

**Unterrichtung
durch die Bundesregierung**

Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung

Inhaltsverzeichnis

	Seite
A. Vorbemerkungen	11
I. Berichtsauftrag gemäß § 10 Abs. 2 SGB XI	11
II. Berichte zur Pflegeversicherung an den Deutschen Bundestag in den Jahren 2000 bis 2003	11
B. Die Pflegeversicherung	11
I. Ziele der Pflegeversicherung	11
II. Konzeption der Pflegeversicherung	11
III. Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts	12
1. Zur Gesamtkonzeption	12
2. Berücksichtigung von Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung	13
3. Versicherter Personenkreis – Beitrittsrechte für bisher nicht Versicherte	14
4. Zum Begriff der Pflegebedürftigkeit	15
IV. Gesetzgeberische Maßnahmen seit dem Zweiten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung vom 15. März 2001 (Bundestagsdrucksache 14/5590)	15
1. Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucher- schutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG) vom 9. September 2001 (BGBl. I, 2001, S. 2320)	15
1.1 Weiterentwicklung der Pflegequalität	16
1.2 Stärkung der Eigenverantwortung	16

	Seite	
1.3	Stärkung des Verbraucherschutzes	17
1.4	Zusammenarbeit des MDK mit der Heimaufsicht	17
1.5	Pflegeheimvergleich und Pflege-Buchführungsverordnung	17
2.	Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungs- bedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG) vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I, 2001, S. 3728)	17
3.	Drittes Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes vom 5. Novem- ber 2001 (BGBl. I, S. 2960), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Änderung des Rechts der Vertretung durch Rechtsanwälte vor den Oberlandesgerichten (OLG – Vertretungsänderungs- gesetz – OLGVertrÄndG) vom 23. Juli 2002 (BGBl. I, S. 2850)	18
4.	Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) sowie zur Änderung des Krankenpflegegesetzes vom 17. November 2000 (BGBl. I, S. 1515)	18
5.	Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze vom 16. Juli 2003 (BGBl. I, S. 1442)	19
6.	Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001 (BGBl. I, S. 1046, 1109)	20
V.	Änderungen im Leistungsrecht der Pflegeversicherung seit dem Zweiten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung vom 15. März 2001 (Bundestagsdrucksache 14/5590)	20
1.	Ambulante Pflege	20
1.1.	Zusätzlicher Betreuungsbetrag für demenziell erkrankte, psychisch kranke und geistig behinderte Pflegebedürftige mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gemäß § 45b SGB XI	20
1.2.	Beratungseinsätze gemäß § 37 Abs. 3 bis 5 SGB XI	21
1.3.	Pflegekurse für Pflegepersonen gemäß § 45 SGB XI	21
2.	Verlängerung der Leistungspauschalen im Heim bis 31. Dezember 2004	21
3.	Übersicht über die Leistungen der Pflegeversicherung	22
C.	Umsetzung und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung . . .	23
I.	Zur allgemeinen Situation der Pflegeversicherung	23
1.	Wichtiger Baustein im System der sozialen Sicherheit	23
1.1.	Zur Forderung nach Integration der sozialen Pflegeversicherung in die gesetzliche Krankenversicherung	23
1.2.	Entschließung des Deutschen Bundestages	23
1.3.	Koalitionsvereinbarung vom 16. Oktober 2002	23
1.4.	Kommission zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme	24

	Seite
2. Aktuelle gesetzgeberische Vorhaben	25
2.1. Umsetzung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts zum Familienlastenausgleich in der Pflegeversicherung	25
2.2. Weiterer Handlungsbedarf in der Pflege	25
3. Stand der Umsetzung des Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG)	26
3.1. Qualität und Qualitätssicherung	26
3.1.1. Entwürfe für eine Verordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen (Pflege-Prüfverordnung – PflegePrüfV) sowie für ein Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz – 5. SGB XI-ÄndG)	26
3.1.2. Qualitätssicherung durch die Pflegeeinrichtungen und Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung	26
3.1.3. Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht	27
3.2. Regelungen zur Neustrukturierung der vertraglichen Vereinbarungen zwischen Einrichtungsträgern und Kostenträgern	27
3.2.1. Abschluss von Versorgungsverträgen unter Beachtung der Neuregelungen zum betriebsinternen Qualitätsmanagement	27
3.2.2. Abschluss von Versorgungsverträgen unter Beachtung der Neuregelungen zur Rahmenfrist der ausgebildeten Pflegefachkraft	27
3.2.3. Vereinbarungen von Personalbedarfsermittlungsverfahren oder landesweiten Personalrichtwerten	27
3.3. Neustrukturierung der vertraglichen Vereinbarungen zwischen Einrichtungsträgern und Kostenträgern	27
3.3.1. Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen	27
3.3.2. Pflegeheimvergleichsverordnung	28
3.4. Stärkung des Verbraucherschutzes	28
3.4.1. Erarbeitung und Einsatz von Leistungs- und Preisvergleichslisten	28
3.4.2. Eigenständige oder arbeitsteilige Wahrnehmung der Beratungspflicht	28
3.4.3. Durchführung von Pflegeschulung und -anleitung im häuslichen Umfeld	28
3.4.4. Schriftliche Pflegeverträge bei häuslicher Pflege	28
4. Stand der Umsetzung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (PfIEG)	29
4.1. Rechtsverordnungen zur Anerkennung und Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und Modellvorhaben	29
4.2. Die Anerkennung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten auf der Grundlage der Rechtsverordnungen in den Ländern	30
4.3. Die Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsmaßnahmen und Modellprojekten	31

	Seite
4.4. Zur Entwicklung und zum Stand der Inanspruchnahme des zusätzlichen Betreuungsbetrages in Höhe von 460 Euro	32
4.5. Umsetzung der Experimentierklausel nach § 8 Abs. 3 SGB XI	33
4.6. Qualifizierung der Beratungseinsätze gem. § 37 Abs. 3 bis 5 SGB XI	34
4.7. Pflegekurse für Pflegepersonen gem. § 45 SGB XI	35
II. Anzahl und Struktur der Leistungsempfänger	35
1. Soziale Pflegeversicherung	35
1.1. Zahl der Leistungsempfänger	35
1.2. Leistungsempfänger nach Pflegestufen	35
1.3. Leistungsempfänger nach Leistungsarten	36
1.4. Leistungsempfänger nach Alter und Geschlecht	36
2. Private Pflege-Pflichtversicherung	36
2.1. Zahl der Leistungsempfänger	36
2.2. Leistungsempfänger nach Pflegestufen	36
2.3. Leistungsempfänger nach Alter und Geschlecht	36
III. Finanzielle Situation der Pflegeversicherung	37
1. Soziale Pflegeversicherung	37
1.1. Finanzentwicklung	37
1.2. Ausgabenstruktur	38
1.3. Perspektiven	38
2. Private Pflege-Pflichtversicherung	38
2.1. Finanzentwicklung	38
2.2. Struktur der Aufwendungen	39
IV. Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung	39
1. Begutachtung	39
1.1. Rechtliche Grundlagen	39
1.2. Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung (Zeitkorridore) . .	40
1.3. Änderung des Formulargutachtens	40
1.4. Ergebnisse der Begutachtung der Medizinischen Dienste	40
1.4.1. Begutachtungsaufträge für die soziale Pflegeversicherung	40
1.4.2. Pflegestufenempfehlungen der Medizinischen Dienste	41
1.5. Berücksichtigung psychisch Kranker, geistig Behinderter und Dementer im Begutachtungsgeschehen der Medizinischen Dienste	41

	Seite
1.6. Dauer des Begutachtungsverfahrens	42
1.7. Unterschiede bei der Bewilligung von Anträgen in der sozialen Pflegeversicherung und in der privaten Pflege- Pflichtversicherung	43
2. Qualitätsprüfung innerhalb der Medizinischen Dienste	44
3. Zahl der Pflegefachkräfte und der Ärzte	44
4. Widersprüche gegen das Begutachtungsergebnis, Klagen	45
5. Rechtsprechung des Bundessozialgerichts	45
V. Vergütung ambulanter und stationärer Pflegeleistungen	46
1. Ambulante Pflege	46
2. Teilstationäre Pflege	46
3. Kurzzeitpflege	46
4. Vollstationäre Dauerpflege	47
5. Ergebnisse von Wirtschaftlichkeitsprüfungen	48
VI. Auswirkungen der Pflegeversicherung im Bereich der Sozialhilfe	48
1. Rückgang bei der Inanspruchnahme von Sozialhilfe	48
2. Pflegebedürftige in Einrichtungen der Behindertenhilfe (Umwidmungsproblematik)	53
VII. Entwicklung der Pflegeinfrastruktur	53
1. Ambulanter Bereich	53
1.1. Anzahl der Pflegedienste und Beschäftigtenstruktur	53
1.2. Ambulante Pflegedienste nach Trägern	53
2. Vollstationärer Bereich	53
2.1. Anzahl der Pflegeheime und Beschäftigtenstruktur	53
2.2. Pflegeheime nach Trägern	54
3. Entwicklung des Arbeitsmarkts für Pflegekräfte	54
3.1. Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt	54
3.2. Personalsituation in der Altenpflege	55
3.2.1. Personalsituation	55
3.2.2. Ausbildungssituation	55
3.2.3. Zukünftige Entwicklung der Personal- und Ausbildungssituation	56
3.3. Bestehende bzw. geplante Maßnahmen zur Verbesserung der Personal- und Ausbildungssituation	56
3.3.1. Länder	56
3.3.2. Bund	56
3.3.3. Bundesagentur für Arbeit	57

	Seite
4. Modellprogramme zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger	57
4.1. Modellprogramm des BMGS	57
4.1.1. Ausgangslage	57
4.1.2. Schwerpunkte der aktuellen Förderung	57
4.1.3. Aufbau einer teilstationären Infrastruktur	57
4.1.4. Förderung von modernen, wohnortnah gelegenen Pflege- einrichtungen	57
4.1.5. Verbesserung der regionalen Zusammenarbeit	57
4.1.6. Qualifizierung von Pflegepersonal, von Ärzten sowie von pflegenden Angehörigen	58
4.1.7. Pflegeeinrichtungen für besondere Gruppen von Pflegebedürftigen	58
4.1.8. Hospizeinrichtungen	58
4.1.9. Ergebnisse der Modellmaßnahmen	58
4.1.10. Impulse für den Arbeitsmarkt	58
4.1.11. Zusammenfassung	59
4.2. Modellprojekte der Spitzenverbände der Pflegekassen	59
VIII. Investitionsförderung in den Ländern	59
IX. Finanzhilfen für Investitionen in Pflegeeinrichtungen im Beitrittsgebiet (Artikel 52 PflegeVG)	59
1. Bausubstanz und Ausstattung	59
2. Investitionshilfeprogramm	59
X. Qualitätssicherung in der Pflege	61
1. Häusliche Pflege durch Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	61
1.1. Änderungen beim Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 bis 5 SGB XI	61
1.2. Änderung bei den Pflegekursen nach § 45 SGB XI	61
2. Qualitätssicherung bei zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach § 80 SGB XI	61
3. Länderinitiativen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der pflegerischen Versorgung	62
4. Qualitätssicherungsmaßnahmen der Pflegekassen und der MDK-Gemeinschaft	62
4.1. Beratung nach § 112 SGB XI	62
4.2. Grundsatzstellungen der MDK-Gemeinschaft	63
5. Qualitätsprüfungen in der Pflege	63
5.1. Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Kranken- versicherung (MDK)	63
5.1.1. Zahl, Art, Anlass und Ergebnisse der Qualitätsprüfungen	63
5.1.2. Art und Häufigkeit festgestellter Defizite	64
5.1.3. MDK-Anleitungen zur Prüfung der Qualität	65
5.1.4. Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht	65
5.1.5. Anforderungen an die Qualifikation der MDK-Prüfer	65

	Seite
5.2. Einschätzung zur Pflege- und Versorgungsqualität im Rahmen des Begutachtungsverfahrens privat versicherter Pflegebedürftiger	66
6. Initiativen der Bundesregierung zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der pflegerischen Versorgung	67
XI. Rehabilitation vor Pflege	67
1. Zur gegenwärtigen Rechtslage bei Rehabilitationsleistungen	68
2. Zur Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“	68
2.1. Empfehlungen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zu Heil- und Hilfsmitteln bei Erstbegutachtungen durch den MDK	68
2.2. Versorgungssituation zum Zeitpunkt von Erstbegutachtungen	68
XII. Pflegeversicherung im Ausland	69
1. Bezug von Pflegegeld im Ausland	69
2. Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs (EuGH)	70
3. Zahlen zur Pflegebegutachtung im Ausland	70
4. Begutachtungsverfahren der Pflegekassen bei Pflegebedürftigen mit Wohnsitz in EU- und EWR-Staaten	71
5. Private Pflegeversicherung	72
XIII. Berücksichtigung von Leistungen der Pflegeversicherung in anderen Sozialleistungs- und Rechtsbereichen	72
1. Allgemein	72
2. Entwicklungen und Veränderung im Berichtszeitraum 2001 bis 2003	72
2.1. Verhältnis zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung	72
2.2. Häusliche Krankenpflege	72
2.3. Hilfsmittelversorgung	73
2.3.1. Hilfsmittelversorgung im ambulanten Bereich	73
2.3.2. Hilfsmittelversorgung im stationären Bereich	73
2.4. Medizinische Behandlungspflege im Heim	74
3. Berücksichtigung im Rahmen des Einkommensteuergesetzes	74
4. Berücksichtigung im Rahmen des Arbeitsförderungsrechts	74
4.1. Arbeitslosengeld	74
4.2. Arbeitslosenhilfe	74
5. Berücksichtigung im Rahmen des Wohngeldgesetzes	74
XIV. Auswirkungen der Pflegeversicherung für Empfänger von Leistungen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz und nach dem Lastenausgleichsgesetz	75
1. Kriegsopferfürsorge	75
2. Lastenausgleichsgesetz	75

