den NBA-Modulbereichen und Empfehlungen des MD je Pflegesetting	15
2.4 Regionale Varianz je Pflegesetting.....	19
2.5 Zeitliche Verläufe je Pflegesettings.....	22
3 Gesundheitliche Versorgung in selbst organisierten Pflegesettings	27
3.1 Ambulant ärztliche Versorgung	27
3.2 Potenziell vermeidbare Krankenhausfälle	28
3.3 Potenziell kritischer Arzneimitteleinsatz	32
3.4 Heilmittelversorgung	35
4 Ausblick	37
Literaturverzeichnis	39
Abbildungsverzeichnis	40
Tabellenverzeichnis	42
Anhang	43

Vorwort

Die Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) hat sich in ihrem Beschluss vom Oktober 2022 im Zusammenhang mit der vorgesehenen Erhöhung des Pflegegeldes für eine wissenschaftliche Erhebung zur Wirkweise des Pflegegeldes ausgesprochen. Erhoben werden sollen die Inanspruchnahme und Verwendung des Pflegegeldes sowie Wechselwirkungen mit anderen Leistungen. Hierbei einzubeziehen sind ferner Fragen zur Weiterentwicklung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Ziel ist es, faktenbasiert weitere Überlegungen zum längerfristigen Umgang mit dem Pflegegeld treffen zu können (Beschlusslangfassung vom 24.10.2022). Mit der Erhebung beauftragt wurden Professor Thomas Klie von agp Sozialforschung Freiburg sowie Professor Andreas Büscher von der Hochschule Osnabrück. Geplant sind eine Literaturrecherche zum Pflegegeld und zu Care-Cash-Leistungen in Deutschland, Österreich und weiteren Ländern sowie die systematische Aufbereitung bereits bestehender Empirie zur Pflegegeldnutzung aus unterschiedlichen Befragungsstudien.

Die Studienautoren haben das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) gebeten, Analysen auf Basis von Abrechnungsdaten der AOK-Pflege- und Krankenkassen zum Themenfeld zu ergänzen. Die Ergebnisse sind im hier präsentierten Kurzbericht dargestellt. Einordnend ist zu betonen: Wirkanalysen liefert dieser Kurzbericht nicht. Deren Initiierung und Durchführung ist jedoch dringend geboten. Für Wirkanalysen allein auf Basis von Routinedaten bedarf es zum einen konsentierter über Routinedaten operationalisierbarer Endpunkte für die Wirksamkeit unterschiedlicher Pflegesettings bzw. Versorgungsformen. Ferner – und dies ist die eigentliche Herausforderung bei retrospektiven Designs, wie sie bei Routinedatenanalysen grundsätzlich vorliegen – müssen die Gruppe(n), deren Versorgungsendpunkte man betrachten möchte, strukturgleich und damit statistisch vergleichbar sein, damit Effekte einer Versorgungsform gemessen werden können.

Die präsentierten Ergebnisse verstehen sich insofern als Vorstudie für eine Analyse der Wirksamkeit des Pflegegeldes. Ziel der Analysen ist, eine deskriptive Bestandsaufnahme zu erarbeiten und damit eine erste empirische Grundlage für die Entwicklung eines geeigneten Studiendesigns der statistisch-komplexen und multivariaten Wirkanalyse inkl. relevanter und routendatenbasiert messbarer Endpunkte zu liefern. Entsprechende Forschungsfragen und Herausforderungen werden im Ausblick der Studie dokumentiert. Die Wirtschaftlichkeit von Pflegeleistungen in ihren spezifischen Kontexten sollte auch aufgrund der angespannten Finanzierungslage der gesetzlichen Pflegeversicherung verstärkt in den Blick genommen werden. Aufgrund fehlenden Wissens über Kosten-Nutzen-Aspekte besteht ansonsten die Gefahr, den Lösungsweg pauschaler Leistungskürzungen – direkt oder indirekt über unzureichende Leistungsdynamisierung – einzuschlagen. Denn auch wenn die soziale Pflegeversicherung (SPV) formal nach fünf Pflegegraden unterscheidet: Die Versorgungswirklichkeit ist wesentlich heterogener.

Berlin, im Januar 2024

Chrysanthi Tsiasioti

Susann Behrendt

Antje Schwinger

1 Datengrundlage und Operationalisierung der untersuchten Settings

1.1 Datengrundlage und Limitationen

Datengrundlage

Die Analysen basieren auf verschlüsselten Abrechnungsdaten der AOK aus den Jahren 2017 bis 2021. Für die soziale Pflegeversicherung (SPV) steht dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) ein bundesweiter Datensatz zur Verfügung. Diesen Daten ist der Personenbezug entzogen, sie können aber sowohl jahresübergreifend als auch in Kombination mit weiteren im WiDO vorliegenden Abrechnungsinformationen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)¹ analysiert werden. Erstmals gehen in die präsentierten Analysen auch anonymisierte versichertenbezogene Informationen aus den Pflegeeinstufungen des Medizinischen Dienstes (MD) nach § 18 SGB XI ein.

Standardisierung

Für die Standardisierung der AOK-Routinedaten wurde die amtliche Statistik über die Versicherten der GKV (KM 6) mit dem Erhebungsstichtag 1. Juli eines Jahres verwendet. Die Darstellung der AOK-Routinedaten erfolgt demnach so, als würden die AOK-Versicherten bezogen auf Fünf-Jahres-Altersklassen die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur wie die gesamte gesetzlich krankenversicherte Bundesbevölkerung aufweisen. Verzerrungen der Ergebnisse durch Alters- und Geschlechtsunterschiede zwischen AOK- und GKV-Population sind damit ausgeglichen und die Übertragbarkeit der Informationen wird erhöht. Für andere Einflussgrößen auf die Inanspruchnahme von Pflege- oder Gesundheitsleistungen gilt dies nicht.

Studienpopulation

Einbezogen werden die Datenjahre 2017 bis 2021 mit jährlich zwischen rund 1 Mio. (2017) und 1,6 Mio. (2021) ambulant versorgten Pflegebedürftigen. Pflegebedürftige, die im jeweiligen Betrachtungszeitraum gemäß § 43 SGB XI vollstationär versorgt wurden, sind nicht Bestandteil der Analyse. Ebenso gehen Pflegebedürftige mit pauschalen Leistungen in Einrichtungen der Behinderten- und Eingliederungshilfe (§ 45a SGB XI) nicht ein.

Die Analysen zu Pflegebedürftigen mit erstmaliger MD-Prüfung (sogenannte inzidente Kohorten, Abschnitte 2.3 und 2.5) im vorliegenden Kurzbericht betrachten die Datenjahre 2017 bis 2019. Das Jahr 2020 wird aus Gründen der pandemiebedingt veränderten Prüfungen nicht herangezogen, das Datenjahr 2021 liegt dem WiDO noch nicht vollständig vor. Diese inzidente Kohorte auf MD-Datenbasis umfasst zwischen 2017 und 2019 rund 304.000 (2017) bis 294.000 (2019) Pflegebedürftige (GKV-standardisiert).

¹ Daten der Leistungsarten nach §§ 37, 295, 300, 301, 302 SGB V und § 28 SGB XI und Versichertenstammdaten § 288 SGB V

Limitationen

Für die Datenjahre 2020 und 2021 ist zu berücksichtigen, dass die Covid-19-Pandemie die ansonsten über die Jahre relativ konstanten Inanspruchnahmestrukturen und damit einhergehende dokumentierte Abrechnungsinformationen und Diagnosen wesentlich verändert hat. Für alle dargelegten Analysen gilt insofern, dass die Effekte der Pandemie bei der Interpretation der beschriebenen Versorgungsaspekte und insbesondere der beobachteten Veränderungsraten zum Vorjahr zu berücksichtigen sind.

Ferner sind in Routinedaten nicht alle Informationen enthalten, die für die Beantwortung von Fragestellungen im Kontext selbstorganisierter Pflegesettings von Interesse wären. Neben sozioökonomischen Aspekten (wie Bildungsstand und Einkommen) sind dies insbesondere Informationen über das Pflegenetzwerk, die häusliche Wohnsituation (Barrierefreiheit etc.) und – ganz wichtig – ob es sich um Haushalte mit einem Live-in-Arrangement (24-Stunden-Pflege) handelt. Solche Haushalte können sich in allen vier in dieser Untersuchung differenzierten Settings verbergen, aber nicht isoliert betrachtet werden.

Mit Blick auf konkrete Leistungen der Pflegeversicherung ist ferner auf folgende Unschärfen hinzuweisen: Informationen, ob und wann Versicherte eine Pflegeberatung nach § 7a SGB XI erhalten haben, sind in den dem WIdO verfügbaren Abrechnungsdaten ebenso wenig enthalten wie Informationen zu möglichen Umwidmungen der Kurz- und Verhinderungspflege.

Keine Aussagen zu Wirkungen

Die Vergleiche der ambulanten Pflegesettings sind vorrangig beschreibend. Schließende Analysen sind methodisch nicht angelegt. Aussagen zur Wirkung von z. B. ausschließlich selbst organisierten Settings auf die Stabilität der Settings oder auf die gesundheitliche Versorgung sind auf Grundlage der Ergebnisse nicht möglich.

1.2 Abgrenzung der selbstorganisierten Pflegesettings

Für die Studie wird differenziert nach Pflegehaushalten (hier „Versorgungssettings“ genannt), die allein auf familiäre und solche, die auf beruflich/professionell Pflegende zurückgreifen. Ferner bilden Pflegebedürftige mit Grad 1 eine separate Subgruppe („Typ I: Grad 1“). Die vier Versorgungssettings sind wie folgt operationalisiert (Tabelle 1):

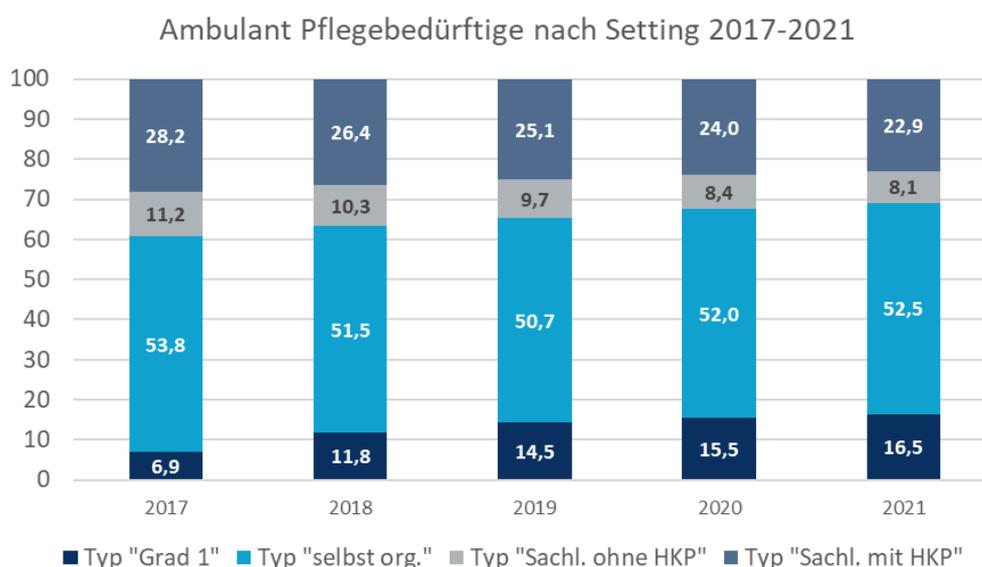
- Typ II („selbst org.“) umfasst selbstorganisierte Pflegesettings, in denen neben Pflegegeldbezug (§ 37 SGB XI) ausschließlich noch Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) oder Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag (§ 45b SGB XI, Entlastungsbetrag) genutzt werden.
- Pflegehaushalte, die Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst erhalten – sei es als Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI), als reine Sachleistung (§ 36 SGB XI) oder GKV-finanziert in Form von medizinischer Behandlungspflege nach § 37 SGB V (HKP) – oder aber über Tagespflege (§ 41 SGB XI) oder Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) in Kontakt mit professioneller Pflege stehen, sind als Typ III („Sachl. ohne/mit HKP“) zusammengefasst. Je nachdem, ob HKP genutzt wird oder nicht, wird nach Sachleistungstyp IIIa und IIIb differenziert.

Tabelle 1: Definition der analysierten ambulanten Pflegesettings – Operationalisierung „selbst organisierte Pflege“

Typ I: Pflegegrad 1	Typ II: Selbst organisierte Pflege	Typ III: Sachleistungsempfänger (Pflege mit professioneller Unterstützung)	
		Typ IIIa: ohne HKP	Typ IIIb: mit HKP
mind. 1 Tag Bewilligung des Pflegegrad 1 im Quartal (unabhängig von weiteren Leistungsbezügen) – ohne PG1, die vollstationäre Leistungen beziehen	mind. 1 Tag Bezug von Pflegegeld nach §37 SGB XI im Quartal und <u>keine</u> weitere Leistung nach §36, §38, §38a §41, §42 SGB XI oder HKP nach §37 SGB V und NICHT PG 1	mind. 1 Tag Bezug von Sach- oder Kombinationsleistung nach §36 bzw. §38, §38a, §41, §42 SGB XI nach §37 SGB V im Quartal und NICHT PG 1	
	UND kein Bezug von HKP	UND kein Bezug von HKP	UND mind. 1 Tag Bezug von HKP
	mind. 1 Tag Bezug von §39 und §45b möglich	mind. 1 Tag Bezug von §39 und §45b möglich	
ohne §43a SGB XI	ohne §43a SGB XI	ohne §43a SGB XI	

Abbildung 1 zeigt die Verteilung der in die Studie einbezogenen ambulant Pflegebedürftigen auf die Settings. Mehr als die Hälfte (52,5 %) der ambulant Versorgten sind dies demnach in rein selbst organisierten Pflegearrangements. Fast jede dritte Person (31,0 %) ist in formalen Settings zu verorten, rund zwei von drei beziehen GKV-finanzierte HKP-Leistungen. Im zeitlichen Verlauf zeigt sich deutlich die Zunahme der Pflegehaushalte mit einem Schweregrad 1 (Typ I), parallel hierzu sinkt der Anteil derjenigen mit Sachleistungsbezug (Typ III).

Abbildung 1: Häufigkeit der definierten Pflegesettings 2017–2021



Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6

1.3 Leistungskombinationen in den jeweiligen Pflegesettings

Innerhalb der definierten Pflegetypen überwiegen spezifische Inanspruchnahmemuster. Tabelle 2 zeigt auf, welche weiteren Leistungen Pflegebedürftige mit Grad 1 nutzen. 2,6 % der insgesamt 16,5 % Typ-I-Pflegebedürftigen nutzen Leistungen der HKP (§ 37 SGB V), 6,1 % den Entlastungsbetrag nach § 45b.

Tabelle 2: Leistungskombinationen innerhalb des Typ I „Grad 1“ im Durchschnitt der Quartale 2021

PG1	§ 36	§ 37 SGB V	§ 37	§ 38a	§ 39	§ 41	§ 42	§ 45b	Anteil in %
1	0	0	0	0	0	0	0	0	9,4
1	0	0	0	0	0	0	0	1	4,5
1	0	1	0	0	0	0	0	1	1,6
1	0	1	0	0	0	0	0	0	1,0
Insgesamt von allen ambulant Pflegebedürftigen									16,5

Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6;
0 = nein, 1 = ja

© WiDO 2024

In den ausschließlich selbst organisierten Pflegesettings nutzen 34,5 % der 52,5 % keinerlei weitere Leistungen der Pflegeversicherung, rund 8,9 % den Entlastungsbetrag und insgesamt mit 9,1 % ebenso viele die Verhinderungspflege (Tabelle 3).

Tabelle 3: Leistungskombinationen innerhalb des Typ II „Selbst organisierte Pflege“ im Durchschnitt der Quartale 2021

PG1	§ 36	§ 37 SGB V	§ 37	§ 38a	§ 39	§ 41	§ 42	§ 45b	Anteil in %
0	0	0	1	0	0	0	0	0	34,5
0	0	0	1	0	0	0	0	1	8,9
0	0	0	1	0	1	0	0	0	5,3
0	0	0	1	0	1	0	0	1	3,8
Insgesamt von allen ambulant Pflegebedürftigen									52,5

Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6;
0 = nein, 1 = ja

© WiDO 2024

Deutlich heterogener wird der Leistungsbezug im Typ III (Tabelle 4) Die überwiegende Mehrzahl der Pflegebedürftigen im Sachleistungssetting ohne HKP-Leistung (Typ IIIa) (7,2 %, bezogen auf alle ambulant Pflegebedürftigen) empfangen Kombinationsleistungen, d. h. sie erhalten auch Pflegegeld (§ 37 SGB XI). Häufig

(5,6 %) genutzt wird ferner der Entlastungsbetrag (§ 45b SGB XI); alle übrigen Leistungskombinationen sind eher selten.

Tabelle 4: Leistungskombinationen innerhalb des Typ IIIa „Pflege mit professioneller Unterstützung ohne HKP“ im Durchschnitt der Quartale 2021

PG1	§ 36	§ 37 SGB V	§ 37	§ 38a	§ 39	§ 41	§ 42	§ 45b	Anteil in %
0	1	0	1	0	0	0	0	1	2,5
0	1	0	1	0	0	0	0	0	1,6
0	0	0	1	0	0	1	0	1	0,8
0	1	0	1	0	1	0	0	1	0,6
0	1	0	0	0	0	0	0	1	0,6
0	0	0	1	0	0	0	1	1	0,3
0	1	0	1	0	0	1	0	1	0,2
0	1	0	0	0	0	0	0	0	0,2
0	0	0	1	0	1	1	0	1	0,2
0	1	0	1	0	1	0	0	0	0,2
Sonstige Kombinationen									1,9
Insgesamt von allen ambulant Pflegebedürftigen									8,1

Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM6;
0 = nein, 1 = ja

© WIdO 2024

Bei der Gruppe der Sachleistungsempfängenden mit HKP Typ IIIb (Tabelle 5) verhält es sich ähnlich: Die überwiegende Mehrzahl nutzt auch das Pflegegeld (19,1 %, bezogen auf alle ambulant Pflegebedürftigen) und auch hier ist mit 15,7 % der Entlastungsbetrag die häufigste Ergänzung. Die einzige weitere von der Häufigkeit relevante Ergänzungsleistung in diesem Setting ist die Verhinderungspflege mit insgesamt 4,2 % Nutzenden.

Tabelle 5: Leistungskombinationen innerhalb des Typ IIIb „Pflege mit professioneller Unterstützung mit HKP“ im Durchschnitt der Quartale 2021

PG1	§ 36	§ 37 SGB V	§ 37	§ 38a	§ 39	§ 41	§ 42	§ 45b	Anteil in %
0	1	1	1	0	0	0	0	1	5,0
0	0	1	1	0	0	0	0	0	3,5
0	0	1	1	0	0	0	0	1	3,1
0	1	1	1	0	0	0	0	0	2,2
0	1	1	0	0	0	0	0	1	2,1
0	1	1	1	0	1	0	0	1	1,4
0	0	1	1	0	1	0	0	1	1,1
0	1	1	1	0	0	1	0	1	0,6
0	1	1	0	0	0	0	0	0	0,5
0	0	1	1	0	1	0	0	0	0,5
Sonstige Kombinationen									3,1
Insgesamt von allen ambulant Pflegebedürftigen									22,9

Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM6;
0 = nein, 1 = ja

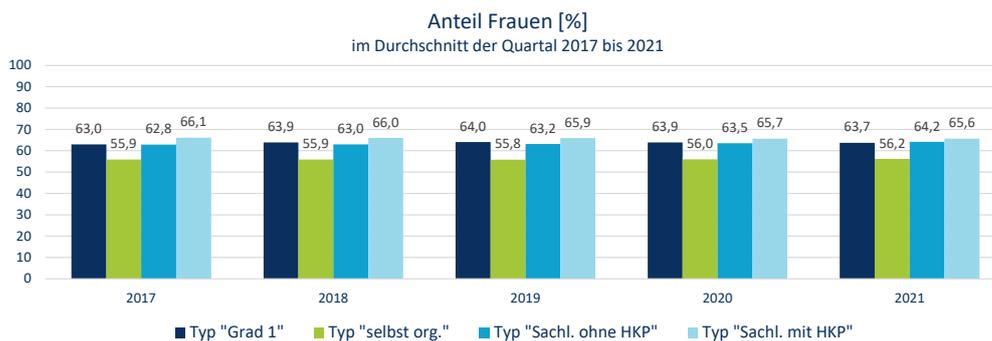
© WIdO 2024

2 Selbst organisierte Pflegesettings in Abgrenzung zu anderen ambulanten Versorgungsformen

2.1 Alters- und Geschlechtsverteilung je Setting

Die Mehrzahl der in der Häuslichkeit versorgten Pflegebedürftigen sind weiblich. Während in der selbst organisierten Pflege mit 56 % der geringste Anteil an Frauen im Jahr 2021 findet, belaufen sich die Anteile bei Pflegebedürftigen mit Grad 1 (Typ I) sowie bei jenen mit Sachleistungen ohne (Typ IIIa) bzw. mit HKP (Typ IIIb) auf 64 % bis 66 % (Abbildung 2). Was auf dem ersten Blick ebenso deutlich wird: Diese Anteile je Setting bleiben im Zeitverlauf stabil, hier bezogen auf die Jahre 2017 bis 2021.

Abbildung 2: Anteil Frauen unter den ambulant Pflegebedürftigen nach Setting im Durchschnitt der Quartale 2017–2021

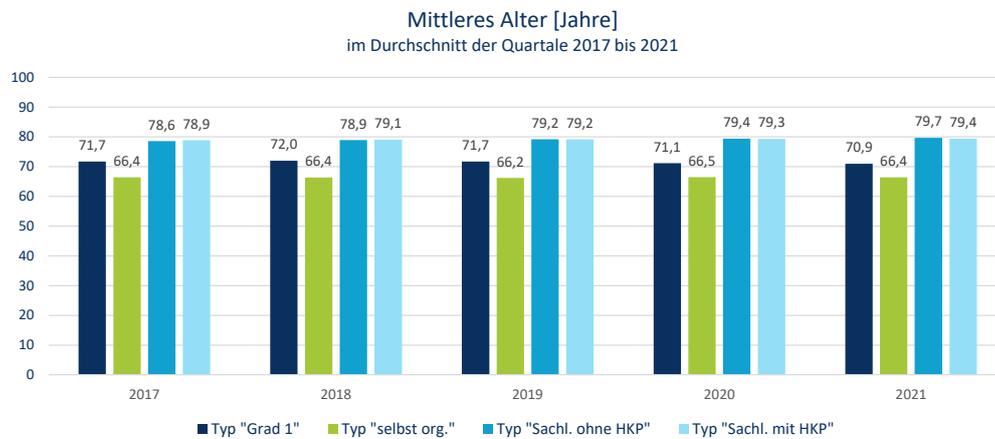


Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6

© WIDO 2024

Jene Pflegebedürftigen, die ausschließlich Pflegegeld empfangen, weisen nicht nur den geringsten Anteil an Frauen auf, sondern markieren auch in Bezug auf das Alter den unteren Punkt der Skala (Abbildung 3). Sie waren im Jahr 2021 im Schnitt knapp 66 Jahre alt, Sachleistungsempfangende mit und auch ohne HKP waren im gleichen Berichtsjahr im Schnitt 13 bis 14 Jahre älter. Veränderungen bzw. Verschiebungen hinsichtlich des Durchschnittsalters der Betroffenen lassen sich nicht ausmachen, die Werte bleiben in den betrachteten fünf Jahren nahezu konstant.

Abbildung 3: Durchschnittsalter der ambulant Pflegebedürftigen nach Setting im Durchschnitt der Quartale 2017–2021



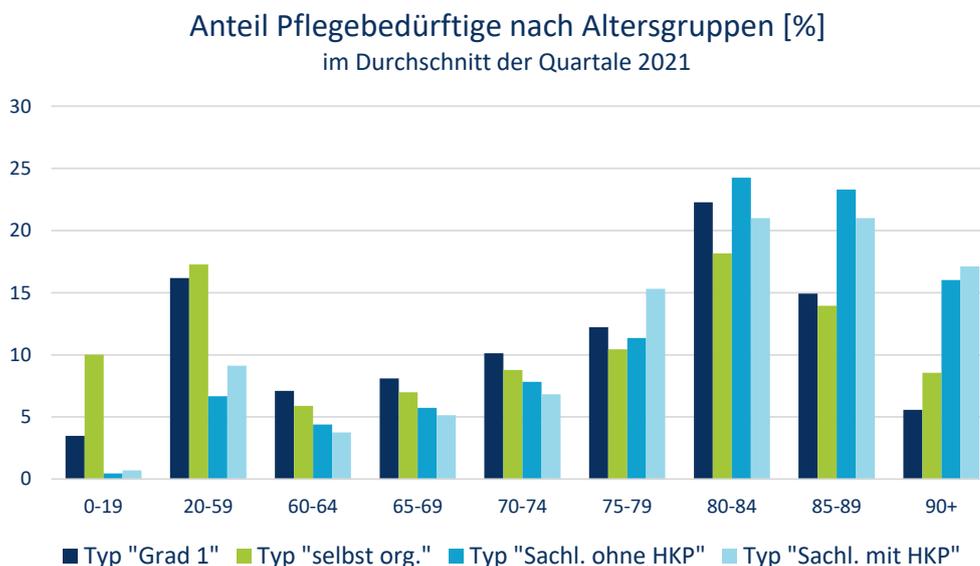
Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM6

© WIdO 2024

Die relativ ähnliche Altersstruktur bei den Sachleistungsempfängenden mit und ohne HKP bestätigt auch Abbildung 4 (2021): Während jeweils lediglich knapp 1 % maximal 19 Jahre alt ist, gehören 64 % (ohne HKP) bzw. 59 % (mit HKP) der Sachleistungsempfängenden zu der hochbetagten Gruppe der mindestens 80-Jährigen. Anders sieht es bei den Pflegebedürftigen aus, die lediglich Pflegegeld erhalten und die Pflege ansonsten selbst organisieren: Ein Zehntel von ihnen ist unter 20 Jahre alt, „nur“ vier Zehntel 80 Jahre oder älter (Abbildung 4). In diesem Setting der selbst organisierten Pflege ist demgegenüber der Anteil an unter 65-Jährigen dreimal so hoch wie in der Gruppe der Sachleistungsempfängenden ohne HKP (33,2 % versus 11,5 %).

Fazit: Pflegebedürftige in rein selbst organisierten Settings sind per se wesentlich jünger als jene in Vergleichssettings. Einzig Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 (Typ I) fallen hier heraus – sie sind ebenfalls eine eher junge Gruppe (Abbildung 4).

Abbildung 4: Ambulant Pflegebedürftige nach Altersgruppen je Setting im Durchschnitt der Quartale 2021



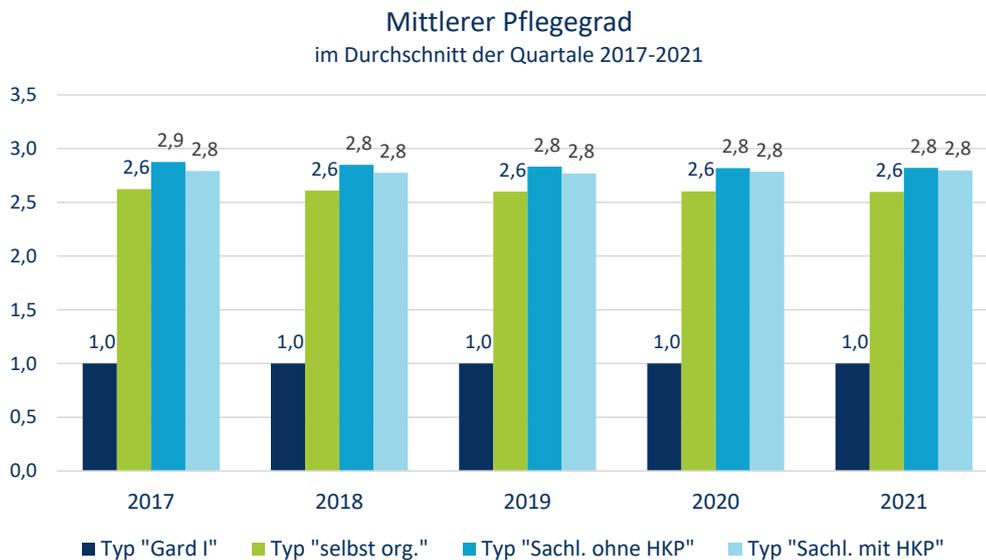
Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6

© WIdO 2024

2.2 Pflegeschwere je Setting

Einen weiteren interessanten Befund liefert Abbildung 5: Ganz gleich, ob die pflegebedürftige Person Sachleistungen (plus ggf. häusliche Krankenpflege) erhält oder lediglich Pflegegeld bezieht, die mittlere Pflegeschwere – in Form des durchschnittlichen Pflegegrads – ist nahezu die gleiche. Und: sie veränderte sich auch nicht in den Jahren 2017 bis 2021. Seit 2017 existieren mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs fünf Pflegegrade. Bei allen drei Settings in Abbildung 5 beläuft sich der Durchschnitt auf knapp Pflegegrad 3 in jedem einzelnen Jahr und bei jeder Gruppe. Bei Pflegebedürftigen mit Pflegegrad 1 liegt der Durchschnittswert natürlich qua Definition konstant bei 1.

Abbildung 5: Durchschnittliche Pflegeschwere der ambulant Pflegebedürftigen nach Setting im Durchschnitt der Quartale 2017–2021

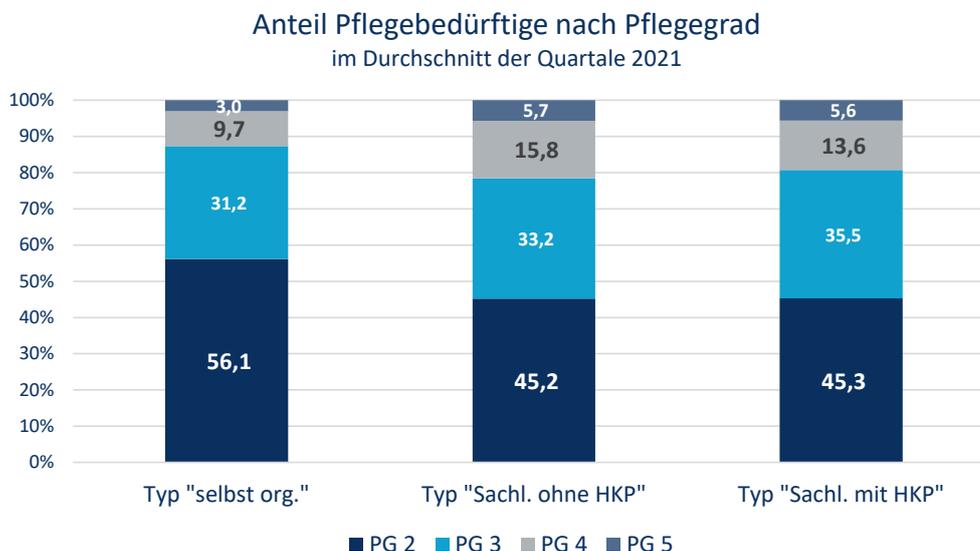


Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM6

© WIdO 2024

Der Eindruck eines gleichen Niveaus der mittleren Pflegeschwere bei Pflegegeldempfangenden sowie Sachleistungsempfangenden mit und ohne HKP verändert sich bei genauerem Blick auf die Verteilung der Pflegegrade je Setting. Basis sind auch hier die Daten aus dem Berichtsjahr 2021 (im Durchschnitt der Quartale). So erscheint – gemessen an den Pflegegraden als potenziellen Proxy für den Gesundheitszustand – die Gruppe jener Pflegebedürftigen, die ihre Pflege selbst organisieren, wesentlich gesünder. Während hier knapp 13 % schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit (mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung) aufweisen, entfallen in den beiden Vergleichssettings jeweils ca. ein Fünftel auf diese Pflegegrade 4 und 5 (ohne HKP: 21,5 %; mit HKP: 19,2 %).

Abbildung 6: Anteil ambulant Pflegebedürftige nach Pflegegrad ja Setting im Durchschnitt der Quartale 2021



Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6

© WIdO 2024

2.3 Einschränkungen in den NBA-Modulbereichen und Empfehlungen des MD je Pflegesetting

Das Ausmaß an Pflegebedürftigkeit drückt sich seit 2017 in fünf Pflegegraden aus und beschreibt das Maß an selbstständiger Alltagsbewältigung auf der einen Seite und dem Maß an erforderlicher Unterstützung in definierten Bereichen auf der anderen Seite. Je höher der Pflegegrad, umso stärker beeinträchtigt sind die Betroffenen in ihrer Selbstständigkeit und damit umso stärker liegen kognitive, psychische und auch soziale Einschränkungen vor.

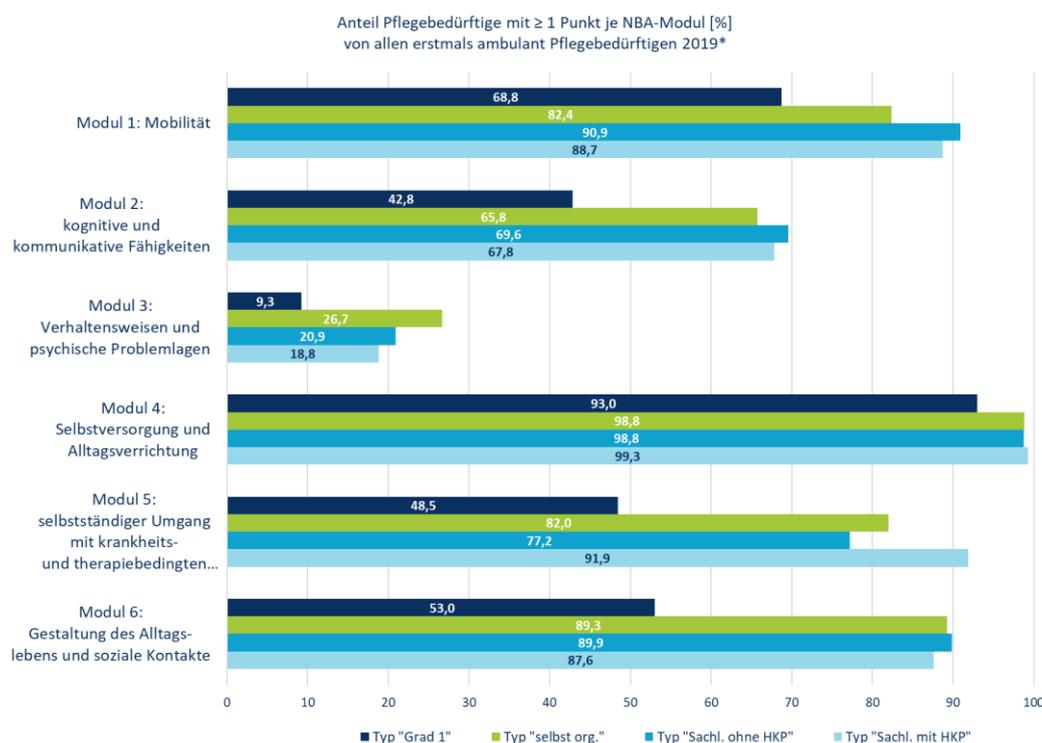
Um eine Pflegebedürftigkeit bei einer oder einem Betroffenen festzustellen, erfolgt eine sogenannte Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD). Das Neue Begutachtungsassessment – kurz NBA – sieht die Ermittlung von Informationen bzw. Bewertung der vorliegenden Fähigkeiten und Bedarfe auf Basis von sechs Modulen vor (§ 15 SGB XI). Für jedes dieser in Abbildung 7 aufgeführten Module berechnet das NBA einen Summenwert ebenso wie einen gewichteten Punktwert, der sicherstellt, dass sich bspw. das Modul 4 „Selbstversorgung und Alltagsverrichtung“ am stärksten im Ergebnis widerspiegelt. Bei Modul 2 ist zusätzlich geregelt, dass nur jenes der beiden Module mit der höchsten Punktzahl (und dann auch gewichtet) einget²

Abbildung 7 gibt einen Überblick über die MD-Pflegebegutachtungen gemäß NBA bei den neu in die Pflege eingetretenen Personen für das Berichtsjahr 2019. Zu entnehmen ist der Anteil der Pflegebedürftigen mit Grad 1, Pflegegeld sowie mit Sachleistungen plus bzw. ohne HKP, die in den entsprechenden Modulen mindestens einen Punkt und

² Siehe Richtlinien des Medizinischen Dienstes Bund zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI Stand 2023 unter https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/BRi_Pflege_29092023.pdf

damit entsprechende Einschränkungen in diesem Bereich aufwiesen (rohe Punktzahl, 2019). Die Jahre 2020 und 2021 sind hier bewusst nicht dargestellt, weil von pandemiebedingten Verzerrungen auszugehen ist (u. a. Reduzierung der Begutachtungen, telefonische Begutachtung).

