

1 Einleitung

Björn Maier, Kai Tybussek

1.1 Anlass und Motivation zur Reform

Die erste gesetzliche Pflegeversicherung als Teil des Sozialversicherungssystems in Deutschland wurde zum 1. Januar 1995 eingeführt. Seit dem 23.10.2012 wurde die gesetzliche Pflegeversicherung nun in vier Reformschritten neu ausgerichtet und reformiert. Den Startpunkt bildet dabei im Jahr 2012 das Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (PNG), darauf aufbauend folgten ab Ende 2014 die drei Pflegestärkungsgesetze (PSG I bis III) (► Abb. 1.1). Insgesamt ist dieses Reformwerk die gravierendste Neuausrichtung des Systems seit seiner Gründung vor etwas mehr als 20 Jahren.

Die Notwendigkeit dieser Veränderungen ist dem demografischen Wandel sowie

den veränderten Krankheitsbildern geschuldet. Mit zunehmendem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit deutlich zu, auf fremde Hilfe angewiesen zu sein. Außerdem haben gerontopsychiatrische Erkrankungen und demenzielle Erkrankungen in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Die Anzahl der Leistungsbezieher beträgt derzeit ca. 2,7 Mio. Menschen bei der gesetzlichen Pflegeversicherung und knapp 200.000 Menschen bei der privaten Pflegeversicherung (► Tab. 1.1). Die Leistungsausgaben alleine in der sozialen Pflegeversicherung betragen im Jahr 2015 im stationären Bereich 12,1 Mrd. € und im ambulanten Bereich 14,6 Mrd. €.



Abb. 1.1: Gesetze der Pflegereform

Tab. 1.1: Gesamtzahl der Leistungsbezieher¹

	Soziale Pflegeversicherung	Private Pflegepflichtversicherung
ambulant	1.907.095	128.140
stationär	758.014	49.935
Summe	2.665.109	178.075
insgesamt	2.843.184	

Eine besondere Herausforderung für die Pflegekassen stellt die zu erwartende demografische Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland dar. Bei den über 80-Jährigen liegt die Wahrscheinlichkeit für eine Pflegebedürftigkeit derzeit bei rund 31 % (BMG 2016). Dies bedeutet bei einer zunehmenden Lebenserwartung und einer steigenden Anzahl älterer und alter Menschen einen deutlichen Anstieg der Pflegebedürftigen. So nimmt der Anteil der über 80-Jährigen an der Gesamtbevölkerung von ca. 5,4 % 2012 auf fast 10 % im Jahr 2040 zu. Die Gesamtzahl der 80-Jährigen erhöht sich von 4,4 auf 7,8 Millionen (► Tab. 1.2). Als Folge der gesamten demografischen Entwicklung rechnet das BMG auf Basis der Geschäftsstatistiken der Pflegekassen in der gesetzlichen Pflegeversicherung mit einer Zunahme von derzeit rund 2,7 Mio. Pflegebedürftigen auf rund 4,4 Mio. Pflegebedürftige im Jahr 2040 (BMG 2016).

Tab. 1.2: Anzahl älterer Personen über 80 Jahre absolut und in Prozent (Statistisches Bundesamt 2013)

	Gesamtbevölkerung in Mio.	Personen über 80 in Mio.	Anteil an der Gesamtbevölkerung in %
2013	80,8	4,4	5,4
2020	82,0	5,9	7,2
2030	80,9	6,2	7,7
2040	78,9	7,8	9,9
2050	76,1	9,9	13,0
2060	73,1	9,0	12,3

Häufig übernehmen Angehörige diese Pflege. Dies stellt für viele eine enorme physische, psychische und finanzielle Belastung dar, auch vor dem Hintergrund der sich ändernden Familienstrukturen und einer zunehmenden Arbeitsverdichtung bei Personen im Erwerbsleben. Hier setzen die Pflegestärkungsgesetze mit unterschiedlichen Leistungen und Unterstützungsmodellen an. Für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung wurden vom Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2006 zwei Expertenbeiräte einberufen, die insgesamt drei Berichte vorgelegt haben. Die fachliche Expertise umfasste u. a. das neue Einstufungsmanagement, das neue Begutachtungsassessment (NBA) und die Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

¹ Geschäftsstatistik der Pflegekassen zum 31.12.2015 und Geschäftsstatistik der privaten Pflegepflichtversicherung zum 31.12.2015

1.2 Die gesetzlichen Entwicklungen im Überblick

Das *Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG)* vom 23. Oktober 2012 bildet den Auftakt der Neuerungen. Ziel des PNG ist es, die Selbstbestimmung und Unabhängigkeit der Pflegebedürftigen sicherzustellen. Seit Januar 2013 erfolgte eine Ausweitung der Leistungen der Pflegeversicherung für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Dies hatte zur Folge, dass neben der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung die Betreuung als weitere Säule in der ambulanten Versorgung hinzukam.