	Seite
XV. Beihilferechtliche Regelungen zur Pflege	75
1. Allgemeine Bemerkungen	75
2. Rangverhältnis zur Kriegsofopferfürsorge (§ 26c BVG)	75
3. Beihilfeleistungen im Ausland	75
XVI. Demographische Entwicklung	76
XVII. Langfristige Beitragssatz- und Ausgabenentwicklung	76
D. Altenpflegeausbildung und Ausbildungsvergütung	76
I. Derzeitige Ausbildungsstrukturen	76
II. Finanzierung der Ausbildungsvergütung in der Altenpflege	76
E. Forschungsaktivitäten des Bundes in der Pflege	77
I. Pflege im Programm „Gesundheitsforschung, Forschung für den Menschen“ der Bundesregierung	77
1. Forschungsschwerpunkt „Anwendungsorientierte Pflegeforschung“	77
2. Kompetenznetz Demenzen	77
II. Modellvorhaben und Forschungsaktivitäten zum Thema Demenz ..	77
1. Modellprogramm des BMGS zur Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen	77
1.1. Möglichkeiten einer Stützung der häuslichen Versorgung	78
1.2. Außerfamiliäre Wohnformen	78
1.3. Vernetzung, Beratung und allgemeine Öffentlichkeitsarbeit	78
2. BMGS – Ressortforschungsvorhaben	78
2.1. Entwicklung von Rahmenempfehlungen zur Pflege demenziell Erkrankter	78
2.2. Heimbewohner mit psychischen Störungen	78
2.3. Handreichung für den Hausarzt/Allgemeinmediziner zur Früherkennung und Behandlung von Demenzen	78
3. Modellprojekte und Maßnahmen des BMFSFJ	78
3.1. Modellprojekte und Maßnahmen aus der 14. Legislaturperiode zum Schwerpunkt Demenz	78
3.2. Modellprojekte und Maßnahmen in der 15. Legislaturperiode	79
III. Expertenstandards	79
F. Ausschuss für Fragen der Pflegeversicherung (Bundes-Pflegeausschuss)	79

Anlagen**Übersicht über die Anlagen**

	Seite
Anlage 1 Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegestufen	81
Anlage 2 Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten (errechnet aus Leistungstagen)	84
Anlage 3 Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung	86
Anlage 4 Pflegesatzniveau in den Ländern (31. Dezember 2000 bis 1. Juli 2003) Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege, vollstationäre Pflege	87
Anlage 5 Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Ländern	96
Anlage 6 Übersicht über die zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen	115
Anlage 7 Länderberichte zur Umsetzung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes	116
Anlage 8 Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG Förderung und Förderquoten	130
Anlage 9 Länderspezifische Informationen zur Investitionsförderung	147
Anlage 10 Aktivitäten und Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung einer qualitäts- und leistungsgerechten Versorgung von Pflegebedürftigen in den Ländern	154

Grafiken**Übersicht über die Grafiken**

	Seite	
Grafik 1	Entwicklung der Leistungsempfänger im ambulanten Bereich zum Jahresende nach Pflegestufen	176
Grafik 2	Entwicklung der Leistungsempfänger im stationären Bereich zum Jahresende nach Pflegestufen	177
Grafik 3	Entwicklung der Leistungsempfänger zum Jahresende nach Pflegestufen – ambulant und stationär –	178
Grafik 4	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen in den Jahren 1996 bis 2003 – ambulant –	179
Grafik 5	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen in den Jahren 1996 bis 2003 – stationär –	180
Grafik 6	Entwicklung der Leistungsempfänger von Urlaubspflege, Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege (im Jahresdurchschnitt)	181

A. Vorbemerkungen**I. Berichtsauftrag gemäß § 10 Abs. 2 SGB XI**

Das BMGS hat den gesetzlichen Auftrag, im Abstand von drei Jahren den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes 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 zu berichten. Nachdem im März 2001 der Zweite Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (Bundestagsdrucksache 14/5590) abgegeben wurde, wird nunmehr – entsprechend dem gesetzlichen Auftrag – der Dritte Bericht dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat vorgelegt.

Der Dritte Bericht gibt einen umfassenden Überblick und Detailinformationen über die Situation der Pflegeversicherung, insbesondere über die Zahl der Leistungsbezieher sowie die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Pflegeinfrastruktur und andere Bereiche der pflegerischen Versorgung und Betreuung in den Jahren 2001 bis 2003.

Zu den Themen „Umsetzung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes“, „Initiativen zur Qualitätssicherung in der Pflege“ und zur „Sicherung des künftigen Personalbedarfs in der Pflege“ wurden Berichte der Länder eingeholt. Soweit von den Ländern spezifische Beiträge, Stellungnahmen und Materialien zu den einzelnen Berichtsbzw. Gliederungspunkten zur Verfügung gestellt wurden, sind diese in den Bericht eingegangen oder in den Anlagen wiedergegeben.

Im Interesse einer besseren Nachvollziehbarkeit der Entwicklungen, Veränderungen oder des Fortbestehens von Sach- und/oder Rechtslagen seit Ende 1997 wird der Erste Bericht, der eine breite Zustimmung hinsichtlich seines Aufbaus und der Darstellung gefunden hat, unter weitgehender Beibehaltung der bisherigen Gliederung möglichst fortgeschrieben oder es wird, wenn es sinnvoll erscheint, zur Vermeidung von Wiederholungen auf die Ausführungen zu der jeweils angesprochenen Thematik in den bisherigen Berichten hingewiesen.

Der 4. Altenbericht der Bundesregierung (Bundestagsdrucksache 14/8822) enthält weitere ergänzende Ausführungen zur Pflegeversicherung im Zusammenhang mit der gegenwärtigen Situation in der Altenhilfe und ihrer künftigen Entwicklung.

II. Berichte zur Pflegeversicherung an den Deutschen Bundestag in den Jahren 2000 bis 2003

Im Berichtszeitraum hat das BMGS über die Pflegeversicherung und ihre Auswirkungen im Rahmen der Antworten der Bundesregierung auf folgende Große Anfragen berichtet:

- „Daseinsvorsorge in der Sozialen Marktwirtschaft“ (Bundestagsdrucksache 14/5192)

- „Wir sind bereit – Versprechen der Bundesregierung – Anspruch und Wirklichkeit“ (Bundestagsdrucksache 14/7435)

und auf Kleine Anfragen zu den Themen

- „Versorgung von Wachkoma-Patienten im häuslichen Bereich, in ambulanten und stationären Einrichtungen“ (Bundestagsdrucksache 14/5489)
- „Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen bei Leistungen der Krankenpflege (SGB V) und der medizinischen Behandlungspflege (SGB XI)“ (Bundestagsdrucksache 14/6491)
- „Menschenwürde und Menschenrechte in Pflegeheimen“ (Bundestagsdrucksache 14/7398)
- „Häusliche Kinderkrankenpflege“ (Bundestagsdrucksache 14/7519)
- „Hilfsmittelversorgung (z. B. Inkontinenz) für Menschen mit Behinderungen und/oder chronischen Krankheiten“ (Bundestagsdrucksache 14/8398)
- „Versorgungsauftrag zur Sicherstellung der ambulanten Pflege und Betreuung“ (Bundestagsdrucksache 14/8817)
- „Situation und Zukunft des Zivildienstes“ (Bundestagsdrucksache 15/502)
- „Integration von Menschen mit Behinderungen“ (Bundestagsdrucksache 15/703)
- „Finanzierung von Kinderhospizen“ (Bundestagsdrucksache 15/2125)

Zudem nahm die Bundesregierung in ihren Antworten auf zahlreiche schriftliche und mündliche Fragen der Abgeordneten und im Rahmen von Petitionen zur Pflegeversicherung eingehend Stellung.

B. Die Pflegeversicherung

Mit der Einführung der Pflegeversicherung am 1. Januar 1995 ist die letzte große Lücke in der sozialen Versorgung geschlossen und die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit auf eine neue Grundlage gestellt worden. Seit zehn Jahren hilft die Pflegeversicherung Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, die persönlichen und finanziellen Lasten, die mit der Pflegebedürftigkeit verbunden sind, zu tragen.

I. Ziele der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung hat im Berichtszeitraum 2001 bis 2003 keine Änderungen ihrer grundlegenden Zielsetzungen und Strukturen erfahren. Insoweit kann auf die Ausführungen der bisherigen Berichte verwiesen werden.

II. Konzeption der Pflegeversicherung

Auch die Konzeption der Pflegeversicherung ist unverändert geblieben. Dennoch sollen hier die tragenden Grundsätze kurz angeführt werden. Die Pflegeversicherung wird unter der Bezeichnung „Soziale Pflegeversicherung“

als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung und im Rahmen einer privaten Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt.

Es gilt der Grundsatz: Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, gehört auch der sozialen Pflegeversicherung an. Wer in einer privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert ist, muss seit dem 1. Januar 1995 eine private Pflegeversicherung abschließen.

Die private Pflegeversicherung muss gewährleisten, dass ihre Leistungen denen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind. Für Familien und ältere Versicherte muss die private Pflegeversicherung angemessene Bedingungen und Prämien anbieten.

Die Pflegeversicherung ist keine Vollversicherung, die alle Kosten im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit übernimmt. Sie trägt mit ihrem Leistungsangebot dazu bei, die mit der Pflegebedürftigkeit verbundenen persönlichen und finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen zu tragen.

Wenn im Einzelfall keine oder nicht ausreichende Leistungen der Pflegeversicherung erbracht werden und die Pflegebedürftigen oder ihre unterhaltspflichtigen Angehörigen nicht über genügend Eigenmittel verfügen, um die verbleibenden Kosten für einen notwendigen und angemessenen Pflege- und Betreuungsbedarf zu tragen, können zur individuellen Bedarfsdeckung nach wie vor die Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden. Die Einführung der Pflegeversicherung hat zu einer wesentlichen Verringerung der pflegebedingten Inanspruchnahme der Sozialhilfe geführt.

Durch ihre Beitrags- bzw. Prämienzahlungen erwerben die Versicherten einen Rechtsanspruch darauf, dass sie Hilfe erhalten, wenn sie einmal pflegebedürftig werden. Dabei spielt die wirtschaftliche Lage des Versicherten keine Rolle, denn die Leistungen der Pflegeversicherung werden einkommens- und vermögensunabhängig erbracht. Eine Bedürftigkeitsprüfung bei Eintritt des Versicherungsfalls, wie sie zuweilen im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung gefordert wird, ist nicht nur unserem Sozialversicherungssystem fremd, sondern sie ist mit dem Sinn und Zweck einer beitrags- bzw. prämienfinanzierten Versicherung zur Absicherung eines Risikos unvereinbar.

III. Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts

Der Erste Senat des Bundesverfassungsgerichts hat am 3. April 2001 mehrere Urteile verkündet, die sich mit verschiedenen Aspekten der Pflegeversicherung befassen. Am 22. Mai 2003 folgten zwei Nichtannahmebeschlüsse des Ersten Senats. Diese enthalten maßgebliche Ausführungen zum Begriff der Pflegebedürftigkeit. Im Folgenden werden die wesentlichen Aussagen des Bundesverfassungsgerichts in diesen Entscheidungen vorgestellt.

1. Zur Gesamtkonzeption

In dem Verfahren 1 BvR 2014/95 wandte sich die Beschwerdeführerin, die gegen das Risiko der Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, gegen die sich unmittelbar aus den §§ 1 Abs. 2 Satz 2 und 23 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB XI ergebende Pflicht zum Abschluss einer privaten Pflegeversicherung. Sie rügte insoweit eine Verletzung ihres allgemeinen Persönlichkeitsrechts gemäß Artikel 2 Abs. 1 GG und des Gleichheitsgrundsatzes nach Artikel 3 Abs. 1 GG.

Die zulässige Verfassungsbeschwerde der Beschwerdeführerin wies das Bundesverfassungsgericht mit folgender Begründung zurück:

- a) Die angegriffenen Vorschriften des SGB XI sind formell rechtmäßig erlassen worden. Unzweifelhaft kann sich der Bund für die Schaffung der sozialen Pflegeversicherung auf seine Gesetzgebungskompetenz zur Regelung der Sozialversicherung gemäß Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG berufen. Hinsichtlich der Verpflichtung zum Abschluss eines privaten Pflegeversicherungsvertrags und der Regelungen zur näheren Ausgestaltung dieses Vertragstyps kann sich der Bund zwar nicht auf Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG berufen, allerdings steht ihm insoweit die Gesetzgebungskompetenz für die Materie des „privatrechtlichen Versicherungswesens“ als Teil des „Rechts der Wirtschaft“ gemäß Artikel 74 Abs. 1 Nr. 11 GG zu. Dies ist immer dann der Fall, wenn
- sich seine Regelungen auf Versicherungsunternehmen beziehen, die im Wettbewerb mit anderen durch privatrechtliche Verträge Risiken versichern,
 - sich die Prämien grundsätzlich am individuellen Risiko und nicht am Erwerbseinkommen des Versicherungsnehmers orientieren
 - und die vertraglich zugesagten Leistungen im Versicherungsfall aufgrund eines kapitalgedeckten Finanzierungssystems erbracht werden.

Die private Pflege-Pflichtversicherung beruht auf einem Vertrag, dessen Zustandekommen und Inhalt sich nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts einschließlich des Versicherungsvertragsgesetzes richten. Die Unternehmen der Krankenversicherung, die den Abschluss von Pflegeversicherungsverträgen anbieten, stehen auch miteinander im Wettbewerb.