Abbildung 7: Anteil Pflegebedürftige mit mind. 1 Punkt je NBA-Modul je Setting von allen erstmals ambulant Pflegebedürftigen 2019 in %



Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM6

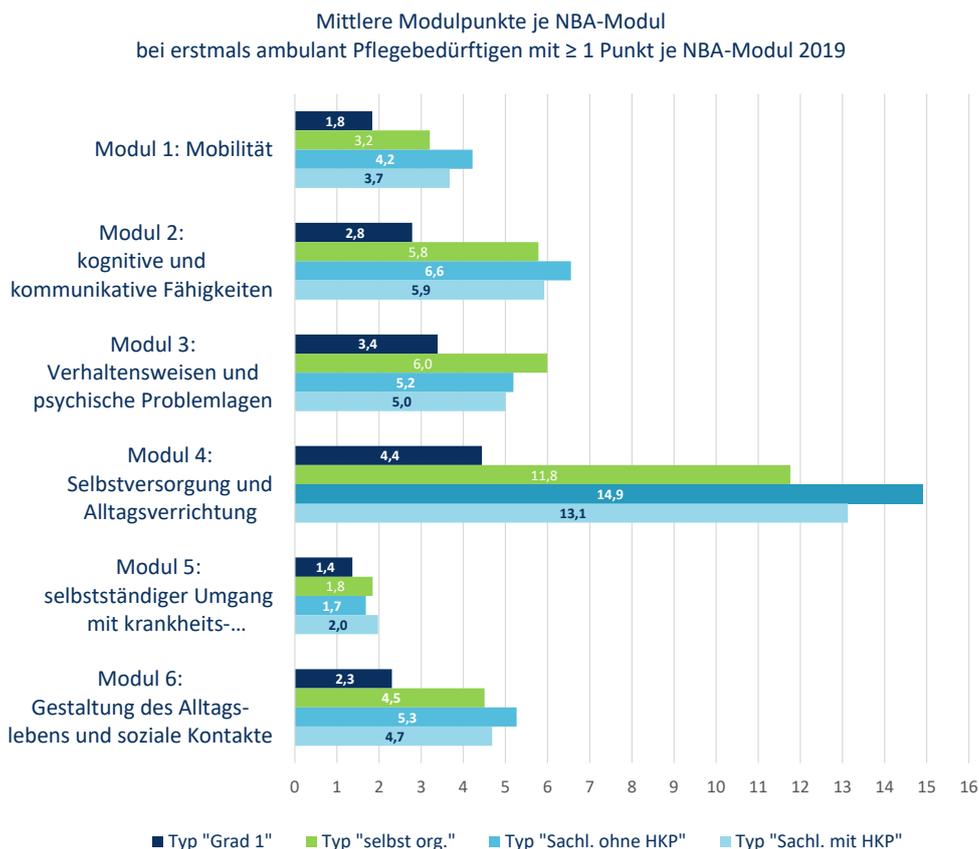
© WIdO 2024

Deutlich wird im Allgemeinen: So gut wie jede pflegebedürftige Person weist Defizite im Modul 4 mit Kriterien zur Selbstversorgung und Alltagsbewältigung auf. Der geringste Anteil zeigt sich hier bei Menschen mit Pflegegrad 1 (93,0 %). Von den Pflegebedürftigen, die Pflegegeld beziehen und ansonsten die Versorgung selbstständig organisieren, sind hier rund 99 % betroffen. Wesentlich seltener liegen in dieser Gruppe Beeinträchtigungen im Modul 3 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ vor: Rund ein Viertel (26,7 %) kennzeichnen hier Defizite. Obwohl dieses Modul die modulvergleichend geringsten Werte bei allen Settings aufweist, liegen die Anteile bei Grad-1-Pflegebedürftigen mit 9 % wesentlich niedriger, gefolgt von den Werten der Sachleistungsempfängenden mit HKP (18,8 %) und ohne HKP (20,9 %) (Abbildung 7).

Abbildung 8 bestätigt für das Jahr 2019, dass erstmals ambulant Pflegebedürftige, die Pflegegeld und sonst keine weiteren Leistungen empfangen, bei vier von sechs Modulen geringere Defizite im Vergleich zu den Sachleistungsempfängenden aufweisen (Abbildung 8). Am stärksten ist diese Differenz bei Modul 1 – Mobilität sowie bei Modul 4 – Selbstversorgung und Alltagsverrichtung zu sehen. Wiederum etwas häufiger bei Pflegegeldbeziehenden im selbst organisierten Setting sind kritische

Verhaltensweisen und psychische Problemlagen dokumentiert (6,0 % versus 5,2 % Sachleistungsempfänger ohne HKP bzw. 5,0 % mit HKP). Auf erstmals ambulant Pflegebedürftige mit Grad 1 entfallen erwartungskonform bei allen Modulen des NBA die niedrigsten durchschnittlichen Punkte.

Abbildung 8: Durchschnittliche Modulpunktzahl je NBA Modul bei erstmals ambulant Pflegebedürftigen mit mind. 1 Punkt je NBA Modul je Setting 2019

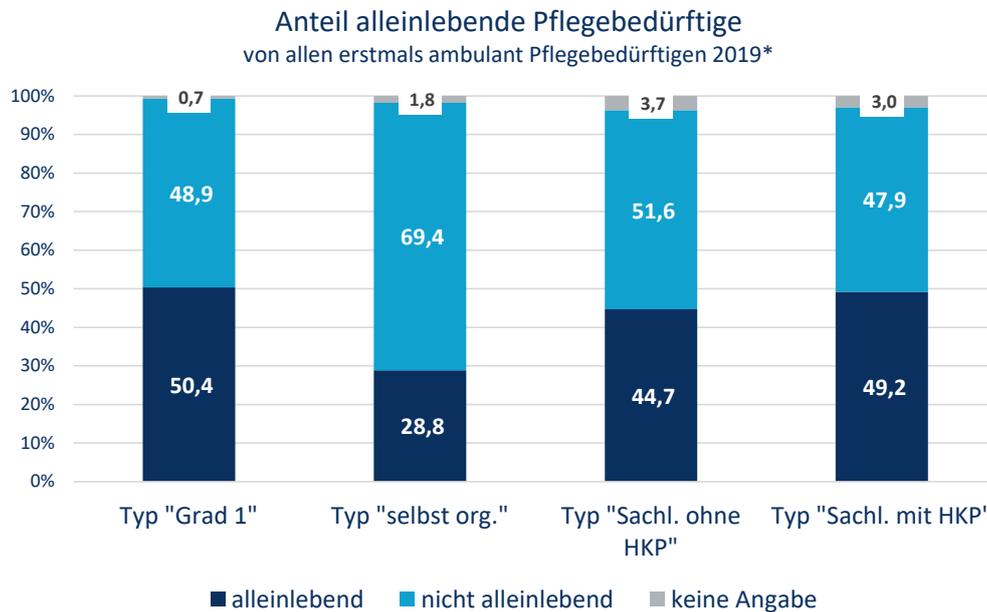


Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6

© WIdO 2024

Was in diesem Kontext ebenfalls zu vermuten ist, bestätigt ferner Abbildung 9: Jene erstmals ambulant Pflegebedürftigen, die Pflegegeld beziehen und ansonsten die Versorgung selbstständig organisieren, leben wesentlich seltener allein. Zwei von drei Pflegegeld-Empfängerinnen leben mit weiteren Personen im Haushalt zusammen, rund 29 % demgegenüber allein. In den anderen hier betrachteten Settings zählen 45 % bis 50 % zu den Alleinlebenden gemäß MD-Begutachtungsinformationen.

Abbildung 9: Anteil alleinlebende Pflegebedürftige nach Setting von allen erstmals ambulant Pflegebedürftigen 2019*, in %



Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6

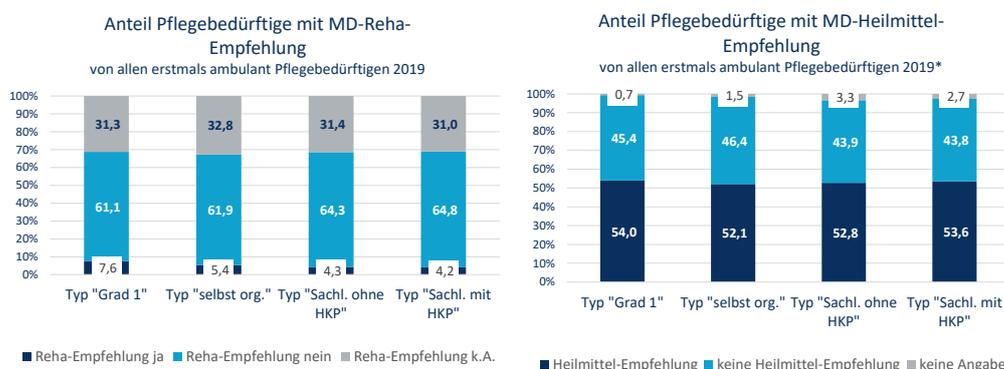
© WIdO 2024

Der MD kann im Rahmen des NBA eine Empfehlung für eine Rehabilitation oder auch für Heilmittel dokumentieren. Abbildung 10 unterstreicht zunächst in einer recht globalen Betrachtung, dass die Pflegegeldempfangenden mit selbst organisierter Versorgung nicht sonderlich häufiger eine Reha-Empfehlung (5,4 %) erhalten als die Sachleistungsempfangenden (ohne HKP: 4,3 %, mit HKP: 4,2 %). Unabhängig vom Setting der Versorgung findet sich demgegenüber bei zwei Drittel der analysierten Pflegebedürftigen im Jahr 2019 keine Empfehlung für eine Rehabilitation. Bei einem Drittel findet sich keine Angabe.

Viel häufiger spricht der MD im NBA-Kontext eine Heilmittel-Empfehlung aus. In etwa die Hälfte der Pflegebedürftigen in Abbildung 10 weist diese im Jahr 2019 auf. Interpretierungswürdige Unterschiede der Anteile zwischen den Settings lassen sich nicht ausmachen. Wichtig: dass die Empfehlungen so gleich verteilt bzw. ähnlich häufig bei Pflegebedürftigen der avisierten Settings ausfallen, lässt nicht auf die tatsächliche Inanspruchnahme der empfohlenen Reha bzw. Heilmittel, d. h. die Realisierung der Empfehlung, schließen. Hier sind Abweichungen der Realisierung/Inanspruchnahme von der Empfehlungshäufigkeit bereits über den Bericht des GKV-SV nach § 18a SGB XI³ dargelegt und zudem settingspezifische Differenzen durchaus erwartbar.

³ https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen__formulare/pflege_berichte/2022_3/2023-08-31_Bericht_Reha-Empfehlungen_18a.pdf

Abbildung 10: Anteil Pflegebedürftige mit MD-Empfehlung für Reha bzw. Heilmittel nach Setting von allen erstmals ambulant Pflegebedürftigen 2019*



Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6;

© WIdO 2024

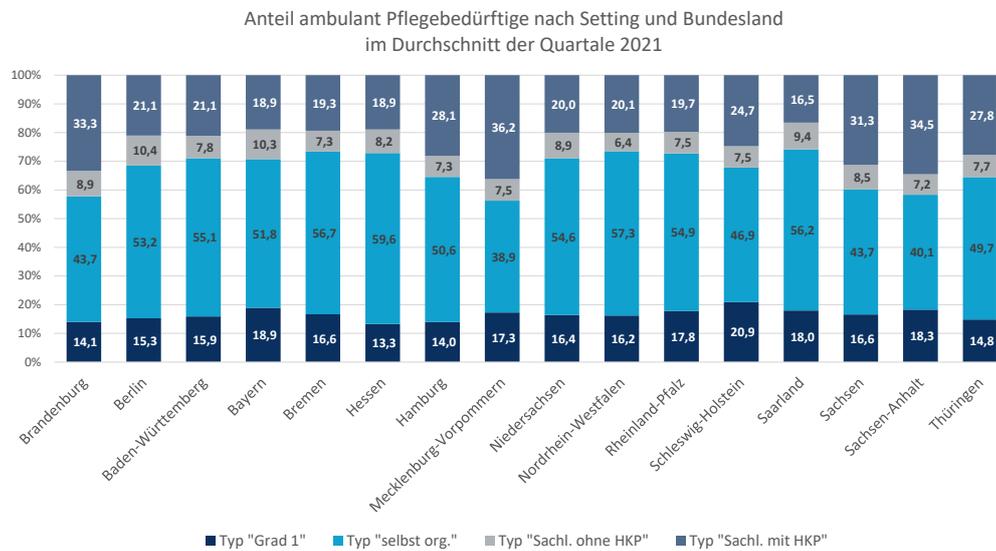
2.4 Regionale Varianz je Pflegesetting

Im Rahmen der Deskription der Pflegebedürftigen der verschiedenen Versorgungssettings stellt sich auch die Frage nach einer regionalen Varianz der Häufigkeit von Pflegegeld-Empfängenden im Vergleich zu jenen mit Pflegegrad 1 und ebenso zu den Sachleistungsempfängenden. Hierbei liefert Abbildung 11 zunächst zwei eindrückliche Befunde. Zunächst: Die Annahme einer regionalen Varianz bestätigt sich. Und: Es zeigt sich ein deutlicher West-Ost-Unterschied. Die Top 5 der höchsten Anteile an Pflegebedürftigen mit Pflegegeld und ansonsten selbst organisierter Versorgung im Jahr 2021 finden sich in Hessen (59,6 %), Nordrhein-Westfalen (57,3 %), Bremen (56,7 %), im Saarland (56,2 %) und in Baden-Württemberg (55,1 %). Am anderen Ende des Rankings weisen nahezu ausschließlich (mit einer Ausnahme) die sogenannten neuen Bundesländer deutlich niedrigere Werte auf, allen voran Mecklenburg-Vorpommern mit 39 % Pflegebedürftigen mit selbst organisierter Versorgung, gefolgt von Sachsen-Anhalt (40,1 %), Brandenburg (43,7 %) und Sachsen (43,7 %) sowie Schleswig-Holstein (46,9 %). Ein höherer bzw. niedrigerer Anteil dieser Versorgungsart schlägt sich in Abbildung 11 vor allem in einem niedrigeren bzw. höheren Anteil der Sachleistungsempfängenden mit HKP nieder.

Stellt man alle Bundesländer so dar, als wäre die Alters- und Geschlechtsverteilung der ambulant Pflegebedürftigen in allen Bundesländern gleich und zudem wie über die amtliche Statistik PG2⁴ für alle gesetzlich Versicherten bekannt, ändert sich zwar das Niveau der Unterschiede, letztlich bleibt das Bild aber bestehen (Abbildung 12).

⁴ BMG 2023 Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Geschlecht abrufbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>

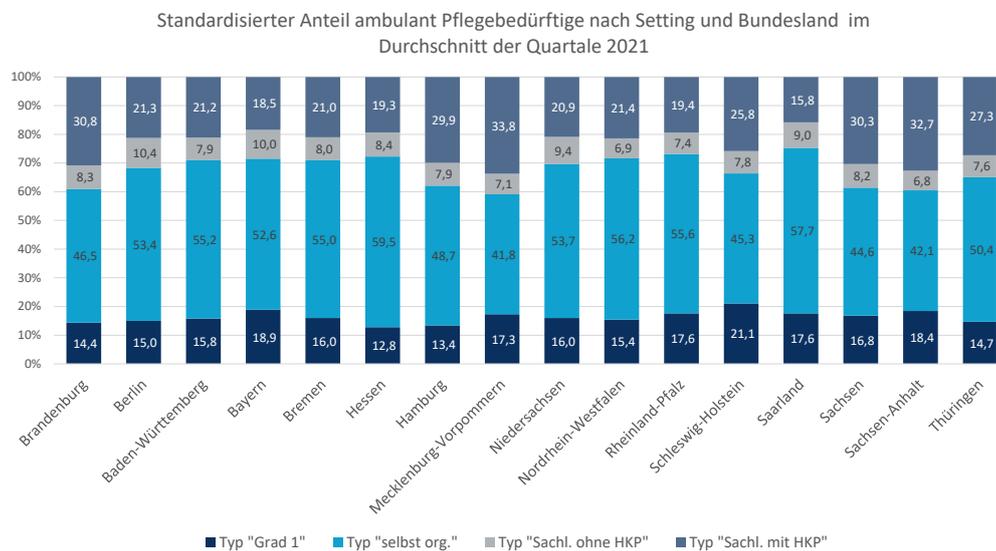
Abbildung 11: Anteil ambulant Pflegebedürftige nach Setting und Bundesland im Durchschnitt der Quartale 2021



Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6

© WiO 2024

Abbildung 12: Alters- und geschlechtsstandardisierter Anteil ambulant Pflegebedürftiger nach Setting und Bundesland im Durchschnitt der Quartale 2021



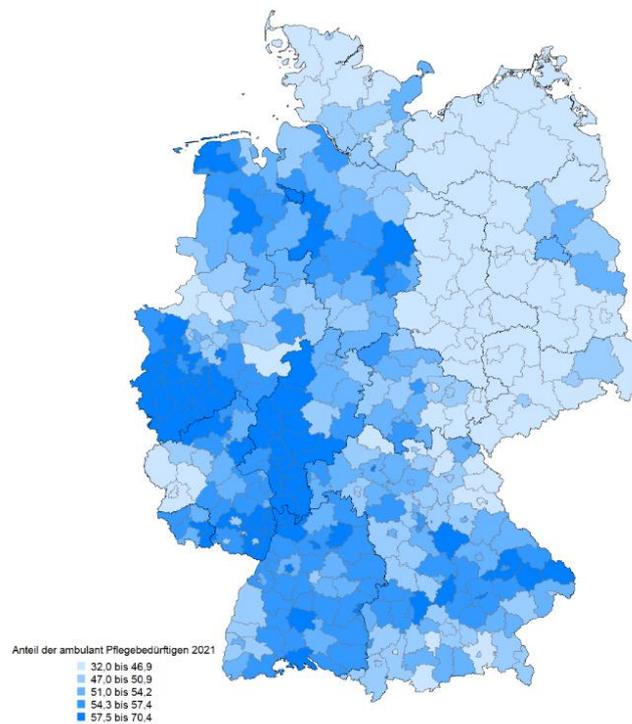
Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6 und PG 2

© WiO 2024

Die kartographische Auflösung der Häufigkeit von Pflegegeldempfangenden an allen ambulant Pflegebedürftigen auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte für das Jahr 2021 unterstreicht diese ausgeprägte regionale Schwankungsbreite (Abbildung 13). Während in einem Fünftel aller Kreise 32 % bis 47 % der Pflegebedürftigen im ambulanten Setting ausschließlich Pflegegeld beziehen, beläuft sich dieser Anteil in

einem weiteren Fünftel aller Kreise auf 58 % bis 70 %. Das West-Ost-Gefälle ist deutlich erkennbar.

Abbildung 13: Anteil Pflegebedürftige mit Pflegegeld, die sich ansonsten selbst organisiert versorgen (Typ II), an allen ambulant Pflegebedürftigen nach Kreis im Durchschnitt der Quartale 2021



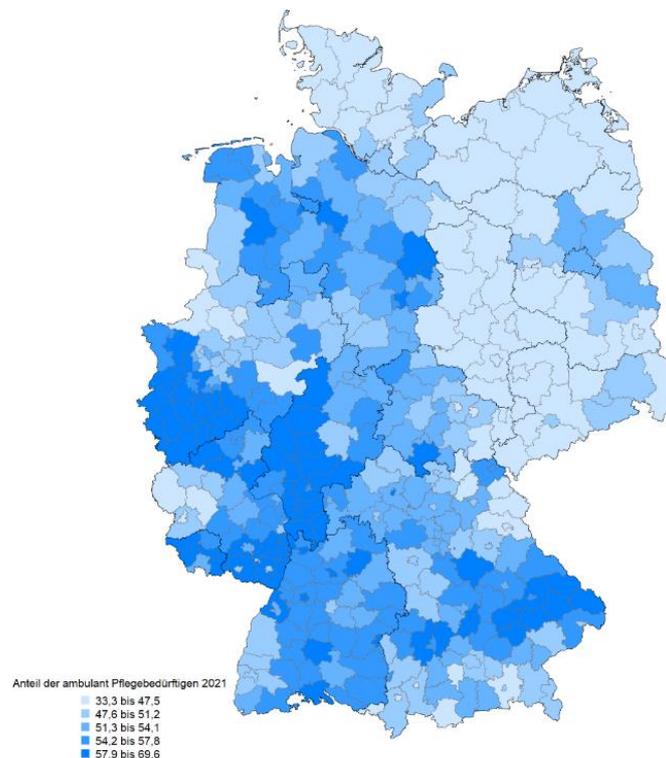
Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6

© WIdO 2024

Bereinigt man die regionalen Unterschiede um Effekte, die aus der unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstruktur der Pflegebedürftigen resultieren⁵, bleibt dennoch, wie Abbildung 14, das grundlegende Bild eines West-Ost-Gefälles bestehen.

⁵ Die Standardisierung erfolgte indirekt, d. h. mittels der bundesweiten AOK-Typ II-Prävalenz und der jeweiligen Alters- und Geschlechtsverteilung in den Kreisen. Die auf dieser Basis je Kreis erwartete Prävalenz ist ausgewiesen.

Abbildung 14: Alters- und geschlechtsstandardisierter Anteil Pflegebedürftiger mit Pflegegeld, die sich ansonsten selbst organisiert versorgen (Typ II), an allen ambulant Pflegebedürftigen nach Kreis im Durchschnitt der Quartale 2021



Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6; indirekte Standardisierung ohne Bezug zur PG2 wie oben, da die amtliche Statistik den hier operationalisierten Typ 2 nicht analog ausweist

© WiDO 2024

2.5 Zeitliche Verläufe je Pflegesettings

Betrachtet man die Zeitspanne, die die erstmals Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege verbleiben, so zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Pflegesettings. Abbildung 15 beschreibt für die drei Kohorten 2017 bis 2019 jeweils getrennt, wie viele der erstmals Pflegebedürftigen nach 24 Monaten noch ambulant versorgt werden, d. h. nicht verstorben und nicht in die vollstationäre Pflege gewechselt sind.⁶ Von denen, die 2018 erstmals pflegebedürftig waren und rein selbst organisierte Versorgung wählten (Typ II), waren 24 Monate später noch rund 70 % (0,71) in der ambulanten Pflege, während dies bei den Personen, die mit Grad 1 in die Pflege eingestiegen waren, noch auf rund 80 % (0,79) und auf diejenigen mit Sachleistungsbezug (ohne und mit HKP) auf lediglich 53 % und 56 % zutraf.

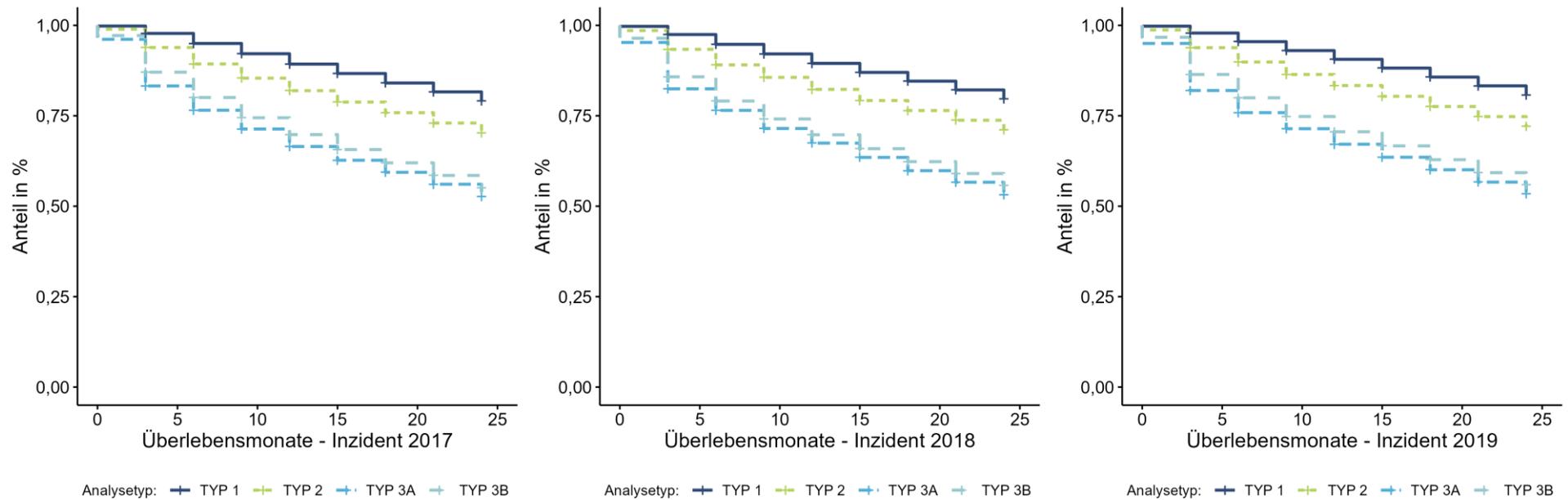
Nicht unmittelbar sichtbar, aber mit Blick auf die Einzelergebnisse beschreibbar: Die Kurve der 2019 erstmals Pflegebedürftigen in ausschließlich selbst organisierten

⁶ Pflegebedürftige zählen auch dann in den dargelegten Analysen nicht mehr als „ambulant pflegebedürftig“, wenn sie z. B. aufgrund längerer Krankenhausaufenthalte keine SGB-XI-Leistungen mehr beziehen oder die Pflegekasse wechseln, d. h. nicht mehr AOK-versichert sind. Dies trifft pro Quartal auf rund 5 % der Gesamtkohorte der hier untersuchten rund 900.000 erstmals Pflegebedürftigen zu.

Pflegesettings verläuft flacher als die der 2018er Kohorte (Typ II = 0,72; Typ I = 0,81; Typ IIa = 0,53; Typ IIb = 0,56), d. h. die Verweildauer ist höher.

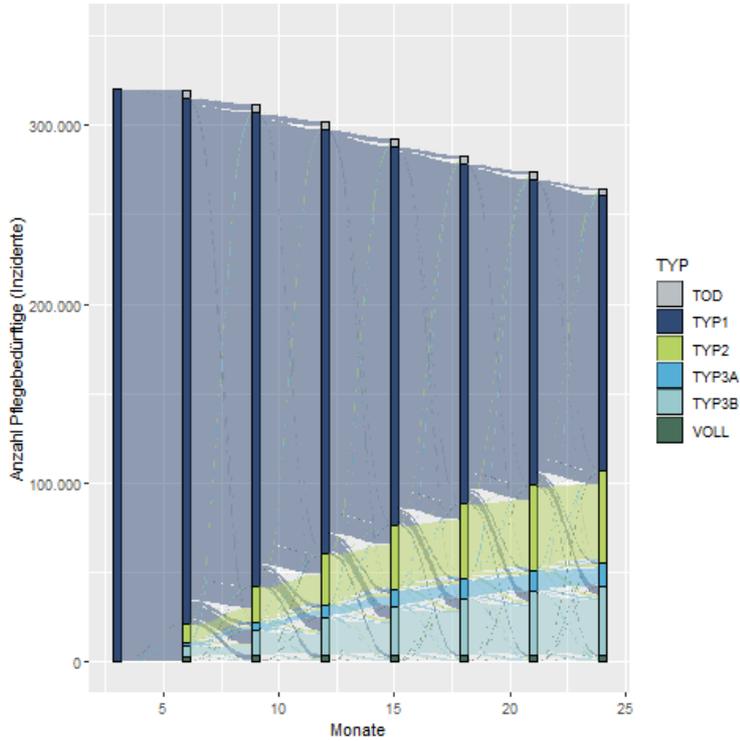
In den Abbildung 16a bis Abbildung 16d sind die Wechsel zwischen den ambulanten Settings je Typ visualisiert. Dargestellt ist, dass die Hälfte der rund 320.000 Personen, die bei der erstmaligen Pflegeprüfung einen Pflegegrad 1 erhielten (Typ I), nach 24 Monaten noch im gleichen Setting zu finden waren. Die Übergänge nach Typ II und Typ IIIa bzw. IIIb sind dabei ähnlich. Austritte aufgrund von Versterben oder Übergang in die vollstationäre Pflege spielen eine eher untergeordnete Rolle (Abbildung 16a). Für die hier im Fokus stehenden ausschließlich selbst organisierten Pflegesettings (rund 430.000) zeigt sich folgendes Bild: Während innerhalb der ersten drei Monate die Übergänge in Versorgungsformen mit Sachleistungsunterstützung noch häufig sind, zeichnen sich hiernach nur noch wenige Wechsel ab (Abbildung 16b). Dynamischer gestalten sich die Übergänge bei Pflegebedürftigen, die bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit Sachleistungen bezogen. Abbildung 16c zeigt einerseits, dass ein Anteil der Haushalte ohne HKP im Zeitverlauf auch diese nutzen. Andererseits sind zu einem fast gleichen Anteil aber auch Übergänge in die informelle Pflege zu beobachten. Dies ist analog bei Sachleistungsempfängern mit professioneller Unterstützung durch SGB XI und HKP (Abbildung 16d).