Das *erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I)* trat zum 1. Januar 2015 in Kraft. Die Leistungen für Pflegebedürftige und Angehörige wurden erheblich ausgeweitet und verbessert. In der häuslichen Versorgung wurden für Betreuungs- und Pflegeleistungen 1,4 Mio. € pro Jahr zur Verfügung gestellt. Darin enthalten sind u. a. Zuschüsse für Umbaumaßnahmen für ein sicheres Wohnumfeld und Betreuungsleistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Zudem wurde ein Pflegefonds in Form eines Sondervermögens eingerichtet, den die Deutsche Bundesbank verwaltet. Der Fonds soll die langfristige Stabilität der Beitragssätze der sozialen Pflegeversicherung gewährleisten. Stationäre Pflegeeinrichtungen konnten gemäß § 87b SGB XI ca. 20.000 zusätzliche Betreuungskräfte einstellen (Personalschlüssel beträgt 1 : 20). Im Bereich der häuslichen Pflege werden die Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) in den §§ 45b, 123 SGB XI geregelt. Durch einen Fokus auf demenziell Erkrankte haben sich im Bereich des Pflegesektors neue Berufsbilder, wie bspw. Alltagsbegleiter, entwickelt. Aus der Statistik geht hervor, dass Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz mit höherer Pflegestufe in stationären Einrichtungen (rd. 461.000) und mit niedri-

gerer Pflegestufe in der häuslichen Umgebung (rd. 564.000) versorgt werden. Auch die Zahl der jüngeren Pflegebedürftigen (Altersgruppe bis 40 Jahre) mit eingeschränkter Alltagskompetenz nimmt zu.

Das *zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II)* ist ab dem 1. Januar 2017 in Kraft getreten und beinhaltet den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff (§§ 14, 15 SGB XI; Anlage 1 und 2 zu § 15 SGB XI) und ein neues Begutachtungsverfahren (NBA). Der Zunahme demenziell Erkrankter wird im Rahmen der Pflegegrade Rechnung getragen. Betroffene müssen nicht mehr gesondert begutachtet werden, sondern demenzielle Erkrankungen sind Teil der Pflegegrade. Bei der Überleitung von den Pflegestufen in die Pflegegrade gilt Bestandschutz für Pflegebedürftige, die bereits leistungsberechtigt sind. Hierdurch wird sichergestellt, dass Leistungsberechtigte durch die Reform nicht schlechter gestellt werden.

Im Juni 2016 hat das Bundeskabinett den Entwurf des *Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften* (drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) beschlossen, dessen Regelungen ebenfalls überwiegend zum 1. Januar 2017 in Kraft getreten sind. Im Mittelpunkt stehen Beratungsleistungen durch Pflegestützpunkte bzw. kommunale Beratungsstellen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige. Für jeden Pflegebedürftigen sollen individuell zugeschnittene Leistungen angeboten und zeitnah durchgesetzt werden. So sollen künftig Beratungsgutscheine für Pflegebedürftige und deren Angehörige zur Verfügung stehen und damit die Qualität gesteigert werden. Weiterhin sollen Angebote zur Unterstützung im Alltag ausgebaut werden. Bis zu 25 Mio. € sind im Beitrag der Pflegeversicherung dafür vorgesehen. Ebenfalls ist die Pflegeselbstverwaltung verpflichtet, für ambulante Wohngruppen geeignete Qualitätsstandards zu entwickeln.