Die Zuordnung der privaten Pflegeversicherung zum privatrechtlichen Versicherungswesen scheidet nicht daran, dass das Zustandekommen der Versicherungsverträge auf einer gesetzlich angeordneten Versicherungspflicht beruht (§§ 1 Abs. 2 Satz 2, 23 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB XI), der gemäß § 110 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI ein den Versicherungsunternehmen auferlegter Kontrahierungszwang entspricht. Zwar ist die privatautonome Gestaltung des Inhalts der Pflegeversicherungsverträge durch die Regelungen des SGB XI nicht unerheblich eingeschränkt, jedoch steht auch dies im Ergebnis einer Zuordnung der privaten Pflegepflichtversicherung zum privatrechtlichen Versicherungswesen nicht entgegen.

- b) Die angegriffenen Vorschriften des SGB XI befinden sich auch materiell mit dem Grundgesetz in Einklang, insbesondere verstoßen sie nicht gegen Artikel 2 Abs. 1 GG. Sie verfolgen legitime Zwecke des Gemeinwohls und sind verhältnismäßig.

Die Fürsorge für pflegebedürftige Menschen gehört zu den sozialen Aufgaben unserer staatlichen Gemeinschaft (Artikel 20 Abs. 1, Artikel 28 Abs. 1 Satz 1 GG). Auch ist dem Staat die Wahrung der Würde des Menschen gemäß Artikel 1 Abs. 1 GG in einer derartigen Situation der Hilfsbedürftigkeit besonders anvertraut. Es ist demzufolge ein legitimes Konzept des zur sozialpolitischen Gestaltung berufenen Gesetzgebers, die durch die Pflegebedürftigkeit entstehenden finanziellen Belastungen aufzufangen und die dafür notwendigen Mittel auf der Grundlage einer Pflichtversicherung, die im Grundsatz alle Bürger als Volksversicherung erfasst, sicherzustellen.

Die insoweit den einzelnen Bürgern obliegende Verpflichtung zum Abschluss und zur Aufrechterhaltung eines privaten Pflegeversicherungsvertrags ist auch verhältnismäßig. Die Einführung einer grundsätzlich alle Bürger umfassenden Versicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit ist geeignet, die oben dargestellten, vom Gesetzgeber angestrebten Zwecke zu erreichen. Der Gesetzgeber durfte die Einführung einer Pflege-Pflichtversicherung auch für erforderlich halten. Denn in der Bevölkerung bestand weder eine hinreichende anderweitige Absicherung des Pflegerisikos noch waren große Teile der Bevölkerung bereit, sich alsbald freiwillig gegen das Pflegerisiko abzuschließen. Vielen fehlte es insoweit am gebotenen Risikobewusstsein und sie verspürten, anders als beim Krankheitsrisiko, keinen so genannten „Versicherungsdruck“. Da sich das Risiko der Pflegebedürftigkeit bei jedem Menschen, also auch bei jungen Menschen, verwirklichen kann, durfte der Gesetzgeber grundsätzlich alle Bürger – und nicht nur die Älteren – in die Pflege-Pflichtversicherung einbeziehen. Schließlich stellt die gesetzliche Verpflichtung zum Abschluss eines Pflege-Pflichtversicherungsvertrags für die Betroffenen keine unangemessene Belastung dar. Diese Verpflichtung macht nämlich ein Lebensrisiko mit für die meisten nicht finanzierbaren Folgen durch verhältnismäßig niedrige Prämien kalkulierbar und im Versicherungsfall tragbar.

2. Berücksichtigung von Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung

Das Bundesverfassungsgericht hat sich im Rahmen seiner Urteile vom 3. April 2001 u. a. mit der Frage der Verfassungsmäßigkeit des Beitragsrechts der Pflegeversicherung befasst. Die verfassungsrechtliche Prüfung hat ergeben, dass das Beitragsrecht in seiner Ausgestaltung im Wesentlichen verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden ist. Das Bundesverfassungsgericht hat allerdings in der Entscheidung – 1 BvR 1629/94 – (BGBl. I, S. 774, 859; BVerfGE 103, 242) gefordert, dass die Kindererziehung

in der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung beitragsmäßig berücksichtigt werden muss. Der Gesetzgeber habe die Grenzen seiner Gestaltungsfreiheit überschritten, als er im Jahre 1994 das Pflegeversicherungsgesetz erließ, ohne eine die Beitragslast der Eltern berücksichtigende Kinderkomponente vorzusehen.

Das Bundesverfassungsgericht führt zur Begründung u. a. aus, dass in einem umlagefinanzierten Sozialversicherungssystem, das der Deckung eines maßgeblich vom Alterwerden der Versicherten bestimmten Risikos dient, die Erziehungsleistung versicherter Eltern konstitutive Bedeutung für die Funktionsfähigkeit dieses Systems habe. Denn bei Eintritt des ganz überwiegenden Teiles der Versicherungsfälle sei das Umlageverfahren auf die Beiträge der nachwachsenden Generation angewiesen. Der nachwachsenden Generation, also den heutigen Kindern, werde künftig zugunsten der „Alten“ durch die mit Beitragslasten verbundene Pflichtmitgliedschaft eine kollektive Finanzierungspflicht auferlegt. Damit erwachse Versicherten ohne Kinder im Versicherungsfall ein Vorteil aus der Erziehungsleistung anderer beitragspflichtiger Versicherter, die wegen der Erziehung zu ihrem Nachteil auf Konsum und Vermögensbildung verzichten. Mit der Kindererziehung leisten versicherte Eltern in der sozialen Pflegeversicherung letztlich einen doppelten Beitrag: Neben dem monetären Beitrag den zum Systemerhalt wichtigen generativen Beitrag.

Dies berücksichtigend führe eine gleiche Belastung mit Versicherungsbeiträgen zu einem erkennbaren Ungleichgewicht zwischen dem Gesamtbeitrag, den Kindererziehende in die Versicherung einbringen, und dem Geldbeitrag von Kinderlosen. Ein gewisser Ausgleich bestehe zwar darin, dass die kinderbetreuenden und -erziehenden Versicherten bei gleichen Beiträgen, wie sie Kinderlose zahlen, Leistungen auch für die familienversicherten Angehörigen erhalten. Diese Begünstigung wiegt aber den mit der Erziehungsleistung zusätzlich erbrachten generativen Beitrag und den damit verbundenen Nachteil der Erziehenden angesichts des Vorteils, der den Kinderlosen durch die Erziehungsleistung zuwächst, nicht vollständig auf.

Der Vorteil, den kinderlose Beitragszahler durch die Kindererziehung anderer Versicherter haben, werde nicht dadurch in Frage gestellt, dass ein Teil der heutigen Kinder, deren Eltern derzeit versichert sind, in Zukunft vielleicht überhaupt nicht oder nur vorübergehend versicherungspflichtige Beitragszahler sein werden.

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesverfassungsgericht die beitragsrechtlichen Vorschriften der §§ 54 Abs. 1 und 2, 55 Abs. 1 Satz 1 und Absatz 2 SGB XI für unvereinbar mit Artikel 3 Abs. 1 i.V.m. Artikel 6 Abs. 1 GG erklärt, soweit Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die Kinder betreuen und erziehen, mit einem gleich hohen Pflegeversicherungsbeitrag wie Mitglieder ohne Kinder belastet werden. Die genannten Vorschriften können bis zu einer Neuregelung durch den Gesetzgeber, längstens bis zum 31. Dezember 2004, weiter angewendet werden.

Der Gesetzgeber ist aufgrund dieser Entscheidung verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2004 gesetzliche Regelungen zu schaffen, die die Kindererziehungsleistung in der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung beitragsmäßig berücksichtigen.

Im Berichtszeitraum ist es noch nicht zur Umsetzung der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts gekommen, sodass erst im nächsten Bericht über die vom Gesetzgeber in diesem Zusammenhang getroffenen Maßnahmen zu berichten sein wird. (Der Entwurf eines Gesetzes zur Berücksichtigung der Kindererziehung in der Pflegeversicherung wird zurzeit in den gesetzgebenden Körperschaften beraten.)

3. Versicherter Personenkreis – Beitrittsrechte für bisher nicht Versicherte

In einer weiteren Entscheidung vom 3. April 2001 (Az.: 1 BvR 81/98) hat das Bundesverfassungsgericht zum versicherungspflichtigen Personenkreis in der sozialen und privaten Pflegeversicherung Stellung genommen. Es hat dem Gesetzgeber zugebilligt, dass er zur Absicherung des Pflegerisikos eine umfassende Pflegeversicherungspflicht einführen durfte (Volksversicherung). Auch der gewählte Weg, die Versicherungspflicht an das Bestehen eines Krankenversicherungsschutzes anzuknüpfen, wurde als verfassungsrechtlich zulässig bewertet. Es lag in der Gestaltungsfreiheit des Gesetzgebers, die gesetzliche Pflegeversicherung in einerseits die soziale Pflegeversicherung und andererseits die private Pflegeversicherung aufzuteilen. Auch bei der Zuordnung der Personengruppen zu einem der beiden Versicherungszweige hatte der Gesetzgeber einen erheblichen Spielraum, der allerdings durch den allgemeinen Gleichheitssatz und das Sozialstaatsprinzip begrenzt ist. Insbesondere durfte der Gesetzgeber die Personengruppe, die in die soziale Pflegeversicherung einbezogen ist, danach abgrenzen, welcher Personenkreis zur Bildung der Solidargemeinschaft erforderlich ist und welche Personen deren Schutz benötigen. Auf diese Weise werde zwar nicht die gesamte Wohnbevölkerung ausnahmslos hinsichtlich der Versicherungspflicht gleichgestellt und in den Schutz der Pflegeversicherung einbezogen, dies sei jedoch zu akzeptieren, da die Erfassung der ausgeschlossenen „Restgröße“ mit unverhältnismäßigem Verwaltungsaufwand verbunden gewesen wäre.

Das Bundesverfassungsgericht hat in dieser Entscheidung auch anerkannt, dass der Gesetzgeber mit den Höchstbeiträgen und der prämienfreien Mitversicherung von Kindern sowie der Prämienhöchstbegrenzung auf 150 v. H. für Ehegatten auch im Privatversicherungssystem einem sozialen Auftrag nachgekommen ist.

Das Bundesverfassungsgericht stellte jedoch einen Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz fest, weil einzelne Personengruppen vom Zugang zur gesetzlichen Pflegeversicherung ausgeschlossen worden sind. Es handelt sich um diejenigen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Rechts der Pflegeversicherung keinen Krankenversicherungsschutz hatten oder keinen Sonder tatbestand des Gesetzes zur Begründung einer Versiche-

rungspflicht erfüllten, und deren Ausschluss von der Pflegeversicherung dann problematisch ist, wenn sie im Pflegefall auch keinen Anspruch auf Leistungen eines anderen Sozialleistungsträgers haben. Der Gesetzgeber musste zwar nicht für alle eine Versicherungspflicht einführen, aber das Gericht kritisierte, dass der Gesetzgeber auch nicht auf andere Weise als durch die Anordnung einer Versicherungspflicht einen Zugang zur gesetzlichen Pflegeversicherung ermöglicht hat, etwa durch Einräumung eines befristeten Beitrittsrechts. Dass dies zu einer „negativen Risikoselektion“ hätte führen können, stelle keine ausreichende Rechtfertigung für die Benachteiligung einzelner Personengruppen dar. Denn immerhin habe der Gesetzgeber im Hinblick auf das Pflegerisiko die gesamte Bevölkerung als schutzbedürftig angesehen und selbst Personen mit hohem oder schon verwirklichtem Risiko der Pflegebedürftigkeit unter den sofortigen Versicherungsschutz gestellt.

Das Bundesverfassungsgericht hat die Regelungen über den versicherten Personenkreis der Pflegeversicherung nicht für nichtig erklärt, aber Nachbesserungen bzw. Ergänzungen bis spätestens 1. Januar 2002 verlangt.

Zur Beseitigung der verfassungswidrigen Rechtslage hat das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber folgende Vorgaben für eine verfassungskonforme Regelung gemacht: Es muss eine befristete Beitrittsmöglichkeit zur Pflegeversicherung für diejenigen Personen eingeräumt werden, die zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung zum 1. Januar 1995 über keinen Krankenversicherungsschutz verfügten und daher keinen Zugang zur Pflegeversicherung erhielten. Dabei kann für den Beitritt eine Frist vorgesehen werden, der Beitritt kann alternativ zur sozialen oder zur privaten Pflegeversicherung ermöglicht werden. Der Beitritt kann davon abhängig gemacht werden, dass der Betroffene Beiträge zahlt. Für den Zeitraum vor der Bekanntgabe des Urteils muss die Zahlung von Beiträgen oder Prämien und die Gewährung von Leistungen nicht vorgesehen werden. Die Beitretenden sind hinsichtlich der Vorversicherungszeiten für die Leistungsgewährung so zu stellen, als wäre ihr Beitritt bereits zum Zeitpunkt der Einführung der Pflegeversicherung erfolgt. Bei pflegebedürftigen Beitretenden ergibt sich daraus also ein sofortiger Leistungsbezug rückwirkend zumindest ab dem 3. April 2001.

Der Gesetzgeber hat zudem auf der Grundlage des Urteils zu prüfen, ob darüber hinaus im Hinblick auf den Gleichbehandlungsgrundsatz ein befristetes Beitrittsrecht zur sozialen und/oder privaten Pflegeversicherung auch für diejenigen Personen einzuräumen ist, die erst nach Inkrafttreten des SGB XI keinen den Zugang zur gesetzlichen Pflegeversicherung begründenden Tatbestand erfüllt haben und im Pflegefall keinen Anspruch auf Hilfe gegen einen Sozialleistungsträger haben.