Abbildung 15: Verweildauern in der ambulanten Pflege* von erstmals ambulant Pflegebedürftigen (2017–2019) differenziert nach Setting bei Eintritt in die Pflege und nach Eintrittsjahr, in %



Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6; *Hierin enthalten sind auch Pflegebedürftige, die die AOK verlassen, sowie solche, die über mehrere Monate keine Leistungen aus der Pflege mehr erhalten, da sie z. B. im Krankenhaus oder in einer Reha-Einrichtung betreut werden. © Wido 2024

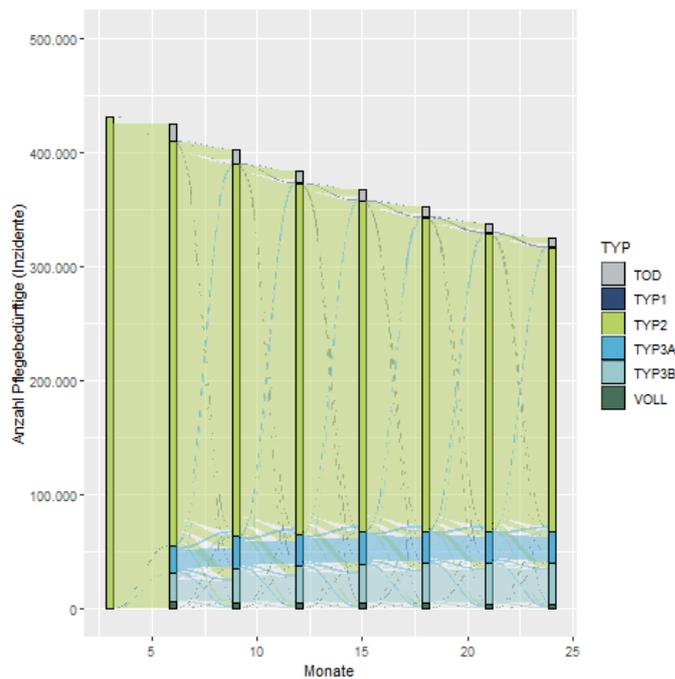
Abbildung 16a: Wechsel der Settings in der ambulanten Pflege von erstmals ambulant Pflegebedürftigen in den Jahren 2017 bis 2019 (Beobachtungszeitraum 24 Monate), Typ I



Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6

© WiDo 2024

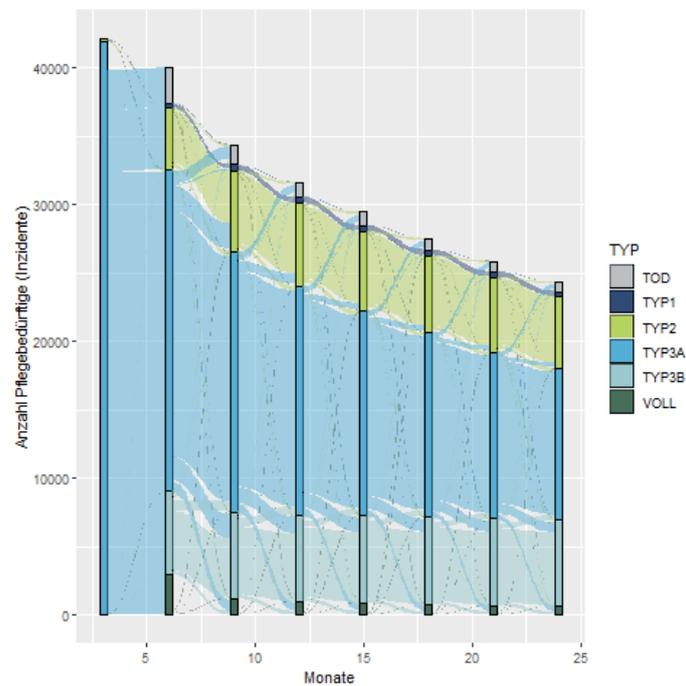
Abbildung 17b: Wechsel der Settings in der ambulanten Pflege von erstmals ambulant Pflegebedürftigen in den Jahren 2017 bis 2019 (Beobachtungszeitraum 24 Monate), Typ II



Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6

© WiDo 2024

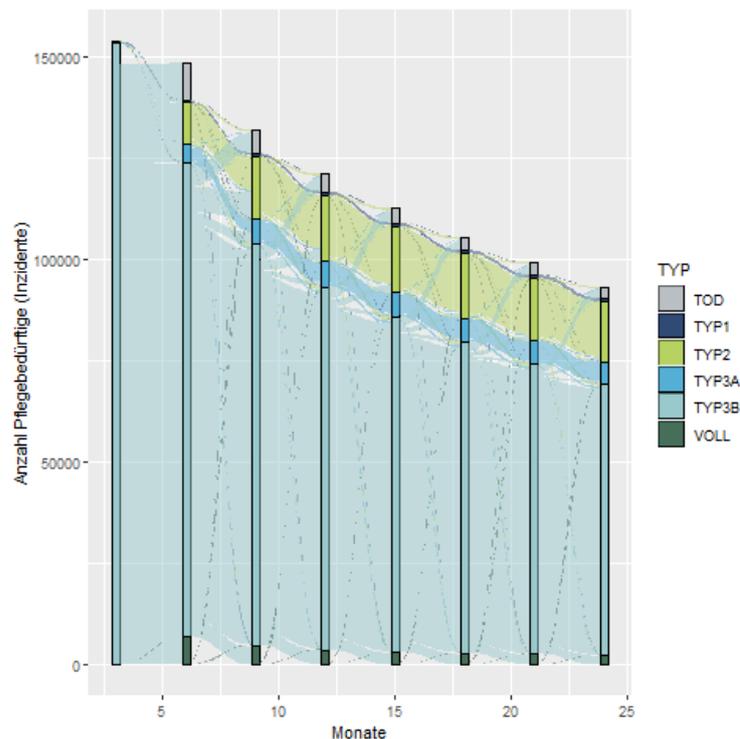
Abbildung 18c: Wechsel der Settings in der ambulanten Pflege von erstmals ambulant Pflegebedürftigen in den Jahren 2017 bis 2019 (Beobachtungszeitraum 24 Monate), Typ IIIa



Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6

© WiDo 2024

Abbildung 19d: Wechsel der Settings in der ambulanten Pflege von erstmals ambulant Pflegebedürftigen in den Jahren 2017 bis 2019 (Beobachtungszeitraum 24 Monate), Typ IIIb



Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6

© WiDo 2024

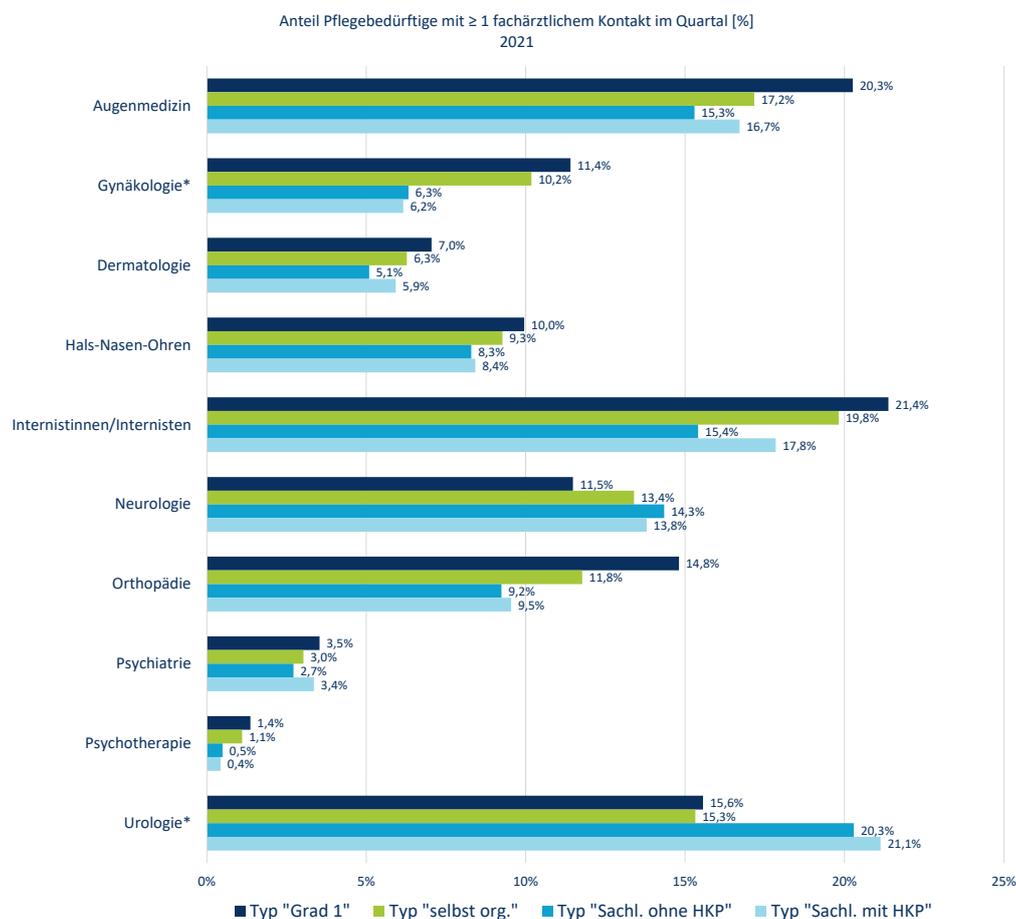
3 Gesundheitliche Versorgung in selbst organisierten Pflegesettings

3.1 Ambulant ärztliche Versorgung

Mehr als 87 % der ambulant lebenden bzw. versorgten Pflegebedürftigen wiesen 2021 (im Durchschnitt der Quartale) mindestens einen hausärztlichen Kontakt, d. h. einen entsprechenden Abrechnungsfall auf. Ausschließlich Pflegegeldbeziehende betrifft dies zu 82 %, Sachleistungsempfange mit HKP zu 95 %, ohne HKP zu 92 % und Menschen mit Pflegegrad 1 zu 88 % im besagten Berichtszeitraum.

Knapp drei Viertel (71,2 %) sahen im gleichen Zeitraum mindestens einmal eine Fachärztin bzw. einen Facharzt. Abbildung 20 differenziert dieses Bild nach Facharztgruppen und nach den in der vorliegenden Auswertung unterschiedenen Settings. Folgende Facharzttrichtungen dominieren hier die Kontakthäufigkeiten bei Pflegegeldbeziehenden, d. h. für diese finden sich die höchsten Anteile mit mindestens einem Kontakt im Quartal: die internistische Praxis (19,8 %), die augenärztlichen Akteure (17,2 %) sowie die Neurologinnen und Neurologen (13,4 %) (Abbildung 20). Insgesamt scheinen auch die anderen fachärztlichen Kontaktraten recht gering und belaufen sich – mit Ausnahme der Orthopädie – auf einstellige Anteile. Dieses Bild zeichnet sich jedoch nicht nur für die ausschließlich Pflegegeldbeziehenden, sondern auch für die anderen hier unterschiedenen drei Gruppen. Erkennbar ist jedoch, dass Pflegegeldbeziehende lediglich zu den Facharztgruppen Urologie, Neurologie und Psychiatrie seltener Kontakt haben als die Sachleistungsempfangenden (Abbildung 20).

Abbildung 20: Ambulant Pflegebedürftige mit mindestens einem Kontakt im Quartal für ausgewählte Facharztgruppen nach Setting im Jahr 2021



* Für die Facharztgruppen „Gynäkologie“ bzw. „Urologie“ werden ausschließlich die weiblichen bzw. die männlichen ambulant Pflegebedürftigen betrachtet.

Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6

© WIdO 2024

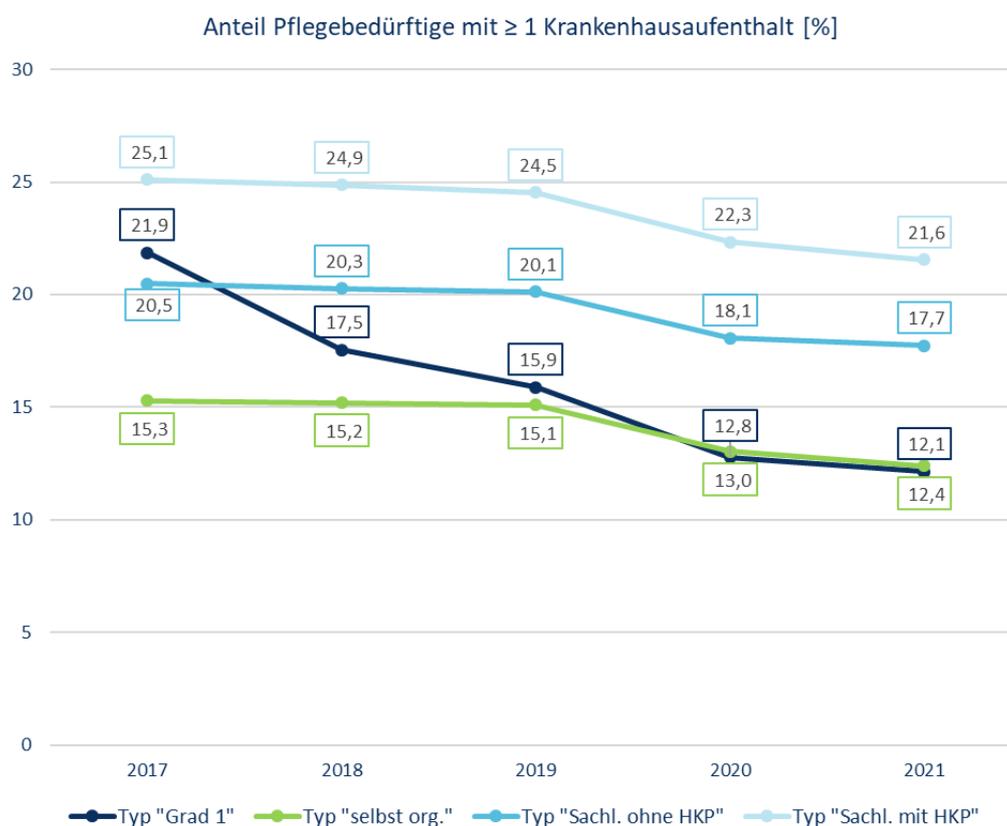
3.2 Potenziell vermeidbare Krankenhausfälle

Knapp 15 % der ambulant Pflegebedürftigen werden im Durchschnitt der Quartale mindestens einmal im Jahr im Krankenhaus behandelt. Abbildung 21 verweist hier auf Unterschiede zwischen den Settings: Im Jahr 2021 nahmen mehr als ein Fünftel der Sachleistungsempfängenden (21,6 %) mit HKP die stationäre Akutversorgung in Anspruch, bei den Pflegegeldbeziehungen mit ansonsten selbstständiger Versorgung beträgt dieser Anteil 12,4 % und verbleibt damit auf gleichem Niveau wie der Anteil der Pflegebedürftigen mit Grad 1. Dies lässt vor allem auf morbiditätsbedingte Varianzen schließen.

Was jedoch auch auffällt, ist die Varianz im Zeitverlauf. Der Effekt der Pandemie auf das Hospitalisierungsgeschehen ist bekannt und in Abbildung 21 als im Jahr 2020 einsetzender Rückgang der Anteilswerte zu beobachten. Diese Abnahme betrifft alle hier betrachteten Settings, jedoch sind die Niveau-Unterschiede, d. h. die Abnahmestärken, divers. Während sich für die Pflegegeldbeziehenden mit selbstständiger Versorgung im Zeitraum 2017 bis 2021 ein Rückgang um lediglich

knapp 2,9 Prozentpunkte feststellen lässt, sticht insbesondere die Gruppe der Pflegebedürftigen mit Grad 1 mit einem Rückgang um 9,8 Prozentpunkte heraus (Abbildung 21). Sachleistungsempfangende mit und ohne HKP waren zwar ebenfalls mit Beginn der Pandemie seltener im Krankenhaus, das Ausgangsniveau im Jahr 2017 war jedoch jeweils wesentlich höher (ohne HKP: 20,5 %, mit HKP: 25,1 %) als bei den selbst organisierten Pflegebedürftigen mit Pflegegeld (15,3 %).

Abbildung 21: Ambulant Pflegebedürftige mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt nach Setting im Durchschnitt der Quartale 2017 bis 2021, in %



Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6

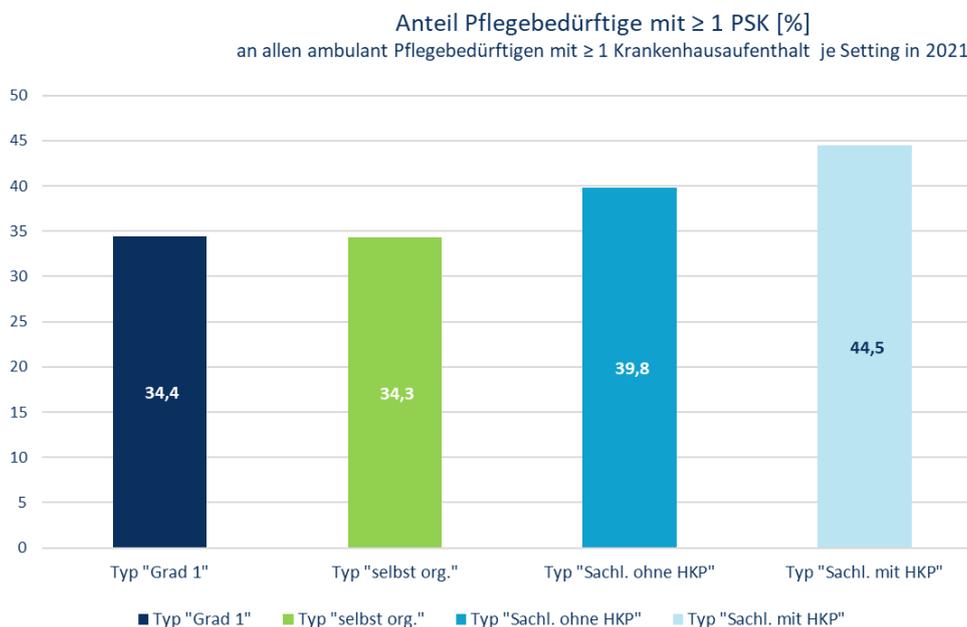
© WIdO 2024

Die sorgfältige und im besten Fall individuelle Abwägung von Nutzen und Risiken eines Krankenhausaufenthalts stellt damit eine zentrale Versorgungsentscheidung dar. Vermeidbarkeitspotenzial lässt sich identifizieren, wenn die Indikation, d. h. die Ursache der stationären Versorgung, hätte vermieden werden können (bspw. durch geeignete Maßnahmen der Sturzprophylaxe) (Behrendt et al. 2022a) und/oder auch dann, wenn die Indikation durch adäquate ambulante medizinische Maßnahmen versorgt werden kann bzw. die Risiken-Nutzen-Abwägung zugunsten einer ambulanten statt einer stationären Versorgung ausfällt (Ouslander et al. 2010; Valk-Draad et al. 2023). In der aktuellen Versorgungsrealität sind diese als potenziell vermeidbar klassifizierten Krankenhausaufenthalte häufig (Klie 2022; Valk-Draad et al. 2023) und bergen das Risiko einer Verschärfung der Vulnerabilität.

Die für Deutschland vorliegende Listung von Diagnosen, die sogenannte Pflegeheim-sensitive Krankenhausaufenthalte indizieren, ist Resultat des vom Innovationsausschuss geförderten Projekts „Pflegeheim-sensitive Krankenhaufälle (PSK)“. Die Liste beinhaltet neben den entsprechenden Erkrankungsgruppen und ihren zugehörigen ICD-10-Codes den mittels Delphi-Verfahren geschätzten Vermeidungsgrad sowie das sogenannte Präventionspotenzial. Die vorliegende Analyse basiert folglich auf einem ganz jungen Instrument zur Schätzung potenziell vermeidbarer Krankenhausaufenthalte. Gleichsam greift diese Listung auf eine in den 90er Jahren begonnene Forschungshistorie zurück, die sich – bezogen auf die Allgemeinbevölkerung – mit sogenannten ambulant-sensitiven Krankenhausaufenthalten (ASK) befasste. Die erste dieser Diagnoselisten stammt von Weissman et al. (1992) und bezieht sich auf das US-amerikanische Gesundheitssystem. Sundmacher et al. (2015) haben vor einigen Jahren – basierend auf Routinedaten für das Jahr 2012 – einen ASK-Katalog für das deutsche Setting vorgelegt. Die zugrunde liegende These: Ist eine dieser 163 Diagnosen als Hauptdiagnose der Entlassung aus dem stationären Aufenthalt kodiert, handelt es sich um eine potenziell vermeidbare Hospitalisierung, da eine eigentlich ambulant behandelbare Indikation vorliegt. Der ASK-Liste liegt folglich die Annahme zugrunde, dass diese Hospitalisierungen durch „Vorsorge oder rechtzeitige Intervention im ambulanten Sektor“ in vielen Fällen vermeidbar wären. ASK-Analysen können somit Anhaltspunkte liefern, inwiefern Krankenhausaufenthalte aufgrund von Verschlechterungen einer chronischen Erkrankung durch sekundärpräventive, leitliniengerechte ambulante Versorgung gar nicht erst aufgetreten wären (z. B. Herzinsuffizienz, Diabetes, COPD) (*preventability*) oder die Behandlung grundsätzlich auch im ambulanten Setting möglich gewesen wäre (z. B. Krankheiten des Harnsystems, Grippe und Pneumonie, HNO-Infektionen) (*appropriateness*) (Sundmacher et al. 2015).

Der vorliegenden Analyse mangelt es an einem Instrument zur Schätzung der Häufigkeit von potenziell vermeidbaren Krankenhausaufenthalten explizit für *ambulant* Pflegebedürftige. Hier besteht ein zentraler Forschungsbedarf. Die folgenden Ergebnisse basieren damit auf der PSK-Liste mit ihrem Blick auf Pflegeheimbewohnende. Ihr folgend war ein Drittel (34,3 %) der Pflegegeldempfangenden mit ansonsten selbstständiger Versorgung mindestens einmal im Jahr 2021 potenziell vermeidbar im Krankenhaus (Abbildung 22). Die Sachleistungsempfangenden weisen hier wesentlich höhere Raten auf – der Anteil der Personen mit HKP und mindestens einem PSK beläuft sich auf fast der Hälfte ihrer Gruppe (44,5 %).

Abbildung 22: Ambulant Pflegebedürftige mit mindestens einem pflegeheimsensitiven Krankenhausaufenthalt (PSK) an allen ambulant Pflegedürftigen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt nach Setting im Durchschnitt der Quartale 2021



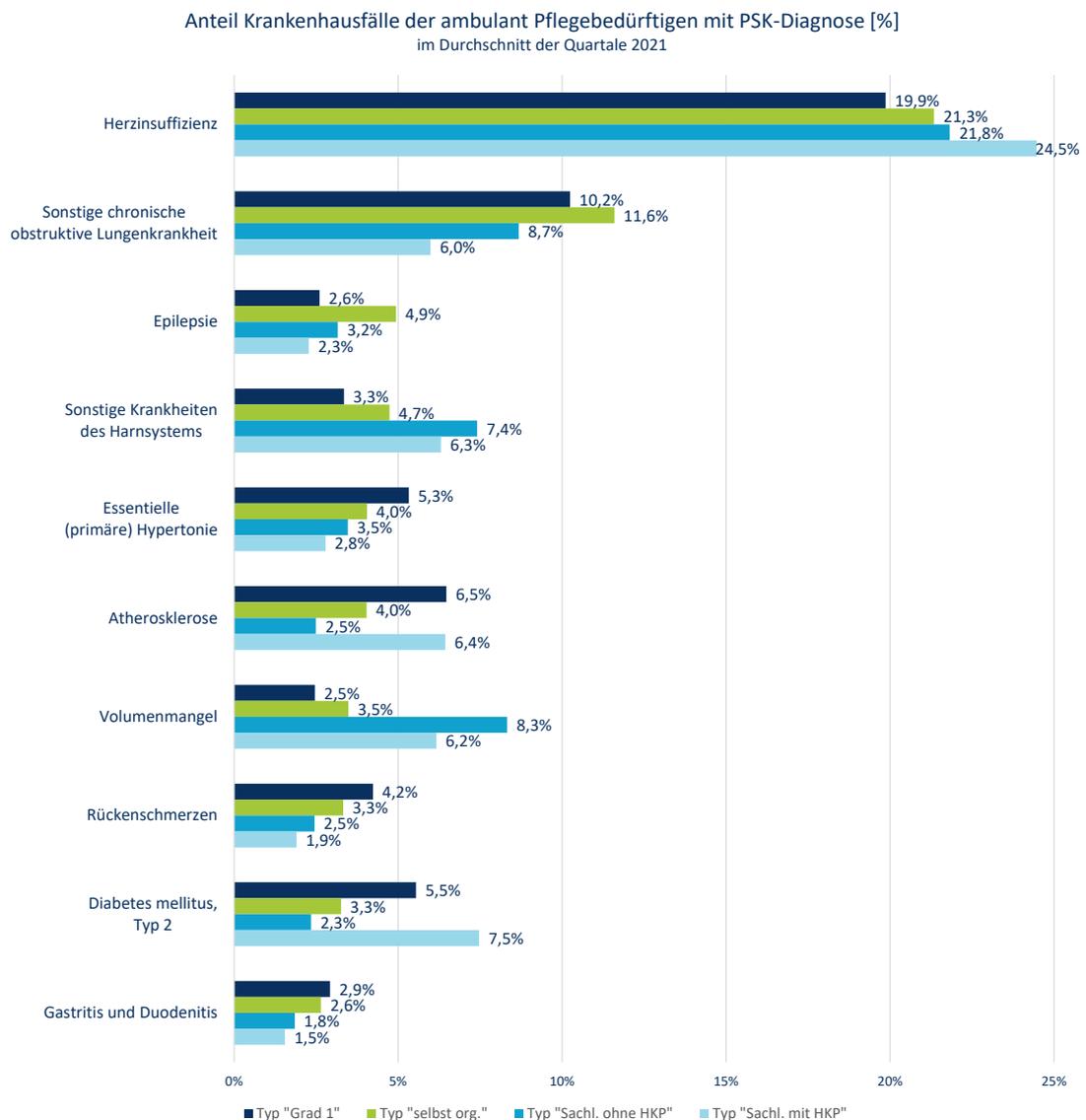
Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6

© WIdO 2024

Eine dezidierte Analyse für explizit ambulant Pflegebedürftige mit potenziell vermeidbaren Hospitalisierungen steht wie bereits formuliert aus. Einen interessanten Blick auf dieses Versorgungsgeschehen eröffnet jedoch bereits an vorliegender Stelle die Analyse der häufigsten Diagnosen, die den PSK zugrunde liegen, d. h. im Kontext der Abrechnung als leistungsbegründende Indikation (Hauptdiagnose bei Entlassung) dokumentiert sind. Abbildung 23 listet die Top 10 der häufigsten PSK entsprechend ihrer Diagnosen für die Gruppe der Pflegegeldempfangenden und ihre Anteile an allen Krankenhausfällen dieser Gruppe. So gut wie jede dieser Top-10-Diagnosen kommen auch bei den Rankings der anderen drei hier unterschiedenen Settings vor, jedoch in anderer Sortierung. Ihre entsprechenden Anteile finden sich ebenso in Abbildung 23.

Ein Fünftel (21,3 %) aller PSK-Fälle bei Pflegegeldempfangenden im Jahr 2021 wiesen als den stationären Aufenthalt begründende Diagnose die I50 – Herzinsuffizienz auf, mit einigem Abstand gefolgt von der Sonstigen chronischen obstruktiven Lungenkrankheit (11,6 %). Alle anderen Anteile von PSK-Fällen mit der jeweiligen PSK-Diagnose bewegen sich im einstelligen Bereich. Gleiches trifft auf die weiteren Settings und die Gruppe der Pflegebedürftigen mit Grad 1 zu. Deutlich ist auch: Sachleistungsempfangende ohne HKP weisen wesentlich mehr PSK-Fälle aufgrund der Diagnose Volumenmangel und ebenso aufgrund Harnwegserkrankungen auf als die selbst organisierten Pflegebedürftigen mit Pflegegeld (8,3 % vs. 3,5 %; 7,4 % vs. 4,7 %). Jene mit HKP sind deutlich stärker von PSK-Fällen mit Diagnose Diabetes mellitus (Typ 2) betroffen als die Vergleichsgruppen (Abbildung 23).

Abbildung 23: Krankenhausfälle bei ambulant Pflegebedürftigen mit PSK-Diagnose nach Setting im Durchschnitt der Quartale 2021



3.3 Potenziell kritischer Arzneimitteleinsatz

Ebenso wie bei der ambulant-ärztlichen und der Krankenhausversorgung im Allgemeinen unterstützen auch die Daten zur Versorgung mit Arzneimitteln die naheliegende These, dass ambulant Pflegebedürftige im selbst organisierten Setting „weniger beeinträchtigt“ als Sachleistungsempfänger sind und damit auch die Gesundheitsversorgung seltener bzw. anders frequentieren. Die Ergebnisse zum medikamentösen Einsatz beziehen sich vorliegend ausschließlich auf die sogenannten kritischen Einsätze (siehe auch Behrendt et al. 2022b). Gemeint sind damit zum einen:

- die Polymedikation, d. h. der Einsatz von mindestens 5 unterschiedlichen Wirkstoffen innerhalb eines Quartals eines Jahres,

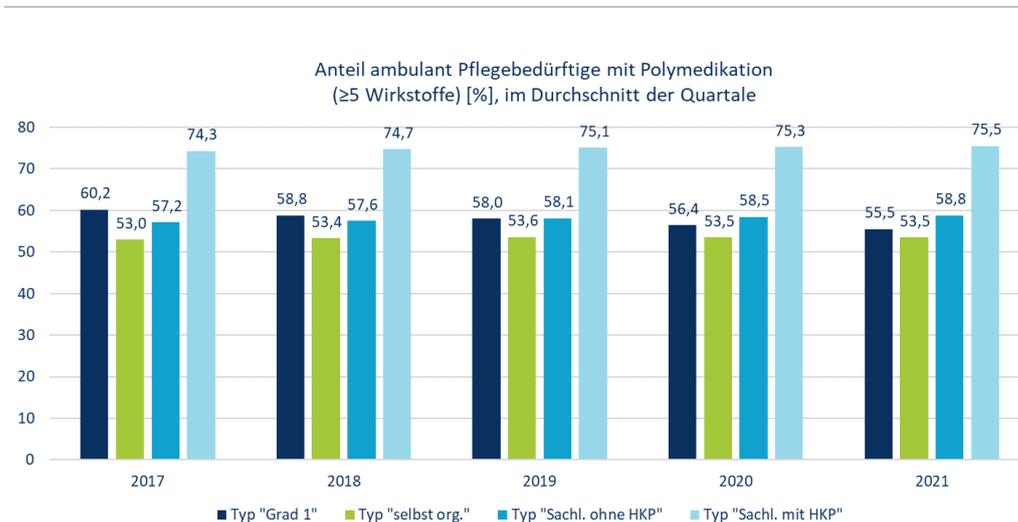
- die Verordnung von Wirkstoffen der PRISCUS-Liste¹, d. h. von Wirkstoffen, die aufgrund eines ungünstigen Risiko-Nutzen-Verhältnisses als für Ältere potenziell ungeeignet gelten, bei ambulant Pflegebedürftigen im Alter von über 65 Jahren, sowie
- die Verordnung von Psychopharmaka im Speziellen, ebenfalls mit Fokus auf ambulant Pflegebedürftigen im Alter von über 65 Jahren.

Grundsätzlich wird bei allen vorliegend präsentierten Betrachtungen der Arzneimittelensätze eines greifbar: Kritische Medikation ist häufig, und zwar bei allen hier unterschiedenen Settings.

Polymedikation

Mit zunehmender Morbidität bzw. zunehmendem Alter steigt das Risiko einer Polymedikation, d. h. für Verordnungen einer Vielzahl unterschiedlicher Wirkstoffe, und damit das Risiko für unerwünschte Wechselwirkungen dieser Wirkstoffe. Die Analysen für die ambulant Pflegebedürftigen zeigen eindrücklich (Abbildung 24): Mehr als die Hälfte der ambulant Pflegebedürftigen erhalten fünf oder mehr Wirkstoffe im Quartal im Jahr 2021; dies gilt sogar für drei Viertel aller Sachleistungsempfangenden mit HKP, während es bei den selbst organisierten Pflegebedürftigen mit Pflegegeld und auch den anderen beiden Pflegesettings rund 20 Prozentpunkten weniger sind (Abbildung 24). Diese Anteile blieben im Zeitraum 2017 bis 2021 nahezu konstant.

Abbildung 24: Anteil ambulant Pflegebedürftige mit Polymedikation (≥ 5 Wirkstoffe) im Durchschnitt der Quartale, in %



Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6

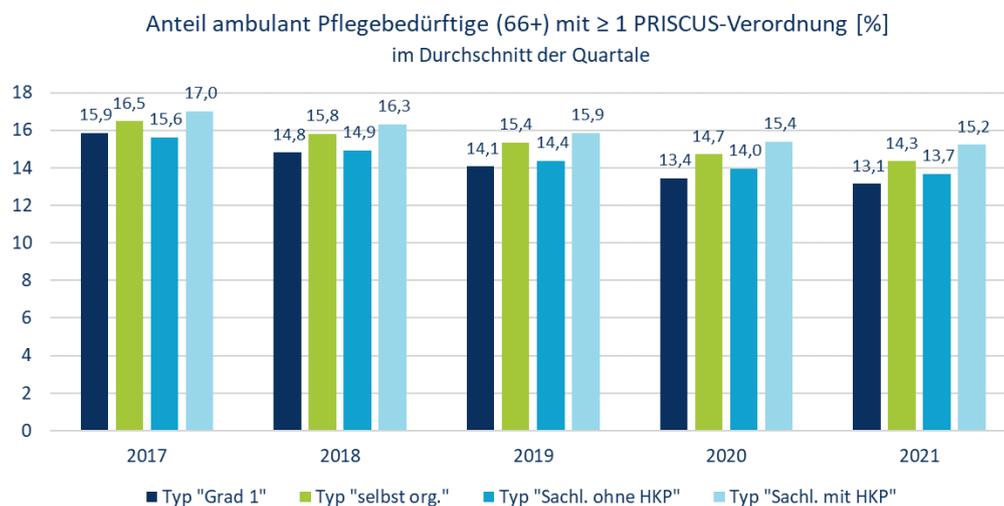
© WIdO 2024

Altersbedingte physiologische Veränderungen haben Auswirkungen auf die Wirkung und Verstoffwechslung von Arzneimitteln. Damit sind betagte Menschen häufiger bzw. stärker von unerwünschten Effekten und Nebenwirkungen der Arzneimittel

¹ Die vorliegende Bestandsaufnahme verwendet die Erstversion der PRISCUS-Liste aus dem Jahre 2010 (Holt et al. 2011). Die Anpassung auf die im Jahr 2023 veröffentlichte aktualisierte Version PRISCUS 2.0 ist derzeit in Vorbereitung.

betroffen. Jene Wirkstoffe, die aufgrund ihres ungünstigen Risiko-Nutzen-Verhältnisses eher als ungeeignet für Ältere eingestuft werden, sind in der deutschsprachigen PRISCUS-Liste zusammengefasst (Holt et al. 2011). Mindestens eine Verordnung eines dieser PRISCUS-Wirkstoffe erhielten – je nach Setting – zwischen 13,1 % und 15,2 % der ambulant Pflegebedürftigen im Alter von 66 Jahren oder älter (Abbildung 25). Die Anteile unterscheiden sich folglich nur marginal zwischen den Settings. Im Zeitverlauf 2017 bis 2021 nahm der Anteil an Pflegegeldbeziehenden mit ansonsten selbst organisierter Versorgung um 2,2 Prozentpunkte ab – einen ähnlichen Rückgang findet sich jedoch auch bei den anderen Settings (Abbildung 25).

Abbildung 25: Anteil ambulant Pflegebedürftige (>65 Jahre) mit ≥ 1 Verordnung von Wirkstoffen der PRISCUS-Liste, im Durchschnitt der Quartale, in %



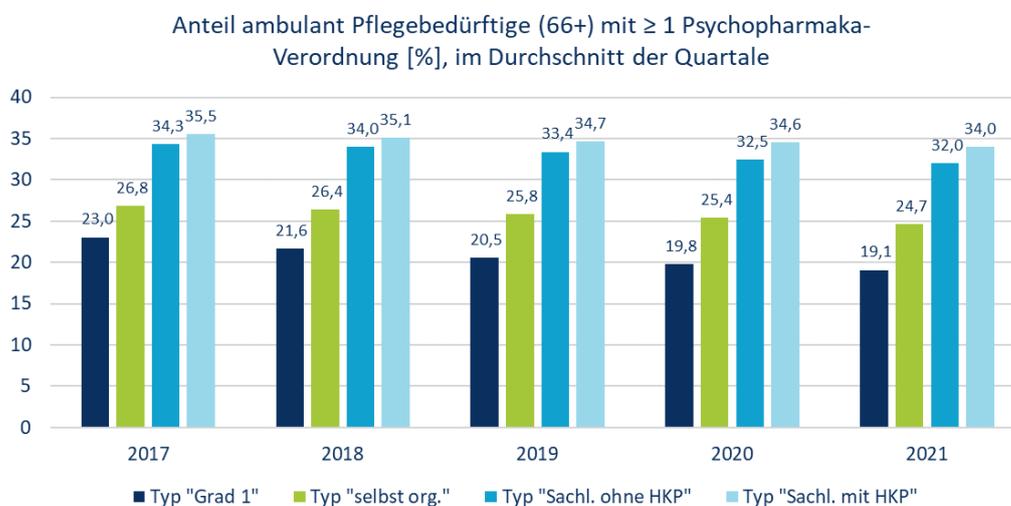
Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6

© WIdO 2024

Ebenso mit Fokus auf die mindestens 66-jährigen ambulant Pflegebedürftigen fasst Abbildung 26 die Ergebnisse zu den Psychopharmaka-Einsätzen zusammen. Folgende Wirkstoffgruppen gingen hier ein: Antipsychotika (gemäß ATC-Klassifikation alle Wirkstoffe der N05A), Anxiolytika (N05B), Hypnotika und Sedativa (N05C) und Antidepressiva (N06A). Ein Viertel der Pflegegeldbeziehenden ohne weitere Leistungen (24,7 %) im genannten Altersspektrum wies 2021 mindestens eine Psychopharmaka-Verordnung auf. Bei den Sachleistungsempfängenden betrifft dies hier sogar ein Drittel (ohne HKP: 32,0 %, mit HKP: 34,0 %). Abnahmen dieser Anteile im Zeitverlauf 2017 bis 2021 sind marginal und bewegen sich im niedrigen einstelligen Prozentpunktbereich (Abbildung 26).

Festzuhalten bleibt: Kritische Arzneimittel-Einsätze sind häufig – sowohl bei den PRISCUS-Verordnungen als auch bei den Psychopharmaka-Einsätzen; im Speziellen sind kleine Rückgänge über die Zeit zu erkennen.

