

18. 12. 97

AS - FJ - FS - Fz - G - In

**Unterrichtung
durch die Bundesregierung**

Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung

Dr. Norbert Blüm
Bundesminister
für Arbeit und Sozialordnung

Bonn, den 17. Dezember 1997

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Ministerpräsident
Gerhard Schröder, MdL

Sehr geehrter Herr Präsident,

das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung hat den gesetzlichen Auftrag, im Abstand von drei Jahren, erstmals im Jahr 1997, den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes einen Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland und die Umsetzung der Empfehlungen und der Vorschläge des Ausschusses für Fragen der Pflegeversicherung vorzulegen.

Entsprechend diesem Auftrag übersende ich den beiliegenden „Ersten Bericht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung gemäß § 10 Abs. 4 SGB XI“. Der Bericht gibt einen umfassenden Überblick und Detailinformationen über den Verlauf der Umsetzung der aktuellen Situation der Pflegeversicherung drei Jahre nach ihrer Einführung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Norbert Blüm

Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung

Gliederung	Seite
A. Vorbemerkungen	8
I. Berichtsauftrag gemäß § 10 Abs. 4 SGB XI	8
II. Bisherige Berichte zur Pflegeversicherung an den Deutschen Bundestag	8
B. Die Pflegeversicherung	8
I. Ziele der Pflegeversicherung	8
II. Konzeption entsprechend dem Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 2797)	9
1. Soziale Pflegeversicherung und private Pflege-Pflichtversicherung	9
2. Einführung in zwei Stufen	9
3. Wesentliche Inhalte der Pflegeversicherung	9
3.1 Begriff der Pflegebedürftigkeit	9
3.2 Pflegestufen I bis III und Härtefall	10
3.3 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	11
3.3.1 Antrag des Pflegebedürftigen	11
3.3.2 Begutachtungsverfahren	11
3.3.3 Leistungsbescheid an den Antragsteller	11
3.4 Leistungen bei häuslicher und stationärer Pflege	11
3.5 Finanzierung der Leistungen der Pflegeversicherung	12
3.5.1 Soziale Pflegeversicherung	12
3.5.2 Private Pflege-Pflichtversicherung	12
3.5.3 Ausgleich der Beitragsbelastungen der Arbeitgeber	12

	Seite
III. Gesetzgeberische Maßnahmen seit dem Pflege-Versicherungsgesetz vom 26. Mai 1994	13
1. Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit vom 15. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1724)	13
2. Gesetz zum Inkraftsetzen der 2. Stufe der Pflegeversicherung vom 31. Mai 1996 (BGBl. I S. 718)	13
3. Erstes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (Erstes SGB XI-Änderungsgesetz – 1. SGB XI-ÄndG) vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830)	14
3.1 Medizinische Behandlungspflege im Pflegeheim	14
3.2 Soziale Betreuung im Pflegeheim	14
3.3 Übergangsregelungen für die vollstationäre Pflege	15
3.4 „Pflegestufe 0“ im Heim	15
3.5 Abgrenzung Eingliederungshilfe/Pflege	15
3.6 Begriff der Pflegefachkraft	15
3.7 Fortführung des sogenannten Arbeitgebermodells	16
3.8 Sonstige Regelungsinhalte	16
4. Verordnung über die Rechnungs- und Buchführungspflichten der Pflegeeinrichtungen (Pflege-Buchführungsverordnung – PBV) vom 22. November 1995 (BGBl. I S. 1528)	16
IV. Die Leistungen der Pflegeversicherung im einzelnen	16
1. Ambulante Pflege	16
1.1 Pflegesachleistung	16
1.2 Pflegegeld	17
1.3 Kombinationsleistung	17
1.4 Pflegevertretung	17
1.5 Tages- und Nachtpflege	17
1.6 Kurzzeitpflege	17
1.7 Pflegekurse	18
1.8 Sonstige Leistungen	18
1.9 Soziale Sicherung der Pflegepersonen	18
2. Leistungen bei stationärer Pflege	18
2.1 Pflege im Heim	18
2.1.1 Pauschalleistungen bis zum 31. Dezember 1997	18
2.1.2 Versorgung mit Pflegehilfsmitteln	19
2.2 Behinderte in Einrichtungen der vollstationären Behindertenhilfe	19
C. Umsetzung der Pflegeversicherung	19
I. Erfolgreicher Start der Pflegeversicherung	19
II. Anzahl und Struktur der Leistungsempfänger	20
1. Soziale Pflegeversicherung	20
1.1 Zahl der Leistungsempfänger	20
1.2 Leistungsempfänger nach Pflegestufen	20

	Seite
1.3 Leistungsempfänger nach Leistungsarten	21
1.4 Leistungsempfänger nach Alter und Geschlecht	21
2. Private Pflege-Pflichtversicherung	21
2.1 Zahl der Leistungsempfänger	21
2.2 Leistungsempfänger nach Pflegestufen	21
2.3 Leistungsempfänger nach Alter und Geschlecht	21
III. Finanzielle Situation der Pflegeversicherung	21
1. Soziale Pflegeversicherung	21
1.1 Finanzentwicklung	21
1.2 Ausgabenstruktur	22
1.3 Perspektiven	22
2. Private Pflege-Pflichtversicherung	22
2.1 Finanzentwicklung	23
2.2 Struktur der Aufwendungen	23
IV. Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung	23
1. Begutachtungsleistung	23
2. Unterschiede bei den Begutachtungsergebnissen	23
3. Berücksichtigung psychisch Kranker, geistig Behinderter und Dementer	25
4. Begutachtungsdauer	27
5. Unterschiede bei der Bewilligung von Anträgen in der sozia- len Pflegeversicherung und in der privaten Pflege-Pflichtver- sicherung	27
V. Vergütung ambulanter und stationärer Pflegeleistungen	28
1. Ambulante Pflege	28
1.1 Inhalt des Leistungskomplexsystems	28
1.2 Mängel im bisherigen Leistungskomplexsystem	28
1.3 Leistungskomplexsystem nach den Empfehlungen der Spit- zenverbände vom 8. November 1996	28
1.4 Leistungskomplexsystem nach dem Vorschlag der Bundes- verbände der privaten Pflegedienste	29
1.5 Fazit	29
2. Stationäre Pflege	29
2.1 Übergangsregelung nach Artikel 49a PflegeVG	29
2.1.1 Erste Variante des Artikels 49a PflegeVG	29
2.1.2 Zweite Variante des Artikels 49a PflegeVG	29
2.1.3 Auswirkungen der Übergangsregelung	30
2.2 Künftige Vergütungen	30
2.2.1 Vergütungssystem nach dem SGB XI	30
2.2.2 Begrenzung des Kostenanstiegs nach Artikel 49b PflegeVG und § 93 Abs. 6 BSHG	31
2.2.2.1 Inhalt der Regelungen zur Kostenbegrenzung	31
2.2.2.2 Anlaß für die Regelungen zur Kostenbegrenzung	31

	Seite
2.2.2.3 Praktische Hinweise zur Umsetzung der Deckelungsregelungen	32
2.3 Standard-Pflegesatz-Modell der Kostenträger zur Vorbereitung der Pflegesatzverhandlungen	32
2.4 Durchschnittliche Höhe der Heimentgelte	32
VI. Auswirkungen der Pflegeversicherung im Bereich der Sozialhilfe ...	32
1. Abgrenzung Sozialhilfe und Pflegeversicherung	32
2. Sozialhilfe neben den Leistungen der Pflegeversicherung ...	32
3. Finanzielle Entlastung der Sozialhilfe und Verringerung der Zahl der Sozialhilfeempfänger	33
4. Pflegebedürftige in Einrichtungen der Behindertenhilfe	34
4.1 Sinn und Zweck des § 43 a SGB XI	34
4.2 Umstrukturierung in Pflegeeinrichtungen	34
4.2.1 Das Positionspapier des BMG	34
4.2.2 Haltung der Beteiligten	35
4.3 Pflegegeld neben Leistungen nach § 43 a SGB XI	36
4.4 Keine Umstellung von der Eingliederungshilfe für Behinderte auf Hilfe zur Pflege nach dem BSHG aus Altersgründen oder aufgrund der Zuordnung zur Pflegestufe III	36
5. Restpflegegeld nach dem BSHG neben Aufwendungsersatz für Assistenten	37
VII. Entwicklung der Pflegeinfrastruktur	37
1. Ambulanter Bereich	37
2. Vollstationärer Bereich	37
3. Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege	37
3.1 Infrastruktur	37
3.2 Nachfrageentwicklung	37
4. Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt	38
5. Modellprogramm des BMA zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger	39
5.1 Ausgangslage	39
5.2 Schwerpunkte der aktuellen Förderung	39
5.2.1 Aufbau einer teilstationären Infrastruktur	39
5.2.2 Förderung von modernen, wohnortnah gelegenen Pflegeeinrichtungen	39
5.2.3 Verbesserung der regionalen Zusammenarbeit	40
5.2.4 Qualifizierung von Pflegepersonal, von Ärzten sowie von pflegenden Angehörigen	40
5.2.5 Pflegeeinrichtungen für besondere Gruppen von Pflegebedürftigen	40
5.2.6 Hospizeinrichtungen	40
5.3 Ergebnisse der Modellmaßnahmen	40
5.4 Zukünftige Entwicklung des Modellprogramms	41
5.5 Zusammenfassung	41

	Seite
VIII. Investitionsförderung in den Ländern	41
1. Erstinvestitionen (Neubau, Erweiterungsbau, Erstausrüstung)	41
2. Wiederbeschaffung/Instandsetzung	42
3. Förderung der „alten Last“ (vor dem 1. Juli 1996 bestehende Finanzierungslasten für bereits getätigte Investitionen)	42
4. Pflegewohngeld (personenbezogene Investitionsförderung) ..	42
5. Teilstationäre Einrichtungen/Kurzzeitpflegeeinrichtungen ..	43
6. Fazit	43
IX. Finanzhilfen für Investitionen in Pflegeeinrichtungen im Beitrittsgebiet (Artikel 52 PflegeVG)	43
1. Mangelhafte Bausubstanz und Ausstattung in den DDR-Pflegeheimen	43
2. Investitionshilfeprogramm über 6,4 Mrd. DM	43
3. Bisherige Umsetzung des Investitionshilfeprogramms	43
X. Qualitätssicherung in der Pflege	43
1. Häusliche Pflege durch Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	43
2. Qualitätssicherung bei zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach § 80 SGB XI	45
2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe der Selbstverwaltung zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI	45
2.2 Aufsichtsrechtliche Maßnahmen der staatlichen Überwachungsbehörden	45
2.2.1 Stationärer Bereich	45
2.2.2 Ambulanter Bereich	45
3. Aktuelle Qualitätssicherungsmaßnahmen der Pflegekassen ..	45
XI. Rehabilitation vor Pflege	46
1. Zur gegenwärtigen Rechtslage bei Rehabilitationsleistungen ..	46
2. Zur Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ ..	47
XII. Pflegeversicherung und Ausland	47
XIII. Berücksichtigung von Leistungen der Pflegeversicherung in anderen Sozialleistungs- und Rechtsbereichen	48
1. Allgemein	48
1.1 Verhältnis zu den entschädigungsrechtlichen Ansprüchen ..	49
1.2 Verhältnis zu den fürsorgerischen Ansprüchen	49
1.3 Verhältnis zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung	49
2. Weitergereichtes Pflegegeld	50
2.1 Berücksichtigung im Rahmen des Einkommensteuergesetzes	50
2.2 Berücksichtigung im Rahmen des Arbeitsförderungsgesetzes	50
2.2.1 Arbeitslosengeld	50
2.2.2 Arbeitslosenhilfe	50

	Seite
2.3 Berücksichtigung im Rahmen des Bundessozialhilfegesetzes	51
2.4 Berücksichtigung im Rahmen des Wohngeldgesetzes	51
2.5 Berücksichtigung im Rahmen des Unterhaltes	51
XIV. Auswirkungen der Pflegeversicherung für Empfänger von Leistungen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz und nach dem Lastenausgleichsgesetz	51
XV. Demographische Entwicklung	52
XVI. Beitragssatz- und Ausgabenentwicklung	53
XVII. Anpassung der beihilferechtlichen Vorschriften an die Pflegeversicherung	53
1. Ambulante Pflege	53
2. Stationäre Pflege	54
3. Zur Kritik an der Anpassung	54
XVIII. Abrechnungsmanipulationen ambulanter Pflegedienste	54
D. Altenpflegeausbildung und Ausbildungsvergütung	56
I. Zur Rechtslage bei der Altenpflegeausbildung	56
II. Gesetzesvorhaben	56
1. Gesetzentwurf der Bundesregierung	56
2. Gesetzentwurf des Bundesrates	56
III. Finanzierung der Ausbildungsvergütung in der Altenpflege	57
1. Unterschiedliche Finanzierungssysteme in den Ländern	57
2. Gesetzentwurf des Bundesrates zur Umlagefinanzierung der Ausbildungsvergütungen über den Pflegesatz	57
E. Forschungsvorhaben des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung „Auswirkungen der Pflegeversicherung“	57
F. Ausschuß für Fragen der Pflegeversicherung (Bundes-Pflegeausschuß) .	58
I. Aufgaben des Ausschusses	58
II. Zusammensetzung	58
III. Sitzungen	58
Anlagen	61
Graphiken	97
Übersicht über die Anlagen	
Anlage 1 Übersicht über die Beitragszahlungen der Pflegekassen an die gesetzliche Rentenversicherung für die Alterssicherung der Pflegepersonen	62
Anlage 2 Geschäftsstatistik der Pflegekassen über die Leistungsempfänger nach Altersgruppen, Pflegestufen und Geschlecht vom 30. Juni 1997	63
Anlage 3 Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung)	64

Anlage 4	Gemeinsame Orientierungshilfe des BMA und BMG „Zuordnung von Personal und Sachmitteln zu den „Finanzierungsquellen“ nach dem SGB XI bei vollstationären Pflegeheimen“ vom 8. Oktober 1997	65
Anlage 5	Praktische Hinweise von Bund und Ländern „Zur Anwendung und Auslegung von Artikel 49b PflegeVG und § 93 Abs. 6 BSHG in den ersten Vergütungsverhandlungen für die vollstationäre Pflege nach dem neuen Recht des SGB XI“ vom 15. September 1997	83
Anlage 6	Übersicht über die zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI	88
Anlage 7	Übersicht über die Einrichtungen der Kurzzeitpflege und der teilstationären Pflege in den einzelnen Bundesländern (Einrichtungen/Pflegeplätze)	99
Anlage 8	Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG (Förderung und Förderquoten)	90

Übersicht über die Graphiken

Graphik 1	Struktur der ambulanten Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung nach Pflegestufen am 30. Juni 1997	96
Graphik 2	Struktur der stationär Pflegebedürftigen der sozialen Pflegeversicherung nach Pflegestufen am 30. Juni 1997	96
Graphik 3	Struktur der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung nach Leistungsarten im 2. Quartal 1997	97
Graphik 4	Struktur der ambulanten Leistungsempfänger der privaten Pflege-Pflichtversicherung nach Pflegestufen am 31. Dezember 1996	97
Graphik 5	Struktur der stationären Leistungsempfänger der privaten Pflege-Pflichtversicherung nach Pflegestufen am 31. Dezember 1996	98
Graphik 6	Struktur der Leistungsausgaben in der sozialen Pflegeversicherung im 2. Quartal 1997	98
Graphik 7	Struktur der Leistungsausgaben in der privaten Pflege-Pflichtversicherung im Jahr 1996	99
Graphik 8	Begutachtungsergebnisse der ambulanten Pflege in der privaten Pflege-Pflichtversicherung im Jahr 1996	99
Graphik 9	Begutachtungsergebnisse der ambulanten Pflege in der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1996	100
Graphik 10	Begutachtungsergebnisse der stationären Pflege in der privaten Pflege-Pflichtversicherung im Jahr 1996	100
Graphik 11	Begutachtungsergebnisse der ambulanten Pflege in der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1996	101

A. Vorbemerkungen

I. Berichtsauftrag gemäß § 10 Abs. 4 SGB XI

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) hat den gesetzlichen Auftrag, im Abstand von drei Jahren, erstmals im Jahr 1997, den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes einen Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland und die Umsetzung der Empfehlungen und der Vorschläge des Ausschusses für Fragen der Pflegeversicherung vorzulegen. Entsprechend diesem Auftrag legt das BMA dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat diesen ersten Bericht vor.

Der Bericht gibt einen umfassenden Überblick und Detailinformationen über die Situation der Pflegeversicherung, insbesondere über ihre Auswirkungen auf die Pflegeinfrastruktur und andere Bereiche der pflegerischen Versorgung und Betreuung. Er basiert im wesentlichen auf einer Fortschreibung und Ergänzung des am 7. März 1997 dem Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestages vom BMA vorgelegten Berichts über den Stand der Umsetzung der Pflegeversicherung (Ausschußdrucksache 983).

II. Bisherige Berichte zur Pflegeversicherung an den Deutschen Bundestag

Seit dem Beginn der Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 hat das BMA dem Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestages zwei mündliche Berichte (17. Mai 1995/11. Dezember 1996) und vier schriftliche Berichte (30. Mai 1995/1. März 1996/11. Dezember 1996/7. März 1997) zur Umsetzung der Pflegeversicherung erstattet. Des weiteren wurden am 24. Oktober 1997 dem Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung die Antworten auf 54 Fragen der Fraktionen CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und F.D.P. zum Stand der Umsetzung der Pflegeversicherung vorgelegt (Ausschußdrucksache 1206).

Hinzu kommen Informationen über die Pflegeversicherung und deren Auswirkungen im Rahmen der Antworten der Bundesregierung auf eine Große Anfrage zum Stand der Umsetzung der Pflegeversicherung (Drucksache 13/5258) sowie auf zwei Kleine Anfragen zur „Umwandlung der Hilfeart Eingliederungshilfe in Hilfe zur Pflege“ (Drucksache 13/8137) und über „Finanzielle Belastungen der Gemeinden mit Ausgaben für soziale Leistungen (Drucksache 13/5223). Zudem nahm die Bundesregierung in ihren Antworten auf zahlreiche schriftliche und mündliche Fragen der Abgeordneten zur Pflegeversicherung eingehend Stellung.

B. Die Pflegeversicherung

Nach einem fast einjährigen parlamentarischen Gesetzgebungsverfahren haben der Deutsche Bundestag am 22. April 1994 und der Bundesrat am 29. April 1994 den im zweiten Vermittlungsverfahren erzielten Ergebnissen zum „Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG)“ zugestimmt. Das Gesetz wurde am 26. Mai 1994 vom Bundespräsidenten ausgefertigt und im Bundesgesetzblatt (BGBl. I S. 1014, 2797) verkündet.

1. Ziele der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung hat zum Ziel, die soziale Absicherung von Pflegebedürftigen umfassend zu verbessern und auf eine neue Grundlage zu stellen. Trotz der in den Jahren zuvor erreichten Fortschritte, insbesondere durch

- die Einführung der Krankenkassenleistungen bei häuslicher Pflege durch das Gesundheits-Reformgesetz 1988,

- die Steuererleichterungen für Pflegebedürftige und Pflegepersonen aufgrund der Steuerreform 1990,

- die Berücksichtigung von Pflegezeiten in der Rentenversicherung mit der Rentenreform 1992,

war die soziale Absicherung der Pflegebedürftigen immer noch nicht befriedigend geregelt. Um diese Situation im Interesse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen entscheidend zu verändern, wurde die Pflegeversicherung mit folgenden Zielsetzungen eingeführt:

1. Mit der Pflegeversicherung soll das Risiko der Pflegebedürftigkeit vergleichbar den Versicherungen gegen Krankheit, Unfall und Arbeitslosigkeit sowie zur Sicherung des Alterseinkommens sozial abgesichert werden.
2. Die Pflegeversicherung soll dazu beitragen, die aus der Pflegebedürftigkeit entstehenden physischen, psychischen und finanziellen Belastungen zu mildern. Sie soll eine Grundversorgung sicher-

stellen, die im Regelfall ausreicht, die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken, und dadurch gewährleisten, daß in der weit überwiegen- den Zahl der Fälle die Betroffenen aufgrund der Pflegebedürftigkeit nicht mehr auf Sozialhilfe an- gewiesen sind.

3. Die Pflegeversicherung soll der künftigen demo- graphischen Entwicklung, die durch steigende Le- benserwartung und die Zunahme des Anteils der älteren Menschen gekennzeichnet ist, Rechnung tragen.
4. Die Leistungen der Pflegeversicherung orientieren sich an den Grundsätzen „Prävention und Rehabi- litation vor Pflege, ambulante vor stationärer Pfle- ge und teilstationäre vor vollstationärer Pflege“. Die Pflegeversicherung stellt vorrangig Hilfen zur häuslichen Pflege zur Verfügung, um den Pflege- bedürftigen möglichst lange das Verbleiben in der gewohnten häuslichen und familiären Umgebung zu ermöglichen.
5. Die soziale Sicherung der nicht erwerbsmäßigen Pflegepersonen (z.B. Angehörige, Nachbarn) soll verbessert werden, um die Pflegebereitschaft im häuslichen Bereich zu fördern. Damit soll der hohe Einsatz der Pflegepersonen anerkannt werden, die wegen der Pflegetätigkeit auch häufig auf eine ei- gene Berufstätigkeit ganz oder teilweise verzich- ten.
6. Die Pflegeversicherung und ihre Leistungen sollen dazu beitragen, daß die Pflegeinfrastruktur in der Bundesrepublik Deutschland weiter auf- und aus- gebaut wird. Denn die Pflege braucht ein durch ambulante soziale Dienste sowie teilstationäre und vollstationäre Einrichtungen gestütztes sicheres Fundament. Zur Förderung des Wettbewerbs wird dabei die Zulassung von ambulanten und stationä- ren Pflegeeinrichtungen als Leistungserbringer nicht vom Bedarf abhängig gemacht.

II. Konzeption entsprechend dem Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pfle- gebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsge- setz – PflegeVG) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 2797)

1. Soziale Pflegeversicherung und private Pflege-Pflichtversicherung

Mit dem PflegeVG wurde entsprechend dem Grund- satz „Pflegeversicherung folgt Krankenversiche- rung“ für die in der gesetzlichen Krankenversiche- rung versicherten Personen eine soziale Pflegeversi- cherung unter dem Dach der Krankenkassen und für privat krankenversicherte Personen eine private Pfle- ge-Pflichtversicherung eingeführt. Da auch weitere Personengruppen, die über Sondersysteme gegen das Risiko Krankheit versichert sind, entweder der sozialen oder der privaten Pflege-Pflichtversicherung zugewiesen sind, erfaßt der Versicherungsschutz der Pflegeversicherung nahezu die gesamte Bevölke- rung. Damit wurde der Sozialstaat konsequent wei- terentwickelt und die letzte Lücke im Netz der sozia-

len Sicherheit geschlossen. Damit wurde bewiesen, daß der Sozialstaat auch in finanziell schwierigen Zeiten umbaufähig ist.

2. Einführung in zwei Stufen

Die Pflegeversicherung begann am 1. Januar 1995. Die Leistungen wurden stufenweise eingeführt: Seit 1. April 1995 haben Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, Ansprüche auf Leistungen der häuslichen Pflege; seit 1. Juli 1996 bestehen auch für Pflegebedürftige in stationärer Pflege Leistungsan- sprüche gegen die Pflegeversicherung.

3. Wesentliche Inhalte der Pflegeversicherung

3.1 Begriff der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer kör- perlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des tägli- chen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für minde- stens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Personen mit geistigen oder seelischen Krankheiten oder Behinderung sind denjenigen gleichgestellt, die an einer körperlichen Erkrankung oder Behinderung leiden.

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) – im Gegensatz zu den bis zum 31. März 1995 in der gesetzlichen Kranken- versicherung geltenden Vorschriften über Leistun- gen bei Schwerpflegebedürftigkeit nach den §§ 53 ff. des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) – ge- nau definiert. Für die Feststellung, ob Pflegebedürf- tigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt, ist allein auf den Hilfebedarf bei den regelmäßig wiederkehren- den Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität (Grundpflege) und hauswirtschaftliche Versorgung abzustellen. Sie sind in § 14 Abs. 4 SGB XI abschlie- ßend aufgezählt. Die Berücksichtigung von Tätigkei- ten und Hilfeleistungen, die nicht den in § 14 Abs. 4 SGB XI aufgezählten Verrichtungen zuzurechnen sind oder einer nicht verrichtungsbezogenen allge- meinen Anleitung und Beaufsichtigung bei anderen Alltagshandlungen dienen, ist nicht zulässig und würde zu einer vom Gesetzgeber ausdrücklich nicht gewollten Öffnung des Pflegebegriffs im SGB XI füh- ren.

Der Gesetzgeber hat sich bewußt dafür entschieden, den Begriff der Pflegebedürftigkeit im SGB XI kon- kret und damit gerichtsfest zu definieren, um negati- ven Erfahrungen aus der gesetzlichen Krankenversi- cherung Rechnung zu tragen. Dort hatte der Gesetz- geber die abschließende Konkretisierung des Be- griffs der Pflegebedürftigkeit in den §§ 53 ff. SGB V a. F. nicht selbst vorgenommen, sondern diese Aufga- be den Spitzenverbänden der gesetzlichen Kranken- kassen im Rahmen ihrer Selbstverwaltung überlas- sen. Die von den Spitzenverbänden der Krankenkas- sen beschlossenen Schwerpflegebedürftigkeits- Richtlinien unterlagen in vollem Umfang der gericht- lichen Überprüfung und haben durch die Rechtspre-

chung zahlreiche Änderungen erfahren. Um eine solche Entwicklung bei der Pflegeversicherung von vornherein auszuschließen und die Gerichte an die Beachtung seines Willens zu binden, hat der Gesetzgeber im SGB XI nunmehr den Begriff der Pflegebedürftigkeit im einzelnen selbst festgelegt.

Der Gesetzgeber hat sich auch bewußt dafür entschieden, Leistungen der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege nicht in den Begriff der Pflegebedürftigkeit aufzunehmen. Wollte man den Hilfebedarf im Bereich der medizinischen Behandlungspflege in die Begutachtung mit einbeziehen, hätte dies zur Folge, daß Kranke mit einem hohen Hilfebedarf im Bereich der medizinischen Behandlungspflege selbst dann einer der drei Pflegestufen zugeordnet werden müßten, wenn sie im Bereich der Grundpflege nur einen zeitlich sehr geringen Hilfebedarf aufweisen. Damit würde für den Begriff der Pflegebedürftigkeit in der Pflegeversicherung ein Hilfebedarf maßgebend, für den nicht die Pflegeversicherung, sondern die gesetzliche Krankenversicherung originär zuständig ist. Für den ambulanten Bereich wird diese Leistungspflicht der Krankenversicherung von niemandem bestritten, die notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege werden hier von den Krankenkassen erbracht. Daher wäre es von der Sache verfehlt, bei der Begutachtung ambulant Pflegebedürftiger den behandlungspflegerischen Bedarf mitzuberücksichtigen. Aus grundsätzlichen Erwägungen heraus können jedoch die Kriterien für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nicht unterschiedlich für den ambulanten und den stationären Bereich festgelegt werden, es kann vielmehr in der Pflegeversicherung nur einen einheitlichen Pflegebedürftigkeitsbegriff geben.

Ebenso problematisch wäre es, die soziale Betreuung bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigen. Bereits die Beschreibung der Leistungen, die bei der Begutachtung zu berücksichtigen wären, stellt ein kaum sachgerecht lösbares Problem dar. Zahlreiche Gespräche mit den Träger von Pflegeeinrichtungen haben deutlich gemacht, daß der Begriff „soziale Betreuung“ von den Betroffenen sehr weit ausgelegt wird und ein abschließender Katalog derjenigen Leistungen, die unter die soziale Betreuung zu subsumieren wären, unvermeidbar umfangreich wäre. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit würde eine völlig neue Bedeutung bekommen.

Eine Änderung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit durch die Berücksichtigung noch anderer als der in § 14 SGB XI genannten Verrichtungen, durch die Aufnahme der sozialen Betreuung und/oder der medizinischen Behandlungspflege würde die Zahl der Leistungsberechtigten erheblich erhöhen und in vielen Fällen bereits anerkannter Pflegebedürftigkeit zu Höherstufungen gegenüber der bisherigen Zuordnung zu den Pflegestufen I und II führen. Hierdurch würde die Pflegeversicherung überfordert und der durch den gesetzlich festgelegten Beitragssatz von 1,7 v.H. vorgegebene Finanzrahmen gesprengt.

Im Zusammenhang mit dem Begriff der Pflegebedürftigkeit im Recht der Pflegeversicherung ist zu be-

achten, daß die Rechtsprechung zu den §§ 53 ff. SGB V a.F. nicht auf das SGB XI angewandt werden kann. Vielmehr hat der Gesetzgeber durch die Regelungen in § 14 SGB XI den berücksichtigungsfähigen Hilfebedarf auf die dort genannten Verrichtungen beschränkt. Insbesondere hat er durch die Regelung in § 14 Abs. 3 SGB XI festgelegt, daß im Rahmen der Pflegeversicherung die Beaufsichtigung und Anleitung allein bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen des täglichen Lebens berücksichtigt werden.

3.2 Pflegestufen I bis III und Härtefall

Die Leistungen der Pflegeversicherung richten sich nicht nur danach, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung gegeben ist, sondern auch nach dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit. Dementsprechend werden die Pflegebedürftigen folgenden drei Pflegestufen zugeordnet:

Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Ausschlaggebend für die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen ist der Hilfebedarf bzw. der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität (Grundpflege) sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

Der Zeitaufwand muß wöchentlich im Tagesdurchschnitt

1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
3. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Pflegebedürftige der Pflegestufe III können darüber hinaus in besonders gelagerten Einzelfällen als Härtefall anerkannt werden, wenn

- die Grundpflege für den Pflegebedürftigen auch des Nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden kann oder
- Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens sieben Stunden täglich, davon wenigstens zwei Stunden in der Nacht, erforderlich ist.

3.3 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

3.3.1 Antrag des Pflegebedürftigen

Leistungen der Pflegeversicherung werden bei der häuslichen Pflege ebenso wie bei der stationären Pflege nur auf Antrag erbracht.

Ist der Pflegebedürftige Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, dann ist der Antrag bei der dort errichteten Pflegekasse zu stellen. Ist das Krankheitsrisiko bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen abgesichert, dann muß ein entsprechender Antrag bei dem Unternehmen gestellt werden, bei dem die private Pflege-Pflichtversicherung besteht.

Der Antrag kann formlos gestellt werden; im übrigen liegen Antragsvordrucke bei den jeweiligen Pflegekassen bzw. bei den privaten Versicherungsunternehmen bereit.

Der Antrag sollte umgehend gestellt werden, wenn der Pflegefall eintritt oder vorauszusehen ist. Die Leistungen werden von der Antragstellung an erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Wenn die Feststellung der Pflegebedürftigkeit einige Zeit in Anspruch nimmt, werden auch rückwirkend Leistungen erbracht. Verstirbt der Pflegebedürftige in dem Zeitraum zwischen der Antragstellung und der Begutachtung, ist eine Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Aktenlage und damit ebenfalls eine rückwirkende Leistungsgewährung möglich.

3.3.2 Begutachtungsverfahren

Nachdem die Pflegekasse die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (z.B. Mitgliedschaft bei der Pflegekasse; Vorversicherungszeiten) geprüft hat, beauftragt sie den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Begutachtung der Antragsstellerin oder des Antragstellers. Im Rahmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung erhält die Gesellschaft für medizinische Gutachten „MEDICPROOF“ den Auftrag zu prüfen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Zur Begutachtung ist der Versicherte in seinem Wohnbereich zu untersuchen, ggf. auch im Krankenhaus oder in der vollstationären Pflegeeinrichtung, in der er sich bereits befindet. Der Besuch des Gutachters (Arzt, Pflegefachkraft) wird angekündigt.

Grundlage für die Begutachtung sowohl in der sozialen als auch in der privaten Pflege-Pflichtversicherung sind die gesetzlichen Bestimmungen des SGB XI, die „Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie

zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien – PflRi)“ vom 7. November 1994¹⁾ und die „Richtlinien zur Anwendung der Härtefallregelungen (Härtefall-Richtlinien – HRi)“ vom 10. Juli 1995²⁾. Daneben haben die Spitzenverbände der Pflegekassen zur Sicherstellung einer bundeseinheitlichen Begutachtungspraxis am 21. März 1997 „Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch“ (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) beschlossen, die die Begutachungskriterien auf der Basis des SGB XI und der Pflegebedürftigkeits-Richtlinien erläutern.

Der Pflegekasse bzw. dem privaten Versicherungsunternehmen sind das Ergebnis des Gutachtens einschließlich der erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen und Maßnahmen zur Rehabilitation, Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie ein individueller Pflegeplan zu empfehlen. Wird Pflegegeld beantragt, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

3.3.3 Leistungsbescheid an den Antragsteller

Auf der Grundlage der gutachterlichen Feststellungen ergeht durch die Pflegekasse bzw. durch das private Versicherungsunternehmen ein Leistungsbescheid.

Mit dem Bescheid über die Bewilligung des Antrags auf Gewährung häuslicher, teil- oder vollstationärer Pflege hat die Pflegekasse dem Pflegebedürftigen eine Preisvergleichsliste über die Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu übermitteln, in deren Einzugsbereich er wohnt. Zugleich ist dem Pflegebedürftigen eine Beratung darüber anzubieten, welche Pflegeleistungen seiner persönlichen Versorgungssituation am besten gerecht werden.

3.4 Leistungen bei häuslicher und stationärer Pflege

Die Leistungen in der häuslichen und stationären Pflege sind nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt und werden in der sozialen Pflegeversicherung dem Pflegebedürftigen in Form von Sach- und Geldleistungen gewährt. Auch Pflegepersonen, die nicht erwerbsmäßig im häuslichen Bereich pflegen, können von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen Leistungen (z. B. zur sozialen Sicherung) erhalten.

Die Leistungen bei häuslicher Pflege, die in der sozialen Pflegeversicherung ein Finanzvolumen von zur Zeit rd. 15 Mrd. DM jährlich haben, tragen dem in der Pflegeversicherung geltenden Grundsatz des „Vorrangs der häuslichen Pflege vor stationärer Pflege“ Rechnung. Für die Leistungen bei stationärer Pflege werden in der sozialen Pflegeversicherung aktuell rd. 13 Mrd. DM jährlich ausgegeben.³⁾

¹⁾ geändert am 21. Dezember 1995

²⁾ zuletzt geändert am 3. Juli 1996

³⁾ Zu den Leistungen bei ambulanter und stationärer Pflege siehe im einzelnen unter IV.

In der privaten Pflege-Pflichtversicherung sind Leistungen vorgesehen, die den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind. An die Stelle der Sachleistungen tritt eine Kostenerstattung in gleicher Höhe. Das Finanzvolumen beträgt bei den ambulanten Leistungen rd. 450 Mio. DM jährlich und bei stationären Leistungen rd. 350 Mio. DM jährlich.

3.5 Finanzierung der Leistungen der Pflegeversicherung

3.5.1 Soziale Pflegeversicherung

Die soziale Pflegeversicherung ist die 5. Säule unseres Sozialversicherungssystems. Sie wird durch solidarische Beiträge der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer sowie der Rentner und Rentenversicherungsträger je zur Hälfte finanziert, wobei die Belastung der Arbeitgeber durch die Streichung eines gesetzlichen Feiertages und andere gesetzliche Maßnahmen kompensiert ist. Der Beitragssatz in der sozialen Pflegeversicherung betrug in der 1. Stufe vom 1. Januar 1995 bis 30. Juni 1996 1 v.H. und ist zum 1. Juli 1996, als die 2. Stufe der Pflegeversicherung mit den Leistungen bei stationärer Pflege begann, auf 1,7 v.H. des beitragspflichtigen Bruttoeinkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung (im Jahr 1997: 6150 DM monatlich in den alten und 5325 DM monatlich in den neuen Ländern) entsprechend dem PflegeVG erhöht worden. Der Höchstbeitrag in der sozialen Pflegeversicherung beträgt im Jahr 1997 in den alten Bundesländern 104,55 DM monatlich und 90,53 DM monatlich in den neuen Bundesländern.

3.5.2 Private Pflege-Pflichtversicherung

In der privaten Pflege-Pflichtversicherung richten sich die Prämien nicht nach dem Einkommen der Versicherungsnehmer. Der Gesetzgeber hat im Interesse der privat Pflegeversicherungspflichtigen allen privaten Versicherungsunternehmen, die die Pflegeversicherung anbieten, Rahmenbedingungen für die Durchführung der Pflegeversicherung vorgegeben. Dazu gehören

- die Verpflichtung zum Vertragsabschluß (Kontrahierungszwang),
- Verbot von Leistungsausschlüssen und Risikozuschlägen,
- Wartezeiten wie in der sozialen Pflegeversicherung,
- Verbot der Staffelung der Prämien nach Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten,
- die Beschränkung der Prämie auf den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung,
- die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern unter den gleichen Voraussetzungen wie in der sozialen Pflegeversicherung sowie
- eine Prämienvergünstigung für den Ehepartner des Mitglieds, der nur über ein geringfügiges Einkommen verfügt (im Jahr 1997: 610 DM monatlich

in den alten und 520 DM monatlich in den neuen Bundesländern).

Damit wird den privaten Unternehmen die sonst übliche Prämienkalkulation nach dem individuellen Risiko des Mitglieds weitgehend untersagt. Die privaten Versicherungsunternehmen staffeln daher die Beiträge im wesentlichen nur noch nach dem Alter des Versicherungsnehmers. Im Einzelfall können Privatversicherte mehr oder weniger als 1,7 v.H. ihres Einkommens für die Prämien der privaten Versicherung aufzubringen haben.

Beschäftigte, die privat versichert sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Prämienzuschuß, der in der Höhe auf den Arbeitgeberanteil in der sozialen Pflegeversicherung begrenzt ist, höchstens jedoch auf die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte tatsächlich für seine private Pflege-Pflichtversicherung zahlt. Beihilfeberechtigte erhalten anstelle des Arbeitgeberzuschusses die Beihilfeleistungen.

3.5.3 Ausgleich der Beitragsbelastungen der Arbeitgeber

Bei der Verabschiedung des PflegeVG bestand mehrheitlich Einvernehmen darüber, daß die Arbeitgeberbeiträge zur Pflegeversicherung nicht zu einer Erhöhung der Lohnnebenkosten führen dürfen. Die Betriebe müssen im Interesse der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft sowie zur Sicherung der Arbeitsplätze entlastet werden. Deshalb haben die Länder – mit Ausnahme des Freistaates Sachsen – im Zusammenhang mit der 1. Stufe der Pflegeversicherung (häusliche Pflege) den Buß- und Bettag als gesetzlichen Feiertag gestrichen. Nach dem Grundsatz der hälftigen Beitragstragung in der sozialen Pflegeversicherung bedeutet dies: Von dem Beitragssatz von 1,7 v.H. tragen der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber jeweils 0,85 v.H. Die Arbeitnehmer im Freistaat Sachsen müssen allerdings den Beitragssatz von 1 v.H. im Rahmen der 1. Stufe der Pflegeversicherung in voller Höhe tragen, da die Kompensation dort nicht durch die Streichung eines Feiertages erbracht wurde. Die Erhöhung des Beitragssatzes infolge der 2. Stufe der Pflegeversicherung (stationäre Pflege) um 0,7 v.H. tragen dagegen auch in Sachsen Arbeitnehmer und Arbeitgeber je zur Hälfte, so daß in Sachsen die Beitragsbelastung des Arbeitnehmers 1,35 v.H. und des Arbeitgebers 0,35 v.H. beträgt.

Gemäß den Regelungen des PflegeVG mußte vor dem Inkraftsetzen der 2. Stufe der Pflegeversicherung ein Gutachten des „Sachverständigenrates für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung“ zu der Frage eingeholt werden, ob zum Ausgleich der mit der Einführung der stationären Pflege verbundenen Beitragsmehrbelastung der Arbeitgeber neben der Streichung des Buß- und Bettages als gesetzlicher Feiertag die Abschaffung eines weiteren Feiertages erforderlich ist oder nicht.

Der Sachverständigenrat legte das Gutachten „Zur Kompensation in der Pflegeversicherung“ am 1. Juli 1995 vor. Er kam zu dem Ergebnis, daß die durch die Erhöhung des Beitragssatzes auf 1,7 v.H. entstehende Belastung der Arbeitgeber durch die bisherigen

Kompensationsmaßnahmen zwar nicht voll ausgeglichen sei, daß jedoch die Abschaffung eines weiteren Feiertages zu einer Überkompensation führen würde. Zum Ausgleich der Beitragsbelastung der Arbeitgeber für die 2. Stufe der Pflegeversicherung seien weitere Kompensationsmaßnahmen in Höhe von 2,1 bis 2,6 Mrd. DM notwendig.

Die Regierungskoalition von CDU/CSU und F.D.P. verständigte sich nach eingehender Prüfung des Sachverständigengutachtens darauf, von einem verbleibenden Kompensationsbedarf in Höhe von 2,5 Mrd. DM auszugehen, und glich diesen durch entsprechende Maßnahmen im Rahmen der Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetze aus. Eine Zuordnung bestimmter in diesen Gesetzen enthaltener Sparmaßnahmen zur Kompensation des Pflegeversicherungsbeitrages fand dabei nicht statt.

III. Gesetzgeberische Maßnahmen seit dem Pflege-Versicherungsgesetz vom 26. Mai 1994

Nach der Verabschiedung des PflegeVG durch den Deutschen Bundestag und den Bundesrat hat es im Recht der Pflegeversicherung Änderungen und Ergänzungen im wesentlichen durch folgende gesetzgeberische Maßnahmen gegeben:

1. Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit vom 15. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1724)

Mit Wirkung vom 1. April 1995 sind die Bestimmungen über die Hilfe zur Pflege im Bundessozialhilfegesetz (BSHG) geändert und den Regelungen im PflegeVG weitgehend angepaßt worden. Ab diesem Zeitpunkt werden Leistungen bei häuslicher Pflege im Rahmen des PflegeVG gewährt, die den entsprechenden Leistungen des BSHG vorgehen. Das Eintreten der Pflegeversicherung mit häuslichen Pflegeleistungen führt in vielen häuslichen Pflegefällen, vor allem beim Pflegegeld, zum Wegfall der nachrangigen Sozialhilfeleistung.

Artikel 51 PflegeVG enthält eine Besitzstandsregelung für Pflegebedürftige, die bis zum 31. März 1995 ein Pflegegeld nach § 69 BSHG a.F. erhalten haben. Über diese Besitzstandsregelung wollte der Gesetzgeber sicherstellen, daß die (bisherigen) Pflegegeldempfänger – unabhängig von ihrer künftigen Einstufung – durch die Einführung der Pflegeversicherung keine finanziellen Nachteile erleiden. Nach dieser Regelung erhalten Pflegebedürftige das bis zum 31. März 1995 von der Sozialhilfe und der Krankenkasse gezahlte Pflegegeld von der Sozialhilfe insoweit weiter, als der bisherige gesamte Pflegegeldbetrag den Pflegegeldanspruch nach neuem Recht übersteigt, wenn die übrigen Leistungsvoraussetzungen nach dem BSHG auch weiterhin erfüllt sind. Bei der Auslegung dieser Besitzstandsregelung waren in der Sozialhilfepraxis Schwierigkeiten aufgetreten, die auch durch Rundschreiben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im Einvernehmen mit dem BMA und der obersten Landessozialbehörden

nicht ausgeräumt werden konnten. Selbst eine vom Deutschen Bundestag zur Interpretation der Besitzstandsregelung am 29. Juni 1995 gefaßte Entschliebung (Drucksache 13/1845) führte nicht zu einer Vereinheitlichung der Sozialhilfepraxis.

Durch das Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit von 15. Dezember 1995 (BGBl. I S. 1724) ist nunmehr in Artikel 51 PflegeVG klargestellt, daß die Besitzstandsregelung auch in den Fällen gilt, in denen ein Pflegegeldanspruch nach neuem Recht nicht gegeben ist. Artikel 51 PflegeVG gilt für alle – bisherigen – Empfänger von Pflegegeld nach § 69 BSHG a.F., gleichgültig, ob ein Pflegegeldanspruch nach § 37 SGB XI oder nach § 69a BSHG n.F. tatsächlich besteht. Die Klarstellung der Regelung trat mit Wirkung vom 1. April 1995 in Kraft.

Die neugefaßte Besitzstandsregelung enthält auch eine klare Regelung darüber, wie zu verfahren ist, wenn nach dem 1. April 1995 Pflegegeld und Pflegesachleistungen oder Kostenübernahmen für besondere Pflegekräfte nach dem BSHG zusammentreffen. In diesen Fällen sollen dem bisher gezahlten Pflegegeld der Wert der Sachleistung bzw. der Kombinationsleistung im Rahmen der Pflegeversicherung und der Wert der Kostenübernahme im Rahmen des BSHG gegenübergestellt werden.

Eine entsprechende gesetzliche Änderung der Besitzstandsregelung für die Kriegsopferfürsorge erschien entbehrlich, weil davon ausgegangen wurde, daß die Träger der Kriegsopferfürsorge bei der Anwendung der Besitzstandsregelung des § 27j Bundesversorgungsgesetz (BVG) den erklärten Willen des Gesetzgebers umsetzen würden.⁴⁾

2. Gesetz zum Inkraftsetzen der 2. Stufe der Pflegeversicherung vom 31. Mai 1996 (BGBl. I S. 718)

Die 2. Stufe der Pflegeversicherung mit ihren Leistungen bei stationärer Pflege ist – wie im PflegeVG vorgesehen – am 1. Juli 1996 durch Gesetz vom 31. Mai 1996 in Kraft gesetzt worden.

Dieses Gesetz enthält ausschließlich die notwendigen Regelungen zum Inkraftsetzen. Weitere Bestimmungen, die für eine möglichst reibungslose Umsetzung der 2. Stufe notwendig waren, sind im Ersten SGB XI-Änderungsgesetz (1. SGB XI-ÄndG) enthalten.⁵⁾

Maßnahmen zum Ausgleich der mit der 2. Stufe der Pflegeversicherung verbundenen Beitragsmehrbelastung der Arbeitgeber sieht das Gesetz nicht vor.⁶⁾

⁴⁾ siehe hierzu aber unter C.XIV.

⁵⁾ siehe dazu nachfolgend unter 3.

⁶⁾ siehe dazu oben unter II. 3.5.3

3. Erstes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (Erstes SGB XI-Änderungsgesetz – 1. SGB XI-ÄndG) vom 14. Juni 1996 (BGBl. I S. 830)

Zur Flankierung des Inkrafttretens der 2. Stufe der Pflegeversicherung war es erforderlich, einzelne Regelungen des Pflegeversicherungsrechts besser auf die Anforderungen einzustellen, die sich durch den Beginn der stationären Leistungen der Pflegeversicherung ergaben. Notwendig war es darüber hinaus, mit entsprechenden Gesetzesänderungen und Klarstellungen Erfahrungen umzusetzen, die im Zuge der Verwirklichung der 1. Stufe der Pflegeversicherung gesammelt worden waren. Die hierzu insgesamt notwendigen Gesetzesänderungen brachte das 1. SGB XI-ÄndG, das nach Durchführung eines Vermittlungsverfahrens Ende Mai 1996 vom Deutschen Bundestag und vom Bundesrat verabschiedet wurde.

Wichtige und politisch bedeutsame Regelungen enthält das Gesetz zu folgenden Bereichen:

3.1 Medizinische Behandlungspflege im Pflegeheim

Um die Pflegebedürftigen, die die Kosten der medizinischen Behandlungspflege – z.B. für das Setzen von Spritzen oder Kathetern – bisher selbst zu tragen hatten, möglichst nicht weiter mit diesen Kosten zu belasten, bestimmt das 1. SGB XI-ÄndG, daß die Kosten der medizinischen Behandlungspflege in der vollstationären Pflege bis zum 31. Dezember 1999 innerhalb der leistungsrechtlichen Grenzen von der Pflegeversicherung übernommen werden.

Ausschlaggebend dafür, daß die Kosten der medizinischen Behandlungspflege gegenwärtig im Bereich der stationären Pflege von der Pflegeversicherung übernommen werden, waren finanzielle Erwägungen. Für die Krankenkassen wären mit der Kostenübernahme, die nicht allein auf die Pflegeheime hätte beschränkt werden können, sondern für alle Heime hätte gelten müssen, nach Schätzung des BMG jährliche Mehrausgaben in Höhe von ca. 2,7 Mrd. DM verbunden gewesen. Die für die Pflegeversicherung allein relevanten Kosten der Behandlungspflege in Pflegeheimen belaufen sich demgegenüber nur auf ca. 800 Mio. DM im Jahr. Zudem führt die Übernahme der Kosten durch die Pflegeversicherung hier nicht zu einem zusätzlichen Finanzierungsbedarf, weil die Pflegeversicherung Leistungen – einschließlich der medizinischen Behandlungspflege – nur innerhalb ihrer Leistungsgrenzen erbringen kann.

Der Deutsche Bundestag und der Bundesrat werden im Laufe des Jahres 1999 erneut prüfen, ob und in welchem Umfang die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen ab 1. Januar 2000 von der sozialen Pflegeversicherung oder von der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen sind.

Obwohl die Kosten der medizinischen Behandlungspflege nur innerhalb der leistungsrechtlichen Grenzen der Pflegeversicherung übernommen werden, bringt sie Vorteile für die stationär Pflegebedürftigen

wie für die Heimträger. Den stationär Pflegebedürftigen, die die Kosten der medizinischen Behandlungspflege bisher selbst zu tragen hatten, kommt zugute, daß der Leistungsrahmen der Pflegeversicherung bis zu den leistungsrechtlichen Höchstbeträgen ausgeschöpft wird; die stationär Pflegebedürftigen erhalten insoweit also insgesamt höhere Leistungen der Pflegeversicherung. Für die Heimträger ist von Vorteil, daß es bei einer einheitlichen Leistungserbringung bleibt und das vielfach befürchtete Aufsplitten in einzelne Kostenblöcke und deren Zuordnung zu unterschiedlichen Kostenträgern vermieden wird.

Soweit die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichen, die Aufwendungen der Heime für Grundpflege und medizinische Behandlungspflege zu vergüten, bleibt es bei den jetzt schon bestehenden Regelungen, daß zunächst der Pflegebedürftige selbst, bei dessen Bedürftigkeit die Sozialhilfe die Aufwendungen oberhalb der Leistungsgrenzen der Pflegeversicherung trägt. Damit haben die Heimträger auch dieselbe Finanzierungssicherheit, die sie bisher für die Finanzierung ihrer Leistungen hatten.

3.2 Soziale Betreuung im Pflegeheim

Im Rahmen der leistungsrechtlichen Grenzen werden auch die Kosten der sozialen Betreuung im Pflegeheim, die bisher ebenfalls vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen waren, von der Pflegeversicherung übernommen. Unter der sozialen Betreuung sind die Hilfen der individuellen, persönlichen Zuwendung gegenüber dem Pflegebedürftigen zu verstehen, soweit diese nicht bereits von den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, der Krankenbehandlung und der medizinischen Rehabilitation erfaßt sind. Sie sind darauf ausgerichtet und notwendig, um die bei der Heimpflege mit dem Verlust der eigenen Häuslichkeit verbundenen menschlichen und sozialen Belastungen des Pflegebedürftigen zu beseitigen oder zu mildern und dazu bestimmt, die mit der Pflegebedürftigkeit verbundenen Defizite zu beseitigen. Die soziale Betreuung wird überwiegend im Rahmen von Gemeinschaftsveranstaltungen erbracht.

Den sozialbetreuerischen Angeboten kommt eine besonders wichtige Funktion im Hinblick auf eine umfassende Betreuung der stationär Pflegebedürftigen zu. Die Angebote sind wichtiger Bestandteil eines menschenwürdigen Lebens im Heim. Dazu will die Pflegeversicherung ihren Beitrag leisten. Deshalb übernimmt die Pflegeversicherung im Rahmen ihrer leistungsrechtlichen Grenzen auch die Aufwendungen, die den Pflegeheimen für die allgemeine Anleitung und Beaufsichtigung von geistig Behinderten, psychisch Kranken und Menschen mit Demenz entstehen.

Die Übernahme der Kosten der sozialen Betreuung durch die Pflegeversicherung ist aus den gleichen Gründen wie bei der medizinischen Behandlungspflege sowohl für die stationär Pflegebedürftigen als auch für die Heimträger von Vorteil.⁷⁾

⁷⁾ siehe dazu unter 3.1

3.3 Übergangsregelungen für die vollstationäre Pflege

Um die Einführung der stationären Leistungen verwaltungsmäßig zu erleichtern und insbesondere eine zügige und reibungslose Leistungsgewährung sicherzustellen sowie Probleme im Zuge der Umstellung auf das neue Vergütungssystem zu vermeiden, sieht das 1. SGB XI-ÄndG eine Übergangsregelung mit folgenden für die Praxis in den Heimen wesentlichen Bestandteilen vor:

- a) Für den Übergangszeitraum bis zum 31. Dezember 1997 werden die von den Pflegekassen zu tragenden monatlichen Leistungen pauschal festgelegt.⁹⁾

Die Leistungshöhe wird für die einzelne Pflegestufe konkretisiert und verschafft so den Pflegebedürftigen Klarheit über den Leistungsanspruch in ihrer Pflegestufe, die es bei der ursprünglichen Regelung „bis zu 2800 DM“ nicht gegeben hat. Vor Verabschiedung dieser Regelung waren ständige Fragen von Versicherten nach der eigentlichen konkreten Leistungshöhe an der Tagesordnung. Diese allgemeine Unsicherheit beseitigte die Übergangsregelung.

- b) Das Pflegeheim konnte zur Vergütung seiner Leistungen zwischen zwei Übergangsvarianten auswählen. Die erste Variante führte die bisherigen Heimentgelte fort. Die zweite Variante erforderte eine Umrechnung der bisherigen Heimentgelte in neue Heimentgelte unter Berücksichtigung der Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegestufen des Pflegeversicherungsrechtes; sie stellte auch für Heime mit bisher mehrfach abgestuften Heimentgelten sicher, daß es für die Dauer des Übergangszeitraumes nicht zu Finanzierungsengpässen kam. Die Pflegeheime konnten sich für die Übergangsvariante entscheiden, die aus ihrer jeweiligen Sicht vorzuziehen war.

Damit gewährleistete die Übergangsregelung angesichts der zumeist noch fehlenden Vergütungsvereinbarungen die wirtschaftliche Existenz der Einrichtungen. Sie stellte insbesondere mit der zweiten Vergütungsvariante, bei der auf der Grundlage des alten Budgets und den neuen Einstufungen neue Heimentgelte errechnet wurden, auch die sachgerechte Zuordnung der Neufälle nach dem 1. Juli 1996 sicher. Nach den vorliegenden Erkenntnissen haben die Einrichtungen überwiegend die zweite Variante angewandt. Damit vollzogen sie insoweit schon den Einstieg in das neue Vergütungssystem, als die Zuordnung zu den neuen Übergangsheimentgelten auf der Grundlage der Einstufungen nach dem SGB XI erfolgte.

- c) Artikel 49b PflegeVG sieht – entsprechend § 93 Abs. 6 BSHG – eine Beschränkung der Steigerungsraten der Heimentgelte in Pflegeheimen in den Jahren 1996, 1997 und 1998 – von Ausnahmen abgesehen – auf 1 v.H. in den alten Bundesländern und 2 v.H. in den neuen Bundesländern

jährlich vor, weil die Ausgaben in stationären Einrichtungen in den Jahren 1982 bis 1988 um jährlich 6,3 v.H., ab 1989 bis 1993 sogar um mehr als 11 v.H. jährlich angestiegen sind, obwohl die Zahl der Leistungsempfänger im gleichen Zeitraum nur mit einer jahresdurchschnittlichen Zuwachsrate von 2,5 v.H. zugenommen hat.⁹⁾

3.4 „Pflegestufe 0“ im Heim

Die Sozialhilfeträger werden verpflichtet, die notwendigen Hilfen für bereits im Pflegeheim befindliche Pflegebedürftige unterhalb der Pflegestufe I auch weiterhin zu finanzieren. Es muß also niemand das Heim verlassen, weil er nicht als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI anerkannt worden ist.

3.5 Abgrenzung Eingliederungshilfe/Pflege

Das Änderungsgesetz brachte auch die notwendige Abgrenzung zwischen der Eingliederungshilfe und der Pflege.

In stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe steht die Eingliederung im Vordergrund des Zweckes dieser Einrichtungen, die Pflege hat nur untergeordnete Bedeutung. Deshalb beteiligt sich die Pflegeversicherung pauschal in Höhe von 10 v.H. des Heimentgelts, höchstens jedoch mit 500 DM monatlich, an den Heimkosten. Damit wurde eine Regelung gefunden, die die Pflegeversicherung mit ihrem durch den gesetzlich festgelegten Beitragssatz von 1,7 v.H. begrenzten Finanzvolumen nicht überfordert und zugleich die Strukturen der Behinderteneinrichtungen berücksichtigt. Sie fand deshalb auch bei Behindertenverbänden eine positive Resonanz. Die Regelung entspricht z.B. aus Sicht der Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte weitgehend Vorschlägen, die von der Lebenshilfe gemeinsam mit anderen Behindertenverbänden und den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege unterbreitet worden waren.¹⁰⁾

3.6 Begriff der Pflegefachkraft

Von besonderer Bedeutung für behinderte Menschen ist die Erweiterung des Begriffs der Pflegefachkraft. Ambulante Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen (z.B. Familienentlastende Dienste), können nunmehr auch dann eine Zulassung als Pflegeeinrichtung erhalten und auf dieser Grundlage Sachleistungen der Pflegeversicherung für die Behinderten erbringen und mit den Pflegekassen abrechnen, wenn sie ihre Pflegeleistungen unter der ständigen Verantwortung von ausgebildeten Heilerziehungspflegerinnen und -pflegern oder von Heilerzieherinnen und Heilerziehern erbringen – wie dies bei bestehenden Einrichtungen häufig der Fall ist. Im übrigen erfolgt die pauschale Kostenbeteiligung bis zu 500 DM auch in solchen vollstationären Behinderteneinrichtungen, die unter der Leitung von Heilerzieherinnen und Heilerziehern

⁹⁾ siehe hierzu auch unter IV.2.1.1

⁹⁾ siehe dazu auch unter C.V.2.2.2

¹⁰⁾ siehe aber unter C.VI.4.

oder Heilerziehungspflegerinnen und Heilerziehungspflegerinnen stehen.

3.7 Fortführung des sogenannten Arbeitgebermodells

Eine im Rahmen des 1. SGB XI-ÄndG vorgenommene Änderung des BSHG sichert die Fortführung des Arbeitgebermodells, bei dem Behinderte ihre Pflege und Betreuung durch mehrere Pflegekräfte selbst organisieren.

Nach dem Recht der Pflegeversicherung handelt es sich um selbst beschaffte Pflege, für die die Pflegeversicherung Pflegegeld nach § 37 SGB XI gewährt. Reicht diese Leistung nicht aus, hat der Pflegebedürftige auch dann einen Anspruch auf ergänzende Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem BSHG, wenn er nicht die vorrangige höhere Sachleistung der Pflegeversicherung in Anspruch nimmt. Nach dem BSHG kann der Pflegebedürftige nämlich nicht auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen der Pflegeversicherung verwiesen werden, wenn er seine Pflege durch von ihm beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellt. In diesem Fall ist aber das von der Pflegeversicherung anstelle der Pflegesachleistung gezahlte Pflegegeld auf die Leistung des Sozialhilfeträgers voll anzurechnen. Darüber hinaus konnte zugunsten der betroffenen Behinderten die im Pflegeversicherungsrecht ergänzend getroffene Besitzstandsregelung erreicht werden, nach der pflegebedürftige Behinderte, die bis zum Inkrafttreten des 1. SGB XI-ÄndG im Rahmen des von ihnen praktizierten Arbeitgebermodells Sachleistungen ihrer Pflegekasse erhalten, diese Leistungen auch weiterhin erhalten.

Mit der Zahlung von Pflegegeld leistet die Pflegeversicherung in vollem Umfang die finanzielle Unterstützung, die ihr unter Beachtung ihrer Strukturprinzipien in Fällen selbst sichergestellter Pflege möglich ist. Denn die Erbringung von Sachleistungen hätte sich kaum auf die (wenigen) Fälle des Arbeitgebermodells beschränken lassen. Die Folge wäre gewesen – und hierüber bestand bei Verabschiedung des 1. SGB XI-ÄndG ein weitreichendes Einvernehmen –, daß in einer nicht mehr überschaubaren und eingrenzbaaren Zahl weiterer Fallgestaltungen ebenfalls anstelle von Pflegegeld die wesentlich teureren Sachleistungen zu erbringen gewesen wären. Dies wäre finanziell nicht zu verkraften gewesen.

3.8 Sonstige Regelungsinhalte

Das 1. SGB XI-ÄndG enthält daneben insbesondere folgende klarstellende bzw. ergänzende Regelungen:

- ambulante Leistungen der Pflegeversicherung gibt es auch bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt, und zwar bis zu einer Dauer von sechs Wochen;
- Pflegegeld bis zu vier Wochen gibt es auch bei vorübergehender vollstationärer Krankenhausbehandlung;

- Leistungen der häuslichen Pflege gibt es auch außerhalb des Haushalts des Pflegebedürftigen (z. B. in einem Altenheim);
- die bei der Durchführung der Härtefallregelungen für den ambulanten und den stationären Bereich zu beachtenden Quoten von 3 v.H. bzw. 5 v.H. sind bezogen auf die einzelne Kasse zu ermitteln;
- weitere Regelungen dienen dazu, den Wettbewerb unter den Pflegeeinrichtungen zu fördern, die Transparenz des Leistungsangebots für die Pflegebedürftigen (durch von den Kassen zur Verfügung zu stellende Preisvergleichslisten) zu verbessern und die Grundlagen für eine bundesweite Koordinierung der Tätigkeiten der MDK im Bereich der Pflegeversicherung zu stärken.

4. Verordnung über die Rechnungs- und Buchführungspflichten der Pflegeeinrichtungen (Pflege-Buchführungsverordnung – PBV) vom 22. November 1995 (BGBl. I S. 1528)

Die Pflege-Buchführungsverordnung (PBV) stellt eine ordnungsgemäße Verwendung der Beitragsmittel sicher und gewährleistet die Transparenz von Aufwendungen und Erträgen in den Pflegeeinrichtungen. Dies ist für den Abschluß von Versorgungsverträgen und Vergütungsverhandlungen, für die Abgrenzung der verschiedenen Leistungsbereiche innerhalb der Pflegeversicherung (Pflege, Unterkunft und Verpflegung, Zusatzleistungen) sowie für die Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen zwingend erforderlich. Darüber hinaus wird mit der PBV ein effektives innerbetriebliches Führungsinstrument für die Leitung der Pflegeeinrichtungen geschaffen. Es soll gewährleisten, daß in dem sich verstärkenden Leistungs-, Qualitäts- und Preiswettbewerb der Pflegeeinrichtungen untereinander die einzelne Pflegeeinrichtung bestehen kann.

Die PBV regelt das sachlich Notwendige, ohne einer übertriebenen Verbürokratisierung Vorschub zu leisten. Die ungefähr 80 Verbände und Institutionen, die in die Erarbeitung des Entwurfs der PBV einbezogen waren, haben sich überwiegend positiv zur PBV geäußert. Die Kontenpläne der PBV sind weniger umfassend und weniger verwaltungsaufwendig als etwa die Kontenpläne der Diakonie, von Caritasverbänden oder die Kontenpläne anderer Einrichtungen. Durch die neue PBV entstehen deshalb keine zusätzlichen Personalkosten.

IV. Die Leistungen der Pflegeversicherung im einzelnen

1. Ambulante Pflege

1.1 Pflegesachleistung

Je nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit werden als Sachleistung Pflegeeinsätze durch ambulante Pflegedienste bis zum Wert von 750 DM in Pflegestufe I, 1800 DM in der Pflegestufe II oder 2800 DM in der Pflegestufe III im Monat erbracht,

wobei in besonderen Härtefällen der Pflegestufe III die Sachleistungen bis zu 3750 DM monatlich betragen können. Im Jahr 1997 wird die soziale Pflegeversicherung in diesen Fällen rd. 3 Mrd. DM aufwenden.

1.2 Pflegegeld

Anstelle der Sachleistung kann Pflegegeld beansprucht werden, das in der Höhe ebenfalls nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt ist. Es beträgt in der Pflegestufe I 400 DM, in der Pflegestufe II 800 DM und in der Pflegestufe III 1300 DM monatlich.

Für den Anspruch auf Pflegegeld ist Voraussetzung, daß der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. Ob dies der Fall ist, wird nicht nur vom MDK im Rahmen der Erstbegutachtung sowie späterer Wiederholungsbegutachtungen geprüft, sondern ist auch von den zugelassenen Pflegediensten im Rahmen des Pflege-Pflichteinsatzes nach § 37 Abs. 3 SGB XI festzustellen, den Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, in regelmäßigen Abständen abzurufen haben.¹¹⁾

Im Jahr 1997 wird die soziale Pflegeversicherung für das Pflegegeld rd. 8,5 Mrd. DM aufwenden.

1.3 Kombinationsleistung

Wird die Sachleistung nicht in voller Höhe ausgeschöpft, kann gleichzeitig ein entsprechend gemindertes Pflegegeld beansprucht werden.

1.4 Pflegevertretung

Bei Urlaub oder sonstiger Verhinderung der Pflegeperson, die den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens zwölf Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat, besteht ein Anspruch auf eine Pflegevertretung bis zu vier Wochen im Gesamtwert von bis zu 2800 DM pro Jahr.

Entscheidet sich der Pflegebedürftige für eine Vertretung durch nicht erwerbsmäßige Pflegekräfte, ist der Anspruch gegenüber der Pflegekasse grundsätzlich auf den Betrag des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe beschränkt. Entstehen der ehrenamtlichen Pflegeperson jedoch Fahrkosten oder Verdienstausfall, so können die Pflegekassen diese Kosten zusätzlich übernehmen. Insgesamt dürfen die Aufwendungen 2800 DM pro Kalenderjahr nicht übersteigen.

Verhinderungspflege ist z.B. in einem Wohnheim für Behinderte oder in einer anderen Einrichtung für Behinderte möglich, in der auch Freizeiten für Behinderte durchgeführt werden. Auch die Kosten einer Verhinderungspflege, die durch Familienentlastende Dienste, Dorfhelferinnen, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen usw. im häuslichen Bereich durchgeführt

wird, kann die Pflegekasse bis zu 2800 DM übernehmen. Die Verhinderungspflege muß zudem nicht durch eine Pflegefachkraft erbracht werden, es muß sich vor allem auch nicht um einen von der Pflegekasse zugelassenen Pflegedienst handeln.

Der Anspruch auf Verhinderungspflege ist also im Ergebnis so ausgestaltet, daß die Pflegekasse immer dann den Höchstbetrag von 2800 DM ausschöpfen kann, wenn tatsächlich Kosten in entsprechender Höhe entstanden sind. Dies dürfte regelmäßig nur dann der Fall sein, wenn die Verhinderungspflege erwerbsmäßig erbracht wird. Dort, wo keine zusätzlichen Kosten entstehen, soll für die Zeit der Urlaubspflege nicht mehr gezahlt werden als für die übrige Zeit der dauernden Pflege durch Angehörige, in der das Pflegegeld gezahlt wird. Denn der Anspruch auf Urlaubspflege ist nicht gedacht als Maßnahme zur Finanzierung des Urlaubs der Pflegeperson, vielmehr sollen nur die Aufwendungen aufgefangen werden, die notwendigerweise durch Einschaltung einer Ersatzkraft während der Verhinderung der Pflegeperson entstehen. Auch für die „einspringenden“ nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen gilt, daß die Geldleistung keinen Einkommensersatz darstellt, sondern eine Anerkennung ihres sozialen Einsatzes. Es wäre nicht einzusehen, daß z.B. in einem Fall, in dem die eine Tochter (A) während ihres Urlaubs in der Pflege der pflegebedürftigen Mutter durch die andere Tochter (B) vertreten wird, statt des bisher gezahlten Pflegegeldes nunmehr 2800 DM gezahlt würden, obwohl beide Pflegepersonen aufgrund familienhafter Beziehung unentgeltlich tätig sind.

Im Jahr 1997 wird die soziale Pflegeversicherung für Leistungen bei Verhinderung der Pflegeperson etwa 100 Mio. DM aufwenden.

1.5 Tages- und Nachtpflege

Läßt sich die häusliche Pflege nicht ausreichend sicherstellen, ist teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege möglich. Je nach Stufe der Pflegebedürftigkeit werden Aufwendungen im Wert von bis zu 750 DM in der Pflegestufe I, 1500 DM in der Pflegestufe II und 2100 DM in der Pflegestufe III monatlich übernommen.

Im Jahr 1997 wird die soziale Pflegeversicherung in diesen Fällen rd. 100 Mio. DM aufwenden.

1.6 Kurzzeitpflege

In Fällen, in denen vorübergehend weder häusliche Pflege noch teilstationäre Pflege möglich ist, kann der Pflegebedürftige in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung aufgenommen werden. Leistungen der Kurzzeitpflege werden für längstens vier Wochen im Gesamtwert von bis zu 2800 DM im Kalenderjahr erbracht.

Im Jahr 1997 wird die soziale Pflegeversicherung in diesen Fällen rd. 200 Mio. DM aufwenden.

¹¹⁾ siehe dazu auch unter C.X.1.

1.7 Pflegekurse

Zur Unterstützung der Pflegepersonen und zur Verbesserung der Qualität der häuslichen Pflege bieten die Pflegekassen Pflegekurse vor Ort an, die Kenntnisse zur Erleichterung und Verbesserung der Pflege und Betreuung vermitteln.

Im Jahr 1997 wird die soziale Pflegeversicherung hierfür rd. 20 Mio. DM aufwenden.

1.8 Sonstige Leistungen

Die Leistungen bei häuslicher Pflege werden ergänzt um die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, soweit sie nicht von der Krankenversicherung oder anderen Leistungsträgern zu finanzieren sind, und um technische Hilfen im Haushalt, die der Erleichterung der häuslichen Pflege dienen oder eine selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen ermöglichen: Dazu zählen z. B. Pflegebetten und Polster für die Lagerung. Zu pflegebedingten Umbaumaßnahmen in der Wohnung können Zuschüsse bis zu 5000 DM gewährt werden.

Im Jahr 1997 wird die soziale Pflegeversicherung hierfür rd. 700 Mio. DM aufwenden.

1.9 Soziale Sicherung der Pflegepersonen

Für Personen, die mindestens 14 Stunden wöchentlich nicht erwerbsmäßig die häusliche Pflege eines Pflegebedürftigen und (z. B. wegen der Pflege) nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind, entrichten die Pflegekassen, die privaten Versicherungsunternehmen sowie die Beihilfefeststellungstellen Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung. Die Höhe der Beiträge, die sich nach dem Umfang der Pflegetätigkeit und der Pflegestufe des Pflegebedürftigen richtet, liegt im Jahr 1997 zwischen 197 DM und 693 DM monatlich.¹²⁾ Dabei wird den Beitragszahlungen fiktiv ein Arbeitsentgelt zwischen 1138 DM und 3416 DM monatlich in den alten sowie zwischen 970 DM und 2912 DM monatlich in den neuen Ländern zugrunde gelegt. Im Jahr 1997 wird die soziale Pflegeversicherung für die Beitragszahlungen rd. 2 Mrd. DM aufwenden.

Während der Pflegetätigkeit ist die Pflegeperson in den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen. Die dadurch entstehenden Kosten tragen die Kommunen. Voraussetzung ist auch hier, daß die Pflegetätigkeit nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird.

Beträgt der Pflegeaufwand weniger als 14 Stunden wöchentlich, besteht grundsätzlich die Möglichkeit, z. B. einen Teil des Pflegegeldes für freiwillige Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung einzusetzen, sofern im Einzelfall eine Verbesserung der Alterssicherung für erforderlich gehalten wird.

In der Arbeitslosenversicherung wird mit dem Inkrafttreten des Dritten Buches Sozialgesetzbuch am 1. Januar 1998 eine Regelung für Pflegepersonen

eingeführt, die ihre Beschäftigung wegen der Pflege eines Angehörigen unterbrechen und nach Beendigung der Pflegetätigkeit arbeitslos werden. Die Neuregelung sieht vor, daß Zeiten einer mindestens 14 Stunden wöchentlich umfassenden Pflege eines Angehörigen, der Anspruch auf Pflegeleistungen nach dem SGB XI oder vergleichbaren Rechtsvorschriften hat, nicht in die dreijährige Rahmenfrist für den Anspruch auf Arbeitslosengeld eingerechnet werden. Dies bedeutet, daß sich die Rahmenfrist um die innerhalb dieser Frist liegenden Zeiten der Pflege eines Angehörigen verlängert. Arbeitnehmer, die die Anwartschaftszeit für einen Anspruch auf Arbeitslosengeld erfüllt haben, können daher künftig die Pflege von Angehörigen übernehmen, ohne daß der Leistungsanspruch verlorengelht.

2. Leistungen bei stationärer Pflege

2.1 Pflege im Heim

2.1.1 Pauschalleistungen bis zum 31. Dezember 1997

Für den Übergangszeitraum bis zum 31. Dezember 1997 sind die von den Pflegekassen zu tragenden monatlichen Leistungen pauschal festgelegt. Die Pflegekassen übernehmen grundsätzlich im Monat für die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege sowie der sozialen Betreuung bei

– Pflegebedürftigen der Stufe I	2000 DM,
– Pflegebedürftigen der Stufe II	2500 DM,
– Pflegebedürftigen der Stufe III	2800 DM,
in Härtefällen	3300 DM.

Es handelt sich hier um Pauschalbeträge, die zur Verwaltungsvereinfachung auch dann gezahlt werden, wenn im Einzelfall die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung unter diesen festgesetzten Pauschalbeträgen liegen. Gekürzt werden die Beträge in zwei Fällen:

- wenn ansonsten der Pflegebedürftige einen Eigenanteil von weniger als 25 v.H. des gesamten Heimentgeltes zu tragen hätte. Hierdurch soll dem Grundsatz Rechnung getragen werden, daß der einzelne stationär Pflegebedürftige für die Kosten der Unterkunft und Verpflegung selbst aufzukommen hat;
- wenn die Ausgaben der einzelnen Pflegekasse für die stationäre Pflege ihrer Versicherten im Jahr im Durchschnitt mehr als 30000 DM je stationär Pflegebedürftigen betragen. Wird dieser Durchschnittsbetrag überschritten, sind die festen Leistungsbeträge für die einzelnen Pflegebedürftigen entsprechend zu kürzen;

Diese 30000-DM-Grenze hatte bisher in der Praxis keine Bedeutung erlangt, insbesondere also auch keine nachteiligen Auswirkungen für die Versicherten gezeigt. Die pauschalen Leistungen in Höhe von 2000 DM, 2500 DM, 2800 DM monatlich führten dazu, daß die 30000-DM-Grenze eingehalten wurde. Nur bei einzelnen Pflegekassen be-

¹²⁾ siehe im einzelnen Anlage 1

stand in der Vergangenheit die Gefahr einer Überschreitung. Leistungskürzungen bei einzelnen stationär Pflegebedürftigen konnten aber dadurch verhindert werden, daß – mit Einverständnis des BMA – die Einhaltung dieser Grenze nicht durch die einzelne Pflegekasse, sondern auf Bundes- oder Landesebene durch die jeweilige Kassenart sichergestellt wurde. Die anderenfalls notwendigen Konsequenzen, d. h. Leistungskürzungen und unterschiedliche Leistungen bei verschiedenen Pflegekassen, konnten so vermieden werden.

2.1.2 Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

Das SGB XI sieht bei stationärer Pflege anders als bei der ambulanten Pflege keinen Individualanspruch des Pflegebedürftigen gegenüber seiner Pflegekasse auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln vor. Bei stationärer Pflege werden vielmehr die Pflegehilfsmittel, soweit sie nicht unter die Investitionskosten fallen, als Bestandteil der Pflegevergütung von den Pflegekassen mit ihren Leistungsbeträgen in Höhe von 2000 DM, 2500 DM, 2800 DM (im Härtefall 3300 DM) monatlich mitfinanziert. Dies gilt jedoch selbstverständlich nur für solche Pflegehilfsmittel, für die überhaupt eine Leistungspflicht der Pflegekassen in Betracht kommen kann, also letztlich nur für Pflegehilfsmittel, die auch bei häuslicher Pflege von der Pflegeversicherung zu finanzieren wären. Dazu gehören z. B. nicht Antidekubitus-Matratzen oder Rollstühle sowie technische Hilfsmittel, die in der Regel Anlagegüter sind, die in den Bereich der Investitionskosten und damit in einen Kostenbereich fallen, in dem die Pflegeversicherung grundsätzlich nicht zu leisten hat.

Bei der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln im Pflegeheim ist in jedem Einzelfall die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung zu prüfen. Ihre Leistungspflicht bei der Hilfsmittelversorgung ist durch die Regelungen des SGB XI nicht aufgehoben worden, weder im ambulanten noch im stationären Bereich. Die Tatsache, daß von den Pflegekassen zugelassene Pflegeheime aufgrund des Versorgungsvertrages verpflichtet sind, eine ausreichende pflegerische Infrastruktur vorzuhalten, kann von den Krankenkassen nicht zum Anlaß genommen werden, pauschal – ohne Prüfung des Einzelfalls – die Finanzierungsverantwortung für Hilfsmittel abzulehnen.

2.2 Behinderte in Einrichtungen der vollstationären Behindertenhilfe

Bei pflegebedürftigen Behinderten, die in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe leben und bei denen die Eingliederung im Vordergrund des Zweckes dieser Einrichtungen steht, beteiligt sich die Pflegeversicherung pauschal in Höhe von 10 v. H. des Heimentgelts, höchstens jedoch 500 DM monatlich an den Heimkosten.¹³⁾

Pflegebedürftige Behinderte, die sich wochentags in einer Einrichtung der Behindertenhilfe (z. B. Internat) und an Wochenenden sowie in den Ferien zu Hause gepflegt werden, erhalten ein anteiliges Pflegegeld oder Sachleistungen.¹⁴⁾

In teilstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (Beispiel: Werkstatt für Behinderte) werden keine Leistungen der Pflegeversicherung erbracht. Die Pflegebedürftigen haben aber Anspruch auf Leistungen der ambulanten Pflege, sofern sie zu Hause gepflegt werden.

C. Umsetzung der Pflegeversicherung

I. Erfolgreicher Start der Pflegeversicherung

Seit dem Start der Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 sind fast drei Jahre vergangen. Ein Zeitraum, der nicht nur Tendenzen, Entwicklungen, Ergebnisse und Fakten im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung sichtbar werden läßt, sondern auch die Feststellung erlaubt, daß die Pflegeversicherung für die ganz überwiegende Mehrheit unserer pflegebedürftigen Mitbürgerinnen und Mitbürger sowie ihrer Familien spürbare Verbesserungen gebracht hat.

Auch bei einer kritischen Würdigung des bisherigen Standes der Umsetzung der Pflegeversicherung ist festzustellen, daß die Pflegeversicherung ihre Bewährungsprobe bestanden hat. Der erfolgreiche Start der Pflegeversicherung hat sich trotz aller Anstrengungen natürlich nicht ohne Schwierigkeiten vollzogen. Bei realistischer Betrachtung konnte niemand eine absolut reibungslose Umsetzung des PflegeVG

erwarten. Der Aufbau einer neuen Sozialversicherung und einer privaten Pflege-Pflichtversicherung für rd. 81 Millionen Menschen läßt sich nicht völlig problemfrei und reibungslos bewerkstelligen. Alles andere wäre ein Wunder gewesen. Die Pflegeversicherung muß von vielen Beteiligten mit unterschiedlichen Eigeninteressen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene umgesetzt werden. Insbesondere vor diesem Hintergrund können sich die bisherige Bilanz und die Entwicklung der Pflegeversicherung sehen lassen. Soweit erforderlich, wurde ersten Erfahrungen aus der Anlaufphase bereits durch gesetzliche Maßnahmen mit dem Ziel einer Verbesserung und Erleichterung der Umsetzung der Pflegeversicherung Rechnung getragen.

Daß die Pflegeversicherung erfolgreich arbeitet, verläßlich hilft und die Erwartungen der Pflegebedürfti-

¹³⁾ siehe hierzu auch unter C.VI.4.

¹⁴⁾ siehe hierzu auch unter C.VI.4.3

gen in großem Umfange erfüllt, bestätigt eine Studie der Universität Hamburg aus dem Jahr 1996 über die Akzeptanz der Pflegeversicherung im häuslichen Bereich.

Hiernach sind rd. 80 v.H. der Befragten der Auffassung, daß für sie die derzeitige Pflegesituation insgesamt gesehen in Ordnung ist. Zu diesem Ergebnis hat die Pflegeversicherung erheblich beigetragen.

64 v.H. der Befragten haben angegeben, daß die Pflegeversicherung für sie ein Ansporn ist, die Pflege für Angehörige oder Bekannte zu übernehmen. 67 v.H. der Befragten vertreten die Auffassung, daß die Pflegeversicherung den pflegenden Angehörigen und Bekannten die Anerkennung gibt, die sie verdienen.

Wichtig ist auch das Ergebnis, wonach 77 v.H. der Befragten das Verfahren der Begutachtung durch den MDK für in Ordnung halten und auch 75 v.H. der Befragten mit dem Begutachtungsergebnis einverstanden sind.

Die Ergebnisse der Studie bestätigen, daß mit der Pflegeversicherung der richtige Weg beschritten worden ist. Nach dem Urteil der Betroffenen erreicht die Pflegeversicherung das ihr gesetzte Ziel, vorrangig die häusliche Pflege zu stabilisieren. Die Pflegeversicherung ist bei den Menschen „angekommen“ und findet auch im Urteil der Betroffenen breite Zustimmung. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang insbesondere die hohe Zustimmung zur Arbeit des MDK.

II. Anzahl und Struktur der Leistungsempfänger

Für die Beurteilung des Ist-Standes und der weiteren Entwicklung der Pflegeversicherung ist zunächst die Zahl der Pflegebedürftigen von herausragender Bedeutung. Die Zahl der Empfänger von Versicherungsleistungen und ihre Verteilung auf die einzelnen Pflegestufen und Leistungsarten sind entscheidend dafür, ob die Kalkulation der Pflegeversicherung stimmt und ob die finanziellen Grundlagen für künftige Leistungen ausreichen.

Derzeit gibt es in der sozialen und privaten Pflegeversicherung rd. 1,24 Millionen Empfänger von ambulanten und rd. 0,45 Millionen Empfänger von stationären Leistungen der Pflegeversicherung. Darin enthalten sind rd. 30 000 Personen mit stationären Leistungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Insgesamt erhalten also rd. 1,7 Millionen Pflegebedürftige die ambulanten und stationären Leistungen der Pflegeversicherung.

1. Soziale Pflegeversicherung

1.1 Zahl der Leistungsempfänger

Nach der Geschäftsstatistik der Pflegekassen¹⁵⁾ bezogen zur Jahresmitte 1997 rd. 1,17 Millionen Pflegebe-

dürftige ambulante Leistungen der Pflegeversicherung.

Vollstationäre Leistungen erhielten Mitte 1997 rd. 430 000 Pflegebedürftige. Die stationären Leistungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe sind zunächst nur sehr zögerlich angelaufen. Entsprechend ist die Zahl bisher untererfaßt. Mitte 1997 werden erst 30 000 Leistungsempfänger ausgewiesen. Tatsächlich dürfte ihre Zahl eher in der Größenordnung von bis zu 60 000 Personen liegen.

1.2 Leistungsempfänger nach Pflegestufen

Von den ambulant Pflegebedürftigen waren Mitte 1997

- 532 000 Personen (= 45,6 v.H.) der Pflegestufe I zugeordnet und hatten Anspruch auf Pflegegeld in Höhe von 400 DM oder Sachleistungen bis zu 750 DM monatlich,
- 490 000 Personen (= 42,1 v.H.) der Pflegestufe II zugeordnet und hatten Anspruch auf Pflegegeld in Höhe von 800 DM oder Sachleistungen bis zu 1 800 DM monatlich,
- 143 000 Personen (= 12,3 v.H.) der Pflegestufe III zugeordnet und hatten Anspruch auf Pflegegeld in Höhe von 1 300 DM oder Sachleistungen bis zu 2 800 DM monatlich, in Härtefällen bis zu 3 750 DM monatlich.¹⁶⁾

Von den stationär Pflegebedürftigen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen oder in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe waren Mitte 1997

- 135 000 (= 31,5 v.H.) in Pflegestufe I und erhielten eine pauschale Leistung von 2 000 DM monatlich oder, soweit es sich um Behinderte in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe handelt, bis zu 500 DM monatlich,
- 180 000 (= 41,9 v.H.) in Pflegestufe II und erhielten eine pauschale Leistung von 2 500 DM monatlich und
- 115 000 (= 26,6 v.H.) in Pflegestufe III und erhielten eine pauschale Leistung von 2 800 DM monatlich, in Härtefällen 3 300 DM monatlich.¹⁷⁾

Bei den Empfängern ambulanter Leistungen zeichnet sich ab, daß der Anteil der Pflegestufe I bei Verringerung des Anteils der Pflegestufe II steigt. Dies dürfte auf die hohe Zahl derjenigen Pflegebedürftigen zurückzuführen sein, die bereits Pflegeleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten hatten und nach dem Willen des Gesetzgebers ohne weitere Begutachtung in die Pflegestufe II der sozialen Pflegeversicherung übernommen wurden. Ihr Anteil geht – wegen der hohen Wegfallquote – ständig zurück.

¹⁵⁾ siehe Anlage 2

¹⁶⁾ siehe hierzu Graphik 1

¹⁷⁾ siehe hierzu Graphik 2

1.3 Leistungsempfänger nach Leistungsarten

Von den Leistungsarten hat das Pflegegeld die größte Bedeutung. Im 2. Quartal 1997 wählten 56 v.H. der Leistungsempfänger diese Leistungsart, gefolgt von vollstationärer Pflege (25 v.H.), Kombinationsleistung (10 v.H.) und Pflegesachleistung (7 v.H.). Die übrigen Leistungsarten (Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson) haben entsprechend ihrem Charakter als ergänzende oder zeitlich befristete Leistung nur ein geringes Gewicht.¹⁸⁾

Die Verteilung auf die Leistungsarten unterscheidet sich deutlich nach den Pflegestufen: In Pflegestufe I besteht ein deutliches Übergewicht des Pflegegeldes, in Pflegestufe II nimmt dessen Bedeutung zugunsten der Pflegesachleistung ab, in Pflegestufe III entspricht der Pflegesachleistungsanteil dem in Pflegestufe II und das Pflegegeld nimmt zugunsten der vollstationären Leistungen ab.

1.4 Leistungsempfänger nach Alter und Geschlecht

Pflegebedürftigkeit ist ein Schicksal, das sich sehr stark auf den Personenkreis der Hochbetagten konzentriert. Zur Jahresmitte 1997 sind bei den ambulant Pflegebedürftigen knapp 50 v.H. älter als 80 Jahre, im stationären Bereich sogar fast 70 v.H.

Die Mehrzahl der Pflegebedürftigen ist aufgrund der höheren Lebenserwartung Frauen. Ihr Anteil an den stationär Pflegebedürftigen ist mit 80 v.H. deutlich höher als bei den ambulant Pflegebedürftigen (65 v.H.).

2. Private Pflege-Pflichtversicherung

2.1 Zahl der Leistungsempfänger

Nach der Geschäftsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung bezogen Ende 1996 rd. 66000 Pflegebedürftige ambulante Leistungen und rd. 23000 stationäre Leistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Die stationären Leistungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe werden nicht separat erfaßt, dürften jedoch auch zahlenmäßig von untergeordneter Bedeutung sein.

2.2 Leistungsempfänger nach Pflegestufen

Die Pflegebedürftigen verteilten sich Ende 1996 wie folgt auf die Pflegestufen:

	ambulant ¹⁸⁾	stationär ²⁰⁾
Pflegestufe I	40,0 v.H.	Pflegestufe I 18,9 v.H.
Pflegestufe II	38,7 v.H.	Pflegestufe II 36,6 v.H.
Pflegestufe III	21,3 v.H.	Pflegestufe III 44,5 v.H.

Es zeigt sich, daß in der privaten Pflege-Pflichtversicherung die höheren Pflegestufen ein größeres Gewicht haben als in der sozialen Pflegeversicherung.

¹⁸⁾ siehe hierzu Graphik 3
¹⁹⁾ siehe hierzu Graphik 4
²⁰⁾ siehe hierzu Graphik 5

Ursache hierfür dürften strukturelle Besonderheiten des versicherten Personenkreises der privaten Pflege-Pflichtversicherung sein.²¹⁾

2.3 Leistungsempfänger nach Alter und Geschlecht

Wie in der sozialen Pflegeversicherung ist ein großer Teil der Pflegebedürftigen über 80 Jahre alt. Bei den ambulant Pflegebedürftigen waren es Ende 1996 über 50 v.H. und im stationären Bereich sogar über 75 v.H..

Auch hier ist die Mehrzahl der Pflegebedürftigen Frauen. Ihr Anteil ist allerdings sowohl im ambulanten (58 v.H.) als auch im stationären Bereich (78 v.H.) niedriger als in der sozialen Pflegeversicherung.

Eine Aufgliederung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Leistungsarten geht aus den Daten der privaten Pflege-Pflichtversicherung nicht hervor. Sie ist allerdings bei den Leistungsausgaben möglich.²²⁾

III. Finanzielle Situation der Pflegeversicherung

1. Soziale Pflegeversicherung

Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung läßt sich am besten anhand der Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung (Liquiditätsrechnung) darstellen.²³⁾

1.1 Finanzentwicklung

Nach der Quartalsstatistik der Pflegekassen hatte die soziale Pflegeversicherung im Jahr 1995

Einnahmen von	16,44 Mrd. DM;
Ausgaben von	9,72 Mrd. DM,
und damit einen	
Einnahmeüberschuß von	6,72 Mrd. DM.

Davon wurden im Dezember 1995 1,1 Mrd. DM als Darlehen zur Investitionsfinanzierung in den neuen Bundesländern an den Bund vergeben, so daß der Mittelbestand zum Jahresende 5,62 Mrd. DM betrug.

Dieser hohe Überschuß ging im wesentlichen darauf zurück, daß die Beitragszahlung drei Monate vor der Leistungsgewährung einsetzte. Der spätere Leistungsbeginn sollte finanzielle Anlaufschwierigkeiten in der Startphase vermeiden und den Grundstock für eine Finanzreserve bilden. Auch verspätete Leistungsaufwendungen, die durch den anfänglichen Bearbeitungstau bei der ambulanten Pflege für das Jahr 1995 erst 1996 getätigt werden konnten, trugen zur Höhe des Einnahmeüberschusses im Jahr 1995 bei.

Im Jahr 1996 betrugen die

Einnahmen	23,55 Mrd. DM und die
Ausgaben	21,24 Mrd. DM.

²¹⁾ siehe dazu unter IV.5.
²²⁾ siehe dazu unter III.2.2
²³⁾ siehe Anlage 3

Der Einnahmeüberschuß von 2,30 Mrd. DM²⁴⁾
führte zu einem Anstieg des
Mittelbestandes Ende 1996 auf 7,92 Mrd. DM²⁴⁾.

Das höhere Volumen bei den Einnahmen und Ausgaben geht auf die Einführung der stationären Pflege zur Jahresmitte zurück.

Im ersten Halbjahr 1997 schließlich standen

Einnahmen von	15,13 Mrd. DM
Ausgaben von	14,43 Mrd. DM

gegenüber.

Dadurch erhöhte sich der Mittelbestand um 0,71 Mrd. DM²⁴⁾ auf 8,63 Mrd. DM Ende Juni 1997. Dies entspricht 3,4 Monatsausgaben nach den Haushaltsplänen der Pflegekassen. Davon entfallen 1,5 Monatsausgaben auf die gesetzlich vorgeschriebene Finanzreserve (= rd. 4 Mrd. DM).

Auch im 2. Halbjahr 1997 wird sich der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung weiter erhöhen. Eine genaue Schätzung des voraussichtlichen Jahresüberschusses ist aber insbesondere wegen der noch nicht bekannten endgültigen Höhe der Leistungsausgaben im stationären Bereich derzeit noch nicht möglich. Der Überschuß wird im Jahr 1997 aber geringer ausfallen als im Jahr 1996.

1.2 Ausgabenstruktur

Aus der Ausgabenstruktur des 2. Quartals 1997 lassen sich die bedeutendsten Kostenfaktoren ablesen:

Von den Gesamtausgaben entfallen rd. 95 v.H. auf die Leistungsausgaben und rd. 5 v.H. auf die Verwaltungskosten einschließlich der Kosten des MDK. Innerhalb der Leistungsausgaben ist vom Volumen her die vollstationäre Pflege am bedeutendsten (42,3 v.H.).²⁵⁾ Danach kommen Pflegegeld (28,9 v.H.) und Pflegesachleistung (12,0 v.H.). Von den übrigen Leistungsarten sind nur noch die Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen von Bedeutung (7,8 v.H.).

1.3 Perspektiven

Diese Zahlen zeigen: Die Pflegeversicherung steht auf einem sicheren finanziellen Fundament.

Trotz dieser erfreulichen und soliden Ausgangslage steht das Finanzpolster von rd. 8,6 Mrd. DM Mitte des Jahres 1997 nicht zur freien Verfügung:

- Gesetzlich vorgeschrieben ist ein Betriebsmittel- und Rücklagesoll in Höhe von rd. 4 Mrd. DM. Es ist der Schwankungsreserve in der Rentenversicherung vergleichbar und nicht frei verfügbar.
- Tragfähige Erkenntnisse über die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung im gesamten vollstationären Bereich, insbesondere im Hinblick auf die Kosten in den Einrichtungen der Behindertenhilfe, liegen noch nicht vor. Sichere und aussagefähige Zahlen und Daten über die Kostensituation im Be-

reich der stationären Pflege, auf deren Grundlage die weitere Entwicklung in diesem Bereich solide vorausgerechnet werden kann, sind erst nach Vollendung eines vollen Haushaltsjahres, also voraussichtlich im Frühjahr 1998, vorhanden.

- Die bisherige günstige Relation der Ausgaben für Pflegegeld und Pflegesachleistung im ambulanten Bereich verschiebt sich hin zu der kostenintensiveren Pflegesachleistung (von 82:18 im Jahresdurchschnitt 1995 auf 71:29 im 2. Quartal 1997 mit weiter steigender Tendenz). Diese Entwicklung muß sorgfältig beobachtet werden, weil die vermehrte Inanspruchnahme der Sachleistungen die Höhe des Überschusses nach und nach zurückführt.
- Die Pflegeversicherung braucht ein finanzielles Polster als Sicherheitsreserve zur Abdeckung der zu erwartenden demographischen Entwicklung (Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen um bis zu 350 000 bis zum Jahr 2010).
- Aufgrund der demographischen Entwicklung ist außerdem mit Strukturverschiebungen in Richtung auf ein größeres Gewicht der höheren Pflegestufen sowie der stationären Pflege zu rechnen, die zusätzliche Risikofaktoren für die Ausgabenentwicklung darstellen.

Vor diesem Hintergrund besteht weder die Möglichkeit für eine Beitragssatzsenkung noch können kostenintensive Leistungsverbesserungen in Betracht kommen.

Eine Absenkung des Beitragssatzes nur um 0,1 v.H. würde zusätzlich zu den oben dargelegten Kostenrisiken zu einer Verringerung der Einnahmen in Höhe von 1,8 Mrd. DM jährlich führen. Eine entstehende Deckungslücke müßte aus dem vorhandenen Mittelbestand abgedeckt werden; das bisherige Finanzpolster würde in kurzer Zeit aufgezehrt. Entsprechendes würde für solche Leistungsverbesserungen gelten, die nicht auf Dauer aus den laufenden Einnahmen finanziert werden könnten. Da es in der Pflegeversicherung keine Defizithaftung des Bundes gibt, wären entweder Leistungskürzungen oder eine Beitragssatzanhebung über 1,7 v.H. zur Sicherung der Finanzgrundlagen der Pflegeversicherung unausweichlich. Beides wäre nicht akzeptabel.

2. Private Pflege-Pflichtversicherung

Auskunft über die Finanzentwicklung in der privaten Pflege-Pflichtversicherung geben neben den Angaben des Verbandes der privaten Krankenversicherung die jährlichen Nachweise der Versicherungsunternehmen gegenüber dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen.

Wegen der unterschiedlichen Finanzierungsverfahren (Umlageverfahren in der sozialen, Kapitaldeckungsverfahren in der privaten Pflege-Pflichtversicherung) ist ein Vergleich mit der sozialen Pflegeversicherung nur eingeschränkt möglich.

²⁴⁾ Abweichungen in den Summen durch Rundungen

²⁵⁾ siehe hierzu Graphik 6

2.1 Finanzentwicklung

Im Jahr 1995 standen in der privaten Pflege-Pflichtversicherung

Einnahmen von	2,53 Mrd. DM
Gesamtaufwendungen von	2,00 Mrd. DM

gegenüber, so daß nach Steuern ein Einnahmeüberschuß von 0,53 Mrd. DM verblieb.

Im Jahr 1996 hatte die private Pflege-Pflichtversicherung

Einnahmen von	3,57 Mrd. DM,
Gesamtaufwendungen von	3,47 Mrd. DM

und damit einen Einnahmeüberschuß von 0,1 Mrd. DM.

Der hohe Einnahmeüberschuß im ersten Jahr ist wie in der sozialen Pflegeversicherung auf den dreimonatigen Beitragsvorlauf vor Beginn der Leistungen zurückzuführen. Außerdem haben die Unternehmen mangels Erfahrungen sehr vorsichtig kalkuliert.

Ein Teil des Überschusses mußte bei den Unternehmen verbleiben, um eine vorgeschriebene Eigenkapitalausstattung in Höhe von rd. 5 v.H. des jährlichen Beitragsvolumens zu bilden.

2.2 Struktur der Aufwendungen

Die Unterschiede zur sozialen Pflegeversicherung im Finanzierungsverfahren werden in der Struktur der Aufwendungen besonders deutlich.

So dienten 1996 fast 50 v.H. der Aufwendungen zum Aufbau des Kapitalstocks (Zuführung zu den Dekungsrückstellungen) sowie weitere 16 v.H. als Rückstellung zur Abfederung späterer Beitragsanhebungen. Demgegenüber haben die Leistungsausgaben mit 18 v.H. einen relativ geringen Anteil an den Gesamtaufwendungen. Auffällig hoch ist dagegen mit fast 11 v.H. der Anteil der Verwaltungskosten in einer weiten Abgrenzung (insbesondere einschließlich der Abschlußkosten und Kosten für den Begutachtungsdienst „MEDICPROOF“).

Innerhalb der Leistungsausgaben war 1996 das Pflegegeld (41 v.H.) am bedeutendsten, gefolgt von vollstationärer Pflege (26 v.H.), Pflegesachleistung (19 v.H.) und Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen (7 v.H.).²⁶⁾ Im Jahr 1997 wird sich dieses Verhältnis deutlich zugunsten der vollstationären Pflege verschieben, da diese erst ab 1. Juli 1996 gewährt wurde.

IV. Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

1. Begutachtungsleistung

Voraussetzung für den Anspruch auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung ist eine Begutachtung durch den MDK.

²⁶⁾ siehe hierzu Graphik 7

In den ersten beiden Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung mußten vom MDK über 3 Millionen Begutachtungen im Bereich der ambulanten Pflege, rd. 0,75 Millionen Begutachtungen im Bereich der stationären Pflege und rd. 0,08 Millionen Begutachtungen im Bereich der stationären Pflege in Behinderteneinrichtungen durchgeführt werden. Nachdem es anfänglich bei der ambulanten Pflege zu einem Antragsstau kam, der jedoch bis Ende 1995 abgebaut werden konnte, ist dies bei der stationären Pflege durch eine frühzeitig heimweise begonnene Begutachtung vermieden worden. Damit hat der MDK einen wichtigen Beitrag zum Gelingen der Einführung der Pflegeversicherung geleistet.

Insgesamt hat der MDK im Jahr 1996 bei der Begutachtung von Neuanträgen im ambulanten Bereich durchschnittlich 71 v.H., im stationären Bereich durchschnittlich 76 v.H. und im Bereich der Behinderteneinrichtungen durchschnittlich 42 v.H. der Anträge anerkannt.

Vom 1. Januar 1997 bis 30. Juni 1997 sind im ambulanten Bereich rd. 0,6 Millionen Anträge eingegangen, im stationären Bereich 0,16 Millionen sowie im Bereich der Behinderteneinrichtungen 0,02 Millionen. Die Anerkennungsquote betrug im ambulanten Bereich rd. 71 v.H., in den Pflegeheimen rd. 85 v.H. und in den Einrichtungen der Behindertenhilfe rd. 42 v.H. Im stationären Bereich ist damit die Anerkennungsquote deutlich gestiegen.

2. Unterschiede bei den Begutachtungsergebnissen

Im stationären Bereich stoßen die Begutachtungsergebnisse der MDK vor allem aus zwei Gründen auf Kritik:

- Die Zuordnung zu den Pflegestufen I bis III nach dem SGB XI im stationären Bereich weicht vielfach von der Begutachtungspraxis vor Einführung der Pflegeversicherung ab; auf der Grundlage des neuen Rechts kommt es zu niedrigeren Einstufungen als bisher.
- Zum Teil gab es erhebliche regionale Unterschiede bei den Begutachtungsergebnissen.

Hierzu ist folgendes anzumerken:

Bis zur Einführung der Pflegeversicherung erfolgte die Einordnung von Pflegebedürftigen in Pflegestufen nach den unterschiedlichen Vorgaben der jeweiligen Bundesländer. So gab es Bundesländer mit nur einer Pflegestufe, andere hatten bis zu vier Pflegestufen, die meisten ordneten die Pflegeheimbewohner drei Pflegestufen zu. Auch innerhalb des gleichen Bundeslandes gab es regionale Unterschiede bei der Umsetzung der länderspezifischen Bestimmungen. Einige Pflegeheime arbeiteten mit niedergelassenen Ärzten zusammen, andere mit Amtsärzten. Eine Begutachtung der Pflegebedürftigkeit durch eine Untersuchung des Patienten erfolgte keinesfalls regelmäßig. Häufig hatten die Träger der Pflegeeinrichtungen erheblichen Einfluß auf die festgestellten Pflegestufen.

Die Uneinheitlichkeit der früheren Regelungen in Kombination mit zusätzlichen regionalen Unterschieden auch innerhalb eines Bundeslandes macht einen sinnvollen Vergleich der früheren Pflegestufenverteilungen mit den Empfehlungen der MDK nach neuem Recht unmöglich. Hinzu kommt, daß keine durchgängig geführten Statistiken der Bundesländer zur Verteilung der Pflegebedürftigen auf die früheren Pflegestufen bekannt sind, die mit den regelmäßigen Meldungen der MDK-Gemeinschaft heute vergleichbar wären.

Mit der Pflegeversicherung wurde die sehr unterschiedliche und uneinheitliche Verfahrensweise bei den Begutachtungen in den Ländern neu geregelt. Die Begutachtungen werden nunmehr anhand der bundesweit einheitlich geltenden Pflegebedürftigkeits-Richtlinien nach § 17 SGB XI und den seit dem 1. Juni 1997 geltenden Begutachtungs-Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen vorgenommen, die die frühere Begutachtungsanleitung „Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI“ ersetzt hat.²⁷⁾ Es liegt auf der Hand, daß anlässlich dieser jetzt grundsätzlich bundeseinheitlichen Begutachtung bisherige Schwächen offengelegt werden.

Die Unterschiede in den Begutachtungsergebnissen der Pflegeheimbewohner waren nur zu einem Teil, aber keineswegs erschöpfend, mit soziodemographischen Besonderheiten (z. B. Altersstruktur der Bevölkerung, Siedlungsstrukturen, Pflegeverhalten) in den Zuständigkeitsbereichen der einzelnen MDK erklärbar. Besonders auffällig waren die Begutachtungsunterschiede bei den MDK, die in miteinander vergleichbaren Regionen tätig sind, wie z. B. Westfalen-Lippe und Nordrhein oder Bayern und Baden-Württemberg. Die Unterschiede betrafen insbesondere die Empfehlungen zur Anerkennung der Pflegestufe III, die um bis zu 100 v. H. voneinander abwichen. Vorrangig wurden insbesondere folgende Erklärungen für die Unterschiede diskutiert:

- unklare Formulierungen insbesondere in der Begutachtungsanleitung, die in den einzelnen MDK unterschiedlich verstanden und umgesetzt wurden,
- Unterschiede bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit, die auf unzureichender Kenntnis oder Berücksichtigung der Vorgaben des Gesetzes oder der Pflegebedürftigkeits-Richtlinien beruhten,
- Unterschiede in den MDK-internen Schulungen der Gutachter.

Einen Teil der Unterschiede bei den Begutachtungen erklärt das Gutachten „Pflegebedürftigkeit im regionalen Vergleich“ des Institutes Infratest/Burke vom September 1996 durch Unterschiede in der Altersstruktur der Bevölkerung. So ist der Anteil der Senioren, die älter als 65 Jahre sind, in Alteinrichtungen in den alten Bundesländern mit 5,1 v. H. höher als in den neuen Bundesländern (4,4 v. H.). Auch gibt es Unterschiede in der Zahl hochbetagter Menschen (75 Jahre und älter) in der Wohnbevölkerung mit z. B. 4,6 v. H. in Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich

zu 7,6 v. H. in den Stadtstaaten Hamburg oder Bremen.

Unterschiede, die auf soziodemographischen Faktoren beruhen, sind sachgerecht und werden auch in Zukunft auftreten. Allerdings kam das Gutachten auch zu dem Ergebnis, daß die Unterschiede z. B. bei der Empfehlung der Pflegestufe III zwischen Baden-Württemberg und Bayern oder Westfalen-Lippe und Nordrhein zu groß waren, als daß sie sich vollständig durch demographische oder epidemiologische Unterschiede erklären ließen.

Letztlich lassen sich die Probleme bei den Begutachtungen nur durch den raschen Aufbau eines Qualitätssicherungssystems der Begutachtung lösen. Das BMA hat sich schon anlässlich der Einführung der 1. Stufe der Pflegeversicherung zum 1. April 1995 für die Einführung eines Qualitätssicherungsprogrammes für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit eingesetzt. Diese Bemühungen wurden nach dem Bekanntwerden der Begutachtungsunterschiede in der stationären Pflege verstärkt.

Einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssicherung hat die Überarbeitung der Begutachtungsanleitung „Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI“ mit der Überführung in gleichfalls für alle MDK bindende Begutachtungs-Richtlinien geleistet.

Die frühere Begutachtungsanleitung wurde von Oktober 1996 bis Mai 1997 in gemeinsamen Beratungen zwischen den Spitzenverbänden der Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS), den Vertretern einzelner MDK und dem BMA gründlich überarbeitet. Oberstes Ziel war es, auf der Basis der bisherigen Erfahrungen mit dem Begutachtungsgeschehen noch stärker als in der Vergangenheit bundesweit eine Begutachtung nach einheitlichen Kriterien zu gewährleisten. Künftig sollen unterschiedliche Begutachtungsergebnisse nur noch auf der Individualität des Pflegebedürftigen und seiner Pflegesituation beruhen. In den neuen Begutachtungs-Richtlinien wird ausführlich und detailliert auf solche Sachverhalte eingegangen, die bisher von den MDK unterschiedlich umgesetzt wurden und nach Überzeugung der Gutachter zu den Begutachtungsunterschieden beitrugen. Zu den Klarstellungen gehören insbesondere:

- konkrete Angaben zum Hilfebedarf in der Nacht bei Anerkennung der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit),
- eingehende und klare Anleitung zur Feststellung des individuellen Hilfebedarfs bei psychisch Kranken und geistig Behinderten²⁸⁾,
- genaue Hinweise zur Berücksichtigung der einzelnen Hilfeformen nach § 14 Abs. 3 SGB XI (Unterstützung, teilweise oder vollständige Übernahme, Beaufsichtigung und Anleitung),
- genaue Angaben zur Berücksichtigung der aktivierenden Pflege bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Zuordnung zu den einzelnen Pflegestufen und

²⁷⁾ siehe dazu auch unter B II.3.3.2

²⁸⁾ im einzelnen dazu unter 3.

- die Aufnahme von Zeitkorridoren für die Verrichtungen des täglichen Lebens mit dem Ziel der Vereinheitlichung der Pflegezeitbemessung bei uneingeschränkter Individualität der Begutachtung im Einzelfall. Der Gutachter kann mit einer Begründung nach oben oder unten vom Zeitkorridor abweichen.

Neben diesen Präzisierungen werden in den Begutachtungs-Richtlinien bindend für alle MDK erste Schritte zu einem Qualitätssicherungsverfahren festgelegt. Es handelt sich hierbei um:

- eine interne Qualitätssicherung in jedem MDK, die jährlich 1 v.H. der erstellten Gutachten einer Qualitätsprüfung unterzieht;
- eine MDK-übergreifende bundesweite Qualitätssicherung unter Leitung des MDS; hier werden in regelmäßigen Abständen ambulante und stationäre Gutachten aus jedem MDK ausgewertet;
- eine bundeseinheitliche Fortbildungskonzeption für die MDK-Gemeinschaft, in der Ziele, Qualifikation der Lehrenden, Verfahrensweise, Inhalte und Praxisgefüge der Fortbildungsmaßnahmen festgelegt werden.

Die neuen Begutachtungs-Richtlinien sind seit dem 1. Juni 1997 wirksam und werden von den Gutachterinnen und Gutachtern der MDK bei ihrer praktischen Arbeit seit diesem Zeitpunkt zugrunde gelegt. Für eine endgültige Beurteilung der Auswirkungen ist es noch zu früh. In Gesprächen mit Gutachtern ist jedoch festzustellen, daß die früheren Unklarheiten in der alten Begutachtungsanleitung offensichtlich in erheblichem Umfang beseitigt werden konnten. Dies gilt z.B. für die Voraussetzungen zur Empfehlung zur Pflegestufe III oder die klaren Hinweise zur Feststellung des individuellen Hilfebedarfs.

Nach dem bisherigen Verlauf ist auch davon auszugehen, daß sich die Unterschiede bei den Begutachtungsempfehlungen anzunähern beginnen. Dies gilt z.B. für den Vergleich Bayern gegenüber Baden-Württemberg oder Westfalen-Lippe gegenüber Nordrhein.

In seinem Genehmigungsschreiben zu den Begutachtungs-Richtlinien hat das BMA die neu aufgenommenen Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung (Zeitkorridore) bis zum 31. Dezember 1999 befristet. Bis zu diesem Zeitpunkt sollen die jetzt in die Begutachtungs-Richtlinien aufgenommenen Zeitkorridore wissenschaftlich evaluiert werden. Das entsprechende Forschungsvorhaben ist im September 1997 ausgeschrieben worden. Das Projekt wird von einem Beirat begleitet werden, dem u.a. Vertreter mehrerer Bundesländer angehören werden. Das Forschungsvorhaben soll im Herbst 1999 abgeschlossen sein, um dann neben den Erfahrungen der MDK-Gemeinschaft auch über eine wissenschaftlich abgesicherte Grundlage für die dann zu erneuernde Genehmigung der Zeitkorridore zu verfügen.

Im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung bei den MDK ist auch gefordert worden, den Anteil der Pflegekräfte zu Lasten der Ärzte in der MDK-Gemeinschaft zu erhöhen. Hierzu ist festzustellen, daß in den MDK bis September 1994 lediglich neun Pflegefachkräfte neben 1600 Ärzten tätig waren. Inzwi-

schen ist die Zahl der Pflegekräfte auf rd. 620 und die der Ärzte auf rd. 1970 angestiegen. Damit haben sich in den wenigen Jahren seit Bestehen der Pflegeversicherung die Pflegefachkräfte auch zahlenmäßig neben den Ärzten als Gutachter fest etabliert.

3. Berücksichtigung psychisch Kranker, geistig Behinderter und Dementer

Ein Bereich, der besondere Sensibilität erfordert, ist die Pflege und Betreuung geistig Behinderter, psychisch Kranker und von Menschen mit Demenz, d.h. einem besonders im Alter auftretenden krankhaften Abbau von Gedächtnis und anderen geistigen Fähigkeiten. Immer wieder wird behauptet, daß diese Personengruppe nicht ausreichend in der Pflegeversicherung berücksichtigt würden. Dies entspricht nicht der Realität.