Die Länder sind für die Sicherstellung einer ausreichenden und wirtschaftlichen Infrastruktur im Pflegesektor verantwortlich. Versorgungsfragen sollen in Ausschüssen geklärt werden, in denen erstmalig die Teilnahme für die Pflegekassen verpflichtend ist. Die Empfehlungen der Ausschüsse, die auf eine verbesserte Versorgungssituation zielen, sind künftig von den Kostenträgern im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen zu beachten. Durch die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs müssen im 12. Sozialgesetzbuch (SGB XII) und im Bundesversor-

gungsgesetz (BVG) entsprechende Änderungen erfolgen, dass finanziell Bedürftige im Falle der Pflegebedürftigkeit angemessen versorgt werden. Des Weiteren sind mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff auch pflegerische Betreuungsmaßnahmen in die Pflegeversicherung integriert. Dies kann zu einer Schnittstellenproblematik zwischen der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung führen. Um dies und damit verbundene Kostenverschiebungen zu verhindern, sind klare Regelungen zur Abgrenzung im PSG III enthalten (BMG 2016b).

1.3 Aktuelle Herausforderungen und Handlungsfelder

Im Rahmen des Buches werden unterschiedliche Aspekte und Blickwinkel zu den Reformschritten der Pflegeversicherung eingenommen. Prinzipiell lassen sich die von den einzelnen Autoren behandelnden Aspekte drei Hauptkategorien zuordnen:

- **Rechtliche Rahmenbedingungen**
Neben der Reform der Pflegeversicherung werden noch unterschiedliche andere gesetzliche Novellierungen und Anpassungen von Verordnungen betrachtet, die insgesamt die Erbringung von Pflegeleistungen in der Bundesrepublik Deutschland verändern werden (► Kap. 2–5).
- **Geschäftsmodelle und strategische Handlungsoptionen**
Aufbauend auf den rechtlichen Veränderungen werden die wirtschaftlichen Möglichkeiten und Risiken, die sich ergeben, behandelt. Dabei werden sowohl neuen Geschäftsmodelle erörtert, als auch die Entwicklungsmöglichkeiten bestehender Geschäftsmodelle darge-

stellt. Beispielsweise werden die Auswirkungen der Verschiebung von stationären hin zu ambulanten Leistungen thematisiert (► Kap. 6–8).

- **Umsetzungshilfen für ein erfolgreiches Management**
Die personalwirtschaftlichen, kostenrechnerischen und steuerungsmäßigen Veränderungs- und Anpassungsprozesse aus Sicht des Managements werden darauf aufbauend behandelt. Dabei wird auch noch einmal eine Brücke geschlagen von der externen Analyse hin zur internen Umsetzung. Dabei wird das Zusammenspiel zwischen strategischem Management und Change-Management beleuchtet (► Kap. 9–11).

In diesem Zusammenspiel ergibt sich eine differenzierte Betrachtung der einzelnen Handlungsfelder, die sowohl auf System- wie auch auf Einrichtungsebene relevant sind und von den einzelnen Akteuren schon angepasst wurden bzw. noch gestaltet werden müssen.

1.4 Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2016a): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html>, Abruf: 28.10.2016
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg) (2016b): Drittes Pflegestärkungsgesetz im Kabinett beschlossen, <http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2016/psg-iii-kabinett.html>, Abruf: 28.10.2016
- Statistisches Bundesamt (2013): Ergebnisse der 13. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 2, <https://www.destatis.de/DE/Zahlen-Fakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Tabellen/AltersgruppenBis2060.html>, Abruf: 21.03.2017

2 Historie und Zielsetzung der Pflegereform

Kai Tybussek, Benedikt Bauer

Die Pflegereform: Mehr Leistungen für Pflegebedürftige und mehr Entlastung und Sicherheit für pflegende Angehörige – ein Umdenken hat begonnen.

In den vergangenen Jahren hat sich oftmals gezeigt, dass ein Pflegebedürftigkeitsbegriff mit einer fokussierten Betrachtung von körperlichen Einschränkungen und die damit einhergehende Beschränkung der Pflegeleistungen ungeeignet ist. Diese reduzierte Betrachtung ist für viele pflegebedürftige Menschen nicht ausreichend, sodass viele, die im Alltag eingeschränkt sind oder beispielsweise psychische Störungen haben, keine umfassenden bzw. ausreichenden Betreuungsleistungen erhalten – bis zu 250.000 Demenzkranke sind ohne finanzielle Hilfe