Abbildung 26: Anteil ambulant Pflegebedürftige (>65 Jahre) mit mind. einer Verordnung aus der Wirkstoffgruppe der Psychopharmaka, im Durchschnitt der Quartale, in %



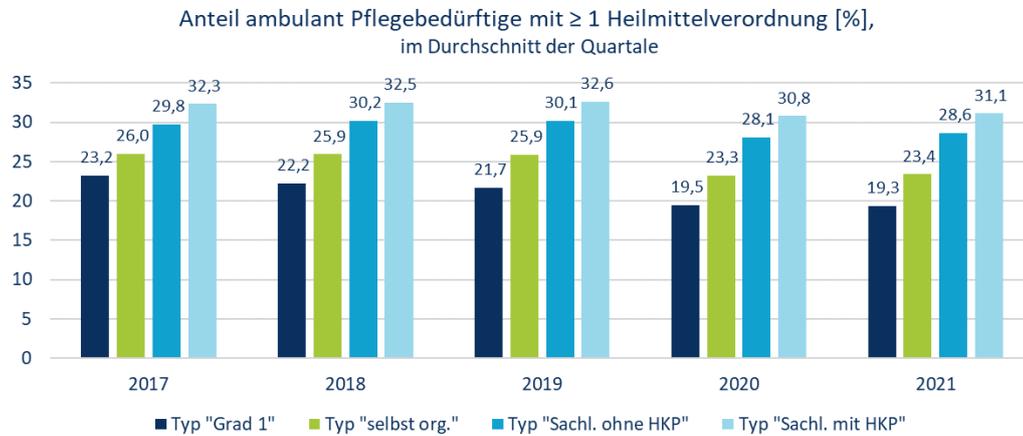
Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6

© WiDo 2024

3.4 Heilmittelversorgung

Heilmittel werden eingesetzt, um Beeinträchtigungen durch eine Krankheit abzumildern, eine Krankheit zu heilen bzw. ihr Fortschreiten aufzuhalten. Ziel physiotherapeutischer Maßnahmen sind die Förderung, Erhaltung oder Wiederherstellung der Beweglichkeit und Funktionalität des Muskel- und Skelettsapparats und häufig auch die Schmerzreduktion. Die Ergotherapie umfasst motorisch-funktionelle, psychisch-funktionelle und sensomotorisch-perzeptive Therapien sowie das sogenannte Hirnleistungstraining mit dem Ziel, die Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen und die Selbstversorgung zu verbessern. Daneben umfassen die dargestellten Heilmittelverordnungen die Logopädie (Sprachtherapie) und die Podologie. Abbildung 27 zeigt, dass die Inanspruchnahme von Heilmitteln über die Pflegetypen hinweg ansteigt. Während weniger als jeder fünfte Pflegebedürftige (19,3 %) im Pflegegrad 1 Heilmittel erhält, ist es bei den Sachleistungsempfängenden mit HKP (Typ IIIb) fast jeder dritte (31,1 %). Es zeigt sich ferner ein Rückgang der Heilmittelquoten in den Corona-Jahren 2020 und 2021. Erhielten beispielsweise noch rund 26 % der Pflegegeldbeziehenden ohne weitere Leistungen (Typ II) in den Jahren 2017 und 2018 mindestens ein Heilmittel, waren es 2020 und 2021 lediglich rund 23 %.

Abbildung 27: Anteil ambulant Pflegebedürftige mit mind. einer Heilmittelverordnung aus den Bereichen der Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Podologie, im Durchschnitt der Quartale, in %



Quelle: AOK-Routinedaten, alters- und geschlechtsstandardisiert auf Basis der KM 6

© WIdO 2024

4 Ausblick

Ziel des vorgelegten Berichts zu Versorgungslagen selbst organisierter Pflegesettings war eine erste deskriptive Bestandsaufnahme, um weitergehende Forschungsfragen zu initiieren. Damit die Wirkung von Pflegesettings vergleichbar und messbar wird, bedarf es der Klärung zweier grundlegender Fragestellungen:

- 1) Welche Endpunkte und damit welchen Zweck sollen die Pflegeunterstützungsleistungen (d. h. die Pflegeversorgungsform/das Pflegesetting) gesundheitspolitisch und gesamtgesellschaftlich leisten?
- 2) Wie können die Gruppen, deren Versorgungsendpunkte man betrachten möchte, strukturgleich und damit statistisch vergleichbar geschnitten werden, um Effekte der unterschiedlichen Versorgungsformen messen zu können?

Die dargelegten Ergebnisse konkretisieren, (a) was mit Routinedaten möglich ist, (b) welchen inhaltlichen Aspekten eine Wirkanalyse nachgehen sollte und geben (c) Hinweise auf das Studiendesign und die methodische Ausgestaltung der Analyse. Sie zeigen letztlich auch, dass es relevant und machbar ist, sich mit dieser Fragestellung zu beschäftigen, und verweisen über die aufgezeigten Varianzen auf den Forschungsbedarf.

- 1) Mit Blick auf die Endpunkte kann als gesellschaftlich anerkanntes Ziel der möglichst lange **Verbleib in der eigenen Häuslichkeit** benannt werden. Sowohl die Verweildauern als auch die Wechsel zwischen den Pflegesettings wurden in Abschnitt 2.5 beschrieben. Dabei tritt deutlich die geringe Wechselwahrscheinlichkeit zwischen den Settings hervor. Für statistisch aussagekräftige Verweildaueranalysen wären insofern lange Zeitreihen wünschenswert. Aufgrund der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs können Kohorten von vor 2017 mit jenen nach 2017 nicht miteinander verglichen werden. Aktuell liegt routinedatenbasiert maximal ein 5-Jahres-Beobachtungszeitraum ab 2018 bis 2022² vor.

Darüber hinaus soll mit Blick auf relevante Endpunkte einer Wirkanalyse auch die **Versorgungsqualität** beim Verbleib in der Häuslichkeit (im Vergleich zu den anderen Settings) untersucht werden – und zwar einerseits für die Pflegebedürftigen und andererseits für die pflegenden An- und Zugehörigen. Als kritische Endpunkte der Versorgung von Pflegebedürftigen wurden oben beispielhaft potenziell vermeidbare Krankenhausaufenthalte³ (Abschnitt 3.2), kritische Arzneimittelinsätze (Abschnitt 3.3), die Kontaktdichte mit ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten (Abschnitt 3.1) sowie die Heilmittelquote (Abschnitt 3.4) als Proxy vor rehabilitativen Maßnahmen beschrieben. Die hier umrissenen Endpunkte einer qualitativ unzureichenden Versorgung in der Häuslichkeit sollten in weiteren Schritten geschärft werden. Insbesondere pflegenaher Endpunkte

² Das Jahr 2017, da dies als Umstellungsjahr zu sehen ist, sollte nicht einbezogen werden. Routinedaten haben i.d.R. einen Zeitverzug, so dass das Beobachtungsjahr 2023 frühestens im ersten Quartal 2024 selektiert werden kann, ambulant ärztliche Diagnosen haben einen längeren Zeitverzug.

³ Um Vermeidbarkeitspotenziale von Krankenhausaufenthalten bei ambulant Pflegebedürftigen zu identifizieren, bedarf es ferner eines Instruments, das explizit diese Bevölkerungsgruppe fokussiert. Bisher gibt es lediglich ein Instrument, das die Allgemeinbevölkerung und ein weiteres, das Pflegeheimbewohnende avisiert. Hier besteht ebenfalls ein zentraler Forschungsbedarf, auch angesichts dessen, dass die übergroße Mehrheit der Pflegebedürftigen in Deutschland ambulant – und nicht im Pflegeheim – versorgt wird.

(Dekubitus, Mangelernährung, Stürze, Dehydration, Wundinfektionen, Pneumonien) müssen ergänzt werden.⁴ Die gesundheitlichen Belastungen der Pflegepersonen wurden im vorgelegten Kurzbericht nicht mithilfe von Routinedaten betrachtet; dies könnte und sollte in weiteren Forschungsarbeiten ergänzt werden. Aussagen zur **Lebensqualität sowie zu psychischen Belastungen** der Pflegenden und der Pflegebedürftigen sind im Kontext einer avisierten Wirkanalyse hochrelevant, routinedatenbasiert jedoch nicht abbildbar. Hier ist ein Methodenmix und in diesem Sinne ein stringentes Studiendesign im Rahmen einer Routinedatenanalyse und zusätzlicher etablierter Erhebungsmethoden gefragt.

- 2) Auch mit Blick auf die Frage, wie man Gruppen, deren Versorgungsendpunkte man betrachten möchte, **strukturgleich und damit statistisch vergleichbar** „definieren“ kann, liefert die vorliegende Bestandaufnahme erste Erkenntnisse. Nochmals zur Einordnung: Eine zufällige Einteilung in Interventions- und Kontrollgruppe wird im Kontext von Pflegesettings nicht möglich sein. Belastbare kausale Aussagen über Wirkungen lassen sich dennoch ableiten – und zwar über bereits vorhandene statistische Methoden, die die erforderliche „Gleichheit der Gruppen“ erzeugen. Hierfür ist zentral, dass möglichst viele bzw. möglichst **relevante Einflussgrößen**, die ebenso im Zusammenhang mit dem Endpunkt stehen, bekannt sind. Der Bericht zeigt, dass neben Alter, Geschlecht, Schweregrad (Abschnitt 2.1 und 2.2) und Familienstand (alleinlebend) (Abschnitt 2.3) noch weitere Aspekte ausschlaggebend für die Wahl des Pflegesetting sind. Hier können **MD-Daten** aus der Begutachtung einen zentralen empirischen und inhaltlichen Beitrag leisten (Abschnitt 2.3). Herausgestellt wurde, dass die Modulpunkte zwischen den Settings unterschiedlich ausfallen. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf: Neben der Bereinigung auch dieser Ergebnisse um Effekte, die aus Alter, Geschlecht und Pflegeschwere resultieren, ist im nächsten Schritt auch die pflegebegründende Diagnose einzubeziehen, um besser zu verstehen, welche Faktoren mit der Art des Settings statistisch signifikant assoziiert sind. Sozioökonomische und -kulturelle Faktoren wie Bildung oder Einkommensstand und weitere möglicherweise relevante Einflussgrößen lassen sich nicht routinedatenbasiert abbilden. Hieran schließen sich ganz wesentliche offene Fragen zur **regionalen Varianz** der Häufigkeit der Settings an, wie im vorgelegten Bericht explizit für das rein selbst organisierte Setting bei Pflegegeldempfangenden ausgeführt wurde. Insbesondere die Ursachen für das deutliche West-Ost-Gefälle gilt es zu entschlüsseln.

⁴ Für die vollstationäre Pflege hat das WiDO gemeinsam mit dem aQua-Institut und der Ostfalia Hochschule Indikatoren für berufsgruppenübergreifende beeinflussbare Versorgungsendpunkte wissenschaftlich fundiert entwickelt (siehe <https://www.wido.de/forschung-projekte/pflege/qcare-routinedatenbasierte-qualitaetsindikatoren-fuer-die-pflege/> oder <https://www.qualitaetsatlas-pflege.de/>; auch für die ambulante Pflege liegen erste Vorarbeiten vor, siehe https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-67669-1_2

Literaturverzeichnis

- Behrendt S et al. (2022a) Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten (QMPR): Indikatoren. Schnittstelle Hospitalisierung bei Pflegeheimbewohner:innen. Abschlussbericht. Band II. Berlin. doi:<https://dx.doi.org/10.4126/FRL01-006432928>
- Behrendt S et al. (2022b) Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten (QMPR): Indikatoren. Schnittstelle Arzneimittelversorgung bei Pflegeheimbewohner:innen. Abschlussbericht. Band II. Berlin doi:<https://dx.doi.org/10.4126/FRL01-006432928>
- Holt S, Schmiedl S, Thürmann P (2011) Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: Die PRISCUS-Liste (Stand 01.02.2011). http://priscus.net/download/PRISCUS-Liste_PRISCUSTP3_2011.pdf. Zugegriffen: 2. Apr. 2020
- Klie T (2022) Pflegereport 2022 Häusliche Pflege – das Rückgrat der Pflege in Deutschland Analysen, Befunde, Perspektiven. medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg
- Ouslander JG et al. (2010) Potentially Avoidable Hospitalizations of Nursing Home Residents: Frequency, Causes, and Costs. *Journal of the American Geriatrics Society* 58:627-635. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.02768.x
- Sundmacher L, Fischbach D, Schuettig W, Naumann C, Augustin U, Faisst C (2015) Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. *Health Policy* 119:1415-1423. doi:10.1016/j.healthpol.2015.08.007
- Valk-Draad MP, Bohnet-Joschko S, PSK-Studiengruppe (2023) Pflegeheim-sensitive Krankenhausfälle und Ansätze zur Verringerung der Hospitalisierung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern. *Bundesgesundheitsbl*:199-211. doi:<https://doi.org/10.1007/s00103-022-03654-4>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Häufigkeit der definierten Pflegesettings 2017–2021	7
Abbildung 2: Anteil Frauen unter den ambulant Pflegebedürftigen nach Setting im Durchschnitt der Quartale 2017–2021.....	11
Abbildung 3: Durchschnittsalter der ambulant Pflegebedürftigen nach Setting im Durchschnitt der Quartale 2017–2021.....	12
Abbildung 4: Ambulant Pflegebedürftige nach Altersgruppen je Setting im Durchschnitt der Quartale 2021	13
Abbildung 5: Durchschnittliche Pflegeschwere der ambulant Pflegebedürftigen nach Setting im Durchschnitt der Quartale 2017–2021	14
Abbildung 6: Anteil ambulant Pflegebedürftige nach Pflegegrad ja Setting im Durchschnitt der Quartale 2021	15
Abbildung 7: Anteil Pflegebedürftige mit mind. 1 Punkt je NBA-Modul je Setting von allen erstmals ambulant Pflegebedürftigen 2019 in %.....	16
Abbildung 8: Durchschnittliche Modulpunktzahl je NBA Modul bei erstmals ambulant Pflegebedürftigen mit mind. 1 Punkt je NBA Modul je Setting 2019	17
Abbildung 9: Anteil alleinlebende Pflegebedürftige nach Setting von allen erstmals ambulant Pflegebedürftigen 2019*, in %.....	18
Abbildung 10: Anteil Pflegebedürftige mit MD-Empfehlung für Reha bzw. Heilmittel nach Setting von allen erstmals ambulant Pflegebedürftigen 2019*	19
Abbildung 11: Anteil ambulant Pflegebedürftige nach Setting und Bundesland im Durchschnitt der Quartale 2021.....	20
Abbildung 12: Alters- und geschlechtsstandardisierter Anteil ambulant Pflegebedürftiger nach Setting und Bundesland im Durchschnitt der Quartale 2021.....	20
Abbildung 13: Anteil Pflegebedürftige mit Pflegegeld, die sich ansonsten selbst organisiert versorgen (Typ II), an allen ambulant Pflegebedürftigen nach Kreis im Durchschnitt der Quartale 2021	21
Abbildung 14: Alters- und geschlechtsstandardisierter Anteil Pflegebedürftiger mit Pflegegeld, die sich ansonsten selbst organisiert versorgen (Typ II), an allen ambulant Pflegebedürftigen nach Kreis im Durchschnitt der Quartale 2021	22
Abbildung 15: Pflegeverweildauern von erstmals ambulant Pflegebedürftigen (2017-2019) differenziert nach Setting bei Eintritt in die Pflege und nach Eintrittsjahr, in %.....	24
Abbildung 16: Zeit bis zum Übertritt in die vollstationäre Pflege* von erstmals ambulant Pflegebedürftigen (2017-2019) differenziert nach Setting bei Eintritt in die Pflege und nach Eintrittsjahr, in %.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Abbildung 17: Wechsel der Setting-Typen von erstmals ambulant Pflegebedürftigen in den Jahren 2017 bis 2019 (Beobachtungszeitraum 24 Monate)	25
Abbildung 18: Ambulant Pflegebedürftige mit mindestens einem Kontakt im Quartal für ausgewählte Facharztgruppen nach Setting im Jahr 2021.....	28
Abbildung 19: Ambulant Pflegebedürftige mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt nach Setting im Durchschnitt der Quartale 2017 bis 2021, in %.....	29
Abbildung 20: Ambulant Pflegebedürftige mit mindestens einem pflegeheimsensitiven Krankenhausaufenthalt (PSK) an allen ambulant Pflegedürftigen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt nach Setting im Durchschnitt der Quartale 2021	31

Abbildung 21: Krankenhausfälle bei ambulant Pflegebedürftigen mit PSK-Diagnose nach Setting im Durchschnitt der Quartale 2021	32
Abbildung 22: Anteil ambulant Pflegebedürftige mit Polymedikation (≥ 5 Wirkstoffe) im Durchschnitt der Quartale, in %	33
Abbildung 23: Anteil ambulant Pflegebedürftige (>65 Jahre) mit ≥ 1 Verordnung von Wirkstoffen der PRISCUS-Liste, im Durchschnitt der Quartale, in %	34
Abbildung 24: Anteil ambulant Pflegebedürftige (>65 Jahre) mit mind. einer Verordnung aus der Wirkstoffgruppe der Psychopharmaka, im Durchschnitt der Quartale, in %.....	35
Abbildung 25: Anteil ambulant Pflegebedürftige mit mind. einer Heilmittelverordnung aus den Bereichen der Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Podologie, im Durchschnitt der Quartale, in %	36

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Definition der analysierten ambulanten Pflegesettings – Operationalisierung „selbst organisierte Pflege“	7
Tabelle 2: Leistungskombinationen innerhalb des Typ I „Grad 1“ im Durchschnitt der Quartale 2021	8
Tabelle 3: Leistungskombinationen innerhalb des Typ II „Selbst organisierte Pflege“ im Durchschnitt der Quartale 2021.....	8
Tabelle 4: Leistungskombinationen innerhalb des Typ IIIa „Pflege mit professioneller Unterstützung ohne HKP“ im Durchschnitt der Quartale 2021	9
Tabelle 5: Leistungskombinationen innerhalb des Typ IIIb „Pflege mit professioneller Unterstützung mit HKP“ im Durchschnitt der Quartale 2021	10
Tabelle 6: Anteil ambulant Pflegebedürftige nach Setting und Bundesland im Durchschnitt der Quartale 2017-2021	43

Anhang

Tabelle 6: Anteil ambulant Pflegebedürftige nach Setting und Bundesland im Durchschnitt der Quartale 2017-2021

	Typ I: "Grad 1"					Typ II: "selbst org."					Typ IIIa: "Sachl. ohne HKP"					Typ IIIb: "Sachl. mit HKP"				
	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021
Bundesland																				
Brandenburg	6,3	10,8	13,1	13,6	14,1	44,6	42,4	41,8	42,9	43,7	10,8	10,1	9,7	9,0	8,9	38,4	36,8	35,5	34,4	33,3
Berlin	7,2	11,5	13,8	14,5	15,3	53,5	52,0	51,6	52,8	53,2	13,0	11,9	11,6	10,9	10,4	26,3	24,5	23,1	21,9	21,1
Baden-Württemberg	6,0	10,7	13,5	14,7	15,9	56,9	54,6	53,7	55,1	55,1	11,2	10,3	9,6	8,1	7,8	26,0	24,4	23,2	22,1	21,1
Bayern	8,2	13,6	16,8	17,8	18,9	55,8	52,6	50,9	52,1	51,8	14,1	13,0	12,2	10,5	10,3	22,0	20,9	20,1	19,6	18,9
Bremen	7,6	12,4	15,2	16,1	16,6	56,5	54,8	54,0	55,3	56,7	9,0	8,6	8,4	7,5	7,3	26,9	24,2	22,4	21,1	19,3
Hessen	5,2	9,2	11,2	12,3	13,3	60,8	58,6	58,0	59,2	59,6	11,1	10,4	9,9	8,5	8,2	22,9	21,9	20,9	19,9	18,9
Hamburg	6,0	9,5	11,4	12,6	14,0	53,4	51,7	51,0	51,3	50,6	9,4	9,1	8,8	7,9	7,3	31,2	29,7	28,7	28,2	28,1
Mecklenburg-Vorpommern	6,7	12,3	15,4	16,6	17,3	42,3	39,4	38,2	38,6	38,9	9,0	8,4	8,2	7,7	7,5	42,0	40,0	38,1	37,0	36,2
Niedersachsen	6,3	10,9	13,7	15,2	16,4	55,9	54,0	53,4	54,7	54,6	12,5	11,5	10,7	9,2	8,9	25,3	23,6	22,1	21,0	20,0
Nordrhein-Westfalen	7,0	11,6	14,1	15,3	16,2	58,3	56,1	55,4	56,6	57,3	9,5	8,7	8,1	6,9	6,4	25,1	23,6	22,4	21,2	20,1
Rheinland-Pfalz	7,4	12,1	15,0	16,4	17,8	57,4	54,8	53,6	54,8	54,9	10,9	10,3	9,6	8,0	7,5	24,4	22,8	21,7	20,8	19,7
Schleswig-Holstein	8,9	14,7	18,2	19,8	20,9	50,4	47,7	46,5	47,0	46,9	10,8	9,7	8,9	7,6	7,5	30,0	27,8	26,5	25,6	24,7
Saarland	8,4	14,2	16,6	17,6	18,0	57,0	54,2	53,3	55,7	56,2	13,5	12,2	11,5	9,3	9,4	21,1	19,4	18,5	17,4	16,5
Sachsen	8,4	13,9	16,0	16,0	16,6	40,4	38,6	39,0	41,6	43,7	10,8	9,9	9,5	8,8	8,5	40,4	37,6	35,4	33,6	31,3
Sachsen-Anhalt	8,4	14,8	17,7	18,4	18,3	42,8	38,9	37,6	38,4	40,1	9,3	8,3	7,8	7,2	7,2	39,5	38,1	36,8	36,0	34,5
Thüringen	6,0	10,5	13,5	14,5	14,8	49,9	47,8	47,0	48,3	49,7	10,5	9,9	9,4	8,2	7,7	33,5	31,8	30,1	29,0	27,8

99. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2022

am 30. November und 1. Dezember 2022 in Perl

TOP 5.14

Neustrukturierung der Kurzzeitpflege und bedarfsgerechter Ausbau

Antragsteller: Baden-Württemberg, Brandenburg, Nordrhein-Westfalen

Die ASMK hat einstimmig beschlossen:

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder sind sich einig, dass die Kurzzeitpflege und ihre Finanzierungsgrundlagen grundsätzlich neu zu strukturieren sind. Sie bitten das Bundesministerium für Gesundheit, Vorschläge in die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung auf Ebene der Amtschefinnen und Amtschefs (BLAG Pflegereform) einzubringen und gemeinsam mit den Ländern Grundlagen für notwendige Anpassungen zu erarbeiten. Dabei sind die Strukturen je nach ihrer Rollenzuschreibung differenziert im SGB V und im SGB XI zu prüfen. Dabei sind insbesondere die Regelungen zur Finanzierung und zu den Qualitätsanforderungen entsprechend anzupassen.

100. Arbeits- und Sozialministerkonferenz

Umlaufbeschluss 08/2023

vom 03.08.2023

Reformschritte für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Antragsteller:

**Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg,
Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen,
Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Thüringen**

Beschluss:

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder haben einstimmig beschlossen:

- I. Die für die Pflege zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder begrüßen grundsätzlich die im Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) enthaltenen Maßnahmen zur Verbesserung der Pflege, auch wenn die Maßnahmen insgesamt als nicht ausreichend erachtet werden, um die Finanzierung der Pflegeversicherung generationengerecht und nachhaltig auszugestalten.
- II. Die für die Pflege zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder nehmen das durch die Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (BLAG Pflegereform) erstellte Diskussionspapier einer Roadmap für eine generationengerechte und nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung (Diskussionspapier Finanzierung) zustimmend zur Kenntnis und sehen dieses als geeignete Grundlage für die Einleitung weiterer Schritte zur Finanzreform der Pflegeversicherung auf Bundesebene an.
- III. Die für die Pflege zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder begrüßen, dass der Bund alsbald die weiteren notwendigen Reformschritte für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung unter Einbindung der Ländern angehen wird, die insbesondere eine generationengerechte und nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung beinhalten. Die Länder bitten, die im Diskussionspapier Finanzierung der BLAG Pflegereform angesprochenen Punkte in der vom Bund eingerichteten AG Zukunftssichere Finanzen der Sozialen Pflegeversicherung aufzugreifen.

- IV. Die für die Pflege zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder fordern den Bund darüber hinaus auf, die bereits durch die ASMK getroffenen Beschlüsse zur kostendeckenden Refinanzierung der Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen der Langzeitpflege durch die gesetzliche Krankenversicherung, die Herausnahme der Ausbildungsumlage nach dem Pflegeberufegesetz aus der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen und einen finanziellen Zuschuss für die von der Pflegeversicherung geleisteten versicherungsfremden Leistungen aus dem Bundeshaushalt an den Ausgleichfonds als erstes zur Absicherung der Finanzierung der Pflegeversicherung anzugehen und kurzfristig in kommenden Gesetzgebungsverfahren zu berücksichtigen.
- V. Die für die Pflege zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder beauftragen die BLAG Pflegereform, ihre Arbeit bis zur 101. ASMK abzuschließen. Aufgrund der steigenden Zahl pflegebedürftiger Menschen und des Mangels an professionellen Pflegekräften soll die BLAG Pflegereform den Schwerpunkt insbesondere auf die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung legen mit dem Ziel, die Ergebnisse dem Bund zur Umsetzung zu unterbreiten.

Roadmap für eine generationengerechte und nachhaltige

Finanzierung der Pflegeversicherung

Stand 26.05.2023

I. Ausgangslage:

I.1 Beschluss der BLAG Pflegereform am 28.02.2023

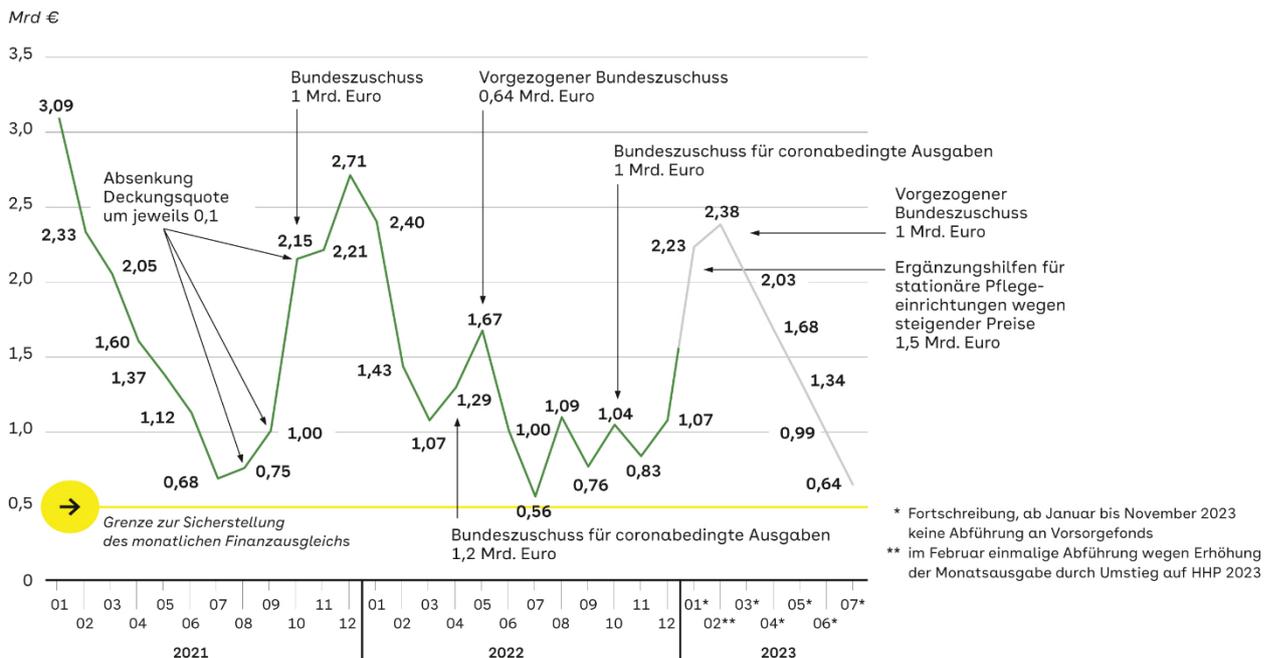
Im Rahmen der letzten Sitzung der BLAG Pflegereform auf der Ebene der Amtschefinnen und Amtschefs wurde folgender einstimmiger Beschluss gefasst:

Die Unterarbeitsgruppen Finanzierung und Leistungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe (BLAG) Pflegereform werden beauftragt, einen Vorschlag für eine Roadmap zur generationengerechten und nachhaltigen Finanzierung der Pflegeversicherung zu erarbeiten, der Leitplanken, Arbeitspakete und Zeitplanungen, v.a. unter Berücksichtigung der Vorgaben ambulant vor stationär, sektorenübergreifend und sozialraumorientiert beinhaltet. Dieser Vorschlag ist bis 31. Mai 2023 der BLAG Pflegereform vorzulegen und soll dann ausgewählten Expertinnen und Experten zur wissenschaftlichen Bewertung zur Verfügung gestellt werden. Die Roadmap soll dann im Rahmen der Sonder-ACK Pflege am 14. Juni 2023 von den Expertinnen und Experten mit einem Kurzimpuls verortet und gemeinsam mit der ACK diskutiert werden.

I.2 Situation Ausgleichsfonds:

Stand: Februar 2023

Angespannte Lage - Entwicklung der Liquidität des Ausgleichsfonds der SPV



Quelle: BAS; Grafik AOK-Mediendienst

I.3 Kostenentwicklung Pflegeunterstützungs- und –entlastungsgesetz (PUEG):

Quelle: Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.

Kostenwirkungen des Pflegeunterstützungs- und –entlastungsgesetzes (PUEG) mit Stand 20.2.2023
in Mrd. Euro

	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Finanzielle Ausgangslage (= laufendes Defizit in der Sozialen Pflegeversicherung/SPV)¹	-2,25	-3,00	> -3,00	> -3,00	> -3,00	> -3,00	> -3,00	> -3,00	> -3,00
Zusatzausgaben RefE PUEG									
Leistungsausweitungen (u.a. für Anhebung Pflegegeld, ambulante Sachleistungen, stationärer Leistungszuschlag) ²			-2,27	-2,37	-3,00	-3,00	-3,00	-3,00	-3,00
Dynamisierung aller Leistungsbeträge ab 2025 um 5 % ³				-2,30	> -2,30	> -2,30	> -2,30	> -2,30	> -2,30
Dynamisierung aller Leistungsbeträge ab 2028 um kumulierte Inflationsrate zwischen 2025 und 2028 ⁴							> -2,76	> -2,76	> -2,76
Nachholen der Zuführungen in den Pflegevorsorgefonds aus 2023			-1,70						
Zusatzeinnahmen RefE PUEG									
Beitragsatzanstieg von 3,05 % auf 3,4 % zum 1.7.2023, gestaffelte Zuschläge nach Kinderzahl		3,15	6,60	> 6,60	> 6,60	> 6,60	> 6,60	> 6,60	> 6,60
Absenkung der Verwaltungskostenpauschale			0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12	0,12
Verschiebung der Zuführungen in den Pflegevorsorgefonds		1,70							
Rückzahlungen									
Rückzahlung des vom Bund gewährten Darlehens (1 Mrd. €)							-1,00		
Zwischensaldo	-2,25	+1,85	-0,25	> -0,95	> -1,58	> -1,58	> -5,34	> -4,34	> -4,34
Zusatzausgaben/Ausgabedynamiken, die nicht im Referentenentwurf hinterlegt sind									
Nichtberücksichtigung steigender Pflegebedürftigenzahl und Dynamik Pflegeheimkosten ⁵				-6,00	> -6,00	> -6,00	> -6,00	> -6,00	> -6,00
Gesamt-Saldo	-2,25	+1,85	-0,25	> -6,95	> -7,58	> -7,58	> -11,34	> -10,34	> -10,34

¹ Quelle: GKV-SV. In diesem Defizit sind die jährlichen Steuerzuschüsse zur SPV bereits enthalten.

² Quelle: RefE. Es ist davon auszugehen, dass die BMG-Werte zu niedrig angesetzt sind, da sie auf den Finanzentwicklungen der SPV in 2021 basieren. Richtigerweise müssten 2023er Werte angesetzt werden.

³ BMG hat Rechnungs-korrektur im Vgl. zur Arbeitfassung versäumt (richtig sind 2,3 Mrd., statt 3,2 Mrd.). Werte werden im RefE nicht als Mehrausgabe angegeben, sondern wegen einer Verschiebung von 2024 auf 2025 als Minderausgabe in 2024 erwähnt.

⁴ Annahme: Kumulierte Dynamisierung von 6 % über drei Jahre Preisentwicklung. Im RefE bleiben diese Mehrausgaben unerwähnt.

⁵ Eigene Berechnungen der Dynamik auf Basis der „Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung“ des BMG.

Bei der Bewertung der Kostenwirkungen des PUEG durch den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) ist aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), zu berücksichtigen, dass das Tableau grundsätzlich statisch angelegt ist. Es gebe weder bei den Finanzwirkungen der Beitragssatzanhebung noch bei den Finanzwirkungen der Leistungsanpassungen Änderungen im Zeitverlauf. Deshalb ist auf der Ausgabenseite eine Annahme zu den zusätzlichen Auswirkungen der steigenden Pflegebedürftigenzahl sowie der über die Eigenanteilsbegrenzung von der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) teilweise zu tragenden steigenden Pflegeheimkosten hinzugefügt worden. Dieser Faktor beträgt in 2025 rd. 12% der Gesamtausgaben. Tatsächlich verursachen die steigenden Pflegebedürftigenzahlen aber pro Jahr nur einen Kostenanstieg von etwa 3% bis 4%, wenn man berücksichtigt, dass das Wachstum fast ausschließlich bei den ambulanten Leistungen stattfindet. Entsprechend bauen sich die Wirkungen allmählich auf und es werde nach Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit 2025 kein Defizit von 7 Mrd. € auftreten.

I.4 Aktuelle „Ausgabentreiber“ in der Pflegeversicherung:

- Kosten für die Absenkung der vollstationären Eigenanteile
 - 2022: Mehrausgaben in Höhe von ca. 3,7 Mrd. Euro für Leistungszuschläge nach Wohndauer
 - Keine Gegenfinanzierung
 - Entsprechend der Ausführungen zur Gesetzesbegründung des Pflegeunterstützungs- und –entlastungsgesetzes (PUEG) Mehrkosten für Leistungserweiterung (Anhebung Pflegegeld und -sachleistung, Begrenzung vollstationäre Eigenanteile)

von ins. 2 Mrd. EUR

➤ Hoher Anstieg der Pflegeprävalenz

- Starke Zunahme der Anzahl von Anspruchsberechtigten im Pflegegrad 1
- Demografieentwicklung als Treiber für steigende Finanzbelastung der Pflegeversicherung:
 - steigende Anzahl an Pflegeleistungsempfängern
 - geburtenstarke Jahrgänge
 - steigende Lebenserwartung
 - Sinkendes Erwerbspersonenpotential/sinkende Anzahl an Beitragszahlenden
 - Trend zur professionellen Pflege aufgrund gesellschaftlicher Veränderung

I.5 Kurzfristige Handlungsoptionen

Mögliche kurzfristige Handlungsoptionen zur Absicherung der Finanzierung der SPV wurden im PUEG durch den Gesetzgeber **nicht** aufgegriffen:

	Volumen ca.:
• Kein Ausgleich der pandemiebedingten Kosten der SPV:	- 4,7 Mrd. € (einmalig)
• Keine Steuermittel für versicherungsfremde Leistungen:	
○ Sozialversicherungsbeiträge für Pflegepersonen	- 3,2 Mrd. € (jährlich)
○ Beitragsfreie Familienversicherung	- 3,0 Mrd. € (jährlich)
○ Ausbildungsumlage	- 0,17 Mrd. € (jährlich)
○ Beitragsfreiheit Mutterschaft/Elternzeit	- 0,2 Mrd. € (jährlich)
• Refinanzierung der Aufwendungen für Leistungen der med. Behandlungspflege in Pflegeheimen der Langzeitpflege durch die GKV	- 4,0 Mrd. € (jährlich)
• Pauschalbeiträge zur SPV für geringfügig Beschäftigte	- 1,2 Mrd. € (jährlich)

I.6 Finanzielle Wirkungen des PUEG

• Mehrausgaben Leistungsanpassungen*	- 2,0 Mrd. € (jährlich)
• Umsetzung BVerfG-Urteil und Beitragserhöhung 2023	+ 3,15 Mrd. € (einmalig)
• Umsetzung BVerfG-Urteil und Beitragserhöhung 2024	+ 6,6 Mrd. € (jährlich)
• Absenkung Verwaltungskostenausgaben	+ 0,1 Mrd. € (jährlich)
• Verschiebung Leistungsdynamisierung/Minderausgaben	+ 3,2 Mrd. € (einmalig)
• Verschiebung Zahlung Pflegevorsorgefonds nach 2024	+ 1,7 Mrd. € (2023)

- Verschiebung Zahlung Pflegevorsorgefonds nach 2024 - 1,7 Mrd. € (2024)
- Verschiebung Rückzahlung Darlehen bis 31.12.2023 - 0,5 Mrd. € (einmalig)
- Verschiebung Rückzahlung Darlehen bis 2028 + 0,5 Mrd. € (einmalig)

* Durch den Änderungsantrag der Regierungskoalition zum PUEG vom 22. Mai 2023 wurde das Modellvorhaben für Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier mit einer Laufzeit von 4 Jahren wieder aufgenommen. Die Mittel aus dem Ausgleichfonds werden durch Umschichtung von in den Jahren 2023 und 2024 nicht in Anspruch genommen Mitteln des Förderprogramms zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf finanziert. Ebenso wird der Gemeinsame Jahresbetrag für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege wieder aufgenommen. Die in der Presse bekanntgewordenen Mehrkosten von 500 Mio. EUR werden durch eine Absenkung der Dynamisierung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung zum 01. Januar 2025 von 5 Prozent auf 4,5 Prozent gegenfinanziert.