Die gesetzlichen Grundlagen hierzu sind eindeutig: In der Pflegeversicherung werden bei der Beschreibung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit Personen mit geistigen oder seelischen Krankheiten solchen gleichgestellt, die an einer körperlichen Erkrankung oder Behinderung leiden (§ 14 Abs. 1 SGB XI). Weiterhin heißt es in § 14 Abs. 3 SGB XI, daß die für diesen Personenkreis so wichtigen Hilfeleistungen „Beaufsichtigung und Anleitung“ mit zu den Hilfeleistungen im Sinne der Pflegeversicherung gezählt werden. Weitere Regelungen zur sachgerechten Begutachtung dieses Personenkreises enthalten die Pflegebedürftigkeits-Richtlinien und die Begutachtungs-Richtlinien, die die jetzt nicht mehr gültige Begutachtungsanleitung abgelöst haben. Die Gleichbehandlung psychisch Kranker und geistig Behinderter mit Menschen, deren Pflegebedürftigkeit aus einer körperlichen Erkrankung herrührt, ist nicht nur erklärtes Ziel des Gesetzgebers, sondern auch aller weiteren Regelungen zur Umsetzung der Pflegeversicherung.

In der Praxis belegen die Ergebnisse der Begutachtungen der MDK, daß die genannten Regelungen der Pflegeversicherung psychisch Kranke und geistig Behinderte in großem Umfang erreichen. So hat eine Untersuchung der MDK in Thüringen, Westfalen-Lippe und Rheinland-Pfalz auf der Grundlage von rd. 160000 Gutachten zu Hause lebender Menschen bereits 1995 ergeben, daß die Anträge psychisch Kranker und geistig Behinderter eher seltener abgelehnt werden und im Vergleich zu Personen mit körperlichen Erkrankungen den höheren Pflegestufen zugeordnet werden. So ist z.B. die Demenz die häufigste pflegebegründende Diagnose in allen drei Pflegestufen. Hirnorganische und psychische Erkrankungen machen in den Pflegestufen I und II über 30 v.H. der pflegebegründenden Erkrankungen aus, in Pflegestufe III sogar über 50 v.H.

Ähnliche Ergebnisse liegen für die MDK Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Bremen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein zum Stichtag 31. Dezember 1996 auf der Grundlage von mehr als 500000 Gutachten mit verschiedenen pflegebegründenden Prognosen für den stationären Bereich vor. Die Anträge dieses Personenkreises wurden in nur rd. 7 v.H. der Fälle abgelehnt, während die Ableh-

nungsquote im allgemeinen Durchschnitt bei 23,8 v.H. lag. Gerontopsychiatrische Erkrankungen, z.B. die Demenz bzw. Alzheimersche Erkrankung, stellen in der Pflegestufe II knapp 40 v.H. und in der Pflegestufe III sogar mehr als 40 v.H. der pflegebe- gründenden Erkrankungen:

Diagnosen	Zahl der Anträge	Zahl der bewilligten Anträge	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
1. senile und prä-senile organische Psychosen (ICD 290)*)	20327	18913 (93 v.H.)	17,1 v.H.	39,5 v.H.	43,5 v.H.
2. zerebrale Degeneration (ICD 331)*)	5068	4672 (92,2 v.H.)	16,1 v.H.	38,8 v.H.	45,1 v.H.

*) In diesen Krankheitsgruppen sind u.a. die arteriosklerotische Demenz und die Alzheimersche Erkrankung enthalten.

Eine Benachteiligung der psychisch Kranken und geistig Behinderten gegenüber Pflegebedürftigen mit körperlichen Erkrankungen in der Pflegeversicherung ist deshalb insgesamt nicht festzustellen.

Trotz der vergleichsweise seltenen Ablehnung der Anträge psychisch Kranker und geistig Behinderter und der gehäuften Zuordnung zu den höheren Pflegestufen II und insbesondere III im Vergleich zu Menschen mit körperlichen Erkrankungen werden die Belange der psychisch Kranken und geistig Behinderten in den neuen Begutachtungs-Richtlinien weiter verdeutlicht. Hierzu gehört insbesondere die Notwendigkeit zur Feststellung des individuellen Hilfebedarfes im Einzelfall z.B. durch die detaillierte Darstellung der Hilfeleistungen „Beaufsichtigung“ und „Anleitung“.

In zwei eigenen Abschnitten mit den Titeln „Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfes bei Personen mit psychischen Erkrankungen/oder geistigen Behinderungen“ und „Häufige Krankheitsbilder mit psychischen Erkrankungen“ wird auf die besonderen Belange dieses Personenkreises ausführlich eingegangen. Ziel ist es, Fehlbegutachtungen soweit wie möglich auszuschließen und den Gutachterinnen und Gutachtern der MDK noch genauer als bisher die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen der Pflegeversicherung zu verdeutlichen.

Während des Vermittlungsverfahrens zum 1. SGB XI-ÄndG hat das BMA „eine Erklärung zur Begutachtung geistig Behinderter und psychisch Kranker“ abgegeben. Hierin heißt es u.a., daß

– der Zeitaufwand für die Hilfe bei den einzelnen Verrichtungen in jedem Einzelfall individuell zu erheben und entsprechend im Gutachten zu bewerten ist,

– es keine Vorgabe von Standardzeiten für die einzelnen Verrichtungen des täglichen Lebens gibt,

– der Zeitaufwand für die Hilfeleistungen im Sinne von Beaufsichtigung und Anleitung bei psychisch Kranken und geistig Behinderten häufig höher anzusetzen ist als die Pflegeleistungen bei organisch kranken Personen.

In den neuen Begutachtungs-Richtlinien ist die Notwendigkeit der Feststellung des individuellen Hilfebedarfes u.a. in Abschnitt „5. Bestimmung der Pflegebedürftigkeit“ für alle Pflegebedürftigen – also auch für psychisch Kranke und geistig Behinderte – geregelt. Entsprechende Ausführungen finden sich in den einleitenden Erläuterungen zu den Orientierungswerten für die Pflegezeitbemessung. Die Gutachter werden hier ausdrücklich aufgefordert, je nach Lage des Einzelfalles von den Orientierungswerten mit einer Begründung abzuweichen. Auch wird klargestellt, daß der Zeitaufwand für Beaufsichtigung und Anleitung in der Regel höher anzusetzen ist als in den Orientierungswerten für die Hilfeform „vollständige Übernahme“ angegeben.

Die BMA-Erklärung zur Berücksichtigung psychisch Kranker und geistig Behinderter wurde somit vollständig in die seit dem 1. Juni 1997 geltenden Begutachtungs-Richtlinien, die noch mehr als die frühere Begutachtungsanleitung die Besonderheiten der Begutachtung bei psychisch Kranken und geistig Behinderten verdeutlichen, aufgenommen.

Auf der Grundlage der geltenden Bestimmungen des SGB XI ist es allerdings nicht möglich, der Forderung nach einer Berücksichtigung des Zeitaufwands für die allgemeine Betreuung und Beaufsichtigung zu entsprechen. Gegen eine Änderung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI sprechen vor allem zwei Gründe:

– Eine allgemeine Beaufsichtigung ließe sich nicht auf den Personenkreis der psychisch Kranken und geistig Behinderten beschränken, sondern müßte alle somatisch Kranken und Behinderten einbeziehen, vor allem kranke Kinder. Damit wäre eine erhebliche Erweiterung des bisher im Pflegeversicherungsrecht geltenden Begriffs der Pflegebedürftigkeit und eine kaum abschätzbare Erhöhung der Kosten der Pflegeversicherung verbunden, die aus einem Beitragssatz von 1,7 v.H. nicht mehr finanziert werden könnten.

– Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder einer angeborenen bzw. erworbenen geistigen Behinderung (Demenz) haben einen sehr unterschiedlichen Hilfebedarf. Dieser kann sich z.B. bei Krankheitsbeginn auf gelegentliche Erinnerungen zur Durchführung der regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens beschränken, bei fortgeschrittenem Krankheitsstadium aber zahlreiche Hilfeleistungen unterschiedlicher Art am Tag und in der Nacht notwendig machen. Der pauschale Begriff der „allgemeinen Beaufsichtigung“ ist nicht geeignet, diesen unterschiedlichen Hilfebedarf zu beschreiben und steht somit in Widerspruch zu dem klar geregelten Begriff der Pflegebedürftigkeit und den Pflegestufen der §§ 14, 15 SGB XI.

Hauptgrund für die Kritik an der Berücksichtigung psychisch Kranker, geistig Behinderter und Dementer in der Pflegeversicherung ist die Unkenntnis darüber, daß der Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Anleitung zwar bei der Einstufung nicht berücksichtigt werden kann, der Aufwand für die soziale Betreuung gleichwohl aber beim Heimentgelt aufgefangen wird. Die Kritik ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, daß dieser Personenkreis bei den früheren länderspezifischen Regelungen offensichtlich noch häufiger als in der Pflegeversicherung in den höchsten Pflegestufen vertreten war. Im Vergleich dazu führen die Regelungen der Pflegeversicherung zu einer stärkeren Verteilung auf die drei Pflegestufen. Dies ist sachgerecht, da in der psychiatrischen Literatur der sehr unterschiedliche Pflegebedarf auch demenzkranker Menschen wiederholt belegt ist. Die Diagnose „Demenz“ allein reicht nicht aus, um in allen Fällen die höchste Pflegestufe zu fordern.

Im übrigen gilt auch in diesem Zusammenhang: Ist ein Pflegebedürftiger aufgrund seiner einkommens- und vermögensrechtlichen Verhältnisse nicht in der Lage, den über die – begrenzten – Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehenden notwendigen Bedarf zu decken, hat er einen Anspruch auf ergänzende Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem BSHG. Dabei ist zu berücksichtigen, daß im Rahmen des 1. SGB XI-ÄndG der gesetzgeberische Wille nach weitgehender inhaltlicher Identität der Pflegebegriffe im BSHG und im SGB XI nochmals klargestellt wurde. Unter den Pflegebegriff des BSHG können daher grundsätzlich nur solche Bedarfe fallen, die in Übereinstimmung mit dem Pflegebegriff des SGB XI stehen.

Die allgemeine Betreuung und Beaufsichtigung von psychisch Kranken und geistig Behinderten ist der sozialen Betreuung zuzuordnen, die sozialhilferechtlich im Rahmen der Hilfe zur Pflege gewährt wird. Die immer wieder vorgebrachte Behauptung, daß sich die Situation psychisch Kranker, geistig Behinderter und Dementer mit der Einführung der Pflegeversicherung und dem dort geltenden Begriff der Pflegebedürftigkeit verschlechtert habe, trifft angesichts dieser eindeutigen Sach- und Rechtslage nicht zu.

4. Begutachtungsdauer

Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer der Begutachtung bei Anträgen auf Leistungen des SGB XI beträgt nach Mitteilung des MDS in der

	ambulant Pflege	stationären Pflege
Ende 1996	1,8 Monate ²⁹⁾	1,5 Monate ²⁹⁾
Ende 1. Quartal 1997	2,0 Monate ²⁹⁾	1,4 Monate ²⁹⁾
Ende 2. Quartal 1997	1,9 Monate ²⁹⁾	1,3 Monate ²⁹⁾

Zwischen den einzelnen MDK ergeben sich deutliche Unterschiede in der Begutachtungsdauer. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer Ende Juni 1997 beträgt bei der ambulanten Pflege zwischen 1,0 Monaten (Mecklenburg-Vorpommern) und 3,7 Monaten (Sachsen-Anhalt). In der stationären Pflege beträgt

der kürzeste Wert Ende Juni 1997 0,4 Monate (Hamburg und Bremen) und der längste Wert 3,8 Monate (Sachsen-Anhalt).

Im stationären Bereich haben immerhin neun MDK Bearbeitungszeiten unter einem Monat (Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein, Saarland, Thüringen). Eine Globalkritik an den MDK ist deshalb nicht gerechtfertigt.

Zudem ist zu berücksichtigen, daß die Zahl der Antragseingänge im ambulanten Bereich weiterhin sehr hoch ist³⁰⁾ und Anträge auf Sachleistungen vorrangig begutachtet werden.

5. Unterschiede bei der Bewilligung von Anträgen in der sozialen Pflegeversicherung und in der privaten Pflege-Pflichtversicherung

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu den Pflegestufen richten sich in der privaten Pflege-Pflichtversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung nach denselben Kriterien, und zwar

- nach den gesetzlichen Vorschriften der §§ 14 und 15 SGB XI,
- den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien,
- den Begutachtungs-Richtlinien sowie
- den Härtefall-Richtlinien.

Dennoch werden in der privaten Pflege-Pflichtversicherung nicht nur weniger Leistungsanträge abgelehnt, sondern auch höhere Einstufungen bewilligt als in der sozialen Pflegeversicherung:

Ambulante Pflege 1996

	Pflege- stufe I in v. H.	Pflege- stufe II in v. H.	Pflege- stufe III in v. H.	Ableh- nung in v. H.
Private Pflege- Pflichtversiche- rung ³¹⁾	35,2	34,2	15,0	15,6
Soziale Pflege- versicherung ³²⁾	35,3	25,6	10,6	28,5

Stationäre Pflege 1996

	Pflege- stufe I in v. H.	Pflege- stufe II in v. H.	Pflege- stufe III in v. H.	Ableh- nung in v. H.
Private Pflege- Pflichtversiche- rung ³³⁾	17,5	34,6	37,1	10,8
Soziale Pflege- versicherung ³⁴⁾	21,0	32,2	23,0	23,8

³⁰⁾ siehe oben unter IV.1.

³¹⁾ siehe hierzu Graphik 8

³²⁾ Erstbegutachtung von Neuanträgen; siehe hierzu Graphik 9

³³⁾ siehe hierzu Graphik 10

³⁴⁾ Erstbegutachtung von Neuanträgen; siehe hierzu Graphik 11

²⁹⁾ Die Wartezeiten für die Antragsteller sind um die Bearbeitungszeiten bei den Pflegekassen zu verlängern. Hierzu liegen keine Zahlen vor.

Die abweichenden Ablehnungsquoten und die höheren Einstufungen in der privaten Pflege-Pflichtversicherung rechtfertigen jedoch nicht den Schluß, daß den privat Versicherten die Pflegeleistungen – entgegen den gesetzlichen Vorgaben – großzügiger bewilligt werden. Die Unterschiede in den Begutachtungsergebnissen erscheinen vielmehr aus folgenden Gründen plausibel:

- In der sozialen Pflegeversicherung brauchten diejenigen, die als Schwerpflegebedürftige nach dem alten Recht der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt waren, wegen der gesetzlichen Zuordnung zur Pflegestufe II keine Anträge zu stellen. Hätten sie wie die Privatversicherten Anträge stellen müssen, wären diese positiv beschieden worden und hätten die Ergebnisse der Bewilligungsstatistik auch noch im ersten Folgejahr nach dem Start der Pflegeversicherung verbessert (höhere Bewilligungsquoten in den Pflegestufen I und II mit der Folge einer niedrigeren Ablehnungsquote).
- Andere Kostenträger – z. B. Sozialhilfeträger – haben darauf hingewirkt, daß auch Versicherte mit nur eingeschränktem (z. B. ausschließlich hauswirtschaftlichem) Hilfebedarf Leistungsanträge in der sozialen Pflegeversicherung gestellt haben. Die unausweichliche Ablehnung derartiger Leistungsanträge verschlechtert die Ergebnisse der Bewilligungsstatistik der sozialen Pflegeversicherung.
- Privatversicherte versuchen tendenziell, sich länger selbst zu helfen, und stellen erst später Leistungsanträge. Diese werden dann eher anerkannt.

V. Vergütung ambulanter und stationärer Pflegeleistungen

1. Ambulante Pflege

1.1 Inhalt des Leistungskomplexsystems

Die Spitzenverbände der Pflegekassen hatten im März 1995 eine erste Bundesempfehlung zur Vergütung von ambulanten Leistungen über Leistungskomplexe abgegeben. Diese Empfehlung wurde mit – vielfältigen – Abweichungen auf Landesebene von der Selbstverwaltung zwischen Pflegekassen und Leistungserbringern vertraglich vereinbart.

Im Leistungskomplexsystem werden typischerweise zusammenfallende pflegerische Verrichtungen zu Leistungspaketen zusammengefaßt (z. B. in der Kleinen Morgen- und Abendtoilette: An- und Auskleiden, Teilwaschen, Mund- und Zahnpflege, Kämmen) und über ein Punktsystem bewertet. In die Punktbewertung ist auch der Zeitaufwand eingegangen. Nach diesem System werden nicht mehr pauschale Einsatzvergütungen vereinbart. Es ist definiert, was das jeweilige Leistungspaket kostet. Vergütet werden die Leistungspakete, die ein Pflegebedürftiger je nach seinem individuellen Pflegebedarf abrufen. Die Höhe der Vergütungsabschlüsse im ambulanten Bereich differiert erheblich, wobei diese Effekte zum Teil auch auf Schiedsstellenentscheidungen beruhen.

1.2 Mängel im bisherigen Leistungskomplexsystem

Nach den ersten Erfahrungen mit dem neuen Vergütungssystem zeigte sich, daß Anpassungen im Leistungskomplexsystem dringend erforderlich waren, um unvertretbare Preisentwicklungen zu korrigieren. Es bestanden insbesondere folgende Schwächen:

- Die Leistungskomplexe überschritten sich in Teilbereichen und ermöglichten dadurch die doppelte Abrechnung einzelner Leistungen.
- Einige Leistungskomplexe waren noch nicht hinreichend auf die Vielfalt der tatsächlichen Versorgungsbedürfnisse zugeschnitten; sie enthielten Leistungsbestandteile, die häufig nicht abgerufen wurden, aber dennoch bezahlt werden mußten. Hier war eine sachgerechtere Ausdifferenzierung notwendig, ohne einer Einzelleistungsvergütung Vorschub zu leisten.

Neben diesen strukturbedingten Mängeln des Leistungskomplexsystems selbst wirkte sich nachteilig aus, daß nicht individuell mit jedem Pflegedienst, sondern weitgehend auf Landesebene verhandelt worden war mit der Folge, daß der vom Gesetzgeber gewollte Leistungswettbewerb zwischen den Pflegediensten „vor Ort“ nicht zum Tragen kam. Ferner haben die Träger ambulanter Pflegedienste versucht, erhebliche Vergütungserhöhungen durchzusetzen und dies zum Teil auch erreicht.

Im übrigen versuchen die Pflegedienste vielfach, den Sachleistungsrahmen des SGB XI voll „auszureizen“ und nutzen oftmals die gestrichenen oder gekürzten Betriebskostenzuschüsse (z. B. der Gemeinden oder der Kreise) als Vorwand für überproportionale „Ausgleiche“. Diese Entwicklung geht zu Lasten der Pflegebedürftigen, da die Pflegekasse bei höheren Pflegevergütungen je Einsatz weniger Leistungen „einkaufen“ kann und die Zuzahlungsanteile für die Pflegebedürftigen dementsprechend steigen. Insgesamt schmälert die Preisentwicklung die helfende und entlastende Wirkung der Leistungsansprüche in der Pflegeversicherung.

Um eine optimale und kostengünstige Ausnutzung in jedem Einzelfall zu erreichen, ist eine genaue und detaillierte Kenntnis der einzelnen Leistungskomplexe und ihrer Inhalte erforderlich. Anfangs hat sich vor diesem Hintergrund das neue, zunächst ungewohnte Leistungskomplexsystem für viele Pflegebedürftige, aber auch für viele Pflegedienste in der praktischen Umsetzung als schwierig erwiesen. Die Handhabung dieses Abrechnungssystems hat sich inzwischen allerdings wesentlich besser eingespielt. Sachdienlich war hierbei auch, daß durch das 1. SGB XI-ÄndG die Pflegekassen ausdrücklich zu einer verstärkten Beratung der Pflegebedürftigen und zur Erstellung von Preisvergleichslisten verpflichtet wurden (§ 72 Abs. 5 SGB XI).

1.3 Leistungskomplexsystem nach den Empfehlungen der Spitzenverbände vom 8. November 1996

Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben ihre Bundesempfehlung vom März 1995 überarbeitet und

unter dem 8. November 1996 neu verabschiedet. In die Empfehlung sind allgemeine Grundsätze, Vorgaben zur Vergütungsfähigkeit von Leistungen und Aufwendungen sowie Ausführungen zu Inhalt und Anwendung der Leistungskomplexe aufgenommen worden. Als positiv hervorzuheben ist dabei, daß die nachfolgenden Leistungsbestandteile mit abgegolten werden:

- aktivierende Pflege,
- prophylaktische Maßnahmen zur Vorbeugung gegen Sekundärerkrankungen,
- Vor- und Nachbereitung des Pflegebereichs und
- Dokumentation.

Wesentliche Neuerungen bei den einzelnen Leistungskomplexen bestehen darin, daß deren Leistungsinhalte stärker konkretisiert und differenziert werden. Dadurch erhöht sich die Zahl der Leistungskomplexe von 18 auf 24. Hinzu kommen genaue Regelungen, wie beim Zusammentreffen mehrerer Leistungskomplexe zu verfahren ist, die bisher gänzlich fehlten. Ferner sind die Regelungen über die Abrechenbarkeit von Leistungskomplexen überarbeitet worden.

Durch die Überarbeitung des Inhaltes der Leistungskomplexe hin zu einer stärkeren Differenzierung besteht die Möglichkeit, die Leistungen besser auf die jeweilige Bedarfssituation des einzelnen Pflegebedürftigen abzustimmen. Dabei hilft die verbesserte und konkretisierte Leistungsbeschreibung der einzelnen Leistungskomplexe. Ferner tragen die detaillierten Zusammentreffensregelungen dazu bei, daß Leistungsüberschneidungen und Doppelabrechnungen zurückgehen. Die neue Bundesempfehlung enthält darüber hinaus Vorschläge zur Abrechnung von Wegekosten. Die Abrechnung von Wegekosten und deren Zuordnung zu den Kostenträgern (Krankenkassen, Pflegekassen) hatten in der Vergangenheit zu Unklarheiten geführt. Hier trägt die Bundesempfehlung zur Bereinigung bei.

1.4 Leistungskomplexsystem nach dem Vorschlag der Bundesverbände der privaten Pflegedienste

Die Verbände der ambulanten privaten Pflegedienste haben einen eigenen Vorschlag zur Fortentwicklung des Leistungskomplexsystems erarbeitet. Danach soll die Abrechnung ambulanter Pflegeleistungen auf der Grundlage eines abgewandelten Leistungskomplexsystems erfolgen. Der Vorschlag sieht für die Grundpflege drei nahezu identische „Grundmodule“ im Bereich der Morgen- oder Abendtoilette vor. Diese Grundmodule können durch unterschiedliche Einzelverrichtungen ergänzt werden. Für besondere Personengruppen wird ein Zusatzmodul vorgeschlagen, bei dem für Beaufsichtigung und Anleitung nach Zeit abgerechnet werden kann. Zur Abrechnung von Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung wird gänzlich auf das Modulsystem verzichtet und eine Abrechnung nach Zeit vorgeschlagen.

1.5 Fazit

Zum jetzigen Zeitpunkt der Umsetzung des Leistungskomplexsystems der Spitzenverbände der Pflegekassen erscheint es ratsam, die Beteiligten nicht mit einem erneuten Systemwechsel oder einer Systemanpassung zu verunsichern, sondern zunächst die Tauglichkeit des von den Pflegekassen überarbeiteten Leistungskomplexsystems, das bislang erst vereinzelt und modifiziert in die Vergütungsverträge „vor Ort“ umgesetzt wurde, zu überprüfen.

2. Stationäre Pflege

2.1 Übergangsregelung nach Artikel 49a PflegeVG

Im Vorfeld der 2. Stufe der Pflegeversicherung war für den Gesetzgeber absehbar, daß Vergütungsvereinbarungen nicht rechtzeitig abgeschlossen sein würden. Der Gesetzgeber hat daher mit dem 1. SGB XI-ÄndG eine gesetzliche Übergangsregelung zur Ermittlung der Heimentgelte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen getroffen (Artikel 49a PflegeVG). Diese Übergangsregelung regelt längstens bis zum 31. Dezember 1997 die Heimentgelte. Sie hat zwei Vergütungsvarianten, zwischen denen die Pflegeheime wählen konnten.

2.1.1 Erste Variante des Artikels 49a PflegeVG

In der ersten Variante wurde die Fortgeltung des am 30. Juni 1996 für den einzelnen Pflegebedürftigen maßgeblichen Heimentgeltes vorgesehen. Bei dieser Variante wurden die Pflegebedürftigen genau in Höhe der pauschalen Leistungsbeträge der Pflegeversicherung entlastet. Diese klar überschaubare Regelung führte allerdings dazu, daß Pflegebedürftige der gleichen (alten) Stufe je nach Einstufung in die neuen Pflegestufen des SGB XI unterschiedliche Leistungen der Pflegekasse erhielten und deshalb in unterschiedlicher Weise entlastet wurden.

2.1.2 Zweite Variante des Artikels 49a PflegeVG

Nicht zuletzt die eindringlich vorgebrachten Befürchtungen der Heimträger um die Aufrechterhaltung ihrer wirtschaftlichen Existenzgrundlagen während der Übergangszeit haben zur Aufnahme der zweiten Variante in die Übergangsregelung geführt. Diese zweite Variante, auf die sich die Pflegeheime bis zum 31. Dezember 1996 umstellen konnten, erforderte eine Umrechnung der bisherigen Heimentgelte in neue Heimentgelte. Nach dem gesetzlich vorgegebenen Rechenvorgang war auf der Grundlage der neuen Pflegestufen des SGB XI eine Gewichtung des pflegerischen Aufwandes mit festen Verhältniswerten vorzunehmen. Die Umrechnung wurde entsprechend den gesetzlichen Vorgaben vom Heim durchgeführt und von den Pflegekassen sowie den Sozialhilfeträgern auf ihre rechnerische Richtigkeit hin überprüft. Das Gesamtbudget der Einrichtung blieb zum Stichtag der Umrechnung unverändert. Nach Erkenntnissen des BMA hat die überwiegende Zahl der Heimträger die zweite Variante gewählt.

2.1.3 Auswirkungen der Übergangsregelung

In der zweiten Vergütungsvariante des Artikels 49a PflegeVG kam es zu einer grundlegenden Umstrukturierung des Gesamtbudgets der Pflegeeinrichtungen. Dabei war es unvermeidlich, daß die in der zweiten Variante vorgenommene Umrechnung der bisherigen Heimentgelte teils zu Absenkungen, teils aber auch insbesondere in der neuen Pflegestufe III zu Erhöhungen der Entgelte bei dem zum Stichtag gleichbleibenden Gesamtbudget der Einrichtung führte.

Die Umgestaltung der Heimentgelte beruhte nicht auf einer Änderung des Pflegeaufwandes des einzelnen Pflegebedürftigen, sondern auf einer grundlegenden neuen Zuordnung der Bewohner in neue Pflegestufen und der am unterschiedlichen Pflegeaufwand ausgerichteten Umstellung auf das neue Vergütungssystem.

Für viele Heimbewohner war die Umstellung des Vergütungssystems von Vorteil. Sofern Heimbewohner, die in der Vergangenheit der alten höchsten Stufe zugeordnet waren und demgemäß das Heimentgelt dieser Stufe zu zahlen hatten, einer niedrigeren (neuen) Pflegestufe nach dem SGB XI zugeordnet wurden, führte dies im Rahmen der zweiten Variante der Übergangsregelung zu einer Absenkung der Heimentgelte dieser Bewohner. Eine generelle Vergleichbarkeit der alten und der neuen Pflegestufen war dabei allerdings nicht gegeben. Die Änderungen der Heimentgelte konnten also beim Übergang auf das neue Vergütungssystem des SGB XI jeweils nur im Einzelfall betrachtet werden. Außerdem sind sie immer im Zusammenhang mit den hinzutretenden Leistungen der Pflegeversicherung zu werten. Diese führten selbst bei Erhöhungen der bisherigen Heimentgelte im Vergleich mit den Heimentgelten vor dem Inkrafttreten der Pflegeversicherung in der Regel zu einer deutlichen finanziellen Entlastung des Pflegebedürftigen.

Bei der Beurteilung der vergütungsrechtlichen Auswirkungen der Übergangsregelung ist zudem zu berücksichtigen, daß es sich um eine zeitlich befristete Regelung zur Bestimmung der Heimentgelte in Pflegeheimen handelte. Insgesamt läßt sich sagen, daß das mit der Übergangsregelung verfolgte Ziel, die wirtschaftliche Grundlage der Pflegeheime im Übergangszeitraum zu sichern, erreicht worden ist. Dies gilt vor allem für die zweite Variante von Artikel 49a PflegeVG. Vor diesem Hintergrund bestand nach Einführung der 2. Stufe der Pflegeversicherung auch keine Veranlassung für Qualitätsabbau oder gar Personaleinsparungen in den Pflegeheimen, wie immer wieder behauptet worden ist.

2.2 Künftige Vergütungen

2.2.1 Vergütungssystem nach dem SGB XI

Das Übergangssystem mit seinen notwendigen Pauschalregelungen wird spätestens vom Jahr 1998 an durch heimindividuelle Vergütungsvereinbarungen abgelöst. Der Gesetzgeber garantiert den Heimen dabei einen gesetzlich gesicherten Anspruch auf

Heimentgelte, die leistungsgerecht sind und dem tatsächlichen Versorgungsaufwand entsprechen. Diese im Wege der Verhandlung für jedes Heim individuell zu vereinbarenden Entgelte müssen dem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Zur Bemessung des Personal- und Sachaufwandes sind nach dem Vertrags- und Vergütungsrecht des SGB XI allein der zwischen den Parteien der Selbstverwaltung vereinbarte Versorgungsauftrag und die zu dessen wirtschaftlicher Erfüllung notwendigen Aufwendungen maßgeblich.

Bei der Bemessung der Vergütungen für die pflegebedingten Leistungen (Pflegesätze) sind zwei wichtige Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

- Soweit der vereinbarte Pflegesatz die leistungrechtlichen Grenzen der Pflegekassen übersteigt, ist das Pflegeheim befugt, den überschießenden Teil dem Pflegebedürftigen selbst oder ggf. dem zuständigen Sozialhilfeträger in Rechnung zu stellen. Denn kein Heim kann gezwungen werden, seine Leistungen unterhalb seiner „Gestehungskosten“ anzubieten.
- Der Pflegesatz schließt auch Entgeltbestandteile für Leistungen ein, die bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Zuordnung des Pflegebedürftigen zu einer Pflegestufe nach der Systematik des SGB XI nicht berücksichtigt werden, nämlich die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung, die über rein pflegerische Bedürfnisse hinausgehen. Letztere umfaßt die allgemeine Anleitung, Beaufsichtigung und Betreuung altersverwirrter Menschen.

In diesem Sinne hebt die gemeinsame Orientierungshilfe des BMA und des BMG über die Zuordnung von Personal und Sachmitteln zu den „Finanzierungsquellen“ nach dem SGB XI bei vollstationären Pflegeheimen (Zuordnungsübersicht)³⁵⁾ ausdrücklich hervor, daß die soziale Betreuung u. a. folgende individuellen Hilfen der persönlichen Zuwendung gegenüber dem Pflegebedürftigen umfaßt:

- die Begleitung des Pflegebedürftigen bei Behördengängen und sonstigen Besorgungen sowie bei Spaziergängen,
- die allgemeine Betreuung und Beaufsichtigung von geistig behinderten, psychisch kranken oder dementen Pflegebedürftigen einschließlich tagesstrukturierender Maßnahmen und therapeutischer Gespräche (z. B. bei Angst- oder Unruhezuständen) sowie
- die Sterbebegleitung.

Mit der Einbeziehung in die soziale Betreuung und damit in den Pflegesatz wird die allgemeine Betreuung altersverwirrter Menschen auf eine rechtlich abgesicherte Grundlage gestellt; sie kann ggf. über die unabhängige Schiedsstelle erzwungen werden, wenn die Vertragsparteien sich insoweit nicht auf eine leistungsgerechte Vergütung verständigen können. Soweit diese die leistungrechtlichen Grenzen

³⁵⁾ siehe Anlage 4

der Pflegeversicherung übersteigt, gilt der oben dargestellte erste Grundsatz, daß der über die Leistungspflicht der Pflegekassen hinausgehende Anteil am Pflegesatz von dem pflegebedürftigen Heimbewohner selbst oder von seinen unterhaltspflichtigen Angehörigen oder bei Bedürftigkeit vom Sozialhilfeträger zu zahlen ist. Das gleiche gilt für die medizinische Behandlungspflege.

Insgesamt wird das neue Vergütungssystem die Leistungsfähigkeit des einzelnen Pflegeheims stärker widerspiegeln als die Übergangsregelung und somit zur Beruhigung und auch zur Versachlichung der teilweise kontrovers geführten Diskussionen über die Vergütungen der Pflegeheime führen. Im Ergebnis kommt es für die Pflegeheime jetzt darauf an, in den Vergütungsverhandlungen zwischen Pflegekassen und Sozialhilfeträgern auf der einen Seite und den Heimträgern auf der anderen Seite ihre Personalkosten und sonstigen Aufwendungen zur wirtschaftlichen Erfüllung ihres Versorgungsauftrages hinreichend zu begründen und plausibel zu machen. Nach Angaben der Kostenträger werden die Verhandlungen rechtzeitig und flächendeckend zum 1. Januar 1998 abgeschlossen sein.

Nach Auffassung des BMA ist vor dem Hintergrund des Vorrangs der Selbstverwaltung eine vielfach eingeforderte Abgrenzungsverordnung derzeit weder erforderlich noch erreichbar.

Der von der Bundesregierung vorgelegte Verordnungsentwurf zur Abgrenzung der Investitionsaufwendungen von den sonstigen Aufwendungen einer Pflegeeinrichtung (BR-Drucksache 289/95) sah eine Wertgrenze von 100 DM für die Unterscheidung zwischen Verbrauchs- und Investitionsgütern vor. Der Bundesrat hat dem Verordnungsentwurf mit Beschluß vom 23. Juni 1995 mit der Maßgabe zugestimmt, daß die Wertgrenze für die Wiederbeschaffung der den Verbrauchsgütern zuzuordnenden Anlagegüter von 100 DM (§ 2 Abs. 1 Satz 2 Pflege-AbgrV) auf 800 DM heraufgesetzt werde. Dies hätte im Ergebnis bedeutet, daß alle Anlagegüter im Wert bis zu 800 DM nicht als Investitionen, sondern als betriebliche Aufwendungen aus dem Pflegesatz hätten finanziert werden müssen. Die Maßgabe hätte also zu einer massiven Verlagerung der Verantwortung für die Investitionsförderung von den Ländern auf die Pflegebedürftigen und deren Kostenträger, vorrangig die Pflegekassen, geführt. Dies ist durch die Rechtslage im SGB XI nicht gedeckt und hätte finanziell die Pflegebedürftigen mit einem zusätzlichen Betrag von rd. 500 bis 700 Mio. DM jährlich belastet. Vor diesem Hintergrund sah sich die Bundesregierung nicht in der Lage, die Verordnung entsprechend der Maßgabe des Bundesrates zu ändern und zu beschließen.

In der Sache besteht weiterhin Einigkeit, daß insbesondere für die Pflegeheime einfache Zuordnungen ihrer Aufwendungen wünschenswert sind. Das BMA und das BMG haben daher gemeinsam die Orientierungshilfe über die Zuordnung von Personal und Sachmitteln zu den „Finanzierungsquellen“ nach dem SGB XI bei vollstationären Pflegeheimen vorgelegt.

2.2.2 Begrenzung des Kostenanstiegs nach Artikel 49b PflegeVG und § 93 Abs. 6 BSHG

2.2.2.1 Inhalt der Regelungen zur Kostenbegrenzung

Bei den Vergütungsverhandlungen nach dem neuen Recht des SGB XI sind die Vertragsparteien an die gesetzlichen Vorgaben der Regelungen zur Begrenzung des Kostenanstiegs in Pflegeeinrichtungen gebunden, die in § 93 Abs. 6 BSHG und Artikel 49b PflegeVG mit Zustimmung des Bundesrates normiert wurden. Nach beiden Vorschriften dürfen die Heimentgelte in den Jahren 1996, 1997 und 1998 – von Ausnahmen abgesehen – in den alten Bundesländern jährlich nicht höher steigen als 1 v.H. und in den neuen Bundesländern nicht höher als jährlich 2 v.H.

Als Ausgangsbasis für die Bemessung der Heimentgelte in den ersten Vergütungsverhandlungen nach dem neuen Recht des SGB XI sind nicht die Übergangsentgelte nach Artikel 49a PflegeVG zugrunde zu legen, sondern kraft ausdrücklicher Bestimmung des § 93 Abs. 6 BSHG die am 18. Juli 1995 vereinbarten oder durch die Schiedsstelle festgesetzten BSHG-Pflegesätze, die jedoch spätestens am 31. Dezember 1995 in Kraft getreten sein mußten. Diese Ausgangsentgelte sind auch die Bezugsgröße für die nach beiden Vorschriften zulässigen Entgeltsteigerungen in den Jahren 1996 bis 1998.

Bei der Beurteilung der Deckelungsregelungen ist zu beachten, daß sie in den derzeit noch gültigen Übergangsentgelten überhaupt keine Rolle spielen und erst zu berücksichtigen sind, wenn die Pflegeheime und die Kostenträger Vergütungsverhandlungen nach dem SGB XI aufnehmen.

Die Deckelung betrifft nur die Steigerungsrate der Heimentgelte und nicht die Mengenkomponente. Wenn also die Zahl der pflegebedürftigen Heimbewohner oder die Zahl der schweren und schwersten Fälle zunimmt und sich hieraus eine Ausgabensteigerung zu Lasten der Kostenträger ergibt, hindert die Deckelung einen hierdurch bedingten Einnahmeanstieg des Pflegeheims nicht.

2.2.2.2 Anlaß für die Regelungen zur Kostenbegrenzung

Der Hintergrund für die gesetzliche Deckelung liegt darin, daß die Ausgaben für die Sozialhilfe in Einrichtungen über viele Jahre hinweg zweistellige Zuwachsraten hatten und nach einem vorübergehenden Rückgang in den Jahren 1982 bis 1988 (jeweils 6,2 v.H.) ab 1989 bis 1993 wieder um mehr als 11 v.H. jährlich angestiegen sind, obwohl die Zahl der Leistungsempfänger im gleichen Zeitraum seit 1982 mit einer jahresdurchschnittlichen Zuwachsrate von 1,8 v.H. eher verhalten angestiegen ist. Auch wenn die Hauptursachen hierfür in einer Verbesserung der Personalausstattung und in sonstigen qualitativen Verbesserungen der Leistung zu sehen sind, können nach Auffassung des Gesetzgebers auf Dauer Kostensteigerungen in zweistelliger Höhe von den öffentlichen und kommunalen Haushalten nicht mehr verkraftet werden.

Vor diesem Hintergrund ging der Gesetzgeber davon aus, daß die Pflegeheime über hinreichende Wirtschaftlichkeitsreserven verfügen, um die maßvolle Deckelung des Anstiegs der Heimentgelte unter Beibehaltung des bisherigen Leistungs- und Qualitätsstandards zu verkraften. Die gesetzlichen „Deckelungsvorschriften“ zwingen die Pflegeheime dort zu kostensenkenden Entscheidungen, wo der Kostenanstieg in einem Pflegeheim nicht innerhalb des zulässigen Steigerungssatzes zu halten ist. Als Hauptkostenfaktor schlagen in den Pflegeheimen die Personalkosten mit 70 bis 80 v.H. zu Buche. Zu den vergleichsweise moderaten Tarifabschlüssen kommen als weitere kostensteigernde Faktoren beispielsweise höhere Arbeitgeberbeiträge für Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung hinzu. Im Sachkostenbereich können die Erhöhungen kommunaler Steuern und Abgaben (z.B. Grundsteuer, Gebühren für Wasser, Abwasser, Abfallentsorgung etc.) nennenswerte Kostensteigerungen, die oberhalb des „Deckels“ liegen, ergeben.

2.2.2.3 Praktische Hinweise zur Umsetzung der Deckelungsregelungen

Zur Beschleunigung einvernehmlicher Vergütungsabschlüsse wurden in einigen Ländern Vereinbarungen über die Vergütungsstrukturen zur Umsetzung der „Deckelungsvorschriften“ des Artikels 49b PflegeVG sowie des § 93 Abs. 6 BSHG getroffen. Auf dieser Grundlage sollen die heimindividuellen Vergütungsverhandlungen geführt werden. Zur Auslegung und Anwendung dieser „Deckelungsvorschriften“ haben Bund und Länder im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und den kommunalen Spitzenverbänden „Praktische Hinweise“ erarbeitet.³⁶⁾ Diese Hinweise zeigen für die Fälle, in denen die Vertragsparteien „vor Ort“ bei ihren Vergütungsverhandlungen keine Einigung finden können, den Weg für einvernehmliche Vertragslösungen und angemessene Anschlußregelungen zu der Übergangsregelung nach Artikel 49a PflegeVG auf und tragen, wie Rückmeldungen aus der Praxis zeigen, bereits kurz nach ihrer Veröffentlichung nachhaltig zur Versachlichung der Diskussionen über die künftige Vergütungsstruktur und den Vergütungsumfang bei.

2.3 Standard-Pflegesatz-Modell der Kostenträger zur Vorbereitung der Pflegesatzverhandlungen

Im Verlaufe des Jahres 1997 hat das von den Spitzenverbänden der Pflegekassen und Sozialhilfeträgern entwickelte „Standard-Pflegesatz-Modell“ (SPM) zur Vorbereitung der Vergütungsverhandlungen mit den Pflegeheimen zu erheblicher Verunsicherung der „Pflegelandschaft“ geführt. Aus den im SPM vorgesehenen Durchschnittswerten leiteten die Verbände der Heimträger und des Pflegepersonals die Konsequenz von Personalentlassungen in der Größenordnung von 30 v.H. ab. Die Hinweise des BMA, daß

- es sich bei dem SPM um einen unverbindlichen Verhandlungsansatz einer Partei der Vergütungsverhandlungen handle,
- bundeseinheitliche Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung weder angestrebt würden noch gesetzlich zulässig seien,
- jedes Pflegeheim Anspruch auf eine leistungsgerechte Vergütung entsprechend dem heimindividuellen Versorgungsauftrag und dem heimindividuellen Versorgungsaufwand für die Heimbewohner habe,

haben insgesamt zu einer Beruhigung und Versachlichung der Diskussion um das SPM geführt. Vor dem Hintergrund der zum Teil massiven Kritik wurde das Modell mancherorts nicht als Verhandlungsansatz in die Vergütungsverhandlungen eingebracht.

2.4 Durchschnittliche Höhe der Heimentgelte

Die Kosten für die Heimunterbringung variieren je nach Region und nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit erheblich. Eine vorläufige (und begrenzt geführte) Auswertung der derzeitigen Heimentgelte in den vollstationären Pflegeeinrichtungen zeigt für einen Teil der alten Bundesländer folgendes Ergebnis:

Die durchschnittlichen Heimentgelte liegen je nach ausgewerteter Region in den einzelnen Pflegeklassen in folgenden Bandbreiten:

Pflegeklasse I	3 250 DM bis 4 070 DM
Pflegeklasse II	3 900 DM bis 4 880 DM
Pflegeklasse III	5 050 DM bis 6 300 DM

VI. Auswirkungen der Pflegeversicherung im Bereich der Sozialhilfe

1. Abgrenzung Sozialhilfe und Pflegeversicherung

Die Abgrenzungsprobleme mit der Sozialhilfe in der Anfangsphase der Pflegeversicherung sind inzwischen, insbesondere durch die Regelungen im Rahmen des 1. SGB XI-ÄndG, weitgehend gelöst. Zur Lösung noch vorhandener Probleme in Einzelfällen ist nicht der Gesetzgeber gefordert, sondern die meisten dieser Probleme sind mit vernünftiger Verwaltungspraxis lösbar.

2. Sozialhilfe neben den Leistungen der Pflegeversicherung

Probleme bereitet in der Praxis immer wieder die Unkenntnis über das grundsätzliche Verhältnis zwischen der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe.

Sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Pflege gilt: Wenn im Einzelfall keine oder nicht ausreichende Leistungen der Pflegeversicherung erbracht werden und der Pflegebedürftige oder seine unterhaltspflichtigen Angehörigen nicht über genügend Eigenmittel verfügen, um die verbleibenden Kosten für einen notwendigen und angemessenen Pflege- und Betreuungsbedarf zu tragen, können zur indivi-

³⁶⁾ siehe Anlage 5

duellen Bedarfsdeckung nach wie vor die Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden. Die Sozialhilfe ist in unserem bewährten System der sozialen Sicherheit das Auffangnetz für die Gewährleistung eines menschenwürdigen Lebens, wenn der einzelne nicht mehr in der Lage ist, für sich selbst zu sorgen. Die Einführung der Pflegeversicherung hat zu einer wesentlichen Verringerung der Inanspruchnahme der Sozialhilfe geführt; sie schließt jedoch weitergehende, neben den Leistungen der Pflegeversicherung notwendige Pflege- und Betreuungsleistungen der Sozialhilfe im Bedarfsfalle nicht aus.

3. Finanzielle Entlastung der Sozialhilfe und Verringerung der Zahl der Sozialhilfeempfänger

Der Gesetzgeber ist mit dem sozialpolitischen Ziel angetreten, durch die Pflegeversicherung möglichst viele Pflegebedürftige aus der pflegebedingten Sozialhilfeabhängigkeit herauszuführen. Dieses Ziel wird mit den Leistungen der Pflegeversicherung weitgehend erreicht:

Das Otto-Blume-Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) hat – ausgehend von Infra-test-Daten aus den Jahren 1991/92 – im vergangenen Jahr in einem Gutachten im Auftrag des BMG die Einsparungen in der Sozialhilfe durch die Pflegeversicherung mit 10,4 Mrd. DM für das Jahr 1997 angenommen. Das Ergebnis deckt sich mit den Voraus-schätzungen des BMA über Einsparungen von 10 bis 11 Mrd. DM jährlich zugunsten der Sozialhilfe.

Im Jahr 1994 gaben die Sozialhilfeträger rd. 1,63 Mrd. DM für ambulante Pflege aus. Erstmals gab es hier im Jahr 1995 aufgrund der am 1. April 1995 in Kraft getretenen 1. Stufe der Pflegeversicherung mit ihren ambulanten Leistungen keinen Ausgabenzuwachs mehr wie regelmäßig in der Vergangenheit, sondern die Ausgaben für diesen Hilfebereich sanken auf 1,1 Mrd. DM. Die Pflegeversicherung erbringt in diesem Bereich im Jahr 1997 Leistungen in Höhe von rd. 15 Mrd. DM. In der ambulanten Pflege dürfte folglich der weit überwiegende Teil der Pflegebedürftigen von der Sozialhilfe unabhängig werden.

Im stationären Bereich, wo rd. 80 v.H. der Heimbewohner sozialhilfeabhängig waren und die Ausgaben der Sozialhilfe im Jahr 1995 rd. 16,4 Mrd. DM betrugen, erbringt die Pflegeversicherung Leistungen in Höhe von rd. 13 Mrd. DM jährlich. Hier wird die größte Entlastung für die Sozialhilfe eintreten, denn die Leistungen der Pflegeversicherung werden einen Großteil der rd. 453 000 Pflegebedürftigen in Heimen und Einrichtungen der Behindertenhilfe aus der Abhängigkeit der Sozialhilfe befreien.

Im Einzelfall hängt die Inanspruchnahme der Sozialhilfe vom Einkommen und Vermögen des Pflegebedürftigen sowie von der Höhe der Heimentgelte ab, die je nach Grad der Pflegebedürftigkeit, aber auch von Region zu Region eine erhebliche Schwankungsbreite aufweisen.

Exakte Zahlen, in welchem Umfang die Abhängigkeit von der Sozialhilfe bereits reduziert worden ist, gibt es immer noch nicht. Die aktuell verfügbaren

Angaben aus der amtlichen Sozialhilfestatistik über die Ausgaben im Bereich der Hilfe zur Pflege sind aus dem Jahr 1996, dem Jahr, in dem am 1. Juli die 2. Stufe der Pflegeversicherung in Kraft trat.

Auf dieser Datengrundlage läßt sich sagen, daß es anders als in der Vergangenheit nicht nur keinen erheblichen Zuwachs bei den Ausgaben gegeben hat, sondern daß die Sozialhilfeausgaben 1996 für „Hilfe zur Pflege“ im Vergleich zum Vorjahr um 3,6 Mrd. DM – also um 20,5 v.H. – gesunken sind.

Diese Ergebnisse des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 1996 deuten darauf hin, daß die Schätzungen des BMA und des Otto-Blume-Instituts zutreffen und die Pflegeversicherung die Sozialhilfe im Jahr 1997 zwischen 10 und 11 Mrd. DM jährlich entlastet. Für die Plausibilität dieser Schätzungen spricht auch folgendes:

- a) Im Jahr 1996 standen die stationären Leistungen der Pflegeversicherung erst ab 1. Juli, d.h. „nur“ für ein halbes Jahr zur Verfügung.
- b) Verglichen wurden vom Statistischen Bundesamt die Ausgaben 1996 mit den Ausgaben 1995; die Ausgaben 1995 waren bereits durch die ab dem 1. April 1995 erbrachten ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung gemindert.
- c) Für einen echten Vergleich – was wäre ohne Einführung der Pflegeversicherung eingetreten – müßten zudem die tatsächlichen Ausgaben des Jahres 1996 den mit den Steigerungssätzen der Vorjahre fortgeschriebenen Ausgaben des Jahres 1994 gegenübergestellt werden. Unter Berücksichtigung dieser jährlichen Steigerungsrate ist die Entlastung der Sozialhilfe für das erste Halbjahr 1996 noch um eine 1 Mrd. DM höher anzusetzen.

Soweit Lücken zwischen verfügbarem Einkommen und Leistungen der Pflegeversicherung einerseits und dem zu entrichtenden Pflegesatz andererseits bleiben, könnten sie in dem Umfang weiter verringert werden, in dem die Länder Investitionskosten übernehmen.³⁷⁾ Kämen die Länder endlich ihrer politischen Verpflichtung zur Übernahme der Investitionskosten mehr als bisher vorgesehen nach, würde die Zielsetzung des Gesetzgebers, möglichst viele Pflegebedürftige aus der Sozialhilfeabhängigkeit zu befreien, in noch größerem Umfang erreicht.

Für die neuen Bundesländer ist in diesem Zusammenhang zu berücksichtigen, daß mit dem Investitionshilfeprogramm nach Artikel 52 PflegeVG in den Jahren 1995 bis 2002 aus Bundesmitteln insgesamt 6,4 Mrd. DM (800 Mio. DM jährlich) für Investitionen in Pflegeeinrichtungen zur Verfügung stehen, die durch Komplementärmittel aus den Ländern auf 8 Mrd. DM aufgestockt werden.³⁸⁾ Dies trägt zu einer erheblichen Entlastung der Pflegebedürftigen bei.

Im übrigen sind in den Pflegeeinrichtungen auch die in den derzeitigen Heimentgelten enthaltenen Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen. Auch hier-

³⁷⁾ siehe dazu unter VIII.

³⁸⁾ siehe dazu unter IX.

durch kann der Personenkreis, der von Sozialhilfe abhängig bleibt, noch einmal reduziert werden.

4. Pflegebedürftige in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Zirka 140 000 Behinderte leben in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe. Im Vordergrund des Zwecks dieser Einrichtungen steht die Eingliederung, die Pflege hat nur untergeordnete Bedeutung. Deshalb beteiligt sich die Pflegeversicherung pauschal in Höhe von 10 v.H. des Heimentgelts, höchstens jedoch mit 500 DM monatlich, an den Heimkosten (§ 43a SGB XI). Für die Gewährung dieser Leistung reicht die Feststellung durch den MDK, daß die Voraussetzungen der erheblichen Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe I) erfüllt sind (§ 15 Abs. 1 SGB XI). Nur in Fällen, in denen auch Leistungen der häuslichen Pflege beantragt werden oder in denen es sich bei der Einrichtung der Behindertenhilfe – ausnahmsweise – um eine Pflegeeinrichtung im Sinne des SGB XI handelt, findet die Begutachtung durch den MDK mit der konkreten Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen statt.

4.1 Sinn- und Zweck des § 43a SGB XI

Bei der Vorschrift des § 43a SGB XI handelt es sich um einen Kompromiß, der im Mai 1996 im Vermittlungsverfahren zum 1. SGB XI-ÄndG gefunden wurde. Er sollte der vermehrten Umwidmung und der damit verbundenen Umstrukturierung von Behinderteneinrichtungen entgegenwirken, um den in den Einrichtungen der Behindertenhilfe praktizierten und bewährten ganzheitlichen Betreuungsansatz zu erhalten. Aus heutiger Sicht ist festzustellen, daß die Leistungen für pflegebedürftige Behinderte in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe die Umwidmung von Eingliederungshilfeplätzen in Pflegeplätze nicht in vollem Umfang verhindert haben. Dies war auch nicht zu erwarten, denn das geltende Pflegeversicherungsrecht läßt es nach wie vor zu, daß die „Pflegeabteilung“ einer Behinderteneinrichtung unter den Voraussetzungen des § 71 SGB XI (Pflege steht im Vordergrund, Leitung der „Pflegeabteilung“ unter der ständigen Verantwortung einer Pflegefachkraft, „Pflegeabteilung“ bildet eine selbständig wirtschaftende Einheit) als Pflegeeinrichtung im Sinne des SGB XI zugelassen werden kann.

4.2 Umstrukturierung in Pflegeeinrichtungen

Von Behindertenverbänden und Behinderteneinrichtungen wird immer wieder vorgebracht, daß Sozialhilfeträger auf die Einrichtungen der Behindertenhilfe Druck ausübten, sich zumindest teilweise in Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI umzuwidmen, um auf diese Art und Weise eine höhere finanzielle Entlastung durch die Leistungen der Pflegeversicherung zu erreichen. Statt der pauschalen Abgeltung der Pflegekosten in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in Höhe von höchstens 500 DM monatlich werde nicht nur in Einzelfällen der Versuch unternommen, möglichst die höheren Wertgren-

zen der Sachleistungen der Pflegeversicherung zugunsten der Sozialhilfe auszuschöpfen.

Auf eine Umfrage des BMA zu dieser Problematik im September 1997 haben die Länder und Pflegekassen geantwortet, daß in der Vergangenheit Plätze in Einrichtungen der Behindertenhilfe umgewidmet wurden und weitere Umwidmungen beabsichtigt seien. Dabei handele es sich um Plätze für Behinderte, bei denen ausschließlich oder doch weit überwiegend pflegerischer Bedarf bestehe.

Aus den zum Teil von Landesministerien vorgeschlagenen Zuordnungsvereinbarungen – z.B. der des Hessischen Ministeriums für Frauen, Arbeit und Sozialordnung – kann abgeleitet werden, daß ca. 10 v.H. der Behinderten in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe von einer möglichen Umwidmung betroffen sein können, weil bei ihnen ausschließlich oder doch zumindest weit überwiegend pflegerischer Bedarf besteht. Auch die Behindertenverbände bestreiten nicht, daß in den Einrichtungen der Behindertenhilfe ein gewisser Prozentsatz der Behinderten dem genannten Personenkreis zuzurechnen ist. In Zahlen stellt sich die gegenwärtige Situation bei der Umwidmung wie folgt dar:

Für ca. 80 bis 85 v.H. der insgesamt 140 000 Plätze in Einrichtungen der Behindertenhilfe ist inzwischen eine einvernehmliche Zuordnung erreicht; dies bestätigen auch die Behindertenverbände. Streitig ist demnach die vollständige oder teilweise Zuordnung von Einrichtungen der Behindertenhilfe mit insgesamt ca. 21 000 bis 28 000 Plätzen.

Die überörtlichen Träger der Sozialhilfe haben Ende Oktober 1997 den förmlichen Beschluß gefaßt, bei der Problematik der Verlegung von pflegebedürftigen Personen in Pflegeeinrichtungen eine „großzügige Linie“ zu fahren. Sie wollen in der Regel aus Härtegesichtspunkten nicht verlangen, daß Behinderte, die fast ausschließlich oder weit überwiegend pflegebedürftig sind, von Einrichtungen der Behindertenhilfe in zugelassene Pflegeeinrichtungen verlegt werden. Dies gelte insbesondere dann, wenn die entsprechende Einrichtung bereit und in der Lage sei, die Voraussetzungen für den Abschluß eines Versorgungsvertrages als zugelassene Pflegeeinrichtung zu schaffen. Damit sei sichergestellt, daß kleine Wohnheime für Behinderte, die diese Voraussetzungen nicht schaffen könnten, nicht mit in diesem Zusammenhang stehenden Fragen konfrontiert würden.

4.2.1 Das Positionspapier des BMG

Wie in der Sitzung des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestages am 12. März 1997 angekündigt, hat das BMG ein Positionspapier erarbeitet, dem das BMA, die Sozialhilfeträger und die Pflegekassen zugestimmt haben. Mit dem Positionspapier des BMG soll für den streitigen Teil der Plätze für Behinderte, bei denen ausschließlich oder doch weit überwiegend pflegerischer Bedarf besteht, ein pragmatischer Weg aufgezeigt werden, der den berechtigten Interessen der Behinderten und der Einrichtungen Rechnung trägt. Dem Papier sind Bemühungen aller Beteiligten im November 1996 und eine Fachtagung der Einrichtungsfach-

verbände vorausgegangen. Alle bisherigen Bemühungen haben gezeigt, daß insbesondere wegen der grundlegend unterschiedlichen Auffassungen zum Begriff der Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem BSHG zwischen den Einrichtungsfachverbänden einerseits und den Sozialhilfeträgern und dem BMG andererseits eine einvernehmliche Gesamtlösung nicht möglich war.