Der Gesetzgeber hat den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts fristgerecht im Rahmen des am 1. Januar 2002 in Kraft getretenen Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (PflEG) Rechnung getragen und entsprechende Beitrittsrechte in § 26a SGB XI geregelt (siehe dazu unter B IV.2.).

4. Zum Begriff der Pflegebedürftigkeit

Mit ihren Verfassungsbeschwerden (Az.: BVerfG 1, BvR 452/99, 1 BvR 1077/00) wandten sich die Beschwerdeführer gegen die strenge Verrichtungsbezogenheit des Begriffs der Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 Abs. 1 i. V. m. Abs. 4 SGB XI. Ihrer Ansicht nach werden Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen durch diese strenge Verrichtungsbezogenheit gegenüber Menschen mit somatischen Erkrankungen und Behinderungen verfassungswidrig benachteiligt.

Die Verfassungsbeschwerden wurden nicht zur Entscheidung angenommen, weil sie keine Aussicht auf Erfolg hatten. Insbesondere verstößt der strenge Bezug des Begriffs der Pflegebedürftigkeit auf bestimmte, in § 14 Abs. 4 SGB XI abschließend aufgezählte Verrichtungen nicht gegen den Gleichheitssatz gemäß Artikel 3 Abs. 1 GG.

1. Das Bundesverfassungsgericht stellt zunächst fest, dass dem Gesetzgeber bei der notwendigen Grenzziehung, welche tatsächlichen Gegebenheiten die Leistungspflicht der sozialen Pflegeversicherung auslösen oder erhöhen, ein weiter Gestaltungsspielraum zusteht. Insbesondere wenn es wie hier darum geht, die leistungrechtlichen Grundentscheidungen eines Sozialleistungssystems festzulegen, sind vorwiegend sozialpolitische Entscheidungen grundsätzlicher Art zu treffen, die vom Bundesverfassungsgericht lediglich darauf hin überprüft werden können, ob sie nicht offensichtlich willkürlich oder mit der Wertordnung des Grundgesetzes unvereinbar sind. Da die soziale Pflegeversicherung zudem nur die Teilabsicherung des Pflegerisikos bewirken soll, ist die gesetzgeberische Gestaltungsfreiheit besonders groß.
2. Nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts ist darin eine Ungleichbehandlung im Sinne des Artikel 3 Abs. 1 GG zu sehen, dass bei Menschen mit somatischen Erkrankungen oder Behinderungen aufgrund des verrichtungsbezogenen Begriffs der Pflegebedürftigkeit der Betreuungsbedarf insgesamt in höherem Maße bei der Ermittlung der Pflegebedürftigkeit Berücksichtigung findet als der von Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen. Diese Ungleichbehandlung ist jedoch durch sachlich einleuchtende Gründe gerechtfertigt:
 - Für den Gesetzgeber war zum einen der Gesichtspunkt der Gesetzesklarheit und der Anwendungssicherheit im Leistungsrecht maßgebend. Durch die strenge Verrichtungsbezogenheit des Begriffs der Pflegebedürftigkeit kann der leistungsberechtigte Personenkreis relativ einfach und schnell festgestellt werden. Eine Berücksichtigung allgemeiner Beaufsichtigungs- und Betreuungsleistungen bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit würde diesem auch rechts- und sozialstaatlich gleichermaßen erheblichen Vorteil entgegenwirken.

- Zum anderen durfte sich der Gesetzgeber bei der Definition der Pflegebedürftigkeit auch von der Erwägung leiten lassen, nur eine verhältnismäßig enge Fassung sei finanzwirtschaftlich zu verantworten. Insoweit war es das berechtigte Ziel des Gesetzgebers, die Beitragssätze dauerhaft auf einem vertretbaren Niveau und damit die finanzielle Belastung der Versicherten in angemessenen Grenzen zu halten.
- Das Bundesverfassungsgericht weist ferner darauf hin, dass grundsätzlich für alle Versicherten im gleichen Maße das Risiko besteht, bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen irgendwann im Laufe des Lebens Hilfe zu benötigen und somit einen Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung zu erhalten. Die maßgeblichen gesetzlichen Bestimmungen sind auch keineswegs nur auf Menschen mit somatischen Krankheiten oder Behinderungen zugeschnitten. Insbesondere die Hilfsformen „Beaufsichtigung“ und „Anleitung“ in § 14 Abs. 3 SGB XI sind primär für psychisch kranke, demente und hirnerkrankte Menschen von Bedeutung. Sie werden in großem Umfang von den Leistungen der Pflegeversicherung erreicht, wie die bisherigen praktischen Erfahrungen belegen.
- Schließlich ist eine Systemwidrigkeit, die ein Indiz für einen Verstoß gegen Artikel 3 Abs. 1 GG sein könnte, auch nicht darin zu sehen, dass gemäß § 43 Abs. 2 Satz 1 SGB XI die Aufwendungen der sozialen Betreuung bei vollstationärer Pflege von den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung umfasst sind, während im Rahmen der Feststellung der Pflegebedürftigkeit die strenge Verrichtungsbezogenheit gilt. Hätte nämlich der Gesetzgeber die soziale Betreuung in die Feststellung der Pflegebedürftigkeit einfließen lassen, hätte dies zu einer erheblichen Erweiterung des Kreises der leistungsberechtigten Personen geführt und somit die Finanzierbarkeit der sozialen Pflegeversicherung ohne eine Anhebung des Beitragssatzes unmöglich gemacht. Diese Folgen durfte der Gesetzgeber im Rahmen seines weiten Gestaltungsspielraums berechtigterweise berücksichtigen.

IV. Gesetzgeberische Maßnahmen seit dem Zweiten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung vom 15. März 2001 (Bundestagsdrucksache 14/5590)

1. Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG) vom 9. September 2001 (BGBl. I, 2001, S. 2320)

Seit dem 1. Januar 2002 ist das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) in Kraft. Es hat das Recht der Qualitätssicherung nach dem SGB XI auf eine neue Grundlage gestellt. Es hat nicht nur die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zum Ziel, sondern auch die

Stärkung der Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen, die Stärkung der Verbraucherrechte sowie eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung und der Heimaufsicht.

1.1 Weiterentwicklung der Pflegequalität

Das PQsG ist von der Philosophie geprägt, dass Pflegequalität – dauerhaft wirksam – nicht von außen in die Pflegeheime und ambulanten Pflegedienste in Deutschland „hineinkontrolliert“ werden kann. Vielmehr muss Qualität von innen heraus – aus der Eigenverantwortung der Einrichtungsträger und aus der Mitverantwortung der Leistungsträger (Pflegekassen und Sozialhilfeträger) – entwickelt werden. Vor diesem Hintergrund verknüpft das Gesetz u. a. folgende Pflichten und Rechte:

- Jedes Pflegeheim und jeder Pflegedienst hat die Pflicht, ein umfassendes, einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.
- Darüber hinaus sind die Träger verpflichtet, in regelmäßigen Abständen die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen durch unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen nachzuweisen. Parallel dazu bleibt es bei der Qualitätsprüfung durch die Landesverbände der Pflegekassen (und die staatlichen Kontrollen durch die Heimaufsicht). Wie bereits vor Erlass des PQsG haben die Pflegeeinrichtungen auf Verlangen der Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder den von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen die Prüfung der erbrachten Leistungen und deren Qualität durch Einzelprüfungen, Stichprobenprüfungen und vergleichende Prüfungen zu ermöglichen. Das Prüfverfahren und die Prüfrechte des Medizinischen Dienstes sind gesetzlich abgesichert worden. Die Prüfungen können danach auch unangemeldet und auch des nachts durchgeführt werden, wenn das Ziel der Überprüfung tagsüber nicht erreicht werden kann.

1.2 Stärkung der Eigenverantwortung

Zur Stärkung der Eigenverantwortung der Einrichtungsträger sind neue Vertragsinstrumente vorgesehen worden: Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung – LQV – sowie die Personalrichtwertvereinbarungen.

- Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen

Unabhängig von dem Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen tragen die Träger der Einrichtungen die Verantwortung für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität in ihren Einrichtungen. Diese Eigenverantwortung umfasst die Pflicht und das Recht der Träger, die personelle und sächliche Ausstattung bereitzustellen, die für eine qualitätsgerechte Versorgung der von ihren Pflegeeinrichtungen betreuten Pflegebedürftigen erforderlich ist. Damit die Einrichtungsträger diese Pflicht auch wahrnehmen können, ist ihnen mit der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (§ 80a SGB XI) ein Instrument bereitgestellt worden,

das ihnen ermöglichen soll, ihren Anspruch auf leistungsgerechte Vergütungen gegenüber den Kostenträgern effizient durchzusetzen.

In der LQV werden die von der Pflegeeinrichtung erwarteten Leistungen nach der Struktur und der voraussichtlichen Entwicklung des zu betreuenden Personenkreises definiert und die dafür notwendigen personellen und sächlichen Anforderungen vertraglich abgesichert. Mit den LQV wird ein flexibler, effektiver Weg angeboten, zeitnah vertragliche Vereinbarungen über die Belegungs- und Leistungsstruktur der Pflegeeinrichtung zu treffen und sich über den erforderlichen Personal- und Sachaufwand zu einigen. Dies kommt auch und insbesondere demenzkranken Pflegebedürftigen in Pflegeheimen zugute, die zusätzlich zu den Leistungen der Grundpflege häufig einen hohen Bedarf an sozialer Betreuung haben.

Entscheidender Gesichtspunkt für die Einrichtungsträger ist, dass die vertraglichen Festlegungen in der LQV für alle Vertragsparteien in den Vergütungsverhandlungen als Bemessungsgrundlage für die Vergütungen unmittelbar verbindlich sind. Damit wird ein entscheidender Schritt zur Stärkung der Eigenverantwortung und der leistungsgerechten Vergütung der Einrichtungsträger vollzogen, denn die Voraussetzungen zur Einlösung ihres Anspruchs auf leistungsgerechte Vergütungen werden nachhaltig verbessert.

- Personalbemessungsverfahren

Ein schwieriges Problem für das gesamte Vertrags- und Vergütungsrecht nach dem SGB XI liegt darin, dass es allgemein anerkannte Verfahren und Maßstäbe für die Personalbedarfsermittlung und Pflegezeitbemessung in Pflegeheimen derzeit noch nicht gibt. Das PQsG sieht daher in § 75 Abs. 3 SGB XI als vorläufigen Orientierungsmaßstab die Einführung von landesweiten Personalrichtwertvereinbarungen als Bestandteil der Rahmenverträge der Pflegeselbstverwaltung auf Landesebene vor. Die Personalrichtwerte, die auch als Bandbreiten vereinbart werden können, umfassen bei teil- oder vollstationärer Pflege wenigstens

- das Verhältnis zwischen der Zahl der Heimbewohner und der Zahl der Pflege- und Betreuungskräfte (in Vollzeitkräfte umgerechnet), unterteilt nach Pflegestufen (Personalanzahlzahlen), sowie
- im Bereich der Pflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege zusätzlich den Anteil der ausgebildeten Fachkräfte am Pflege- und Betreuungspersonal.

Darüber hinaus werden die Vertragsparteien in die Pflicht genommen, sich auf landesweite Personalbedarfsermittlungsverfahren zu verständigen. Mit diesen personalbezogenen Vertragselementen werden die Landesrahmenverträge über Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsvertrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeheime weiter konkretisiert. Bei dem Abschluss der Vereinbarungen ist stets die Heimpersonalverordnung zu beachten.

1.3 Stärkung des Verbraucherschutzes

Zur Stärkung des Verbraucherschutzes werden die Pflegekassen verpflichtet, Informationen und Beratung über Leistungen und Preise von Pflegeeinrichtungen zur Verfügung zu stellen. Dazu sind Leistungs- und Preisvergleichslisten zu erarbeiten und einzusetzen. Zudem erhalten die Pflegekassen die Möglichkeit, sich aus Verwaltungsmitteln an der Finanzierung von Beratungsleistungen anderer Träger finanziell zu beteiligen.

Pflegedienste sind verpflichtet, mit dem Pflegebedürftigen einen Pflegevertrag abzuschließen. Eine Ausfertigung ist sowohl dem Pflegebedürftigen als auch der zuständigen Pflegekasse auszuhändigen.

1.4 Zusammenarbeit des MDK mit der Heimaufsicht

Die Landesverbände der Pflegekassen werden zur engen Zusammenarbeit mit den Heimaufsichtsbehörden verpflichtet, um ihre wechselseitigen Aufgaben nach dem SGB XI und dem Heimgesetz wirksam aufeinander abzustimmen. Vor allem sollen Doppelprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die Heimaufsichtsbehörde vermieden werden.

1.5 Pflegeheimvergleich und Pflege-Buchführungsverordnung

Mit dem PQsG wurde eine neue Ermächtigungsgrundlage für eine Rechtsverordnung zur Durchführung des Pflegeheimvergleichs geschaffen; zugleich wurde die bestehende Verordnungsermächtigung für die Pflege-Buchführungsverordnung erweitert.

2. Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG) vom 14. Dezember 2001 (BGBl. I, 2001, S. 3728)

Das Gesetz, das zum 1. Januar 2002 in Kraft getreten ist, sieht vor allem Neuerungen vor, die auf die Verbesserung der Versorgungssituation von altersverwirrten, aber auch von geistig behinderten und psychisch kranken Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf ausgerichtet sind. Mit einem Bündel von Maßnahmen soll insbesondere die häusliche Pflege dieser Pflegebedürftigen gestärkt werden. Es werden nicht nur zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf in der Pflegeversicherung vorgesehen, sondern gleichzeitig auch finanzielle Mittel zur Förderung zusätzlicher Betreuungsangebote zur Verfügung gestellt. In der Praxis hat sich gezeigt, dass insbesondere auch ein hoher Bedarf für ein unbürokratisches, niedrigschwelliges Angebot zur Betreuung der demenzten Pflegebedürftigen und zur Entlastung der pflegenden Angehörigen besteht, z. B. Betreuungsgruppen für demente Pflegebedürftige, Helferinnenkreise, Tagesbetreuung in Klein- und Kleinstgruppen usw. Oft erleichtern gerade diese niedrigschwelligen Angebote den pflegenden Angehörigen den für sie schweren Schritt, erstmals Hilfen von außen in Anspruch zu nehmen.