II. Leitfragen zur Entwicklung einer Roadmap

- Demografieentwicklung (doppelter demografischer Effekt):
 - Steigende Anzahl an Pflegeleistungsempfängerinnen und -empfänger:
 - ➔ Wie können Pflegeprävalenzen positiv verändert werden?
 - Sinkendes Erwerbspersonenpotential/sinkende Anzahl an Beitragszahlenden:
 - ➔ Wie kann nachhaltig die Finanzierungsgrundlage gesichert werden?
- Steigende Eigenanteile in der Pflegeversicherung:
 - ➔ Wie wird einer Entwertung der Versicherungsleistungen begegnet?
- Angebotsentwicklung zur Bedarfs- und Bedürfnisbefriedigung:
 - Pflegebereitschaft von Zu- und Angehörigen als unverzichtbarer Baustein in unserer Pflegerealität
 - Quartiersentwicklung
 - Ehrenamtliches Engagement im Vor- und Umfeld von Pflege
 - Institutionalisierte Sorgearbeit
 - Personalgewinnung und -haltung
 - Diversifizierung der Angebotsstrukturen
 - ➔ Wie kann die Angebotssteuerung erfolgen?
- Rolle der Akteure:
 - ➔ Wie kann Pflege vor Ort organisiert und gestaltet werden?
- Wie kann die Beitragssatzstabilisierung der SPV gelingen?
 - ➔ Welche Maßnahmen zur nachhaltigen Finanzierungsfähigkeit der SPV sind erforderlich?

III. Mögliche Stellschrauben

Zur Finanzierungsfähigkeit einer generationengerechten und nachhaltigen Ausgestaltung der Pflegeversicherung wurden folgende Maßnahmen mit finanzieller Wirkung auf Fach-ebene durch die Länder bewertet und sollen als Basis für die weitere Diskussion auf der politischen Ebene und mögliche Grundsatzentscheidungen dienen. Darunter fällt auch die zentrale politische Fragestellung, ob die bisherige Anlage der sozialen Pflegeversicherung als Teilleistungsanspruch beibehalten werden soll.

III.1 Maßnahmen, die durch die Länder auf Fachebene gemeinschaftlich unterstützt werden

Grundsätzlich sind sich die Länder einig, dass folgende Maßnahmen in ihrer Gesamtheit zu einer generationengerechten und nachhaltigen Finanzierung der Pflegeversicherung beitragen können:

III.1.1 Kostendeckende Refinanzierung der Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in Pflegeheimen der Langzeitpflege durch die Gesetzliche Krankenversicherung

Ambulant versorgte Pflegebedürftige erhalten die medizinische Behandlungspflege als Sachleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Dahingegen sind die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege für vollstationär Versorgte im gedeckelten Sachleistungsbetrag der Pflegeversicherung enthalten. Aufgrund des Teilleistungsprinzips der Pflegeversicherung führt dies zunehmend zu ungleichen Rahmenbedingungen zwischen der ambulanten und der vollstationären Versorgung in der Langzeitpflege, da die Differenz des durch die Pflegekasse getragenen begrenzten Leistungsbudgets zu den tatsächlichen Kosten der stationären Einrichtung durch die Pflegebedürftigen oder aus dem SGB XII getragen werden muss.

Die Verlagerung der Finanzierungsverantwortung beseitigt den daraus mit resultierenden Fehlanreiz für die Kassen, ihre Versicherten in die stationäre Versorgung zu steuern und die Ungleichbehandlung stationär und ambulant versorgter Pflegebedürftiger. Gleichzeitig würde der in wirtschaftlicher Hinsicht bestehende Anreiz für Pflegeanbieter abgemildert, Versorgungsangebote für viele Pflegebedürftige in einem Gebäude als ambulante Versorgung zu deklarieren.

Mit ASMK-Umlaufbeschluss 08/2022 vom 24.10.2022 wurde einstimmig beschlossen, dass diese Maßnahmen durch das Vorsitzland der BLAG Pflegereform dem Bund für die Berücksichtigung in anstehenden Gesetzgebungsvorhaben vorgelegt wird.

Mit dieser Maßnahme werden zum einen die Pflegebedürftigen in der stationären Langzeitpflege finanziell entlastet, zum anderen entfallen durch die Verlagerung der Finanzierungsverantwortung der medizinischen Behandlungspflege in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bestehende Fehlanreize in der Versorgungssteuerung.

Im Zusammenhang mit der kostendeckenden Refinanzierung durch die Gesetzliche Krankenversicherung sollte auch geprüft werden, ob es sinnvoll wäre, wenn die tatsächliche Leistungsgewährung der medizinischen Behandlungspflege bei Vorliegen eines Pflegegrades durch die soziale Pflegeversicherung erfolgen würde. Damit bliebe es für stationäre Pflegeeinrichtungen bei einem Abrechnungspartner und für den Teilbereich der ambulanten Versorgung pflegebedürftiger Menschen mit zusätzlichen behandlungspflegerischen Bedarfen nach SGB V würden Entbürokratisierungspotentiale geschaffen.

III.1.2 Herausnahme der Ausbildungsumlage nach dem Pflegeberufegesetz aus der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen

Die Eigenanteile, welche die Pflegebedürftigen in der Langzeitpflege für den einrichtungseinheitlichen Eigenanteil, aber auch für die Unterkunft und Verpflegung sowie die Investitionskosten zu tragen haben, erhöhen sich kontinuierlich. Zwar bestehen bei der Höhe des einrichtungseinheitlichen Eigenanteils Unterschiede zwischen den Einrichtungen und Bundesländern, jedoch ist eine allgemeine Entwicklung zu steigenden einrichtungseinheitlichen Eigenanteilen sowie eine steigende Gesamtbelastung der Pflegebedürftigen zu beobachten.

Die Ausbildungskosten nach dem Pflegeberufegesetz werden im Rahmen eines Umlageverfahrens als Ausbildungsumlage in Höhe von 30,2174 Prozent auf die Pflegeeinrichtungen und in der Folge auf die Pflegebedürftigen umgelegt. Aufgrund der gedeckelten Sachleistungsbeträge der Pflegeversicherung fallen diese Kosten daher faktisch den Pflegebedürftigen zur Last.

Bereits in der Stellungnahme des Bundesrates (Drucksache 354/15 vom 25.09.2015) zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften wurde vom Bundesrat darum gebeten, zu prüfen, wie die gesetzlichen Voraussetzungen dafür geschaffen werden können, die Belastung der Pflegebedürftigen mit Ausbildungskosten zu beenden.

Mit ASMK-Umlaufbeschluss 08/2022 vom 24.10.2022 wurde einstimmig beschlossen, dass diese Maßnahmen durch das Vorsitzland der BLAG Pflegereform dem Bund für die Berücksichtigung in anstehenden Gesetzgebungsvorhaben vorgelegt wird.

Konzeptionell wurde vorgeschlagen, die Ausbildungsumlage aus der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen herauszunehmen und dass der entsprechende Finanzbedarf für die Pflegeausbildung direkt durch die soziale Pflegeversicherung aufgebracht wird.

Dem Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung sind die Kosten der Ausbildung durch einen Bundeszuschuss aus Steuermitteln vollständig zu ersetzen, da die Ausbildung der

Sicherstellung des wachsenden Fachkräftebedarfs und daher als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu betrachten ist.

Mit dieser Maßnahme würden zum einen die Pflegebedürftigen in der stationären Langzeitpflege finanziell entlastet, sie bietet aber auch die Chance, dass das derzeit mit einem erheblichen Verwaltungsaufwand verbundene Verfahren für die fondsführende Stelle und jede einzelne Pflegeeinrichtung vereinfacht wird. Im ASMK-Umlaufbeschluss wurden entsprechende Regelungsvorschläge dem Bund unterbreitet.

III.1.3 Effizienzgewinne durch Digitalisierung und Automatisierung in der pflegerischen Versorgung:

Digitalisierungs- und Automatisierungstechnologien können dazu beitragen, dass Prozesse effizienter gestaltet werden können, die menschliche Tätigkeit unterstützt und in der Folge personelle Ressourcen freigesetzt bzw. reinvestiert werden. Dies gilt insbesondere für Routinetätigkeiten, Dokumentation, Abrechnungsprozesse, Tourenplanung sowie für eine bessere Vernetzung und Kommunikation zwischen den Akteuren mit Hilfe der Telematikinfrastruktur (TI). Auch der Einsatz sogenannter Ambient Assisted Living-Systeme (AAL) und Pflegeunterstützungssysteme, wie beispielsweise Dusch-WC oder intelligente Pflegebetten, können einen Beitrag zur größeren Selbstständigkeit Pflegebedürftiger leisten und den Bedarf an Pflegeunterstützung und die Belastung für Pflegenden senken. Zu berücksichtigen ist aber, dass in der Pflege der menschliche Kontakt im Vordergrund bleibt und Fragestellungen der Ethik und Akzeptanz beantwortet werden. Voraussetzung für einen gelingenden Einsatz ist, dass die Einrichtungen die notwendige Unterstützung bei Beratung, Umsetzung, Schulungen der Mitarbeitenden im Umgang mit der Digitalisierung des Arbeitsumfeldes (digitale Kompetenz) und finanziellen Aufwänden erfahren. Dabei wird die weitere Förderung von Forschungs- und Modellprojekten für den Einsatz von arbeitseretzenden Assistenz- und Automatisierungssystemen für notwendig erachtet.

III.1.4 Effizienzgewinne durch Verwaltungsorganisation und Bürokratiebegrenzung:

Die Länder befürworten die Begrenzung und den Abbau von Bürokratie. Überbordende Dokumentationspflichten binden die Arbeitszeit des in der Pflege benötigten Personals und erhöhen die Overheadkosten. Die daraus resultierenden höheren Kosten der Pflegeleistungen führen letztendlich zu einer Belastung der Ausgabenseite der Pflegekassen und vor allem der pflegebedürftigen Menschen. Die Abrechnungsprozesse zwischen Leistungserbringern und Pflegekassen gestalten sich heterogen und binden insbesondere in der ambulanten Pflege Arbeitskraft; sie können durch voll-digitale brancheneinheitliche Lösungen effizienter gestaltet werden. Entlastungen, insbesondere solche, die einen Zeitgewinn bringen, können in die eigentliche Pflegeleistung investiert werden. Dabei ist genau abzuwägen, welche Dokumentationspflichten beispielsweise für die Pflegedokumentation oder Qualitätssicherung einen fachlichen Nutzen bringen bzw. in welchen Bereichen nur

ein marginaler Zusatznutzen entsteht. Auch die konsequente Nutzung digitaler Systeme trägt zu einer effizienteren Organisation bei und verhindert, dass Dokumentationen an verschiedenen Stellen mehrfach oder manuell vorgenommen werden müssen; außerdem erleichtert sie den Zugriff aller Beteiligten am Pflegeprozess. Auch dies entlastet die Pflegefach- und -hilfskräfte und trägt zu deren Unterstützung und Arbeitszufriedenheit bei. Ebenso ist an mögliche Reduktionen von bürokratischen Anforderungen der Pflegeversicherung zu denken, z.B. im Zusammenhang mit dem Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI.

III.1.5 Bekämpfung von Leistungsmissbrauch:

Die überwiegende Mehrheit der Leistungserbringer rechnet die von ihnen erbrachten Leistungen korrekt ab. Daher ist die Branche nicht unter einen Generalverdacht zu stellen und es darf kein Klima des Misstrauens entstehen.

Dennoch ist es notwendig, etwaige „schwarzen Schafe“ ausfindig zu machen, die durch Abrechnungsbetrug der Pflegeversicherung jedes Jahr Millionenschäden zufügen. Nur mit wirksamer (strafrechtlicher) Verfolgung und praktisch umsetzbaren Nachweisprozessen ist eine wirkungsvolle Eindämmung von Leistungsmissbrauch und damit Kosteneinsparung möglich. Maßnahmen auf der Ebene des Versorgungsvertrags betreffen die Sicherstellung der vertraglichen Verpflichtungen der Pflegeeinrichtungen und mithin auch die Qualitätssicherung.

Der Entzug des Versorgungsvertrags bei Verstößen stellt eine schwer durchsetzbare ultima ratio dar; unterhalb dieser Schwelle besteht die Möglichkeit von Entgeltkürzungen oder Maßnahmebescheiden. Aus Sicht der Länder müssen die Pflegekassen sich personell so aufstellen, dass sie in der Lage sind, die ihnen zur Verfügung stehenden Instrumente auch anzuwenden.

Dabei muss aber Ziel sein, dass die Leistungserbringer, die in der weitaus überwiegenden Zahl korrekt abrechnen, nicht mit bürokratischen Mehraufwänden belastet werden.

Ein weiteres Hindernis sehen die Länder in den datenschutzrechtlichen Anforderungen für die Zusammenführung von Daten der Kranken- und Pflegekassen. Deshalb ist zu prüfen, welche Handlungsoptionen für eine konsequentere Verfolgung von Leistungsmissbrauch den Pflegekassen zur Verfügung stehen bzw. bestehen sollten.

II.1.6 Finanzausgleich zwischen sozialer Pflegeversicherung (SPV) und privater Pflegeversicherung (PPV):

Für die weitere Diskussion wird es als sinnvoll erachtet, zu bewerten, ob ein Ausgleich der unterschiedlichen Versicherungsrisiken zwischen den verschiedenen Systemen zu einer finanziellen Entlastung der SPV führen kann. Die Versicherten der PPV haben eine

günstigere Altersstruktur, einen höheren Männeranteil und ein geringeres altersspezifisches Pflegerisiko. Das Beitragseinkommen der Privat-Vollversicherten liegt 60% über dem der SPV-Versicherten, und die Leistungsausgaben der PPV sind unter Berücksichtigung der Beihilfe nur halb so hoch wie in der SPV (BEK Pflegereport 2015). Für die politische Entscheidung, ob ein solcher Finanzausgleich zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung, der bereits im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD 2005 vereinbart aber nicht umgesetzt wurde, verfolgt werden soll, ist zu bewerten, welche fiskalischen Wirkungen und Verteilungseffekte ausgelöst werden. Insbesondere auch, ob die Altersstrukturen der SPV und PPV in den nächsten Jahren zu einer Verschiebung und Erhöhung der Leistungsausgaben der PPV führen und ggf. zu einem umgekehrten Ausgleich zulasten der SPV, wie auch im Gutachten „Nachhaltige Finanzierungen von Pflegeleistungen“ des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (BMWK) ausgeführt wird.

III.1.7 Steuerzuschüsse:

Für eine nachhaltige Finanzgrundlagenreform sind die bisher von der Pflegeversicherung getragenen versicherungsfremden Leistungen der Pflegeversicherung künftig über Steuermittel von der Gesamtheit der Gesellschaft und nicht alleine durch die Beitragszahlenden zu finanzieren. Mit ASMK-Umlauf 2/2023 wurde die Maßnahme „Finanzieller Zuschuss für die von der Pflegeversicherung geleisteten versicherungsfremden Leistungen aus dem Bundeshaushalt an den Ausgleichfonds“ beschlossen und Herrn Bundesminister Prof. Dr. Lauterbach mit der Bitte um Berücksichtigung in anstehenden Gesetzgebungsverfahren übermittelt. Damit wird unterstrichen, dass aus Sicht der Länder Leistungen der Pflegeversicherung wie die beitragsfreie Familienversicherung, Beitragsfreiheit bei Mutterschaft- und Elterngeldbezug sowie der sozialen Sicherung der Pflegepersonen, die aus gesellschafts- und familienpolitischer Sicht gezahlt werden, nicht allein zu Lasten der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler sondern aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert werden müssen.

Für eine generationengerechte und nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung kann der Steuerzuschuss nur einen Baustein darstellen; er darf aber aus der Sicht der Länder insbesondere mit Blick auf die Belastung der Mittelschicht nicht überstrapaziert werden und steht nicht unbegrenzt zur Verfügung.

Es stellt sich für die Länder die Frage, ob Steuerzuschüsse, sofern diese pauschaliert geleistet werden, dann auch die tatsächlichen Kosten vollständig ausgleichen.

Die theoretisch denkbare Konsequenz, diese Leistungen aus dem Leistungskatalog der Pflegeversicherung zu streichen und direkt über das Steueraufkommen oder andere staatlicher Leistungen zu finanzieren, wenn ein Ausgleich aus Steuermittel nicht erfolgt, findet keine mehrheitliche Unterstützung der Länder.

III.1.8 Pauschalbeiträge der Arbeitgeber zur sozialen Pflegeversicherung für geringfügig Beschäftigte:

Für geringfügig entlohnte Beschäftigte nach §§ 8 Absatz 1 Nummer 1, 8a Satz 1 SGB IV werden aus dieser Beschäftigung keine Beiträge zur sozialen Pflegeversicherung geleistet; hingegen werden Pauschalabgaben des Arbeitgebers an die gesetzliche Krankenversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung abgeführt.

Die gesetzliche Krankenversicherung und die gesetzliche Rentenversicherung sichern existenzielle Bedürfnisse der Versicherten in Krankheitsfällen und im Alter ab. Gleiches trifft aber auch für die Pflege zu, denn im Fall der Pflegebedürftigkeit werden auch diese Leistungen von geringfügig Beschäftigten benötigt, und auch diese geringfügig Beschäftigten sind zum Beispiel über eine kostenfreie Familienversicherung oder über eine andere sozialversicherungspflichtige Beschäftigung anspruchsberechtigt in der sozialen Pflegeversicherung.

Aus diesen Gründen haben die Länder im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum PUEG empfohlen, die bestehenden Pauschalbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und zur Rentenversicherung für geringfügig entlohnte Beschäftigte um eine Pflicht des Arbeitgebers zur Entrichtung von Pauschalbeiträgen zur sozialen Pflegeversicherung in einer angemessenen Höhe des Arbeitsentgelts zu erweitern.

III.1.9 Ausweitung der Leistungsansprüche:

Eine zentrale Herausforderung der nächsten Jahre stellt die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung dar. Einerseits ist es wichtig, die Pflege in der Häuslichkeit, die auch heute mit über 80% durch pflegende Zu- oder Angehörige alleine oder mit Unterstützung professionell Pflegender geleistet wird, zu stärken., und andererseits die Menschen, die auf eine Versorgung in der stationären Langzeitpflege angewiesen sind, vor einer finanziellen Überforderung zu schützen und die Eigenbeteiligung kalkulierbar zu gestalten.

Darüber hinaus ist es aus Sicht der Länder erforderlich, zu prüfen, wie bedarfsgerechte Lösungen für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung unter dem Gesichtspunkt der Leistungsausweitung bis hin zur Überwindung von Sektorengrenzen aussehen müssen, um im Rahmen der nicht unbegrenzt zur Verfügung stehenden Mittel der Pflegeversicherung die bestehenden und zukünftigen Pflegesettings zu stabilisieren.

III.2 Maßnahmen die durch die Länder auf Fachebene gemeinschaftlich als kritisch bewertet werden

Für die folgenden Maßnahmen haben sich die Länder einheitlich dafür ausgesprochen, diese nicht weiterzuverfolgen; sie sehen darin keine Ansätze die für eine Roadmap für eine generationengerechte und nachhaltige Finanzierung der Pflegeversicherung in Frage kommen.

III.2.1 Pauschale Pflegeprämie:

In seinen Ausführungen „Soziale Marktwirtschaft vs. marktorientierte Sozialwirtschaft“ gelangt Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen zu der Feststellung, dass, wenn die geburtenstarken Jahrgänge ab 2040 das entsprechende Pflegealter erreichen, für zukünftige Beitragszahler keine andere Wahl bleibe, als den Generationenvertrag, der nie einer gewesen sei, aufzukündigen. Ihr Argument sei – wie im Fall der Renten- und Krankenversicherung – schlagend: Warum sollten sie im Laufe ihres Lebens 4–8 Prozent ihres Lohnes für jene Pflegebedürftigen bereitstellen, die doch als Nutznießer teils nichts oder nur deutlich geringere Teile ihres Einkommens für die Pflegefälle der Vergangenheit abgetreten haben. Er zielt damit auf die Generation der Babyboomer ab und fordert, um eine Akzeptanz des Umlageverfahrens zu erreichen, die Beiträge mit sofortiger Wirkung einzufrieren und unmittelbar mit entsprechenden Leistungsanpassungen zu verknüpfen. Zugleich müsse zur Wiederherstellung der Äquivalenz die Lohnabhängigkeit der Beitragszahlung auf eine Finanzierung durch pauschale Pflegeprämien umgestellt werden, deren Höhe abhängig von der damit verknüpften Eigenbeteiligung ist. Analog der Gesundheitsprämie im System der GKV ist die entsprechende Pauschale umso geringer, je höher die Eigenbeteiligung gewählt wird. Auch im Fall der Pflegeprämie werden die Sozialleistungen der bedürftigkeitsgeprüften Fürsorge entsprechend angepasst und im Rahmen des Familienlastenausgleichs müssen die Prämien für zugehörige Kinder entsprechend erstattet werden. Die entsprechende Refinanzierung hierfür müsse systemimmanent aus dem allgemeinen Steueraufkommen erfolgen.

Die Länder sehen kritisch, dass eine solche Regelung den Grundsätzen der solidarischen Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung widerspricht und untere Einkommenschichten stärker belastet könnte, da diese ggf. höhere Eigenbeteiligung gar nicht tragen können und zugleich ein sozialer Ausgleich geschaffen werden müsste. Es soll an den Prinzipien einer solidarischen Versichertengemeinschaft festgehalten werden.

III.2.2 Leistungsbeträge mit sofortiger Wirkung einfrieren:

Der Verband der Private Krankenversicherung (PKV) fordert in seiner Abhandlung „Ein neuer Generationenvertrag für die Pflege - Leitplanken für eine solidarische und generationengerechte Finanzierung der Pflegeversicherung“ (Februar 2022), die Leistungen der

gesetzlichen Pflegeversicherung einzufrieren. Er schlägt weiter vor, dass der Realwertverlust der eingefrorenen gesetzlichen Pflegeversicherung vollständig durch die private Vorsorge aufgefangen werden solle. Hierfür bieten sich aus seiner Sicht Pflegezusatzversicherungen im Sinne von Risikoversicherungen an, die nur im Pflegefall leisten, indem sie ein vereinbartes Tagesgeld auszahlen oder sich an den Pflegekosten beteiligen. Aktuell wurde diese Position mit dem Lösungsvorschlag der Pflege+Versicherung, die die SPV durch eine kapitalgedeckte, paritätisch finanzierte Pflicht-Zusatzversicherung ergänzen soll, durch die PKV zur Diskussion gestellt.

Das Einfrieren der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung wird im Grundsatz von den Ländern nicht mitgetragen. Aufgrund der Preissteigerungen bei Pflegeleistungen führt das zu einer realen Absenkung des Leistungsniveaus. Bereits heute reichen die Leistungsbeträge nicht aus, um die in den letzten Jahren geschaffenen Qualitätsverbesserungen und Maßnahmen zur Sicherung der Pflege zu finanzieren. Zudem ist zu befürchten, dass nicht alle Einkommensschichten und Bevölkerungsgruppen in der Lage sein werden, eine ausreichende kapitalgedeckte Eigenvorsorge aufzubauen. Dies kann direkte Auswirkungen auf die vermehrte Inanspruchnahme von Leistungen nach dem SGB XII haben.

III.3 Maßnahmen mit differenzierter bzw. unterschiedlicher Positionierung der Länder auf Fachebene

III.3.1 Anpassung des Beitragssatzes:

Mit dem PUEG wird der Beitragssatz zur Pflegeversicherung erhöht und ein von der Kinderzahl abhängiger gestaffelter Beitrag eingeführt. Entsprechend der Gesetzesbegründung soll damit erreicht werden, dass zumindest bis zum Ende der Legislaturperiode die Finanzierung der Pflegeversicherung sichergestellt wird. Ebenfalls wurde im PUEG aufgenommen, dass die Bundesregierung unter Beteiligung des Deutschen Bundestags und mit Zustimmung des Bundesrats für den Fall eines kurzfristigen Liquiditätsbedarfs zusätzlich per Rechtsverordnungsermächtigung den Beitragssatz anpassen kann, da die grundsätzlich vorgesehene gesetzliche Anpassung eine zu lange Vorlaufzeit haben könne. Zur Begrenzung dieser Ermächtigung dürfen mehrere Anpassungen insgesamt nicht höher als 0,5 Beitragssatzpunkte über dem jeweils zuletzt gesetzlich festgesetzten Beitragssatz liegen.

Mit der aktuell geplanten Erhöhung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung wird das politische gegebene Versprechen, dass die Sozialabgaben nicht über 40% des Bruttolohnes steigen sollen, gebrochen. Aus Sicht der Länder ist eine Begrenzung der Lohnnebenkosten ein wichtiger Aspekt, um die Abgabenlast der Arbeitnehmenden und der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber tragbar zu gestalten. Dennoch unterliegt die Entscheidung, wo diese Grenze gezogen werden soll, der politischen Diskussion unter Berücksichtigung der

jeweiligen Rahmenbedingungen und Herausforderungen aller sozialen Sicherungssysteme. Auch die Frage, ob der Anstieg durch anderweitige Maßnahmen, beispielsweise durch den weiteren Einsatz von Steuermitteln, gebremst werden soll, ist im politischen Raum zu treffen.

III.3.2 Gesamteinkommen als Beitragsbemessungsgrundlage:

In der durch die Hans-Böckler-Stiftung in Auftrag gegebenen Studie „Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung“ vom September 2019 wird ein „offensichtlicher Verstoß“ der Sozialen Pflegeversicherung gegen das Postulat des Leistungsfähigkeitsprinzips, das impliziert, dass Haushalte mit gleicher ökonomischer Leistungsfähigkeit in gleichem Umfang (horizontale Gerechtigkeit) belastet werden, beschrieben.

Der Verstoß gegen das Postulat horizontaler Gerechtigkeit liege darin, dass für Pflichtversicherte, nicht aber für freiwillig Versicherte, bei der Einkommensbestimmung nur bestimmte Einkunftsarten berücksichtigt werden. Von den in § 2 Einkommenssteuergesetz (EStG) unterschiedenen sieben Einkunftsarten (Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Einkünfte aus Gewerbebetrieb, Einkünfte aus selbständiger Arbeit, Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit, Einkünfte aus Kapitalvermögen, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, sonstige Einkünfte) sind nur Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit sowie Lohnersatzleistungen (insbesondere Renten), die unter „sonstige Einkünfte“ fallen, beitragspflichtig. Dies stelle einen Verstoß gegen den Grundsatz der horizontalen Gleichbehandlung dar, da der Ursprung der Einkünfte über die Verbeitragung entscheidet. Zudem führen Verschiebungen in der Struktur der Einkünfte dann zu Schwankungen in der Beitragsbasis.

Aus fachlicher Sicht der überwiegenden Zahl der Länder kann die Prüfung/der Ansatz einer Korrektur dieses Verstoßes aus Gründen der sozialen Gerechtigkeit nachvollzogen werden und würde für die Pflegeversicherung, aber auch für die Krankenversicherung zusätzliche Finanzierungsmöglichkeiten erschließen. Zu berücksichtigen ist, welche Auswirkungen eine Verbreiterung der Beitragsbasis auf die Leistungsansprüche, wie beispielsweise Geldleistungen, hätte. Letztendlich ist hier der politische Wille das ausschlaggebende Kriterium und die Frage, wie eine solche Entscheidung in der Umsetzung konkret auszugestalten ist.

III.3.3 Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze:

Im Gutachten „Nachhaltige Finanzierungen von Pflegeleistungen“ des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz 2022 wird eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und dessen Wirkung bewertet. Eine Anhebung wäre aus Sicht der Gutachter bis maximal auf das Niveau der Versicherungspflichtgrenze möglich. Das damit verbundene zusätzliche Beitragsaufkommen in der SPV betrüge etwas mehr

als 1 Mrd. Euro im Jahr und hätte damit für sich genommen bei 45 Mrd. Euro Gesamtausgaben nur einen geringen Entlastungseffekt beim Beitragssatz. Zwischenzeitlich liegen die Gesamtausgaben der Pflegeversicherung 2021 bei 53,85 Mrd. EUR (Quelle: BMG). Eine solche politische Weichenstellung implizierte jedoch das Risiko, dass sich freiwillig Versicherte, deren Beiträge dadurch steigen, gegen die weitere Mitgliedschaft in der GKV und SPV entscheiden würden.

In der Studie „Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung“ vom September 2019 (Rotgang/Domhoff) wird sogar postuliert, dass Ursache für diese horizontale Ungerechtigkeit letztlich die Beitragsbemessungsgrenze an sich sei, die auch zu vertikaler Ungerechtigkeit führe. Da Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze nicht beitragsrelevant sei, führe ein höheres Einkommen nicht mehr zu einer höheren Beitragslast.

Die Länder sehen zwar die Möglichkeit, dass mit dieser Maßnahme das Beitragsaufkommen ausgeweitet werden und mit für eine auskömmlichere Finanzierung der Pflegeversicherung sorgen kann. Jedoch wäre damit eine wesentliche Belastung des Mittelstands verbunden und ein angemessenes Verhältnis zwischen Beitrag und Leistungsanspruch müsste gewahrt bleiben. Vor diesem Hintergrund sollte nach Auffassung einiger Länder auf Fachebene dieser Vorschlag nicht weiterverfolgt werden. Auch wird es als gerechtfertigt angesehen, dass zwischen SPV/GKV und RV/ALV unterschiedliche Beitragsbemessungsgrenzen existieren, da gerade in der RV/ALV zwischen Einzahlungs- und Auszahlungsvolumen ein enger Zusammenhang, anders als größtenteils in der SPV/GKV, besteht.

III.3.4 Wegfall der beitragsfreien Familienversicherung:

Im Zusammenhang mit der derzeitigen Situation, dass der Bund die Zahlung von Steuermitteln für gesellschafts- und familienpolitische Aufwände der Pflegeversicherung verweigert, wurde fachlich die Frage diskutiert, ob die beitragsfreie Familienversicherung in der Pflegeversicherung entfallen solle. Hier konnte unter den Ländern keine Übereinstimmung gefunden werden. Einerseits wird zwar gesehen, dass es sich bei der beitragsfreien Familienversicherung um ein gesamtgesellschaftliches Anliegen handle, das aus dem Bundeshaushalt zu finanzieren sei. Überwiegend sprechen sich die Länder mit Blick auf die besondere und aus Art. 6 GG resultierende gesellschaftliche Verantwortung dafür aus, diese beizubehalten und weiter auf einen finanziellen Ausgleich durch Steuermittel zu drängen. Auch ist zu bedenken, dass – sollte es zu einem Wegfall der beitragsfreien Familienversicherung in der Pflegeversicherung kommen – dann die Frage zu klären wäre, ob auch die beitragsfreie Familienversicherung in der GKV wegfallen sollte. Bisher folgt grundsätzlich das Versicherungsrecht der Pflegeversicherung dem der Krankenversicherung.

III.3.5 Erhöhung Zahlungen an den Pflegevorsorgefonds zur Demografiereserve:

Im Gutachten „Nachhaltige Finanzierungen von Pflegeleistungen“ des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz 2022 setzen sich die Gutachter mit der Frage auseinander, welche Wirkungen der zum 01.01.2015 eingeführte Pflegevorsorgefonds hat. Grundsätzlich wird die damit verbundene Absicht begrüßt; befürchtet wird aber, dass das Ziel einer substantiellen Dämpfung des Beitragsanstiegs nicht optimal erreicht wird. Zum einen wird der Umfang des Pflegevorsorgefonds als zu gering bewertet, um einen signifikanten Unterschied zu generieren, und es wird die Gefahr gesehen, dass der Fonds in Zeiten finanzieller Engpässe oder veränderter politischer Präferenzen anders akkumuliert wird und nicht für die erwartete Spitze der Altenlastquote ausreicht.

Dennoch halten die Gutachter einen (reformierten und ausgebauten) Pflegevorsorgefonds für grundsätzlich geeignet, um den zukünftigen Beitragssatzanstieg in der SPV zu dämpfen, soweit Sicherungen dagegen eingebaut werden, dass der Staat in Krisenzeiten die kollektiv angesparten Rücklagen für andere Zwecke missbraucht. Dafür müsste der Beitragssatz aber sofort angehoben werden, um die benötigten Mittel zu generieren.

Überwiegend sehen die Länder in einem Ausbau des Pflegevorsorgefonds die Möglichkeit, der Kapitaldeckung größeren Spielraum zu geben und damit die Dämpfung des zukünftigen Anstiegs des Beitragssatzes und mehr Generationengerechtigkeit zu erreichen. Eine Anhebung wird aber nur im Zusammenhang mit einer (weiteren) Beitragssatzerhöhung gesehen, die nicht zu einer Überlastung der Beitragszahler führen darf. Auch müssen für den Fall einer derartigen politischen Richtungsentscheidung Probleme, die sich aus einer Fondslösung, beispielsweise hinsichtlich der Abhängigkeiten vom globalen Kapitalmarkt, ergeben, bewertet werden.

III.3.6 Finanzierungsmix zwischen Solidarität und Eigenverantwortung/Eigenvorsorge:

Ebenfalls im Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz zur nachhaltigen Finanzierung der Pflegeleistungen wird ausgeführt, dass insbesondere die große Kohorte der „Babyboomer“ noch zwei Jahrzehnte vor sich hat, um alle über dem Niveau der umlagefinanzierten Pflegeleistungen hinausgehenden Kosten durch eigenen Vorsorge abzusichern. In Bezug auf die Diskussion um eine Vollversicherung und die unten noch aufgegriffene Fragestellung einer privaten Pflegezusatzversicherung ist es für die weitere Entscheidungsfindung wichtig, eine politische Position zu erlangen, mit welcher Zielsetzung die Finanzierung der Kosten des Pflegerisikos angegangen wird, und ob die bisherige Anlage der sozialen Pflegeversicherung als Teilleistungsanspruch beibehalten wird.