Das Positionspapier geht von folgenden Grundgedanken aus:

- Leistungen der Pflegeversicherung und der Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem BSHG stehen gleichwertig nebeneinander; in ihrer Zielsetzung sind sie unterschiedlich. Inhalt und Qualität der Eingliederungshilfe für Behinderte aber auch der Pflege sind weiterentwickelt und seit ihren Anfängen erheblich verbessert worden.
- Bei Behinderten, die ein Alter erreicht haben, in dem auch der gesunde Bürger keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, tritt möglicherweise eine Verschiebung in der Gewichtung der notwendigen Hilfeleistungen ein, weil die berufliche Eingliederung entfällt. Dies führt jedoch nicht automatisch dazu, daß der Eingliederungshilfebedarf (z.B. Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft) gegenüber notwendigen Pflegeleistungen in den Hintergrund tritt.
- Auch Behinderte, bei denen der Pflegebedarf gegenüber dem Bedarf an Eingliederungshilfe für Behinderte weit im Vordergrund steht, haben Anspruch darauf, daß ihr individueller Bedarf an Eingliederungshilfe gedeckt wird, und zwar unabhängig davon, ob sie sich in einer Behinderteneinrichtung oder in einer Pflegeeinrichtung befinden.
- Die ganzheitliche Betreuung vieler dieser Behinderten ist am besten gewährleistet, wenn in einer Einrichtung sowohl das für Eingliederungshilfe für Behinderte als auch das für Pflege notwendige Fachpersonal vorhanden ist. Wird in einer Einrichtung der Behindertenhilfe eine Pflegeabteilung gebildet, die die Voraussetzungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI erfüllt, kann dort die ganzheitliche Hilfe einschließlich des Eingliederungshilfebedarfs erbracht werden.
- Auch für alt gewordene Behinderte gilt, daß sie in der Regel in einer Einrichtung der Behindertenhilfe betreut werden und dort die auf 10 v.H. des Pflegesatzes bzw. 500 DM monatlich begrenzten Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Nur im Ausnahmefall, wenn der Behinderte ausschließlich oder weit überwiegend der Pflege bedarf, ist die Schaffung der Anspruchsvoraussetzungen für die volle Pflegeversicherungsleistung in Betracht zu ziehen.
- Pflege und Eingliederungshilfe für Behinderte sollen weiterhin aus einer Hand ganzheitlich erbracht werden. Dies kann in Einrichtungsteilen geschehen, die wirtschaftlich selbständig sind und deshalb nicht kleiner als 15 Plätze sein sollten. Diesen Einrichtungsteilen, die vorrangig der Pflege dienen, stehen die personellen und fachlichen Ressourcen des Eingliederungsteils zur Verfü-

gung, so daß der Behinderte seinem Bedarf entsprechend versorgt werden kann. Der verbleibende Bedarf an Eingliederungshilfe für Behinderte muß weiterhin vom Sozialhilfeträger befriedigt werden, auch dann, wenn der Behinderte dem Teil einer Einrichtung zugeordnet ist, in dem die Pflege im Vordergrund steht.

- Bei einer beabsichtigten – und nach dem geltenden Pflegeversicherungsrecht grundsätzlich möglichen – Umstrukturierung muß sichergestellt sein, daß in die „Pflegeabteilung“ einer Behinderteneinrichtung nur pflegebedürftige Behinderte aufgenommen werden, bei denen die Pflege die Eingliederungshilfeleistungen weit überwiegt. Hierfür kommen nur Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Betracht; z.B. dürfen werkstattfähige Behinderte nicht zu reinen Pflegefällen erklärt werden.
- Darüber hinaus müssen die Voraussetzungen des § 71 SGB XI für die Zulassung als Pflegeeinrichtung eingehalten werden. Dies bedeutet insbesondere, daß die „Pflegeabteilung“ unter der ständigen Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft stehen und eine selbständig wirtschaftende Einheit bilden muß.
- Für die wirtschaftliche Selbständigkeit ist eine gewisse, wenn auch nicht durchgehende organisatorische und funktionale Trennung des Betriebsbereichs Pflege erforderlich, denn in diesem Betriebsbereich steht die Pflege im Vordergrund des Zwecks dieses Bereiches, während in dem der Eingliederung dienenden Betriebsbereich die wesentlich weiter gefaßte und pädagogisch wie ganzheitlich ausgerichtete Eingliederung des Behinderten in die Gesellschaft im Vordergrund des Zwecks dieses Betriebsbereiches steht. Es muß erkennbar sein, daß es sich um zwei Einrichtungsteile einer gemischten Einrichtung handelt, die unter einem Dach unterschiedlichen Zwecken dienen.

4.2.2 Haltung der Beteiligten

Das Positionspapier hat vor Ort mit dazu beigetragen, eine einvernehmliche Zuordnung vorzunehmen und die Diskussion zu versachlichen.

Die Einrichtungs- und Behindertenverbände lehnen nach wie vor die Umwidmung von Behindertenplätzen insbesondere aus ihrem Verständnis der Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem BSHG heraus ab. Dieses sehr weite Verständnis geht nach Auffassung des zuständigen BMG und der Träger der Sozialhilfe deutlich über die gesetzlichen Grundlagen des BSHG hinaus. Die Verbände vertreten die Auffassung, daß ein Behinderter lebenslang Anspruch auf Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem BSHG habe und daß die notwendige Pflege integraler Bestandteil dieses Anspruchs sei, selbst wenn tatsächlich ein Eingliederungshilfebedarf nicht mehr gegeben sei. Dieser Streit über den Inhalt der Eingliederungshilfe besteht nicht erst seit Einführung der Pflegeversicherung; er hatte jedoch wegen der Einheitlichkeit des Kostenträgers bisher keine Bedeutung.

Die Behindertenverbände fordern, – wie schon im Zusammenhang mit dem 1. SGB XI-ÄndG – die Leistung der Pflegeversicherung auf bis zu 1000 DM monatlich zu erhöhen. Sie sind der Ansicht, daß die Leistungsverbesserung um 500 DM monatlich die Umdümmungsbestrebungen bei den Trägern der Sozialhilfe beenden würden. Zu diesem Vorschlag haben die Träger der Sozialhilfe bereits angekündigt, daß ihre Forderung weiterhin auf die vollen Leistungen der Pflegeversicherung gerichtet sei. Nach ihrer Ansicht erfordere die Entscheidung des Gesetzgebers, die pflegebedürftigen Behinderten in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in den Kreis der Leistungsberechtigten der Pflegeversicherung mit einzubeziehen, auch die leistungsrechtliche Gleichstellung mit Pflegebedürftigen in Altenpflegeheimen. Eine Beendigung der Diskussion sowie des Verhaltens von Sozialhilfeträgern wäre deshalb auch bei der Realisierung des Vorschlags der Behindertenverbände nicht zu erwarten.

Zu den Vorstellungen der Sozialhilfeträger in diesem Zusammenhang ist anzumerken, daß ihnen aus Sicht der Pflegeversicherung folgende Überlegungen entgegenstehen:

- a) Von den rd. 140 000 Behinderten in vollstationären Behinderteneinrichtungen sind ca. 40 v.H. (rd. 60 000) pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Die Übernahme von vollen Leistungen der Pflegeversicherung für diesen Personenkreis hätte – je nach Ausgestaltung – Mehraufwendungen von rd. 700 Mio. DM bis 1,5 Mrd. DM jährlich zur Folge. Damit bestünde die Gefahr, daß die Ausgaben der Pflegeversicherung nicht mehr mit den Einnahmen gedeckt werden könnten. Ein frühzeitiges Abschmelzen des Überschusses und damit der „Demographiereserve“ wäre die Folge.
- b) Die „Leistungsverbesserung“ würde nur wenige Behinderte aus der Sozialhilfeabhängigkeit herausführen; die Leistungsverbesserung für die übrigen Behinderten käme also praktisch allein der Sozialhilfe als finanzielle Entlastung zugute. Dies kann aber nicht der Sinn einer beitragsfinanzierten Sozialversicherungsleistung sein.

4.3 Pflegegeld neben Leistungen nach § 43a SGB XI

Das SGB XI schließt ein Nebeneinander von Leistungen nach § 43a SGB XI und Pflegegeld nicht aus. Daher können behinderte Pflegebedürftige, die zeitweise in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe (z.B. Behinderteninternat) und zeitweise zu Hause betreut werden, neben der Pauschalleistung nach § 43a SGB XI für die Tage der häuslichen Pflege anteiliges Pflegegeld erhalten. Bei der Berechnung des anteiligen Pflegegeldes werden die Pflegekassen den An- und Abreisetag jeweils als Tage der häuslichen Pflege. Fallen also z.B. An- und Abreisetag auf einen Freitag und einen Montag, ergeben sich insgesamt vier Tage häuslicher Pflege, wenn der pflegebedürftige Behinderte am Wochenende zu Hause gepflegt wird. Für diese vier Tage kann Pflegegeld beansprucht werden, und zwar für jeden Tag

1/30 des für die jeweilige Pflegestufe maßgebenden Pflegegeldes. Insgesamt dürfen jedoch die häuslichen Pflegeleistungen zusammen mit der Leistung nach § 43a SGB XI den für die jeweilige Pflegestufe festgelegten Sachleistungshöchstbetrag bei häuslicher Pflege nicht übersteigen, denn es kann nicht sein, daß im Ergebnis derjenige, der nur zeitweise häusliche Pflegeleistungen und daneben die Sachleistungen nach § 43a SGB XI erhält, im Ergebnis besser gestellt wird als derjenige, der durchgängig im häuslichen Bereich gepflegt wird. Dies ergibt sich unmittelbar aus dem Grundsatz des Vorrangs der häuslichen Pflege vor der stationären Pflege. Es wäre im übrigen auch kein gerechtes Ergebnis, wenn Eltern, bei denen ein Internat die Betreuung des pflegebedürftigen Kindes an fünf Tagen in der Woche sicherstellt, den gleichen – vollen – Pflegegeldbetrag erhielten wie diejenigen Eltern, die ihr pflegebedürftiges Kind die ganze Woche über ausschließlich zu Hause pflegen.

4.4 Keine Umstellung von der Eingliederungshilfe für Behinderte auf Hilfe zur Pflege nach dem BSHG aus Altersgründen oder aufgrund der Zuordnung zur Pflegestufe III

Der Bundesregierung sind Bestrebungen von Trägern der Sozialhilfe, die Menschen mit geistiger Behinderung ausschließlich wegen Vollendung des 65. Lebensjahres oder der Zuordnung zur Pflegestufe III von der Eingliederungshilfe auf die Hilfe zur Pflege nach dem BSHG umstellen, nicht bekannt geworden. Vor Einführung der 2. Stufe der Pflegeversicherung haben die Träger der Sozialhilfe in den Bescheiden die rechtliche Ausweisung der von den Einrichtungen erbrachten Leistungen zu den Hilfearten der Hilfe zur Pflege und der Eingliederungshilfe für Behinderte nach der Zielsetzung der im Vordergrund stehenden Hilfemaßnahme vorgenommen. Die im Vordergrund stehende Hilfeart hat die anderen Hilfearten nach dem BSHG in dem Sinne verdrängt, als diese zwar im Bescheid nicht benannt, aber von der Einrichtung der Behindertenhilfe tatsächlich erbracht wurden. Einer Aufschlüsselung nach den einzelnen Hilfearten bedurfte es nicht, weil für alle Hilfeleistungen derselbe Kostenträger aufkam.

Mit der Schaffung eines Rechtsanspruchs auf Pflegeversicherungsleistungen in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe nach den §§ 43a und 71 Abs. 4 SGB XI oder in zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach den §§ 43 und 71 Abs. 2 SGB XI müssen nun die Einrichtungsleistungen, die nicht im Vordergrund stehen, benannt werden. Dies ist im Hinblick auf den Nachrang der Sozialhilfe geboten. Die Benennung aller von der Einrichtung erbrachten Leistungen als Hilfe zur Pflege oder Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem BSHG ist daher keine Umwandlung der Hilfeart. Denn die von der Einrichtung erbrachte und nach wie vor vom Träger der Sozialhilfe finanzierte Leistung ändert sich weder nach Art noch nach Inhalt, Umfang oder Qualität.

5. Restpflegegeld nach dem BSHG neben Aufwendungsersatz für Assistenten

Im 1. SGB XI-ÄndG sind auch Regelungen getroffen worden, die die Fortführung des sogenannten Arbeitgebermodells/Assistenzmodells ermöglichen sollen. In Fällen, in denen Pflegebedürftige ihre Pflege selbst organisieren und zu diesem Zweck für ihre Pflege andere Personen beschäftigen, handelt es sich nach dem Recht der Pflegeversicherung um selbst beschaffte Pflege, für die die Pflegeversicherung Pflegegeld (§ 37 SGB XI) gewährt. Reicht aber diese Leistung nicht aus, hat der Pflegebedürftige auch dann einen Anspruch auf ergänzende Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem BSHG, wenn er nicht die vorrangige höhere Sachleistung der Pflegeversicherung in Anspruch nimmt (§ 69c Abs. 4 BSHG). Der Pflegebedürftige kann nicht auf die Inanspruchnahme von Sachleistungen der Pflegeversicherung verwiesen werden, wenn er seine Pflege durch von ihm beschäftigte besondere Pflegekräfte sicherstellt. In diesem Fall ist aber das von der Pflegeversicherung anstelle der Pflegesachleistung gezahlte Pflegegeld (§ 37 SGB XI) auf die Leistung des Sozialhilfeträgers voll anzurechnen.

Daneben wird von der Sozialhilfe noch das von der Pflegestufe abhängige Pflegegeld in Höhe von mindestens $\frac{1}{3}$ gewährt, wenn neben dem Einsatz besonderer Pflegekräfte auch dem Pflegebedürftigen nahestehende Personen zur Sicherstellung der häuslichen Pflege tätig sind. Nach der Besonderheit des Einzelfalles kann das Pflegegeld bis zur vollen Höhe gewährt werden, wenn es zur Aufrechterhaltung der häuslichen Pflegebereitschaft erforderlich ist. In diesem vorgegebenen Rahmen entscheidet der Sozialhilfeträger nach pflichtgemäßem Ermessen, ob und ggf. um welchen Betrag das Pflegegeld gekürzt wird. Hierbei wird es wesentlich auf die Feststellung ankommen, in welchem Umfang die dem Pflegebedürftigen nahestehenden Personen durch den Einsatz professioneller Pflegekräfte tatsächlich entlastet werden.

Insofern besteht in den Fällen kein Bedarf, ein Restpflegegeld auszus zahlen, in denen professionelle Pflegekräfte die Pflege in Gänze sicherstellen und dem Pflegebedürftigen nahestehende Pflegepersonen pflegerisch überhaupt nicht tätig werden.

VII. Entwicklung der Pflegeinfrastruktur

Zur Entwicklung der Pflegeinfrastruktur läßt sich insgesamt feststellen, daß nunmehr eine ausreichende Zahl von Einrichtungen zur ambulanten und stationären Versorgung der Bevölkerung vorhanden ist.

1. Ambulanter Bereich

Im ambulanten Bereich hat vor allem die Zahl der privaten Anbieter in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Nach Angaben der Pflegekassen besteht in Teilbereichen sogar ein Überangebot an ambulanten Pflegediensten. Insgesamt sind derzeit rd. 11 700 Pflegedienste von den Pflegekassen als zugelassen registriert.³⁹⁾ Nach einer Länderumfrage aus dem

Jahr 1992 existierten damals rd. 4 000 Sozialstationen (vorwiegend) in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege, während parallel dazu ein Angebot privater Pflegedienste in der Entwicklung war.

2. Vollstationärer Bereich

Nach Angaben der Pflegekassen sind derzeit rd. 8 000 Pflegeheime⁴⁰⁾ zugelassen, während es nach Länderangaben aus dem Jahr 1992 rd. 4 300 stationäre Pflegeeinrichtungen gab. Auch wenn unterstellt wird, daß insbesondere in den neuen Bundesländern viele neue Pflegeheime hinzugekommen sind und auch die Einführung der Pflegeversicherung zu einer Ausweitung des Platzangebotes geführt hat, dürfte die Zahl der Pflegeheime nicht um das Doppelte angestiegen sein. Die hohe Zahl heute zugelassener Pflegeheime ist vermutlich auf das Bestandsschutzverfahren zurückzuführen, in dessen Verlauf nicht nur reine Pflegeheime, sondern darüber hinaus auch sonstige Einrichtungen der Altenhilfe (Wohnheime, Wohnstifte etc.) als stationäre Pflegeeinrichtungen eine Zulassung erhalten haben. Nach Erkenntnissen der Pflegekassen sind die in der Vergangenheit üblichen Wartelisten für einen Heimplatz weitgehend abgebaut und vielfach freie Kapazitäten vorhanden. In Einzelfällen sind langjährige Heimbewohner aufgrund der ambulanten Pflegeleistungen aus dem Heim wieder in die häusliche Umgebung übersiedelt.

3. Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

3.1 Infrastruktur

Die von den Pflegekassen mitgeteilten Zulassungszahlen von rd. 2 250 teilstationären Einrichtungen und rd. 4 350 Kurzzeitpflegeeinrichtungen⁴¹⁾ decken sich nur zum Teil mit den Zahlen der von den Ländern anerkannten Einrichtungen.⁴¹⁾ Dies beruht u. a. darauf, daß von den Ländern, entgegen der Zulassungspraxis der Pflegekassen, etwa „eingestreute Plätze der Kurzzeitpflege“ nicht ohne weiteres anerkannt werden. Im Bereich der Kurzzeitpflege und der teilstationären Pflege erscheint der Bedarf insgesamt noch nicht in allen Regionen vollständig gedeckt, konkrete Engpässe sind aber auch hier nicht feststellbar.

3.2 Nachfrageentwicklung

In der Vergangenheit wurden vereinzelt Befürchtungen geäußert, die Nachfrage im Bereich der Kurzzeitpflege und der Tagespflege werde durch das PflegeVG zurückgehen.

Nach den der Bundesregierung vorliegenden Angaben über die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung in den Bereichen der Tagespflege und der Kurzzeitpflege ist in beiden Bereichen ein stetiger Anstieg der Leistungsausgaben zu verzeichnen. Aus dieser

³⁹⁾ siehe Anlage 6

⁴⁰⁾ siehe Anlage 6

⁴¹⁾ siehe Anlage 7

Entwicklung läßt sich ein Nachfragerückgang nicht ableiten.

Nach Informationen der Bundesregierung, die aus der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Modellprogramm zur „Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger“ gewonnen werden konnten, hat zwar die durchschnittliche Auslastung von Tagespflegeeinrichtungen (bei einer erheblichen Streuung der untersuchten Einrichtungen) im Jahr 1996 gegenüber 1994 um 4 v.H. abgenommen. Im Bereich der Kurzzeitpflege liegt der Rückgang bei 5 v.H. Der Rückgang bei der Auslastung der Einrichtungen ist aber nicht gleichzusetzen mit einem Nachfragerückgang. Der Rückgang bei der Auslastung von Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen ist vielmehr darauf zurückzuführen, daß diese Angebote in den letzten Jahren stetig ausgebaut wurden. Nach einer Studie des Instituts für Volkswirtschaftslehre der Universität Augsburg hat sich die Tagespflege in den letzten Jahren vor allem quantitativ „rasant“ entwickelt. In der Studie wird beispielsweise für Bayern in den Jahren 1994 bis 1996 ein Anstieg bei den Tagespflegeplätzen um 43 v.H. mitgeteilt. Hinzu kommt, daß es sich vielfach um neue Einrichtungen handelt, die erst nach einer Anlaufphase den vollen Auslastungsgrad erreichen.

Auf die Nachfrage im Bereich der Kurzzeitpflege hat sich nach Erkenntnissen aus dem Modellprogramm ausgewirkt, daß die Begutachtung durch den MDK noch nicht im erforderlichen Umfang im Krankenhaus durchgeführt wird. Hier werden die Vorgaben in den neuen Begutachtungs-Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur beschleunigten Durchführung der Begutachtung im stationären Bereich Abhilfe schaffen.

Insgesamt läßt sich sagen, daß in den Fällen, in denen Kurzzeit- oder Tagespflegeeinrichtungen in eine regionale Pflegeinfrastruktur eingebunden sind, eine gute Beratung durch andere Institutionen gewährleistet ist. Zudem sind bei Einrichtungen, die sich ein eigenes Profil mit der Festlegung auf bestimmte Zielgruppen erarbeitet haben, auch hohe Auslastungs- und Nachfragequoten zu verzeichnen.

4. Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt

Bei jeder Quantifizierung von Beschäftigungswirkungen bestimmter Maßnahmen – hier die Einführung eines neuen Zweiges der Sozialversicherung – ist zu beachten, daß moderne Volkswirtschaften einem andauernden strukturellen Wandel, der sich auch in der Beschäftigung niederschlägt, unterliegen. Für Veränderungen des volkswirtschaftlichen Beschäftigungsniveaus wie auch der -strukturen gibt es daher keine monokausalen Erklärungen; stets ist eine Vielzahl von Wechselwirkungen zu berücksichtigen. Die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf den Arbeitsmarkt lassen sich unter den gegenwärtigen Bedingungen am zweckmäßigsten mit den Daten des Mikrozensus analysieren. Dabei ist zu beachten, daß Beschäftigung hier mit Erwerbstätigkeit gleichgesetzt wird. Der erfaßte Personenkreis umfaßt neben abhängig Beschäftigten auch Selbständige und Mithelfende. Nicht alle unter der jeweiligen Be-

rufgruppe erfaßten Personen arbeiten im Pflegebereich. Bei der Bewertung der im folgenden dargestellten Ergebnisse ist auch die durch den Mikrozensus im Zeitraum April 1993 bis April 1996 ausgewiesene Verringerung der Zahl der Erwerbstätigen um 400 000 von 36,4 Millionen auf 36 Millionen Personen zu berücksichtigen.

Die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf den Arbeitsmarkt können zur Zeit noch nicht abschließend beurteilt werden, da die 2. Stufe der Pflegeversicherung erst am 1. Juli 1996 in Kraft getreten ist und statistische Daten über Veränderungen in der Beschäftigung nach diesem Zeitpunkt noch nicht vorliegen. Ein Vergleich der Daten aus dem Mikrozensus 1996 zu 1995 (jeweils April) läßt jedoch erste Bewegungen in einzelnen einschlägigen Berufsgruppen für den Zeitraum, in den das Inkrafttreten der ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung fällt, erkennen. Danach ergibt sich von April 1995 zu April 1996 eine Zunahme in der Beschäftigung bei den Berufsgruppen:

Krankenschwester/Krankenpfleger (nur Sozialwesen, also ohne Gesundheitswesen, d. h. insbesondere ohne Krankenhausbereich):	+ 21 000
Helfer/Helferinnen in der Krankenpflege (nur Sozialwesen):	+ 2 000
Altenpfleger:	+ 28 000
Haus- und Ernährungswirtschaftler:	+ 1 000
Hauswirtschaftliche Gehilfen und Helfer:	+ 15 000

Das sind insgesamt 67 000 Erwerbstätige zusätzlich. Allerdings sind mit dieser Summe etwaige Vorabestellungen nicht erfaßt, die vor April 1995 also im Vorfeld des Inkrafttretens der 1. Stufe der Pflegeversicherung, aber mit Blick auf die Pflegeversicherung erfolgt sind. Zahlen über 1994 liegen aus dem Mikrozensus jedoch nicht vor.

Zur Bewertung der Zahlen für den Zeitraum 1996 zu 1995 mit insgesamt 67 000 zusätzlichen Beschäftigten ist es bedeutsam, die damaligen generellen Personal-minderungen im Gesundheitsbereich mit in Betracht zu ziehen. Eine Kurzumfrage bei den Landesarbeit-sämtern bestätigte, daß das Inkrafttreten der 1. Stufe der Pflegeversicherung zu einer verstärkten Nachfrage nach Fachkräften bei den Arbeitsämtern geführt hat, die teilweise durch in Krankenanstalten und Kurkliniken freigesetzte Fachkräfte befriedigt werden konnte. In einem gewissen, letztlich aber nicht sicher quantifizierbaren Ausmaß ist die Beschäftigungswirkung der Einführung der Pflegeversicherung deshalb höher anzusetzen, als es die reinen Zuwachszahlen zum Ausdruck bringen. Die bezüglich des Zuwachses genannten Zahlen beziehen sich zu schätzungsweise mehr als 80 v.H. auf sozialversicherungspflichtig Beschäftigte, der Rest auf nicht sozialversicherungspflichtig Beschäftigte.

Über den Zuwachs an Beschäftigung im stationären und ambulanten Altenpflegebereich liegt neben den erwähnten Mikrozensus auch eine Untersuchung des Bonner Instituts für Markt-, Meinungs-, Absatz- und Sozialforschung (MARMA) und des Bielefelder Forschungsinstituts EMNID im Auftrag des Vincentz-

Verlages vor. Bei einer Befragung von 439 stationären und ambulanten Einrichtungen in der Zeit zwischen dem 21. Oktober 1995 und dem 18. Oktober 1996 (also nach dem Zeitpunkt des Inkrafttretens auch der 2. Stufe der Pflegeversicherung am 1. Juli 1996) ergab sich zum Vergleich einer 1993 durchgeführten Untersuchung ein Zuwachs in der Beschäftigung in Höhe von rd. 75000 Personen. Für den ambulanten Sektor alleine wird ein Zuwachs von 66800 Beschäftigten angegeben.

Daten aus der Beschäftigtenstatistik der Bundesanstalt für Arbeit, mit der nur die sozialversicherungs-pflichtig Beschäftigten erfaßt werden, sind nur in beschränktem Umfang nutzbar, da die Klassifizierung der Berufe hier nur sehr grobe Abgrenzungen zuläßt. So ist z.B. der Beruf der Altenpflegerin/des Altenpflegers in der Gruppe der Sozialpfleger und Sozialpädagogen enthalten. Im Vergleich des Jahres 1996 zu 1995 ergibt sich in den hier einschlägigen Berufsgruppen [BKZ – Berufskennziffer – 853: Krankenschwester, -pfleger und Hebammen; BKZ 854: Helferinnen/Helfer in der Krankenpflege; BKZ 861: Sozialarbeiter und Sozialpfleger (einschließlich Altenpfleger); BKZ 862: Heimleiter, Sozialpädagogen] ein Zuwachs von rd. 38000 Beschäftigten. Bezieht man das Jahr 1994 noch mit ein, da die Beschäftigtenstatistik jeweils auf das Datum 30. Juni abstellt, so ergibt sich ein Zuwachs 1996 zu 1994 von rd. 71000.

Aus den unterschiedlichen Datenquellen ergibt sich somit, daß die Pflegeversicherung bisher eine durchaus schon beachtliche Beschäftigungswirkung gezeigt hat. Bei der hier vorgenommenen Auswertung von statistischen Daten und Befragungen wurde nicht berücksichtigt, daß auch bei anderen Berufsgruppen wie z.B. Verwaltungs- und Organisationsberufen Beschäftigungseffekte aufgetreten sein müssen. Zu weiteren indirekten Beschäftigungswirkungen haben auch die insgesamt in 1996 getätigten Ausgaben der Pflegeversicherung in Höhe von 22,35 Mrd. DM geführt. Exakte Quantifizierungen dieser Effekte sind allerdings seriös nicht möglich.

Auch dadurch, daß sich bei der ambulanten Pflege die Relation der Ausgaben für Pflegegeld und Pflegesachleistung weiter zur kostenintensiveren Pflegesachleistung hin (von 82 : 18 im Jahresdurchschnitt 1995 auf 71 : 29 im 2. Quartal 1997 mit weiter steigender Tendenz) fortgesetzt hat, sind zusätzliche positive Beschäftigungseffekte eingetreten.

5. Modellprogramm des BMA zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger

5.1 Ausgangslage

Zwischen 1991 und 1997 hat der Deutsche Bundestag dem BMA Mittel in Höhe von über 500 Mio. DM für das Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger zur Verfügung gestellt. Das Modellprogramm soll die Pflegeversicherung und ihre praktische Umsetzung konzeptionell durch geeignete Modellvorhaben begleiten und unterstützen. Vor allem soll es dazu beitragen, die in der Bundesrepublik Deutschland vorhandenen Versorgungslück-

ken in der Pflegeinfrastruktur zu beseitigen, die Umsetzung zukunftsweisender Versorgungsansätze zu unterstützen und vorhandene Pflegeangebote zu modernisieren. Zur Sicherung dieser Aufgaben sind für das Haushaltsjahr 1998 weitere Fördermittel in Höhe von 90 Mio. DM vorgesehen. Mit den Programmen wurden bis heute in der gesamten Bundesrepublik Deutschland nahezu 400 Vorhaben sowohl im investiven Bereich durch Baumaßnahmen und Verbesserung vorhandener Einrichtungen (rd. 90 v.H. der Mittel) als auch im strukturellen Bereich durch Personalförderung (rd. 10 v.H. der Mittel) in enger Abstimmung und gemeinsam mit den Bundesländern gefördert.

5.2 Schwerpunkte der aktuellen Förderung

Zur Umsetzung der in den Richtlinien vom Dezember 1994 festgelegten Ziele des Programms wurden Modellvorhaben in allen Bundesländern durchgeführt, um repräsentative Aussagen über die Umsetzbarkeit der im SGB XI festgeschriebenen Leistungen für Pflegebedürftige in der ganzen Bundesrepublik Deutschland unter den unterschiedlichen landesspezifischen Rahmenbedingungen zu gewinnen. Die Förderung deckte dabei folgende Schwerpunkte ab:

5.2.1 Aufbau einer teilstationären Infrastruktur

Der Schwerpunkt der Förderung lag entsprechend den im SGB XI vorgesehenen neuen Leistungen zunächst im Aufbau einer teilstationären Infrastruktur mit dem Bau von Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen. Hierbei wurden über 2000 Kurzzeitpflegeplätze und rd. 1400 Tagespflegeplätze geschaffen. Weiterhin wurden im Rahmen des Betreuten Wohnens Pflegestützpunkte in Form qualifizierter Sozialstationen gefördert, um den Vorrang der ambulanten vor der stationären Pflege zu verwirklichen. Dabei entstanden rd. 40 Serviceeinrichtungen mit Sozialstation in Wohnanlagen für Betreutes Wohnen mit insgesamt rd. 2800 Plätzen.

5.2.2 Förderung von modernen, wohnortnah gelegenen Pflegeeinrichtungen

Ein wichtiger Schwerpunkt lag in der Förderung von modernen, wohnortnahen Pflegeeinrichtungen mit gut aufeinander abgestimmten Pflegeangeboten, die unter einem Dach die verschiedenen Pflegeformen vereinen und so jedem Pflegebedürftigen die aktuellen und individuell angepaßten Hilfen zukommen lassen können. Dabei konnten über 6000 Altenpflegeplätze neu errichtet oder auf einen modernen Standard gehoben werden. Diese Plätze sind integriert in ein gestuftes und verzahntes Versorgungssystem. Gerade die vom Modellprogramm geförderten kleinen, wohnortnahen und miteinander kooperierenden Einrichtungen mit etwa 50 Pflegeplätzen kommen den Bedürfnissen und Wünschen der pflegebedürftigen Senioren besonders entgegen.

5.2.3 Verbesserung der regionalen Zusammenarbeit

Daneben stand die Verbesserung der regionalen Zusammenarbeit im Vordergrund der Förderung, da hier neue Leistungsfelder für die Pflegeversicherung erschlossen werden sollen. So wurde in mehr als 40 Landkreisen und Regierungsbezirken die vom SGB XI geforderte, aber bis dahin mangelhafte regionale Zusammenarbeit zwischen Anbietern von Pflegeleistungen in unterschiedlicher Trägerschaft, Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten auf der einen Seite und den Kostenträgern, vor allem Pflege- und Krankenkassen, sowie den Trägern der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfe auf der anderen Seite intensiviert und verbessert. Hinzu kommen rd. 110 Modelle für die ambulante Versorgung und die pflegerische Betreuung von Reha-Patienten (insbesondere nach Schlaganfall) und Verwirrten. Gleichzeitig dienen diese Modellvorhaben der Sicherung der Zusammenarbeit vor Ort zwischen den Anbietern von Pflegeleistungen auf der einen und den Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen auf der anderen Seite. Diese Modelle konnten weitgehend in Regelangebote überführt werden.

5.2.4 Qualifizierung von Pflegepersonal, von Ärzten sowie von pflegenden Angehörigen

Darüber hinaus hat das Modellprogramm die Qualifizierung von Pflegepersonal, von Ärzten sowie von pflegenden Angehörigen durch eine Reihe von Modellvorhaben nachhaltig unterstützt. Damit sollen im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals und der beteiligten Ärzte neue Wege aufgezeigt werden, wie sich die Qualität des gesamten Spektrums der Pflegeleistungen, vor allem an der Nahtstelle zwischen Krankenhaus und häuslicher Pflege, deutlich verbessern läßt.

5.2.5 Pflegeeinrichtungen für besondere Gruppen von Pflegebedürftigen

In den beiden letzten Jahren wurden erstmalig auch Pflegeeinrichtungen für besondere Gruppen von Pflegebedürftigen gefördert. In diesen Einrichtungen werden Pflegebedürftige versorgt, die nicht aus Altersgründen pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind. Dies gilt z.B. für langfristig Pflegebedürftige, die aufgrund von Unfällen (Apalliker), wegen chronischer Erkrankungen (Multiple Sklerose, Alzheimer-Erkrankte u. a.) oder aufgrund ihrer Behinderungen (Tetraplegiker) auf täglichen Hilfebedarf angewiesen sind. Hier konnten bisher erst sechs Einrichtungen mit knapp 180 Pflegeplätzen gefördert werden.

5.2.6 Hospizeinrichtungen

Zur Verbesserung der Pflege von Schwerstkranken mit begrenzter Lebenserwartung wurden bisher acht ambulante und stationäre Hospizeinrichtungen mit fast 90 teilstationären oder stationären Betten gefördert.

Durch die Regelungen im 2. Neuordnungsgesetz zur gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-NOG) wurde eine Lösung für die Anschlußfinanzierung des

stationären Bereichs dieser speziellen Pflegeeinrichtungen gefunden. Erst auf dieser Grundlage ist ein Ausbau dieser Versorgungsform möglich geworden.

5.3 Ergebnisse der Modellmaßnahmen

Durch die Förderung von Tagespflege- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie Pflegezentren konnte das Modellprogramm die einmalige Chance nutzen, in allen Bundesländern den von Fachleuten zu Beginn der Gesetzgebung zum SGB XI geforderten Standard im Pflegeheimbau unter unterschiedlichen sozialen, demographischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen zu erproben. Die dabei erzielten Verbesserungen im Bau von Pflegeeinrichtungen wurden den zuständigen Landesministerien als praktisch umsetzbares Entwicklungsergebnis vorgestellt. Aufgrund dieser Ergebnisse wurde beispielsweise die Idee des wohnortnahen Pflegezentrums mit allen Leistungsangeboten unter einem Dach in vielen Bundesländern aufgegriffen und in die Praxis umgesetzt. Daneben wurden erste Modelle zum Aufbau einer gerontopsychiatrischen Versorgung und von ambulanten und stationären Hospizen zur Pflege Schwerstpflegebedürftiger in ihrer letzten Lebensphase gefördert.

Folgende Fortschritte wurden erreicht:

- Die ambulanten, teilstationären und stationären Modelleinrichtungen konnten aufgrund verbesserter Beratung der Träger bei der Antragstellung und der nachfolgenden wissenschaftlichen Begleitung architektonisch und konzeptionell auf die örtliche Bedarfssituation optimal zugeschnitten werden.
- Die Qualität der Investitionsmaßnahmen konnte kontinuierlich gesteigert und die durchschnittlichen Baukosten pro Pflegeplatz um fast 25 v. H. reduziert werden. Damit wurde ein Innovationschub erreicht, der ohne das Modellprogramm nicht in so kurzer Zeit hätte erreicht werden können.
- Die Frage der Anschlußfinanzierung konnte in fast allen Fällen rechtzeitig vor Beendigung des Modellvorhabens gelöst werden.

Zur fortlaufenden Verbesserung der Ergebnisse der Modellförderung werden die Antragsteller durch das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) in Köln zur architektonischen Planung ihrer Einrichtungen sowie durch das ISO-Institut in Saarbrücken zur Umsetzung ihrer in den Anträgen vorgestellten Betreiberkonzepte beraten. Gleichzeitig werden die Modellvorhaben durch beide Institute fortlaufend ausgewertet und während der gesamten Modellphase wissenschaftlich begleitet. Die dabei gesammelten Erfahrungen und Informationen sollen anderen Betreibern von Pflegeeinrichtungen, Architekten, Prüfbehörden und Entscheidungsträgern in den Bundesländern als Planungs- und Entscheidungshilfe zur Verfügung gestellt werden.

Nicht zuletzt soll auch auf die arbeitsmarktpolitischen Effekte der Modellförderung hingewiesen werden. So haben die Bauinvestitionen zur Sicherung

von Arbeitsplätzen in den Modellregionen beigetragen und die neugeschaffenen Einrichtungen und der Druck des Modellprogramms auf die Sicherung der Anschlußfinanzierung nachweislich zur Schaffung einer Reihe neuer und zum Erhalt gefährdeter Arbeitsplätze geführt.

5.4 Zukünftige Entwicklung des Modellprogramms

Trotz aller bisher vorweisbaren Erfolge bleiben aber noch weitere Problemfelder offen, die in den kommenden Jahren verstärkt gefördert werden müssen. Ein Blick nach vorne zeigt: Ein zunehmend wichtiger Förderschwerpunkt im Rahmen des Modellprogramms muß die Versorgung besonders betroffener Gruppen von Pflegebedürftigen werden. Hierzu gehören Apalliker, Pflegebedürftige mit altersbedingter Demenz sowie mehrfach schwerstbehinderte Personen, für die bisher erst wenige Plätze gefördert wurden.

Daher sollen in den kommenden Jahren folgende Schwerpunkte gefördert werden:

- die Erprobung von verbesserten Lösungsansätzen zur ambulanten und stationären gerontopsychiatrischen Versorgung (z.B. bei Alzheimerscher Erkrankung);
- die Erprobung von Versorgungsstrukturen für spezielle Pflegebedürftige wie Schwerst-Schädel-Hirnverletzte, jüngere Querschnittsgelähmte, die nicht werkstattfähig sind, und von schwerstpflegebedürftigen Behinderten;
- die Verbesserung der Pflege von Schwerstkranken mit begrenzter Lebenserwartung durch ambulante und stationäre Hospizeinrichtungen;
- die Ermittlung der Wirtschaftlichkeit der angebotenen Pflegeleistungen.

Derartige Ermittlungen stecken noch in den Anfängen. Hier bieten die jetzt geförderten Einrichtungen in ihrer regionalen und konzeptionellen Vielfalt hervorragende Voraussetzungen für derartige Untersuchungen;

- zusätzlich hat das BMA in Zusammenarbeit mit dem KDA und dem ISO-Institut mit der architektonischen und konzeptionellen Nachbegutachtung der ersten in Betrieb befindlichen Modelle begonnen. Diese Erfolgskontrolle wird fortgesetzt. Es ist vorgesehen, jährlich eine Reihe von besonders gelungenen Beispielen der Öffentlichkeit zu präsentieren, aber auch typische Fehlentwicklungen und Planungsfehler aufzuzeigen, um Planern, beispielsweise Trägern, Architekten und Ländern, das notwendige Rüstzeug an die Hand zu geben, um ihre Planungen langfristig und dauerhaft zu verbessern.

5.5 Zusammenfassung

Das Modellprogramm hat beispielhaft den Aufbau einer von der Altenpflege immer wieder geforderten zukunftsorientierten Pflegeinfrastruktur unterstützen können, die die Leistungen des SGB XI praktisch

umsetzt. Sein Ziel ist es, die Interessen der betroffenen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen stärker als bisher zu berücksichtigen, um den im SGB XI geforderten nachfrageorientierten Pflegemarkt zu entwickeln, in dem der Pflegebedürftige der Kunde ist, um den viele Anbieter mit der Qualität und dem Preis ihres Pflegeangebotes konkurrieren müssen.

Mit insgesamt annähernd 12200 Pflegeplätzen zur voll- und teilstationären Versorgung von Pflegebedürftigen konnte so ein zeitgerechtes und zukunftsweisendes Angebot an Einrichtungen der modernen Altenhilfe neu geschaffen werden. Damit kommt dem Modellprogramm eine bundesweit bedeutende Vorreiterrolle und Vorbildfunktion beim Aufbau einer gegliederten Pflegeinfrastruktur im Sinne der sozialen Pflegeversicherung zu. Es wird auch künftig Wegbereiter sein für eine moderne, wirtschaftlich gesunde und zukunftsweisende Pflegeinfrastruktur. Es ist Vorbild für eine neue soziale Kultur, in der die Pflegebedürftigen in die Mitte unserer Gemeinschaft geholt werden.

VIII. Investitionsförderung in den Ländern

Ausführungsgesetze zum PflegeVG, die die Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen regeln, sind in allen 16 Bundesländern verabschiedet. Mit Ausnahme des Landes Berlin, das an Stelle einer Verordnung eine Ergänzung des Landesgesetzes plant, sind inzwischen auch die vorgesehenen Verordnungen erlassen. Entgegen der politischen Zusage im Gesetzgebungsverfahren übernimmt kein Land vollständig die Investitionskosten, so daß Pflegebedürftige weiterhin in unterschiedlichem Umfang über die Pflegeentgelte Investitionskosten selbst aufbringen müssen. In einigen Ländern werden diese Belastungen durch Einführung eines sogenannten Pflegewohngeldes als eine neben der Objektförderung bestehende besondere Form der Investitionsförderung abgemildert.⁴²⁾ Zu den wichtigsten Regelungsbereichen der Ausführungsgesetze können folgende Aussagen getroffen werden:

1. Erstinvestitionen (Neubau, Erweiterungsbau, Erstausrüstung)

Die Förderraten bei der Objektförderung schwanken im vollstationären Bereich zwischen 50 v.H. und 80 v.H. und erfassen ganz überwiegend nur Neuinvestitionen. In den Ländern mit Pflegewohngeldregelungen greift unter Berücksichtigung des Einkommens des Heimbewohners ergänzend die subjektbezogene Förderung. Die Förderquoten bei der Investitionsförderung beziehen sich auf die in den alten Bundesländern geltenden Regelungen. Die Neuinvestitionen in den neuen Ländern sind weitgehend durch die Finanzhilfen für Investitionen in Pflegeeinrichtungen gemäß Artikel 52 PflegeVG abgedeckt. Die dazu abgeschlossene Verwaltungsvereinbarung schließt eine Belastung der Pflegebedürftigen mit Investitionskosten für die Laufzeit des Förderprogramms aus. Im Freistaat Sachsen, dem neuen Bun-

⁴²⁾ siehe hierzu im einzelnen Anlage 8

desland mit den meisten Einwohnern, gilt eine Sonderregelung, die eine Belastung der Pflegebedürftigen mit Investitionskosten zuläßt, zugleich aber die Verwirklichung einer größeren Anzahl von Einzelprojekten ermöglicht.

2. Wiederbeschaffung/Instandsetzung

Die Regelung der Finanzierung der Wiederbeschaffung, Ergänzung, Instandhaltung und Instandsetzung ist weitgehend dem Ordnungswege vorbehalten. Hier zeichnet sich kein einheitliches Bild ab.

3. Förderung der „alten Last“ (vor dem 1. Juli 1996 bestehende Finanzierungslasten für bereits getätigte Investitionen)

Die sogenannte „alte Last“, also die vor dem 1. Juli 1996 entstandenen, nicht geförderten Investitionskosten, wird in den alten Bundesländern im vollstationären Bereich grundsätzlich nicht abgelöst, sondern ist weiterhin als Bestandteil der gesondert berechenbaren Investitionskosten von den Pflegebedürftigen selbst zu tragen. Da zum Zeitpunkt der Einführung der stationären Leistungen im Pflegesatz Belastungen mit Investitionskosten nur in Form der „alten Last“ enthalten sein konnten, sind von der fehlenden Finanzierung der „alten Last“ – anders als bei den Neuinvestitionen – die meisten Pflegebedürftigen in bestehenden Einrichtungen unmittelbar betroffen; an den bisherigen pflegesatzwirksamen Belastungen mit Investitionskosten ändert sich, sofern kein Pflegegeldanspruch besteht, nichts. Somit müssen viele Pflegebedürftige neben den Hotelkosten und den von den Leistungen der Pflegeversicherung nicht gedeckten Pflegekosten noch zusätzlich die Investitionskosten selbst aufbringen. Dies gilt vor allem für pflegebedürftige Bewohner privater Pflegeheime, die in aller Regel keine Investitionsförderung der Länder erhalten haben; hinsichtlich der nicht geförderten Investitionskostenanteile in geringerem Maße trifft dies aber auch für freigemeinnützige und kommunale Einrichtungen zu, deren Investitionskosten in der Vergangenheit in unterschiedlichem, teilweise auch sehr hohem Umfang von den Ländern finanziert worden sind.

Zur durchschnittlichen Höhe der „alten Last“ liegen keine gesicherten Zahlen vor. Pilotstudien im Auftrag des BMA führen zu Werten von 435 und 589 DM, das Land Hessen nennt in der Begründung des Verordnungsentwurfs den Betrag von 470 DM; und der Landschaftsverband Rheinland spricht von 600 DM. Die Pflegekassen verfügen derzeit noch nicht über abschließende Auswertungen. Die Belastung mit Investitionskosten dürfte im einzelnen Heim von Werten, die deutlich unter allen genannten Zahlen liegen, bis zu deutlich höheren Werten reichen.

In den neuen Ländern (Ausnahme Brandenburg) ist die Möglichkeit der Übernahme der zwischen dem Jahr 1990 und dem Beginn des Investitionshilfeprogramms entstandenen „alten Last“ ausdrücklich in den Landespflegegesetzen enthalten. Die weiteren Einzelheiten sind Rechtsverordnungen vorbehalten.

4. Pflegegeld (personenbezogene Investitionsförderung)

Einige Bundesländer (Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein, Niedersachsen und das Saarland) sehen mit der Einführung eines bewohnerbezogenen Aufwendungszuschusses (Pflegegeld) eine subjektbezogene Förderung neben der Objektförderung vor. Aus Sicht der Länder bedeutet diese Subjektförderung eine Ergänzung zu der in der Vergangenheit liegenden objektbezogenen Förderung und beinhaltet den Ersatz für die fehlende Ablösung der alten Last.

In Nordrhein-Westfalen (NRW) kann das Pflegegeld bis zu 1400 DM betragen. Der Anspruch steht nicht unmittelbar dem Heimbewohner zu, sondern der Pflegeeinrichtung. Gleichwohl kommt es für die Anspruchsberechtigung auf die Einkommensverhältnisse des Bewohners an. Er muß seine Einkommensverhältnisse darlegen, damit das Heim einen Anspruch auf öffentliche Investitionsförderung gegenüber der öffentlichen Hand geltend machen kann. Dies schließt die Verpflichtung zum Einsatz des Einkommens ein, wobei neben dem Taschengeld dem Pflegebedürftigen ein weiterer Selbstbehalt in Höhe von 100 DM zugestanden wird. Anders als bei der Sozialhilfe muß er jedoch nicht sein Vermögen einsetzen. Für die Berechnung des Wohngeldanspruchs sind vom anrechenbaren Einkommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie die von der Pflegekasse nicht abgedeckten Pflegekosten abzuziehen. Ein weiterer sozialpolitisch wichtiger Unterschied zur Sozialhilfe besteht darin, daß für das gewährte Pflegegeld kein Rückgriff bei den unterhaltspflichtigen Angehörigen genommen werden kann.

In Schleswig-Holstein ist dagegen eine Einkommensgrenze in Höhe von 2052 DM vorgesehen; Pflegebedürftige mit einem Einkommen oberhalb dieser Einkommensgrenze erhalten unabhängig von der Höhe des Pflegesatzes und der Höhe der Investitionskosten kein Pflegegeld. Pflegebedürftige unterhalb der Einkommensgrenze können den Differenzbetrag zwischen ihrem Einkommen und der Einkommensgrenze als Pflegegeld bis zu einem Höchstbetrag von 900 DM ohne Einsatz ihres Vermögens monatlich erhalten.

Im Saarland ist indessen auch der Einsatz des Vermögens Voraussetzung für den Anspruch auf Pflegegeld, wobei dem Pflegebedürftigen ein über das Taschengeld hinausgehender Selbstbehalt von 300 DM monatlich zugestanden wird.

Die Einführung der personenbezogenen Investitionsförderung ist vor allem damit begründet worden, daß Pflegebedürftige mit höheren Einkommen die Investitionskosten selbst finanzieren sollen; bei einer 100 v.H.-Förderung hätte die Entlastung von allen der Miete vergleichbaren Investitionskosten die stationäre Versorgung gegenüber der ambulanten Betreuung attraktiver erscheinen lassen können.

5. Teilstationäre Einrichtungen/Kurzzeitpflegeeinrichtungen

Im Bereich der teilstationären Einrichtungen und der Kurzzeitpflege fällt die Übernahme der Investitionskosten deutlich höher aus. Hier schwanken die Förderquoten zwischen 80 v.H. und 100 v.H. Mit gezielten Investitionsprogrammen setzen einige Länder in diesem Bereich die Schwerpunkte ihrer Investitionsförderung und erreichen hierdurch eine erhebliche Verbesserung der Pflegeinfrastruktur.

6. Fazit

Zusammenfassend ist festzustellen: Die von Pflegebedürftigen zu tragenden Hotelkosten und die zusätzliche Belastung mit entgeltwirksamen Investitionskosten führen dazu, daß viele Pflegebedürftige Eigenmittel auch zur Finanzierung der Investitionskosten aufbringen müssen, obwohl die Verantwortung für die Vorhaltung der Pflegeinfrastruktur durch § 9 SGB XI ausdrücklich den Ländern auferlegt worden ist.

IX. Finanzhilfen für Investitionen in Pflegeeinrichtungen im Beitrittsgebiet (Artikel 52 PflegeVG)

1. Mangelhafte Bausubstanz und Ausstattung in den DDR-Pflegeheimen

Die besondere Situation in den neuen Bundesländern war bei der Wiedervereinigung im Jahr 1990 dadurch gekennzeichnet, daß praktisch der gesamte Bestand an Pflegeplätzen (rd. 85000) auf Grundlage der Bedarfszahlen bis zum Jahr 2002 entweder neu gebaut oder von Grund auf saniert werden mußte. Die meisten Pflegeplätze befanden sich in Häusern, deren Bausubstanz und Ausstattung praktisch unbrauchbar oder zumindest stark sanierungsbedürftig war. Ein Aufschub dieser notwendigen Investitionen war nicht möglich, denn der Bestand an Pflegeplätzen erfüllte in den wenigsten Fällen die Kriterien der Heimmindestbauverordnung oder der Betrieb erforderte einen solch hohen Personalaufwand, daß ein Neubau schon aus wirtschaftlichen Überlegungen erforderlich war.

2. Investitionshilfeprogramm über 6,4 Mrd. DM

Diesem Nachholbedarf hat der Bundesgesetzgeber auch bei der Verabschiedung des PflegeVG Rechnung getragen. Der Bund gewährt gemäß Artikel 52 PflegeVG zur zügigen und nachhaltigen Verbesserung der Qualität der ambulanten, teilstationären und vollstationären Versorgung der Bevölkerung und zur Anpassung an das Versorgungsniveau im übrigen Bundesgebiet den Ländern Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen, zeitlich befristet in den Jahren 1995 bis 2002, Finanzhilfen in Höhe von jährlich 800 Mio. DM, insgesamt also 6,4 Mrd. DM, zur Förderung von Investitionen in Pflegeeinrichtungen. Die Finanzhilfen werden vom BMA den Ländern nach ihrer Einwohnerzahl zugewiesen.

3. Bisherige Umsetzung des Investitionshilfeprogramms

Die mit dem BMA abgestimmten Investitionsprogramme der neuen Bundesländer enthalten 585 Einzelprojekte mit einem Investitionsvolumen von über 5,5 Mrd. DM (Stand: 31. Oktober 1997). Das Investitionsvolumen der abgestimmten Einzelprojekte verteilt sich wie folgt:

Bundesland	Investitionsvolumen in Mio. DM	Anzahl der Projekte
Berlin (Ost)	486,7 Mio. DM	47
Brandenburg	901,5 Mio. DM	79
Mecklenburg-Vorpommern	940,6 Mio. DM	105
Sachsen	1 694,2 Mio. DM	179
Sachsen-Anhalt	610,3 Mio. DM	67
Thüringen	919,2 Mio. DM	108
Gesamt	5,5 Mrd. DM	585

X. Qualitätssicherung in der Pflege

1. Häusliche Pflege durch Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Die häusliche Pflege der rd. 1,24 Millionen ambulant Pflegebedürftigen wird überwiegend durch Pflegepersonen sichergestellt, die keine ausgebildeten Pflegefachkräfte sind. Sie sind häufig nicht nur auf fachkundigen Rat und Anleitung bei der Pflege angewiesen, sondern benötigen auch Hilfestellung, um psychische und physische Überlastungen zu vermeiden. Mit Blick auf diese Ausgangssituation sind im SGB XI eine Reihe von Maßnahmen vorgesehen worden, die die Qualität der häuslichen Pflege sichern und die mißbräuchliche Inanspruchnahme des Pflegegeldes verhindern sollen.

So wird Pflegegeld grundsätzlich nur dann gewährt, wenn mit ihm die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise sichergestellt wird. Ob dies der Fall ist, überprüft der MDK nicht nur bei der Erstuntersuchung im Rahmen seiner Feststellungen über das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit, sondern auch bei den gesetzlich vorgeschriebenen Wiederholungsuntersuchungen, die ebenfalls in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattzufinden haben. Zudem sieht § 37 Abs. 3 SGB XI vor, daß Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld erhalten, in regelmäßigen Abständen einen Pflegeeinsatz durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung abrufen müssen. Anlässlich dieser Pflegeeinsätze können Defizite in der häuslichen Pflege frühzeitig erkannt und Maßnahmen zur Verbesserung der häuslichen Pflegesituation ergriffen werden. Die Einsätze dienen gleichzeitig auch dem Schutz der Pflegepersonen. So kann z.B. die Pflegefachkraft, die frühzeitig eine gesundheitliche Überforderung der Pflegeperson feststellt, die betroffenen Familien gezielt dahin gehend beraten, daß im konkreten Einzelfall eine Kombination von Pflegegeld

und Sachleistung der individuellen Situation des Pflegebedürftigen besser gerecht würde. Außerdem kann u.a. auf Möglichkeiten der Hilfsmittelversorgung zur Erleichterung der häuslichen Pflege hingewiesen werden sowie auf Angebote zur Teilnahme an Pflegekursen.

Diese Pflegeeinsätze, mit denen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen vor allem auch Hilfestellung und Beratung geboten wird, stoßen seit ihrer Einführung auf Akzeptanzprobleme. Gefordert werden von den Betroffenen Ausnahmeregelungen, vor allem aber auch eine Übernahme der Finanzierung dieser Einsätze durch die Pflegekassen.

Das Gesetz sieht bewußt keine Ausnahmen für die Pflege-Pflichteinsätze vor, denn selbst noch so eng formulierte Ausnahmetatbestände bergen erfahrungsgemäß immer die Gefahr in sich, daß sie letztlich als Berufungsfälle für weitere Personengruppen dienen, die davon überzeugt sind, mit gleichem Recht für sich ebenfalls eine Ausnahmeregelung reklamieren zu können. Im übrigen würden die Mitarbeiter der Pflegekassen in die unbefriedigende Situation gebracht, dem einen Antragsteller eine Ausnahme zubilligen zu können, dem nächsten jedoch nicht. Dies würde mit Sicherheit von denjenigen, denen die Ausnahme nicht zugebilligt wird, als Diskriminierung angesehen. Zusätzlich zu dieser Diskriminierung hätten sie auch noch die Kosten der Pflege-Pflichteinsätze zu zahlen; dies würde den Druck auf die Pflegekassen zur Bewilligung von Ausnahmen stark erhöhen. Angesichts des derzeit herrschenden ausgeprägten Wettbewerbs der Kassen in der Krankenversicherung dürfte davon auszugehen sein, daß die Kassenmitarbeiter dem Druck der Versicherten in der Regel nachgeben werden mit der Folge, daß die Regelung über die Pflege-Pflichteinsätze faktisch nach und nach bedeutungslos würde. Das mit den Pflege-Pflichteinsätzen verbundene Ziel der Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle der häuslichen Pflege wäre nicht mehr in dem gewünschten Umfang erreichbar. Diese Nachteile könnten vermieden werden, und eine höhere Akzeptanz der Pflege-Pflichteinsätze ließe sich erreichen, wenn die Einsätze nicht mehr von den Pflegebedürftigen selbst, sondern von den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen zu finanzieren wären.