Im Einzelnen sieht das Gesetz folgende Maßnahmen vor:

- Häuslich Pflegebedürftige, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf festgestellt hat, erhalten seit 1. April 2002 einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 460 Euro je Kalenderjahr. Diese Mittel sind zweckgebunden einzusetzen für Leistungen der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege sowie für niedrigschwellige Betreuungsangebote, also für qualitätsgesicherte aktivierende Betreuungsangebote.
- Bestehende Beratungsangebote insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige sind verbessert und erweitert, beratende Hilfen im häuslichen Bereich durch zusätzliche Hausbesuche ausgebaut worden.
- Die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und -strukturen insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige wird mit insgesamt 20 Mio. Euro pro Jahr aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung unter finanzieller Beteiligung der Länder oder Kommunen gefördert. Hierbei geht es zum einen um den Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote. Und zum anderen sollen im Rahmen von Modellprojekten Möglichkeiten einer integrativ ausgerichteten Versorgung und Vernetzung der für die Pflegebedürftigen erforderlichen Hilfen erprobt werden.
- Darüber hinaus können die Spitzenverbände der Pflegekassen mit bis zu 5 Mio. Euro pro Jahr modellhaft personenbezogene Budgets und neue Wohnkonzepte für Pflegebedürftige erproben – ohne Kofinanzierung durch Länder und/oder Kommunen. Damit werden im Interesse der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen Weichen zur Schaffung eines Netzes von abgestuften, bedürfnisorientierten und gemeindenahen Hilfen und Versorgungsangeboten gestellt.

Neben diesem Bündel an Maßnahmen zugunsten der Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf wurden noch folgende wesentliche Neuregelungen getroffen:

- Die Krankenkassen fördern seit 2002 ambulante Hospizdienste, die bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen, durch Zuschüsse. Damit werden die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen im häuslichen Bereich – vertragsärztliche Versorgung und häusliche Krankenpflege – um einen wichtigen nichtmedizinischen Anteil ergänzt.
- Für Personen, die bisher keinen Zugang zur gesetzlichen Pflegeversicherung erhielten, weil sie nicht krankenversichert sind, wird ein befristetes Beitrittsrecht zur gesetzlichen Pflegeversicherung vorgesehen. Dem Beitrittsberechtigten wird ein Wahlrecht alternativ zur sozialen oder zur privaten Pflegeversicherung eingeräumt. Dabei ist die von dem Beitrittsberechtigten

gewählte Pflegekasse zur Annahme des Beitritts bzw. das gewählte Versicherungsunternehmen zum Abschluss des Versicherungsvertrages verpflichtet.

- Die ursprünglich bis zum 31. Dezember 2001 befristete Übergangsregelung, nach der die Pflegekassen bei teilstationärer und vollstationärer Pflege im Rahmen der gedeckelten leistungsrechtlichen Höchstbeträge neben den Aufwendungen für die Grundpflege und die soziale Betreuung auch die im Pflegesatz enthaltenen Aufwendungen für die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege übernehmen, wurde bis 31. Dezember 2004 verlängert. Gleichzeitig wurde die Regelung über die pauschalen Leistungsbeträge bei stationärer Pflege in Höhe von 1 023 Euro bei Pflegestufe I, 1 279 Euro bei Pflegestufe II, 1 432 Euro bei Pflegestufe III und 1 688 Euro für Härtefälle ebenfalls um drei Jahre bis 31. Dezember 2004 verlängert.

Zum Stand der Umsetzung des PfLEG im Berichtszeitraum siehe unten bei Punkt C.I.4.

3. **Drittes Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes vom 5. November 2001 (BGBl. I, S. 2960), zuletzt geändert durch das Gesetz zur Änderung des Rechts der Vertretung durch Rechtsanwälte vor den Oberlandesgerichten (OLG – Vertretungsänderungsgesetz – OLGVertrÄndG) vom 23. Juli 2002 (BGBl. I, S. 2850)**

Mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes wurden bessere Rahmenbedingungen für die älteren und behinderten Menschen, die auf Dauer in einem Heim leben, geschaffen. Das Änderungsgesetz schafft mehr Schutz, mehr Transparenz und mehr Mitwirkungsmöglichkeiten für ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen. Folgende Schwerpunkte stehen im Vordergrund:

- Die Rechtsstellung der Bewohnerinnen und Bewohner wird nachhaltig verbessert. Die Transparenz in Heimverträgen wird erhöht. Durch die Aufschlüsselung der Leistungen und der hierfür zu entrichtenden Entgeltbestandteile können die verschiedenen Heime und ihre Leistungen besser miteinander verglichen werden. Die Entgelterhöhungen müssen vier Wochen vor ihrem Wirksamwerden mitgeteilt und begründet werden. Erst dann ist das Erhöhungsverlangen wirksam und der Heimträger kann den erhöhten Betrag verlangen. Bei Schlechtleistungen des Heimträgers können die Bewohnerinnen und Bewohner das Entgelt mindern.
- Die Mitwirkungsmöglichkeiten des Heimbeirates werden weiter entwickelt. Der Heimbeirat wird für Dritte geöffnet. Jetzt können auch Angehörige, Vertrauenspersonen und Mitglieder der örtlichen Senioren- und Behindertenvertretungen in den Heimbeirat gewählt werden. Der Heimbeirat wird an den Vergütungsverhandlungen sowie an den Verhandlungen über Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen beteiligt. Außer-

dem wird der Heimbeirat in die Qualitätssicherung und in die Überwachung durch die Heimaufsicht einbezogen.

- Die Heimaufsicht wird gestärkt. Die Heimaufsicht prüft jedes Heim im Jahr grundsätzlich mindestens einmal. Die Prüfungen können jederzeit sowohl angemeldet als auch unangemeldet erfolgen. Die Heimaufsicht kann in größeren Abständen prüfen, wenn durch Zertifikate unabhängiger Sachverständiger nachgewiesen wird, dass die Anforderungen an den Betrieb eines Heimes erfüllt werden.
- Zur Verbesserung der Zusammenarbeit bilden Heimaufsicht, Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen, Pflegekassen und Sozialhilfeträger Arbeitsgemeinschaften, in denen sie ihre Arbeit miteinander abstimmen. Die Heimaufsicht und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung können auch gemeinsam Prüfungen verabreden. Des Weiteren erfolgt ein Austausch der erforderlichen Informationen und eine Abstimmung hinsichtlich der für nötig gehaltenen Überwachungsmaßnahmen. Die Bildung von Arbeitsgemeinschaften aller Beteiligten vermeidet Doppelarbeit und nutzt Synergieeffekte.

4. **Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) sowie zur Änderung des Krankenpflegegesetzes vom 17. November 2000 (BGBl. I, S. 1515)**

Mit dem Altenpflegegesetz des Bundes ist die Grundlage für eine bundeseinheitliche Ausbildung in der Altenpflege geschaffen worden. Die Neuregelungen sind am 1. August 2003 in Kraft getreten. Vor diesem Tag begonnene Ausbildungen werden nach dem bisher geltenden jeweiligen Landesrecht zu Ende geführt.

Das Altenpflegegesetz des Bundes sollte in der Fassung vom 17. November 2000 (BGBl. I, S. 1515) bereits am 1. August 2001 in Kraft treten. Die Bayerische Staatsregierung hatte jedoch beim Bundesverfassungsgericht im Rahmen eines Normenkontrollverfahrens die Überprüfung der Gesetzgebungskompetenz des Bundes beantragt. Im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes erließ das Bundesverfassungsgericht am 22. Mai 2001 eine einstweilige Anordnung¹. Das Gesetz wurde in seinen wesentlichen Teilen bis zur Entscheidung über die Hauptsache suspendiert. Das Gericht hat in seinem Urteil vom 24. Oktober 2002² die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für den Bereich der Ausbildung in der Altenpflege bestätigt. Die Zuständigkeit für die Ausbildung in der Altenpflegehilfe wies es den Ländern zu. Durch Artikel 3 des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze vom 16. Juli 2003 (BGBl. I, S. 1442) ist das Altenpflegegesetz mit Wirkung zum 1. August 2003 insbesondere in den Punkten geändert worden, die sich aus dem Urteil des Bundesverfas-

¹ Az.: BVerfG, 2 BvQ 48/00. Die einstweilige Anordnung wurde mit Beschlüssen vom 7. November 2001 und 29. April 2002 wiederholt.

² Az.: BVerfG, 2 BvF 1/01.

sungsgerichts vom 24. Oktober 2002 ergeben haben. Die seit dem 1. August 2003 maßgebliche Neufassung des Altenpflegegesetzes ist im Bundesgesetzblatt 2003 (BGBl. I, S. 1691) bekannt gemacht worden.

Ziel des Altenpflegegesetzes ist es, die Ausbildung qualifiziert und praxisbezogen auf bundesweit einheitlicher Grundlage auszugestalten, mehr junge Menschen für den Altenpflegeberuf zu gewinnen und durch die Schärfung des Berufsprofils auch die Wertschätzung der Altenpflege als professionelle Dienstleistung zu erhöhen.

Die wichtigsten Inhalte des Altenpflegegesetzes und der darauf beruhenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (BGBl. I, 2002, S. 4418) sind folgende:

- Die Ausbildung zur Altenpflegerin/zum Altenpfleger kann erstmals bundesweit als Erstausbildung erfolgen. Sie dauert grundsätzlich drei Jahre.
- Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung ist der Realschulabschluss oder ein als gleichwertig anerkannter Bildungsabschluss. Personen mit Hauptschulabschluss werden zugelassen, wenn sie eine anderweitige zwei-jährige Berufsausbildung nachweisen oder den Altenpflegehelfer- bzw. Krankenpflegehelferberuf erlernt haben.
- Die Ausbildungsziele und -inhalte sind auf eine umfassende Befähigung zur Pflege alter Menschen mit Schwerpunkten in der Behandlungspflege und in der sozialpflegerischen Betreuung ausgerichtet.
- Die Ausbildung besteht aus 2 100 Stunden Unterricht und einer praktischen Ausbildung von 2 500 Stunden. Eine Teilzeitausbildung ist möglich.
- Mindestens 2 000 Stunden der praktischen Ausbildung müssen in zwei Pflichtstationen (je eine stationäre und ambulante Einrichtung) absolviert werden. Zusätzlich können wahlweise weitere Ausbildungsabschnitte in anderen Einrichtungen für alte Menschen stattfinden. In den Ausbildungsstätten müssen Praxisanleiterinnen oder -anleiter sein, die die Schülerinnen und Schüler begleiten.
- Der Unterricht wird von einer Altenpflegeschule durchgeführt, welche die Gesamtverantwortung für die Ausbildung trägt. Das schulische Lernen wird stärker auf konkretes berufliches Handeln ausgerichtet. Die bisherige Einteilung nach Fächern wird durch Lernfelder ersetzt, die aus den Anforderungen der Praxis abgeleitet wurden.
- Um den Ausbildungsgang im Vergleich zu anderen Ausbildungen auch finanziell attraktiver zu machen, haben die Schülerinnen und Schüler einen Anspruch auf eine angemessene Ausbildungsvergütung³.
- Die Berufsbezeichnungen „Altenpflegerin“ und „Altenpfleger“ werden geschützt.

³ Vergleiche zur Finanzierung der Kosten der Ausbildungsvergütung die Ausführungen unter D.II.2.

Ausgehend von dem Altenpflegegesetz des Bundes und dem seit 1. Januar 2004 geltenden neuen Krankenpflegegesetz wird es zukünftig um die Frage der Weiterentwicklung der Pflegeberufe gehen. Das BMGS wird zunächst auf der Grundlage von Experimentierklauseln im Altenpflegegesetz (§ 4 Abs. 6 AltPflG) und im Krankenpflegegesetz (§ 4 Abs. 6 KrPflG) über einen Zeitraum von vier Jahren Ausbildungsangebote fördern, in denen modellhaft erprobt wird, wie die Ausbildungsgänge in der Altenpflege einerseits sowie die Ausbildungsgänge in der Kranken- und Kinderkrankenpflege andererseits unter Berücksichtigung berufsfeldspezifischer Anforderungen der Altenpflege zusammengeführt werden können⁴.

5. Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze vom 16. Juli 2003 (BGBl. I, S. 1442)

Die Novellierung des Krankenpflegegesetzes vom 16. Juli 2003 ist am 1. Januar 2004 in Kraft getreten. Durch das novellierte Krankenpflegegesetz soll eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung unter den neuen sozialversicherungsrechtlichen Rahmenbedingungen sichergestellt werden. Gleichzeitig wollte der Gesetzgeber den Beruf für junge Menschen attraktiver machen, um damit einem allgemeinen Fachkräftemangel vorzubeugen. Die wesentlichen Inhalte des Gesetzes sind:

- Es bleibt bei zwei Berufsbildern für die Krankenpflege und die Kinderkrankenpflege. Die Ausbildung enthält allerdings weitgehend gemeinsame Ausbildungsanteile.
- Die Ausbildungsziele werden den neuen Anforderungen angepasst. Krankenpflege beinhaltet auch präventive, rehabilitative und palliative Maßnahmen und erhält damit einen umfassenden Ansatz, der nicht auf den kurativen Aspekt beschränkt ist. Dabei wird der eigenständige Aufgabenbereich hervorgehoben.
- Die praktische Ausbildung findet nicht mehr nur im Krankenhaus statt, sondern auch in geeigneten ambulanten oder stationären Pflege- oder Rehabilitationseinrichtungen.
- Lehrkräfte und Schulleitung der Krankenpflegeschulen müssen künftig über eine Hochschulqualifikation verfügen. Für Lehrkräfte gilt zusätzlich, dass sie fachlich und pädagogisch qualifiziert sein müssen. Für diejenigen, die bereits im Beruf tätig sind, gilt ein umfassender Bestandsschutz.
- Die schulische und praktische Ausbildung werden mehr als bisher vernetzt und stehen fortan unter der Gesamtverantwortung der Schulen. Es gibt verbindliche Regelungen zur Unterstützung der praktischen Ausbildung durch Praxisbegleiter der Schulen und Praxisanleitung in den Einrichtungen.

⁴ Vergleiche die Bekanntmachung zum entsprechenden Interessenbekundungsverfahren im Bundesanzeiger Nr. 107 vom 12. Juni 2003.

- Die neuen Berufsbezeichnungen „Gesundheits- und Krankenpfleger/in“ und „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in“ unterstreichen auch sprachlich den erweiterten Ansatz in der Pflege.

6. Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001 (BGBl. I, S. 1046, 1109)

Durch Artikel 15 des SGB IX vom 19. Juni 2001 ist § 40a in das Bundessozialhilfegesetz neu eingefügt worden. Mit dieser Regelung wurde klargestellt, dass die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe die notwendige Pflege mit umfasst. Die Regelung stellt sicher, dass dem Wunsch behinderter Menschen, in der Einrichtung zu verbleiben, grundsätzlich Rechnung zu tragen ist. Eine Verlegung pflegebedürftiger behinderter Menschen ist nur im Einzelfall und nur dann möglich, wenn ihre Pflege in der Einrichtung der Behindertenhilfe nicht sichergestellt werden kann. Dies müssen Pflegekasse, Sozialhilfeträger und Einrichtungsträger einvernehmlich feststellen.

V. Änderungen im Leistungsrecht der Pflegeversicherung seit dem Zweiten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung vom 15. März 2001 (Bundestagsdrucksache 14/5590)

1. Ambulante Pflege

Die Verbesserung der Pflegesituation von demenzkranken Menschen ist insbesondere mit Blick auf die demographische Entwicklung eine wichtige Zukunftsaufgabe, die auch die Pflegeversicherung vor eine große Herausforderung stellt. Ihre Zahl steigt stetig an und diese Entwicklung wird sich wegen der sich verändernden Altersstruktur in unserer Gesellschaft fortsetzen. Erstmals wurden nun mit dem PflEG, das zum 1. Januar 2002 in Kraft getreten ist, für altersverwirrte, aber auch für geistig behinderte und psychisch kranke Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf zusätzliche Leistungen und verbesserte Versorgungsangebote vorgesehen. Die Verbesserungen kommen der häuslichen Pflege zugute. Dies entspricht auch den Bedürfnissen der meisten Betroffenen, die eine Pflege im häuslichen Bereich einer stationären Versorgung vorziehen. Mit dem PflEG werden die Angehörigen entlastet, die letztendlich rund um die Uhr beansprucht werden, weil sie die Pflegebedürftigen i. d. R. nicht allein lassen können.

1.1. Zusätzlicher Betreuungsbetrag für demenziell erkrankte, psychisch kranke und geistig behinderte Pflegebedürftige mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gemäß § 45b SGB XI

Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf in häuslicher Pflege haben seit dem 1. April 2002 einen Anspruch auf einen zusätzlichen Betreuungsbetrag

in Höhe von bis zu 460 Euro je Kalenderjahr. Diese zusätzlichen finanziellen Mittel sind zweckgebunden einzusetzen für bestimmte, im Gesetz aufgelistete qualitätsgesicherte Sachleistungsangebote zur Entlastung der pflegenden Angehörigen. Dazu zählen Leistungen der Tages- und Nachtpflege oder der Kurzzeitpflege oder der niedrigschwelligen Betreuungsangebote sowie besondere Angebote der zugelassenen Pflegedienste im Bereich der allgemeinen Anleitung und Betreuung. Im Einzelnen gilt Folgendes:

- Begünstigt wird ein Personenkreis, der in seiner Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt ist, wie Demenzkranke, Menschen mit geistiger Behinderung oder Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen (§ 45a Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Dies wird durch den MDK festgestellt.
- Die Auszahlung des Betrages von 460 Euro erfolgt nur zweckgebunden für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen. Diese sind in § 45b SGB XI abschließend benannt:
 - Kosten für die Inanspruchnahme von Tages-, Nachtpflege- oder Kurzzeitpflegeangeboten einschließlich von bereits im Zusammenhang mit diesen Angeboten entstandenen und bisher im Rahmen der Pflegeversicherung ungedeckten Kosten;
 - besondere Angebote für die allgemeine Betreuung und Anleitung durch zugelassene Pflegedienste (also nicht für Leistungen, die bereits als Grundpflege oder hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der entsprechenden Pflegestufe erbracht werden);
 - sonstige regionale Betreuungs- und Entlastungsangebote, so genannte niedrigschwellige Betreuungsangebote. Diese müssen nach Landesrecht anerkannt sein. Die regionale Anbindung des Anerkennungsverfahrens wurde als sinnvoll und zweckmäßig angesehen, weil letztlich nur in der Region ganz konkret beobachtet und entschieden werden kann, ob das einzelne Betreuungsangebot auch tatsächlich die Qualitätsanforderungen erfüllt. Diese Qualitätsanforderungen sind allerdings niedrig gehalten. Sie entsprechen keineswegs den Anforderungen, die bei zugelassenen Pflegeeinrichtungen gesetzlich vorgesehen sind. Nach den gesetzlichen Vorgaben setzt die Anerkennung lediglich ein Konzept zur Qualitätssicherung voraus, aus dem sich ergibt, dass eine angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit gesichert ist. Diese Mindestanforderungen sind erforderlich, um sicherzustellen, dass nicht jeder, der für sich reklamiert, ein solches Betreuungsangebot seriös zur Verfügung zu stellen, ohne jegliche „Kontrolle“ die Betreuung Pflegebedürftiger übernehmen kann. Hier gilt es unter anderem, Missbrauch zum Schaden der einzelnen Pflegebedürftigen zu vermeiden.

Im Gesetz sind in Betracht kommende niedrigschwellige Angebote beispielhaft aufgezählt (§ 45c Abs. 3 Satz 5 SGB XI): Betreuungsgruppen für Demenzkranke, Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich, die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helfer, Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige sowie Familienentlastende Dienste.

Es ist also ein sehr flexibles Angebot angestrebt, das bis zu einer Betreuung im Rahmen von so genannten „Tagesmüttermodellen“ reichen soll. Das heißt, dass grundsätzlich auch die Betreuung durch Einzelpersonen nach dem Gesetz vorgesehen ist. Allerdings müssen dies Personen sein, die Betreuungsleistungen nicht allein aufgrund familiärer, freundschaftlicher oder verwandtschaftlicher Beziehungen zum Pflegebedürftigen erbringen, da der Betreuungsbetrag keine pauschale Pflegegelderhöhung, sondern die Förderung von infrastrukturellen Effekten, insbesondere zur Entlastung von Familienangehörigen, bezweckt.

- Die Kosten für die zusätzlich in Anspruch genommenen Betreuungsangebote müssen der Pflegekasse dargelegt werden. Werden in einem Jahr die 460 Euro nicht ausgeschöpft, kann der Rest in das Folgejahr übertragen werden.

1.2. Beratungseinsätze gemäß § 37 Abs. 3 bis 5 SGB XI

Bestehende Beratungsangebote für Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörigen wurden verbessert und erweitert, insbesondere durch Ausbau beratender Hilfen im häuslichen Bereich. Da demenziell erkrankte Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörigen in besonderer Weise der Hilfestellung und Beratung im häuslichen Bereich bedürfen, um den mit hohen physischen und psychischen Belastungen verbundenen Pflegealltag besser bewältigen zu können, erhielten sie einen Anspruch auf einen zweiten Beratungsbesuch in dem gesetzlich vorgeschriebenen Intervall (d. h. bei Pflegestufen I und II zweimal halbjährlich, bei Pflegestufe III zweimal vierteljährlich). Im Interesse aller Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen wurde der in § 37 Abs. 3 SGB XI vorgesehene Pflege-Pflichteinsatz stärker als Beratungsbesuch ausgestaltet, der durch die Vorgabe eines bundeseinheitli-

chen Standards eine entscheidende Qualifizierung erfahren soll. Gemäß § 37 Abs. 5 SGB XI wurde den Spitzenverbänden der Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene die Aufgabe übertragen, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche zu beschließen.

1.3. Pflegekurse für Pflegepersonen gemäß § 45 SGB XI

Die Pflegekurse haben eine wichtige Funktion zur Sicherstellung der Qualität der pflegerischen Versorgung der zu Hause gepflegten Pflegebedürftigen und zur Erleichterung der Pflegetätigkeit für die pflegenden Angehörigen. Schon bisher war es den Pflegekassen möglich, sicherzustellen, dass neben der theoretischen Wissensvermittlung auch praktische Anleitung im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen erfolgt, soweit dies von dem Pflegebedürftigen und den betroffenen Angehörigen gewünscht wird. Die bisherige Praxis der Pflegekassen beruhte insoweit auf einer „Kann“-Vorschrift. Mit einer Änderung in § 45 SGB XI (nunmehr „Soll“-Vorschrift) wird die Möglichkeit von Schulungen im häuslichen Umfeld stärker betont und in das Blickfeld der Pflegekassen gerückt. Diese Änderung war Teil des zum 1. Januar 2002 in Kraft getretenen Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (PQsG).

2. Verlängerung der Leistungspauschalen im Heim bis 31. Dezember 2004

Das PflEG sieht als weitere Änderung im Recht der Pflegeversicherung eine Verlängerung der zum 31. Dezember 2001 ausgelaufenen Übergangsregelung über die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen um drei Jahre vor. Gleichzeitig wird die Regelung des § 43 Abs. 5 SGB XI über die stationären Leistungspauschalen um ebenfalls drei Jahre verlängert.

Entsprechend einer im Rahmen der Konsensgespräche zum Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung – GMG – getroffenen Vereinbarung soll die Finanzverantwortung für die medizinische Behandlungspflege in zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen erst ab 2007 auf die gesetzliche Krankenversicherung übertragen werden.

3. Übersicht über die Leistungen der Pflegeversicherung

		Pflegestufe I erheblich Pflegebedürftige	Pflegestufe II Schwerpflege- bedürftige	Pflegestufe III Schwerst- pflegebedürftige (in Härtefällen)
Häusliche Pflege	Pflegesachleistung bis € monatlich	384	921	1.432 (1.918)
	Pflegegeld € monatlich	205	410	665
Pflegevertretung – durch nahe Angehörige – durch sonstige Personen	Pflegeaufwendungen für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr bis €	205¹ 1.432	410¹ 1.432	665¹ 1.432
Kurzzeitpflege	Pflegeaufwendungen bis € im Jahr	1.432	1.432	1.432
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	Pflegeaufwendungen bis € monatlich	384	921	1.432
Ergänzende Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemei- nem Betreuungsbedarf	Leistungsbetrag bis € jährlich	460	460	460
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen pauschal € monatlich	1.023	1.279	1.432 (1.688)
Pflege in vollstationären Einrichtungen für be- hinderte Menschen	Pflegeaufwendungen in Höhe von	10 % des Heimentgelts, höchstens 256 € monatlich		
Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen bis € monatlich	31		
Technische Hilfsmittel	Aufwendungen in Höhe von	90 % der Kosten, unter Berücksichtigung von höchstens 25 € Eigenbeteiligung je Hilfsmittel		
Maßnahmen zur Ver- besserung des Wohn- umfeldes	Aufwendungen in Höhe von bis zu	2.557 € je Maßnahme, unter Berücksichtigung einer ange- messenen Eigenbeteiligung		
Zahlung von Renten- versicherungsbeiträgen für Pflegepersonen	je nach Umfang der Pflegetätigkeit ² bis € monatlich (Beitrittsgebiet)	123 (103)	247 (207)	371 (311)

¹ Auf Nachweis werden den ehrenamtlichen Pflegepersonen notwendige Aufwendungen (Verdienstausschlag, Fahrkosten usw.) bis zum Gesamtbetrag von 1 432 Euro erstattet.

² Bei wenigstens 14 Stunden Pflegetätigkeit pro Woche, wenn die Pflegeperson keiner Beschäftigung von über 30 Stunden nachgeht und sie noch keine Vollrente wegen Alters bezieht.

C. Umsetzung und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

I. Zur allgemeinen Situation der Pflegeversicherung

1. Wichtiger Baustein im System der sozialen Sicherheit

Die Pflegeversicherung hat sich in den zehn Jahren ihres Bestehens trotz einer vielfach kritischen Berichterstattung – insbesondere im Zusammenhang mit bekannt gewordenen Missständen in Pflegeheimen – als ein wichtiger Baustein bei der Absicherung sozialer Risiken erwiesen, der bereits vielen Menschen geholfen hat und weiterhin helfen wird.

Die Akzeptanz der Pflegeversicherung in der Bevölkerung ist weiterhin sehr groß. Die Veränderungen durch die Pflegeversicherung werden durch die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen ganz überwiegend positiv bewertet.