Auf der Fachebene der Länder konnte keine einheitliche Position erarbeitet werden. Kritisch wird hervorgehoben, dass manche Bevölkerungsschichten nicht in der Lage sind, die notwendige Eigenvorsorge zu leisten. Teilweise könnte eine solche allgemeine Grundausrichtung mitgetragen werden, letztendlich muss aber die Frage einer Vollversicherung oder eines Finanzierungsmix' politisch entschieden werden.

III.3.7 Effizienzpotentiale durch Zusammenlegung von GKV / SPV:

In der Diskussion auf der fachlichen Ebene wurden die unterschiedlichen Positionen deutlich. Aufgrund der unterschiedlichen Versicherungsmodelle (Voll- und Teilleistungsversicherung), Zielsetzung (Gesundheit zu erhalten und wiederherzustellen / Absicherung Risiko der Pflegebedürftigkeit) und der unterschiedlichen Finanzierungssysteme (Morbi-RSA / Pflegefonds) dürften erhebliche Systemumstellungen erforderlich sein. Da beide Systeme vom demografischen Wandel betroffen sind, müsste zunächst näher untersucht werden, in welchen Bereichen Schnittstellen abgebaut, Sektorengrenzen überwunden und Synergien geschaffen werden. Ohne eine vertiefende Untersuchung kann aus heutiger Sicht weder fachlich noch politisch eine solche Entscheidung getroffen werden.

III.3.8 Bürgerversicherung:

Unter Bürgerversicherung werden Modelle eines einheitlichen Krankenversicherungssystems für alle Bürger verstanden im Unterschied zum bestehenden dualen System von gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV). Deutschland ist nach der Krankenversicherungsreform in den Niederlanden seit 2006 das einzige EU-Mitgliedsland, in dem neben der sozialen Krankenversicherung eine private Vollkrankenversicherung für einen definierten Teil der Bevölkerung besteht. In allen anderen EU-Ländern beschränkt sich das Geschäftsmodell der privaten Versicherungsunternehmen auf Zusatz- beziehungsweise Komplementärversicherungen zur sozialen Krankenversicherung bzw. zum staatlichen Versorgungssystem.

In die öffentliche Diskussion gebracht wurde die Bürgerversicherung in Deutschland durch die im November 2002 von der rot-grünen Bundesregierung eingesetzte „Kommission Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme“, besser bekannt als die nach ihrem Vorsitzenden bezeichnete „Rürup-Kommission“.

Inzwischen wurde diese Diskussion auch auf die Pflegeversicherung übertragen und muss in diesem Kontext gesehen werden, d.h. losgelöst von der Strukturierung der Krankenversicherung geht es hierbei um die Zusammenlegung von gesetzlicher und privater Pflegeversicherung und wird auch Pflegebürgerversicherung genannt.

In der Publikation „Pflege-Bürgerversicherung“ (Dräther/Jacobs/Rothgang/2009), im Gutachten „Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkung der Einführung einer Solidarischen

Gesundheits- und Pflegeversicherung“ (Rothgang/Domhoff) sowie in der Studie „Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung“ (Rothgang/Domhoff/2019) wird auf die Zielsetzung und Umsetzung eines solchen Systemwandels eingegangen und aus wissenschaftlicher Sicht die Auswirkungen beschrieben und im Ergebnis befürwortet.

Dabei darf nicht unerwähnt bleiben, dass breite Kreise der Ärzteschaft und die Private Krankenversicherung die Idee der Bürgerversicherung ablehnen. Im Gutachten zur nachhaltigen Finanzierung der Pflegeleistungen des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz wird ergänzend darauf hingewiesen, dass eine Bürgerversicherung auch für den Bereich der Krankenversicherung gelten müsse und die grundsätzlichen Probleme der Umlagefinanzierung in einer alternden Gesellschaft damit nicht gelöst werden.

Zur Frage der Einführung einer Bürgerversicherung konnte unter den Ländern kein eindeutiges Votum getroffen werden. Die Grundsatzentscheidung liegt damit weiterhin in der politischen Entscheidungs- und Mehrheitsfindung und ist auch davon abhängig, ob eine (annähernde) Vollversicherung angestrebt wird.

III.3.9 Kapitalgedeckte Finanzierung der Pflegeversicherung:

Aus Sicht des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz wird aus zwei Gründen eine zusätzliche Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung für sinnvoll befunden wie er in seinem Gutachten „Nachhaltige Finanzierung von Pflegeleistungen“ ausführt. Zum einen hätten die geburtenstarken Jahrgänge (1957 – 1969 sogenannte Babyboomer) noch 10-15 Jahre Zeit um eine Vorsorgekapital aufzubauen, da das Pflegerisiko erst mit 75 bzw. 80 Jahren ansteigt. Zum anderen wirke eine verpflichtende kapitalgedeckte Pflegeversicherung besonders zielgerichtet, da hohe Risiken relativ weniger Einzelner auf eine große Zahl von Versicherungsnehmerinnen/Versicherungsnehmer treffen.

Auch im bisherigen System wurde neben einer subventionierten freiwilligen Zusatzversicherung, die relativ Wenige abgeschlossen haben, über einen Pflege-Vorsorgefonds, auf den bereits eingegangen wurde, eine Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung eingeführt.

Die Länder vertreten überwiegend die Ansicht, dass sich die heutige Umlagefinanzierung bewährt hat. Ergänzend, insbesondere mit Blick auf Demografiefestigkeit und Generationengerechtigkeit, wurde vereinzelt eingebracht, dass ein Teil des Pflegerisikos kapitalgedeckt finanziert werden könnte. Es wurde aber auch deutlich angemerkt, dass kapitalgedeckte Finanzierungsmodelle Kapitalmarktrisiken beinhalten können und negative Beispiele der privaten Rentenvorsorge (z.B. Riester-Rente) bei einer möglichen Ausgestaltung zu berücksichtigen sind. Zur möglichen Ausgestaltung einer Teilabdeckung des Pflegerisikos über Pflegezusatzversicherungen wird im nächsten Punkt eingegangen.

III.3.10 Kapitalgedeckte private Pflegezusatzversicherung:

Seit Januar 2013 wird eine private Pflege-Zusatzversicherung, für die eine Prämie von mindestens 10 Euro pro Monat anfällt, mit jährlich 60 Euro gefördert („Pflege-Bahr“). Das Vorhaben wurde von Wissenschaftlern wie von Praktikern scharf kritisiert (vgl. etwa Rothgang 2012). Es wurde vor allem moniert, dass eine freiwillige Zusatzversicherung unter Negativauslese leiden würde und dass die Subvention vor allem Personen zugutekäme, die sich ohnehin eine Zusatzversorgung leisten würden; das sind in erster Linie Gutsituerte. Gerade diese hätten jedoch nur eine geringe Wahrscheinlichkeit, im Alter Sozialhilfe zu bedürfen.

Aus Sicht der Wissenschaftler im Gutachten zur nachhaltigen Finanzierung von Pflegeleistungen wird, um die Nachteile des „Pflege-Bahr“ zu vermeiden und die im Koalitionsvertrag der Ampel benannte generationengerechte Abdeckung des Pflegerisikos abweichend umzusetzen, Folgendes empfohlen:

- nicht freiwillig, sondern obligatorische Pflegezusatzversicherung,
- keine Vollversicherung, sondern verbesserte Teilversicherung,
- nicht paritätisch unter Belastung der Arbeitgebenden, sondern privat finanziert, jedoch mit staatlicher Subvention für Geringverdienende.

Im fachlichen Austausch der Länder konnte für die Verpflichtung zum Abschluss einer Pflegezusatzversicherung keine Mehrheit gefunden werden. Für den Fall einer verpflichtenden Regelung sind Geringverdiener, wie im Gutachten angesprochen, staatlich zu subventionieren. Auch wurde von einzelnen Ländern gefordert, zu prüfen, wie die Arbeitgeber an einer solchen Zusatzversicherung beteiligt werden können. Sollte über die Arbeit der nach dem Koalitionsvertrag Bund einzusetzenden Kommission ein Vorschlag zu einer Vollversicherung erarbeitet werden, ist zu prüfen, ob sich damit der Abschluss einer kapitalgedeckten Zusatzversicherung erübrigt.

Auch für eine Förderung einer freiwilligen private Zusatzversicherung konnten die Länder sich nicht einheitlich positionieren. Neben der Gefahr, dass damit „besserverdienende“ Personenkreise subventioniert werden, wird zudem befürchtet, dass neben der Einschätzung, dass sich der derzeitige „Pflege-Bahr“ nicht bewährt hat, ähnliche negative Entwicklungen wie bei der sogenannten Riester-Rente eintreten. Auch wird bemängelt, dass damit auch die Gewinnmargen der privaten Versicherung mit bedient werden müssten und dieses Geld letztendlich nicht für die Pflege zur Verfügung steht.

III.3.11 Kürzung Leistungsansprüche:

Überwiegend findet die Frage, ob Leistungen der Pflegeversicherung mit Blick auf die finanzielle Lage grundsätzlich gekürzt werden können, fachlich keine Zustimmung. Bei der

Befassung mit der Thematik kam zum Ausdruck, dass das derzeitige Leistungsportfolio notwendig erscheint und zur Unterstützung und Sicherstellung der Pflege in der Häuslichkeit beibehalten und angepasst werden muss. Daneben besteht überwiegend weiterhin die Forderung, die Eigenanteile in der stationären Pflege mit Blick auf die zunehmende Belastung Betroffener zu begrenzen.

Dennoch muss es aus fachlicher Sicht der Länder möglich sein, dass bedarfsgerechte Leistungsausgestaltungen vorgenommen werden, die das Leistungsportfolio verschieben könnten.

III.3.12 Verhinderung von Mitnahmeeffekten durch Stapellösungen:

Insbesondere bei betreutem Servicewohnen gibt es mittelweile Betreibermodelle, die auf Gewinnmaximierung ausgerichtet sind. Neben der ambulanten Betreuung wird von den Betreibern eine maximale Nutzung der Tagespflege-, Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie Entlastungsbeträge organisiert. Hierbei entstehen Mitnahmeeffekte, die nicht immer am Bedarf der Pflegebedürftigen orientiert sind und die Ausgabenseite der Pflegeversicherung belasten. Offensichtlich sind die Erfahrungen und Gegebenheiten in den Ländern sehr unterschiedlich.

Mit Blick auf die aktuelle Diskussion im Zusammenhang mit dem PUEG, dass ambulante Wohnformen in der Finanzierung gegenüber stationären Einrichtungen benachteiligt werden, und den differenzierten Umgang der Länder mit alternativen Wohnformen ist keine einheitliche Positionierung der Länder möglich.

III.3.13 Variable Karenzzeit für Leistungsansprüche:

In der Studie „Soziale Marktwirtschaft vs. Marktorientierter Sozialwirtschaft“ (Raffelhüschchen / 2021) wird neben der Ausgestaltung einer pauschalen Pflegeprämie, die im Vorfeld bereits ausgeführt wurde, die Einführung einer variablen Karenzzeit vorgeschlagen.

Mittels eines solchen Zeitraums, in dem zu Beginn der Pflegebedürftigkeit kein Leistungsanspruch aus der SPV besteht, könne sich die SPV auf jene Pflegefälle konzentrieren, die aufgrund einer langen Pflegebedürftigkeit sehr hohe Kosten tragen müssen. Das Risiko einer Pflegebedürftigkeit für kürzere Fristen wäre der Eigenverantwortung übertragen.

Konkret wird in der Studie eine gestaffelte Einführung, startend mit Pflegegrad 1 und einjähriger Karenzzeiten vorgeschlagen, die über einen längeren Zeitraum sukzessive auch in den anderen Graden eingeführt wird. Da die höchsten Mortalitätsraten grundsätzlich in den ersten beiden Jahren nach Eintritt in die Pflege auftraten, dürfte eine auf maximal zwei Jahre ausgedehnte Zeit der Eigenvorsorge in jedem Fall für eine generationengerechte Verteilung der Pflegebelastung sorgen.

Grundsätzlich solle es den Versicherten auch möglich sein, die gesetzliche Karenzzeit im Gegenzug zu einer Prämienenkung (siehe: Pauschale Pflegeprämie) auszuweiten; eine Verkürzung ist hingegen ausgeschlossen.

Für alle Karenzzeiten, ob gesetzlich fixiert oder freiwillig erweitert, müsse der Gesetzgeber zur Vermeidung von Trittbrettfahrerverhalten eine „Pflicht zur Sicherung“ des finanziellen Risikos einfordern – dies kommt dem obligatorischen Abschluss einer Pflege-Zusatzversicherung gleich. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Sozialhilfe für nicht gedeckte Kosten eintreten muss.

Überwiegend sprechen sich die Länder auf Fachebene gegen die Einführung einer Karenzzeit in der vorgeschlagen absoluten Form aus. Es wird die Gefahr gesehen, dass es im Rahmen einer solchen Karenzzeit zur pflegerischen Unterversorgung in der häuslichen Versorgung kommt und sozialschwächere Bevölkerungsschichten in der Karenzzeit finanziell überfordert werden. Zu erwägen ist, ob durch eine andere Ausgestaltung eine Entlastung der Finanzen der Pflegeversicherung ohne Überforderung der Betroffenen möglich ist wie beispielsweise durch eine prozentuale Staffelung nach § 43c SGB XI, die sich auch an der Pflegezeit orientiert.

III.3.14 Überprüfung des Verfahrens der Pflegebedürftigkeitsfeststellung:

Die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit 5 Pflegegraden hat seit 2017 zu einem starken Anstieg der Pflegebedürftigen geführt und sich nachhaltig auf die Ausgaben der Pflegeversicherung ausgewirkt. So haben sich die Ausgaben von ca. 31 Mrd. 2016 auf über 60 Mrd. erhöht. Auch wird durch die Länder eine Veränderung des Anspruchs- und Antragsverhalten der Versicherten wahrgenommen, was mit einer geringeren Antragshürde zur Inanspruchnahme von Leistungen in Zusammenhang gebracht wird.

Durch die Länder wird auf fachlicher Ebene angeregt, ergänzend zu den bestehenden Annahmen, zur Ursachenklärung folgende Fragen zu klären und auf dieser Grundlage politische Richtungsentscheidungen zu treffen:

- Haben Änderungen im Feststellungsverfahren den Anstieg verursacht? (Änderung der Kriterien oder geänderte Anwendung der Kriterien)?
- Ist die während der Corona-Phase geänderte Methodik (telefonisch) des MD/PKV verursachend?
- Warum wurde die Zahl der Pflegebedürftigen in vorherigen Projektionen unterschätzt?
- Gab es einen Mangel an Präventionsmaßnahmen in der Corona-Zeit?

IV. Zeitstrahl Roadmap

siehe Anlage 3.2a

101. Arbeits- und Sozialministerkonferenz

Umlaufbeschluss 5/2024

vom 01.07.2024

Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in der Langzeitpflege

Antragsteller: alle Länder

Die ASMK hat einstimmig beschlossen:

1. Die für Pflege zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder erkennen an, dass es durch die Weiterentwicklung des SGB XI seit den Pflegestärkungsgesetzen zahlreiche Verbesserungen gab. Insbesondere aufgrund der demografischen Entwicklung und der weiter zunehmenden Personalengpässe sowie der Kostenentwicklung im Bereich Pflege werden diese Maßnahmen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Langzeitpflege jedoch nicht als ausreichend erachtet.
2. Die für Pflege zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder bringen ihre Besorgnis darüber zum Ausdruck, dass in der personalintensiven Versorgung Engpässe, insbesondere in ländlichen Gebieten, aber zunehmend auch in einigen Städten, drohen.
3. Die für Pflege zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder unterstützen das von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung auf Ebene der Amtschefinnen und Amtschefs (BLAG Pflegereform) erstellte Diskussionspapier zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in der Langzeitpflege und fordern den Bund auf, die darin enthaltenen Lösungsansätze umzusetzen.

Dabei sind insbesondere im Zusammenhang mit der pflegerischen Versorgung folgende gesetzgeberische Maßnahmen schnellstmöglich zu ergreifen:

- Konkretisierung der Rolle und der verpflichtenden Aufgaben der Pflegekassen und Ausstattung mit geeigneten Instrumenten zur Sicherstellung der Versorgung. So ist Sorge dafür zu tragen, dass die Pflegekassen bei Feststellung individueller oder struktureller Versorgungsdefizite Möglichkeiten

der Flexibilisierung des Leistungs- und Vergütungsrechts erhalten und nutzen.

- Ausbau der Beratungsangebote, unter anderem der präventiven Hausbesuche sowie der Beratungsbesuche in der Häuslichkeit.
 - Sicherstellung eines flächendeckenden Angebots an Case-Management und seiner Refinanzierung unter Berücksichtigung der Verantwortlichkeit der Pflegekassen.
 - Verfügbarmachung von geeigneten Daten zur Feststellung der Versorgungssituation und frühzeitigen Identifikation von Handlungsbedarfen an Länder und Kommunen.
 - Vereinfachung des Verhandlungsgeschehens der Selbstverwaltung einschließlich der Vergütungsvereinbarungen, insbesondere durch Nutzung von Digitalisierungspotenzialen.
4. Die Bundesregierung wird aufgefordert, Stellschrauben zur Entlastung der Ausgabenseite und zur Stärkung der Einnahmenseite der Pflegeversicherung mit der klaren Zielstellung zu entwickeln, dass die finanziellen Belastungen der Beitragszahler, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der sonstigen Kostenträger in einem gerechten und ausgewogenen Verhältnis stehen und insbesondere die Pflegebedürftigen nicht unzumutbar belastet werden. Die Bundesregierung wird aufgefordert, entsprechende Maßnahmen für eine zukunfts-sichere Finanzierung der Pflegeversicherung noch in dieser Legislaturperiode in Form eines Gesetzgebungsverfahrens unter frühzeitiger und umfassender Beteiligung der Länder auf den Weg zu bringen.

**BLAG Pflegereform
UAGen Finanzierung und Leistungen**

**Diskussionspapier
„Sicherstellung der pflegerischen Versorgung
In der Langzeitpflege“**

Stand: 03.06.2024

Inhaltsverzeichnis

I. Einführung	2
I.1 Aktuelle Problemlage	2
I.2 Gesellschaftliche Veränderung	3
II. Aktuelle Situation aus Sicht der Länder	4
II.1 Über-/Unterversorgung	4
II.1.1 Ambulante Pflege	4
II.1.2 Voll – und teilstationäre Pflege	6
II.2 Beratung	7
II.3 Eigenanteile	8
II.4 Vergütung/Verhandlung	9
II.5 Monitoring	12
II.6 Länder	12
II.7 Kommune	14
II.8 Pflegeeinrichtungen	14
II. 9 Pflegekassen	15
II.10 Digitalisierung	17
II.11 Prävention und Rehabilitation	17
III. Lösungsansätze aus Sicht der Länder	18
III.1. Vorbemerkung	18
III. 2 Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung	19
III.2.1 Auf- und Ausbau der Präventiven Hausbesuche	19
III.2.2 Weiterentwicklung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und des Case Managements	20
III.2.3 Weiterentwicklung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI ...	22
III.2.4 Maßnahmen der Pflegeselbstverwaltung zur Entbürokratisierung	23
des Vertrags- und Vergütungsgeschehens	23
III.2.5 Einführung eines Monitorings	25
III. 3 Interventionsmaßnahmen bei Versorgungsengpässen	27
III.3.1 Ausgangsbetrachtung	27
III.3.2.Sicherstellung der individuellen Versorgung	27
III.3.3 Maßnahmen bei einem regionalen strukturellen Versorgungsmangel .	29

I. Einführung

Dieses Diskussionspapier befasst sich in drei Abschnitten mit der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung in der Langzeitpflege. Im ersten Abschnitt (I.) wird die aktuelle Situation sowie künftige zu erwartende Entwicklungen in der pflegerischen Versorgung aus übergeordneter Sicht kurz umrissen. Im zweiten Abschnitt (II.) geht das Papier intensiv auf die unterschiedliche aktuelle Situation der pflegerischen Versorgung aus fachlicher Sicht der Länder ein. Hierauf aufbauend schließt das Diskussionspapier im dritten Abschnitt (III.) mit ausgewählten Maßnahmenvorschlägen.

I.1 Aktuelle Problemlage

Die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland nimmt zu - sowohl absolut als auch relativ am Anteil der Gesamtbevölkerung (Quelle: [DESTATIS](#)). Der Großteil der pflegebedürftigen Menschen wird in der eigenen Häuslichkeit durch An- und Zugehörige, zum Teil mit Unterstützung professionell Pfleger oder/und Unterstützungsleistungen versorgt. Es wird jedoch immer schwieriger, die Versorgung der hohen Anzahl der in häuslicher Umgebung ambulant gepflegten Menschen auch zukünftig sicherzustellen. Hierzu tragen neben demografischen Ursachen auch weitere gesellschaftliche Entwicklungen bei, u.a. die Zunahme der Mobilität. Großeltern, Eltern und Kinder einer Familie leben immer seltener am selben Ort.

Insbesondere der demografische Wandel führt zu einer deutlichen Zunahme der Anzahl pflegebedürftiger Menschen. Gleichzeitig nimmt das Erwerbspersonenpotential ab und der Mangel an professionellen Pflegekräften zu. Damit kommen die Ressourcen ambulanter, teil- und vollstationärer Pflegeeinrichtungen in ihrer jetzigen Ausrichtung und Struktur zunehmend an ihre Grenzen und es drohen Engpässe in der bedarfsgerechten Versorgung aller pflegebedürftigen Menschen.

Diese Entwicklung erfordert, dass alle Anstrengungen unternommen werden müssen, die häuslichen Pflege- und Unterstützungsarrangements zu sichern und auszubauen bzw. wirksam weiterzuentwickeln. Gelingt dies nicht, d.h. die Aufrechterhaltung u.a. durch ambulante Pflege und Tagespflege misslingt, wird es in der Folge zu einem immer höheren Bedarf an außerhäuslichen Pflegeangeboten kommen, die jedoch mangels ausreichender Ressourcen begrenzt sind. Das betrifft keineswegs allein die stationäre Langzeitpflege, sondern auch viele dazwischenliegende Pflegearrangements, die entweder einen zeitlich begrenzten Pflegeauftrag haben, wie speziell die Kurzzeit- und die Verhinderungspflege, oder Wohn-Pflege-Gemeinschaften und besondere Wohnformen, die im Bereich zwischen der eigenen Häuslichkeit und dem Pflegeheim angesiedelt sind.

Schon heute gibt es immer wieder Hinweise auf Schwierigkeiten, bedarfsgerechte Pflegeangebote und Angebote für Unterstützungsleistungen zu finden. Daher stellt sich die Frage, wie in Zukunft gewährleistet werden kann, dass der zu erwartende wachsende Bedarf an pflegerischer Unterstützung, sei es unmittelbar in der Häuslichkeit oder durch außerhäusliche Pflegeangebote, möglichst bedarfsgerecht gesichert wird.

Der Gesetzgeber hat mit Einführung der Pflegeversicherung den Wettbewerb unter den Anbietern von ambulanten und stationären Pflegeleistungen etabliert und dabei auf verbindliche Regelungen zur Bedarfsplanung verzichtet, wie sie beispielsweise für die ärztliche Versorgung existiert. Wenn Pflegedienste bzw. Pflegeheime die entsprechenden personellen und qualitativen Zulassungsvoraussetzungen erfüllen, haben sie Anspruch auf einen Vertrag mit den Pflegekassen, unabhängig von der vorhandenen regionalen Angebotsstruktur. Für die Zulassung von Pflegeeinrichtungen stehen den Pflegekassen somit keine selektiven Vertragsmöglichkeiten zur Verfügung. Unabhängig von der regionalen Angebotssituation besteht also ein freier Marktzugang.

Insbesondere vor dem Hintergrund des Engpasses an Pflegekräften zeichnet sich immer deutlicher ab, dass dieses Modell zunehmend an seine Grenzen stößt. Dadurch werden die Pflegekassen den ihnen in § 69 SGB XI zugeordneten Auftrag, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (Sicherstellungsauftrag), in dieser Form nicht mehr ausreichend erfüllen (können).

Die damalige gesetzgeberische Intention durch das gewünschte Überangebot einen Nachfragemarkt zu schaffen und den Pflegebedürftigen unter den Anbietern ein breites Angebotsspektrum zu bieten, hat sich in Folge des Fachkräftemangels umgekehrt. Es hat sich ein regional unterschiedlich ausgeprägter Angebotsmarkt entwickelt, der aufgrund der zuvor skizzierten Rahmenbedingungen dazu führt, dass der Nachfrage kein adäquates Angebot mehr gegenübersteht.

I.2 Gesellschaftliche Veränderung

Das Pflegesystem in Deutschland folgt der Grundlage, dass Sorge- und Pflegearbeit in der familiären Verantwortung liegen. Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der An- und Zugehörigen unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können (§ 3 SGB XI).

Die demografischen und sozialen Wandlungsprozesse, wie die Zunahme hochaltriger und pflegebedürftiger Menschen, die zurückgehenden Geburtenzahlen, die steigende Vielfalt an Lebens- und Familienmodellen, die steigende Erwerbsquote von Frauen, insbesondere bei Frauen im Alter von 55 bis 64 Jahren, die am stärksten zugelegt hat (Quelle:

destatis), zunehmende Mobilität und Wandel der Arbeitswelt, führen dazu, dass die Tragfähigkeit der familiären Pflege zunehmend in Frage zu stellen ist und die Nachfrage nach professionellen Leistungsangeboten steigt. Es bestehen Zweifel, ob bzw. wie diese Nachfrage gedeckt werden kann.

II. Aktuelle Situation aus Sicht der Länder

Die vorgenannten Entwicklungen zeigen sich stellenweise bereits spürbar in Versorgungsengpässen mit regional unterschiedlicher Ausprägung. Ungeachtet des Umstands, dass weiterhin alle Maßnahmen zur Fachkräftesicherung entsprechend der hierzu in den vergangenen Jahren erfolgten Beschlüsse der ASMK ergriffen werden müssen, sollen mit den folgenden Ausführungen die derzeitigen Problemlagen aus der Sicht der Länder aus dem Recht der Pflegeversicherung heraus beschrieben werden.

II.1 Über-/Unterversorgung

II.1.1 Ambulante Pflege

In den Ländern zeichnen sich, insbesondere in ländlichen Gebieten, aber zunehmend auch in städtischen Regionen, und/oder in der fachkraftintensiven Versorgung durch ambulante professionelle Pflege, Engpässe ab. Immer häufiger ziehen sich Pflegedienste in dünn besiedelten Regionen zurück, „Weiße Flecken“ in der Versorgungslandschaft entstehen. Der politisch gewünschte Wettbewerb unter den Diensten findet faktisch nicht mehr statt und führt aufgrund des mangelnden Versorgungsangebots dazu, dass sich die Patientinnen- und Patienten- bzw. Klientinnen- und Klientenauswahl am umfänglichen oder zeitlichen Versorgungsbedarf orientiert, sodass beispielsweise solche mit langen Anfahrtswegen oder solche, die nicht „profitable“ wirken abgelehnt werden. Es kommt zu einer Patientinnen- und Patienten- bzw. Klientinnen- und Klientenauswahl, Ausschluss bestimmter Pflegeleistungen im Pflegevertrag durch den Leistungsanbieter und durch Klientinnen und Klienten selbst bis hin zur Ablehnung des Versorgungsauftrags die aufgrund fehlender Kapazitäten auch kaum angreifbar sind.

Es kommt vor, dass Pflegebedürftige mit knappen finanziellen Mitteln erforderliche Sachleistungen nicht in Anspruch nehmen, um das verbleibende Pflegegeld für andere notwendige Ausgaben in anderen Lebensbereichen ohne Pflegebezug einzusetzen.

In der Folge droht eine noch stärkere Verlagerung von Pflegeleistungen auf An- und Zugehörige, die familiäre Möglichkeiten überfordern kann. Ist eine Kompensation innerhalb der Familie und des sozialen Umfelds nicht möglich, besteht die Gefahr einer Unterversorgung oder ein vorzeitiger Wechsel in ein Pflegeheim. Erschwerend kommt hinzu, dass auch die Kapazitäten der vollstationären Pflege von zunehmenden Einschränkungen durch den Engpass in den Pflegeberufen geprägt ist. Umso größer ist die Gefahr prekärer

Versorgungssituationen, besonders bei schwerer und schwerster Pflegebedürftigkeit und nach Krankenhausaufenthalten. So entsteht auch hier eine Situation, in der Pflegebedürftige länger warten müssen, bis sie einen Platz gefunden haben.

Bei ambulanten Pflegediensten führt die Vielfalt der in der Häuslichkeit zu erbringenden Leistungen bei Einsatz und Planung des geeigneten Pflegepersonals sowie bei Kooperation und Kommunikation mit anderen beteiligten Akteuren, wie An- und Zugehörigen, Ärztinnen und Ärzten, Apotheken, Hilfsmittelbereitstellern, Therapeutinnen und Therapeuten, Besuchsdiensten, Seelsorgerinnen und Seelsorgern zu Herausforderungen. Hinzu kommen Belastungen beim Fehlen tragfähiger Strukturen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Das Leistungsspektrum umfasst neben den pflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungskomplexen auch die Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege, die dem Leistungsspektrum des SGB V zuzuordnen sind. In den Vergütungsverträgen mit den Krankenkassen erfolgt eine Zuordnung der Leistungsgruppen zur jeweiligen Qualifikation der eingesetzten Pflegekräfte. Anders als in der stationären Langzeitpflege ist es ökonomisch, organisatorisch und personell aufwändig, das vorhandene Pflegepersonal bei der Leistungserbringung in der Häuslichkeit entsprechend der jeweiligen Qualifikation einzusetzen. Deshalb werden qualifizierte Pflegekräfte häufig für Leistungen eingesetzt, die auch durch andere Berufsbilder, beispielsweise im Falle der Blutdruckmessung oder des Richtens einer Medikamentenbox durch eine/n Medizinische Fachangestellte/n, erfolgen könnten.

Ebenso scheint die Zusammenarbeit und Koordination zwischen ambulanten Pflegediensten sowohl untereinander als auch mit anderen Dienstleistern (z.B. Betreuungsdienste und hauswirtschaftliche sowie Entlastungsdienste) und Angeboten und hauswirtschaftlichen Diensten nicht ausreichend ausgeprägt zu sein. Trotz regional knapper Ressourcen werden oft mehrere Touren von ambulanten Pflegediensten zeitgleich im selben Einzugsgebiet durchgeführt. Die Tourenplanung der einzelnen Pflegedienste an sich ist sicher effizient, jedoch könnten durch bessere Koordination insbesondere die Personalressourcen effizienter eingesetzt werden. Auch sog. Poolleistungen, die mehrere Personen betreffen (z.B. nächtliche Versorgungssicherheit, Koordination von Leistungen), bilden sich nicht ausreichend im Leistungs- und Vertragsrecht ab.

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurden Betreuungsdienste als zugelassene Einrichtungen nach § 71 SGB XI eingeführt. Dabei handelt es sich um ambulante Betreuungseinrichtungen, die für Pflegebedürftige dauerhaft pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltführung erbringen. Die Vorschriften für Pflegedienste sind nach § 71 Abs. 1a SGB XI entsprechend auf Betreuungsdienste anwendbar; also auch insofern, als es um die Zulassung nach SGB XI geht. Unterschied ist, dass anstelle der verantwortlichen Pflegefachkraft (bei einem Pflegedienst) in Betreuungsdiensten eine entsprechend qualifizierte, fachlich geeignete und zuverlässige Fachkraft mit praktischer Berufserfahrung im erlernten Beruf eingesetzt werden können. Diese Erfahrung muss die Fachkraft mindestens zwei Jahre lang innerhalb der letzten acht Jahre erworben haben.

Mit der Zulassung ambulanter Betreuungsdienste im neuen § 71 SGB XI sollten Menschen in ihrem direkten Lebensumfeld gezielt gefördert, angeleitet und darin unterstützt werden, ihre Selbstständigkeit zu erhalten. Damit sollte sich die Pflege zu Hause verbessern, weil mehr Berufsgruppen zur Versorgung zur Verfügung stehen. Der Anbieterkreis verbreitert sich, sodass künftig auch Fachkräfte mit entsprechender Berufserfahrung, vorzugsweise aus dem Gesundheits- und Sozialbereich wie Altentherapeuten, Ergotherapeuten und Sozialarbeiter, die Leitungsverantwortung für diese Dienste übernehmen.

In der Praxis haben sich ambulante Betreuungsdienste nicht in dem gewünschten Maße durchgesetzt. Dies liegt einerseits an den hohen Anforderungen bei der Zulassung, der Konkurrenz mit den Pflegediensten sowie an den Bedarfen der Pflegebedürftigen.

Ambulante Pflegedienste können das gleiche Leistungsspektrum wie die ambulanten Betreuungsdienste anbieten - zusätzlich zur pflegerischen Versorgung. Es ist also für Menschen, die sowohl betreuungs- als auch pflegebedürftig sind, einfacher, die Leistung aus einer Hand zu erhalten, als zwei Anbieter ins Haus zu lassen. Außerdem ist bisweilen die Abgrenzung schwierig (Behandlungspflege/ Körperpflege/ Betreuung). Das Leistungsportfolio des SGB XI ist ohnehin schon sehr unübersichtlich. Mit den ambulanten Betreuungsdiensten zergliedert sich dieses noch mehr.

Die in manchen Ländern nach niederländischem Vorbild organisierten sogenannten Buurtzorg-Modelle, die in autark organisierten Pflegeteams und in den eigenen Reihen ohne Leitungspositionen in einem Rollenmodell arbeiten, mussten teilweise aufgelöst werden, da die Gesteungskosten für das im Hintergrund arbeitende Backoffice eine gewisse Größe der Pflegeteams erfordert, um wirtschaftlich agieren zu können. Auch die systemischen Unterschiede zwischen den niederländischen und deutschen Finanzierungsstrukturen (hier insbesondere die versäulten Systeme (SGB V, SGB XI) und das Teilleistungssystem der Pflegeversicherung) haben sich als hinderlich erwiesen. Hinzu kommt, dass in den niederländischen Pflegediensten ca. 40 % der Pflegekräfte in jedem Pflegeteam einen akademischen Abschluss wie Bachelor of Nurse haben.

II.1.2 Voll – und teilstationäre Pflege

In der vollstationären Pflege ist immer häufiger festzustellen, dass auch großformatige Projekte realisiert werden, ohne die Personalsituation in der Pflege im Blick zu haben. Das führt dazu, dass die Eröffnung neuer Häuser nicht zwangsläufig zu einem Aufwuchs an Versorgungskapazitäten führt, sondern lediglich den Wettbewerb um die Pflege(fach)kräfte vor Ort verschärft. In der Folge können geplante Plätze nicht in Betrieb genommen werden. Bisher etablierte Einrichtungen wiederum müssen ihre Kapazitäten einschränken. Das stellt nicht nur eine wirtschaftliche Gefahr für die Einrichtungsträger dar, sondern kann die Qualität von Pflege in einer Region insgesamt negativ beeinflussen.