der Pflegeversicherung, weil sie keine Pflegestufe erhalten.²

Bereits zu Beginn des Jahres 2015 wurde mit dem Ersten Pflegestärkungsgesetz (PSG I) eine Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung eingeleitet und die Unterstützung für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen ausgeweitet. Im Jahr 2016 folgten im Rahmen des 2. Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) grundlegende Veränderungen und Verbesserungen im Pflegesystem, wodurch zum 1. Januar 2017 nicht nur eine vollkommen neuartige Betrachtung der Pflegebedürftigkeit, sondern auch ein entsprechend reformiertes Begutachtungsverfahren und ein neues Leistungsrecht implementiert wurden.

2.1 Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und die fünf Pflegegrade

Der neue Begriff der Pflegebedürftigkeit bezieht sich gleichermaßen auf körperliche, geistige und psychische Einschränkungen, sodass psychische und kognitive Störungen – wie etwa Demenz – zum 1. Januar 2017 wesentlich stärker in den Mittelpunkt rückten. Nicht mehr in erster Linie körperliche Beeinträchtigungen, sondern gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten für eine voraussichtliche Dauer von mindestens sechs Monaten, sind für die Einstufung seit dem 1. Januar 2017 maßgebend. Auch die zeitlich zu

bemessenden Hilfebedarfe spielen im Rahmen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes keine Rolle mehr, da im Zuge der Begutachtung als Bemessungsgröße der Grad der Selbstständigkeit bzw. der Grad der Fähigkeiten ermittelt wird, um so die sachgerechte und personenbezogene Einbeziehung von Einschränkungen im geistigen und psychischen Bereich gewährleisten zu können.

² Daten der Münchener Verein Versicherungsgruppe aus dem Jahr 2015

Tab.2.1: Module des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Modul	Beispiele für Items
1. Mobilität	Positionswechsel im Bett
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Örtliche und zeitliche Orientierung
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Nächtliche Unruhe
4. Selbstversorgung	Essen und Trinken
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	Medikation und Injektion
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	Gestaltung des Tagesablaufs

Damit umfasst der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auch die gesonderte Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a Abs. 2 SGB XI und wurde somit erweitert, um dem Ziel, allen pflegebedürftigen Menschen gleichberechtigt Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung zu ermöglichen, gerecht zu werden.

Im Rahmen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes gelten seit dem 1. Januar 2017 die neu eingeführten fünf Pflegegrade, wodurch das System der Pflegestufen zum 1. Januar 2017 abgelöst wurde. Basis für die Einstufung in einen der fünf Pflegegrade ist

das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und eine entsprechende Prüfung pflegfachlich begründeter Kriterien, sogenannter Items, in sechs verschiedenen Modulen (► Tab. 2.1) auf Grundlage der neu überarbeiteten Begutachtungs-Richtlinien.

Die sechs Module berücksichtigen insgesamt 65 Items, anhand derer der Grad der Selbstständigkeit bzw. der Grad der Fähigkeiten innerhalb der jeweiligen Module durch Einzelpunkte ermittelt und im Zuge einer unterschiedlichen Gewichtung zu einer Gesamtbewertung zusammengeführt werden kann.

2.2 NBA – Das Neue Begutachtungsassessment

Grundlage der Einstufung seit 1. Januar 2017 und somit Basis des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) ist der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, welcher daher inhaltlich in der neuen Begutachtungssystematik wiederzufinden ist. Die sechs Module des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes nach § 14 Abs. 2 SGB XI (2017) sind im NBA integriert

und hinsichtlich des Begutachtungsverfahrens mit einzelnen Items präzisiert worden. Anhand der Items kann der Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten für jedes Modul und jedes einzelne Item mittels pflegfachlich fundierter Einzelpunkte in mehreren Schritten ermittelt werden.

2.2.1 Ausprägung der Selbstständigkeit als Basis der Begutachtung

Im Rahmen der Begutachtung³ ist zu bewerten, ob die betroffene Person die jeweiligen Handlungen bzw. Aktivitäten (Kriterien) praktisch durchführen kann (► Berechnungsbeispiel in Tab. 2.2).