Als weitere Maßnahme zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege schreibt das SGB XI den Pflegekassen die Durchführung von Pflegekursen vor, die sie den Angehörigen und sonstigen an einer ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit interessierten Personen unentgeltlich anzubieten haben. In diesen Kursen sollen nicht nur Kenntnisse vermittelt und vertieft werden, die zur Pflege Tätigkeit in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen notwendig oder hilfreich sind, sie sollen vielmehr auch der Unterstützung bei körperlichen und seelischen Belastungen sowie dem notwendigen Erfahrungsaustausch der Pflegepersonen untereinander dienen. Soweit dies sinnvoll und geboten ist, kann die Schulung im Einzelfall sogar in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden. Durch eine intensive Schulung der Pflegepersonen können Defizite in der häuslichen Pflege weitgehend vermieden werden.

Weitergehende Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der häuslichen Pflege durch Angehörige und sonstige ehrenamtliche Pflegepersonen sind aus Sicht der Pflegekassen nicht erforderlich. Einzelne Pressemeldungen über Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich rechtfertigen keine andere Beurteilung. Hierbei handelt es sich nicht um ein spezifisches Problem der Pflegeversicherung. Gewalt in der Familie gegenüber Angehörigen gab es schon vor Einführung der Pflegeversicherung und nicht nur gegenüber Pflegebedürftigen. Im Grunde geht es um eine gesamtgesellschaftliche Problematik: Wie gehen die Familien insbesondere mit ihren Alten, Kranken, Behinderten, Gebrechlichen und allgemein mit Schwächeren (z.B. auch mit Kindern) um? Welche Wertvorstellungen für ein geordnetes, menschenwürdiges Miteinander gibt es und wie können hier eventuell notwendige Korrekturen erreicht werden?

Die Pflegeaufgabe ist sowohl für den Pflegenden als auch für den Gepflegten regelmäßig mit erheblichen physischen und psychischen Anstrengungen und Belastungen verbunden. Sie erfordert Zeit und Opferbereitschaft. Die Beziehung zwischen Pflegendem und Gepflegtem ist häufig durch eine besondere innere Beziehung und durch ein Abhängigkeitsverhältnis gekennzeichnet. Aufgrund dieser sensiblen Ausgangslage ist es sehr schwer, verlässliche Zahlen und Fakten über das Ausmaß an gewaltsamen Übergriffen in Pflegebeziehungen zu erhalten. Bei den in der Presse dargestellten Fällen handelt es sich letztlich um Einzelfälle und nicht um ein Massenphänomen. Es liegen keine Erkenntnisse vor, daß in solchen Einzelfällen das von der Pflegeversicherung bereitgestellte Pflegegeld die Gewaltanwendung begünstigt oder dazu beiträgt, daß eine Pflegeperson eine Pflege übernimmt, die sie nach und nach überfordert und dann von Lieblosigkeit, Bösartigkeit bis hin zur Gewaltanwendung begleitet wird. Diese bedauerlichen Einzelfälle dürfen nicht dazu verleiten, allgemein die Qualität der Pflege durch ehrenamtliche Pflegepersonen in Zweifel zu ziehen. Insbesondere sollte den Familienangehörigen nicht von vornherein mit Mißtrauen begegnet werden. Die Pflege ist meist sehr zeitaufwendig, mühsam und verlangt in hohem Maße persönliches Engagement. Wer dazu bereit ist, hat in aller Regel eine gute Grundeinstellung zum Mitmenschen sowie ein hohes Pflicht- und Verantwortungsbewußtsein gegenüber dem Pflegebedürftigen. Die Förderung der ehrenamtlichen Pflege muß auf einer Wertschätzung der aufopferungsvollen Tätigkeit aufbauen und darf nicht Mißtrauen in den Vordergrund schieben.

Unstreitig ist, daß die Pflegekassen alle ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten nutzen müssen, um Fälle von Gewalt in der Familie des Pflegebedürftigen aufzudecken und im Einzelfall auf eine Verbesserung der Versorgungssituation des Pflegebedürftigen hinzuwirken. Auch behandelnde Ärzte, Angehörige oder Nachbarn sind aufgefordert, nicht zu schweigen, sondern zu helfen und ihr Wissen über Gewalt den zuständigen Stellen mitzuteilen. Es wäre falsch anzunehmen, Fälle von Gewalt in der Familie ließen sich durch weitere gesetzliche Regelungen im Bereich der Pflegeversicherung gänzlich ausschließen.

2. Qualitätssicherung bei zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach § 80 SGB XI

2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe der Selbstverwaltung zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI

Erstmals wurden zwischen den Leistungserbringern und den Pflegekassen auf der Grundlage des § 80 SGB XI bundesweit einheitlich geltende „Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe der Selbstverwaltung zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen“ für die Bereiche der ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflege sowie für die Kurzzeitpflege vereinbart. Damit ist zusätzlich zu den Vorgaben des Heimgesetzes ein weiterer Schritt zu bundeseinheitlichen Qualitätsstandards gemacht worden. Hervorzuheben ist dabei, daß die Vereinbarungen nicht auf staatlichen Vorgaben beruhen, sondern im Vereinbarungswege zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern zustande gekommen und damit beispielgebend für die Gestaltung der pflegerischen Versorgung durch die Selbstverwaltung sind.

Nach den Vereinbarungen sind Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität der Pflege zu unterscheiden. Durch die Maßgaben für die Struktur der Einrichtungen wird vorgegeben, welche organisatorischen, personellen und fachlichen Voraussetzungen für den Betrieb einer Pflegeeinrichtung erfüllt sein müssen, sowie welche räumlichen und baulichen Gegebenheiten erfüllt sein sollen. Mit den Vorgaben zur Prozeßqualität werden die Qualitätskriterien für die praktische Durchführung der Pflege näher umschrieben. Danach hat jedes Pflegeheim eine qualifizierte, ganzheitliche Pflege zu erbringen und hierzu beispielsweise

- eine dem allgemeinen Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechende Pflegekonzeption zu erarbeiten,
- eine individuelle Pflegeplanung durchzuführen,
- eine geeignete, sachgerechte und kontinuierliche Pflegedokumentation vorzuhalten,
- eine bewohnerorientierte Dienstplanung zu entwickeln,
- die Angehörigen in die Arbeit einzubeziehen sowie,
- für Heimbewerber geeignetes Informationsmaterial zu erstellen.

Die pflegerischen Leistungen sind möglichst immer von denselben Pflegekräften zu erbringen und zu dokumentieren. Das Pflegeergebnis ist anhand der festgelegten Pflegeziele im Wege der Selbstkontrolle regelmäßig zu überprüfen und mit den an der „Pflege Beteiligten und dem Pflegebedürftigen“ zu erörtern.

Die Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, sich an Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Sie haben ferner auf Verlangen der Pflegekassen dem MDK (oder sonstigen Sachverständigen) die Prüfung der Qualität ihrer Leistungen durch Einzel-

prüfungen, Stichproben und vergleichende Prüfungen zu ermöglichen. Die Prüfungen sind auf die Qualität der Pflege, der Versorgungsabläufe und der Pflegeergebnisse zu erstrecken (§ 80 Abs. 2 SGB XI). Werden bei der Prüfung festgestellte gravierende Mängel nicht fristgerecht abgestellt, besteht die Möglichkeit, den Versorgungsvertrag zu kündigen (§ 80 Abs. 3 SGB XI). Über die Prüfung und ihr Ergebnis ist innerhalb von sechs Wochen ein Bericht zu erstellen, der gegebenenfalls notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten enthält. Der MDS hat ein Konzept zur Durchführung der Qualitätsüberprüfungen erarbeitet, so daß auch inhaltlich von einer hinreichenden Vorbereitung der Qualitätsüberprüfungen ausgegangen werden kann.

2.2 Aufsichtsrechtliche Maßnahmen der staatlichen Überwachungsbehörden

2.2.1 Stationärer Bereich

Im Bereich der stationären pflegerischen Versorgung greifen neben den vertraglich vereinbarten Qualitätsvorgaben die Schutzvorschriften des Heimgesetzes. Mit Ausnahme der Vorschriften nach der Heimpersonal- und Heimindestbauverordnung gelten durch eine Anpassung des Heimgesetzes wesentliche Schutzvorschriften des Heimgesetzes nunmehr auch für die Kurzzeitpflege-Einrichtungen. Darüber hinaus wurde durch die Heimgesetzänderung die bislang für privat-gewerbliche Heimträger bestehende Erlaubnispflicht durch eine einheitliche Anzeigepflicht für alle Träger ersetzt, mit der Möglichkeit, bereits vor der Heimeröffnung aufsichtsrechtliche Maßnahmen einzuleiten.

2.2.2 Ambulanter Bereich

Für ambulante Dienste gibt es keine den Regelungen des Heimgesetzes vergleichbare Schutzvorschriften. Die staatliche Überwachung kann im Rahmen der allgemeinen gewerberechtlichen Aufsicht eingreifen. Unabhängig von dieser staatlichen Überwachung prüfen die Pflegekassen Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen ambulant tätiger Pflegedienste. Die Bundesregierung prüft gegenwärtig, ob für ambulante Pflegedienste Schutzvorschriften wie im Heimgesetz notwendig sind.

3. Aktuelle Qualitätssicherungsmaßnahmen der Pflegekassen

Die Pflegekassen haben das Instrumentarium zur Qualitätssicherung bereits angewandt und Pflegeheimen in Einzelfällen die Zulassung entzogen.

Im Interesse einer dauerhaften und auch für die Versicherten spürbaren Qualitätssicherung intensivieren die Pflegekassen derzeit ihre Bemühungen auf diesem Feld. Entsprechend ihrer pluralen Struktur wollen die Pflegekassen dabei vielfältige Maßnahmen der Qualitätssicherung ergreifen; zum Beispiel:

- Einige Pflegekassen bauen derzeit ein System von Qualitätsbeauftragten auf. Danach soll für jede Einrichtung ein Qualitätsbeauftragter der Pflegekassen benannt werden, der für die Qualität „seiner“ Einrichtungen Sorge tragen soll.

- Zur individuellen Betreuung der Versicherten wollen Pflegekassen jedem Versicherten und seinen Angehörigen eine Vertrauensperson bei seiner Pflegekasse benennen. Der persönliche Betreuer soll als unmittelbarer Beratungs- und Ansprechpartner bei allen Fragen und Problemen, die mit der Pflegeversicherung oder der pflegerischen Versorgung durch den Pflegedienst oder das Pflegeheim auftreten, bereit stehen und Hilfe leisten.
- Schon im Zusammenhang mit Abrechnungsmanipulationen haben einige Pflegekassen telefonische „Hot-Lines“ für ihre Versicherten eingerichtet.⁴³⁾ Die Versicherten können sich mit ihren Informationen und Beschwerden im Zusammenhang mit Pflegeleistungen unmittelbar an ihre Kasse wenden, damit notwendige Sachverhaltsaufklärungen und Überprüfungen umgehend eingeleitet werden können.

XI. Rehabilitation vor Pflege

Pflegebedürftigkeit ist von der Zahl der betroffenen Menschen her besonders ein Problem des fortgeschrittenen Lebensalters. Sie kann durch eine qualifizierte geriatrisch-rehabilitative Behandlung vermieden, vermindert oder zumindest hinausgezögert werden. Durch eine Vielzahl intensiver therapeutischer Maßnahmen wie aktivierende Pflege, Krankengymnastik, Bewegungs- und Beschäftigungstherapie können häufig ältere Menschen vor chronischem Siechtum bewahrt und soweit rehabilitiert werden, daß sie sogar wieder in ihrer häuslichen Umgebung oder bei weitgehender Selbständigkeit in einem Altenheim leben können und vielfach ganz oder teilweise unabhängig von Hilfeleistungen Dritter werden. Es ist davon auszugehen, daß bis zu 80 v. H. der Pflegebedürftigen, bei denen ein Rehabilitationspotential festgestellt wurde, wieder in die häusliche Umgebung entlassen werden könnten.

Rehabilitation vor Pflege ist aus diesem Grunde der richtige Weg, wo immer er gangbar ist. Er ist menschlicher und auch wirtschaftlicher, weil er Pflegebedürftigkeit – und damit auch Kosten – vermeidet oder verringert. Entsprechend dem bewährten Grundsatz „Rehabilitation hat Vorrang vor Rente“, der schon seit 1974 im Rehabilitations-Angleichungsgesetz festgelegt ist, hat der Gesetzgeber den Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ sowohl im SGB V als auch im SGB XI festgeschrieben. Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ kann aber nur dann erfolgreich umgesetzt werden, wenn die nach geltendem Recht bestehende Verpflichtung zur Rehabilitation insbesondere für die älteren Menschen tatsächlich auch verwirklicht wird.

1. Zur gegenwärtigen Rechtslage bei Rehabilitationsleistungen

Bereits mit der Gesundheitsreform 1988 war – mit Blick auf die Pflegeleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Schwerpflegebe-

dürftige – der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ in das SGB V aufgenommen worden:

- § 11 Abs. 2 SGB V: Medizinische Rehabilitationsleistungen der Krankenkassen, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern,
- § 23 Abs. 1 Nr. 3 SGB V: Medizinische Vorsorgeleistungen im Rahmen einer ambulanten Behandlung, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Durch Regelungen im SGB XI ist dieser Grundsatz noch weiter verstärkt worden:

Die Pflegekassen haben nach § 5 Abs. 1 SGB XI bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hinzuwirken, daß frühzeitig alle geeigneten Maßnahmen der Prävention, der Krankenbehandlung und der Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Auch nach dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit haben die Leistungsträger ihre Leistungen zur Rehabilitation in vollem Umfang einzusetzen, um Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern.

Im Rahmen der Begutachtungen zur Pflegebedürftigkeit stellt der MDK auch den Rehabilitationsbedarf im Einzelfall fest. In dem Gutachtenformular, das der Gutachter anlässlich der Feststellung der Pflegebedürftigkeit ausfüllt und der Pflegekasse zuleitet, werden die im Einzelfall möglichen rehabilitativen Maßnahmen aufgezeigt. Der Gutachter hat Maßnahmen zur Rehabilitation, Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen. Die Pflegekasse hat mit dem Träger der Rehabilitation eng zusammenzuarbeiten, ihn über mögliche Rehabilitationsmaßnahmen zu unterrichten und den Versicherten bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Rehabilitation zu unterstützen.

Zur Umsetzung des Anspruchs auf Rehabilitation regelt § 18 Abs. 1 SGB XI, daß die Versicherten einen Rechtsanspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation mit Ausnahme von Kuren haben, wenn dadurch Pflegebedürftigkeit oder ihre Verschlimmerung verhindert werden kann (beispielsweise Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Massagen, Bäder). Träger der Rehabilitation ist in der Regel die Krankenkasse, allerdings können auch Ansprüche gegen die Unfall- oder Rentenversicherung bestehen. § 11 Abs. 2 SGB V hat der Gesetzgeber dahin geändert, daß die Krankenkassen auch nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu erbringen haben.

Ausnahmsweise kann die Pflegekasse ambulante medizinische Leistungen zur Rehabilitation vorläufig erbringen, wenn eine sofortige Leistungserbringung erforderlich ist, um eine unmittelbar drohende Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhüten und sonst die sofortige Einleitung der Maßnahme gefährdet wäre.

⁴³⁾ siehe dazu auch unter C.XVIII.

2. Zur Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“

Die bisherigen Erfahrungen im Rahmen der Umsetzung der Pflegeversicherung zeigen, daß die Gutachterinnen und Gutachter der MDK in bis zu 20 v.H. der Fälle anläßlich der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit Einzelmaßnahmen zur Rehabilitation empfehlen, zum Beispiel Krankengymnastik, Sprach- oder Beschäftigungstherapie.

Nachdem die Einführungsphase der Pflegeversicherung mit den teilweise sehr hohen Arbeitsbelastungen der MDK abgeschlossen ist, muß der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ in stärkerem Maße als bisher Beachtung finden. Die Kompetenz der MDK in Sachen Rehabilitation muß weiter verbessert und es müssen die notwendigen Strukturen für eine erfolgreiche Umsetzung der Rehabilitationsempfehlungen geschaffen werden. Hierzu sind folgende Schritte notwendig:

- Intensivierung der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gutachter zur Ermittlung des Rehabilitationspotentials der Versicherten und zur Abgabe von Empfehlungen über notwendige Maßnahmen zur Rehabilitation.

Bereits seit 1995 werden am Albertinen-Krankenhaus in Hamburg Weiterbildungsmaßnahmen für die Mitarbeiter der MDK zu diesem Thema angeboten. Bisher haben 8 Lehrgänge stattgefunden; weitere sind geplant und bereits ausgebucht.

- Weitergabe der Vorschläge des MDK zur Rehabilitation von der Pflegekasse an die Krankenkasse.
- Sicherstellung, daß die notwendigen Rehabilitationsmaßnahmen durch die Krankenkasse in Zusammenarbeit mit den Hausärzten eingeleitet werden.

Die Krankenkassen haben sich bereits in einer „Rahmenkonzeption zur Entwicklung der geriatrischen Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung“ vom 28. März 1995 eindeutig zu ihrer Aufgabe der geriatrischen Rehabilitation bekannt. Hierzu gehört ausdrücklich auch die ambulante, wohnortnahe Rehabilitation mit der Möglichkeit der Nutzung mobiler Teams oder anderer Versorgungsangebote bei Sicherstellung der Koordination. Die ambulante Rehabilitation soll sich nicht auf die Versorgung zu Hause lebender Pflegebedürftiger beschränken, sondern auch in Pflegeeinrichtungen in Kooperation mit dem Hausarzt sichergestellt werden. In dem Konzept wird ausdrücklich festgestellt, daß auch bei vorhandener Pflegebedürftigkeit ein Rehabilitationspotential gegeben sein kann.

Es ist damit zu rechnen, daß die Spitzenverbände der Krankenkassen in den nächsten Monaten „Leitlinien für den Auf- und Ausbau der ambulanten geriatrischen Rehabilitation“ verabschieden werden. Damit wäre ein wichtiger Schritt für die konsequente Umsetzung der mit der Pflegeversicherung verbesserten Ansprüche auf Rehabilitationsmaßnahmen getan.

Für die erfolgreiche Umsetzung des mit der Pflegeversicherung verbesserten Rechtsanspruchs auf Rehabilitation ist auch den Richtlinien zur Vorsorge und

Rehabilitation entscheidende Bedeutung beizumessen. Die Verabschiedung dieser Richtlinien gehört zu den vorrangigen Aufgaben des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.

XII. Pflegeversicherung und Ausland

Der Gesetzgeber hat sich bei Verabschiedung des PflegeVG für ein Ruhen der Leistungen bei Auslandsaufenthalt entschieden.

Die Leistungen der Pflegeversicherung stehen in engem Zusammenhang mit den Leistungen der Krankenversicherung, die gemäß § 16 SGB V ebenfalls ruhen, solange sich der Versicherte im Ausland aufhält.

Die Sachleistungen der Kranken- und Pflegeversicherung werden im Rahmen eines öffentlich-rechtlichen Systems (§§ 69 ff. SGB V, §§ 71 ff. SGB XI) erbracht, das hoheitliche Maßnahmen am Ort der Leistungserbringung bedingt. Den Pflegekassen obliegt der Sicherstellungsauftrag für die pflegerische Versorgung der Versicherten in Deutschland. Kennzeichnend für das Sachleistungsprinzip ist die „Verschaffungspflicht“. Zur pflegerischen Versorgung schließen die Pflegekassen öffentlich-rechtliche Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen und sonstigen Leistungserbringern. Dieser Sicherstellungsauftrag kann nur für den Geltungsbereich des Grundgesetzes zum Tragen kommen. Die Einbeziehung von im EU-Ausland ansässigen Leistungserbringern in das öffentlich-rechtliche System nach Maßgabe des SGB XI ist nicht möglich. Der Geltungsbereich des SGB XI – wie der der anderen Bücher des SGB – ist auf das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland beschränkt. Eine statusbegründende Zulassung zur pflegerischen Versorgung ausländischer Leistungserbringer im Ausland mittels eines Verwaltungsaktes ist daher ausgeschlossen. Die Ausübung deutscher Hoheitsgewalt im Ausland verstieße gegen das völkerrechtliche Territorialprinzip. Die Kranken- und Pflegekassen schließen daher im Ausland keine Verträge mit ausländischen Leistungserbringern.

Vor diesem Hintergrund sind auch innerhalb der EU die Gesundheitssysteme national organisiert und stellen ihre Leistungen grundsätzlich nur auf ihrem jeweiligen Hoheitsgebiet zur Verfügung. Versicherte eines anderen EU-Mitgliedstaates haben im Rahmen der Sachleistungsaushilfe oder aufgrund ihres Wohnsitzes Zugang zu den Leistungen im Wohnsitzland. Würden die deutschen Pflegeleistungen exportiert, käme es zu kaum lösbaren Anrechnungsproblemen, da auch die übrigen EU-Staaten Pflegeleistungen im Rahmen ihrer Krankenversicherungen oder in sonstiger Form bereitstellen. Der Gesetzgeber hat das Ruhen der Leistungen nicht nur auf die häusliche Pflege nach § 36 SGB XI beschränkt, sondern auch auf das Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen nach § 37 SGB XI erstreckt. Das Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen stellt nach Auffassung der Bundesregierung ein Sachleistungssurrogat dar, das in bezug auf die Ruhensregelung grundsätzlich nicht anders zu behandeln ist als die häusliche Pflegehilfe durch zugelassene Leistungserbringer. So wären die

in Deutschland vorgeschriebenen Pflegeeinsätze zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der Beratung der häuslich Pflegenden im Ausland nicht möglich. Die Pflegekasse hätte keinerlei Kontrolle darüber, ob mit dem Pflegegeld die ordnungsgemäße Pflege sichergestellt ist. Im übrigen wäre die Begutachtung eines im Ausland lebenden Versicherten – entsprechend dem in Deutschland gültigen Verfahren – praktisch kaum durchführbar.

Für die Ruhensbestimmung war auch die grundsätzliche Erwägung maßgeblich, daß sich die Errichtung sozialer Sicherungssysteme regelmäßig auf das jeweilige Hoheitsgebiet eines Staates beschränkt und die Solidargemeinschaft grundsätzlich nicht für die Sicherung des Pflegerisikos im Ausland verantwortlich ist. Die Leistungen der Pflegeversicherung beinhalten eine durch die Versichertengemeinschaft finanzierte Solidarleistung, die sich an den Einkommens- und Lebensverhältnissen in Deutschland orientiert. Umfang und Höhe der Pflegeleistungen richten sich nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit, nicht aber nach den zuvor geleisteten Beiträgen. In den Versicherungsschutz einbezogen und mit Einführung der Pflegeversicherung sofort leistungsbe-rechtigt waren auch die bereits pflegebedürftigen Menschen, obwohl sie in der Pflegeversicherung keinerlei Vorversicherungszeiten erfüllten. Pflegeversicherung und Krankenversicherung sind im Gegensatz zur gesetzlichen Rentenversicherung typische Risikoversicherungen mit ausgeprägten solidarischen Elementen. Der Gesetzgeber hat sich daher dafür entschieden, den Leistungsanspruch nicht vom Aufenthaltsort zu lösen und das Risiko der Pflegebedürftigkeit bei dauerndem Aufenthalt im Ausland nicht abzusichern.

Im Rahmen des 1. SGB XI-ÄndG erhielt § 34 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI folgende Fassung:

„(1) Der Anspruch auf Leistungen ruht:

1. solange sich der Versicherte im Ausland aufhält. Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr ist das Pflegegeld nach § 37 oder anteiliges Pflegegeld nach § 38 weiterzugewähren. Für die Pflege-sachleistung gilt dies nur, soweit die Pflegekraft, die ansonsten die Pflegesachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthalts begleitet.“

Diese Regelung enthält eine sehr eng begrenzte Ausnahme von dem in § 34 SGB XI enthaltenen Grundsatz, daß die Leistungen der Pflegeversicherung ruhen, solange sich Versicherte im Ausland aufhalten. Diese Ausnahme wurde für notwendig und vertretbar gehalten, um Pflegebedürftigen Urlaub im Ausland von üblicher Dauer zu ermöglichen. Ohne diese Regelung hätte ein behinderter Pflegebedürftiger, der mit seiner Pflegeperson einen Urlaub im Ausland beabsichtigt, dies nur realisieren können, indem er auf die Leistungen der Pflegeversicherung verzichtet. Ebenso hätten Behinderte nicht an einer von ihrer Behinderteneinrichtung organisierten Ferienfreizeit im benachbarten Ausland ohne Verlust der Pflegeleistungen teilnehmen können, obwohl sie während der Freizeitmaßnahme von den Pflegekräften betreut

werden, die sie auch im Inland im Rahmen der Sachleistung betreuen und mit denen daher vertragliche Beziehungen zu den Pflegekassen bestehen. Es wäre im Ergebnis mit einer modernen Behindertenpolitik nur schwer vereinbar, wenn dem Behinderten die Möglichkeit eines Urlaubs im benachbarten Ausland auf diese Weise erschwert worden wäre. Daher wurde es für sachgerecht und vertretbar gehalten, unter sehr engen Voraussetzungen bei einem zeitlich begrenzten Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Jahr die Pflegeleistungen weiter zu gewähren. Wird für diese Zeit die Sachleistung beansprucht, ist zwingend erforderlich, daß diejenige Pflegekraft den Pflegebedürftigen während des Auslandsaufenthaltes begleitet, die im Inland die Pflegesachleistung erbringt.

Grenzgänger, die in Deutschland Beiträge zur Pflegeversicherung entrichten und in einem EU-Nachbarland wohnen, lehnen diese Regelung ab und fordern den Export des Pflegegeldes. Gleiches gilt für Bezieher einer deutschen Rente, die bei Verzug ins EU-Ausland weiterhin Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung bezahlen und in ihren Wohnsitzländern kein vergleichbares Pflegegeld erhalten. Inzwischen sind zwei Klagen (Rechtssachen C 160/96 und C 40/97) vor dem Europäischen Gerichtshof anhängig, bei denen die Versicherungspflicht der Grenzgänger sowie das Verbot des Leistungsexports in der Pflegeversicherung auf dem Prüfstand stehen.

XIII. Berücksichtigung von Leistungen der Pflegeversicherung in anderen Sozialleistungs- und Rechtsbereichen

1. Allgemein

Die neuen Leistungen der Pflegeversicherung sollen sich in das bislang geltende System von Sozialleistungen einfügen. Demgemäß ist in § 13 SGB XI das Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen geregelt. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind nachrangig gegenüber den entschädigungsrechtlichen Ansprüchen bei Pflegebedürftigkeit aufgrund eines Arbeits- oder Dienstunfalls nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung und der Beamtenversorgung oder eines Tatbestandes des sozialen Entschädigungsrechts (Wehr- oder Zivildienstbeschädigung, Opfer von Gewalttaten u. a.) nach dem BVG. Sie gehen andererseits als Versicherungsleistungen den fürsorglichen, von einer Bedürftigkeitsprüfung abhängigen Ansprüchen auf Hilfe zur Pflege nach dem BSHG, der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des BVG und dem Lastenausgleichsgesetz (LAG) vor; die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 37 SGB V – Häusliche Krankenpflege – werden grundsätzlich nicht berührt. Die Leistungen der Pflegeversicherung bleiben als Einkommen bei Sozialleistungen, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, unberücksichtigt. Im übrigen werden die einkommens- und vermögensunabhängigen Leistungen der Pflegeversicherung ohne die Berücksichtigung anderer Sozialleistungen (z. B. von Krankengeld nach dem SGB V, von Alters- und Invalidenrente) gewährt.

1.1 Verhältnis zu den entschädigungsrechtlichen Ansprüchen

Die Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit sind in der Regel umfassender als die in der Höhe begrenzten Leistungen der Pflegeversicherung und haben deshalb Vorrang vor den Versicherungsleistungen.

§ 34 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI sieht daher das Ruhen des Anspruchs auf Leistungen der Pflegeversicherung vor, soweit der Versicherte Entschädigungsleistungen nach § 35 BVG oder aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder Unfallfürsorge erhält.

Das Leistungsspektrum der genannten Entschädigungssysteme umfaßt jedoch nicht alle Leistungen der Pflegeversicherung, insbesondere fehlt dort der Anspruch auf eine eigenständige soziale Sicherung der Pflegeperson; insoweit werden Leistungen der Pflegeversicherung zusätzlich zu den Entschädigungsleistungen erbracht. Dies bedeutet, daß ein durch einen Arbeitsunfall pflegebedürftig gewordener Versicherter von seiner Pflegeversicherung zwar kein Pflegegeld erhält, die Pflegeversicherung jedoch Beiträge für die Pflegeperson entsprechend dem Umfang der geleisteten Pflege (§ 44 SGB XI) an den Träger der gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet.

1.2 Verhältnis zu den fürsorgerischen Ansprüchen

Die Fürsorgeleistungen wegen Pflegebedürftigkeit sind gegenüber den Leistungen der Pflegeversicherung nachrangig. Leistungen zur Pflege nach dem BSHG, dem BVG im Rahmen der Kriegsofopferfürsorge sowie nach dem LAG sind jedoch dann zu gewähren, wenn und soweit Leistungen der Pflegeversicherung nicht erbracht werden oder diese Gesetze dem Grunde oder der Höhe nach weitergehende Leistungen als die Pflegeversicherung vorsehen (§ 13 Abs. 3 SGB XI).

Für das Verhältnis der Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem BSHG und den Pflegeleistungen nach dem SGB XI hat der Gesetzgeber in § 13 Abs. 3 SGB XI geregelt, daß es sich hierbei um zwei Hilfformen handelt, die nicht in einem Vorrang-/Nachrangverhältnis zueinander stehen, sondern nebeneinander gewährt werden. Dies bedeutet, daß – bei Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen – neben den Leistungen der Pflegeversicherung auch ein Anspruch auf Eingliederungshilfe für Behinderte bestehen kann, wenn hierfür die Leistungsvoraussetzungen nach dem BSHG vorliegen.

1.3 Verhältnis zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

Gemäß § 13 Abs. 2 SGB XI bleiben die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V von den Leistungen der Pflegeversicherung unberührt. Soweit die Leistungen nach § 37 Abs. 1 SGB V (Krankenhausvermeidungspflege oder -verkürzungspflege) auch Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Sinne der Pflegeversicherung umfassen, ruhen insoweit die Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege.

Unter dem Datum vom 21. März 1997 haben die Spitzenverbände der Krankenkassen einen Abgrenzungskatalog „Behandlungs- und Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung“ veröffentlicht, der vielfach in der Praxis der Krankenkassen vor Ort Anwendung gefunden hat. Inhaltlich war der Katalog dadurch gekennzeichnet, daß in erheblichem Umfang bisherige Leistungen der Behandlungspflege der Grundpflege zugeordnet wurden. Zur Grundpflege wurden pauschal alle Hilfeleistungen gerechnet, die von dafür geeigneten pflegenden Personen erbracht werden; dazu gehören auch medizinische Maßnahmen, die typischerweise vom Patienten regelmäßig selbst durchgeführt werden können. Eine nähere Prüfung, ob tatsächlich die Leistung im Einzelfall erbracht werden konnte, war nicht vorgesehen.

Der Katalog führte insbesondere beim Zusammenreffen von Leistungen der Pflegeversicherung mit Leistungen der „Häuslichen Krankenpflege“ nach § 37 Abs. 2 SGB V zu Problemen. Hier erbringt eine Krankenkasse Grundpflege nur dann, wenn ihre Satzung es ausdrücklich bestimmt. In den Fällen, in denen eine solche Satzungsbestimmung fehlt, müßten Versicherte die Erbringung solcher Handlungen, die nicht mehr Bestandteil der Behandlungspflege sein sollen, selbst übernehmen. Von der Neuabgrenzung waren insbesondere Insulin-Injektionen, Medikamentenverabreichungen sowie Blutdruck- und Blutzuckerkontrollen betroffen. Nach Auffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen sind diese Verrichtungen durch den technischen Fortschritt mittlerweile so einfach geworden, daß sie nicht mehr durch medizinisch geschultes Fachpersonal durchgeführt werden müssen und daher vom Versicherten selbst oder von einer in seinem Haushalt lebenden Person erbracht werden können.

In der Praxis ergaben sich folgende Probleme:

- Von den Krankenkassen wurden früher als Behandlungspflege anerkannte und von ambulanten Pflegediensten erbrachte Leistungen – z.B. Insulin-Spritzen – pauschal ohne Prüfung des Einzelfalles mit dem Hinweis nicht mehr finanziert, daß diese Leistungen von pflegenden Angehörigen erbracht werden könnten. Dies hatte zur Folge, daß die notwendige Versorgung nicht mehr in jedem Fall gesichert erschien, z.B. Insulin-Spritzen bei stark sehbehinderten Patienten oder sehbehinderten Angehörigen.
- In mehreren Fällen wurde auf die Pflegeversicherung verwiesen, zu deren Aufgabenbereich es gehöre, die Grundpflege sicherzustellen.

Am 22. Mai 1997 fand ein Gespräch zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem BMG und dem BMA statt. Es wurde Einigkeit dazu erzielt, daß Behandlungspflege nicht allein deswegen von Krankenkassen versagt werden kann, weil die Maßnahme typischerweise, d.h. unabhängig von der Prüfung des Einzelfalles, von im Haushalt des Versicherten lebenden Personen erbracht werden könnte. Einigkeit wurde auch darüber erzielt, daß Behandlungspflege nicht deswegen versagt werden kann, weil der Versicherte Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält.

Inzwischen ist der Katalog überarbeitet. Folgende Änderungen wurden vorgenommen:

- Wichtige Leistungen wurden wieder der Behandlungspflege anstelle der Grundpflege zugeordnet. Es sind dies
 - Arzneimittelverabreichung einschließlich Salben- und Tropfengabe,
 - Insulin-Injektionen,
 - Blutdruck-/Blutzuckerkontrollen.
- Bei weiteren Leistungen ist sichergestellt, daß diese Leistungen nicht unter Hinweis auf die Pflegeversicherung von den Kassen verweigert werden können.

Die Krankenkassen werden künftig aber verstärkt prüfen, ob die Voraussetzungen des § 37 Abs. 3 SGB V vorliegen. Denn nach dieser Vorschrift besteht der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nur, soweit eine im Haushalt lebende Person den Kranken nicht in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann.

Die entsprechende Anwendung des Kataloges wird gegenüber dem Stand vom 31. März 1997 zu befürchtende Lücken bei der Versorgung zu Hause lebender Pflegebedürftiger weitestgehend vermeiden. Allerdings ist darauf hinzuweisen, daß nach Inkrafttreten des 2. NOG am 1. Juli 1997 die Spitzenverbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abgeben sollen. Zu dieser partnerschaftlichen Lösung gehören auch die Beschreibung der Inhalte häuslicher Krankenpflege einschließlich deren Abgrenzung. Der überarbeitete Katalog zur Abgrenzung von Grund- und Behandlungspflege hat für die Spitzenverbände der Krankenkassen rechtlich nur noch die Bedeutung eines internen Verhandlungspapiers. Die Spitzenverbände der Krankenkassen sind nunmehr aufgefordert, mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Pflegedienste unverzüglich in Verhandlungen über den Abschluß von Rahmenempfehlungen zur häuslichen Krankenpflege einzutreten.

2. Weitergereichtes Pflegegeld

Die Leistungen der Pflegeversicherung (Sachleistungen, Pflegegeld) bleiben als Einkommen des Pflegebedürftigen im Rahmen des Steuerrechts sowie bei der Inanspruchnahme von Sozialleistungen, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, unberücksichtigt. Entsprechendes gilt im Grundsatz auch für die Pflegeperson, an die der Pflegebedürftige das Pflegegeld weiterreicht, allerdings bestehen folgende Einschränkungen:

2.1 Berücksichtigung im Rahmen des Einkommensteuergesetzes

Bei der steuerlichen Behandlung des weitergereichten Pflegegeldes ist zu unterscheiden, ob das Pflegegeld an Angehörige oder an andere Personen weitergereicht wird:

Einnahmen für Leistungen zur Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung sind nach § 3 Nr. 36 EStG bis zur Höhe des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI steuerfrei, wenn diese Leistungen von Angehörigen des Pflegebedürftigen erbracht werden. Werden sie von anderen Personen erbracht, sind die Einnahmen nur dann steuerfrei, wenn diese Personen damit gegenüber dem Pflegebedürftigen eine sittliche Pflicht im Sinne des § 33 Abs. 2 EStG erfüllen. Hierzu reicht die allgemeine sittliche Pflicht, in Not geratenen Menschen zu helfen, nicht aus; es muß vielmehr zwischen der Pflegeperson und dem Pflegebedürftigen ein besonderes Pflichtverhältnis vorliegen, aufgrund dessen die Notlage des Pflegebedürftigen eine Hilfe gerade dieser Pflegeperson erfordert.

2.2 Berücksichtigung im Rahmen des Arbeitsförderungsgesetzes

2.2.1 Arbeitslosengeld

Das weitergegebene Pflegegeld wird beim Arbeitslosengeld nur berücksichtigt, wenn die Pflege im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses oder einer selbständigen Tätigkeit durchgeführt wird. Reicht in diesem Fall die Pflegetätigkeit über die Kurzzeittätigkeitsgrenze (weniger als 18 Stunden wöchentlich) hinaus, entfällt mangels Arbeitslosigkeit der Anspruch auf Arbeitslosengeld; wird sie nicht überschritten, wird das aus der Pflegetätigkeit erzielte Einkommen angerechnet, und zwar zur Hälfte, soweit es 30 DM wöchentlich übersteigt, jedoch in voller Höhe, soweit es zusammen mit dem Arbeitslosengeld 80 v. H. des letzten durchschnittlichen Nettoarbeitsentgelts übersteigt, das der Bemessung des Arbeitslosengeldes zugrunde liegt (§ 115 Arbeitsförderungsgesetz – AFG).

Mit dem Inkrafttreten des Dritten Buches Sozialgesetzbuch, das ab 1. Januar 1998 das AFG ablöst, ist für die Bestimmung der Arbeitslosigkeit eine Zeitgrenze von 15 Stunden maßgeblich. Die Anrechnung von Nebeneinkommen wird ab diesem Zeitpunkt großzügiger gestaltet und das Anrechnungsverfahren zugleich vereinfacht. Künftig soll das Nettoeinkommen aus einer geringfügigen Nebenbeschäftigung anrechnungsfrei bleiben, soweit es im Regelfall 20 v. H. des Arbeitslosengeldes nicht übersteigt.

Bei der Pflege naher Angehöriger wird in der Regel davon auszugehen sein, daß sich die Pflege im Rahmen familienhafter Beziehungen und nicht im Rahmen eines Beschäftigungsverhältnisses bzw. einer selbständigen Tätigkeit abspielt, weil die Pflegetätigkeit regelmäßig nicht mit dem Ziel ausgeführt wird, daraus ein Einkommen zu erzielen, sondern im Vordergrund die Erfüllung sittlicher Pflichten steht. Das weitergegebene Pflegegeld wird dann nicht als Einkommen angerechnet. Das Arbeitslosengeld wird unvermindert weitergezahlt.

2.2.2 Arbeitslosenhilfe

Bei der Arbeitslosenhilfe werden nicht-steuerpflichtige Einnahmen einer Pflegeperson für Leistungen zur Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung

nicht als Einkommen berücksichtigt (§ 11 Satz 1 Nr. 7 der Arbeitslosenhilfe-Verordnung). Die Vorschrift stellt in Anlehnung an die steuerrechtliche Regelung sicher, daß Einnahmen einer Person für Leistungen zur Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung bis zur Höhe des dem Pflegebedürftigen nach § 37 SGB XI gewährten Pflegegeldes nicht zu einer Kürzung der Arbeitslosenhilfe führen, wenn die Pflegeperson Angehöriger des Pflegebedürftigen oder eine Person ist, die mit der Pflege eine sittliche Verpflichtung im Sinne der zu § 33 Abs. 2 EStG entwickelten Grundsätze gegenüber dem Pflegebedürftigen erfüllt.

2.3 Berücksichtigung im Rahmen des Bundessozialhilfegesetzes

Eine gesetzliche Regelung, wie weitergegebenes Pflegegeld sozialhilferechtlich zu behandeln ist, gibt es im BSHG bislang noch nicht.

Nach der Rechtsprechung des BVG (Urteil vom 4. Juni 1992, NDV 1993, 27) ist das Pflegegeld nach § 69 Abs. 3 Satz 1 BSHG (in der bis zum 31. März 1995 geltenden Fassung), das der Pflegebedürftige bestimmungsgemäß einer ihm nahestehenden Pflegeperson zugewendet hat, von dieser grundsätzlich nicht als Einkommen im Sinne von § 76 Abs. 1 BSHG einzusetzen, solange sie nicht erwerbsmäßig pflegt.

In der zu erlassenden Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Durchführung des § 76 BSHG wird dem zitierten Urteil entsprechend eine Regelung angestrebt, wonach Pflegepersonen im Sinne des § 19 Satz 1 SGB XI, soweit sie mehr als einen ihnen nicht nahestehenden Pflegebedürftigen betreuen und dafür ein Entgelt oder einen Teil des Pflegegeldes erhalten, Erwerbstätigen gleichgestellt werden, die einer auf Entgelt ausgerichteten geringfügigen oder sonstigen Beschäftigung oder einer auf das Einkommen ausgerichteten selbständigen Tätigkeit nachgehen. In diesen Fällen ist also das weitergereichte Pflegegeld als Einkommen zu berücksichtigen.

2.4 Berücksichtigung im Rahmen des Wohngeldgesetzes

Zum Einkommen im Sinne des Wohngeldgesetzes (WoGG) gehören grundsätzlich alle Einnahmen in Geld oder Geldeswert ohne Rücksicht auf ihre Quelle und ohne Rücksicht darauf, ob sie steuerpflichtig sind oder nicht, abzüglich bestimmter in den §§ 12 bis 17 gesetzlich festgelegter Beträge (§ 10 WoGG). Da auch das Wohngeld eine einkommensabhängige Sozialleistung ist, bleiben die Leistungen der Pflegeversicherung als Einnahmen bei der Wohngeldermittlung außer Betracht, wenn der Pflegebedürftige selbst Wohngeld beantragt. Um bei der haushaltsbezogenen Ermittlung des (Familien-) Einkommens eine mittelbare Anrechnung beim Pflegebedürftigen zu vermeiden, bleiben Pflegegeldzahlungen an zum Haushalt des Pflegebedürftigen gehörende Pflegepersonen, die die Pflege übernommen haben und an die das Pflegegeld (ganz oder teilweise) weitergegeben wird, ebenso anrechnungsfrei.

Anders ist dies nur bei solchen Pflegepersonen, die wohngeldrechtlich nicht zum Haushalt des Pflegebedürftigen rechnen. Die Einnahme, die durch die Betreuung einer außerhalb des eigenen Haushaltes lebenden pflegebedürftigen Person erzielt wird, wird als Bruttoeinkommen im Sinne des § 10 WoGG berücksichtigt und führt – nach Berücksichtigung der bereits erwähnten Abzüge – zu einer Erhöhung des bei der Wohngeldberechnung anzusetzenden Familieneinkommens.

2.5 Berücksichtigung im Rahmen des Unterhaltes

Nach unterhaltsrechtlichen Grundsätzen hat ein Unterhaltsbedürftiger alle Einkünfte, die zur Deckung seines Lebensbedarfs zur Verfügung stehen, unabhängig von ihrer öffentlich-rechtlichen Zweckbestimmung zur Bedarfsdeckung einzusetzen. Soweit nicht durch eine gesetzliche Regelung angeordnet wird, daß spezielle Einkünfte unterhaltsrechtlich unberücksichtigt bleiben (vgl. z. B. § 9 BZRG), wirken sich alle Einkünfte des Unterhaltsbedürftigen grundsätzlich bedarfsmindernd aus.

Die Rechtsprechung rechnet demzufolge das an die Pflegeperson weitergeleitete Pflegegeld mit dem durch die Versorgung des Pflegebedürftigen nicht verbrauchten Teil – dem sogenannten „Vergütungsanteil“ – als eigenes Einkommen der Pflegeperson an. Die Höhe dieses Vergütungsanteils wird von den Gerichten üblicherweise nach § 287 ZPO geschätzt, wobei die Rechtsprechung hierzu nicht einheitlich ist; sie setzt den Vergütungsanteil des Pflegegeldes mit Werten von einem Drittel bis zu zwei Dritteln an.

Die Bundesregierung ist der Ansicht, daß die unterhaltsrechtliche Behandlung des Pflegegeldes durch die Rechtsprechung dem Anliegen der Pflegeversicherung, mit dem Pflegegeld zur Aufrechterhaltung und Erhöhung der Pflegebereitschaft beizutragen, im Einzelfall widersprechen kann. Sie steht daher dem Anliegen einer gesetzlichen Regelung der Problematik im Sinne einer Einschränkung der unterhaltsrechtlichen Berücksichtigung des Pflegegeldes aufgeschlossen gegenüber. Insbesondere für den Fall, daß eine Mutter ein behindertes Kind pflegt, soll durch eine neu zu schaffende gesetzliche Regelung sichergestellt werden, daß das für diese Pflegeleistung an sie weitergeleitete Pflegegeld nicht bedarfsmindernd auf ihren Unterhaltsanspruch gegen den Vater des Kindes angerechnet wird und ihr somit der Unterhalt und das Pflegegeld ungeschmälert erhalten bleiben.

XIV. Auswirkungen der Pflegeversicherung für Empfänger von Leistungen der Kriegsofopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz und nach dem Lastenausgleichsgesetz

In der entschädigungsrechtlich geprägten Kriegsofopferfürsorge nach dem BVG gelten – wie in der Sozialhilfe – die Grundsätze des Bedarfsdeckungsprinzips und des Individualisierungsgebots. Die Strukturprinzipien der Kriegsofopferfürsorge gelten auch ange-

sichts vorrangiger, aber begrenzter Leistungsansprüche nach dem SGB XI unverändert fort, so daß je nach Bedarfssituation ergänzende Ansprüche im Rahmen der Kriegsopferfürsorge bestehen.

Zuvor bestehende Abgrenzungsprobleme sind inzwischen u. a. durch Regelungen des 1. SGB XI-ÄndG weitestgehend gelöst. Durch dieses Gesetz wurde – ebenso wie für die Sozialhilfe⁴⁴⁾ – zugleich klargestellt, daß Pflegebedürftige unterhalb der Pflegestufe I im Bedarfsfall auch in stationären Einrichtungen Hilfe zur Pflege erhalten. Im übrigen sind Abgrenzungsfragen zwischen Pflegeversicherung und Kriegsopferfürsorge durch die Verwaltungspraxis – soweit ersichtlich – allgemein geklärt. Wesentlich dazu beigetragen haben die „Empfehlungen zur Kriegsopferfürsorge“, verfaßt und laufend fortgeschrieben von der Gemeinsamen Arbeitsgruppe der für Kriegsopferfürsorge zuständigen Länderreferenten und der Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen unter Mitwirkung des BMA und des Bundesrechnungshofs. Sie werden auf Empfehlung des BMA in allen Bundesländern angewendet.

Aufgrund der Änderungen im Lastenausgleichs-, Sozialhilfe- und Kriegsopferfürsorgerecht durch die Artikel 9, 18 und 20 PflegeVG traten in besonders gelagerten Fällen Nachteile ein, wenn Pflegegeld der Pflegeversicherung auf entsprechende Leistungen der Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge angerechnet wurde und gleichzeitig die Pflegeleistungen nach dem LAG entfielen. Die Schlechterstellung einzelner Betroffener konnte mit geltendem Recht nicht behoben und auch im Verwaltungsvollzug – etwa durch Anwendung der Härtefallregelungen in § 301 b LAG oder § 89 BVG – nicht ausgeglichen werden. Um die in der Regel ab dem 1. April 1995 eingetretene Verminderung rückwirkend auszugleichen, wurde mit dem 3. Wahlrechtsverbesserungsgesetz vom 29. April 1997 (BGBl. I. S. 968) in Artikel 50 PflegeVG auch für die Pflegeleistungen nach dem LAG eine Besitzstandsregelung eingeführt.

XV. Demographische Entwicklung

Bei der Vorbereitung der Pflegeversicherung wurde davon ausgegangen, daß die Zahl der Pflegebedürftigen in der Bundesrepublik Deutschland rd. 1,65 Millionen beträgt; davon rd. 1,2 Millionen zu Hause betreute und rd. 450 000 stationär betreute Pflegebedürftige. Bezogen auf die Bevölkerungszahl von rd. 81 Millionen Einwohnern entspricht die Gesamtzahl von rd. 1,65 Millionen Menschen einem Anteil von rd. 2 v. H..

Insgesamt erhalten gegenwärtig rd. 1,7 Millionen Bürgerinnen und Bürger Leistungen der Pflegeversicherung. Diese Gesamtzahl der Leistungsempfänger deckt sich also weitgehend mit den Annahmen, die der Vorbereitung und Ausgestaltung der Pflegeversicherung zugrunde lagen.

Die demographische Entwicklung führt dazu, daß unsere Gesellschaft älter wird. Weil Pflegebedürftig-

keit ein allgemeines Lebensrisiko ist, das sich vorwiegend im Alter verwirklicht, wird mit der Zunahme der Zahl älterer Menschen auch die Zahl der Pflegebedürftigen steigen. Nach den Bevölkerungsvorausschätzungen der Bundesregierung (mittlere Variante nach den Modellrechnungen zur Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland bis zum Jahr 2040 des Bundesministeriums des Innern) ist davon auszugehen, daß die Anzahl älterer Personen in der Bundesrepublik Deutschland (60 Jahre und älter) von 1995 bis zum Jahr 2010 um 3,6 Millionen von knapp 16,9 Millionen Menschen auf über 20,4 Millionen steigt. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung liegt dann bei rd. 25 v. H. Von 2010 bis zum Jahr 2030 wird die Zahl der über 60jährigen um weitere 5,9 Millionen ansteigen und rd. 36 v. H. erreichen.

Schon heute hat ein 60jähriger Mann noch eine durchschnittliche Lebenserwartung von 18,1 Jahren, eine gleichaltrige Frau von 22,5 Jahren (Sterbetafel 1993/95). Immer mehr Menschen werden älter als 80 Jahre und erreichen damit ein Alter, in dem Pflegebedürftigkeit zu einem steigenden Lebensrisiko wird. Dabei darf nicht unterstellt werden, daß Alter stets Pflegebedürftigkeit bedeutet. Viele Menschen bleiben auch im Alter selbständig und kompetent. Die Häufigkeit der Pflegebedürftigkeit steigt jedoch an, wenn immer mehr Menschen ein immer höheres Lebensalter erreichen. Vor dem 60. Lebensjahr werden 0,5 v. H. der Wohnbevölkerung pflegebedürftig. Zwischen dem 60. und dem 80. Lebensjahr sind es 3 v. H., nach dem 80. Lebensjahr etwa 25 v. H. der Wohnbevölkerung. Das Risiko der Pflegebedürftigkeit wird also ab dem 60. Lebensjahr immer größer.

Aufgrund stärkerer Altersjahrgänge, die nach 2020 in das Rentenalter gelangen, und angesichts längerer Lebenszeiten, die zu einem Anstieg der von einem hohen Pflegerisiko betroffenen 75- bzw. 80jährigen und älteren führen, ist bis zum Ende des Vorausschätzungszeitraumes und voraussichtlich darüber hinaus mit einer im Vergleich zu heute absolut steigenden Zahl zu Pflegenden zu rechnen. Der Anstieg des Anteils der Älteren in unserer Gesellschaft bedeutet nicht die Gleichsetzung von Alter mit Pflegebedürftigkeit. Vielmehr ist auch im hohen Alter von einer großen Kompetenz bei der eigenständigen Lebensführung und -gestaltung auszugehen; beispielsweise können zwei Drittel der 90jährigen ihren eigenen Haushalt führen. Die „neuen“ Alten bleiben länger jung. Unter Berücksichtigung dieser Sachlage ist davon auszugehen, daß bis zum Jahr 2010 zu den gegenwärtig rd. 1,7 Millionen Pflegebedürftigen noch bis zu 350 000 Menschen hinzukommen werden, die gleichfalls mit Pflegeleistungen versorgt werden müssen.

Neben dieser demographischen Entwicklung muß auch der starken Zunahme von Einpersonenhaushalten Aufmerksamkeit geschenkt werden. Das Zusammenleben von Familienangehörigen mehrerer Generationen unter einem Dach wird aufgrund veränderter gesellschaftlicher und familiärer Strukturen weiter abnehmen. Die im Berufsleben geforderte Mobilität bei der Wahl des Arbeitsplatzes verstärkt diesen Prozeß und führt häufig dazu, daß familiäre Hilfe und

⁴⁴⁾ siehe unter B.III.3.

Pflege bereits aus Entfernungsgründen häufig entweder gar nicht oder nur stark eingeschränkt leistbar ist.

XVI. Beitragssatz- und Ausgabenentwicklung

Die zu erwartende Entwicklung der Beiträge bis zum Jahr 2030 wurde sorgfältig analysiert. Wenn die Zahl der Pflegebedürftigen steigt und die Leistungen maßvoll den pflegerelevanten Entwicklungen angepaßt werden sollen, reicht der Beitragssatz von 1,7 v.H. nach der bisherigen Finanzschätzung auf lange Sicht nicht aus. Vor allem mit der Zunahme der Pflegebedürftigkeit wird der Beitragssatz steigen müssen, und zwar in Etappen nach und nach auf etwa 2,4 v.H. im Jahr 2030. Das ist in 35 Jahren eine Steigerung um rd. 40 v.H. Der Vergleich mit der gesetzlichen Krankenversicherung zeigt, daß die künftige Beitragssatzentwicklung in der Pflegeversicherung auf realistischen Annahmen beruht und solide ermittelt wurde. Denn der Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung ist in den alten Bundesländern – unter Berücksichtigung der Kostenexplosion im Gesundheitswesen und trotz wesentlich ungünstigerer Rahmenbedingungen – in 25 Jahren um 60 v.H. oder um fünf Beitragssatzpunkte (von 8,2 v.H. in 1970 auf 13,2 v.H. in 1994) gestiegen.

Das demographische Risiko ist in der Pflegeversicherung ungleich niedriger einzuschätzen als in der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Zunahme der Zahl älterer Mitbürger wirkt sich zwar auf die voraussichtliche Zahl der Pflegebedürftigen, nicht jedoch auf die Zahl der Beitragszahler aus. Die Beitragspflicht endet – anders als in der Rentenversicherung – nicht mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben; sie setzt sich selbst bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit bis zum Lebensende fort.

Zur Ausgabenentwicklung gab es schon bei der Vorbereitung des PflegeVG und während des Gesetzgebungsverfahrens die härtesten Einwände: Zum Teil wurde prophesie, daß die Pflegeversicherung von Beginn an rote Zahlen schreiben werde. Die positive Finanzsituation widerlegt diese Behauptungen in eindrucksvoller Weise. Die Pflegeversicherung hat ein solides finanzielles Fundament.

Die Pflegeversicherung ist wie keine andere Sozialversicherung in höchstmöglichem Maße vor unerwünschten Ausgabenentwicklungen geschützt.

Mit den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung sind keine Anreize oder Gefahren zu unkontrolliertem Ausgabenanstieg oder zu einer explodierenden Kostenentwicklung verbunden. Ausreichende Sicherungen sind eingebaut, so daß eine Ausgabenexplosion und damit auch eine Beitragsexplosion nicht stattfinden werden. Dem Erschleichen von Leistungen und einer unkontrollierten Leistungsausweitung hat der Gesetzgeber Riegel vorgeschoben:

Die Leistungen sind der Art und der Höhe nach durch das Gesetz begrenzt. Es gibt keine besonderen, aus dem Beitragsaufkommen zu finanzierenden Mehrleistungen z. B. in Form von Satzungsleistungen der einzelnen Pflegekassen. Besondere, nicht pflegenotwendige Zusatzleistungen sind vom Pflegebe-

dürftigen selbst zu tragen. Für eine Dynamisierung der Leistungen gilt erstmals in einer Sozialversicherung der Grundsatz der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik. Danach kann die Bundesregierung die Höhe der Leistungen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nur im Rahmen des geltenden Beitragssatzes und der sich daraus ergebenden Einnahmeentwicklung erhöhen (vgl. § 30 SGB XI).