Die Pflegeversicherung ist vor diesem Hintergrund unbestreitbar ein Erfolg in der Geschichte unserer sozialen Absicherung und aus dem Sozialsystem der Bundesrepublik Deutschland nicht mehr wegzudenken, auch wenn es Schwächen bei der Ausgestaltung und Probleme – z. B. bei der Einbeziehung von Demenzzkranken – gibt. Diese Probleme betreffen jedoch die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und können nicht die getroffenen Grundentscheidungen zur Konzeption und inhaltlichen Ausgestaltung der sozialen Absicherung des Pflegerisikos in Frage stellen.

Bei der Bewertung der bisherigen Bilanz der Pflegeversicherung ist auch mit zu berücksichtigen, dass bei Einführung der Pflegeversicherung Schwächen und Zukunftsrisiken bewusst in Kauf genommen wurden, um den Beginn der Pflegeversicherung nicht weiter zu verschieben oder ein Scheitern des Vorhabens insgesamt zu verhindern. Angesichts der nach wie vor geltenden Rahmenbedingungen für die Durchführung und die Leistungen der Pflegeversicherung, hier ist insbesondere der gesetzlich festgelegte Beitragssatz von 1,7 v. H. zu nennen, bestehen derzeit für notwendige und/oder sinnvolle Veränderungen vielfach keine finanziellen Spielräume.

1.1. Zur Forderung nach Integration der sozialen Pflegeversicherung in die gesetzliche Krankenversicherung

Noch immer wird vereinzelt die Forderung erhoben, die soziale Pflegeversicherung in die gesetzliche Krankenversicherung zu integrieren. Der Zweite Bericht zeigt die Vor- und Nachteile dieses Vorschlages auf und verdeutlicht, warum die Bundesregierung eine eigenständige Pflegeversicherung weiterhin für notwendig hält. Diese Ausführungen haben auch heute noch Gültigkeit.

1.2. Entschließung des Deutschen Bundestages

Auf Antrag der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Bundestagsdrucksache 14/8864) hat der Deutsche Bundestag eine Entschließung zur Fortentwicklung der Pflegeversicherung gefasst. In dieser Entschließung bestätigt der Deutsche Bundestag die Bedeutung der Pflegeversicherung für das System der sozialen Sicherung als ergänzender Zweig der Sozialversicherung, auf den sich die Pflegebedürftigen verlassen können. Die Pflegeversicherung wird sich weiterhin als Sachwalter für die Belange und Interessen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen im System der sozialen Sicherung einsetzen. Vor diesem Hintergrund hält der Deutsche Bundestag weitere Schritte zur Fortentwicklung der Pflegeversicherung für erforderlich und dabei hebt er vor allem folgende Maßnahmen hervor:

1. Die mit dem PQsG und dem PfLEG geschaffenen Instrumentarien müssen in der Praxis zügig umgesetzt werden.
2. Die Rechte des Pflegebedürftigen gegenüber allen an seiner Pflege und Betreuung Beteiligten müssen weiter gestärkt werden.
3. Die Entwicklung neuer Versorgungs- und Betreuungsformen der häuslichen, teilstationären und vollstationären Pflege muss gezielt weiter gefördert werden.
4. Zur besseren Überleitung vom Krankenhaus in die häusliche Pflege bedarf es der Schaffung neuer sinnvoller Strukturen.
5. Für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege soll in größerem Umfang modellhaft die Einführung Systemgrenzen überschreitender persönlicher Budgets ermöglicht werden.
6. Zur Förderung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ soll die Einführung von SGB V-finanzierten Budgets in der Pflegeversicherung für die geriatrisch-medizinische Rehabilitation Pflegebedürftiger geprüft werden.
7. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 3. April 2001 zum Familienlastenausgleich sollte in Form einer Freibetragsregelung für Eltern mit Kindern umgesetzt werden.

1.3. Koalitionsvereinbarung vom 16. Oktober 2002

Unter der Überschrift „Humane Pflege“ vereinbarten die Koalitionsfraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN für die 15. Legislaturperiode:

- Die Pflegeversicherung muss leistungsfähig erhalten und weiterentwickelt werden. Es geht im Sinne einer ganzheitlichen Pflege vor allem um die Sicherung der Qualität und eine bedarfsgerechte Versorgungsinfrastruktur im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich.

- Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Familienlastenausgleich bei der Pflege wird fristgerecht umgesetzt.
- Die bestehenden Konflikte zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegeversicherung sind zu lösen und es ist für eine abgestimmte Aufgaben- und Finanzierungsverteilung zwischen ihnen zu sorgen. Der Pflege ist im Rahmen der integrierten Versorgung ebenso wie in der Rehabilitation ihr Platz zu sichern. Die Rechte der Pflegebedürftigen werden gestärkt.

1.4. Kommission zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme

Die von der Bundesregierung eingesetzte Kommission zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme (Rürup-Kommission) hat sich auch mit der sozialen Pflegeversicherung befasst. Aufgabe der Kommission war die Erarbeitung eines Reformkonzepts, das die Pflegeversicherung zukunftssicher macht, Nachhaltigkeit in der Finanzierung sicherstellt und ein Leistungsspektrum vorsieht, das die Akzeptanz des Systems dauerhaft sichert. Die Rürup-Kommission hat sich nach Abwägung aller Vor- und Nachteile verschiedener Reformalternativen – zum Teil von erheblicher sozial-finanz- und ordnungspolitischer Tragweite – im Ergebnis mehrheitlich für ein Konzept der nachhaltigen Stärkung der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung mit einem intergenerativen Ausgleich ausgesprochen.

Das am 28. August 2003 vorgelegte Gesamtkonzept enthält folgende Vorschläge für den Leistungs- und Finanzierungsbereich der Pflegeversicherung:

- Die Leistungen der Pflegeversicherung sollten dauerhaft mit 2,25 v. H. pro Jahr dynamisiert werden.
- Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (dazu gehören insbesondere demenziell Erkrankte) sollten in der Pflegeversicherung stärker berücksichtigt werden: Im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sollte zu dem im Bereich der Grundpflege festgestellten zeitlichen Hilfebedarf ein pauschaler Zeitzuschlag von 30 Minuten täglich hinzuaddiert werden.
- Die Finanzierungszuständigkeit für die medizinische Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen sollte auf die GKV übertragen werden.
- Die Pflegesachleistungsbeträge bei ambulanter und stationärer Pflege sollten angeglichen werden. Im stationären Bereich sollten sie in der Pflegestufe I und II abgesenkt, im häuslichen Bereich angehoben und für beide Bereiche auf 400 Euro und 1 000 Euro festgelegt werden. In der Pflegestufe III wird für beide Bereiche der Betrag auf 1 500 Euro angehoben.

Für diejenigen, die sich bereits im Heim befinden, würde Vertrauensschutz gelten.

- Zur Umsetzung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts zum Familienlastenausgleich in der sozialen Pflegeversicherung wurde die Einführung eines Beitragszuschlags von 2 Euro monatlich für Kinderlose als mögliche Umsetzungsalternative angesehen.
- Für die aktive Generation sollte der Beitragssatz langfristig auf 1,7 v. H. begrenzt werden, paritätisch zu finanzieren.
- Ab 2010 sollte dieser Beitrag in Höhe von 1,7 v. H. aufgeteilt werden in:

1. einen allgemeinen Beitrag i. H. v. zunächst 1,2 v. H., der unmittelbar der sozialen Pflegeversicherung zufließt,
2. eine Sparprämie i. H. v. zunächst 0,5 v. H., die von den heute Aktiven für das Ansparen eines Kapitalstocks verwendet wird. Hierfür sollten zentral verwaltete, private Pflegekonten für die einzelnen Versicherten eingerichtet (Pflegekonten ggf. geführt bei der BfA). Das auf dem privaten Pflegekonto angesammelte Kapital (nicht vererbbar) würde später dem Einzelnen als „Leibrente“ ausgezahlt, um die im Rentenalter höhere Beitragsbelastung durch den nachfolgend erwähnten zusätzlichen Ausgleichsbetrag der Rentner aufzufangen.

Der allgemeine Beitrag würde schrittweise von 1,2 v. H. auf 1,7 v. H. ansteigen, korrespondierend würde der Sparanteil reduziert, damit der Gesamtbeitragssatz für die Aktiven dauerhaft 1,7 v. H. nicht überschreitet.

- Ab 2010 sollte die Erhebung eines Ausgleichsbeitrages für heutige und zukünftige Rentner in Höhe von 2 v. H. des beitragspflichtigen Einkommens erhoben werden. Der Gesamtbeitrag auf Renten stiege damit im Jahr 2010 auf 3,2 v. H. (1,2 v. H. allgemeiner Beitrag und 2 v. H. Ausgleichsbetrag an die soziale Pflegeversicherung). Davon würden nach derzeitigem Recht 2,6 v. H. von den Rentnern getragen, gegenüber bisher 0,85 v. H.

Der Ausgleichsbetrag der Rentner müsste in Zukunft angehoben werden, damit die Pflegeleistungen langfristig auf dem vorgesehenen Niveau finanzierbar bleiben. Die Belastung durch den Anstieg des Ausgleichsbeitrages könnte jedoch durch die zusätzliche Rente aus dem privaten Pflegekonto kompensiert werden. Im Ergebnis würde so die zusätzliche Netto-Belastung der Rentner bei durchschnittlich 2,1 v. H. über den gesamten Rentenbezugszeitraum liegen.

Die Vorschläge der Kommission zur Erreichung dieser Ziele gehen in die Diskussion über die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ein.

2. Aktuelle gesetzgeberische Vorhaben

2.1. Umsetzung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts zum Familienlastenausgleich in der Pflegeversicherung

Mit Urteil vom 3. April 2001 zum Familienlastenausgleich in der sozialen Pflegeversicherung hat das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber aufgegeben, bis zum 31. Dezember 2004 eine Regelung zu treffen, die Mitglieder mit Kindern gegenüber kinderlosen Beitragszahlern beitragsmäßig besser stellt. Dieses Urteil wird wie folgt umgesetzt:

- Kinderlose Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung werden mit einem Beitragszuschlag in Höhe von 0,25 Beitragsatzpunkten belastet.
- Kinderlose Mitglieder, die vor dem 1. Januar 1940 geboren sind, werden von der Erhöhung der Beitragsbelastung ausgenommen.
- Begründung: Das Bundesverfassungsgericht führt in seinem Urteil aus, dass die „Benachteiligung der beitragspflichtigen Versicherten mit Kindern gegenüber kinderlosen Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung, die jeweils der Generation der Beitragszahler angehören“, vom Gesetzgeber solange vernachlässigt werden konnte, wie eine deutliche Mehrheit der Versicherten Erziehungsleistungen erbracht hat. Der Gesetzgeber kann unter solchen Umständen von seinem Recht zur Generalisierung Gebrauch machen und von einer die Erziehungsleistung berücksichtigenden Differenzierung der Beiträge absehen.“ Weiterhin führt das Bundesverfassungsgericht aus, dass in Deutschland „seit Mitte der sechziger Jahre die Zahl der Lebendgeborenen je Frau von 2,49 in rascher Folge auf mittlerweile 1,3 gesunken“ sei.
- Die bis 1940 geborenen Jahrgänge haben noch in so ausreichendem Maße Kinder geboren und erzogen, dass sich das Ausgleichserfordernis zwischen Kindererziehenden und Kinderlosen nach den Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts noch nicht stellte. Erst durch die – von der älteren Generation nicht mehr zu verantwortende – Entwicklung der Kinderzahlen ab Mitte der Sechzigerjahre entsteht das Ausgleichserfordernis.
- Der um 0,25 v. H. erhöhte Beitrag ist von dem Mitglied zu tragen. Es ist sichergestellt, dass das Existenzminimum unangetastet bleibt. Es gibt kein zusätzliches Beitragsabführungsverfahren.
- Der erhöhte Beitrag ist nicht zu zahlen, wenn die Elterneigenschaft des Mitglieds der beitragsabführenden Stelle nachgewiesen wird oder ihr bereits aus anderem Anlass bekannt ist. Berücksichtigt werden auch Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder. Eltern, deren Kind nicht mehr lebt, gelten trotzdem nicht als kinderlos.
- Das Gesetz sieht keine konkrete Form des Nachweises vor. Es sollen alle Urkunden berücksichtigt werden können, die geeignet sind, zuverlässig die Elterneigenschaft des Mitglieds zu belegen.

– Es wird eine Übergangsregelung vorgesehen, nach der in der Übergangszeit vom Inkrafttreten des Gesetzes bis zum 30. Juni 2005 die Vorlage des Nachweises der Elterneigenschaft zurückwirkt bis zum 1. Januar 2005. Es erfolgt also eine Rückabwicklung.

– Die Beitragserhöhung für Kinderlose führt in der sozialen Pflegeversicherung zu einer Einnahmeverbesserung von rd. 700 Mio. Euro jährlich, sodass der Beitragssatz bis in das Jahr 2008 hinein stabil gehalten werden kann. Dadurch wird zeitlich die gründliche Vorbereitung einer umfassenden Pflegereform ermöglicht.

2.2 Weiterer Handlungsbedarf in der Pflege

Die mit der demographischen Entwicklung verbundene Alterung der Gesellschaft bedeutet für alle Sozialversicherungszweige, insbesondere auch für die Pflege eine erhebliche Herausforderung. Notwendig sind vor allem:

- Maßnahmen zur Stärkung der häuslichen Pflege;
- Entwicklung neuer Wohnformen für Pflegebedürftige, aber auch insgesamt für alte Menschen;
- eine bessere Berücksichtigung des besonderen Hilfebedarfs demenziell erkrankter Menschen. Neben den rein pflegerischen Leistungen werden ergänzende Dienste wie hauswirtschaftliche Unterstützung und Alltagsbegleitung eine zunehmende Bedeutung gewinnen;
- eine Vernetzung der Hilfeangebote; es müssen durchlässige Versorgungsketten geschaffen werden;
- die Aufhebung der Trennung von ambulant und stationär, d. h. Angleichung der Leistungsbeträge ambulant und stationär;
- Maßnahmen zur Personalgewinnung im Pflegebereich;
- in Aus-, Fort- und Weiterbildung müssen die Pflegekräfte auf die besonderen Anforderungen der zunehmenden Zahl demenziell Erkrankter sowie der Migranten vorbereitet werden;
- Strategien zur Einbeziehung bürgerschaftlichen Engagements in die Pflege.