0 = selbstständig

Die Person kann die Handlung bzw. Aktivität in der Regel selbstständig durchführen. Möglicherweise ist die Durchführung erschwert oder verlangsamt oder nur unter Nutzung von Hilfs-/Pflegehilfsmitteln möglich. Entscheidend ist jedoch, dass die Person keine personelle Hilfe benötigt. Vorübergehende oder nur vereinzelt auftretende Beeinträchtigungen sind nicht zu berücksichtigen.

1 = überwiegend selbstständig

Die Person kann den größten Teil der Aktivität selbstständig durchführen. Dementsprechend entsteht nur ein geringer bzw. mäßiger Aufwand für die Pflegeperson. Überwiegend selbstständig ist eine Person also dann, wenn lediglich folgende Hilfestellungen erforderlich sind:

- *Unmittelbares Zurechtlegen, Richten von Gegenständen* meint die Vorbereitung einer Aktivität durch Bereitstellung sachlicher Hilfen, damit die Person die Aktivität dann selbstständig durchführen kann. Dabei wird vorausgesetzt, dass die Umgebung der antragstellenden Person so eingerichtet wird, dass die Person, so weit wie möglich, selbstständig an alle notwendigen Utensilien herankommt und diese nicht jedes Mal angereicht werden müssen. Wenn dies aber nicht ausreicht (z. B. wenn die Seife nicht von der Ablage am Waschbecken genommen werden kann, sondern direkt in die Hand gegeben

werden muss), führt diese Beeinträchtigung zur Bewertung »überwiegend selbstständig«.

- *Aufforderung* bedeutet, dass die Pflegeperson (ggf. auch mehrfach) einen Anstoß geben muss, damit die oder der Betroffene die jeweilige Tätigkeit allein durchführt. Auch wenn nur einzelne Handreichungen erforderlich sind, ist die Person als überwiegend selbstständig zu beurteilen (punktuelle Hilfebedarf, der lediglich an einzelnen Stellen des Handlungsablaufs auftritt). Einzelne Hinweise zur Abfolge der Einzelschritte meinen, dass zwischenzeitlich immer wieder ein Anstoß gegeben werden muss, dann aber Teilverrichtungen selbst ausgeführt werden können.
- *Unterstützung bei der Entscheidungsfindung* bedeutet, dass z. B. verschiedene Optionen zur Auswahl angeboten werden, die Person danach aber selbstständig handelt.
- *Partielle Beaufsichtigung und Kontrolle* meint die Überprüfung, ob die Abfolge einer Handlung eingehalten wird (ggf. unter Hinführung zu weiteren Teilschritten oder zur Vervollständigung) sowie die Kontrolle der korrekten und sicheren Durchführung. Hierzu gehört auch die Überprüfung, ob Absprachen eingehalten werden.
- *Punktuelle Übernahme von Teilhandlungen der Aktivität* bedeutet, dass nur einzelne Handreichungen erforderlich sind, die Person den überwiegenden Teil der Aktivität aber selbstständig durchführt.
- *Anwesenheit aus Sicherheitsgründen*: Wenn eine Person eine Aktivität selbstständig ausführen kann, aber aus nachvollziehbaren Sicherheitsgründen (z. B. Sturzgefahr, Krampfanfälle) die Anwesenheit einer anderen Person benötigt, trifft die Bewertung »überwiegend selbstständig« zu.

3 Begutachtungs-Richtlinien Pflege – BRi vom 15.04.2016, S. 36 ff.

2 = überwiegend unselbstständig

Die Person kann die Aktivität nur zu einem geringen Anteil selbstständig durchführen. Es sind aber Ressourcen vorhanden, sodass sie sich beteiligen kann. Dies setzt ggf. ständige Anleitung oder aufwändige Motivation auch während der Aktivität voraus oder Teilschritte der Handlung müssen übernommen werden. Zurechtlegen und Richten von Gegenständen, wiederholte Aufforderungen oder punktuelle Unterstützungen reichen nicht aus.