Das bestehende Angebot an Kurzzeitpflege wird ihrer Bedeutung für eine bedarfsgerechte Versorgungslandschaft nicht gerecht. Die Ursachen sind komplex, im Grundsatz aber mit dem im Vergleich hohen Aufwand für die Leistungserbringer begründet. Dabei kann gerade die Kurzzeitpflege einen wichtigen Beitrag zur Milderung der zunehmenden Fachkräfteproblematik leisten, nämlich dann, wenn sie gut auf die Pflege zu Hause vorbereitet und diese (wieder) ermöglicht. In der aktuellen Situation kann jedoch das Leistungsversprechen des SGB XI, Kurzzeitpflege zur Überwindung von pflegerischen Krisen sowie zur vorübergehenden Pflege nach einem Krankenhausaufenthalt schnell und wirksam zu gewähren, zu selten eingelöst werden.

Die Entlastungsfunktion der Tages- und Nachtpflege sorgt dafür, dass die Ressource der pflegenden An- und Zugehörigen erhalten bleibt. Diese Angebote sind zudem nicht selten die Grundlage für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Es ist jedoch festzustellen, dass sich Tagespflegen in den für Träger wirtschaftlich besonders attraktiven Ballungsräumen konzentrieren. Entsprechend verringert sich die Erreichbarkeit dieses Angebotes für pflegebedürftige Menschen in weiter entfernten Regionen. In kleineren Städten und Gemeinden kann der Leistungsanspruch oftmals gar nicht eingelöst werden, insbesondere dann, wenn sie auf einen Transport durch die Einrichtung angewiesen sind und der lange Anfahrtsweg für den Träger nicht wirtschaftlich abbildbar ist. Nachtpflegen fristen ein Nischendasein, obwohl ein relevanter Bedarf vor allem in der häuslichen Betreuung von demenziell erkrankten Menschen mit verändertem Tag-Nacht-Rhythmus zu vermuten ist.

II.2 Beratung

Beratungsangebote stehen nach §§ 7 ff. SGB XI durch die Pflegekassen, in Pflegestützpunkten nach § 7c SGB XI (soweit vorhanden) oder durch kommunale Angebote der Altenhilfe und Seniorenberatung vor Ort sowie für Leistungsberechtigte von Sozialhilfe nach § 11 SGB XII zur Verfügung. Sterbebegleitung ist Bestandteil der Pflege; Pflegeberatung bezieht sich auch auf die pflegerische Versorgung am Lebensende. Hier besteht eine Verbindung zum Beratungsanspruch nach § 39d SGB V, für die es einer besonderen Qualifikation bedarf.

Nach § 7a SGB XI haben Leistungsempfänger nach dem SGB XI Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. Dies umfasst u.a. die Erfassung und Analyse des Hilfebedarfs, Erstellung eines individuellen Versorgungsplanes und die Durchführung der erforderlichen Maßnahmen. Auch im Rahmen des Entlassmanagements der Kliniken wird durch den Krankenhaus-Sozialdienst ein Beratungsangebot vorgehalten. Die Situation der Pflegeberatung und der Pflegestützpunkte beziehungsweise der „Vernetzten Pflegeberatung“ ist aufgrund der unterschiedlichsten föderalen und kassenspezifischen Strukturen jedoch nicht flächendeckend einheitlich.

Das komplexe Leistungsrecht der Pflegeversicherung und die Vielfalt von Leistungserbringern erfordern die Vermittlung umfassender Informationen und – insbesondere angesichts des hohen Lebensalters vieler pflegebedürftiger Personen – Unterstützung bei der Inanspruchnahme der Leistungen. Diesem hohen Anspruch wird das heutige Beratungsangebot nur bedingt gerecht. Es wird eingeschätzt, dass vielfach Unterversorgung bzw. vorzeitige Inanspruchnahme vollstationärer Pflege ihre Ursache in nicht bzw. nicht umfassend erfolgter Pflegeberatung hat. Nach dem IGES-Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes „Evaluation der Pflegeberatung und der Pflegeberatungsstrukturen gemäß der gesetzlichen Berichtspflicht nach § 7a Abs. 9 SGB XI“, Februar 2023 nehmen jährlich nur etwa 3 % der pflegebedürftigen Personen eine Pflegeberatung in Anspruch.

Lücken im Angebot und in der Beratung können dazu führen, dass häusliche Überforderungs- und Belastungssituationen entstehen, die das Risiko von Gewaltvorkommnissen mit sich bringen. Eine Beratung im Falle von Überlastungs- und Überforderungssituationen in der häuslichen Pflege mit einem Risiko des Auftretens von Gewaltvorkommnissen in der Pflege ist leistungsrechtlich derzeit nicht verankert.

Erschwerend kommt hinzu, dass durch die Beratungsangebote, so sie denn vorhanden sind und in Anspruch genommen werden, keine bedarfsgerechten Versorgungsangebote gemacht werden können, wenn diese ausgelastet sind oder nicht existieren.

Es wird zudem die Erfahrung geschildert, dass das Krankenhausentlassmanagement nicht zielführend erfolgt und vielfach in Leistungen des SGB XI überleitet, obwohl eine Weiterversorgung nach SGB V angezeigt ist. Grund für diese Steuerung könnte das Interesse der Krankenhäuser sein, gesundheitsökonomische Restriktionen in den Vordergrund zu stellen (Klie / Pflege-Report 2020).

Über die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI ist sichergestellt, dass auch in allen Pflegehaushalten mit Pflegegeldbezug ein pflegefachlicher Beratungszugang besteht. Dieses Potential wird nur teilweise genutzt. Aus der Praxis wird berichtet, dass sich häufig der Einsatz in der Feststellung der Sicherstellung der Pflege zur Übermittlung an die zuständige Pflegekasse erschöpft. Weitgehend fehlt die Nutzung der Einsätze zu einer umfassenden Feststellung auch über die unmittelbare Pflege hinausgehender Bedarfslagen und zur Vermittlung entsprechender (sozialräumlicher) Hilfen sowie von ggfs. erforderlicher Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI.

II.3 Eigenanteile

Aufgrund der Kostensteigerungen der Leistungen in der ambulanten Pflege, insbesondere der Pflegesachleistungen oder niedrigschwelliger und unterstützender Dienste wie Essen auf Rädern, ist zu beobachten, dass zunehmend die Inanspruchnahme von Leistungen durch den Pflegebedürftigen selbst eingeschränkt wird und eine Rückverlagerung von

Pflege- und Unterstützungsleistungen in die Familie stattfindet, um damit die Höhe der Eigenanteile zu senken und Preissteigerungen zu kompensieren. Dies kann zu einer Überforderung der pflegenden An- und Zugehörigen führen oder zu einer Unterversorgung mit der Gefahr einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes (Mehrkosten SGB V) und vorzeitigen Vergrößerungen des Pflegebedarfs kommen (Mehrkosten SGB XI), wenn Hilfe zur Pflege (SGB XII) nicht in Anspruch genommen wird. Bei Überlastung gilt das auch für pflegende Angehörige. Zudem steigt durch finanzielle Engpässe die psychische Belastung. Beides kann das Risiko für das Vorkommen von Gewaltsituationen erhöhen.

Auch in ambulant organisierten Wohn-Pflege-Gemeinschaften stellt sich dies als problematisch dar, da informell weniger „aufgefangen“ werden kann, als bei häuslicher Pflege.

Die Eigenanteile in der stationären Langzeitpflege haben sich durch die inflationsbedingten Kostensteigerungen und Umsetzung der Tariftreuerregelungen in den letzten Jahren massiv erhöht. So haben sich die bundesweiten Gesamtheimentgelte seit 2017 um 31% auf durchschnittlich 4.170 EUR gesteigert. Durch den Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI, der zum 01.01.2024 erhöht wurde, kommt es zu einer Abmilderung der finanziellen Belastung. Diese kann mittelfristig hierdurch aber nicht gestoppt werden.

II.4 Vergütung/Verhandlung

Grundlage für die Verhandlung der Vergütung von stationären Pflegeleistungen sind die §§ 84 ff SGB XI, für die ambulanten Pflegeleistungen ist es § 89 SGB XI. Die Vergütung wird einheitlich und gemeinsam zwischen den Trägern der Pflegeeinrichtungen, den Pflegekassen und Trägern der Sozialhilfe bzw. deren Arbeitsgemeinschaften verhandelt. Die Vergütung muss leistungsgerecht sein und einer Pflegeeinrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, ihre Aufwendungen zu finanzieren und ein Unternehmerrisiko abzudecken.

Ambulante Pflegedienste erbringen in aller Regel neben den Leistungen des SGB XI auch häusliche Krankenpflege nach dem SGB V. Weil beide Leistungen häufig von derselben Pflegekraft im Haushalt erbracht werden und auch die Gestehungskosten nicht streng getrennt werden können, beziehen sich die Einschätzungen der Länder auf das übergreifende Verhandlungsgeschehen sowie die Analyse der sich daraus entwickelnden Probleme.

Erschwerend kommt hinzu, dass bis zum Inkrafttreten des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes (PUEG) am 01.07.2023 die Krankenkassen, im Gegensatz zu den Pflegekassen, die einheitlich und gemeinsam verhandeln, die Leistungen der häuslichen Krankenpflege in vielen Bundesländern kassenartenindividuell ausgehandelt haben und unterschiedliche Vertragskonstrukte existieren. Zukünftig müssen infolge der Neuregelung im PUEG Verträge nach § 132a SGB V durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen einheitlich und gemeinsam verhandelt werden.

Das Vergütungsrecht für Pflegeeinrichtungen ist seit Einführung des SGB XI von der Erwartung bestimmt, durch eine Wettbewerbsorientierung Anreize für qualitätsgesicherte und gleichzeitig möglichst kostengünstige Leistungsangebote setzen zu können. Anders als im kollektivvertraglichen System der vertragsärztlichen Versorgung soll für jeden zugelassenen ambulanten Pflegedienst bzw. jede stationäre Pflegeeinrichtung die Vergütung gesondert festgelegt werden. Anstelle einer für alle Pflegeeinrichtungen jeweils einheitlichen Preisgestaltung soll eine im Preiswettbewerb ausdifferenzierte Preisbildung gefördert werden. Getragen ist dies von der Erwartung, dass die Pflegeeinrichtungen ihre Leistungen in einer Wettbewerbssituation aus eigenem Interesse bei gesicherter Qualität möglichst kostengünstig anbieten. Dies wird weiter dadurch unterstützt, dass nach Maßgabe des Bundesrechts die Zulassung sowohl zur stationären als auch zur ambulanten Pflegeversorgung unabhängig vom Versorgungsbedarf erfolgen kann. Deshalb ist, ungeachtet des tatsächlichen Bedarfs, jede Pflegeeinrichtung durch Versorgungsvertrag zur Erbringung von Pflegeleistungen zuzulassen, wenn sie den inhaltlichen Anforderungen nach § 72 Abs. 3 Satz 1 Halbsatz 1 SGB XI genügt. Ausdrücklich soll hierdurch ein geschlossener Markt von Pflegeeinrichtungen verhindert und neuen innovativen Leistungsanbietern der Zugang zum Pflegemarkt offengehalten sowie so der Wettbewerb unter den Pflegeeinrichtungen gefördert werden (BSG, Urteil vom 17.12.2009 - Aktenzeichen B 3 P 3/08 R).

Tatsächlich bildet sich in der ambulanten Pflege die Realität aus Sicht der Länder anders ab. Üblich sind Kollektivverhandlungen der Verbände mit den Landesverbänden der Pflegekassen, in deren Rahmen die Vergütungen in der Regel fortgeschrieben werden und keine echte Kalkulation der Kostenaufwände stattfindet. Die dadurch einhergehende Über- oder Unterfinanzierung einzelner Dienste im Kollektiv wird dabei billigend in Kauf genommen.

Auch existieren, anders als in der stationären Langzeitpflege, keine Personalbemessungsanhaltswerte für ambulante Dienste, was die Durchführung von Vergütungsverhandlungen erschwert. Diese Komplexität stellt insbesondere für kleinere Dienste eine große Hürde dar. In der Gesamtsicht führen die derzeitigen Rahmenbedingungen dazu, dass die vom Gesetzgeber angedachte Einzelverhandlung zur Schaffung eines Preiswettbewerbs in der ambulanten Pflege eher die Ausnahme als die Regel darstellt.

Für stationäre Pflegeeinrichtungen sind zwar in § 85 SGB XI Verhandlungsparameter genannt, allerdings führt deren offene Formulierung trotz zunehmender Vorgaben von Kostenpositionen zu Hürden im tatsächlichen Verhandlungsgeschehen. So fehlen auch hier konkrete und einheitliche Wirtschaftlichkeits- und Abgrenzungsgrundsätze, darüber hinaus sind die Einzelverhandlungen insbesondere vor dem Hintergrund der jüngsten Gesetzesreformen mit einem hohen Maß an bürokratischem Aufwand verbunden, der auch auf Grund der zunehmend schwierigeren Personalsituation in der gesamten Pflegeselbstverwaltung zu erheblichen Verzögerungen im Verhandlungsgeschehen führt, so dass dieses zunehmend an seine Grenzen stößt.

Auch bieten die derzeitigen gesetzlichen und vertraglichen Regelungen im Teilleistungssystem der Pflegeversicherung keinen Spielraum dafür, Pflegebedürftige von den Mehrkosten, die aufgrund struktureller Besonderheiten entstehen, zu entlasten. Ein Strukturfonds, der es der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigung ermöglicht, gemeinsam mit den Krankenkassen aus der Gesamtvergütung gesonderte Mittel für die Sicherung der Versorgung bereitzustellen, existiert neben dem Einzelleistungstopf im Bereich der pflegerischen Versorgung nicht. Derzeit gehen Ausgleichs für beispielsweise längere Anfahrzeiten oder Ballungsraumzulagen im Teilleistungssystem des SGB XI zu Lasten des Pflegebedürftigen.

Die Verhandlungen ziehen sich häufig über längere Zeiträume hin und Möglichkeiten, diese fristgerechter zum Abschluss zu bringen, werden häufig nicht genutzt. Dies führt dazu, dass Mehrkosten, die den Pflegeeinrichtungen beispielsweise durch die Tariftreue-Regelung entstehen, erst spät in die Gestaltung der Vergütungssätze einfließen und zu finanziellen Schieflagen führen können.

Von Seiten der Pflegekassen wird geschildert, dass in der Regel Kollektivverhandlungen geführt werden. Einzelne ambulante Pflegedienste fordern, obwohl sie einem Pflegeverband angeschlossen sind, dann dennoch zu Einzelverhandlungen auf, wenn diese in der verhandelten Kollektivvereinbarung ihre Kosten als nicht gedeckt sehen. Neben der damit verbundenen Bindung von personellen Ressourcen bzw. fehlenden Personals auf Seiten der Pflegekassen führt das zur weiteren Verzögerung von Vergütungsabschlüssen. Aus Sicht der Kranken- bzw. Pflegekassen entsteht die Situation, dass Dienste, die mit dem Ergebnis der Kollektivverhandlung ihre Aufwände finanziert bzw. überfinanziert sehen, im Gegensatz dazu, nicht zu Einzelverhandlungen auffordern. In der Gesamtheit könnte dies zu Mehrkosten zu Lasten der Pflegebedürftigen führen.

Auch das Ziel der Pflegekassen, im Rahmen eines Schiedsverfahrens durchzusetzen, dass Pflegedienste die Anfangs- und Endzeit der Leistungserbringung im Rahmen der elektronischen Abrechnung angeben müssen, ist gescheitert. Diese Komponente kann damit von den Pflegekassen im Rahmen der Verhandlungsführung nicht als Faktor der Preiskalkulation genutzt werden. Dies kann auch ein Grund für die Zurückhaltung sowohl der Kostenträger als auch der Leistungserbringer sein, die verrichtungsbezogenen Leistungskomplexe durch flexiblere Zeitvergütungen zu ersetzen. Grund für diese Haltung der Dienste sei, dass die Leistungskomplexe wichtig sind, um in Bezug auf die unterschiedlichen zeitlichen Bedürfnisse der Gepflegten den Diensten die erforderliche Flexibilität zu erhalten.

Neuere gesetzliche Regelungen, insbesondere das GWVG, führen dazu, dass mehr verhandelt werden muss und Vergütungsverträge häufiger neu geschlossen werden müssen.

Aus der Praxis einzelner Länder wird berichtet, dass die Personalressourcen der Landesverbände der Pflegekassen nicht ausreichen, um Vergütungsverhandlungen gründlich vorzubereiten und zeitnah anzusetzen.

II.5 Monitoring

Im Gegensatz zu dem in der gesetzlichen Krankenversicherung den Kassenärztlichen- und -zahnärztlichen Vereinigungen übertragenen Sicherstellungsauftrag für die ärztliche und zahnärztliche Versorgung und der daraus resultierenden Bedarfsplanung, besteht in der Pflegeversicherung unabhängig vom Versorgungsbedarf die Verpflichtung der Pflegekassen, einen Versorgungsvertrag mit Pflegeeinrichtungen abzuschließen, sofern diese die Anforderungen nach den §§ 71 und 72 Abs. 3 SGB XI erfüllen. Dieser Rechtsanspruch spiegelt den Willen des Gesetzgebers wider, die Pflege durch eine Vielfalt und ein Überangebot von Leistungserbringern sicherzustellen.

Daraus resultiert aus Sicht der Länder, dass weder eine Definition von Versorgungssicherheit besteht, noch ein Monitoring der Versorgungsangebote und eine hierauf aufbauende nach einheitlichen Maßstäben erfolgende Bedarfsplanung vorgesehen ist. Weder besteht ein Überblick der Situation vor Ort, noch ist definiert, wann eine ausreichende Versorgungssituation besteht. Es gibt derzeit trotz vielzähliger statistischer Daten von Kranken- und Pflegekassen und Kommunen kein flächendeckendes Instrument, mit dem „weiße Flecken“, also Regionen mit einem fehlenden bzw. unzureichenden Versorgungsangebot, festgestellt werden können.

In der Regel wird für ambulante Pflegeeinrichtungen ein Einzugsbereich festgelegt, in dem die Leistungen ressourcenschonend und effizient zu erbringen sind – eine Regelung, wonach ein Pflegedienst an ein Quartier angebunden werden kann, existiert im SGB XI nicht. Dies führt aus Sicht der Länder dazu, dass es keinen Mechanismus gibt, der dazu führt, dass die vorhanden personellen Ressourcen der Dienste möglichst effizient und den im Rahmen eines Monitorings festgestellten Bedarfen gerecht werdend eingesetzt werden.

Auch fehlt es aus Sicht der Länder an Kennzahlen, die beispielsweise widerspiegeln, wie lange die Vermittlung eines ambulanten bzw. stationären Versorgungsangebots dauert, wie viele Patienten der jeweilige ambulante Pflegedienst betreuen kann und wie das Verhältnis zwischen Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI ist.

II.6 Länder

Das Gesetz weist den Ländern bei der pflegerischen Versorgung eine Gestaltungsrolle zu. Gemäß § 9 SGB XI sind sie verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur.

Die Länder nehmen zentrale Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung wahr, was bei der Bewältigung der Herausforderungen der Corona-Pandemie in der Pflege besonders deutlich geworden ist. Sie gewährleisten die Arbeit der Landespflegeausschüsse und der Schiedsstelle nach SGB XI, beobachten und bewerten die Entwicklung von Nachfrage und Angebot in den einzelnen Versorgungssträngen und unterstützen die Kommunen in Bezug auf deren regionale Pflegestrukturpolitik. Sie tragen darüber hinaus Verantwortung im Rahmen der Pflegeausbildung und in Verknüpfung mit der Arbeitsmarktpolitik im Rahmen der Fach- und Hilfskräftesicherung.

Die mit dem Pflegeversicherungsrecht eingeführte monistische Finanzierung der Kosten von Pflegediensten und Pflegeheimen sah vor, dass sowohl die Betriebskosten als auch die Investitionskosten über den Preis finanziert werden. Mit der Absage an eine Finanzierung der Investitionskosten über die Pflegeversicherung (duale Finanzierung) sollte eine wirtschaftlichere Betriebsführung und Wettbewerbsgleichheit für alle Pflegeeinrichtungen erreicht werden. Die Länder werden nicht unmittelbar mit der Finanzierung der Investitionskosten belastet, allerdings soll ein Teil der Einsparungen der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung der Finanzierung zugutekommen. So wurde im Rahmen des Vermittlungsausschussverfahrens zur Einführung der Pflegeversicherung in § 9 SGB XI ein Satz 2 aufgenommen: „Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen“. Dabei differiert die sachliche Zuständigkeit der überörtlichen und örtlichen Träger der Sozialhilfe von Land zu Land. Die finanzielle Absicherung durch Pflegeversicherungsleistungen entfaltet ihre entlastende Wirkung somit eventuell in kommunalen Haushalten, während bei der Schaffung landesrechtlicher Grundlagen zur investiven Förderung gegebenenfalls das Konnexitätsprinzip hinsichtlich einer Aufgabenzuweisung an Kommunen zu wahren wäre.

Bei der Förderung von Investitionskosten ist zu bedenken, dass keine Schieflage in Bezug auf den Grundsatz ambulant vor stationär entsteht.

Die Sozialhilfeträger finanzieren über die Hilfe zur Pflege (SGB XII) für sozialhilfeberechtigte Nutzerinnen und Nutzern durch die Pflegeversicherung nicht gedeckte Kosten für die Pflege, für Investitionskosten und bei stationärer Versorgung für Unterkunft und Verpflegung. Sie sind in das Vertragswesen gemäß SGB XI eingebunden. Hier haben sie, anders als die Pflegekassen, ein Eigeninteresse an wirtschaftlichen Abschlüssen. Außerdem muss ein eigenes Vertragswesen nach SGB XII über die Investitionskosten vorgehalten werden.

II.7 Kommune

Den Kommunen kommt gemeinsam mit den Pflegekassen eine besondere Schlüsselrolle zu, damit Menschen auch im Fall eintretender Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld oder in anderen ambulant versorgten Pflegearrangements verbleiben können. Die pflegerische Versorgung ist nach § 8 SGB XI eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die ein enges Zusammenwirken der Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen erfordert. Eine gelingende häusliche Pflege kann nur im Leistungsmix von Selbstversorgung, Unterstützung aus dem persönlichen Umfeld, sozialräumlichen Angeboten der Beratung, Begleitung, Teilhabe zur Entlastung von Pflegebedürftigen sowie An- und Zugehörigen und einem als Versorgungsnetz strukturierten System professioneller Hilfen gelingen.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung ging eine Entpflichtung, aber auch eine Selbstentpflichtung der Kommunen im Politikfeld „Pflege“ einher. Dadurch ist zu beobachten, dass die Ressourcen der örtlichen Gemeinschaft im Sozialraum und im Quartier nur unzureichend zur Unterstützung von Pflegebedürftigen und ihren An- und Zugehörigen erschlossen werden. Häusliche Pflege scheitert häufig an den „kleinen Dingen“, beispielsweise an fehlender Kenntnis in Bezug zu zustehenden Hilfen, an fehlenden Atempausen für die pflegenden An- und Zugehörigen, an unstrukturierter Überleitung nach einem Krankenhausaufenthalt sowie nicht abgestimmten Angeboten.

Den Bedingungen vor Ort trägt das System der Pflegeversicherung nicht ausreichend Rechnung und es können sich daher Defizite in den verschiedenen Versorgungsbereichen ergeben, die eine Gleichwertigkeit der pflegerischen Versorgung in Deutschland gefährden können.

Aus der Sicht der Länder fehlt es im SGB XI derzeit an einer Anbindung des Einsatzgebietes aber auch einer Bestandserhebung und ggf. Anreizsetzung für eine quartiersorientierte Leistungserbringung. Ebenso fehlt es an einer zielführenden Planung der Versorgungsstrukturen und einer Koordination durch die Kommune zwischen ehrenamtlicher und professioneller Pflege.

Ein Case Management im Rahmen der Pflegeberatung in Form einer Prozessbegleitung für Pflegebedürftige in der häuslichen Pflege im SGB XI, unter Berücksichtigung der sozialräumlichen Versorgungsstrukturen, findet kaum statt.

II.8 Pflegeeinrichtungen

Nach § 8 Abs. 2 SGB XI haben die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes eng zusammenzuwirken, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

Mit dem Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI geht die Pflegeeinrichtung die Verpflichtung der Versorgung der Versicherten der Pflegeversicherung ein. Auf Grund der im Einführungsteil dargestellten aktuellen Entwicklungen kommt es vermehrt dazu, dass Pflegeeinrichtungen ihrer Verpflichtungen nicht oder nicht vollumfänglich nachkommen. Es führt zu selektiver Aufnahme von Pflegebedürftigen.

Die Bereitschaft zu trägerübergreifenden Kooperationen, die zur Vermeidung von Ineffizienzen und Versorgungslücken aber dringend geboten wären, ist insgesamt eher gering ausgeprägt. Nicht zuletzt fehlt es an entsprechenden Verpflichtungen oder Anreizen bzw. es existieren Unsicherheiten (z.B. Haftungsrecht, Leistungsabrechnung). Auch koordinierende oder beratende Leistungen, die mehreren pflegebedürftigen Personen zugutekommen, sind für die Einrichtungen im verrichtungsbezogenen Pflegeverständnis noch nicht ausreichend abgebildet.

II. 9 Pflegekassen

Nach § 12 SGB XI sind die Pflegekassen für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich. Konkretisiert wird diese Verantwortung in § 69 SGB XI, nach dem die Pflegekassen im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten haben (Sicherstellungsauftrag). Sie schließen hierzu Versorgungsverträge sowie Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen und sonstigen Leistungserbringern.

Aus Sicht der Länder beschränken sich die Pflegekassen auf die Verpflichtung zum Abschluss von Versorgungsverträgen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung. Es sind ihnen derzeit keine klaren Verantwortlichkeiten und geeignete Instrumente zur tatsächlichen Erfüllung des Sicherstellungsauftrags zugewiesen. Sie erfüllen damit den individuellen Versorgungsauftrag für ihre Versicherten aus Sicht der Länder nur unzureichend.

Dabei verfügen die Pflegekassen über vielfältige Daten, die jedoch nicht im Sinne eines übergreifenden und regional spezifizierten Monitorings einheitlich aufbereitet, zusammengeführt und ausgewertet bzw. genutzt werden.

Pflegebedürftige haben gem. § 7a Abs. 1 Satz 1 SGB XI Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch eine Pflegeberaterin oder einen Pflegeberater bei der Auswahl und Inanspruchnahme von bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen sowie sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind (Pflegeberatung).

Aufgabe der Pflegeberatung ist es gem. § 7a Abs. 1 S. 3 Nr. 1 bis 4 SGB XI insbesondere,

- den Hilfebedarf (...) systematisch zu erfassen und zu analysieren,
- einen individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen zu erstellen,
- auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger hinzuwirken, (...)
- die Durchführung des Versorgungsplans zu überwachen und erforderlichenfalls einer veränderten Bedarfslage anzupassen, (...)

Damit umfasst der Anspruch auf Pflegeberatung gegen die Pflegekassen bereits heute einen relevanten Teil eines Case Managements. Das Case Management hat zum Ziel, im individuellen Fall prozesshaft die zeitlichen und räumlichen Dimensionen des konkreten Versorgungsgeschehens zu erfassen, mit den unterschiedlichen Akteuren gemeinsame Ziele festzulegen und über eine bestimmte Zeitspanne oder den gesamten Betreuungsverlauf hinweg die Koordination und Organisation der Versorgung eines einzelnen Pflegebedürftigen sicherzustellen.

Das Case Management ist nach der Definition der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management die bedarfsorientierte Steuerung („Management“) einer Fallsituation („Case“) zur Bewältigung einer personenbezogenen Problematik. Case Management erfolgt innerhalb des regionalen Versorgungsgefüges und schließt unterschiedliche Professionen ein. Es ist somit sektorenübergreifend. Zur Umsetzung dieser komplexen Versorgungsprozesse leistet es mittels eines logisch strukturierten Verfahrensablaufs Koordination und baut gleichzeitig verbindliche Kooperationsbeziehungen auf. Die Involvierung mehrerer Akteure in der Versorgung bedingt, dass die komplexen Leistungen sowie deren Anbieter koordiniert und aufeinander abgestimmt werden. Über Beratungsprozesse hinaus ist Inhalt des Case Managements auch die Regelung, Koordination und Organisation der erforderlichen Hilfe- und Dienstleistungen.

Ein Case Management im Rahmen der Pflegeberatung in Form einer Prozessbegleitung für Pflegebedürftige in der häuslichen Pflege im SGB XI, unter Berücksichtigung der sozialräumlichen Versorgungsstrukturen, findet kaum statt. Dies gilt insbesondere für die gem. § 7a Abs. 1 S. 3 SGB XI geschuldete Hinwirkung auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen einschließlich deren Genehmigung durch den jeweiligen Leistungsträger und die Überwachung der Durchführung des Versorgungsplans. Erfahrungen zufolge erfolgt Case Management im Sinne der Organisation und Koordination der Versorgung in der Praxis inklusive Hinwirkung auf die Genehmigung durch die jeweiligen Leistungsträger meist durch die An- bzw. Zugehörigen bzw. (unbezahlt) durch Pflegeeinrichtungen. Erfahrungen lassen darauf schließen, dass dabei häufig das

Wissen über das für Laien unübersichtliche Leistungsportfolio des SGB XI sowie darüberhinausgehende Leistungsangebote, welche die Sicherstellung der Versorgung und Betreuung erleichtern könnten, fehlt beziehungsweise erst mühsam erworben werden muss. Wo die erforderlichen Ressourcen nicht bestehen, droht die Sicherstellung der Versorgung zu scheitern. Eine dann erforderliche Hinwirkung auf die für die Durchführung des Versorgungsplans erforderlichen Maßnahmen erfolgt durch die Kassen i.d.R. nicht.

II.10 Digitalisierung

Die Potenziale der Digitalisierung werden aus der Sicht der Länder noch nicht ausreichend genutzt.

II.11 Prävention und Rehabilitation

Mit Einführung des Präventionsgesetzes und der Festlegung des nationalen Gesundheitsziels „Gesund alt werden“ und des Einbezuges von Mitteln der Pflegeversicherung für Präventionsangebote v.a. in der Lebenswelt Pflegeheim aber auch im Quartier, hat Prävention und Gesundheitsförderung in der Pflege eine rechtliche und finanzielle Grundlage erhalten. Gleichwohl kommen die hierfür zu Verfügung stehenden Mittel kaum in der Praxis und bei der Zielgruppe an. Die Potenziale der Prävention bleiben also weitestgehend ungenutzt z.B. um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder hinauszuzögern.

Die Zahl pflegebedürftiger Menschen steigt seit Jahren stark an, während Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit stagnieren. In der Versorgungsrealität erfährt das Prinzip „Reha vor Pflege“ keine hinreichende Umsetzung. Hier scheint auch die Motivation eines Teils der Pflegebedürftigen eine Herausforderung zu sein. Der Anspruch auf Rehabilitation dient nicht nur der Beeinflussung von Pflegebedürftigkeit, sondern auch der selbstbestimmten Teilhabe. Eine Studie der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation kommt 2020 zu dem Ergebnis, dass vorhandene Reha-Angebote zum erheblichen Teil nicht auf die spezifischen Bedarfe pflegebedürftiger Menschen ausgerichtet sind. So werden Rehabilitationspotenziale nicht ausgeschöpft.

Es gibt im bestehenden Vergütungssystem keine nennenswerten Anreize für eine aktivierende Pflege, die die Leistungsempfänger befähigt, von pflegerischen Hilfen wieder unabhängig zu werden.

III. Lösungsansätze aus Sicht der Länder

III.1. Vorbemerkung

Aufbauend auf die Darstellung der aktuellen Situation der pflegerischen Versorgung aus Ländersicht folgen ausgewählte Maßnahmenvorschläge.

Ungeachtet von Versorgungsengpässen sind aus Sicht der Länder die unter Ziff. III.2 genannten Lösungsansätze umzusetzen, um die pflegerische Versorgung generell zu verbessern.

Es bedarf aber auch eines Instrumentariums, um bei Versorgungsengpässen im konkreten Fall intervenieren zu können. Damit die leistungsberechtigten Bürgerinnen und Bürger die ihnen im SGB XI zugesagten Leistungen tatsächlich in Anspruch nehmen können, muss eine entsprechende Pflege- und Unterstützungsstruktur vor Ort verfügbar sein.

Die pflegerische Versorgung ist grundsätzlich als Markt mit Nachfrage und entsprechenden Angeboten ausgestaltet. Die Pflegeinfrastruktur ist insofern nicht das Ergebnis planerischer Entscheidungen staatlicher Stellen, sondern das Ergebnis wirtschaftlicher Einzelentscheidungen zur Marktteilnahme von weit überwiegend gemeinnützigen oder gewerblichen Anbietern. Sie haben einen Rechtsanspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages, wenn sie die im SGB XI niedergelegten qualitativen Anforderungen erfüllen.

Für diese Ausgestaltungsform gab es zum Zeitpunkt der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahr 1995 nachvollziehbare Argumente, die jedoch besonders im Hinblick auf den Engpass an Pflegekräften heute so nicht mehr tragen. Markt- bzw. betriebswirtschaftliche Mechanismen sind keine Garanten mehr, dass alle pflegebedürftigen Menschen und ihre An- und Zugehörigen die pflegerischen Angebote vorfinden, die sie benötigen.

Die Marktmechanismen vermögen nicht zu verhindern, dass individuell und/oder regional Versorgungslücken entstehen können. Das System „Pflege“ muss jedoch die erforderliche pflegerische Versorgung sicherstellen. Sollte dies nicht möglich sein, bedarf es aus Sicht der Länder eines wie unter Ziff. III.3 dargestellten gezielten und aufeinander abgestimmten kaskadischen Vorgehens der jeweils zuständigen Akteure, um die benötigte Versorgung zu erhalten und Sachleistungsansprüche realisieren zu können.

III. 2 Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung

III.2.1 Auf- und Ausbau der Präventiven Hausbesuche

Präventive Hausbesuche sind ein Instrument im Gesundheits- und Sozialwesen, welches darauf abzielt, ältere Menschen in ihrer häuslichen Umgebung zu unterstützen. Die Kernintention von Präventiven Hausbesuchen besteht in einer frühzeitigen Information und Beratung von Seniorinnen und Senioren in ihrer häuslichen Umgebung zu Themen der selbstständigen Lebensführung, Gesunderhaltung und Krankheitsvermeidung sowie der Vorbeugung von Pflegebedürftigkeit. Zugleich bietet diese Maßnahme Möglichkeiten, Ressourcen und Bedarfe von älteren Menschen zu erkennen und entsprechend bedarfsorientiert zu reagieren. Dazu gehört dann auch, die erkannten Versorgungslücken im Quartier gemeinsam mit weiteren Akteuren zu schließen.

Zur Umsetzung einer verbindlichen flächendeckenden Implementierung der Präventiven Hausbesuche müssen bundesgesetzliche Regelungen geschaffen werden. Die Präventiven Hausbesuche werden als eigenständige Interventionsform verstanden, um die Gesundheit von Zielgruppen im höheren Alter zum Beispiel bei beginnender Gebrechlichkeit und bestehenden chronischen Erkrankungen zu fördern, Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern bzw. zu vermeiden. Die Ableitung primär- und sekundärpräventiv wirksamer Maßnahmen und die Vermittlung zu verhaltenspräventiven Angeboten sollen bei Erkrankungen in einem frühen Stadium (bspw. Demenzen, Depressionen) ansetzen und die Zielgruppe darin unterstützen, die Erkrankung zu vermeiden oder den Krankheitsverlauf zu mildern. Ziel ist es, ihre Gesundheit und Selbstständigkeit zu erhalten und der bestehenden Pflegebedürftigkeit oder deren Verschlechterung entgegenzuwirken.