XVII. Anpassung der beihilferechtlichen Vorschriften an die Pflegeversicherung

1. Ambulante Pflege

Die am 1. April 1995 in Kraft getretene 1. Stufe der Pflegeversicherung wurde zeitgleich und – soweit systemkonform möglich – auch inhaltsgleich in den Beihilfavorschriften des Bundes (BhV) umgesetzt. Damit genießen sozial oder privat pflegeversicherte Beamte des Bundes und deren in der Beihilfe berücksichtigungsfähige Familienangehörige im Prinzip denselben Versicherungsschutz wie ausschließlich sozial oder privat pflegeversicherte Arbeitnehmer.

Da die Beihilfe – ebenso wie die private Pflegepflichtversicherung (§ 23 SGB XI) – keine Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI) kennt, werden an ihrer Stelle bei einer häuslichen oder teilstationären Pflege durch geeignete Pflegekräfte (§ 9 Abs. 3 BhV) entsprechend dem in den jeweiligen Pflegestufen des § 15 SGB XI festgelegten Grad der Pflegebedürftigkeit die notwendigen Pflegeeinsätze in folgendem Umfang als beihilfefähig anerkannt:

Pflegestufe I	bis zu 30 Pflegeeinsätze monatlich,
Pflegestufe II	bis zu 60 Pflegeeinsätze monatlich,
Pflegestufe III	bis zu 90 Pflegeeinsätze monatlich.

Nur in Härtefällen (bei außergewöhnlichem Pflegeaufwand) sind Aufwendungen für darüber hinaus erforderliche – zusätzliche – Pflegeeinsätze bis zur Höhe der durchschnittlichen Kosten einer Krankenpflegekraft (Vergütungsgruppe Kr. V der Anlage 1b zum Bundes-Angestelltentarifvertrag) beihilfefähig. Das bedeutet, daß in besonders gelagerten Einzelfällen (vgl. § 36 Abs. 4 Satz 2 SGB XI) beispielsweise einem pflegebedürftigen Versorgungsempfänger Beihilfen bis zu einem Betrag von ca. 4000 DM monatlich gezahlt werden.

Die Regelung des § 37 SGB XI (Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen) wurde in § 9 Abs. 4 BhV übernommen. Durch diese Vorschrift erhält der Beihilfeberechtigte unter Einschluß der anteiligen Geldleistungen aus der privaten oder sozialen Pflegeversicherung in den jeweiligen Pflegestufen betragsmäßig ein gleich hohes Pflegegeld.

Die vergleichbare Kombinationsregelung wurde in § 9 Abs. 5 BhV eingestellt.

Hinsichtlich der Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen wurde im § 9 Abs. 1 BhV (Stand: 1. Juli 1997) folgende Regelung getroffen:

„Aufwendungen für Pflegehilfsmittel sowie für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohn-

umfeldes des Pflegebedürftigen sind beihilfefähig, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. Bei in der privaten Pflege-Pflichtversicherung Versicherten ist der Betrag beihilfefähig, aus dem der anteilige Zuschuß berechnet wurde. Bei Personen nach § 28 Abs. 2 Elftes Buch Sozialgesetzbuch wird entsprechend Absatz 6 Satz 1 verfahren."

Dadurch wird leistungsmäßig ein Gleichklang mit dem Leistungsgeschehen der sozialen und privaten Pflegeversicherung sichergestellt.

Die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen zur häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson, Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege sind ebenfalls mit dem Inkrafttreten der 1. Stufe der Pflegeversicherung in die BhV bzw. die entsprechenden Hinweise aufgenommen worden.

Durch Änderung des Hinweises 4 zu § 9 Abs. 4 BhV (Verhinderungspflege) im Juli 1997 wurde ein Gleichklang mit der sozialen oder privaten Pflegeversicherung erreicht. Der neue Hinweis 4 zu § 9 Abs. 4 BhV lautet wie folgt:

"4. Beihilfen zu Aufwendungen für eine Verhinderungspflege können gewährt werden, wenn die private oder soziale Pflegeversicherung hierfür anteilige Zuschüsse gezahlt hat. Art und Umfang der anteiligen Beihilfeleistungen bestimmen sich nach § 39 SGB XI. Für Personen, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, gilt § 9 Abs. 6 Satz 1 entsprechend."

Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson nach § 44 SGB XI (= Rentenversicherungsbeiträge) müssen entsprechend den gesetzlichen Vorgaben von den Beihilfefestsetzungsstellen anteilig getragen werden. Dazu sind erhebliche Probleme nicht bekannt.

Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45 SGB XI) sind nicht Bestandteil der Beihilfe, da sie von den Pflegekassen anzubieten sind.

2. Stationäre Pflege

Zeitgleich mit dem Inkrafttreten der 2. Stufe der Pflegeversicherung zum 1. Juli 1996 wurden die Beihilfeschichten angepaßt (GMBL 1996, Nr. 30, S. 627).

§ 9 Abs. 7 BhV (= stationäre Pflege) in Verbindung mit den hierzu ergangenen Hinweisen sieht bei pflegebedingten Aufwendungen (einschließlich medizinischer Behandlungspflege und sozialer Betreuung) Leistungen in gleicher Höhe wie das SGB XI vor:

Der beihilfefähige Betrag beläuft sich bei

- | | |
|--|------------------------|
| a) Pflegebedürftigen der Pflegestufe I | auf 2000 DM monatlich, |
| b) Pflegebedürftigen der Pflegestufe II | auf 2500 DM monatlich, |
| c) Pflegebedürftigen der Pflegestufe III | auf 2800 DM monatlich, |
| d) Pflegebedürftigen, die nach § 43 Abs. 3 SGB XI als Härtefall anerkannt sind | auf 3300 DM monatlich. |

Zu den Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten wird nach § 9 Abs. 7 BhV keine Beihilfe mehr gewährt, es sei denn, daß sie einen bestimmten Eigenanteil des Einkommens übersteigen. Der Eigenanteil berücksichtigt mehrere Komponenten (Einkommenshöhe, Zahl der berücksichtigungsfähigen Angehörigen) und stellt damit sicher, daß Beihilfeberechtigte mit geringem bis mittlerem Einkommen weiterhin eine Beihilfe zu den genannten Kosten erhalten. Die Beihilfe leistet damit auch einen Beitrag zur Entlastung der Sozialhilfe. Einem alleinstehenden Beihilfeberechtigten – und damit der Mehrzahl der Pflegeheimbewohner aus diesem Personenkreis – wird durch den für ihn geltenden Eigenanteil in Höhe von 70 v. H. seines gesamten (Brutto-)Einkommens generell keine Beihilfe mehr zu den Unterkunfts- und Verpflegungskosten gezahlt.

Zum 1. Januar 1997 wurde auch § 43a SGB XI (= Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe) als § 9 Abs. 9 in die Beihilfeschichten übernommen. Danach sind Aufwendungen für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe, in der die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Behinderter im Vordergrund des Einrichtungszwecks stehen (§ 71 Abs. 4 SGB XI), nach Art und Umfang des § 43a SGB XI beihilfefähig. Für beihilfeberechtigte Personen sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige, die nach § 28 Abs. 2 SGB XI Leistungen zur Hälfte erhalten, wird die andere Hälfte als Beihilfe gezahlt. Durch das rückwirkende Inkraftsetzen der Regelung zum 1. Juli 1996 ist sichergestellt, daß Beihilfe- und Versicherungsleistungen ab dem gleichen Zeitpunkt gewährt werden können.

3. Zur Kritik an der Anpassung

Sozialversicherungspflichtige erhalten eine Gesamtleistung aus der gesetzlichen Pflegeversicherung. Dagegen erhalten Beihilfeberechtigte und ihre Angehörigen gemäß dem System der beamtenrechtlichen Krankensicherung eine aus Pflegeversicherung und Beihilfe anteilig „zusammengesetzte“ Leistung, die sich an der sozialen Pflegeversicherung orientiert. Wegen unterschiedlicher beihilferechtlicher Berechnungsansätze sind dabei bei der Erstattung von Aufwendungen für Berufspflegekräfte sowie bei der stationären Pflege für untere Besoldungsgruppen im Einzelfall höhere Leistungen als in der gesetzlichen Pflegeversicherung möglich, die aber von den Gegebenheiten des jeweiligen Pflegefalls abhängen und in Fällen der stationären Pflege eine Entlastung der Sozialhilfe bewirken sollen. Andererseits ergeben sich für verheiratete Beihilfeberechtigte typischerweise höhere Beitragsbelastungen als in der gesetzlichen Pflegeversicherung.⁴⁵⁾

XVIII. Abrechnungsmanipulationen ambulanter Pflegedienste

Seit November 1996 hat es immer wieder kritische Berichte und Artikel in den Medien über betrügeri-

⁴⁵⁾ siehe hierzu auch Drucksache 13/8310 S. 1f.

sche Machenschaften ambulanter Kranken-/Pflegedienste vorwiegend in Hamburg und in einigen anderen Bundesländern sowie über angebliche generelle Unzulänglichkeiten in der häuslichen Pflege gegeben.

Die Ursachen und die Verantwortung hierfür wurden zum Teil direkt der Pflegeversicherung angelastet. Durch grobe Verallgemeinerung von einzelnen Mißständen wurde die Pflegeversicherung insgesamt in ein schlechtes Licht gerückt.

Im einzelnen stellt sich die Sachlage wie folgt dar:

- a) Es ist nicht zu bestreiten, daß es bei den Leistungserbringern im Rahmen der Pflegeversicherung – wie in jeder anderen Branche auch – schwarze Schafe gibt, denen das Handwerk gelegt werden muß. Hierdurch dürfen jedoch weder die vielen korrekt arbeitenden Pflegeeinrichtungen in Mißkredit gebracht noch die schwarzen Schafe als Grund für eine negative Bewertung der Pflegeversicherung herangezogen werden. Damit soll nichts beschönigt werden. Im Gegenteil: Mißstände müssen aufgedeckt und beseitigt werden. Dies ist auch im Rahmen der Pflegeversicherung eine Selbstverständlichkeit.
- b) Die Zahl der auffällig gewordenen ambulanten Dienste liegt im gesamten Bundesgebiet weit unter 1 v. H. der rd. 11 000 zugelassenen Leistungserbringer. In Hamburg wird zur Zeit gegen etwa 60 von 413 Pflegediensten ermittelt, in Schleswig-Holstein gegen 5 von 525, im Rheinland gegen 6 von 1450. Die Pflegeversicherung aufgrund des Fehlverhaltens einzelner Leistungserbringer zu verurteilen oder gar als Ursache für betrügerische Manipulationen hinzustellen, geht also an der Realität vorbei.
- c) Die in einem besonders spektakulären und immer wieder herausgestellten Fall bekannt gewordenen Mißstände und Unregelmäßigkeiten beziehen sich ganz überwiegend nicht auf fehlerhafte Abrechnungen gegenüber den Kranken- bzw. Pflegekassen oder auf eine mangelhafte Leistungserbringung, sondern auf
 - die Hinterziehung von Sozialversicherungsbeiträgen (Mißbrauch geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse) und
 - die Hinterziehung von Steuern.Überprüfungen haben ergeben, daß in diesem Fall Beanstandungen hinsichtlich der Abrechnung und der Qualität von Pflegeleistungen nicht zu erheben sind.
- d) Abrechnungsmanipulationen zu Lasten der Kassen beziehen sich vorwiegend auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (medizinische Behandlungspflege). Auffälligkeiten in diesem Bereich führen dann auch zu Überprüfungen bei der Abrechnung der häuslichen Pflegetätigkeiten im Rahmen der Pflegeversicherung.
- e) Die Pflegekassen unternehmen alle Anstrengungen gegen bekannt gewordene Mißstände, Unzu-

länglichkeiten oder Manipulationen durch ambulante Leistungserbringer vorzugehen.

- f) Die Pflegekassen halten neue gesetzliche Maßnahmen, um den Abrechnungsmanipulationen noch wirksamer begegnen zu können, für nicht erforderlich. Die Erwartungen, die an eine solche Gesetzesinitiative geknüpft würden, können aus der Sicht der Kassen nicht erfüllt werden. Auch das beste Gesetz kann Manipulationen nicht völlig verhindern.
 - g) Nach § 75 SGB XI werden zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern Rahmenvereinbarungen mit Empfehlungscharakter auf Bundesebene abgeschlossen. Auf Landesebene werden nach dieser Vorschrift Rahmenverträge mit verpflichtendem Inhalt für die Leistungserbringer und Kostenträger abgeschlossen, die sich weitgehend an der Bundesempfehlung orientieren. Im Hinblick auf Abrechnungsmanipulationen und deren Vermeidung enthalten die gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen mit den Leistungserbringern auf Bundesebene zu den Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI vom 13. Februar 1995 (die weitgehend inhaltsgleich auf Landesebene umgesetzt worden sind) die Verpflichtung der Pflegedienste, Abrechnungsunterlagen vorzulegen, die die Leistungen
 - nach Art, Menge und Preis,
 - Tagesdatum und der
 - Dauer der jeweiligen Leistungserbringungdokumentieren (§ 14 – Abrechnungsverfahren). Diese Rechnungsangaben sind in Form eines von den Pflegebedürftigen zu unterzeichnenden Leistungsnachweises zu belegen (§ 13 – Leistungsnachweis). Die Pflegekassen führen eine Rechnungsprüfung der eingereichten Abrechnungsunterlagen auf ihre rechnerische Richtigkeit hin durch. Bei Beanstandungen insbesondere in den Fällen, in denen Leistungen entgegen geltendem Recht oder vertraglichen Vereinbarungen erbracht oder tatsächlich nicht erbrachte Leistungen abgerechnet werden, haben die Pflegedienste den entstandenen Schaden zu ersetzen (§ 15 Abs. 5 der Gemeinsamen Empfehlung nach § 75 SGB XI – Zahlungsweise). Insbesondere die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen berechtigt die Landesverbände der Pflegekassen zudem zur sofortigen Kündigung des Versorgungsvertrages mit dem Pflegedienst.
- Die Pflegekassen haben darüber hinaus – auf der Grundlage der Erfahrungen mit den Abrechnungsmanipulationen in der gesetzlichen Krankenversicherung in den 80er Jahren – ein Instrumentarium entwickelt, mit dem sie Mißständen vorbeugen und begegnen.
- h) Die Kassen weisen ihre Versicherten, insbesondere im Rahmen ihrer Mitgliedszeitschriften, immer wieder darauf hin, daß sie sich mit allen Beschwerden im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung unmittelbar an ihre Pflegekasse wenden sollen, damit notwendige Sachverhaltsaufklärungen

und Überprüfungen umgehend eingeleitet werden können. Hierzu sollen die Versicherten von den Pflegekassen nach dem Hamburger Vorbild eingerichtete „Hot-Lines“ nutzen oder sich an spezielle, den Pflegebedürftigen benannte Ansprechpartner bei ihrer Pflegekasse wenden, um ihre Informationen und Beschwerden mitzuteilen.

- i) Die Hamburger Abrechnungsmanipulationen sind nach bisheriger sorgfältiger Analyse keine flächendeckende, auf das gesamte Bundesgebiet zu übertragende Erscheinung. Vielmehr ist davon

auszugehen, daß die besondere Situation in Hamburg die eigentliche Ursache für die Vielzahl von in Verdacht geratenen Pflegediensten ist. Mit zur Zeit 413 Pflegediensten in Hamburg ist – bezogen auf die Bevölkerungszahl – nach Aussagen aus der Senatsverwaltung eine Überversorgung von mehr als 100 v. H. gegeben, die nicht exemplarisch für das übrige Bundesgebiet ist. Der hierdurch verursachte Konkurrenzdruck bei den Pflegediensten verleitet offenbar in stärkerem Maße zu Manipulationen.

D. Altenpflegeausbildung und Ausbildungsvergütung

I. Zur Rechtslage bei der Altenpflegeausbildung

Für den Bereich der Altenpflegeausbildung gibt es zur Zeit keine bundeseinheitlichen, sondern lediglich länderspezifische Vorschriften, die die Ausbildungsinhalte, Ausbildungsdauer und Ausbildungsvergütung regeln. Dies führt zu höchst unterschiedlichen Ausbildungsstrukturen und Qualifikationsanforderungen in den einzelnen Bundesländern, die nicht die Gewähr dafür bieten, daß im gesamten Bundesgebiet ein einheitliches Qualifikationsniveau erreicht wird.

Auch für die gegenseitige Anerkennung der Ausbildung sind ausschließlich landesrechtliche Vorschriften einschlägig. Bundeseinheitliche Kriterien, wann und unter welchen Voraussetzungen die Ausbildung im Bereich Altenpflege in den einzelnen Bundesländern anzuerkennen ist, gibt es bislang nicht.

Diese insgesamt unbefriedigende Sachlage macht die Einführung eines bundeseinheitlichen Altenpflegegesetzes dringend erforderlich.

II. Gesetzesvorhaben

1. Gesetzentwurf der Bundesregierung

Der im Jahr 1990 von der Bundesregierung – unter der Federführung des Bundesministeriums für Familie und Senioren – eingebrachte Entwurf eines Gesetzes über die Berufe in der Altenpflege (BR-Drucksache 519/90; BT-Drucksache 11/8012) wurde im Deutschen Bundestag nicht abschließend beraten und ist seinerzeit dem Prinzip der Diskontinuität unterfallen. Ziel des Gesetzentwurfs war es, eine bundesrechtliche Grundlage für eine bundeseinheitliche Ausbildung in der Altenpflege zu schaffen und durch die Anlehnung an das Krankenpflegegesetz die Gleichwertigkeit der Altenpflegeausbildung zu unterstreichen und das Ansehen des Berufes zu heben. Aufgrund von Bedenken der Länder an der Gesetzgebungskompetenz des Bundes ist der Gesetzentwurf von der Bundesregierung nicht erneut in den Deutschen Bundestag eingebracht worden.

2. Gesetzentwurf des Bundesrates

Der Bundesrat hat am 20. Mai 1994 beschlossen, den Entwurf eines Gesetzes über die Berufe in der Altenpflege (BR-Drucksache 379/94 – Beschluß) beim Deutschen Bundestag einzubringen. Nachdem auch dieser Gesetzentwurf dem Prinzip der Diskontinuität unterfallen ist, hat der Bundesrat in seiner Sitzung am 10. März 1995 beschlossen, den Entwurf in unveränderter Form erneut beim Deutschen Bundestag einzubringen (BR-Drucksache 1082/94 – Beschluß). Der Entwurf verfolgt das Ziel, die Ausbildung und die Voraussetzungen der Zulassung zu den Altenpflegeberufen weitgehend zu vereinheitlichen und damit ein einheitliches Berufsbild zu gestalten.

Die Bundesregierung hat zu diesem Entwurf eine grundsätzlich positive Stellungnahme (BT-Drucksache 13/1208) abgegeben. Die Stellungnahme enthält aber den generellen Vorbehalt, in den Ausschüßberatungen zu den Einzelpunkten Stellung zu nehmen. In der Stellungnahme wurden auch Bedenken gegen die beabsichtigten Regelungen zum Anspruch auf Ausbildungskosten (Kostenerstattungsregelung durch Rechtsverordnung; Abschieben der Ausbildungssachkosten) verdeutlicht. Insbesondere wurde einem Vorrang der AFG-Leistungen vor der Ausbildungsvergütung widersprochen.

In einer am 13. November 1996 vom Ausschüß für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu dem Gesetzentwurf durchgeführten Anhörung (Ausschüß-Protokoll 13/43) haben die Verbände überwiegend positive Stellungnahmen zu dem Entwurf abgegeben.

Aus Sicht der Pflegeversicherung ist das Vorhaben nachdrücklich zu unterstützen, denn ein gleiches Qualitätsniveau und ein einheitliches modernes Berufsbild würden sowohl die Gewinnung von Altenpflegekräften, die in der stationären und der ambulanten Altenpflege benötigt werden, als auch die Mobilität der Absolventen dieser Ausbildung erheblich verbessern. Insgesamt würde eine bundeseinheitliche Ausbildung mit einer grundsätzlich vorzusehenden Ausbildungsvergütung erheblich zur Steigerung der Attraktivität der Altenpflegeberufe beitragen.

III. Finanzierung der Ausbildungsvergütung in der Altenpflege

1. Unterschiedliche Finanzierungssysteme in den Ländern

Die Altenpflegeausbildung richtet sich zur Zeit nach landesrechtlichen Vorgaben. Eine Vereinheitlichung durch ein Altenpflegegesetz des Bundes wird seit langem gefordert und auch vom BMA befürwortet. Entsprechend den unterschiedlichen Ausbildungsformen ist auch die Finanzierung der Ausbildung unterschiedlich ausgestaltet. Die Ausbildungsvergütung wird entweder direkt über den Pflegesatz von Alten- und Pflegeheimen gezahlt oder über landesrechtliche Umlageverfahren, an dem Heime, voll- und teilstationäre sowie ambulante Pflegeeinrichtungen beteiligt sind.

2. Gesetzentwurf des Bundesrates zur Umlagefinanzierung der Ausbildungsvergütungen über den Pflegesatz

Nach der derzeitigen SGB XI-Rechtslage besteht keine Möglichkeit, die in einigen Ländern in einem

Umlageverfahren refinanzierten Ausbildungsvergütungen in den Pflegevergütungen zu berücksichtigen. Der vom Bundesrat beschlossene „Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) – BR-Drucksache 481/97 – sieht deshalb vor, landesrechtliche Umlagen zur Finanzierung der Ausbildungsvergütung pflegesatzfähig zu machen. In dem Entwurf ist sichergestellt, daß nur die Aufwendungen für die Ausbildungsvergütung in den Pflegesatz eingehen dürfen; nicht dagegen ausbildungsbedingte Investitionsaufwendungen oder Schulkosten.

Sofern ein Land sich für die Einführung einer Ausbildungsumlage entscheidet, ist deren Berücksichtigung im Pflegesatz sachlich gerechtfertigt. Auch im Hinblick auf die bisherige Finanzierungspraxis wäre es den Beteiligten und der Öffentlichkeit kaum verständlich zu machen, daß die Pflegeversicherung die Finanzierung der Umlage aus dem Pflegesatz nicht mehr zuließe und so der Ausbildungsvergütung in der Altenpflege der Boden entzogen würde. Im Zusammenhang mit der Einführung der Pflegeversicherung hat die Bundesregierung stets mit Nachdruck die Aufwertung und Förderung der Altenpflegeberufe gefordert.

E. Forschungsvorhaben des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung „Auswirkungen der Pflegeversicherung“

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es erhebliche Lücken hinsichtlich der Verfügbarkeit von Daten und Analysen zur Pflege und insbesondere zu den Auswirkungen der Pflegeversicherung. Sowohl im Rahmen der Vorbereitung als auch bei der bisherigen Umsetzung der Pflegeversicherung hat sich immer wieder gezeigt, daß gewünschte Daten nicht vorhanden oder statistische Materialien entweder unvollständig oder nicht hinreichend aussagekräftig sind. Das BMA hat daher ein Forschungsprojekt zum Thema „Auswirkungen der Pflegeversicherung“ vergeben. Mit ihm sollen die Auswirkungen der Pflegeversicherung sowohl im ambulanten – einschließlich der teilstationären Pflege und Kurzzeitpflege – als auch im stationären Bereich untersucht werden. Ziel ist der Aufbau einer umfassenden Datenbasis, insbesondere über die Pflegeinfrastruktur, und eine Analyse der gewonnenen Informationen und Daten, um die Auswirkungen der Pflegeversicherung besser be-

werten und deren künftige Entwicklung besser fördern zu können.

Aussagekräftige Informationen werden vor allem darüber erwartet,

- wie sich die Pflegeversicherung auf die Familien konkret auswirkt,
- wie sich die finanzielle Belastung der Pflegebedürftigen und damit die Inanspruchnahme der Sozialhilfe konkret verändert hat,
- was sich im einzelnen bei der Sicherstellung der pflegerischen Versorgung getan hat und
- was die Pflegeversicherung hinsichtlich des Arbeitsmarktes im Beschäftigungsbereich im einzelnen bewirkt hat.

Ergebnisse hierzu werden für Ende 1998 erwartet.

F. Ausschuß für Fragen der Pflegeversicherung (Bundes-Pflegeausschuß)

I. Aufgaben des Ausschusses

Gemäß § 10 SGB XI soll der beim BMA gebildete Bundes-Pflegeausschuß die Bundesregierung in allen Fragen der Versorgung Pflegebedürftiger beraten. Die Aufgaben des Ausschusses beschränken sich also nicht nur auf spezielle Einzelaspekte der Pflege. Die Beratung hat vielmehr einen „ganzheitlichen“ Charakter und trägt damit der Komplexität der Fragen im Zusammenhang mit Pflege und Betreuung Rechnung.

Ziel der Beratung sind vorrangig das Aufzeigen von Mängeln in der pflegerischen Versorgung und Vorschläge zur Beseitigung dieser Mängel sowie die Verbesserung und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Schwerpunkte der Ausschußberatungen sollen dabei vor allem in folgenden Bereichen liegen:

- Auf- und Ausbau der Pflegeinfrastruktur,
- Prävention und Rehabilitation als neue Impulse zur Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit,
- Qualitätssicherung für die Pflegeleistungen,
- Fragen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung bei Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen,
- die weitere Entwicklung in der sozialen und privaten Pflegeversicherung.

II. Zusammensetzung

Dem Bundes-Pflegeausschuß gehören die beteiligten Bundesressorts (BMA, BMG, BMFSFJ), die zuständigen obersten Landesbehörden, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung, der MDS, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege an. Darüber hinaus hat das BMA Bundesverbände der Behinderten, der privaten ambulanten Dienste und der privaten Alten- und Pflegeheime in den Ausschuß berufen. Insgesamt sind 54 Verbände und Institutionen im Ausschuß vertreten.

III. Sitzungen

Der Bundes-Pflegeausschuß hat bisher zweimal getagt; die nächste Sitzung ist für den 22. Januar 1998 vorgesehen.

Sowohl in der konstituierenden Sitzung des Ausschusses am 9. Februar 1995 als auch in seiner Sitzung am 26. September 1995 wurden Fragen im Zusammenhang mit dem Anlaufen der Pflegeversicherung erörtert. Empfehlungen und Vorschläge wurden dabei von dem Ausschuß nicht beschlossen.

Weitere Sitzungen des Bundes-Pflegeausschusses haben bis Ende 1997 nicht stattgefunden, da dies aus Sicht des BMA vor allem aus folgenden Gründen nicht notwendig erschien:

1. Seit dem Gesetzgebungsverfahren zur Besitzstandsklausel in Artikel 51 des PflegeVG im Oktober/November 1995 hat eine intensive Diskussion über Änderungen des PflegeVG stattgefunden. Hierbei ging es insbesondere um die Abgrenzung der Pflegeversicherung von der Sozialhilfe und die angemessene Berücksichtigung von Behinderten in Einrichtungen der Eingliederungshilfe in der Pflegeversicherung. Die Inhalte dieser Diskussion haben Eingang in den am 8. Februar 1996 von den Koalitionsfraktionen von CDU/CSU und F.D.P. im Deutschen Bundestag eingebrachten Entwurf des 1. SGB XI-ÄndG gefunden. Im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens, das nach Durchführung eines Vermittlungsverfahrens Ende Mai 1996 abgeschlossen wurde, hatten alle Mitglieder des Bundes-Pflegeausschusses die Gelegenheit, ihre Auffassungen zum Stand der Umsetzung der Pflegeversicherung und hinsichtlich eines etwaigen Änderungs- bzw. Korrekturbedarfs eingehend darzulegen. Die Mitglieder konnten ihre Vorschläge, Anregungen, Forderungen und Stellungnahmen nicht nur schriftlich vorbringen, sondern diese auch in der öffentlichen Anhörung des Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestages am 28. Februar 1996 mündlich artikulieren.
2. Das BMA hat seit Einführung der Pflegeversicherung in vier schriftlichen und zwei mündlichen Berichten sowie in den Antworten auf 54 Fragen der Fraktionen von CDU/CSU, F.D.P., SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN an den Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestages, in einer Großen und zwei Kleinen Anfragen sowie im Rahmen von zahlreichen schriftlichen und mündlichen Fragen der Abgeordneten detailliert über den Stand der Umsetzung der Pflegeversicherung berichtet. In die Berichte und Antworten wurden auch detaillierte Ausführungen zu Forderungen, Wünschen und Anregungen der im Bundes-Pflegeausschuß vertretenen Mitglieder aufgenommen. Hierdurch war eine umfassende und aktuelle Aufbereitung sowie Darstellung aller Fragen und Probleme im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung, die auch Gegenstand einer Sitzung des Bundes-Pflegeausschusses hätten sein können, gewährleistet. Der letzte schriftliche Bericht wurde dem Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestages im März 1997 vorgelegt. Er nahm zu allen wesentlichen Bereichen und Problemen der Umsetzung der Pflegeversicherung, insbesondere zu zahlreichen Fragen der Abgeordneten in diesem Zusammenhang, Stellung.

– Auch in der Zeit nach diesem Bericht des BMA sind alle die Pflegeversicherung betreffenden Fragestellungen und Probleme eingehend im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Bund-/Länderbesprechungen sowie in zahlreichen Gesprächen, insbesondere mit Vertretern der Spitzenverbände der Pflegekassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung, dem MDS, den MDK, der Wohlfahrtsverbände, der Bundes-

verbände privater Pflegeeinrichtungen, von Behindertenverbänden und Berufsorganisationen – alles Mitglieder des Bundes-Pflegeausschusses –, erörtert worden. Durch diese intensiven Kontakte war gewährleistet, daß die Anliegen der Länder sowie die der Verbände und Institutionen intensiv besprochen und in die weitere Umsetzung der Pflegeversicherung einbezogen werden konnten.

Anlagen 1–8

Anlage 1

Übersicht über die Beitragszahlungen der Pflegekassen an die gesetzliche Rentenversicherung für die Alterssicherung der Pflegepersonen*)

Pflegestufe des Pflege- bedürftigen	Wöchent- licher Pflege- aufwand von mindestens Stunden	Beitragsabführung in DM auf der Basis von ... v.H. der Bezugsgröße			Beitragshöhe in DM (monatlich)		Ergibt pro Jahr Pflege- tätigkeit eine monatliche Rente von ... DM	
			West	Ost	West	Ost	West	Ost
III	28	80	3 416,00	2 912,00	693,45	591,14	36,14	30,62
	21	60	2 562,00	2 184,00	520,09	443,35	27,11	22,97
	14	40	1 708,00	1 456,00	346,72	295,57	18,07	15,31
II	21	53,3333	2 277,33	1 941,33	462,30	394,09	24,09	20,41
	14	35,5555	1 518,22	1 294,22	308,20	262,73	16,06	13,61
I	14	26,6667	1 138,67	970,67	231,15	197,05	12,05	10,20

*) Ab 1. Juli 1997; zugrundegelegt wurde ein Beitragssatz von 20,3 v.H. und die Bezugsgrößen für 1997: West: 4 270 DM und Ost 3 640 DM.

Soziale Pflegeversicherung (Deutschland)
Leistungsempfänger nach Altersgruppen, Pflegestufen und Geschlecht
 Stichtag: 30. Juni 1997

Alter in Jahren	ambulant				stationär				insgesamt				
	Pflegestufe			zusammen	Pflegestufe			zusammen	Pflegestufe			zusammen	
	I	II	III		I	II	III		I	II	III		%
Bis unter 15	22443	25133	12526	60102	828	436	538	1802	23271	25569	13064	61904	3,9
15 bis unter 20	5562	8058	4475	18095	771	153	180	1104	6333	8211	4655	19199	1,2
20 bis unter 25	4508	6619	3248	14375	1085	188	263	1536	5593	6807	3511	15911	1,0
25 bis unter 30	5837	7501	3455	16793	1817	295	388	2500	7654	7796	3843	19293	1,2
30 bis unter 35	7159	9000	3689	19848	2526	424	595	3545	9685	9424	4284	23393	1,5
35 bis unter 40	7424	8652	3233	19309	2395	577	732	3704	9819	9229	3965	23013	1,4
40 bis unter 45	6895	7570	2798	17263	2289	682	811	3782	9184	8252	3609	21045	1,3
45 bis unter 50	7610	7753	2890	18253	2406	943	952	4301	10016	8696	3842	22554	1,4
50 bis unter 55	8788	8262	2871	19921	2519	1230	1096	4845	11307	9492	3967	24766	1,6
55 bis unter 60	17130	15868	5036	38034	4898	2811	2064	9773	22028	18679	7100	47807	3,0
60 bis unter 65	23858	22631	6584	53073	5879	4281	2693	12853	29737	26912	9277	65926	4,1
65 bis unter 70	33679	31543	8688	73910	6585	6095	3934	16614	40264	37638	12622	90524	5,7
70 bis unter 75	50582	43743	11703	106028	8953	11160	7170	27283	59535	54903	18873	133311	8,4
75 bis unter 80	72341	57280	14650	144271	14330	20495	13342	48167	86671	77775	27992	192438	12,1
80 bis unter 85	94105	71241	17374	182720	22643	34098	20845	77586	116748	105339	38219	260306	16,3
85 bis unter 90	109873	93979	22523	226375	32761	52782	31213	116756	142634	146761	53736	343131	21,5
90 und älter	54217	65568	17626	137411	22633	43326	27706	93665	76850	108894	45332	231076	14,5
Gesamt	532011	490401	143369	1165781	135318	179976	114522	429816	667329	670377	257891	1595597	100,0
Gesamt in %	33,3	30,7	9,0	73,1	8,5	11,3	7,2	26,9	41,8	42,0	16,2	100,0	
Männer	171452	179744	56917	408113	36722	33775	20324	90821	208174	213519	77241	498934	31,3
Frauen	360559	310657	86452	757668	98596	146201	94198	338995	459155	456858	180650	1096663	68,7

Anlage 3

**Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung
Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung¹⁾**

Bezeichnung	1995	1996	1997 1. Halbjahr
	in Mrd. DM	in Mrd. DM	in Mrd. DM
Einnahmen			
Beitragseinnahmen	16,26	23,27	15,00
davon			
1 Beiträge an Pflegekassen	13,40	19,25	12,38
2 Beiträge an den Ausgleichsfonds	2,85	4,02	2,62
Sonstige Einnahmen	0,18	0,27	0,14
Einnahmen insgesamt	16,44	23,55	15,13
Ausgaben			
Leistungsausgaben	8,64	20,05	13,69
davon			
1 Geldleistung	5,94	8,68	4,24
2 Pflegesachleistung	1,35	3,02	1,69
3 Pflegeurlaub	0,26	0,26	0,03
4 Tages-/Nachtpflege	0,02	0,05	0,03
5 Kurzzeitpflege	0,09	0,17	0,08
6 Soziale Sicherung der Pflegepersonen	0,60	1,81	1,07
7 Pflegemittel/ techn. Hilfen etc.	0,38	0,77	0,32
8 Vollstationäre Pflege		5,27	6,15
9 Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen		0,01	0,08
Verwaltungskosten ²⁾	0,62	0,71	0,48
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	0,44	0,47	0,25
Sonstige Kosten	0,01	0,01	0,01
Ausgaben insgesamt	9,72	21,24	14,43
Liquidität			
Überschuß der Einnahmen	6,72	2,30	0,71
./. Investitionsdarlehen an den Bund	1,10		
Mittelbestand	5,62	7,92	8,63
in Monatsausgaben lt. Haushaltsplan	3,93	2,96	3,43

¹⁾ Abweichungen in den Summen durch Rundungen.

²⁾ 1995 einschließlich Vorlaufkostenerstattung an die Krankenkassen.

Gemeinsame Orientierungshilfe des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

Zuordnung von Personal und Sachmitteln zu den „Finanzierungsquellen“ nach dem SGB XI bei vollstationären Pflegeheimen

A. Zweck der Zuordnungsübersicht

Die anliegende Zuordnungsübersicht will lediglich eine **Orientierungshilfe** sein. Sie richtet sich an die Selbstverwaltung der Beteiligten, die nach dem SGB XI auf Bundesebene, Landesebene oder vor Ort für die Umsetzung der Pflegeversicherung verantwortlich sind (Pflegeselbstverwaltung).

BMA und BMG gehen davon aus, daß die Pflegeselbstverwaltung in der Lage ist, die ihr vom Gesetzgeber übertragenen Aufgaben (ohne staatliche Intervention) zu erfüllen. Bei der hier in Frage stehenden vollstationären Pflege besteht die Aufgabe u. a. darin, den **Inhalt** der vollstationären Pflegeleistungen näher zu bestimmen und diese sachgerecht von den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen **abzugrenzen** (im einzelnen siehe Ziffer II).

Der Verordnungsgeber wäre nur gefordert, wenn die Pflegeselbstverwaltung sich als unfähig erweisen sollte, ihren gesetzlichen Auftrag zu erfüllen. Hierfür bestehen derzeit keine Anhaltspunkte. Allerdings steht es der Selbstverwaltung nicht frei, die **primär** ihrer vertraglichen Gestaltung vorbehaltenen Abgrenzungen in Abweichung von den gesetzlichen Vorgaben vorzunehmen.

Zu diesen gesetzlichen Vorgaben gehört beispielsweise, daß die in § 14 Abs. 4 Nr. 4 SGB XI definierten Leistungen der **hauswirtschaftlichen Versorgung im stationären Bereich** nach Auffassung der Bundesregierung (vgl. BR-Drucksache 289/95, S. 10) voll dem Finanzierungsbereich der **Entgelte für Unterkunft und Verpflegung** zuzuordnen sind und nicht ganz oder zu einem Teil den **allgemeinen Pflegeleistungen** und damit den Pflegesätzen – wie dies von der Pflegeselbstverwaltung in den Bundesempfehlungen zur vollstationären Pflege vom 25. November 1996 und in Landes-Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI vorgesehen oder von den Ländern im Bundesrat empfohlen worden ist (vgl. BR-Drucksache 289/95 [Beschluß], S. 3).

An dieser Frage scheiterte bedauerlicherweise der zunächst von den Bundesländern begrüßte Versuch, sich auf eine von allen Beteiligten (Kostenträger, Heimträger, Verbänden, Bund und Länder) gemeinsam getragene praktische Orientierungshilfe für die Abgrenzung und Zuordnung von Personal und Sachmitteln im stationären Bereich zu verständigen.

In der letzten Bund/Länder-Besprechung, an der auch Vertreter der Kostenträger teilnahmen, wurden zwei Optionen diskutiert:

- Verständigung auf ein **gemeinsames Papier** aller Beteiligten, in dem der Dissens in der Frage der Zuordnung der hauswirtschaftlichen Versorgung offen dargestellt wird, oder
- eine **gemeinsame Verlautbarung** des für die Pflegeversicherung verantwortlichen Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung und des für die Sozialhilfe zuständigen Bundesministeriums für Gesundheit.

Da auf der Besprechung keine Einigung über ein gemeinsames Papier aller Beteiligten erzielt werden konnte, kommt derzeit nur die zweite Option in Betracht.

Die anliegende Zuordnungsübersicht hat vor diesem Hintergrund eine doppelte Funktion:

- Sie macht die Gesetzeslage aus der Sicht des BMA und des BMG deutlich. Dies zu wissen ist deswegen wichtig, weil die Bundesregierung den gesetzlichen Auftrag hat, u. a. etwaige Fehlentwicklungen durch Rechtsverordnung nach § 83 SGB XI zu korrigieren.
- Sie will entsprechend der ursprünglichen Absicht aller Beteiligten eine **Orientierungshilfe** sein. Als solche ist sie rechtlich zwar völlig unverbindlich; sie soll jedoch in der Praxis dazu beitragen, eine gesetzeskonforme und sachgerechte Weiterentwicklung des Vertrags- und Vergütungsrechts durch die Selbstverwaltung zu erleichtern.

I. Aufgaben der Pflegeselbstverwaltung

Die nachfolgende Zusammenfassung beschränkt sich auf die Beschreibung der hier relevanten Aufgaben der Pflegeselbstverwaltung im Bereich der **vollstationären Pflege**.

1. Auf **Landesebene** hat der Gesetzgeber den Landesverbänden der Pflegekassen die Aufgabe zugewiesen, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) mit den Vereinigungen der stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Land gemeinsam und einheitlich **Rahmenverträge** mit dem Ziel abzuschließen, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen, und zwar u. a. zu folgenden Regelungsbereichen (§ 75 Abs. 1 und 2 SGB XI):

- zum Inhalt der Pflegeleistungen sowie bei stationärer Pflege zur Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen,
- über Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen.

Bei den Rahmenverträgen über die stationäre Pflege sind die überörtlichen Sozialhilfeträger und die Arbeitsgemeinschaften der örtlichen Sozialhilfeträger als **Vertragspartei** am Vertragsschluß zu beteiligen. Die Rahmenverträge sind für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen im Inland unmittelbar verbindlich (§ 75 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB XI).

2. Auf **Bundesebene** sind die Spitzenverbände der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen aufgefordert, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe **Bundesempfehlungen** zum Inhalt der Landes-Rahmenverträge abzugeben (§ 75 Abs. 5 mit Abs. 1 SGB XI).
3. **Vor Ort** ist es Aufgabe der als Pflegesatzparteien betroffenen Kostenträger (Pflegekassen, Sozialhilfeträger), mit jedem einzelnen Pflegeheim **Pflegesatzvereinbarungen** über Art, Höhe und Laufzeit der Pflegesätze (§§ 84, 85 SGB XI) sowie Vereinbarungen über die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung (**UV-Vereinbarungen**) abzuschließen.

II. Differenziertes Leistungs-, Vertrags- und Vergütungssystem

Bei der Umsetzung der Pflegeversicherung hat die Pflegeselbstverwaltung die leistungs-, vertrags- und vergütungsrechtlichen Vorgaben des SGB XI zu beachten. Diese Vorgaben betreffen insbesondere die für die Pflegeheime wichtige **Finanzierung** der vollstationären Pflege, die – in Umsetzung der leistungsrechtlichen Vorgaben der Pflegeversicherung (§§ 4 Abs. 2, 43 SGB XI) – auf eine völlig **neue Grundlage** gestellt worden ist.

Den **Gesamtrahmen** für das neue Finanzierungssystem steckt § 82 SGB XI ab. Er wird derzeit noch überlagert durch die **Übergangsregelungen** für die vollstationäre Pflege nach Artikel 49 a PflegeVG. Die danach ermittelten Übergangsheimentgelte jedoch laufen spätestens am 31. Dezember 1997 aus. Danach gilt für die **Vergütung der vollstationären Versorgung** von Pflegebedürftigen im Sinne der Pflegeversicherung (Pflegestufen I bis III) uneingeschränkt das Vergütungsrecht nach dem 8. Kapitel des SGB XI.

Diese Gesetzeslage erfordert in der Praxis, daß die ab 1. Januar 1998 von den Pflegeheimen beanspruchten Heimentgelte rechtzeitig vor Jahresende 1997 mit den als Vertragsparteien betroffenen Kostenträgern (Pflegekassen, Sozialhilfeträger) ausgehandelt und

vereinbart werden müssen. Diese Pflegesatzverhandlungen richten sich auch bereits während der Übergangsphase (1. Juli 1996 bis 31. Dezember 1997) schon nach dem Vergütungsrecht im 8. Kapitel des SGB XI (Artikel 49 a § 2 Abs. 1 Satz 1 PflegeVG).

1. Finanzierungsrahmen nach SGB XI

Nach dem neuen Recht wird das bisherige **undifferenzierte Heimentgelt**, das alle betriebsnotwendigen Personal- und Sachaufwendungen der Pflegeheime einschließlich der (nicht durch öffentliche Förderung gedeckten) Investitionskosten umfaßte, in drei selbstständige Finanzierungsquellen aufgefächert (§ 82 SGB XI):

1. Mit dem **Pflegesatz** werden die allgemeinen Pflegeleistungen, die soziale Betreuung und bis Ende 1999 die medizinische Behandlungspflege vergütet. Zahlungspflichtig ist der Pflegebedürftige oder sein Kostenträger (Pflegekasse, Sozialhilfeträger).
2. Für die sog. „Hotelkosten“ hat der Pflegebedürftige ein vom Pflegesatz abgegrenztes **Entgelt für Unterkunft und Verpflegung** zu zahlen; bei Bedürftigkeit hat die Sozialhilfe einzuspringen.
3. Die **Investitionskosten** dürfen weder im Pflegesatz noch in den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung berücksichtigt werden. Die Verantwortung für die Investitionsfinanzierung tragen grundsätzlich die Länder (§ 9 SGB XI). Nur soweit die Länder nicht voll fördern, können die durch öffentliche Fördermittel nicht gedeckten Investitionskosten den Pflegebedürftigen gesondert berechnet werden.

Der Pflegesatz und die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung werden von dem Träger des Pflegeheims mit den Kostenträgern (Pflegekassen, Sozialhilfeträger) **vertraglich** vereinbart. Die nicht durch öffentliche Förderung gedeckten Investitionskosten kann der Heimträger den Pflegebedürftigen nach SGB XI grundsätzlich **einseltig** berechnen.

Zusatzleistungen („Komfortleistungen“) kann das Heim den Heimbewohnern aufgrund individueller Vereinbarung wie bisher gesondert berechnen (§ 88 SGB XI).

a) Pflegesätze

Pflegesätze sind nach der Legaldefinition des § 84 Abs. 1 SGB XI die Entgelte der Heimbewohner für die voll- oder teilstationären **Pflegeleistungen** des Pflegeheimes (allgemeine Pflegeleistungen) sowie für medizinische **Behandlungspflege** und soziale **Betreuung**. Sie umfassen also (im Gegensatz zu den vor dem 1. Juli 1996 geltenden Heimentgelten und den Übergangsentgelten nach Artikel 49 a PflegeVG) weder Unterkunft und Verpflegung noch Investitionskosten.

Bemessung der Pflegesätze

Maßstab für die Bemessung der Pflegesätze sind neben den gesetzlichen Vorschriften des § 84 SGB XI u. a. **folgende Vereinbarungen der Pflegeselbstverwaltung** auf Bundes- und Landesebene, soweit sie pflegesatzrelevante Vorgaben enthalten:

- Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung in vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 80 SGB XI vom 21. Oktober 1996 (BAnz. 1996 Nr. 213 S. 12041),
- Gemeinsame Empfehlungsvereinbarung zur vollstationären Pflege nach § 75 Abs. 5 mit Abs. 1 SGB XI vom 25. November 1996; verbindlich werden diese Empfehlungen allerdings erst mit ihrer Umsetzung in Rahmenverträgen der Selbstverwaltung auf Landesebene (§ 75 Abs. 1 Satz 4 SGB XI).

Die wichtigsten **gesetzlichen Bemessungsgrundsätze** sind:

- Die Pflegesätze müssen **leistungsgerecht** sein. Sie müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, **seinen** (mit den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit den zuständigen Sozialhilfeträgern abgeschlossenen) **Versorgungsauftrag** zu erfüllen (§ 84 Abs. 2 SGB XI).
- Einen Anspruch auf **Selbstkostendeckung** gibt es nicht. **Verluste**, die das Pflegeheim einfährt, sind von ihm selbst zu tragen. **Überschüsse**, die es erzielt, kann das Heim behalten (§ 84 Abs. 2 Satz 5 SGB XI).
- Bei der Bemessung der Pflegesätze ist der **Grundsatz der Beitragssatzstabilität** (§ 70 SGB XI) zu beachten (§ 84 Abs. 2 Satz 6 SGB XI). Bis Ende 1998 gelten die übereinstimmenden **Kappungsgrenzen** des Artikel 49b PflegeVG und des § 96 Abs. 6 BSHG, die über die Übergangszeit nach Artikel 49a PflegeVG (1. Juli 1996 bis 31. Dezember 1997) hinausgehen. Danach dürfen die **Gesamtheimentgelte** in den Jahren 1996, 1997 und 1998 jährlich (von Ausnahmen abgesehen) grundsätzlich nicht höher steigen als ein Prozent in den alten Bundesländern und zwei Prozent in den neuen Bundesländern.
- Die Pflegesätze sind für alle Heimbewohner nach **einheitlichen Grundsätzen** zu bemessen. Dies gilt auch für den Selbstzahler, der keinen öffentlichen Kostenträger hat, sondern den Pflegesatz selbst zahlen muß. Auch ihm darf kein höherer Pflegesatz und kein höheres UV-Entgelt berechnet werden als dem „Kassenpatienten“. Eine Differenzierung nach Kostenträgern ist unzulässig (§ 84 Abs. 3, § 87 Satz 3 SGB XI).

Prospektive Ausrichtung der Pflegesätze

- Die Pflegesätze sind **im voraus**, vor Beginn der jeweiligen Wirtschaftsperiode des Pflegeheimes, für einen zukünftigen Zeitraum (Pflegesatzzeitraum) zu vereinbaren (§ 85 Abs. 3 Satz 1 SGB XI).
- Ein rückwirkendes Inkrafttreten von Pflegesätzen ist unzulässig. Nach Ablauf des Pflegesatzzeitraums gelten die vereinbarten oder festgesetzten Pflegesätze bis zum Inkrafttreten neuer Pflegesätze weiter (§ 85 Abs. 6 Satz 2 und 3 SGB XI).

Durch beide Regelungen wird deutlich gemacht, daß eine **nachträgliche Kostenerstattung**, wie sie vor dem 1. Juli 1994 nach dem BSHG a.F. zulässig war und praktiziert wurde, **nicht mehr zulässig** ist. Damit

soll auch verfahrensmäßig die Ablösung des früheren Selbstkostenerstattungssystems durch ein System leistungsgerechter, prospektiver Pflegesätze sichergestellt werden.

Ermittlung der Pflegesätze

- Das Pflegeheim hat **Art, Inhalt, Umfang der Leistungen** (Leistungsnachweis) sowie die **Kosten der Leistungen** (Kostennachweis), für die es eine Vergütung beansprucht, durch Pflegedokumentationen und andere geeignete Nachweise rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen darzulegen (§ 85 Abs. 3 Satz 2 SGB XI). Der **Kostennachweis** ist durch das 1. SGB XI-Änderungsgesetz (1996) in das Pflegesatzverfahren nach dem SGB XI eingeführt worden.
- Die Vereinbarung differenzierter, leistungsgerechter, prospektiver Preise (wie sie nunmehr im SGB XI vorgegeben sind) erfordert auf Seiten des Pflegeheimträgers eine **Voraus kalkulation**, die ihrerseits (auch ohne Vorgabe durch die Pflege-Buchführungsverordnung – PBV) eine **Kosten- und Leistungsrechnung** mit Kostenarten-, Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung erfordert.

Die PBV beschränkt sich in ihrem § 7 zur Kosten- und Leistungsrechnung auf einige Grundsätze und Mindestanforderungen; die Ausgestaltung ist den einzelnen Pflegeeinrichtungen überlassen. Zu den zwingenden Mindestanforderungen gehört, daß die Kosten und Leistungen **verursachungsgerecht** den Kostenträgern (Leistungen) zuzuordnen sind.

Dreiteilung der Pflegesätze in Pflegeklassen

Die Pflegesätze sind entsprechend dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, in drei **Pflegeklassen** aufzuteilen (§ 84 Abs. 2 Satz 2 SGB XI). Wie dies geschehen soll, ist nicht vorgeschrieben. Die Vorgabe, daß die Pflegesätze auch in der jeweiligen Pflegeklasse (I bis III) leistungsgerecht sein müssen (§ 84 Abs. 2 Satz 1 SGB XI), erfordert jedoch, daß die Vergütungen jeder Pflegeklasse (wie Abteilungspflegesätze im Krankenhaus) **separat** ermittelt werden müssen.

Die Entscheidung darüber, ob und inwieweit hierzu auch weiterhin die bisher üblichen Methoden der **Divisionskalkulation** oder der **Zuschlagskalkulation** eine geeignete Berechnungsgrundlage bilden können, ist den Pflegesatzparteien vorbehalten. Für Pflegeheime, die nach der Pflege-Buchführungsverordnung zur Kosten- und Leistungsrechnung verpflichtet oder die dazu in der Lage sind, empfiehlt sich die **Kostenträgerstückrechnung** mit laufender Erfolgskontrolle durch eine **Kostenträgerzeitrechnung**.

Berücksichtigung der „sozialen Betreuung“ und der „medizinischen Behandlungspflege“ im Pflegesatz

Nach § 84 Abs. 1 SGB XI umfassen die Pflegesätze neben der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen (**Grundpflege**) auch die Entgelte für **soziale Betreuung** und (zeitlich begrenzt) für **medizinische Behandlungspflege**. Soziale Betreuung und medizinische Behandlungspflege sind auch in der leistungsrechtlichen Vorschrift des § 43 Abs. 2 SGB XI – sepa-

rat – nebeneinander aufgeführt. Dadurch wird also nicht der in § 14 SGB XI definierte Begriff der Pflegebedürftigkeit erweitert, sondern es wird lediglich der in § 43 SGB XI statuierte Anspruch auf vollstationäre Pflege um zusätzliche, gesondert ausgewiesene Ansprüche auf soziale Betreuung und (zeitlich begrenzt) auf medizinische Behandlungspflege ergänzt.

Aus dem Gesamtzusammenhang dieser Vorschriften mit § 84 Abs. 1 und 2 SGB XI läßt sich ableiten, daß im pflegesatzrelevanten Bereich die Leistungen der **sozialen Betreuung** und der **medizinischen Behandlungspflege** (neben den allgemeinen Pflegeleistungen) **eigenständige Kostenträger** im Sinne der Kosten- und Leistungsrechnung sind, für welche dementsprechend die in § 85 Abs. 3 SGB XI vorgegebenen Nachweispflichten gelten. Ihre Auffächerung nach den drei Pflegeklassen ist in der hierzu einschlägigen Vorschrift des § 84 Abs. 2 SGB XI nicht ausdrücklich vorgesehen. Auch eine gesonderte vertragliche Fixierung ist nicht ausdrücklich vorgeschrieben. Den Anforderungen der Leistungstransparenz dürfte es daher genügen, wenn die Entgeltbestandteile für soziale Betreuung und medizinische Behandlungspflege in der Pflegesatzvereinbarung nur nachrichtlich ausgewiesen werden.

Pflegesatzverfahren

Kernpunkte des Pflegesatzverfahrens sind das Vereinbarungsprinzip, die bereits beschriebene prospektive Ausrichtung der Pflegesätze und die Konfliktlösung durch eine unabhängige Schiedsstelle. Auf eine nähere Beschreibung wird hier verzichtet.

b) Entgelte für Unterkunft und Verpflegung

Für **Unterkunft und Verpflegung** hat der Pflegebedürftige, wie dargelegt, selbst aufzukommen (§§ 82 Abs. 1 Satz 3, 87 SGB XI).

- Gleichwohl werden die Entgelte nicht von dem Pflegebedürftigen selbst, sondern für ihn von den als Pflegesatzparteien betroffenen Kostenträgern (Pflegekassen, Sozialhilfeträger) mit dem Pflegeheim ausgehandelt und vereinbart (§ 87 Satz 1 SGB XI). Die Pflegekassen und die Sozialhilfeträger handeln insoweit als **Sachwalter** für die Interessen der Pflegebedürftigen. Durch diese Regelung soll sichergestellt werden, daß die von den Pflegeheimen angebotene Unterkunft und Verpflegung in einem **angemessenen Verhältnis** zu den von ihnen geforderten Entgelten steht (§ 87 Satz 2 SGB XI).
- Mit den so vereinbarten Entgelten sind **alle Leistungen abgegolten**, die für die Unterbringung und Verpflegung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlich sind. Diese Regelung wird in § 88 Abs. 1 Satz 1 abgesichert. Danach können die Pflegeheime bei Unterkunft und Verpflegung auch weiterhin gesondert berechenbare **Zusatzleistungen** anbieten; diese sind aber auf solche Leistungen beschränkt, die über das **Maß des Notwendigen** hinausgehen. Für notwendige Leistungen dürfen selbst dann keine Zuschläge gefordert werden, wenn sie wie beispielsweise technisch besonders aufwendige

Pflegebetten oder Diätverpflegung das Maß des Normalen überschreiten.

- Für die **Preisverhandlungen** gelten die Regeln des Pflegesatzverfahrens nach §§ 85, 86 SGB XI (Vereinbarungsprinzip; Konfliktlösung durch eine unabhängige Schiedsstelle) entsprechend (§ 87 Satz 3 SGB XI).