Alle oben genannten Hilfen können auch hier von Bedeutung sein, reichen allerdings alleine nicht aus. Weitergehende Unterstützung umfasst vor allem:

- *Ständige Motivation* im Sinne der motivierenden Begleitung einer Aktivität (notwendig vor allem bei psychischen Erkrankungen mit Antriebsminderung).
- *Ständige Anleitung* bedeutet, dass die Pflegeperson den Handlungsablauf nicht nur anstoßen, sondern die Handlung demonstrieren oder lenkend begleiten muss. Dies kann insbesondere dann erforderlich sein, wenn die oder der Betroffene trotz vorhandener motorischer Fähigkeiten eine konkrete Aktivität nicht in einem sinnvollen Ablauf durchführen kann.
- *Ständige Beaufsichtigung und Kontrolle* unterscheidet sich von der oben genannten »partiellen Beaufsichtigung und Kontrolle« nur durch das Ausmaß der erforderlichen Hilfe. Es ist ständige und unmittelbare Eingreifbereitschaft in die Handlung erforderlich.
- *Übernahme von Teilhandlungen der Aktivität* bedeutet, dass ein erheblicher

Teil der Handlungsschritte durch die Pflegeperson übernommen wird.

3 = unselbstständig

Die Person kann die Aktivität in der Regel nicht selbstständig durchführen bzw. steuern, auch nicht in Teilen. Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden. Ständige Motivation, Anleitung und Beaufsichtigung reichen auf keinen Fall aus. Die Pflegeperson muss alle oder nahezu alle Teilhandlungen anstelle der betroffenen Person durchführen. Eine minimale Beteiligung ist nicht zu berücksichtigen (z. B. wenn sich die antragstellende Person in sehr geringem Umfang mit Teilhandlungen beteiligt).

Das Einschätzungsinstrument beinhaltet in den Modulen 2, 3 und 5 abgewandelte Formen dieser Skala, die an den entsprechenden Stellen erläutert werden. Durchgängig gilt bei diesen Skalen, dass der Grad der Beeinträchtigung mit dem jeweiligen Punktwert steigt. »0« bedeutet stets, dass keine Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten bzw. keine sonstigen Probleme bestehen.

2.2.2 Ausprägung der Fähigkeiten als Basis der Begutachtung

Für die Ausprägung bzw. den Grad der Fähigkeiten⁴ findet eine ähnliche Graduierung wie im Falle der Selbstständigkeit (vierstufige Skala) Anwendung, wobei die Beurteilung einer geistigen Funktion zugrunde liegt.

4 Vgl. Begutachtungs-Richtlinien Pflege – BRi vom 15.04.2016, S. 42 ff

0 = Fähigkeit vorhanden, unbeeinträchtigt

Die Fähigkeit ist (nahezu) vollständig vorhanden

1 = Fähigkeit größtenteils vorhanden

Die Fähigkeit ist überwiegend (die meiste Zeit über, in den meisten Situationen), aber nicht durchgängig vorhanden. Die Person hat Schwierigkeiten, höhere oder komplexere Anforderungen zu bewältigen.

2 = Fähigkeit in geringem Maße vorhanden

Die Fähigkeit ist stark beeinträchtigt, aber erkennbar vorhanden. Die Person hat häufig oder in vielen Situationen Schwierigkeiten. Sie kann nur geringe Anforderungen bewältigen. Es sind Ressourcen vorhanden.

3 = Fähigkeit nicht vorhanden

Die Fähigkeit ist nicht oder nur in sehr geringem Maße (sehr selten) vorhanden.

Tab. 2.2: Berechnungsbeispiel »Ausprägung der Selbständigkeit« – Einzelpunkte im Modul 1 »Mobilität«

Item/Merkmal	Selbstständig	Überwiegend selbstständig	Überwiegend unselbstständig	Unselbstständig	Beispielrechnung
Positionswechsel im Bett	0	1	2	3	1
Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3	1
Umsetzen	0	1	2	3	2
Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3	3
Treppensteigen	0	1	2	3	3
					= 10 Summe der Einzelpunkte

Wesentlicher Bestandteil des Begutachtungssystems ist in einem zweiten Schritt die Umrechnung der Summe der Einzelpunkte je Modul in gewichtete Punkte, sodass die gewichteten Punkte für die 6 Module in Addition einen Gesamtpunktwert bilden, welcher für die Einstufung in einen Pflege-

grad dient (► Tab. 2.3). Dabei sind alle Zahlen und Angaben (mit Ausnahme der Angaben in der Spalte »Beispielrechnung«) konkrete Vorgaben des NBA, welche seit Januar 2017 im Rahmen einer jeden Begutachtung in dieser Ausgestaltung zugrunde gelegt werden.