Mit der Interventionsform des Präventiven Hausbesuches wird das gleiche Ansinnen, wie das von der Nationalen Präventionskonferenz verfolgt. Das Ziel der nationalen Präventionsstrategie besteht darin, allen Bürgerinnen und Bürgern in Deutschland eine gute Gesundheit im Alter zu ermöglichen. In den Bundesrahmenempfehlungen legen die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (GKV SV, DGUV, SVLFG, Deutsche Rentenversicherung Bund) gemeinsame Ziele sowie vorrangige Handlungsfelder und Zielgruppen für ihr Engagement im Rahmen der nationalen Präventionsstrategie fest. In dieser ist die Zielgruppe „Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune“ explizit benannt und es werden Maßnahmen zur Gesundheits-, Sicherheits-, Teilhabeförderung und Prävention in den Lebenswelten abgeleitet. Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz weisen den gesetzlichen Krankenkassen einen Präventions- und Gesundheitsförderungsauftrag für Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune zu. In Abgrenzung zur sozialen Pflegeversicherung (hier für pflegende Angehörige Pflegekurse nach § 45 SGB XI) definiert die Nationale Präventionskonferenz die Verantwortung zur Umsetzung des Zieles „Gesund im Alter“ durch die gesetzlichen Krankenkassen.

Der vom Deutschen Verein empfohlene Ansatz zum präventiven Hausbesuch zielt auf die Möglichkeiten des gesellschaftlichen Engagements und der sozialen Teilhabe ab, um Unterstützungsbedarfe älterer Menschen zu ermitteln und darauf aufbauend individuelle Angebote und Hilfen im Rahmen der offenen Altenhilfe nach § 71 SGB XII zu ermöglichen. Mit diesen Maßnahmen wird eine Altenhilfeinfrastruktur angestrebt, die Möglichkeiten der Partizipation und Mitverantwortung, Angebote der Begegnung, der sozialen Teilhabe und des Engagements schaffen, um Notlagen und Risiken im Sinne von Altersarmut, Singularisierung / Vereinsamung oder häusliche Gewalt frühzeitig zu erkennen sowie weiterführende Beratungen und Hilfen zu vermitteln.

Das Neben- und Miteinander wirken der unterschiedlichen Ansätze zum Präventiven Hausbesuch nach (neu) SGB V und SGB XII ist seitens der Länder ausdrücklich erwünscht und sollte den gesetzlichen Regelungen und gesundheitspolitischen Ausrichtungen der Länder obliegen. Daher kommt für eine Finanzierung dieser Angebotsform grundsätzlich das SGB V, SGB XI bzw. § 71 SGB XII in Betracht.

Die bundesgesetzlichen Regelungen sollen lediglich den Rahmen zum Aufbau einer Infrastruktur für die Präventiven Hausbesuche geben und den Ländern die Entscheidung zur Verortung und zur inhaltlichen Ausgestaltung, insbesondere zur Festlegung der Zielgruppe für die Inanspruchnahme sowie der Personen zur Durchführung des Präventiven Hausbesuches, jedoch übertragen werden, um gegebenenfalls auf bereits vorhandene, im Rahmen von Modellprojekten aufgebaute, Beratungsstrukturen zurückgreifen zu können.

Nachdem die Präventionsmittel nach §§ 20a ff SGB V derzeit nicht unbefristet eingesetzt werden können, wird zu prüfen sein, ob Präventionsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung, Mittel aus der Pflegeversicherung und Mittel aus der Sozialhilfe hierfür dauerhaft bereitgestellt werden können. Die Möglichkeit, Landesmittel und/ oder kommunale Mittel für den Präventiven Hausbesuch einzusetzen, wird derzeit in einigen Ländern praktiziert und sollte weiterhin eingeräumt werden.

III.2.2 Weiterentwicklung der Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und des Case Managements

Nachdem Pflegebedürftigkeit häufig unerwartet auftritt und für die pflegebedürftige Person selbst und ihre An- bzw. Zugehörigen eine emotionale Ausnahmesituation darstellt, kann die Ermittlung und Koordinierung der geeigneten Leistungen schnell zu einer Überforderung führen. Daher ist ein professionelles Case Management notwendig, welches die Besonderheiten des regionalen Versorgungsgefüges kennt, den individuellen Versorgungsbedarf fachlich bewerten kann und mit etwaigen Antragserfordernissen vertraut ist. Ein gutes Case Management begleitet und koordiniert das gesamte Versorgungskontinuum und beinhaltet eine Vertrauensperson. Eine personenzentrierte, am individuellen

Leistungsbedarf ausgerichtete Versorgung kann so erreicht werden.

Der Anspruch auf Pflegeberatung gegen die Pflegekassen erfasst bereits große Teile des Case Managements. Damit dieser Anspruch auch mit Leben erfüllt wird, muss er als ausdrücklicher Anspruch auf Case Management formuliert werden. Die Verantwortung hierfür liegt weiterhin grundsätzlich (also unabhängig von der tatsächlichen Leistungserbringung) bei den Pflegekassen.

Der Bedarf an Case Management kann auch über das Case Management hinausgehen, dass von den Pflegekassen zu verantworten ist. Vor diesem Hintergrund ist das Case Management i.S.d. SGB XI durch entsprechende Angebote auf kommunaler Ebene zu ergänzen. Die Möglichkeit zur Erbringung des gesamten Case Managements (also der durch die Pflegekassen zu verantwortendem Teil sowie der durch die Kommunen zu verantwortendem Teil) aus einer Hand ist anzustreben.

Aufgrund der regional unterschiedlich gewachsenen und ausgeprägten Beratungs-, Unterstützungs- und Anbieterstruktur ist es zu ermöglichen, dass das Case Management in jeweils vorhandenen Strukturen geleistet wird. Davon unabhängig ist die Frage, wer die Letztverantwortung und damit auch die Kostenlast trägt.

Es gibt bereits verschiedene Beratungs- und Unterstützungsstrukturen, bei denen das Case Management verortet werden kann: Pflegeberatung der Kassen und der Pflegestützpunkte, Beratung durch ambulante Dienste bzw. Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen, kommunale Strukturen, Hausarztpraxen bzw. Primärversorgungszentren. Diese Strukturen sind regional unterschiedlich ausgeprägt und keine allein ist aktuell flächendeckend in ausreichendem Maß vorhanden, um ein Case Management im umfänglichen Sinn für Pflegebedürftige sicherzustellen. Je nachdem, durch wen ein Case Management erbracht wird, sind damit unterschiedliche Vor- und Nachteile verbunden.

Die Qualität der Leistungserbringung ist abhängig von der Einbindung in die bestehenden Strukturen und Angebote sowie der Kenntnis notwendiger Ansprechpersonen, von ausreichenden Ressourcen und qualitätsgesichertem Arbeiten.

In der Gesamtschau ist davon auszugehen, dass es nicht realistisch ist, dass ein Anspruch auf Case Management flächendeckend durch die Pflegekassen selbst (ggf. mit Unterstützung des Medizinischen Dienstes) oder in kommunalen Strukturen erbracht werden kann. Eine Leistungserbringung in Pflegestützpunkten ist wünschenswert, da dort die Angebote der Kassen und der Kommunen gebündelt werden. Allerdings kann ein vollumfängliches und im Bedarfsfall aufsuchendes Case Management auch nicht flächendeckend allein in Pflegestützpunkten geleistet werden. Teile des Case Managements müssen auch durch für Pflegeeinrichtungen versorgende Fachkräfte geleistet werden (ambulante Dienste, Tages-, Nacht- und insbesondere Kurzzeitpflege).

Vor diesem Hintergrund sollte die Leistungserbringung grundsätzlich in verschiedenen Strukturen möglich sein, um die regional verfügbaren Angebote im Sinne der Pflegebedürftigen zu nutzen. Es soll in Ergänzung bzw. Konkretisierung des Anspruchs auf Pflegeberatung ein Anspruch auf Case Management geschaffen werden, der sich gegen die Pflegekasse richtet. Was die Leistungsbringung angeht, sollte diese durch die Pflegekasse möglich sein, vor allem in Pflegestützpunkten. Dort, wo dies nicht erfolgt, sollte auch eine Leistungsbringung insbesondere durch kommunale Strukturen aber auch ambulante, teilstationäre und Kurzzeit-Pflegeeinrichtungen möglich sein. Zu bedenken ist hierbei eine Refinanzierungsverantwortung der Kassen. Die Leistungserbringung soll nicht zu Lasten des Sachleistungsbetrages erfolgen, sondern davon unabhängig vergütet werden. Soweit der Bedarf an Case Management über das bislang erbrachte Case Management hinausgeht, das von den Pflegekassen zu erbringen ist, sind ergänzende Angebote auf kommunaler Ebene vorzuhalten. Grundsätzlich sind keine neuen Strukturen zu schaffen, sondern möglichst vorhandene weiterzuentwickeln.

Dem Case Management übergeordnet ist das Care Management. Dieses bedeutet im Kontext der verbesserten Koordinierung die Zusammenführung aller Versorgungsangebote auf regionaler Ebene und die Umsetzung einer übergeordneten Versorgungssteuerung durch Einbindung aller am Versorgungsgeschehen beteiligten Akteure.

III.2.3 Weiterentwicklung der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI

Nach § 37 Abs. 3 SGB XI haben Pflegebedürftige, die Pflegegeld von der Pflegekasse erhalten und zu Hause von An- und Zugehörigen oder anderen nicht professionellen Pflegekräften gepflegt werden, Anspruch auf regelmäßige Beratungseinsätze. Diese Beratungsbesuche sind ab Pflegegrad 2 verpflichtend und sollen gewährleisten, dass die häusliche Pflege sichergestellt wird, sowie den Pflegenden Unterstützung und Anleitung bieten. Ziel ist es, die Qualität der häuslichen Pflege zu sichern und den Pflegenden praktische Hilfe und Informationen zu geben, um die Pflegesituation zu verbessern und aufrechtzuerhalten.

Die Beratungsbesuche können von folgenden Stellen durchgeführt werden:

- zugelassene Pflegedienste,
- neutrale und unabhängige Beratungsstellen mit pflegfachlicher Kompetenz, die von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt sind,
- Pflegefachkräfte, die von der Pflegekasse beauftragt wurden, aber nicht bei dieser beschäftigt sind,
- Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen,
- Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften, die die erforderliche pflegfachliche Kompetenz aufweisen.

Um die Qualität und Effektivität der häuslichen Pflege weiter zu verbessern und die Unterstützung für pflegende An- und Zugehörige zu erweitern, sind insbesondere die Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI qualitativ weiterzuentwickeln.

Zur Gewährleistung eines bundeseinheitlichen Standards und zur Sicherung einer qualitativen Leistungserbringung sollte ein bundesweit anwendbares Instrument (Beratungsleitfaden) entwickelt werden. Zudem bedarf es der Einführung einer Berichtspflicht der Kassen zum Umgang mit Fällen festgestellter „nicht gesicherter Pflege“.

Der Personalmangel im Pflegebereich stellt eine große Herausforderung für die Erfüllung gesetzlicher Anforderungen, wie die Beratungseinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI, dar. Hierbei könnte eine notwendige Aufgabenentlastung (z.B. Beratungseinsätze) der ambulanten Pflegedienste hilfreich sein. Diese Aufgabe könnten kommunale Gebietskörperschaften übernehmen. Dabei müssen aber weitere Anreize geschaffen werden, damit die Kommunen sich mehr an der Durchführung von Beratungseinsätzen beteiligen.

Kommunen stehen oft selbst vor finanziellen und personellen Engpässen, die es schwierig machen könnten, zusätzliche Aufgaben zu übernehmen, insbesondere in ländlichen oder finanzschwächeren Regionen. Jedoch würden mehr Beratungsbesuche durch Beratungspersonen der kommunalen Gebietskörperschaften folgende Vorteile bringen:

Kommunen haben oft einen besseren Überblick über die lokalen Bedürfnisse und können Dienste gezielter an die spezifischen Anforderungen ihrer Bürgerinnen und Bürger anpassen. Als lokale Behörden könnten Kommunen eine zentrale Rolle in der Koordination zwischen verschiedenen Dienstleistern (z.B. Pflegediensten, Krankenhäusern, sozialen Diensten) sowie weitere unterstützenden Maßnahmen (z.B. Entlastungsangebote, psychologische Beratung, Selbsthilfe-/ Angehörigengruppen sowie weitere ehrenamtliche Netzwerke) spielen und so die Pflegebedürftigen und die An- und Zugehörigen effektiver unterstützen.

III.2.4 Maßnahmen der Pflegeselbstverwaltung zur Entbürokratisierung des Vertrags- und Vergütungsgeschehens

Der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen beschränkt sich im Wesentlichen auf den Abschluss von Versorgungsverträgen mit Leistungserbringern. Eine Regulierungsfunktion mit Blick etwa auf die Frage des Bedarfs für Pflegeleistungen haben sie dabei nicht. Sie sind stattdessen verpflichtet, mit denjenigen Pflegeeinrichtungen, die die Voraussetzungen für den Abschluss eines Versorgungsvertrages gem. §§ 71, 72 SGB XI erfüllen, einen entsprechenden Vertrag zu schließen. Darauf haben die Pflegeeinrichtungen gem. § 72 Abs. 3 SGB XI auch einen Anspruch. Das SGB XI hat damit einen Kontrahierungszwang angeordnet. Die Kommunen als diejenigen, denen Monitoring und Planung obliegen, haben damit derzeit keine Einflussmöglichkeiten, ihrer Bedarfsplanung auch konkret zur Umsetzung zu verhelfen. Kommunale Bedarfsplanung ist damit ein „stumpfes

Schwert“, deren Sinn gerade deshalb auch häufig hinterfragt wird. Um der kommunalen Bedarfsplanung zur Durchsetzung zu verhelfen, muss der starre Kontrahierungszwang modifiziert und der Kommune ein Mitgestaltungsrecht eingeräumt werden, sofern durch systematisches Monitoring, durch eine Bestandsaufnahme der Pflegeeinrichtungen und durch eine Pflegebedarfsplanung nachgewiesen wird, dass der Markt eben nicht ausreichend für eine bedarfsgerechte Versorgung sorgt. Dieses Mitgestaltungsrecht könnte sich in einer bedarfsabhängigen Zulassung von Pflegeeinrichtungen widerspiegeln bzw. in einer von vorheriger Bedarfsbestätigung abhängigen Zulassung.

Verhandlungen von Pflegesätzen erfolgen nach § 82 ff. SGB XI. So setzt § 85 Abs. 5 SGB XI den Rahmen für eine zügige Durchführung der Pflegesatzverhandlungen und regelt die Konfliktlösung durch die nach § 76 SGB XI gebildete Schiedsstelle für den Fall, dass sich die Vertragsparteien nicht auf eine Pflegesatzvereinbarung verständigen. Dieser Antrag ist zulässig, wenn eine Pflegesatzvereinbarung innerhalb von sechs Wochen nicht zustande gekommen ist, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Pflegesatzverhandlungen aufgefordert hat. Die neuen Entgelte sind prospektiv, was bedeutet, dass diese nicht rückwirkend erhoben werden können.

Insgesamt ist festzuhalten, dass bundesweit die gesetzliche Frist (ggf. Änderung der Frist) kaum einzuhalten ist. Die Verhandlungen dauern regelmäßig länger und werden teilweise durch analoge Prozessschritte (wie beispielsweise fehlendes digitales Unterschriftenverfahren) unnötig verzögert. Auch die zeitnahe Einführung neuer gesetzlicher Regelungen ohne konkrete praxistaugliche Vorbereitung für Pflegesatzverhandlungen erschweren konkrete Einzelfallverhandlungen oder führen zu teilweise komplizierten Handhabungen.

Ein erhebliches Potential wird in einer Digitalisierung von Prozessschritten im Verhandlungsgeschehen gesehen. Einerseits könnte es einheitliche Plattformen geben, auf denen die auszutauschenden Unterlagen eingesehen werden können. Der Versand von Unterlagen wäre deutlich effizienter und die Unterlagen für alle Beteiligten jederzeit einsehbar. Andererseits würde insbesondere eine Digitalisierung des Unterschriftenverfahrens zu einer erheblichen Zeitersparnis führen. Mindestens dieses Instrument ist gesetzlich im SGB XI zu verankern, um zeitnah Ergebnisse in der Praxis umzusetzen. Diskussionen wie derzeit im Bereich der Sozialhilfeträger (ggf. Aufnahme einer gesetzlichen Normierung von bisher ausgeschlossenen rückwirkenden Pflegesatzkostenübernahmen) wären nicht mehr notwendig.

Darüber hinaus wird die seit einigen Jahren erhebliche Zunahme der Bürokratie im SGB XI im Zusammenhang mit den Pflegesatzverhandlungen kritisiert. Der Zeitpunkt des Inkrafttretens von Neuregelungen sollte zukünftig davon abhängen, ob diese zeitnah praktikabel in den für Pflegesatzverhandlungen umgesetzt werden können. Hierzu ist es erforderlich die Neuregelungen von Personen aus der Praxis prüfen zu lassen. Exemplarisch ist hier die Finanzierung von Springerpoolösungen durch das Pflegeunterstützungs-

und -entladungsgesetz (PUEG) zu nennen. Lösungskonzepte lagen bei rechtlicher Entfaltung des Gesetzes überwiegend nicht vor, um bei Verhandlungen ausreichend praxistauglich „eingepreist“ zu werden.

Auch sollten verschiedene Regelungen, wie beispielsweise das regional übliche Entgelt, auf ihre Praktikabilität hin überprüft und ggf. reformiert werden. Hier kommt es regelmäßig zu verzerrten Werten aufgrund der Meldeaktivitäten von Trägern. Ständig wechselnde DCS-Meldungen seitens der Einrichtungen sollten ausgeschlossen werden (Verbindlichkeit für Laufzeit der Vergütung).

Ferner wird angeregt, eine Öffnungsklausel für Innovationspotentiale zu schaffen. Die Verhandlungen laufen nach klaren Vorgaben ab. Wünschenswert wäre eine Öffnungsklausel für Innovationen sowie die Ermöglichung von Modellen zur Förderung von mehr Technikeinsatz (z.B. zum effizienteren Personaleinsatz durch Technikunterstützung) oder „stambulanten“ Erprobungsmodellen.

Einzelverhandlungen im ambulanten Pflegebereich erscheinen aus verschiedenen Gründen (fehlendes Personal insb. bei Kostenträgern sowie unklare Kostenstruktur zwischen Leistungen nach SGB V und SGB XI) auch zukünftig kaum leistbar.

III.2.5 Einführung eines Monitorings

Aufgrund der immer knapperen Ressourcen in der Langzeitpflege ist eine Planung und Steuerung durch die Kommunen anhand von Kennzahlen unumgänglich. Die Pflegekennzahlen können dazu dienen, frühzeitig Handlungsbedarfe aufzuzeigen und eine fundierte Planungs-, Entscheidungs- und Handlungsgrundlage darstellen. Datenbestände ermöglichen eine systematische Zusammenführung und Vereinfachung der Berichterstattungen beispielsweise zum Vergleich von Regionen, Entwicklung und Veränderung und zur Evaluation zur Wirksamkeit von ergriffenen Maßnahmen. Im Sinne eines Frühwarnsystems können Handlungsbedarfe aufgezeigt werden.

Die statistischen Ämter des Bundes und der Länder führen die Pflegestatistik entsprechend § 109 SGB XI in Verbindung mit der Pflegestatistik-Verordnung. Die Pflegestatistik wird in der Regel alle zwei Jahre auf Bundesebene durchgeführt.

Die Pflegestatistik setzt sich aus zwei Erhebungen zusammen: Zum einen befragen die Statistischen Landesämter die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, zum anderen liefern die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung Informationen über die Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeldleistungen – also die meist von Angehörigen gepflegten Leistungsempfängerinnen und -empfänger. Sie erfasst Daten über Personen, die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen, um deren Bedarf und Pflegesituation zu dokumentieren. Hierbei ist

ein Bund- und Ländervergleich möglich, aber Zahlen auf kommunaler Ebene werden nicht veröffentlicht.

Ferner gibt es Daten von Kranken- und Pflegekassen, die bisher nur rudimentär bzw. gar nicht genutzt werden, jedoch in diesem Zusammenhang einen deutlichen Nutzen entfalten könnten. Die Abrechnungsdaten der Kranken- und Pflegekassen können als Grundlage für eine Vielzahl von Kennzahlen dienen. Somit sind jährliche bundeseinheitliche und regionale, möglichst kleinräumige Daten vorhanden und müssten nur zur Verfügung gestellt werden. Dabei müsste eine bundeseinheitliche Festlegung getroffen werden, welche Daten erhoben werden sollen und welche Kennzahlen anhand der vorhandenen Daten entwickelt werden können. Dazu gehören u.a. Kennzahlen zur Versorgungssituation, Inanspruchnahme, Zusammenhänge mit Krankheitsverläufen, wie z.B. Diabetes, COPD, Demenz. Bisher stellen die Kranken- und Pflegekassen allerdings nur vereinzelt die Daten zur Verfügung und berufen sich auf den Sozialdatenschutz. Datenschutzrechtliche Hindernisse werden nach Auffassung der Länder nicht gesehen, da die Daten durch die Kassen als Datengeber anonymisiert bereitgestellt werden. Eine Genehmigung der Übermittlung der Sozialdaten gem. § 75 SGB X ist daher nicht erforderlich.

Um die vorhandenen Daten bei den Kranken- und Pflegekassen nutzen zu können, ist daher eine gesetzliche Verpflichtung zur Lieferung einheitlicher und standardisierter Daten an die Länder und an die Kommunen erforderlich.

Dabei sind im Rahmen der gesetzlichen Umsetzung folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Neben bundeseinheitlichen sind auch regionale, möglichst kleinräumige Daten der Kranken- und Pflegekassen den Ländern und den Kommunen zur Verfügung zu stellen, spätestens sechs Monate nach der Erhebung.
- Im Zuge der Datenweiterleitung sind Kennzahlen festzulegen. Dazu gehören u.a. Kennzahlen zur Versorgungssituation, zum Inanspruchnahmeverhalten, zu Zusammenhängen mit Krankheitsverläufen wie beispielsweise bei Diabetes.
- Datenschutzrechtliche Festlegungen sind zu prüfen, ob es insbesondere erforderlich wird, hierzu Regelungen zu schaffen, zu welchen Zwecken Daten erhoben und verwendet werden.

Ein Überblick über die Versorgungslage könnte erlangt werden, wenn die Kassen im Einzelfall die angestrebte mit der tatsächlichen Versorgung abgleichen würden und diese Daten zur Verfügung gestellt werden.

III. 3 Interventionsmaßnahmen bei Versorgungsengpässen

III.3.1 Ausgangsbetrachtung

Es wird von den bestehenden Grundsätzen des individuellen Sicherstellungsauftrags der einzelnen Pflegekassen nach §§ 12 und 69 SGB XI gegenüber ihren Versicherten einerseits, die Verantwortung der (Landes-)Verbände der Pflegekassen auf übergeordneter Ebene und der allgemeinen Infrastrukturverantwortung der Länder im Sinne der §§ 8 und 9 SGB XI andererseits ausgegangen.

Diese relativ unverbundenen Verantwortlichkeiten müssen sinnvoll konkretisiert und mit geeigneten Instrumenten hinterlegt und aufeinander abgestimmt werden, nicht zuletzt zur Bewältigung von Situationen, in denen bereits zugelassene ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen ihre Versorgungskapazitäten wegen fehlender Pflegekräfte reduzieren.

So ist der Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen im Vergleich beispielsweise zu §§ 13 Abs. 3 und 72 ff. SGB V weder hinsichtlich des Inhaltes noch des Umfangs der Sicherstellung näher konkretisiert. Auch fehlt es bisher an einer klaren Zuweisung von Verantwortlichkeiten, wenn regionale Engpässe in der professionellen pflegerischen Versorgung bestehen und Pflegebedürftige keine Angebote finden. Es fehlt an Verbindlichkeiten sowie neuen Ansätzen, Versorgungsengpässe insbesondere im Einzelfall zu vermeiden, ohne Fehlanreize und/oder Mitnahmeeffekte zu generieren.

Es ist zu unterscheiden, ob:

- a. eine Versorgung im Einzelfall, die beispielsweise aufgrund besonderer Bedarfe nicht sichergestellt werden kann (individueller Versorgungsengpass) oder
- b. ein grundsätzlicher (regionaler) infrastruktureller Versorgungsengpass besteht.

III.3.2. Sicherstellung der individuellen Versorgung

Problem:

Eine benötigte Versorgung im Einzelfall kann – ohne, dass bereits zwingend ein allgemeines Infrastrukturdefizit festzustellen ist – beispielsweise aufgrund besonderer individueller Versorgungsbedarfe nicht sichergestellt werden (individueller Versorgungsmangel).

- 1) Individueller, leistungsrechtlicher Ansatz
 - Die jeweilig zuständige Pflegekasse hat die Pflicht, innerhalb einer bestimmten Frist – beispielsweise innerhalb von 21 Tagen nach Eingang einer Anfrage – eine geeignete Pflegeeinrichtung im Sinne des SGB XI zu vermitteln.

- Gelingt das nicht, hat sie der oder den leistungsberechtigten Pflegebedürftigen aktiv auf alternative Angebote vor Ort hinzuweisen, z.B. Angebote zur Unterstützung im Alltag (soweit es um betreuende oder hauswirtschaftliche Bedarfe geht), auf die Möglichkeit einer Vereinbarung mit einer einzelnen geeigneten Pflegekraft gem. § 77 Absatz 1 SGB XI oder ihn bei der Suche nach einer solchen zu unterstützen.
- Hierfür muss die Pflegekasse die Möglichkeit erhalten, der oder dem betroffenen Pflegebedürftigen eine flexible Handhabung seiner leistungsrechtlichen Ansprüche zu ermöglichen. Die Vergütung alternativer Leistungserbringung kann sich dabei an den vergleichbaren regionalen Durchschnittsvergütungen ambulanter Pflegedienste für vergleichbare Leistungen bzw. einem angemessenen Prozentsatz hiervon orientieren (der sich jedoch vom Pflegegeld deutlich abheben muss). Beispielsweise soll das Tagespflegebudget auch für andere vergleichbare Angebote eingesetzt werden können (z.B. Erbringung durch einen ambulanten Pflegedienst, zielgruppengerechte Betreuungsgruppen).
- Kann die Pflegekasse auch keine alternative Leistungserbringung anbieten, erhält die oder der Pflegebedürftige ein Budget in Höhe der vorgenannten Leistungen sowie den Anspruch auf individuelles Case Management zur Unterstützung der Ausgestaltung der pflegerischen Versorgung. Die Pflegekasse kann diesen Anspruch selbst, durch einen Pflegestützpunkt oder durch einen von ihr beauftragten Dienstleister erfüllen.
- Der Anspruch endet, sobald die Pflegekasse die gewünschte Regelversorgung im o.g. Sinne sicherstellen kann.

2) Struktureller Ansatz

- Die betroffene Pflegekasse und ihr Landesverband sind verpflichtet, auf eine Vertragsanpassung von vorhandenen Angeboten hinzuwirken, um den individuellen Versorgungsmangel zu beheben. Dies kann z.B. durch eine Flexibilisierung der Vergütung besonders personalintensiver Pflegesettings, die im mehr oder weniger einheitlichen Vergütungssystem nicht abgebildet werden (hier ergibt sich eine Schnittstelle zum SGB V, z.B. im intensivmedizinischen Bereich), umgesetzt werden. Lösung wäre z.B. die Ermöglichung eines Vergütungszuschlages und – damit der Mehraufwand nicht allein zu Lasten der Betroffenen geht – einer leistungsrechtlichen „Härtefallklausel“ bzw. einer weiteren Ausdifferenzierung der Vergütungsvereinbarungen nach SGB XI auch zur Sicherstellung innovativer Versorgungsansätze (z.B. Innovations- oder Digitalisierungsbudgets).

- Anstellung eigener Kräfte nach § 77 Abs. 2 SGB XI durch die Pflegekasse (vgl. gleichfalls § 132a Abs. 4, letzter Satz SGB V für Leistungen der häuslichen Krankenpflege)

Festzulegen ist,

- welche Anforderungen an die jeweilige regionale Regelversorgungsstruktur zu stellen sind,
- welche Anforderungen zwar nicht von der regionalen Regelstruktur zu erfüllen sind, aber so relevant sind, dass sie eine (dann ggfs. auch dauerhafte) individuelle Lösung rechtfertigen,
- welche Anforderungen an die Versorgung als „Sonderwünsche“ unbeachtlich sind.

Die Pflegekasse bzw. ihr Landesverband informieren regelhaft die Kommunen, ggf. auch in gebündelter Form, über individuelle und strukturelle Problemlagen und Maßnahmen im Sinne von Ziffer III.3.2. Diese Informationen fließen in das kommunale Pflegemonitoring ein.

III.3.3 Maßnahmen bei einem regionalen strukturellen Versorgungsmangel

Problem:

Die Kommune stellt unter Einbeziehung von Regionaldaten der Pflegekassen und ggf. der Empfehlungen des regionalen Ausschusses nach § 8a Abs. 3 SGB XI als Ergebnis des kommunalen Pflegemonitorings einen strukturellen Versorgungsmangel in der Regelversorgung fest. Strukturelle Versorgungsmängel bestehen, wenn pflegebedürftige Menschen nicht nur im Einzelfall ihnen im Rahmen der Regelversorgung zustehende Sachleistungen der Pflegeversicherung aufgrund einer unzureichenden Infrastruktur nicht in Anspruch nehmen können.

- 1) Individueller, leistungsrechtlicher Ansatz

Die oben unter III.3.2 dargestellten Regelungen gelten auch für den Fall eines strukturellen Versorgungsmangels.

- 2) Struktureller Ansatz auf der Ebene der Verbände der Pflegekassen

Es bedarf bei strukturellen Versorgungsmängeln der Möglichkeit und der gesetzlich geregelten Verpflichtung zur flexibleren Handhabung bestimmter (rahmen-)vertraglicher Mindestbedingungen, ggfs. regional und ggf. zeitlich begrenzter höherer Vergütungen sowie der Zulassung von Substandards.

Beispiele hierfür können sein:

- Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch vollstationäre, teilstationäre oder ambulante Pflegeeinrichtungen, insbesondere durch ein gesondertes Vertrags- und Vergütungsrecht (Modularisierung auch stationärer Leistungen), die z.B. auch für zentrale „Pflegerische Versorgungszentren“ zur Erbringung sowohl ambulanter, teilstationärer als auch vollstationärer Leistungen genutzt werden können.
- Vereinbarung einer besonderen regionalen Vergütung, wenn die pauschale Vergütung für ganze Einzugsbereiche nicht auskömmlich ist und infolge dessen die gesetzlichen Leistungen mangels Angebote nicht oder nicht ausreichend in Anspruch genommen werden können.
- Eine geeignete Anreizsetzung für Regionen mit identifizierter deutlicher Angebotsunterdeckung, z.B. durch Einführung zeitlich befristeter Zuschüsse zu den Leistungsentgelten als Anschubfinanzierung aus dem Ausgleichsfonds SGB XI zur Vermeidung bzw. Verminderung zusätzlicher Belastungen der Pflegebedürftigen.
- Anreizsetzung zugunsten effizienter Größen für Pflegedienste (Verhältnis PDL / Gestehungskosten zu Mitarbeitenden / Kunden) und Kooperationen zwischen Diensten (z.B. im Bereich trägerübergreifender Springerpools oder der Angebote zur Unterstützung im Alltag inklusive Ehrenamt sowie ggf. Diensten außerhalb der Pflegeszene wie Lieferdiensten oder Wohnungswirtschaft (Stichwort „Pflegemix“).
- Maßnahmen zur Beschleunigung von Vertrags- und Vergütungsverhandlungen und der tatsächlichen Auszahlung von Leistungen insbesondere im Bereich der Sozialhilfe.
- Mit Maßnahmen zur Stärkung der zielgerichteten Leistungserbringung können die Versorgungskapazitäten insbesondere von ambulanten Pflegediensten erweitert werden. So hat die dezidierte Zuweisung von Versorgungsgebieten für ambulante Pflegedienste das Potential, Wegezeiten zu reduzieren und Versorgungszeiten zu erhöhen. Zudem wird die ambulante Pflege künftig anders, in Gestalt von sozialräumlich ausgerichteten Einzugsgebieten, organisiert werden müssen. Hier spielt die kommunale Bedarfsplanung eine wichtige Rolle, die gerade auch im ambulanten Bereich als Instrument genutzt werden muss.
- Schaffung einer eigenen Angebotsstruktur zur Umsetzung von § 77 Absatz 2 SGB XI bzw. § 132a Abs. 4, letzter Satz SGB V (z.B. kassenübergreifender Pflegefachkraft- / Pflegekraftpool)
- Ermöglichung von zeitlich oder im Leistungsumfang „eingeschränkten“ Versorgungsangeboten in Abstimmung mit den für die Qualitätssicherung zuständigen Stellen, z.B. eine nicht an allen Wochentagen geöffnete Tagespflege

oder eine vollstationäre Pflege, die die Versorgung bestimmter Bedarfe ausschließt (vgl. auch § 8 Abs. 4 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz)

Insbesondere Vergütungsanreize müssen die Auswirkungen auf angrenzende Regionen berücksichtigen („Vermeidung von Überbietungswettbewerben“).

Die zentrale Verantwortung für die Weiterentwicklung bzw. differenzierte Anwendung der (rahmen-)vertraglichen Regelungen liegt bei der Pflegeselbstverwaltung und hierbei zuvörderst bei den Landesverbänden der Pflegekassen und den Trägern der Sozialhilfe sowohl als Vertragsparteien als auch als Kostenträger. Als sinnvoll wird erachtet, wenn die kommunale Ebene in ihrer Verantwortung nach § 8 SGB XI die Gespräche zur Vermeidung von Versorgungsengpässen insbesondere durch Vermeidung und Minimierung von Ineffizienzen sowie durch Anreizsetzung zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen moderiert.

3) Als weiterer infrastruktureller Ansatz auf Landes- und kommunaler Ebene

Wenn die Möglichkeiten des Vertrags- und Vergütungsrechts nicht sachgerecht oder ausgeschöpft sind, jedoch nicht zu tragfähigen Lösungen führen, sind Länder und Kommunen verpflichtet, im Rahmen ihrer Infrastrukturverantwortung Maßnahmen zu ergreifen zur:

- Beratung und ggf. Förderung zur Initiierung fehlender bzw. zur Weiterentwicklung bestehender Angebote
- Unterstützung der Weiterentwicklung des sozialen Nahraums
- Vorhaltung einzelner Pflegeinfrastrukturangebote in kommunaler bzw. staatlicher Trägerschaft
- Über Maßnahmen der Altenhilfe, Pflegeplanung und Beratung hinaus: bei Bedarf Schaffung preisgedämpften Wohnraums für Pflegekräfte und / oder
- Kooperation mit der Wohnungswirtschaft bzw. den Wohngenossenschaften mit dem Ziel des Zusammenbringens von Wohnwirtschaft und pflegerischer, pflegeergänzender sowie ehrenamtlicher Angebotsstruktur.