Der wesentliche Unterschied zum früheren Recht besteht darin, daß **Unterkunft und Verpflegung** vergütungsrechtlich nicht mehr Bestandteil eines insoweit einheitlichen Gesamtheimentgelts sind, sondern **separat** von den mit dem Pflegesatz vergüteten Betreuungsleistungen (Grundpflege, soziale Betreuung und medizinische Behandlungspflege) vereinbart und ausgewiesen werden müssen. Sie sind m. a. W. ein eigenständiger **Kostenträger** im Sinne der Kosten- und Leistungsrechnung (vgl. Anlage 6 der Pflege-Buchführungsverordnung).

c) Gesondert berechenbare Investitionskosten

Nicht durch öffentliche Förderung gedeckte **Investitionskosten** dürfen dem Pflegebedürftigen vom Pflegeheim gesondert berechnet werden (§ 82 Abs. 3 und 4 PflegeVG).

Nach dem SGB XI kann das Heim die gesonderte Berechnung grundsätzlich **einseitig** vornehmen. Teilweise geförderte Heime bedürfen hierzu allerdings der Zustimmung der zuständigen Landesbehörde (§ 82 Abs. 3 SGB XI); nicht geförderte Pflegeheime haben die gesonderte Berechnung von Investitionskosten der zuständigen Landesbehörde lediglich mitzuteilen (§ 82 Abs. 4 SGB XI).

Diese Regelung ist durch das am 1. August 1996 in Kraft getretene Sozialhilfereformgesetz modifiziert worden: Soweit Pflegebedürftige (auch in den Pflegestufen I bis III) auf **Sozialhilfe** angewiesen sind, ist der Sozialhilfeträger **bei nicht geförderten Pflegeheimen** zur Übernahme gesondert berechenbarer Investitionskosten nach § 82 Abs. 4 PflegeVG nur verpflichtet, wenn hierüber entsprechende Vereinbarungen nach dem 7. Abschnitt des BSHG getroffen worden sind (§ 93 Abs. 7 Satz 4 BSHG); für **teilweise geförderte Pflegeheime** (§ 82 Abs. 3 SGB XI) gilt dies offenbar nicht. An den Vereinbarungen nach dem 7. Abschnitt sind die Pflegekassen nicht beteiligt.

2. Externe Leistungsbereiche

In **zugelassenen Pflegeheimen** werden in der Praxis zum Teil auch Leistungen erbracht, die leistungs-, vertrags- und vergütungsrechtlich **nicht vom SGB XI erfaßt** sind. Dazu gehören u. a.

- Leistungen der Krankenbehandlung, die über die medizinische Behandlungspflege hinausgehen, wie etwa die ärztliche Behandlung der Heimbewohner durch einen angestellten Heimarzt,
- berufliche Rehabilitation und Eingliederungshilfe,
- Leistungen von Nebenbetrieben, beispielsweise
 - Besucher-Cafeteria, Personalkantine,
 - Personalwohnheim,

- Betriebszweige, die auch an Kunden außerhalb des Heimes liefern (Gemeinschaftsküche, Wäscherei, Gärtnerei etc.).

Zu solchen (aus der Sicht der Pflegeversicherung) **externen Leistungsbereichen** gehören auch die Leistungen von sonstigen sozialen Einrichtungen, die – wie z.B. ein Altenheim, eine Sozialstation oder eine Behinderteneinrichtung – mit dem zugelassenen Pflegeheim unter einem Dach oder in einem organisatorischen Verbund betrieben werden, die eine alle Betriebszweige umfassende, **gemeinsame Leitung und Verwaltung** und häufig auch eine gemeinsame Küche haben und an demselben Versorgungs- und Entsorgungsnetz (Strom, Wasser, Abwasser etc.) „hängen“.

Es ist nicht Absicht der Pflegeversicherung, diese organisch gewachsenen „gemischten“ Einrichtungen zu beseitigen; im Gegenteil, sie sollen erhalten und gefördert werden. Die durch Gesetz beschriebene und eingegrenzte Leistungs- und Finanzierungszuständigkeit der Pflegeversicherung erfordert jedoch zumindest **kostenstellenmäßig** eine Abgrenzung der vom Finanzierungsrahmen des SGB XI erfaßten Leistungen von den externen Leistungsbereichen, die nicht vom Gesamtfinanzierungsrahmen der Pflegeversicherung erfaßt sind.

III. Abgrenzungen

Vor diesem Hintergrund macht das SGB XI mit seinen separaten Finanzierungsquellen eine **doppelte Abgrenzung** erforderlich:

- eine **interne Leistungsabgrenzung** und damit Finanzierungsabgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung, den Zusatzleistungen sowie dem Investitionsbereich;
- eine **externe Leistungs- und Finanzierungsabgrenzung** zu den vom Finanzierungsrahmen des SGB XI nicht erfaßten Leistungen des Heims.

1. Interne Leistungsabgrenzung

Das setzt als erstes für die **interne Leistungsabgrenzung** eine inhaltliche Bestimmung und Beschreibung der verschiedenen Leistungskomplexe voraus.

- Im Pflege-Versicherungsgesetz sind nur die Leistungen der **Grundpflege** und der **hauswirtschaftlichen Versorgung** (§ 14 SGB XI) sowie die betriebsnotwendigen **Investitionen** (§ 82 Abs. 2 SGB XI) definiert. Im pflegesatzrelevanten Bereich (§ 84 Abs. 1 SGB XI) sind die **medizinische Behandlungspflege** sowie die **soziale Betreuung** nicht definiert. Das gleiche gilt für den Bereich **Unterkunft und Verpflegung** (§ 87 SGB XI) sowie für den Bereich der **Zusatzleistungen** (§ 88 SGB XI); für die Zusatzleistungen findet sich in § 88 Abs. 1 Satz 1 SGB XI lediglich der Hinweis, daß es sich um Leistungen handeln muß, die über die im Versorgungsvertrag vereinbarten Leistungen hinausgehen.

Mit der inhaltlichen Bestimmung und Abgrenzung der verschiedenen Leistungskomplexe wird nur

ein Teil der Probleme gelöst. Eine weitere Schwierigkeit liegt darin, daß die im SGB XI unter finanzierungsrechtlichen Gesichtspunkten separierten Leistungsbereiche „allgemeine Pflegeleistungen“, „Unterkunft und Verpflegung“ sowie „Zusatzleistungen“ nicht mit der in den Pflegeheimen üblichen **funktionalen** Gliederung des Personals übereinstimmen.

- Es ist vom Ansatz her sicher unstreitig, daß **Pflegepersonal**, das nur in der Pflege eingesetzt wird, dem Bereich der allgemeinen Pflegeleistungen und damit der Finanzierungsquelle „Pflegesatz“ zuzuordnen ist. Unstreitig ist z.B. wohl auch, daß die **Köchin**, die nur kocht, dem Bereich der Verpflegung und damit der Finanzierungsquelle „Entgelte für Unterkunft und Verpflegung“ zuzuordnen ist.
- Ungeklärt ist aber bereits, mit **welchen Anteilen** „hausweit“ tätiges Personal wie der Verwaltungsleiter, das Verwaltungs- und Wirtschaftspersonal auf die Bereiche „allgemeine Pflegeleistungen“, „Unterkunft und Verpflegung“ oder „Zusatzleistungen“ mit ihren unterschiedlichen Finanzierungsquellen zu verteilen ist.
- Streitig ist ferner, ob und gegebenenfalls mit **welchen Anteilen** Personal, das (mit) im **Investitionsbereich** (Anschaffung und Herstellung von betriebsnotwendigen Anlagegütern), insbesondere im Bereich der Instandhaltung tätig ist, der Finanzierungsquelle „gesondert berechenbare Investitionskosten“ zuzuordnen ist.

Im Investitionsbereich ist bei den **Materialkosten** eine Abgrenzung der **Investitionsgüter** von den über den Preis zu finanzierenden **Verbrauchsgütern** vorzunehmen (§ 82 Abs. 2 Nr. 1 Halbs. 2 SGB XI).

2. Externe Leistungsabgrenzung

Für die **externe Leistungsabgrenzung** können neben der inhaltlichen Bestimmung der im SGB XI vorgesehenen Leistungstatbestände u.a. die einschlägigen Definitionen aus folgenden Regelkreisen herangezogen werden:

- für die Abgrenzung zwischen Grund- und Behandlungspflege einerseits und den „externen“ Leistungsbereichen der Krankenbehandlung andererseits: das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung im SGB V;
- für die Abgrenzung zwischen der Pflege nach dem SGB XI und Eingliederungshilfe für Behinderte: die Vorschriften des Bundessozialhilfegesetzes (§§ 39ff. BSHG) und die dazu erlassene Eingliederungshilfeverordnung.

B. Grundkonzeption der Zuordnungsübersicht

Die anliegende Zuordnungsübersicht geht, wie bereits eingangs erwähnt, davon aus, daß die **Pflegeselbstverwaltung** in der Lage ist, die ihr vom Gesetzgeber übertragene Aufgabe zu erfüllen, die darin besteht, den Inhalt der vollstationären Pflegeleistungen näher zu bestimmen und diese sachgerecht von den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den

Zusatzleistungen abzugrenzen (§ 75 SGB XI). Das schließt eine Abgrenzung zu den beschriebenen „externen“ Leistungsbereichen ein. Diese Abgrenzungen sind sowohl für den **Personalbereich** als auch für Bereich des **Sachmitteleinsatzes** erforderlich.

Die oben beschriebenen „internen“ und „externen“ Abgrenzungen sind vor allem deswegen notwendig, damit die Pflegesatzparteien bereits in der laufenden ersten „**Pflegesatzrunde**“ nach dem neuen Pflegesatzrecht des SGB XI in die Lage versetzt werden, die im Pflegeheim erbrachten Leistungen gesetzeskonform den verschiedenen Finanzierungsquellen des SGB XI zuzuordnen und leistungsgerechte Vergütungen zu vereinbaren.

I. Aufbau der Zuordnungsübersicht

In der **waagerechten Kopfspalte** sind die Leistungen des Pflegeheims mit den dazu gehörenden Finanzierungsquellen (Kostenträger im Sinne der Kosten- und Leistungsträgerrechnung) aufgeführt und wie folgt unterteilt:

1. **Leistungen des Pflegeheims**, die von dem Finanzierungsrahmen des SGB XI erfaßt sind (Spalten a bis f), und zwar
 - im Pflegesatzbereich (Spalten a bis c) mit
 - Allgemeinen Pflegeleistungen (Spalte a)
 - Medizinische Behandlungspflege (Spalte b)
 - Soziale Betreuung (Spalte c)
 - Unterkunft und Verpflegung (Spalte d)
 - Gesonderte Berechnung von Investitionsmaßnahmen (Spalte e), Instandhaltung und Instandsetzung (Spalte f) sowie
 - Zusatzleistungen (Spalte g)
2. **Externe Leistungsbereiche**, deren Finanzierung nicht vom SGB XI erfaßt ist, und zwar
 - Leistungen von Nebenbetrieben (Spalte h)
 - Eigenanteil des Pflegeheimträgers (Spalte i) und
 - sonstige Leistungen (Spalte k)

In der **senkrechten linken Seitenspalte** sind das **Personal** des Pflegeheims, unterteilt nach Tätigkeitsbereichen (lfd. Nummern 1 bis 10) und der **Sachmittelverbrauch** des Pflegeheims einschließlich der bezogenen Leistungen (lfd. Nummern 11 bis 27) aufgeführt. Sie sind im einzelnen in folgende Zeilen unterteilt:

- **Personal** (Personalanteile) nach folgenden Tätigkeitsbereichen (entsprechend lfd. Nr.)
 1. Heimleitung und Verwaltung
 2. Pflegedienst (Grundpflege)
 3. Medizinische Behandlungspflege
 4. Krankenbehandlung/Medizinische Rehabilitation

5. Soziale Betreuung
6. Rehabilitation und Eingliederung
7. Hauswirtschaftlicher Dienst
8. Technischer Dienst
9. Zusatzleistungen
10. Nebenbetriebe

– **Sachmittelverbrauch** (Sachmittelanteile) einschließlich bezogener Leistungen (entsprechend lfd. Nr.)

11. Pflegerischer Bedarf
12. Medizinischer Bedarf
13. Aufwand für soziale Betreuung
14. Aufwand für Gemeinschaftsveranstaltungen
15. Speisenversorgung
16. Wäscheversorgung
17. Gebäude- und Raumreinigung
18. Betriebsnotwendige Dienstleistungen
19. Grundstückskosten
20. Anlauf- und Schließungskosten
21. Finanzierungskosten für abnutzbare, nicht durch öffentliche Fördermittel gedeckte betriebsnotwendige Anlagegüter
22. Technische Pflegehilfsmittel gemäß Pflegehilfsmittelverzeichnis nach § 78 SGB XI
23. frei
24. Allgemeine technische Hilfsmittel
25. Sachaufwand für Zusatzleistungen
26. Sachaufwand für Nebenbetriebe
27. Sachaufwand für sonstige Leistungen

In den durch waagerechte Zeilen und durch senkrechte Spalten begrenzten **weißen Feldern** sind die **Prozentanteile** vorgegeben, mit denen das nach Tätigkeiten gegliederte Heimpersonal und die eingesetzten Sachmittel auf die verschiedenen Leistungsbereiche und damit auf die verschiedenen Finanzierungsquellen innerhalb und außerhalb des SGB XI zu verteilen sind. Die schraffierten Felder zeigen die Leistungs- und Finanzierungsbereiche an, denen die jeweils zu beurteilende Tätigkeit oder das entsprechende Sachmittel nicht zugeordnet werden kann.

II. Praktische Umsetzung

Bei der Umsetzung der Abgrenzungen und Zuordnungen geht die Zuordnungsübersicht von folgenden Grundsätzen aus:

1. Grundsätzlich haben jeder Deutsche, jeder Staatsbürger eines EU-Landes und jede juristische Privatperson das Recht, in Deutschland ein **Pflegeheim als Beruf** zu betreiben (Artikel 12 GG). Bei den Kirchen ist dieses Recht noch besonders in den in das Grundgesetz übernommenen Kirchen-

rechtsartikeln der Weimarer Reichsverfassung verankert.

2. Aus dieser verfassungsrechtlich abgesicherten Position, ein Pflegeheim zu betreiben, folgt das Recht des Pflegeheimträgers, grundsätzlich selbst zu bestimmen, **wieviel Pflegeplätze er vorhalten will und mit wieviel und welchem Personal** (nach Zahl und Qualifizierung) er sein Heim betreiben will. Dabei hat er allerdings die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften zu beachten.
3. Soweit der Heimträger sich allerdings durch Vertrag mit öffentlichen Kostenträgern – hier durch Versorgungsvertrag mit Pflegekassen und Sozialhilfeträgern – in ein öffentlich-rechtliches Sozialleistungssystem einbindet, begibt er sich in ein System, das **gesetzliche Rechte und Pflichten** miteinander verbindet:
 - Das zugelassene Pflegeheim ist im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur pflegerischen Versorgung der Versicherten verpflichtet.
 - Zu den Rechten gehört, daß die Vergütung der stationären Pflegeleistungen auf gesetzlicher Grundlage festgelegt wird.

Mit der Zulassung der Pflegeeinrichtung zur pflegerischen Versorgung der Versicherten wird ein „**Kontrahierungszwang**“ für die Pflegekassen ausgelöst. Diese werden verpflichtet, die Leistungen der Pflegeeinrichtungen nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften zu vergüten. Dabei ist zu beachten, daß für die Vergütung das **Vereinbarungsprinzip** gilt (§ 72 Abs. 4 SGB XI).

Das Pflegeheim erwirbt, wie bereits dargelegt, mit dem Abschluß des Versorgungsvertrages einen Anspruch auf eine leistungsgerechte Vergütung, die es ihm bei **wirtschaftlicher Betriebsführung** ermöglicht, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Damit unterwirft es sich aber gleichzeitig dem gesetzlichen **Wirtschaftlichkeitsgebot**, das alle öffentlich-rechtlichen Leistungssysteme durchzieht. Verbunden mit dem gesetzlichen Vereinbarungsprinzip bedeutet dies: die Beurteilung und Entscheidung darüber, wieviel Personal in welcher Qualifizierung und welche Sachmittel für eine leistungsfähige, wirtschaftliche Versorgung der

Heimbewohner und damit für den Betrieb des Pflegeheims erforderlich sind, treffen letztlich die **Pflegesatzparteien** in der Pflegesatzvereinbarung, wobei selbstverständlich die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften und die vertraglichen Maßstäbe und Grundsätze der Pflegeselbstverwaltung auf Landes- und Bundesebene zu beachten sind.

Vor diesem Hintergrund ist es gesetzlich geboten, daß sich die Parteien des **Versorgungsvertrags** im Versorgungsvertrag oder spätestens der Pflegeheimträger und die als Pflegesatzparteien betroffenen Kostenträger (Pflegekassen, Sozialhilfeträger) in der **Pflegesatzvereinbarung** über Art und Umfang des versorgungsnotwendigen Personal- und Sachmittleinsatzes verständigen. Dies kann insbesondere beim Personal entweder durch globale Ansätze oder durch mehr oder weniger tief gegliederte Personalpläne geschehen, die festlegen, wieviel Personal z. B. im Pflegebereich oder im „Hotelbereich“ einzusetzen ist.

- Im ersten Fall, in dem der Personaleinsatz ohne tiefergehende Schichtung als globaler Ansatz vereinbart wird, bestimmt der Pflegeheimträger im Rahmen seines **Direktionsrechts** selbst, wo und wie er das ihm zugestandene Personal einsetzen will.

- Im zweiten Fall, dem der vertraglichen Vorstrukturierung des Personaleinsatzes, muß der Heimträger die Vorgaben des von ihm abgeschlossenen Versorgungsvertrags oder der Pflegesatzvereinbarung beachten.

In beiden Fällen hat die **Zuordnungsübersicht** die **Funktion**, das vertraglich vereinbarte Personal (ggfs. anteilig) entsprechend der ihm vom Heimträger zugewiesenen Aufgaben und Tätigkeiten den in der Übersicht festgelegten **Finanzierungsquellen** (Pflegesatzbereich, UV-Bereich, gesondert berechenbare Investitionskosten etc.) zuzuordnen.

Diese finanzierungsrechtliche Abgrenzung und Zuordnung schließt natürlich nicht aus, daß der Heimträger das so zugeordnete Personal bei Bedarf auch einmal in einem anderen Tätigkeitsbereich einsetzt, sofern dadurch keine personellen Verwerfungen entstehen.

Gemeinsame Orientierungshilfe des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für die Zuordnung von Personal und Sachmitteln zu den „Finanzierungsquellen“ nach SGB XI bei vollstationären Pflegeheimen

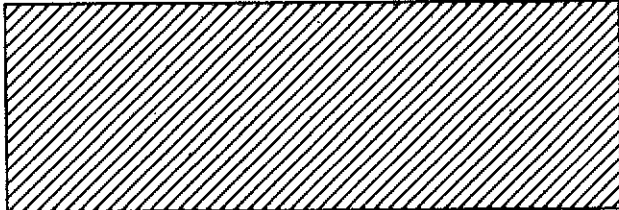
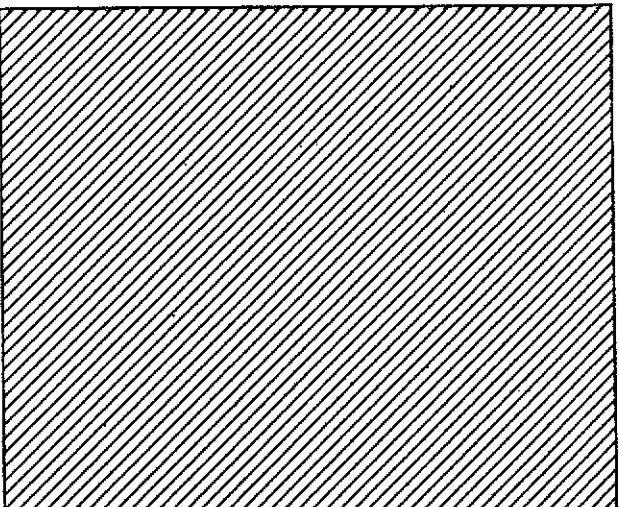
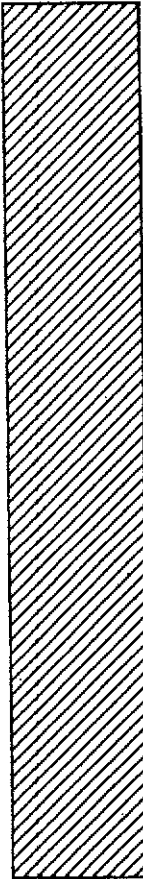
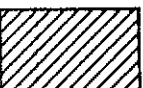
Ird. Nr.	Personal* (Personaleinzelheiten) des Pflegeheims unterteilt nach Tätigkeitsbereichen	Leistungen des Pflegeheims							Externe Leistungsbereiche		
		Pflegeleistungsbereich (§ 82 Abs. 1 Satz 2, § 84 Abs. 1 SGB XI)		Investitionsbereich (§§ 9, 82 Abs. 2 bis 4 SGB XI)		Zusatzleistungen (§ 88 SGB XI)		g	Leistungen von Nebenbetrieben	Eigenanteil des Trägers (§ 82 Abs. 2 Nr. 2 bis 5 SGB XI)	Sonstige Leistungen
		Allgemeine Pflegeleistungen	Behandlungs- und Pflegeleistungen	Soziale Betreuung	Unterstützung und Verpflegung (§ 82 Abs. 1 Satz 3, § 87 SGB XI)	Gesondert berechenbare Investitionsmaßnahmen	Gesondert berechenbare Instandhaltung, Instandsetzung		h	i	k
1.	Heimleitung und Verwaltung – Heimleiter, Geschäftsführer, – Verwaltung: o Personalwesen, Betriebsorganisation, o Planung, Qualitätssicherung, o Aufnahme, Buchhaltung, Kasse, Rechnungswesen, Fakturierung, o Beantragung und Bewirtschaftung öffentlicher Fördermittel einschließlich Pflegegeld, o Liegenschafts-, Inventar- und Lagerverwaltung o Pforte, Botendienst (Postdienst), o Büroarbeiten, Regalratte, o Telefon, zentrale Rufanlagen, – Hausmeister (ohne Instandhaltung), – Fahrdienst (Hol- und Bringdienst).	100 % minus (x + y) % diese werden wie folgt aufgeteilt:		50 % (zu a bis c) davon (soweit Pflegeleistungsbereichen keine anderen Prozentanteile zugeordnet)		50 % zu d			x % zu h		y % zu k
2.	Pflegedienst (Grundpflege) – Hilfen für Pflegebedürftige bei den Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (einschließlich aktivierender Pflege) in den Bereichen: o Körperpflege, o Ernährung, o Mobilität, – durch o Unterstützung bei den pflegerischen Verrichtungen des täglichen Lebens, o teilweise oder vollständige Übernahme dieser Verrichtungen, o Beaufsichtigung der Ausführung dieser Verrichtungen oder Anleitung zur Selbstvornahme. ¹⁾	100 % zu a		<< 1) Beaufsichtigung und Anleitung richten sich auch darauf, o körperliche, psychische und geistige Fähigkeiten zu fördern und zu erhalten (z.B. Orientierung zur eigenen Person in der Umgebung), o Eigen- und Fremdgefährdung (z.B. durch nicht sachgemäßen Umgang mit Strom, Wasser oder Feuer) zu vermeiden, o Ängste, Reizbarkeit und Aggressionen abzubauen.							

¹⁾ Diese Zuordnungübersicht beinhaltet keinen Ausstattungskatalog für die Vornahme von Personal oder Sachmitteln.

Gemeinsame Orientierungshilfe des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für die Zuordnung von Personal und Sachmitteln zu den „Finanzierungsquellen“ nach SGB XI bei vollstationären Pflegeheimen

lfd. Nr.	Personal ¹⁾ (Personalelemente) des Pflegeheims unterteilt nach Tätigkeitsbereichen	Leistungen des Pflegeheims							Externe Leistungsbereiche		
		Pflegesatzbereich (§ 82 Abs. 1 Satz 2, § 84 Abs. 1 SGB XI)		Unterkunft und Verpflegung (§ 82 Abs. 1 Satz 3, § 87 SGB XI)	Investitionsbereich (§§ 9, 82 Abs. 2 bis 4 SGB XI)		Zusatz- leistungen (§ 88 SGB XI)	Leistungen von Neben- betrieben	Eigen- anteil des Trägers (§ 82 Abs. 2 Nr. 2 bis 5 SGB XI)	Sonstige Leistungen	
Allgemeine Pflege- leistungen	Behand- lungs- pflege	Soziale Betreuung	Gesondert berechenbare Investitions- maßnahmen sowie nicht nach Landesrecht mit öffentlichen Mitteln gefördert		Gesondert berechenbare Instandhaltung						
3.	Medizinische Behandlungspflege Ärztlich angeordnete Leistungen der Krankenpflege. Das sind Leistungen, die im Pflege- heim nicht vom behandelnden Arzt selbst, sondern neben der ärztlichen Behandlung des Pflegebedürftigen von entsprechend ausgebildetem und be- fähigtem Personal des Heims zur Be- handlung einer Krankheit im Einzelfall erbracht werden.		100 % zu b					h	i	k	
4.	Krankenbehandlung / medizinische Rehabilitation (außer lfd. Nr. 3) - Von Ärzten des Heimes durchge- führte ärztliche Behandlung, - Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln; Heilmittel sind ärztlich verordnete Dienstleistungen, die einem Heil- zweck dienen oder einen Heilerfolg sichern sollen (§ 32 SGB V), z.B. o physikalische Therapie, Massagen, Krankengymnastik, o Beschäftigungstherapie, Ergotherapie, o Bewegungstherapie, medizn. Bäder, o Sprach- und Sinestherapie, - medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungsproben und Arbeits- therapie, - medizinische Vorsorgeleistungen.									100 % zu k	

Gemeinsame Orientierungshilfe des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für die Zuordnung von Personal und Sachmitteln zu den „Finanzierungsquellen“ nach SGB XI bei vollstationären Pflegeheimen

lfd. Nr.	Personal (Personaleinheit) des Pflegeheims unterteilt nach Tätigkeitsbereichen	Leistungen des Pflegeheims							Externe Leistungsbereiche		
		Pflegegesetzbereich (§ 82 Abs. 1 Satz 2, § 84 Abs. 1 SGB XI)		Unterkunft und Verpflegung (§ 82 Abs. 1 Satz 3, § 87 SGB XI)	Investitionsbereich (§§ 8, 82 Abs. 2 bis 4 SGB XI)		Zusatzleistungen (§ 88 SGB XI)	Leistungen von Nebenbetrieben	Eigenanteil des Trägers (§ 82 Abs. 2 Nr. 2 bis 5 SGB XI)	Sonstige Leistungen	
		Allgemeine Pflegeleistungen	Behandlungspflege	Soziale Betreuung		Gesondert berechenbare Investitionsmaßnahmen	Gesondert berechenbare Instandhaltung, Instandsetzung		h	i	k
		a	b	c	d	e	f	g			
5.	Soziale Betreuung Hilfen der individuellen, persönlichen Zuwendung gegenüber dem Pflegebedürftigen, soweit sie - nicht bereits von den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, der Krankenbehandlung und der medizinischen Rehabilitation erfaßt sind, - darauf ausgeht und notwendig sind, um die bei Heimpflege mit dem Verlust der eigenen Häuslichkeit verbundenen menschlichen und sozialen Belastungen des Pflegebedürftigen zu beseitigen oder zu mildern, sowie - dazu bestimmt sind, mit der Pflegebedürftigkeit verbundene Defizite auszugleichen. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu insbesondere - Begleitung des Pflegebedürftigen bei Behörden- und sonstigen Besorgungen sowie bei Spaziergängen, - die allgemeine Betreuung und Beaufsichtigung von geistig behinderten, psychisch kranken oder demenzen Pflegebedürftigen einschließlich begleitender Maßnahmen und therapeutischer Gespräche (z.B. bei Angst- oder Unruhezuständen) - die Sterbegleitung, soweit nicht medizinische Behandlungspflege.		100 % zu c								
6.	Rehabilitation und Eingliederung - berufliche Rehabilitation, - Eingliederungshilfe für Behinderte (vgl. § 39 BSHG; Eingliederungshilfeverordnung nach § 47 BSHG).										100 % zu k

Gemeinsame Orientierungshilfe des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für die Zuordnung von Personal und Sachmitteln zu den „Finanzierungsquellen“ nach SGB XI bei vollstationären Pflegeheimen

IId. Nr.	Personal*) (Personalstelle) des Pflegeheims unterteilt nach Tätigkeitsbereichen	Leistungen des Pflegeheims						Externe Leistungsbereiche		
		Pflegesatzbereich (§ 82 Abs. 1 Satz 2, § 84 Abs. 1 SGB XI)		Unterkunft und Verpflegung (§ 82 Abs. 1 Satz 3, § 87 SGB XI)	Investitionsbereich (§§ 9, 82 Abs. 2 bis 4 SGB XI)		Zusatz- leistungen (§ 88 SGB XI)	Leistungen von Möbel- betrieben	Eigen- anteil des Trägers (§ 82 Abs. 2 Nr. 2 bis 5 SGB XI)	Sonstige Leistungen
		Allgemeine Pflege- leistungen	Behand- lungs- pflege	Soziale Betreuung	Gesondert berechenbare Investitions- maßnahmen soweit nicht nach Landesrecht mit öffentlichen Mitteln gefördert	Gesondert berechenbare Instandhaltung, Instandsetzung		h	i	k
7.	Hauswirtschaftlicher Dienst (Wirtschafts- und Versorgungsdienst) - Hauswirtschaftliche Leitung - Speisenversorgung (Küche u.ä.) Diätische einschließlich Ernährungs- beratung). o Menzeiten zubereiten, o Auf- und Abtragen (Bedienung), o Abblättersorgung, o Geschirrspülen und -einräumen, - Speisenversorgung betätigter und nicht transportfähiger Heimbewohner auf ihren Zimmern (ausgenommen mündigkeitsgerechte Zubereitung und Hilfe bei der Aufbereitung der Nahrung, die gemäß § 14 Abs. 4 Nr. 2 SGB XI der Pflege zuzuordnen sind), - Desinfektion, - Gartenpflege, - Gebäude- und Raumreinigung, - Wäscheversorgung.									
8.	Technischer Dienst - Instandhaltung- und Instandsetzung von Gebäuden, technischen und sonstigen Anlagen, Ausstattung, - Hausmeister anteilig (soweit gleich- zeitig im technischen Dienst einge- setzt), - Werkstattpersonal.									

Gemeinsame Orientierungshilfe des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für die Zuordnung von Personal und Sachmitteln zu den „Finanzierungsquellen“ nach SGB XI bei vollstationären Pflegeheimen

lfd. Nr.	Personal (Personaleinzelteile) des Pflegeheims unterteilt nach Tätigkeitsbereichen	Leistungen des Pflegeheims							Externe Leistungsbereiche		
		Pflegesatzbereich (§ 82 Abs. 1 Satz 2, § 84 Abs. 1 SGB XI)		Unterkunft und Verpflegung (§ 82 Abs. 1 Satz 3, SGB XI)	Investitionsbereich (§§ 9, 82 Abs. 2 bis 4 SGB XI)		Zusatzleistungen (§ 88 SGB XI)	Leistungen von Nebenbetrieben	Eigenanteil des Trägers (§ 82 Abs. 2 Nr. 2 bis 5 SGB XI)	Sonstige Leistungen	
		Allgemeine Pflegeleistungen	Behandlungspflege		Soziale Betreuung	Gesondert berechenbare Investitionsmaßnahmen					Gesondert berechenbare Instandhaltung, Instandsetzung
		a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
9.	Zusatzleistungen Zusatzleistungen im Sinne des § 88 SGB XI sind auf besonderen Wunsch eines Heimbewohners mit ihm schriftlich vereinbarte Wahlleistungen ("Komfortleistungen"), und zwar - besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung, die für die Unterbringung und Bewältigung des Pflegebedürftigen im Heim nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit nicht erforderlich sind, - zusätzliche pflegerisch-beherrschende Leistungen, die nicht bereits den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen der sozialen Betreuung oder den Leistungen der medizinischen Behandlungspflege zuzuordnen sind. Besondere Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung, die üblicherweise allen Heimbewohnern gewährt oder angeboten werden, sind keine Zusatzleistungen. Beispiele für Zusatzleistungen: - Reparatur an persönlichen Einrichtungsgegenständen, - Bereitstellung eines Fahrers für persönliche Fahrten, - Zubereitung von "Gourmetkost", - Bewirtung von privaten Gästen, - Ausrichtung persönlicher Feste.							100 % zu g			
10.	Nebenbetriebe - Cafeteria für Besucher, Personal-, kantine, Verkaufslösche im Heim, - Betriebszweige, die auch an Kunden außerhalb des Heims liefern (Essen auf Radem, Wäscherei, Gärtnerei etc.), - Personalwohnheim, - angegliederte soziale Einrichtungen (z. B. Sozialstation, Altenheim, Behindertenheim).								100 % zu h		

Gemeinsame Orientierungshilfe des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für die Zuordnung von Personal und Sachmitteln zu den „Finanzierungsquellen“ nach SGB XI bei vollstationären Pflegeheimen

Hd. Nr.	Sachmittelverbrauch (Sachmittelsätze) des Pflegeheims einschließlich bezogener Leistungen	Leistungen des Pflegeheims							Externe Leistungsbereiche			
		Pflegesatzbereich (§ 82 Abs. 1 Satz 2, § 84 Abs. 1 SGB XI)		Unterkunft und Verpflegung (§ 82 Abs. 1 Satz 3, § 87 SGB XI)		Investitionsbereich (§§ 9, 82 Abs. 2 bis 4 SGB XI)		Zusatz- leistungen (§ 88 SGB XI)	Leistungen von Neben- betrieben	Eigen- anteil des Trägers (§ 82 Abs. 2 Nr. 2 bis 5 SGB XI)	Sonstige Leistungen	
		Allgemeine Pflege- leistungen	Behand- lungspflege	Soziale Betreuung			Gesondert berechenbare Investitions- maßnahmen soweit nicht nach Landesrecht mit öffentlichen Mitteln gefördert	Gesondert berechenbare Instandhaltung, Instandsetzung		h	i	k
11.	Pflegelischer Bedarf¹⁾ - Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (gemäß Pflegehilfsmittelverzeichnis der Spitzenverbände der Pflegekassen nach § 78 Abs. 2 SGB XI) - o saugende Bettschutzunterlagen (Einmalgebrauch), - o Schutzbekleidung, (Fingerlinge, Einmalhandschuhe, Mundschutz, Schutzschürzen), - o Desinfektionsmittel, - Pflegedokumentation einschließlich EDV-Material, Software Service "Pflege", - Fachzeitschriften und Bücher "Pflege", - von externen Anbietern bezogene Pflegeleistungen, - sonstiger Pflegebedarf. Hinweise zur Abgrenzung der Pflegehilfsmittel zu den Hilfsmitteln, die der Leistungspflicht der Krankenkassen unterliegen: Die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln kommt nach SGB XI nur in Betracht, soweit es sich nicht um Hilfsmittel handelt, die wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder von anderen Leistungsträgern zu tragen sind. Auf die Hilfsmittelversorgung zu Lasten der Krankenkassen (§ 33 Abs. 1 SGB V) hat die Pflegebedürftigkeit des Versicherten (demnach keine Auswirkung. Die Leistungsabgrenzung ergibt sich unmittelbar aus der Anwendung des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 SGB V einerseits und des als Anlage zum Hilfsmittelverzeichnis konzipierten Pflegehilfsmittelverzeichnisses (siehe § 78 Abs. 2 SGB XI) andererseits.	100 % zu a										

¹⁾ Unabhängig von den Zuordnungen in Hfd. Nr. 11 und 12 bleibt die endgültige Abgrenzung der Leistungspflicht zwischen Krankenkassen und Pflegekassen der Selbstverwaltung vorbehalten.

Gemeinsame Orientierungshilfe des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für die Zuordnung von Personal und Sachmitteln zu den „Finanzierungsquellen“ nach SGB XI bei vollstationären Pflegeheimen

Itd. Nr.	Sachmittelverbrauch (Sachmittelanfälle) des Pflegeheims einschließlich bezogener Leistungen	Leistungen des Pflegeheims							Externe Leistungsbereiche		
		Pflegesatzbereich (§ 82 Abs. 1 Satz 2, § 84 Abs. 1 SGB XI)		Unterkunft und Verpflegung (§ 82 Abs. 1 Satz 3, § 87 SGB XI)	Investitionsbereich (§§ 9, 82 Abs. 2 bis 4 SGB XI)		Zusatz- leistungen (§ 88 SGB XI)	Leistungen von Neben- betrieben	Eigen- anteil des Trägers (§ 82 Abs. 2 Nr. 2 bis 5 SGB XI)	Sonstige Leistungen	
		Allgemeine Pflege- leistungen	Behand- lungspflege		Soziale Betreuung	Gesondert berechenbare Investitions- maßnahmen soweit nicht nach Landesrecht mit öffentlichen Mitteln gefördert					f
		a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
12.	Medizinischer Bedarf*) – Arznei- und Verbandmittel, – Applikationshilfen, – Hilfsmittel laut Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SGB V (soweit eine Lei- stungspflicht der GKV besteht).										100 % zu k
13.	Aufwand für soziale Betreuung – Aufwand für pflegebezogene Betreuung und Beschäftigung.			100 % zu c							
14.	Aufwand für Gemeinschafts- veranstaltungen – Feste, Geschenke, kulturelle Betreu- ung, – Freizeitgestaltung, Ausflüge, – Hausschmuck, – Heimbücherei, Zeitschriften (soweit nicht Fachliteratur "Pflege").				100 % zu d						
15.	Speisenversorgung – Lebensmittel, Getränke, – Fremdbezug von Küchenleistungen.				100 % zu d						
16.	Wäscheversorgung – Wäschereinigungs- und Pflegemittel, – Näherebedarf, – Fremdreinigung.				100 % zu d						
17.	Gebäude- und Raumreinigung – Reinigungsmittel, auch Toilettenpapier, – Fremdgebäudereinigung, – Fremdglassreinigung, – Sachmittel Gartenpflege.				100 % zu d						

*) Unabhängig von den Zuordnungen in Itd. Nr. 11 und 12 bleibt die endgültige Abgrenzung der Leistungspflicht zwischen Krankenkassen und Pflegekassen der Selbstverwaltung vorbehalten.

Gemeinsame Orientierungshilfe des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für die Zuordnung von Personal und Sachmitteln zu den „Finanzierungsquellen“ nach SGB XI bei vollstationären Pflegeheimen

Hd. Nr.	Sachmittelverbrauch (Sachmittelanleihe) des Pflegeheims einschließlich bezogener Leistungen	Leistungen des Pflegeheims							Externe Leistungsbereiche		
		Pflegesatzbereich (§ 82 Abs. 1 Satz 2, § 84 Abs. 1 SGB XI)			Unterkunft und Verpflegung (§ 82 Abs. 1 Satz 3, § 87 SGB XI)	Investitionsbereich (§§ 9, 82 Abs. 2 bis 4 SGB XI)		Zusatz- leistungen (§ 88 SGB XI)	Leistungen von Neben- betrieben	Eigen- anteil des Trägers (§ 82 Abs. 2 Nr. 2 bis 5 SGB XI)	Sonstige Leistungen
		Allgemeine Pflege- leistungen	Behand- lungspflege	Soziale Betreuung		Gesondert berechenbare Investitions- maßnahmen	Gesondert berechenbare Instandhaltung, Instandsetzung, soweit nicht nach Landesrecht mit öffentlichen Mitteln gefördert				
		a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
18.	Betriebsnotwendige Leistungen - Energie (Elektrizität, Gas, Heizöl, Kohle), - Wasser einschließlich Abwasser, - Treibstoffe, Schmiermittel, - Büromaterial, Verwaltungsbedarf, EDV-Aufwendungen, - von zentralen Gemeinschaftseinrichtungen oder externen Anbietern bezogene betriebsnotwendige Leistungen (z.B. Dienstleistungen zentraler EDV-Anlagen, zentraler Einkauf, Fremdbuchhaltung etc.), - Jahresabschlußkosten, - Steuern, Abgaben, Beiträge, Entsorgungsgebühren, - Versicherungsaufwendungen, - Telefon-, Rundfunk- und Fernsehgebühren, Porto.	100 % minus (x + y) % diese werden wie folgt aufgeteilt: 50 % (zu a bis c) davon (70 %) zu a (15 %) zu b (soweit Pflegesatzpartien keine anderen Prozentsätze vereinbaren) (15 %) zu d							x % zu h		y % zu k
19.	Grundstückskosten (§ 82 Abs. 2 Nr. 2 und 3 SGB XI) - Erwerb, Erschließung, - Miete, Pacht, Nutzung, Mitbenutzung.									100 % zu i	
20.	Anlauf- und Schließungskosten (§ 82 Abs. 2 Nr. 4 und 5 SGB XI) - Aufwendungen für Anlauf oder innerbetriebliche Umstellung von Pflegeeinrichtungen, - Aufwendungen für Schließung von Pflegeeinrichtungen oder ihre Umstellung auf andere Aufgaben.									100 % zu i	

[illegible]

Gemeinsame Orientierungshilfe des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für die Zuordnung von Personal und Sachmitteln zu den „Finanzierungsquellen“ nach SGB XI bei vollstationären Pflegeheimen

Hd. Nr.	Sachmittelverbrauch (Sachmittelskelle) des Pflegeheims einschließlich bezogener Leistungen	Leistungen des Pflegeheims							Externe Leistungsbereiche		
		Pflegesatzbereich (§ 82 Abs. 1 Satz 2, § 84 Abs. 1 SGB XI)		Unterkunft und Verpflegung (§ 82 Abs. 1 Satz 3, § 87 SGB XI)	Investitionsbereich (§§ 9, 82 Abs. 2 bis 4 SGB XI)	Zusatz- leistungen (§ 88 SGB XI)	Leistungen von Neben- betrieben	Eigen- anteil des Trägers (§ 82 Abs. 2 Nr. 2 bis 5 SGB XI)	Sonstige Leistungen		
		Allgemeine Pflege- leistungen	Behand- lungspflege							Soziale Betreuung	
		a	b	c	d	e	f	g	h	i	k
22c.	Bettzurichtungen zur Pflege- erleichterung - Einlagerahmen, - Rückenstützen, manuell oder motorisch verstellbar, Pflegebettlatten - Pflegebettlatten, - Bettnachschürfen mit verstell- barer Tischplatte. Pflegebettgestühle - Mehrfunktionalesgestühle, manuell verstellbar. Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Hygiene Produkte zur Hygiene im Bett - Bettplanken, Urinflaschen, Urin- schiffchen, - Saugende Bettgeschutzeinlagen, wiederverwendbar, - Urinflaschenhalter. Waschsysteme - Kopfwaschsysteme, - Ganzkörperwaschsysteme, - Duschwagen. Pflegehilfsmittel zur selbstständigen Lebens- führung / Mobilität Rufanlagen					100 % zu e					
22d.											
22a.											
22i.											
22g.											
22h.											

Praktische Hinweise von Bund und Ländern im Einvernehmen mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Kommunalen Spitzenverbände als örtliche Träger der Sozialhilfe

zur Anwendung und Auslegung von Artikel 49b PflegeVG und § 93 Abs. 6 BSHG in den ersten Vergütungsverhandlungen für die vollstationäre Pflege nach dem neuen Recht des SGB XI

Einführung

Die Bund/Länder-Arbeitsgruppe zur Umsetzung der Pflegeversicherung hat sich in zwei Besprechungen am 30. Juli und 14. August 1997 mit Fragen der Anwendung und Auslegung von Artikel 49b PflegeVG und § 93 Abs. 6 BSHG in den ersten Vergütungsverhandlungen für die vollstationäre Pflege nach dem neuen Recht des SGB XI befaßt. An der zweiten Sitzung haben auch die Organisationen der Kostenträger auf Bundesebene teilgenommen.

Hintergrund der Besprechungen war, daß in allen Ländern die Vergütungsverhandlungen angelaufen sind und voraussichtlich auch rechtzeitig vor dem 1. Januar 1998 abgeschlossen werden können. In einigen Ländern ist auch von den Vertragsparteien in der Frage der Anwendung der gesetzlichen Deckelungsvorschriften ein Grundverständnis erzielt worden. In anderen Ländern bestehen jedoch noch gewisse Unsicherheiten in dieser Frage.

Ziel der Besprechungen war es, einen einfachen, praktikablen Weg zur gesetzeskonformen Umsetzung der beiden „Deckelungsvorschriften“ für Vertragsparteien aufzuzeigen, die hierüber noch keine Einigung erzielen konnten. Hierzu verständigten sich die Besprechungsteilnehmer auf die nachfolgenden **praktischen Hinweise** (s. Ausführungen zu B). Sie legten dabei jedoch auf folgendes Wert:

1. Für die **rechtzeitige Ablösung** der gesetzlichen **Übergangsheimentgelte** nach Artikel 49a PflegeVG durch **Vergütungsvereinbarungen** nach dem SGB XI bleiben ausschließlich die **Vertragsparteien** verantwortlich, also der Träger des einzelnen Pflegeheimes sowie die vor Ort als Kostenträger betroffenen Pflegekassen und Sozialhilfeträger. Eine staatliche Intervention oder Einflußnahme ist ebenso wenig beabsichtigt wie eine gesetzliche Verlängerung der derzeitigen Übergangsheimentgelte nach Artikel 49a PflegeVG.
2. Die nachfolgenden Hinweise zur praktischen Umsetzung der gesetzlichen Deckelungsvorschriften im Zuge der Vergütungsverhandlungen nach dem neuen Recht des SGB XI stellen daher keinen „Fahrplan“ für die Durchführung dieser Verhandlungen dar. Sie beschränken sich vielmehr darauf, ein einfach handhabbares, flexibles Verfahren zur Ermittlung der **gesetzlich zulässigen Höchstbeträge der Gesamtheimentgelte für das Jahr 1998** zu finden.

3. Diese Hinweise können und wollen nur eine „subsidiäre“ Hilfestellung sein. Sie sollen den Vertragsparteien, und zwar **nur den Vertragsparteien**, die noch Schwierigkeiten mit der Auslegung und Anwendung der gesetzlichen Deckelungsvorschriften haben, **eine von mehreren Möglichkeiten** aufzeigen, wie die gesetzlich zulässigen Höchstbeträge für die Heimentgelte 1998 im Einklang mit Artikel 49b PflegeVG und § 93 Abs. 6 BSHG ermittelt werden können. Soweit die Vertragsparteien sich hierüber schon verständigt haben oder dabei sind, sich (auch auf eine andere gesetzeskonforme Weise) zu verständigen, kann und sollte es bei der bereits vereinbarten oder vorgesehenen Verfahrensweise bleiben.

Sofern die nachfolgenden Hinweise zur Ermittlung der gesetzlich zulässigen Höchstbeträge der Gesamtheimentgelte für das Jahr 1998 dazu beitragen, zur Zeit noch streitige Vergütungsverhandlungen zu erleichtern (vgl. dazu Ausführungen zu C), ist dies ein willkommener Nebeneffekt. Auch in diesem Fall bleibt jedoch die Verantwortung der Vertragsparteien für einen rechtzeitigen Abschluß der Vergütungsverhandlungen unberührt.

A. Anknüpfung an die Praktischen Verfahrenshinweise vom 15. Oktober 1996

Artikel 49b PflegeVG und § 93 Abs. 6 BSHG stimmen darin überein, daß sie für die von ihnen erfaßten Einrichtungen verbindliche Vorgaben für die Begrenzung der Heimentgelte in den Jahren 1996, 1997 und 1998 aufstellen. Die Heimentgelte dürfen hiernach (von Ausnahmen abgesehen) in diesem Zeitraum **jährlich** jeweils nicht höher steigen als 1 Prozent in den alten Bundesländern und 2 Prozent in den neuen Bundesländern. Dabei gilt Artikel 49b PflegeVG nur für zugelassene vollstationäre Pflegeheime. § 93 Abs. 6 BSHG gilt dagegen für alle Einrichtungen, in denen Sozialhilfeträger Kosten übernehmen, unter dieser Voraussetzung auch für zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen.

Beide Vorschriften sind in ihrem Gesamtzusammenhang zu lesen. Das bedeutet: Die Heimentgelte vom 30. Juni 1996, die die Ausgangsbasis für die gesetzlichen Übergangsheimentgelte nach Artikel 49a PflegeVG bildeten, müssen rechnerisch auf die Heimentgelte vom 18. Juli 1995 plus 1 Prozent bzw. 2 Prozent zurückgeführt werden.

Hierzu ist bereits in dem Ergebnisprotokoll der Bund/Länder-Besprechung vom 24. Juli 1996 (unter Ziffer II Nr. 2b) folgendes ausgeführt:

„Wenn das Pflegeheim, spätestens im zweiten Halbjahr 1997, erstmals in Vergütungsverhandlungen nach dem 8. Kapitel des SGB XI eintritt, greift § 93 Abs. 6 BSHG. In diesen Vergütungsverhandlungen werden grundsätzlich nicht die Übergangspflegesätze nach Artikel 49a PflegeVG fortgeschrieben, sondern ‚die Karten völlig neu gemischt‘, und zwar unter Beachtung der besonderen Bemessungsgrundsätze nach dem SGB XI einschließlich der gesetzlich vorgesehenen Pflege-satzbegrenzungen in Artikel 49b PflegeVG und § 93 Abs. 6 BSHG. Hierzu gehört, daß Pflegeheime, die am 18. Juli 1995 bereits eine Pflegesatzvereinbarung mit Sozialhilfeträgern hatten, sich den an diesem Tag geltenden Stichtagspflegesatz entgegenhalten lassen müssen. Insoweit überlagert dann der § 93 Abs. 6 BSHG den Artikel 49b PflegeVG, der diesen Stichtag nicht ausdrücklich vorsieht.“

Zur praktischen Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben hatten die Bundesministerien für Arbeit und Sozialordnung (BMA) sowie für Gesundheit (BMG) folgenden gemeinsamen Verfahrensvorschlag vorgelegt, der auf der Bund-/Länder-Besprechung am 15. Oktober 1996 von allen Beteiligten gebilligt wurde:

„BMA und BMG schlagen folgende praktische Verfahrensweise vor:

1. Für vollstationäre Pflegeeinrichtungen bleibt Ausgangsbasis für die Anwendung der Übergangsregelung nach Artikel 49a PflegeVG das Heimentgelt vom 30. Juni 1996.
2. Es sollen möglichst schnell Verhandlungen nach dem SGB XI aufgenommen werden, die sicherstellen, daß die übereinstimmenden Sparziele des § 93 Abs. 6 BSHG und des Artikel 49b PflegeVG erreicht werden. Bei diesen Verhandlungen ist der am 18. Juli 1995 geltende Pflegesatz zugrunde zu legen.
3. Diese Verhandlungen sind nach dem 8. Kapitel SGB XI zu führen. Im Streit ist die Schiedsstelle nach § 85 SGB XI zuständig. Für die Verhandlungen gibt es zwei Varianten:
 - a) Verhandlungen zur vollen Ablösung der Übergangsregelung nach Artikel 49a PflegeVG einschließlich der Aufschlüsselung der bisherigen Heimentgelte in Pflegevergütung, Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sowie gesondert berechenbare Investitionskosten.
 - b) Verhandlungen in einem ersten Schritt mit dem Ziel, die Übergangspflegesätze den gesetzlichen Erfordernissen des § 93 Abs. 6 BSHG und des Artikel 49b PflegeVG unter Weitergeltung der Übergangsregelung anzupassen.

Variante b) hat den Vorteil, daß sie den Pflegeheimen frühzeitig Klarheit und Rechtssicherheit gibt.

Sie verhindert, daß sich die Pflegeheime zu einem späteren Zeitpunkt erheblichen Ausgleichsforderungen ausgesetzt sehen, die sie dann in vermeidbare wirtschaftliche Schwierigkeiten bringen könnten.“

Dieser Vorschlag betraf jedoch nur die Anwendung jener Vorgaben auf die ab 1. Juli 1996 geltenden Übergangsheimentgelte nach Artikel 49a PflegeVG. Nunmehr geht es um die Anwendung der Deckelungsvorschriften im Zuge der ersten vollen Vergütungsverhandlungen nach dem neuen Recht des SGB XI (entsprechend Nr. 3b der Praktischen Verfahrenshinweise vom 15. Oktober 1996).

B. Ermittlung der gesetzlich zulässigen Höchstbeträge der Heimentgelte 1998

Die vom Gesetzgeber in den Jahren 1996 bis 1998 zwingend vorgeschriebene „Deckelung“ betrifft nur die Steigerungsrate der Heimentgelte, nicht die (herkömmlicherweise als „Auslastung“ zu verstehende) **Mengenkomponente**. Das bedeutet: Wenn die Zahl der pflegebedürftigen Heimbewohner zunimmt, verhindert die Pflegesatzdeckelung nicht die Erhöhung der Einnahmen. Das gleiche tritt ein, wenn in einem Heim die Zahl der schweren und schwersten Fälle sich erhöht, die hierfür zu zahlenden Heimentgelte zu höheren Einnahmen für die Pflegeeinrichtungen führen und dadurch eine Ausgabensteigerung zu Lasten der Kostenträger bewirkt wird. Auch hier handelt es sich um eine Veränderung der „Mengenkomponente“.

I. Vergleich der Heimentgelte 30. Juni 1996/18. Juli 1995

Soweit sich die Vertragsparteien auf keine andere gesetzeskonforme Verfahrensweise einigen können, bietet sich folgendes Vorgehen an:

Es sind **zwei Heimentgelte** miteinander zu vergleichen:

1. das BSHG-Heimentgelt eines jeden Pflegeheimes vom **30. Juni 1996**, das die Ausgangsbasis für seine Übergangsentgelte nach Artikel 49a PflegeVG bildete (im folgenden **„Ausgangsentsgelt 1996“** genannt)
mit dem
2. Heimentgelt, das dem Heim auf Grund einer am **18. Juli 1995** geltenden **Vergütungsvereinbarung** mit den Sozialhilfeträgern oder auf Grund einer an diesem Stichtag geltenden Schiedsstellenentscheidung zustand (im folgenden **„Vergleichsentsgelt 1995“** genannt). Dabei macht es keinen Unterschied, ob das am 18. Juli 1995 vereinbarte oder festgesetzte Heimentgelt vor diesem Stichtag oder nach diesem Stichtag, spätestens jedoch zum 31. Dezember 1995 in Kraft getreten ist.

Beide Heimentgelte – das **Vergleichsentsgelt 1995** wie das **Ausgangsentsgelt 1996** – umfassen sämtliche anerkannten Kostenbestandteile, also auch die gesondert berechenbaren Investitionskosten.

Wichtig: Gesonderte Zuschläge für besondere Unterkunft (z. B. Einzelzimmerzuschlag) sowie sonstige Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI sind bei der Ermittlung der gesetzlich zulässigen Höchstbeträge der Heimentgelte 1998 nicht zu berücksichtigen.

Mit dem Vergleich ist festzustellen, um welchen **Prozentsatz** sich das Ausgangsentgelt 1996 gegenüber dem Vergleichsentgelt 1995 verändert hat. Dabei sind zwei Fälle zu unterscheiden:

1. Bei Pflegeheimen mit einem einheitlichen, tagesgleichen Heimentgelt ergibt sich die Veränderungsrate ohne weiteres aus dem Vergleich der beiden tagesgleichen Heimentgelte zu den beiden Stichtagen (18. Juli 1995 und 30. Juni 1996).
2. Bei Pflegeheimen mit gestuften Heimentgelten (zwei oder mehr Vergütungsstufen) reicht im Regelfall jeweils ein Vergleich der Heimentgelte in der Vergütungsstufe 1, da die Heimentgelte in den höheren Vergütungsstufen durchweg aus der Vergütungsstufe 1 durch eine Zusatzkalkulation oder eine Äquivalenzziffernrechnung abgeleitet worden sind. Es bleibt den Vertragsparteien unbenommen auch eine andere Vergütungsstufe zu wählen, sofern diese einen besseren Vergleichsmaßstab darstellt.

Der Vergleich kann zu drei verschiedenen Ergebnissen führen, die im folgenden unterschiedlich zu handhaben sind:

1. Das Ausgangsentgelt 1996 eines Pflegeheims ist gegenüber seinem Vergleichsentgelt 1995 nicht stärker gestiegen als 1 Prozent (bei Standort in einem alten Bundesland) oder 2 Prozent (bei Standort in einem neuen Bundesland). In diesem Fall hält sich das Ausgangsentgelt 1996 im Rahmen der gesetzlichen Deckelung nach § 93 Abs. 6 BSHG für das Jahr 1996. Die noch nicht verbrauchten Steigerungssätze für die Jahre 1997 und 1998 können bei der Korrektur des Tageserlöses berücksichtigt werden, es sei denn die Vertragsparteien haben sich auf eine **geringere Steigerung** verständigt (siehe Ziffer III Nr. 1 b).
2. Die Steigerungsrate beträgt bei einem Pflegeheim am 30. Juni 1996 bereits 3,03 Prozent (altes Bundesland) oder 6,12 Prozent (neues Bundesland). In diesem Fall ist die gesetzlich zulässige Steigerungsrate für die Jahre 1996, 1997 und 1998 insgesamt bereits verbraucht.

Die Zahlen 3,03 bzw. 6,12 Prozent ergeben sich daraus, daß die Steigerungsrate für 1997 und 1998 sich jeweils auf den bereits um 1 bzw. 2 Prozent erhöhten Vorjahresbetrag bezieht.

3. Das Ausgangsentgelt 1996 eines Pflegeheims ist gegenüber dem Vergleichsentgelt 1995 bereits stärker gestiegen als 3,03 Prozent (altes Bundesland) bzw. 6,12 Prozent (neues Bundesland). Die Korrektur auf die gesetzlich zulässigen Steigerungsraten ist in diesem Fall nicht erst bei den Vergütungsverhandlungen (s. Ausführungen zu C), sondern bereits bei der Ermittlung des Tageserlöses nach Maßgabe der Ziffer III 1 b vorzunehmen.

Wichtig zu Nr. 1 bis 3: Etwaige finanzielle Vorteile, die sich aus einer nicht gesetzeskonformen Vorwegnahme oder Überschreitung der jährlich auf 1 bzw. 2 Prozent begrenzten Steigerungsraten ergeben, sind im Rahmen der Vergütungsverhandlungen (siehe Ausführungen zu C) zu korrigieren.

II. Ausgangswerte für die Ermittlung der gesetzlichen Höchstbeträge

Bei der Ermittlung der zulässigen Höchstbeträge der Heimentgelte 1998 ist zu unterscheiden, ob das Pflegeheim die am 30. Juni 1996 geltenden Heimentgelte

- nach der ersten Variante des Artikels 49a Pflege-VG **fortgeführt** (s. unten Ziffer III) oder
- nach der zweiten Variante des Artikels 49a Pflege-VG **umgerechnet** hat (s. unten Ziffer IV).

In beiden Varianten bilden die zunächst unveränderten Heimentgelte zusammen mit der Zahl der

- pflegebedürftigen Heimbewohner im Sinne des SGB XI (Pflegestufen I bis III) und
- der Heimbewohner der sogenannten Pflegestufe „0“.

die am 31. August 1997 oder an einem anderen von den Vertragsparteien vereinbarten Stichtag (z. B. 30. September 1997) in dem Heim vollstationär versorgt werden, die Ausgangsbasis für die Ermittlung des **Tageserlöses**, der (nach Korrektur) seinerseits die Grundlage für die Festlegung der gesetzlich zulässigen Höchstbeträge darstellt.

Dabei gibt die Zahl der Heimbewohner am Stichtag (z. B. 31. August 1997 oder 30. September 1997) die aktuelle Struktur der Pflegebedürftigen zeitnah zum Beginn der ersten Vergütungsrunde nach neuem Recht wieder. **Statt des Stichtages** können die Vertragsparteien (für den weiteren Rechenweg) auch die Berechnungstage mit den entsprechenden Entgelten in den jeweiligen Pflegestufen aus dem **ersten Halbjahr 1997 oder einem anderen Zeitraum** (z. B. 2. Quartal 1997) zugrundelegen.

- Die Einbeziehung der Heimbewohner der Pflegestufe 0 in die Ausgangswerte bedeutet, daß der Versorgungsaufwand dieser Bewohnergruppe – zumindest in der ersten Vergütungsrunde nach dem neuen Recht des SGB XI – **rein rechnerisch** mit dem Versorgungsaufwand für die pflegebedürftigen Heimbewohner im Sinne des SGB XI **unmittelbar verbunden** bleibt. Rechtlich sind jedoch für beide Bewohnergruppen **gesonderte Vergütungsverträge** zu schließen: ein Vergütungsvertrag nach dem SGB XI (für die stationäre Versorgung der Heimbewohner in den Pflegestufen I bis III) sowie ein Vergütungsvertrag nach dem BSHG für die Versorgung der Heimbewohner in der Pflegestufe 0.
- Die Vertragsparteien können auch vereinbaren, daß die Heimbewohner der Pflegestufe 0 aus dem weiteren Rechenweg zur Ermittlung der gesetzlich zulässigen Höchstbeträge für die Heimentgelte

1998 ausgeklammert werden. In diesem Fall würde der Versorgungsaufwand für diese Bewohnergruppe nicht nur vergütungsrechtlich, sondern auch rechnerisch von der Entgeltermittlung nach dem SGB XI abgetrennt.

III. Höchstbetrag der Heimentgelte 1998 bei Anwendung der ersten Variante des Artikel 49a Pflege-VG

Soweit ein Pflegeheim in Anwendung der ersten Variante von Artikel 49a PflegeVG die am 30. Juni 1996 geltenden Heimentgelte fortgeführt hat, bieten sich für die Ermittlung der gesetzlichen Höchstbeträge der Heimentgelte 1998 – je nach **Einbeziehung oder Nichteinbeziehung** der Heimbewohner der Pflegestufe 0 – folgende Wege an:

1. Ermittlung der Höchstbeträge bei Einbeziehung der Heimbewohner der Pflegestufe 0

- a) In diesem Fall werden zunächst die am 31. August 1997 (oder an einem anderen vereinbarten Stichtag) geltenden (noch unkorrigierten) Heimentgelte für alle Heimbewohner (Pflegestufe 0, I, II und III) zu einem **Tageserlös** aufsummiert.

Mit der Berücksichtigung der Zahl und Einstufung der Heimbewohner an einem **verhandlungsnahen Stichtag** erfolgt die notwendige Anpassung an die aktuelle Struktur der Heimbewohner. Veränderungen in der **Mengenkomponente** (Zunahme oder Abnahme der **Gesamtzahl** der Heimbewohner oder ihres zahlenmäßigen Anteils in den einzelnen Pflegestufen) wirken sich hierbei grundsätzlich zugunsten oder zu Lasten der Erlöse des Pflegeheims aus.

Nach Darstellung von Pflegeheimen kann es bei Anwendung der ersten Variante des Artikels 49a PflegeVG im Einzelfall – unabhängig von der Mengenkomponente – bei gleichem Versorgungsaufwand zu Mindereinnahmen kommen. Wenn dies richtig ist, sind in Einzelfällen auch Mehreinnahmen nicht auszuschließen. Dies festzustellen und zu bewerten, ist Sache der Vertragsparteien im Rahmen der Vergütungsverhandlungen (s. Ausführungen zu C). Das Problem kann möglicherweise dadurch entschärft werden, daß sich die Vertragsparteien an Stelle eines bestimmten Stichtages (z. B. 31. August 1997) auf einen Berechnungszeitraum (z. B. 2. Quartal 1997) verständigen (s. Ziffer II).

- b) An dem so ermittelten **Tageserlös** („Periodenerlös“ bei Zugrundelegung eines Berechnungszeitraumes) sind folgende Korrekturen vorzunehmen:

- Soweit die in den Jahren 1996, 1997 und 1998 gesetzlich zulässigen Steigerungsraten der Heimentgelte (bezogen auf das Vergleichsentgelt 1995) noch nicht voll ausgeschöpft sind, können sie dem Tageserlös (Periodenerlös) hinzugerechnet werden, es sei denn die Vertragsparteien haben sich für ein Jahr oder mehrere Jahre in diesem Dreijahreszeitraum auf eine ge-

ringere Steigerung (z. B. auf eine „Nullrunde“) verständigt.

- Soweit die gesetzlich zulässigen Steigerungsraten für die Jahre 1996 bis 1998 insgesamt bereits überschritten sind, ist der Tageserlös (Periodenerlös) auf das gesetzlich zulässige Maß zu korrigieren.
- Soweit die in den Heimentgelten enthaltenen **Investitionskosten** sich aufgrund landesrechtlicher Fördervorschriften seit dem 1. Juli 1996 bereits verändert haben oder sich in dem ersten Vergütungszeitraum nach neuem Recht verändern werden, ist dies bei der Bemessung des Tageserlöses (Periodenerlöses) zu berücksichtigen.

Zu beachten ist, daß es hier nur um die Ermittlung der gesetzlich zulässigen Höchstbeträge für die Heimentgelte 1998 geht. Eine **weitere Korrektur** des Tageserlöses (Periodenerlöses) – z. B. zur Bereinigung von **Unwirtschaftlichkeiten** oder zum Ausgleich von finanziellen Vorteilen, die das Heim aus einer nicht gesetzeskonformen **Vorwegnahme** oder **Überschreitung** der gesetzlich zulässigen Steigerungsraten erlangt hat – findet deshalb an dieser Stelle nicht statt. Solche Korrekturen vorzunehmen, ist Aufgabe der Vertragsparteien im Rahmen der Vergütungsverhandlungen (s. Ausführungen zu C).

- c) Von dem (nach Buchstabe b angepaßten) Tageserlös (Periodenerlös) werden die darin enthaltenen gesondert berechenbaren **Investitionskosten** im Sinne des § 82 Abs. 3 oder 4 SGB XI abgezogen.
- d) Der verbleibende korrigierte Tageserlös (Periodenerlös) wird im Verhältnis 65 Prozent (**pflegewirksamer Betrag**) und 35 Prozent (Unterkunft und Verpflegung; **uv-wirksamer Betrag**) aufgeteilt, soweit die Vertragsparteien keine andere Aufteilung vereinbaren (z. B. 70 zu 30 Prozent).

An Stelle einer prozentualen Aufteilung können die Vertragsparteien auch vereinbaren, den **uv-wirksamen Betrag** vorweg über einen **festen DM-Betrag** abzugreifen. In diesem Fall ist die Zahl der Heimbewohner (bei Berechnung mit einem Periodenerlös: die Zahl der Berechnungstage) in den Pflegestufen 0, I, II und III mit dem vereinbarten festen DM-Betrag zu multiplizieren. Das Ergebnis ist der **uv-wirksame Betrag**, der alsdann von dem korrigierten Tageserlös (Periodenerlös) abzuziehen ist. Der verbleibende Betrag ist (wie bei einer prozentualen Aufteilung) wiederum der **pflegewirksame Betrag**.

- e) Der verbleibende **pflegewirksame Betrag** ist anhand einer Äquivalenzziffernrechnung in die drei Pflegeklassen nach § 84 Abs. 2 SGB XI und die Vergütungsklasse 0 ausdifferenzieren. Die Äquivalenzziffern werden von den Pflegesatzparteien ausgehandelt; sie müssen leistungsgerecht sein. Für den nachfolgenden Rechengang werden sie wie folgt bezeichnet:

- Pflegeklasse I = Äquivalenzziffer 1,0
- Pflegeklasse II = Äquivalenzziffer 1,x

- Pflegeklasse III = Äquivalenzziffer 1,4⁴⁶⁾
- Vergütungsklasse 0 = Äquivalenzziffer 0,2

Zur Berechnung der (Höchst-)Pflegesätze in den Pflegeklassen I bis III sowie in der Vergütungsklasse 0 wird folgender Weg vorgeschlagen:

- Der Pflegesatz in der Pflegeklasse I wird dadurch ermittelt, daß der pflegewirksame Betrag (s. Buchstabe d) durch die Zahl geteilt wird, die sich aus der Summe der – bei der Ermittlung des Tageserlöses (Periodenerlöses) berücksichtigten – Heimbewohner wie folgt ergibt:
 - Heimbewohner der Pflegestufe I plus
 - der mit 1,x vervielfältigten Zahl der Heimbewohner in der Pflegestufe II plus
 - der mit 1,y vervielfältigten Zahl der Heimbewohner in der Pflegestufe III plus
 - der mit 0,z vervielfältigten Zahl der Heimbewohner in der Pflegestufe 0.

Bei Berechnung mit einem Periodenerlös ist an Stelle der Zahl der jeweiligen Heimbewohner die Zahl der jeweiligen Berechnungstage in den einzelnen Pflegestufen (0, I, II, III) zugrunde zu legen.

- Der Pflegesatz in der Pflegeklasse II beträgt das 1,x-fache des Pflegesatzes der Pflegeklasse I.
- Der Pflegesatz in der Pflegeklasse III beträgt das 1,y-fache des Pflegesatzes der Pflegeklasse I.
- Der Pflegesatz in der Vergütungsklasse 0 beträgt das 0,z-fache des Pflegesatzes der Pflegeklasse I.

- f) Der uv-wirksame Betrag wird durch die Zahl der bei der Ermittlung des Tageserlöses (Periodenerlöses) berücksichtigten Heimbewohner (Berechnungstage) in den Pflegestufen 0, I, II und III geteilt. Das Ergebnis ist der **gesetzlich zulässige Höchstbetrag** der (von allen Heimbewohnern der Pflegestufe 0, I, II und III oder deren Kostenträgern zu zahlenden) **einheitlichen Tagespauschale für Unterkunft und Verpflegung**.

Haben sich die Vertragsparteien der Pflegesatzverhandlung bereits vorab auf einen festen DM-Betrag für Unterkunft und Verpflegung verständigt, so gilt dieser (einheitliche) Betrag als Tagespauschale für Unterkunft und Verpflegung.

- g) Die von dem Tageserlös (Periodenerlös) abgezogenen **gesondert berechenbaren Investitionskosten** (s. Buchstabe c) werden durch die Zahl der bei der Ermittlung des Tageserlöses (Periodenerlöses) berücksichtigten Heimbewohner (Berechnungstage) in den Pflegestufen 0, I, II und III geteilt. Das Er-

gebnis ist der von allen Heimbewohnern der Pflegestufen 0, I, II und III oder deren Kostenträgern gesondert zu zahlende **einheitliche Investitionszuschlag** für die nicht öffentlich geförderten Investitionskosten.

- h) Der **gesetzlich zulässige Höchstbetrag** für das neu zu vereinbarende **Gesamtheimentgelt** ergibt sich aus der Addition folgender Beträge:

- dem Pflegesatz in der jeweiligen Pflege- oder Vergütungsklasse (s. Buchstabe e),
- dem für alle Heimbewohner der Pflegestufe 0, I, II und III einheitlichen Entgelt für Unterkunft und Verpflegung (s. Buchstabe f) sowie
- dem für alle Heimbewohner der Pflegestufe 0, I, II und III einheitlichen Investitionszuschlag (s. Buchstabe g).

Wichtig: Das so ermittelte **Gesamtheimentgelt** und die darin enthaltenen einzelnen Entgeltkomponenten bilden die nach Artikel 49b PflegeVG und § 93 Abs. 6 BSHG zulässigen Obergrenzen für die im Jahre 1998 auszuhandelnden Vergütungen. Eventuelle Korrekturen dieser Entgelte – z. B. zur Bereinigung von Unwirtschaftlichkeiten oder zum Ausgleich von finanziellen Vorteilen, die das Heim aus einer nicht gesetzeskonformen Vorwegnahme oder Überschreitung der gesetzlich zulässigen Steigerungsraten erlangt hat – sind Aufgabe der Vertragsparteien im Rahmen der Vergütungsverhandlungen (siehe Ausführungen zu C).

- i) Für Heimbewohner, die keiner der Pflegestufen 0, I, II oder III angehören (reine Wohnfälle) sind leistungsgerechte Entgelte nach dem BSHG zu vereinbaren.

2. Ermittlung der Höchstbeträge ohne Einbeziehung der Heimbewohner der Pflegestufe 0

Die Vertragsparteien der Pflegesatzverhandlungen können vereinbaren, daß bei der Ermittlung der gesetzlich zulässigen Höchstbeträge für die Heimentgelte 1998 nur die Heimbewohner der Pflegestufen I, II und III zu berücksichtigen sind. In diesem Fall ist der unter Nr. 1 aufgezeigte Rechenweg ohne die Heimbewohner in der Pflegestufe 0 durchzuführen.

Damit wird allerdings (wie bereits oben unter Ziffer II am Ende dargelegt) der Versorgungsaufwand für die Heimbewohner der Pflegestufe 0 rechnerisch von dem Versorgungsaufwand für die Heimbewohner der Pflegestufen I, II und III abgekoppelt. Für diese Bewohnergruppe sind alsdann die gesetzlichen Höchstbeträge für das Heimentgelt 1998 gesondert zu ermitteln.

IV. Höchstbetrag der Heimentgelte bei Anwendung der zweiten Variante des Artikels 49a PflegeVG

Soweit ein Pflegeheim in Anwendung der zweiten Variante von Artikel 49a PflegeVG die am 30. Juni 1996 geltenden Heimentgelte umgerechnet hat, bieten sich für die Ermittlung der gesetzlichen Höchstbeträge der Heimentgelte 1998 – je nach Einbezie-

⁴⁶⁾ Nach Auffassung der Freien und Hansestadt Hamburg (Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales) sollte es den Verhandlungspartnern möglich sein, in der Pflegeklasse III auch eine Äquivalenzziffer von 2,0 oder darüber zu vereinbaren.

hung oder Nichteinbeziehung der Heimbewohner der Pflegestufe 0 – folgende Wege an:

1. In einem ersten Schritt ist zu prüfen, um welchen Prozentsatz sich das Ausgangsentgelt 1996 gegenüber dem Vergleichsentgelt 1995 verändert hat (wie Ziffer I).
2. In einem zweiten Schritt werden die am 31. August 1997 (oder an einem anderen vereinbarten Stichtag) geltenden (noch unkorrigierten) Heimentgelte (Übergangsentgelte im Sinne der zweiten Variante des Artikel 49a PflegeVG) für alle Heimbewohner (Pflegestufe 0, I, II und III) oder je nach Vereinbarung der Vertragsparteien ohne die Heimbewohner der Pflegestufe 0 aufsummiert.

Alternativ hierzu können sich die Vertragsparteien der Pflegesatzverhandlungen auch auf einen Berechnungszeitraum (mit einem entsprechenden Periodenerlös) verständigen.

3. Das weitere Verfahren zur Ermittlung der gesetzlich zulässigen Höchstbeträge der Heimentgelte 1998 richtet sich nach Ziffer III Nr. 1 oder 2.

C. Vergütungsverhandlungen

Die so ermittelten Heimentgelte bilden die Höchstbeträge der Heimentgelte 1998 für die Vergütungsver-

⁴⁷⁾ Die Bundesministerien für Arbeit und Sozialordnung sowie für Gesundheit sind der Auffassung, daß nach § 84 Abs. 1 SGB XI die vom Pflegesatz umfaßten Entgeltbestandteile für die medizinische Behandlungspflege und für soziale Betreuung auch mit für alle Heimbewohner einheitlichen Pauschalen abgegolten werden können.

handlungen nach dem SGB XI. In diesen Vergütungsverhandlungen ist im wesentlichen folgendes zu prüfen und ggf. zu korrigieren⁴⁷⁾:

1. Entsprechen die gesetzlich zulässigen Höchstbeträge der Heimentgelte 1998 dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Leistungsgerechtigkeit?
2. Hat das Pflegeheim in der Vergangenheit finanzielle Vorteile dadurch erlangt, daß es die gesetzlich zulässigen Steigerungsraten der Heimentgelte zu einem früheren Zeitpunkt als gesetzlich vorgeschrieben vorweggenommen bzw. überschritten hat? Finanzielle Vorteile können insbesondere in der 2. Variante von Artikel 49a PflegeVG auch dadurch entstanden sein, daß ein Heim im Vergleich zu seiner bisherigen Bewohnerstruktur mehr Pflegebedürftige in den Stufen II und III aufgenommen und mit den dadurch bedingten Mehreinnahmen kein zusätzliches Personal finanziert hat.
3. Liegen Ausnahmetatbestände im Sinne des Artikels 49b PflegeVG oder des § 93 Abs. 6 BSHG vor, die eine Abweichung von den gesetzlichen Höchstbeträgen erlauben?

Rechtlich sind, wie bereits erwähnt (s. oben Ziffer II), für jedes Pflegeheim, zwei **gesonderte Vergütungsverträge** zu schließen: ein Vergütungsvertrag nach dem SGB XI (für die stationäre Versorgung der Heimbewohner in den Pflegestufen I bis III) sowie ein Vergütungsvertrag nach dem BSHG für die Versorgung der Heimbewohner in der Pflegestufe 0.

Anlage 6

Übersicht über die zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI

Land	ambulante Einrichtungen	teilstationäre Einrichtungen	Kurzzeitpflege-Einrichtungen	vollstationäre Einrichtungen
Baden-Württemberg	750	179	384	940
Bayern	1809	519	906	1131
Berlin	342	34	21	276
Brandenburg	532	127	192	214
Bremen	120	10	10	63
Hamburg	406	14	89	147
Hessen	946	290	444	528
Mecklenburg-Vorpommern	385	18	108	187
Niedersachsen	1135	307	748	1097
Nordrhein-Westfalen	2464	240	773	1633
Rheinland-Pfalz	422	197	268	353
Saarland	168	107	89	109
Sachsen	883	69	105	349
Sachsen-Anhalt	502	37	26	236
Schleswig-Holstein	474	46	91	500
Thüringen	392	50	110	185
Insgesamt	11730	2244	4364	7948

(Quelle: Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. Siegburg, Stand: 10. September 1997)

**Übersicht über die Einrichtungen der Kurzzeitpflege und der teilstationären Pflege
in den einzelnen Bundesländern (Einrichtungen/Pflegeplätze)**

	eigenständige Einrichtungen der Kurzzeitpflege (teils in Anbindung an Sozialstationen)	Kurzzeitpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen	Kurzzeitpflege in Krankenhäusern	eigenständige Einrichtungen der teilstationären Pflege	teilstationäre Pflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen
Baden-Württemberg	2100 Plätze		./.	2000 Plätze	
Bayern	89 Einrichtungen 972 Plätze	182 Einrichtungen 1044 Plätze	./.	77 Einrichtungen 814 Plätze	42 Einrichtungen 348 Plätze
Berlin	70 Einrichtungen 159 Plätze	74 Einrichtungen 267 Plätze (eingestreute Pflegeplätze)	./.	./.	55 Einrichtungen 485 Plätze
Brandenburg	193 Einrichtungen 988 Plätze		./.	85 Einrichtungen 1025 Plätze (davon 241 Nachtpflegeplätze)	
Bremen	1 Einrichtung 30 Plätze	8 Einrichtungen 74 Plätze	./.	./.	9 Einrichtungen 133 Plätze
Hamburg	2 Einrichtungen 55 Plätze	88 Einrichtungen 372 Plätze	./.	13 Einrichtungen 170 Plätze	1 Einrichtung 10 Plätze
Hessen	27 Einrichtungen 247 Plätze	234 Einrichtungen 1411 Plätze	13 Einrichtungen 63 Plätze	12 Einrichtungen 163 Plätze (davon 55 Nachtpflegeplätze)	73 Einrichtungen 823 Plätze (davon 218 Nachtpflegeplätze)
Mecklenburg-Vorpommern	2 Einrichtungen 30 Plätze	106 Einrichtungen 889 Plätze	./.	16 Einrichtungen 196 Plätze	1 Einrichtung 8 Plätze
Niedersachsen	389 Einrichtungen		./.	./.	192 Einrichtungen 1579 Plätze (davon 336 Nachtpflegeplätze)
Nordrhein-Westfalen	39 Einrichtungen 541 Plätze		./.	152 Einrichtungen 1979 Plätze	
Rheinland-Pfalz	222 Einrichtungen 1487 Plätze		./.	96 Einrichtungen 690,8 Plätze (davon 93 Nachtpflegeplätze)	
Sachsen	22 Einrichtungen 143 Plätze	64 Einrichtungen 270 Plätze	./.	28 Einrichtungen 340 Plätze	18 Einrichtungen 159 Plätze
Saarland	12 Einrichtungen 120 Plätze (bieten Kurzzeit- und Tagespflege an)	83 Einrichtungen mit Kurzzeit- und Tagespflegeangebot	./.	siehe Kurzzeitpflege	siehe Kurzzeitpflege
Sachsen-Anhalt	2 Einrichtungen 22 Plätze	16 Einrichtungen 61 Plätze	4 Einrichtungen 55 Plätze	4 Einrichtungen 43 Plätze	3 Einrichtungen 27 Plätze
Schleswig-Holstein	215 Plätze	234 Plätze	1 Einrichtung 15 Plätze	286 Plätze	
Thüringen	7 Einrichtungen 83 Plätze	eingestreute Plätze in 108 Einrichtungen	./.	./.	41 Einrichtungen 282 Plätze

Quelle: Länderumfrage Januar 1997

Anlage 8

**Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG
(Förderung und Förderquoten)**

Länder	Förderung und Förderquoten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausrüstung (Erstinvestitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen)	„alte Last“		
Baden-Württemberg (Gesetz vom 11. September 1995) (VO vom 18. Juni 1996)	60 v. H. vollstationär 60 v. H. Kurzzeitpflege 80 v. H.; bis max. zum Kostenrichtwert von 180 000 DM pro Platz erfolgt die Festbetragsförderung für vollstationäre Heime bis zu 2 160 DM pro m ² Netto-Grundfläche, spezielle Räume werden gesondert gefördert; bei Kurzzeitpflege Förderung bis zu 2 880 DM pro m ² Grundfläche	nein	nein	nein	60 v. H. und mehr Tages- und Nachtpflege 90 v. H.; bis max. zum Kostenrichtwert von 180 000 DM (Nachtpflege) bzw. 80 000 DM (Tagespflege) pro Platz erfolgt die Festbetragsförderung bis zu 3 240 DM pro m ² , andere Förderbeträge gelten z. B. für Naß- oder Küchenräume	nein
Bayern (Gesetz vom 7. April 1995) (VO vom 19. Dezember 1995)	hälftige Beteiligung des Landes nach Maßgabe der Haushaltsmittel an betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen bedarfsgerechter Einrichtungen 60 v. H. (30 v. H. Land, 30 v. H. Kommune) ausgewiesene Festbeträge für vollstationäre und Einrichtungen der Kurzzeitpflege	60 v. H. (30 v. H. Land, 30 v. H. Kommune)	nein	nein	80 v. H. (40 v. H. Land, 40 v. H. Kommune) ausgewiesene Festbeträge für Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen	100 v. H. Kommunalförderung bis zu 5 000 DM je rechnerischer Vollzeiterkraft
Berlin (Gesetz vom 19. Oktober 1995)	Verweis auf geplante gesetzliche Ergänzung			grundsätzlich möglich	Verweis auf geplante gesetzliche Ergänzung	

Länder	Förderung und Förderquoten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausrüstung (Erstinvestitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen)	„alte Last“		
Brandenburg (Gesetz vom 27. Juni 1995)	Aufnahme der Pflegeeinrichtung in den Landespflegeplan und Investitionsplan ist u. a. Voraussetzung für eine 100 v.H. Förderung					Kommunen legen eigenständig örtlichen ambulanten Pflegebedarfs- und Investitionsplan auf
(VO vom 13. März 1996)	ja	ja	nein	ja	ja	
	spätere Belastung der Pflegebedürftigen geplant (20 v.H. der anererkennungsfähigen Investitionskosten oder mehr ab 2003)					
Bremen (Gesetz vom 26. März 1996)	Regelförderung: 80 v.H. bis zur Höchstgrenze von 45,- DM pro tatsächlich belegtem Pflegeplatz pro Tag abzüglich eines Sockelbetrages von 12,50 DM besonderes Anmelde- und Abstimmungsverfahren				Regelförderung: 100 v.H. bis zur Höchstgrenze von 45,- DM pro Pflegeplatz pro Tag	Projektförderung in Höhe von 5 v.H. der für Regelförderung vorgesehenen Haushaltsmittel
Hamburg (Gesetz vom 20. Juni 1994)	Primär investive Förderung über Wohnungsbaukreditanstalt(WK-Förderung); Zuschüsse oder Darlehen nach dem Landespflegegesetz nur im Rahmen des Landesbedarfsplanes und der Haushaltsmittel; zusätzlich einkommensabhängige Einzelförderung für Pflegebedürftige bezogen auf die gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen Fördergrundsätze der Wohnungsbaukreditanstalt: 80 v.H. vom Kostenrichtwert sowie Aufwendungszuschuß (max. 505 DM pro Platz und Monat) für die gesonderte Berechnung nicht geförderter Aufwendungen gilt in 1996 folgendes:					
(VO vom 25. Juni 1996)	Kostenrichtwert vollstationär: 180 000 DM pro Platz Kurzzeitpflege: 60 000 DM zulässiger Ansatz:					
	WK-Förderung	Einkommensabhängige Einzelförderung	Eink. Einzelförderung	Eink. Einzelförderung	grundsätzlich möglich (WK-Förderung)	nein
	Abschreibungen auf betriebsnotwendige Gebäude, technische Anlagen, Einrichtungen und Ausstattung	Abschreibungen auf betriebsnotwendige Gebäude, techn. Anlagen, Einrichtungen u. Ausstattung u. Eigenkapitalverzinsung bei über 15 v.H. Eigenkapital	1 v.H. der im Jahresabschluß ausgewiesenen Anschaffungs- und Herstellungswerte, bei über 25 Jahre alten Gebäuden bis zu 1,3 v.H.	Abschreibungen auf betriebsnotwendige Gebäude, techn. Anlagen, Einrichtungen u. Ausstattung u. Eigenkapitalverzinsung bei über 15 v.H. Eigenkapital	Kostenrichtwert: 60 000 DM pro Platz	Richtwert: max. 5 v.H. d. Vorjahresumsatzes bezogen auf durchschnittliche Anzahl Pflegebedürftiger pro Einsatztag
Hessen (Gesetz vom 19. Dezember 1994)	nach Maßgabe des landesweiten Rahmenplanes	nein	nein	nein		nein

Länder	Förderung und Förderquoten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflegeeinrich- tungen	ambulante Pfl- geeinrichtungen
	Herstellung Erstausrüstung (Erstinve- stitionen)	Wiederbeschaf- fung Ergänzung (Folgeinve- stitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinve- stitionen)	„alte Last“		
(VO vom 2. Mai 1996)	70 v. H. bzw. 75 v. H. bei Einrichtun- gen innerhalb eines Ver- bundsystems; 90 v. H. bei Einrichtun- gen der Kurz- zeitpflege				90 v. H.	
Mecklenburg- Vorpommern (Gesetze vom 21. Februar 1996 und 17. Dezember 1996)	Einzelförderung oder alternativ Pauschal- förderung durch das Land bei Aufnahme in Landespflegeplan und Investitionspro- gramm			ja bis auf Eigenanteil von 9 DM pro Pflegetag des Pflegebe- dürftigen		kommunale Pauschalför- derung nach Zahl und Schwere der Einsätze
Nordrhein- Westfalen (Gesetz vom 19. März 1996)	Bedarfsbestätigung durch den überörtlichen Sozialhilfeträger ist u. a. Voraussetzung für Förderung betriebsnotwendiger Investitionsaufwendungen					
	zinslose Dar- lehen bis zu 50 v. H. der anerken- nungsfähigen Gesamt- kosten	keine Objekt- förderung Pflegewohn- geld	keine Objekt- förderung Pflegewohn- geld	vollstationär nein (aber bewoh- nerorientier- ter Aufwen- dungszu- schuß für Investitions- kosten: Pfl- gewohn- geld) bei teilstatio- närer und Kurzzeitpfl- ge ja	in den ersten 3 Jahren im Rahmen des Landespro- gramms 100 v. H., danach 80 v. H. (gilt auch für Kurzzeitpfl- ge)	Pauschalför- derung für ambulante und komple- mentäre amb. Dienste (z. B. Sozialstatio- nen, diese werden nur im Rahmen verfügbarer Haushalts- mittel geför- dert)
(StatPfVO vom 4. Juni 1996)	Vorausset- zung für Neu- bauförderung vollstationär: 40–80 Plätze, Bedarf ander- er Bereiche gedeckt Grenze 3300 DM pro m ² ; für Neu- bau, Erweite- rungs-, Um- bau- und Modernisie- rungsbauför- derung bei Kurzzeitpfl- ge: 6–20 Plätze	ja, über Pauschalförderung für teilstationäre Einrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege			Vorausset- zung für Neu- bau, Erweite- rungs-, Um- bau- und Modernisie- rungsbauför- derung bei Tages- und Nachtpflege: 12–14 Plätze	

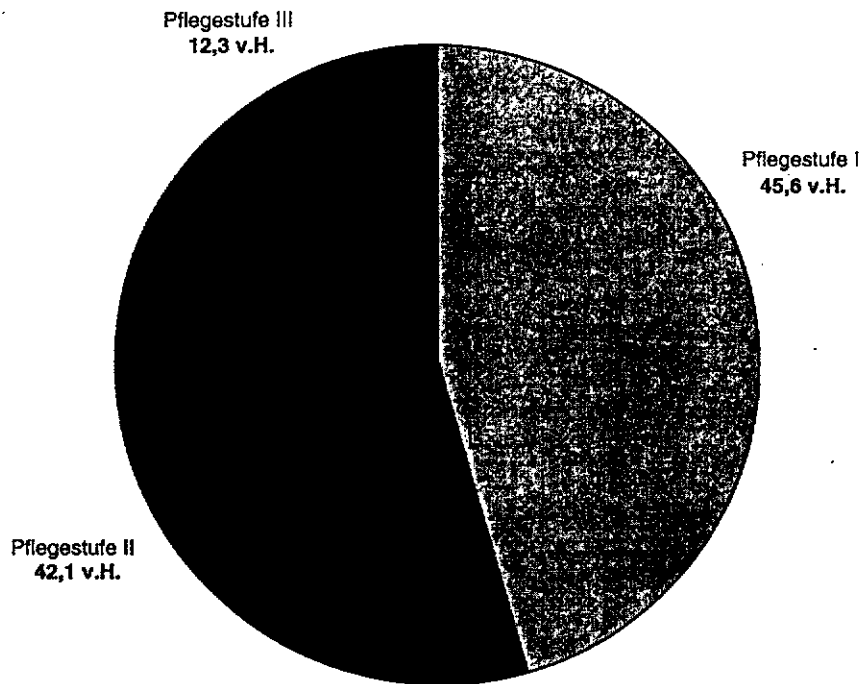
Länder	Förderung und Förderquoten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausrüstung (Erstinvestitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen)	„alte Last“		
(AmbPFFV vom 4. Juni 1996)						4,20 DM pro volle Pflegestunde (10 Leistungskomplexpunkte = 1 Minute)
Niedersachsen (NPflegeG vom 22. Mai 1996)	Förderung in Höhe der Zinskosten für eingesetztes Fremdkapital, dieses wird nur bis zur Höhe von 80 v. H. der Richtgrößen bis zu einem in der DVO-NPflegeG festgelegten Höchstzinssatz berücksichtigt				Vollförderung, außer das für Investitionen eingesetzte Fremdkapital macht mehr als 80 v. H. der Investitionsaufwendungen aus	landeseinheitliche Investitionskostenpauschale
(DVO-NPflegeG vom 20. Juni 1996)	Vor allem zur Förderung von Modernisierungs-, Umstrukturierungs- und Ersatzmaßnahmen von vollstationären Einrichtungen wird ein jährliches Landesförderprogramm aufgelegt (erstmalig ab 1998, bis dahin Einzelfallentscheidung). Richtgrößen der Förderung der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen:					
	vollstationär bis zu 40 Plätzen; max. 150 000 DM pro Platz Kurzzeitpflegeeinrichtungen bis zu 20 Plätzen; max. 150 000 DM pro Platz	max. 120 000 DM pro Platz bei vollstationären und Einrichtungen der Kurzzeitpflege	Pauschalförderung in Höhe von 1 v. H. des Kostenrichtwertes	ja. Im Zusammenhang mit dem einkommensabhängigen, bewohnerbezogenen Investitionskostenzuschuß; „Pflege-wohngeld“	teilstationäre Einrichtungen mit bis zu 15 Pflegeplätzen; bei Herstellungs-/Anschaffungsmaßnahmen max. 60 000 DM; bei Modernisierungs-/Umstrukturierungsmaßnahmen max. 40 000 DM	Investitionskostenzuschuß von 0,0062 DM je Leistungskomplexpunkt, im übrigen 3,70 DM je abgerechnete Pflegeeinsetzungsstunde
Rheinland-Pfalz (LPflegeHG vom 28. März 1995)	Voraussetzung der Förderung von Maßnahmen nach § 82 Abs. 2 Nr. 1 bis 3 SGB XI ist die Aufnahme der Pflegeeinrichtung in den von den Kommunen nach Planungsrichtwerten der Landesregierung zu erstellenden Bedarfsplan; hälftige Förderung durch Land und Kommunen nach Maßgabe der Haushaltsmittel					
(LPflegeHGDVO vom 12. Dezember 1995)	Vollstationäre Einrichtungen: 80 v. H. Einrichtungen der Kurzzeitpflege: 90 v. H. Baukostenhöchstsatz vollstationäre und Einrichtungen der Kurzzeitpflege: 150 000 DM		nein		90 v. H. Baukostenhöchstsatz 75 000 DM	100 v. H. Die Förderquoten einzelner Leistungsbereiche der AHZ bzw. direkt vorgegebene Kostenpauschalen werden mit den §§ 6 ff. geregelt

Länder	Förderung und Förderquoten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausrüstung (Erstinvestitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen)	„alte Last“		
Saarland (Gesetz vom 21. Juni 1995) (VO vom 16. Januar 1997)	nur über Pflegegeld	nur über Pflegegeld	nur über Pflegegeld	keine unmittelbare Ablösung Pflegegeld (einkommens- und vermögensabhängig)	bis zu 80 v. H.	nein
Schleswig Holstein (Gesetz vom 10. Februar 1996) (VO vom 19. Juni 1996)	bis zu 60 v. H. sowie Pflegegeld bis zu 900 DM monatlich Einkommensgrenze 2052 DM (in 1997)	ja	nur über Pflegegeld	nein Pflegegeld bis zu 900 DM monatlich Einkommensgrenze 2052 DM (in 1997)	bis zu 80 v. H.	bis zu 80 v. H.
Sachsen (Gesetz vom 25. März 1996) (Verordnungen vom 10. August 1996)	80 v. H. (davon 80 v. H. Förderung aus dem Solidarprogramm = 64 v. H. der Gesamtfinanzierung 16 v. H. der Gesamtfinanzierung als Komplementärfinanzierung durch Land und Kommune)	ja	ja (Förderpauschalen)	grundsätzlich möglich	ja	Festbetragsförderung (7 v. H. des abgerechneten Sachleistungsvolumens)
Sachsen-Anhalt Gesetz vom 7. August 1996	Verweis auf Pflegekonzeption und Förderplan der obersten Landesbehörde	Verweis auf Pflegekonzeption	Verweis auf Pflegekonzeption	grundsätzlich möglich	Verweis auf Pflegekonzeption	Verweis auf Pflegekonzeption
Thüringen (Gesetz vom 28. Juni 1996) (Verordnungen vom 12. Dezember 1996)	bis zu 100 v. H.	bis zu 75 v. H.	Jahrespauschalen Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen 5 DM täglich	grundsätzlich möglich	bis zu 100 v. H.	Förderpauschalen

Graphiken 1–11

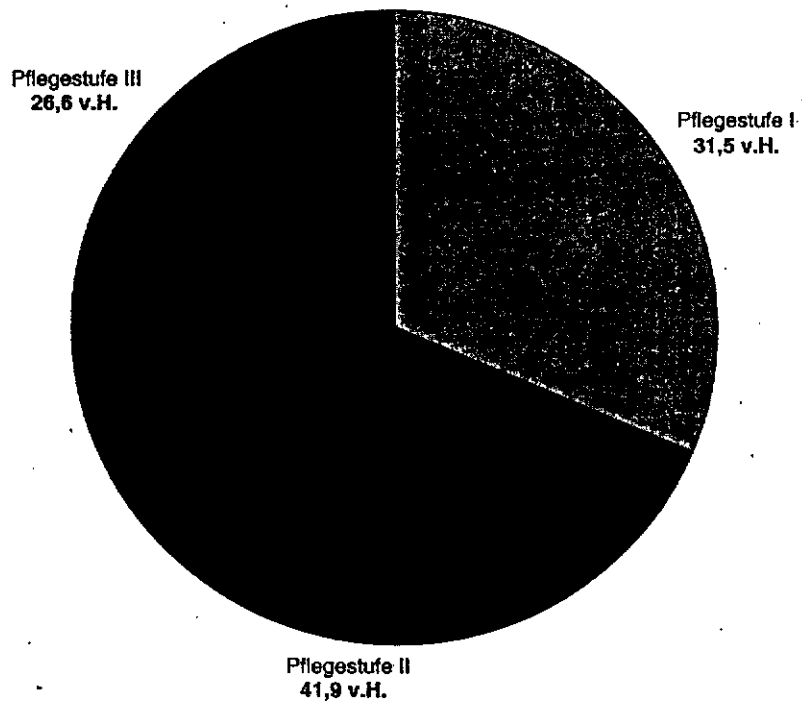
Graphik 1

**Struktur der ambulanten Leistungsempfänger
der sozialen Pflegeversicherung nach Pflegestufen
am 30. Juni 1997**



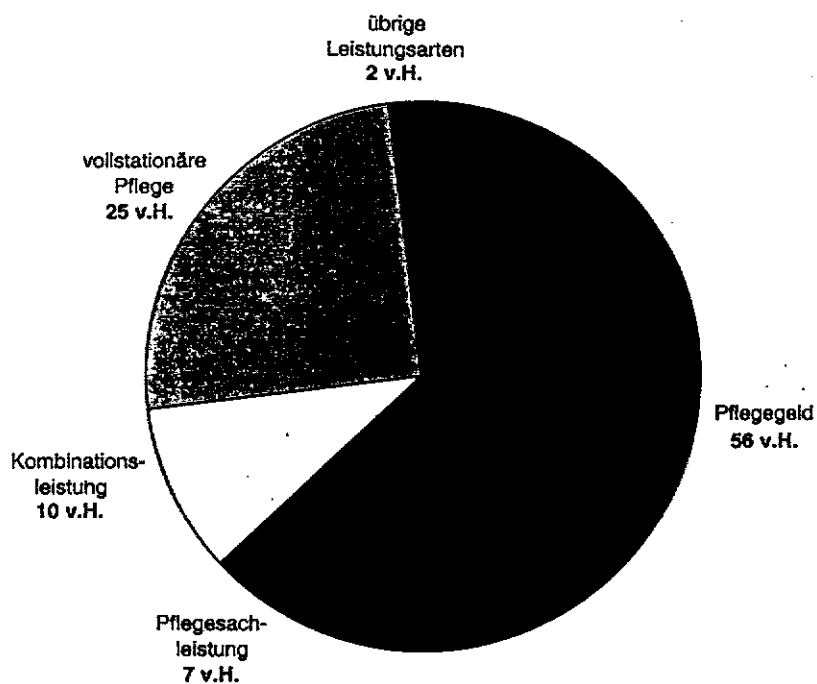
Graphik 2

**Struktur der stationären Leistungsempfänger
der sozialen Pflegeversicherung nach Pflegestufen am
30. Juni 1997**



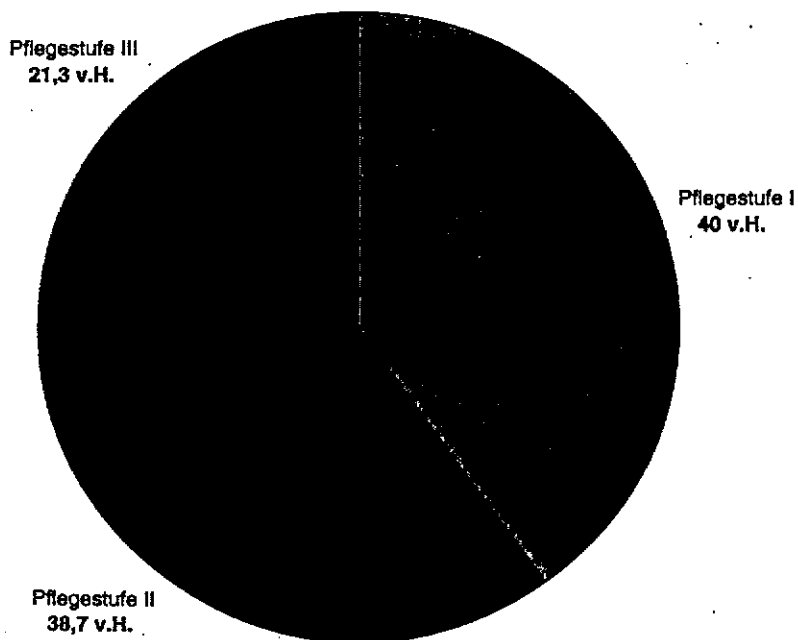
Graphik 3

**Struktur der Leistungsempfänger
der sozialen Pflegeversicherung nach Leistungsarten im
2. Quartal 1997**



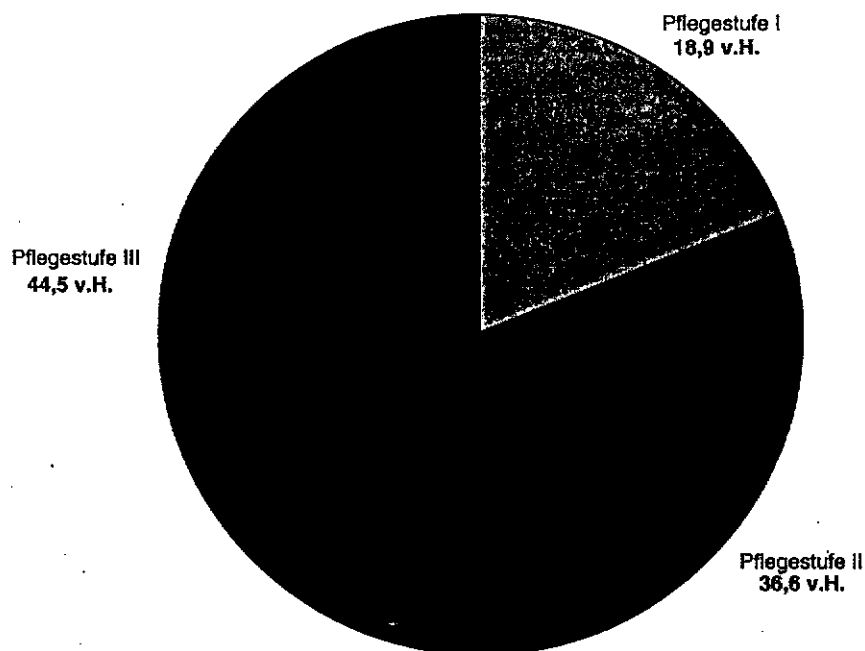
Graphik 4

**Struktur der ambulanten Leistungsempfänger
der privaten Pflege-Pflichtversicherung nach
Pflegestufen am 31. Dezember 1996**



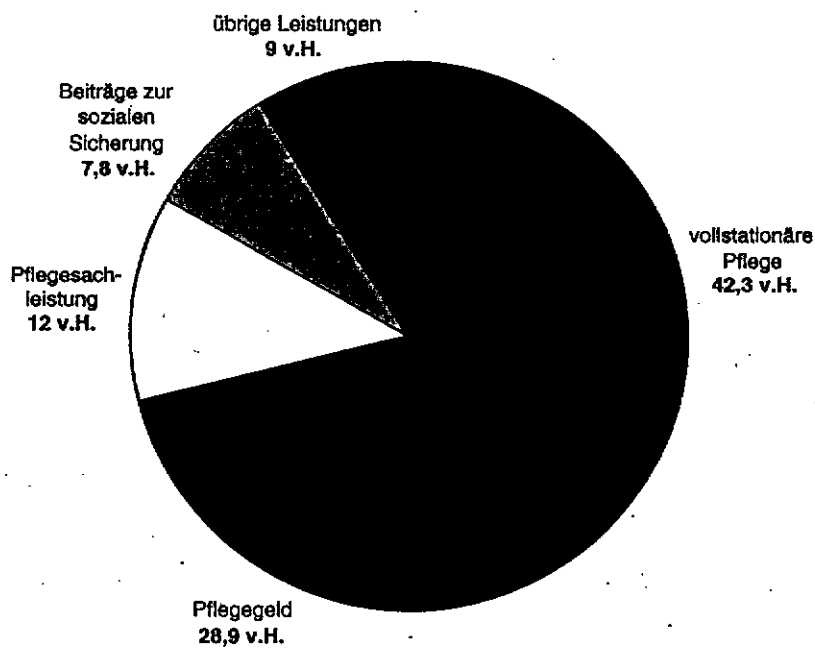
Graphik 5

**Struktur der stationären Leistungsempfänger
der privaten Pflege-Pflichtversicherung nach Pflegestufen am
31. Dezember 1996**



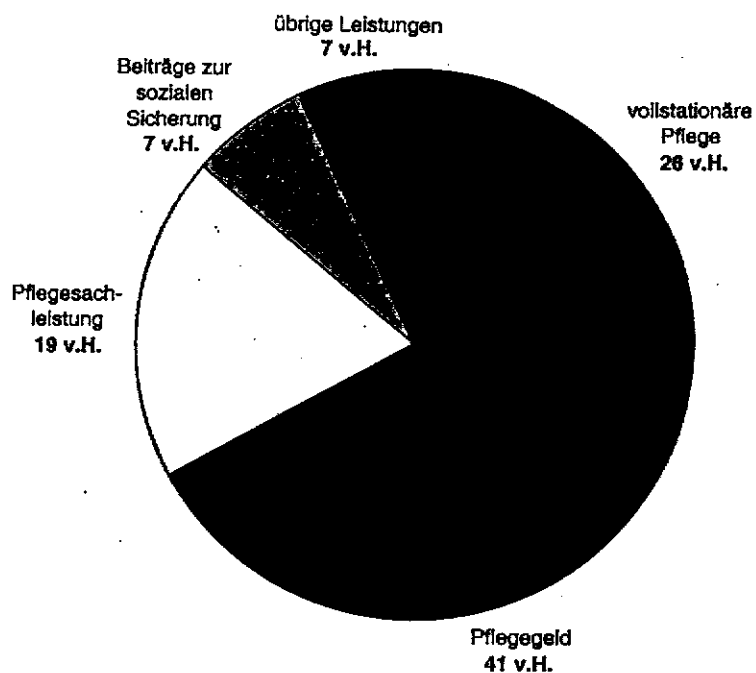
Graphik 6

**Struktur der Leistungsausgaben in der sozialen
Pflegeversicherung im 2. Quartal 1997**



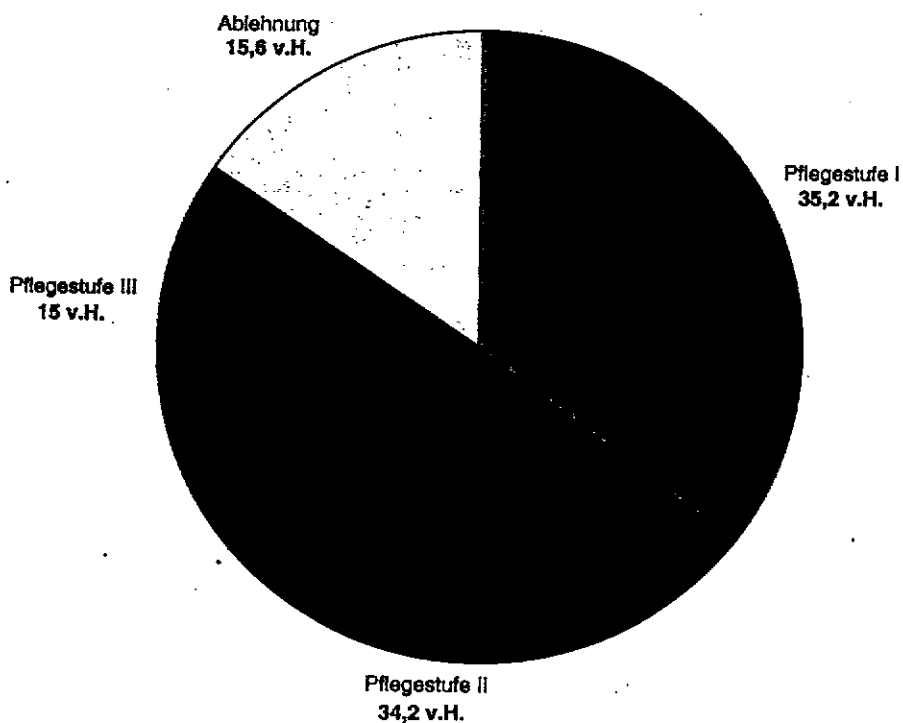
Graphik 7

Struktur der Leistungsausgaben in der privaten Pflege-Pflichtversicherung im Jahr 1996



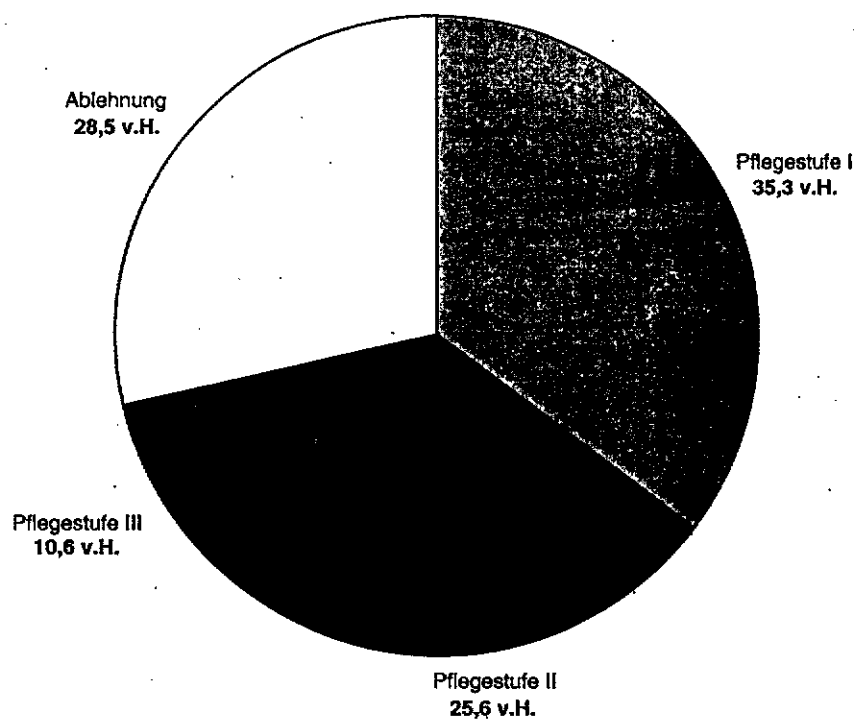
Graphik 8

Begutachtungsergebnisse der ambulanten Pflege in der privaten Pflege-Pflichtversicherung im Jahr 1996



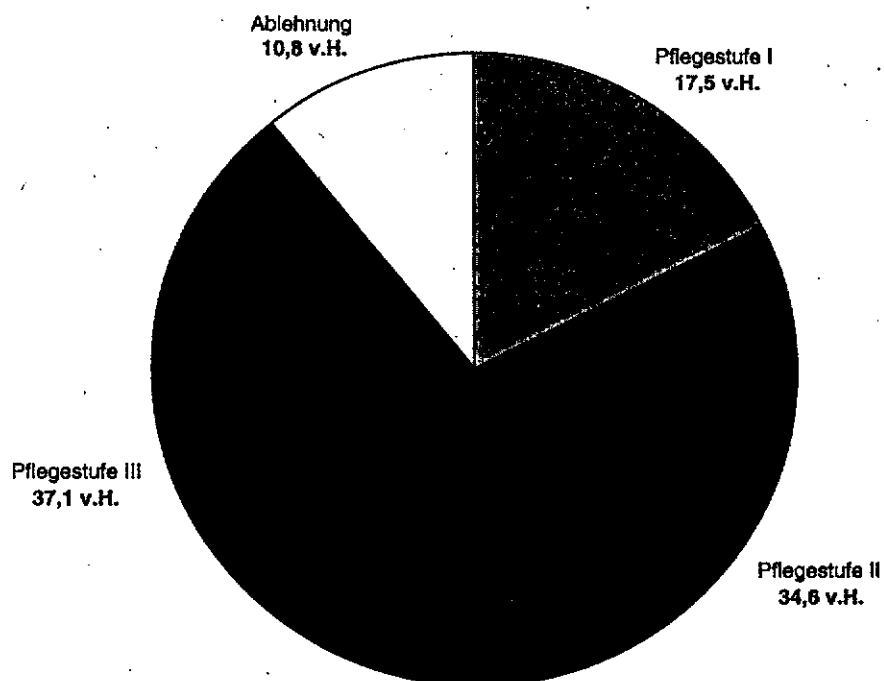
Graphik 9

Begutachtungsergebnisse der ambulanten Pflege in der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1996



Graphik 10

Begutachtungsergebnisse der stationären Pflege in der privaten Pflege-Pflichtversicherung im Jahr 1996



**Begutachtungsergebnisse der stationären Pflege in der
sozialen Pflegeversicherung im Jahr 1996**