Der Handlungsbedarf in der Pflegeversicherung erfordert erhebliche Reformanstrengungen, vor allem aber auch die Antwort auf die Frage, ob und in welchem Umfang die Gesellschaft bereit ist, für die Pflege künftig mehr Finanzmittel zur Verfügung zu stellen. Dafür ist eine breite gesellschaftliche Diskussion erforderlich, um eine Balance herbeizuführen zwischen notwendigen und wünschenswerten Leistungsverbesserungen einerseits und damit verbundener finanzieller Belastung andererseits. Diese notwendige, gesellschaftlich breit angelegte Diskussion über die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und ihre nachhaltige Finanzierung soll nun mit Nachdruck in Gang gesetzt und zügig zu einem Ergebnis gebracht werden. Eine Reform kann auch in Stufen realisiert werden.

3. **Stand der Umsetzung des Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG)**

Die Vorschriften des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes lassen sich im Kern drei Regelkreisen zuordnen:

- Regelungen zur Qualität und Qualitätssicherung pflegerischer Leistungen,
- Regelungen zur Neustrukturierung der vertraglichen Vereinbarungen zwischen Einrichtungsträgern und Kostenträgern,
- Regelungen zum Verbraucherschutz.

3.1. **Qualität und Qualitätssicherung**

3.1.1. **Entwürfe für eine Verordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen (Pflege-Prüfverordnung – PflegePrüfV) sowie für ein Fünftes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz – 5. SGB XI-ÄndG)**

Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) bedarf zur weiteren Umsetzung der Regelungen zur Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung des Erlasses einer Verordnung. Die Bundesregierung hat hierzu den Entwurf der Pflege-Prüfverordnung nach § 118 SGB XI vorgelegt. Kernstück des Verordnungsentwurfes war die Prüfhilfe, die einen „Erhebungsbogen zur Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und von Prüfungen zur Erteilung eines Leistungs- und Qualitätsnachweises in zugelassenen Pflegeeinrichtungen“ – getrennt für die Bereiche ambulant und stationär – vorgesehen hat. Allerdings wurde der Verordnungsentwurf am 27. September 2002 im Bundesrat abgelehnt. Zur Begründung beruft sich der Bundesrat maßgeblich darauf, dass die gesetzliche Regelungssystematik des PQsG, die neben der Qualitätsprüfung durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und die Heimaufsichten zwingend auch Prüfungen zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen (LQN) durch unabhängige Sachverständige und Prüfstellen vorsieht, zu verwaltungsaufwendig sei.

Vor diesem Hintergrund hat das BMGS im Juni 2003 einen Referentenentwurf für ein Fünftes Änderungsgesetz zum SGB XI vorgelegt, der den Anliegen der Länder Rechnung trägt. Die vorgeschlagenen Anschlussregelungen halten dabei an der doppelgleisigen Grundphilosophie des PQsG fest, die internen und externen Maßnahmen der Qualitätssicherung sachgerecht zu verknüpfen. Dies wird u. a. dadurch erreicht, dass regelmäßig vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung durchzuführende Qualitätsprüfungen durch Qualitätstestate unabhängiger Prüfer (Testatprüfer) ersetzt werden können. Die Neustrukturierung anerkennt damit, dass die Einrichtungen und ihre Verbände vor dem Hintergrund der durch das PQsG verstärkt geführten Qualitätsdiskussion nicht

untätig geblieben sind und vielfältige Initiativen ergriffen haben, Qualitätsdefizite auf der Grundlage von entsprechenden Verfahren systematisch zu erkennen und gezielt zu bekämpfen. Daher hält der Gesetzentwurf eine stärkere Anerkennung einrichtungsbezogener Ansätze zur Qualitätssicherung und -entwicklung für verantwortbar. Dies gilt auch für die vorgesehene Verlängerung der vorgeschriebenen Prüfintervalle von zwei auf drei Jahre. Durch die Neuregelungen soll zudem den Vertragspartnern der Pflegeselbstverwaltung die von ihnen reklamierte Verantwortung zur Regelung der Qualität und Qualitätssicherung in stärkerem Umfang als nach dem PQsG übertragen werden.

Die Anforderungen an die MDK-Prüfungen werden daher durch die Spitzenverbände der Pflegekassen auf der Grundlage der neuen Rahmenvorschrift des § 113 durch Richtlinien näher festgelegt. In der Rahmenvorschrift werden unter Beachtung der verfassungsrechtlichen und praktischen Erfordernisse

1. die Prüfgegenstände vorformuliert und
2. die Erhebungsmerkmale an den Prüfebene der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ausgerichtet.

Eine stärkere Einbindung der Vertragspartner wird auch daran deutlich, dass die Anforderungen an die Prüfverfahren, mit denen die Pflegeeinrichtungen Qualitätsprüfungen des MDK ersetzen können (Testatprüfungen), von den Vertragsparteien nach § 80 SGB XI vereinbart werden.

Mit dem vorgeschlagenen Regelungskonzept wird zudem ein übermäßiger Prüfaufwand für die Pflegeeinrichtungen vermieden.

3.1.2. **Qualitätssicherung durch die Pflegeeinrichtungen und Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung**

Durch das PQsG sind die Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung auf eine neue gesetzliche Grundlage gestellt worden. Das Prüfverfahren und die Prüfrechte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung wurden gesetzlich abgesichert. Die Prüfrechte wurden konkretisiert, sodass nun beispielsweise in bestimmten Fällen unangemeldete sowie nächtliche Prüfungen möglich sind. Auf dieser Rechtsgrundlage führt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Qualitätsprüfungen in den zugelassenen Pflegeeinrichtungen durch (vgl. C.X.). Hinzu kommt, dass bei diesen Prüfungen nach neuem Recht auch Vertreter des Prüfunternehmens MEDICPROOF GmbH der privaten Pflegeversicherungsunternehmen hinzugezogen werden können. Dies ist bislang in Einzelfällen auch geschehen.

Darüber hinaus arbeiten die Einrichtungsträger und ihre Verbände im Sinne der Zielsetzungen des PQsG über die bereits eingeführten Maßnahmen hinaus an der systematischen Qualitätssicherung sowie der Einführung von Qualitätsmanagementsystemen in den Pflegeeinrichtungen.

3.1.3. Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht

Nach Angaben der Spitzenverbände der Pflegekassen haben die Novellierung des Heimgesetzes und das PQsG zu einer wesentlichen Vereinfachung der Zusammenarbeit zwischen den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung und der Heimaufsicht geführt. Die Prüfaufgaben der beiden Prüfinstitutionen werden im Interesse der Verwaltungsvereinfachung besser aufeinander abgestimmt (vgl. C.X.).

3.2. Regelungen zur Neustrukturierung der vertraglichen Vereinbarungen zwischen Einrichtungsträgern und Kostenträgern

3.2.1. Abschluss von Versorgungsverträgen unter Beachtung der Neuregelungen zum betriebsinternen Qualitätsmanagement

Seit Inkrafttreten des PQsG werden die Träger, die für ihre Pflegeeinrichtungen den Antrag auf Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI stellen, grundsätzlich aufgefordert, den Pflegekassen ein Konzept zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement (§ 72 Abs. 3 Nr. 3 SGB XI) sowie eine Terminplanung zur Realisierung dieses Konzeptes vorzulegen bzw. eine Verpflichtungserklärung zur Implementierung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements abzugeben. Das Konzept und die geplanten Umsetzungsschritte bzw. die Verpflichtungserklärung werden von den Landesverbänden der Pflegekassen geprüft und bilden entsprechend § 72 Abs. 3 SGB XI eine Voraussetzung für die Erlangung des Versorgungsvertrages.

Angewandt wurde die Neuregelung nach Auskunft der Spitzenverbände der Pflegekassen z. B. in Sachsen bei 187 stationären und 40 ambulanten Pflegeeinrichtungen und im Rheinland bei 29 stationären und 62 ambulanten Pflegeeinrichtungen; vor allem im ambulanten Bereich handelte es sich dabei vorwiegend um Pflegedienste, die ihre Gesellschaftsform wechselten und bei denen infolge dessen auch eine neue Zulassung erforderlich wurde.

Bei bestehenden Pflegeeinrichtungen wird im Rahmen der Qualitätsprüfung nach § 80 SGB XI geprüft, ob und inwieweit die Anforderung zur Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements erfüllt wird.

3.2.2. Abschluss von Versorgungsverträgen unter Beachtung der Neuregelungen zur Rahmenfrist der ausgebildeten Pflegefachkraft

Die verlängerte Rahmenfrist nach § 71 Abs. 3 SGB XI wird nach Angaben der Spitzenverbände der Pflegekassen nur in seltenen Fällen in Anspruch genommen. In der Regel wird die praktische Berufserfahrung der Pflegefachkraft, unter deren ständiger Verantwortung die Pflege, Versorgung und Betreuung in der zugelassenen Pflegeeinrichtung erfolgt, innerhalb von fünf Jahren erfüllt. Nach Auskunft der Spitzenverbände der Pflege-

kassen gibt es allerdings immer noch einige Pflegeeinrichtungen, in denen – trotz einer siebenjährigen Übergangsfrist – die verantwortliche Pflegefachkraft noch nicht die für ihre Funktion nach den Vereinbarungen nach § 80 SGB XI erforderliche Weiterbildung nachweisen kann.

3.2.3. Vereinbarungen von Personalbedarfs-ermittlungsverfahren oder landesweiten Personalrichtwerten

Die personalbezogenen Vereinbarungen auf Landesebene sind nach Angaben der Spitzenverbände der Pflegekassen in den Ländern unterschiedlich gestaltet. Zu bedenken ist, dass die Verhandlungspartner unterschiedlich viel Zeit brauchen, um sich auf entsprechende Verfahren und gemeinsam akzeptierte Instrumente zu verständigen bzw. Personalrichtwerte festzulegen.

Bereits vor Einführung des PQsG wurde in der Fachöffentlichkeit über Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten diskutiert. Grundsätzlich können Messverfahren zwei Klassen zugeordnet werden: zustandsbezogenen (z. B. RAI/RUG, FIM, Barthel-Index) oder handlungsbezogenen (z. B. P.L.A.I.S.I.R.[©], PERSYS). Mit § 75 Abs. 3 SGB XI hat der Gesetzgeber des PQsG die Vertragsparteien zur landesweiten Einführung derartiger Verfahren verpflichtet. In mehreren Ländern (Sachsen, Schleswig-Holstein, Hessen) sind die Vereinbarungspartner an der landesweiten Einführung einer für deutsche Verhältnisse geeigneten Version des kanadischen Pflegeplanungsinstrumentes P.L.A.I.S.I.R.[©] interessiert. Die Ergebnisse der wissenschaftlich durch das KDA begleiteten modellhaften Anwendung des so genannten Kieler Modells in Bremen und Schleswig-Holstein wurden Mitte 2003 veröffentlicht. (Ob P.L.A.I.S.I.R.[©] eingeführt wird hängt vom endgültigen Ergebnis der Verhandlungen mit dem kanadischen Rechteinhaber ab. Zum jetzigen Zeitpunkt erscheint ein Abschluss noch nicht gesichert.)

Als Alternative zur Einführung der genannten Verfahren sieht der Gesetzgeber die Einführung von Personalrichtwerten vor (§ 75 Abs. 3 SGB XI).

In einigen Ländern, wie z. B. in Baden-Württemberg, wurden Personalanzahlzahlen für den stationären Versorgungsbereich in den Rahmenverträgen vereinbart oder es wird an deren Einführung gearbeitet. In Sachsen wurde ein Schiedsstellenverfahren über den Rahmenvertrag zur vollstationären Pflege eingeleitet.

3.3. Neustrukturierung der vertraglichen Vereinbarungen zwischen Einrichtungsträgern und Kostenträgern

3.3.1. Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen

Die Regelung über die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) in § 80a SGB XI stellt sicher, dass seit dem 1. Januar 2002 für alle neu zugelassenen teil- und vollstationären Einrichtungen spätestens zusammen mit

der ersten Pflegesatzvereinbarung eine LQV abzuschließen ist. Für bereits zugelassene Einrichtungen, die noch keine LQV abgeschlossen haben, gilt diese Anforderung seit dem 1. Januar 2004. Nach diesem Zeitpunkt setzt der Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung den Nachweis einer wirksamen LQV zwischen den Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung voraus. Soweit eine Einrichtung nach dem 1. Januar 2004 keine LQV vorweisen kann, dürfen die Kostenträger keine neue Pflegesatzvereinbarung mit der Einrichtung abschließen. Eine Erhöhung des Pflegesatzes ist seit dem 1. Januar 2004 also ohne eine LQV nicht mehr möglich. Die Zahl der Einrichtungen, mit denen bereits eine Leistungs- und Qualitätsvereinbarung abgeschlossen wurde, schwankt in den Ländern erheblich.⁵ Während beispielsweise in Rheinland-Pfalz keine bzw. in Sachsen nur vereinzelt entsprechende Vereinbarungen abgeschlossen wurden, wurde in Berlin bereits mit ca. 30 v. H. und in Baden-Württemberg mit ca. 15 v. H. der Pflegeeinrichtungen eine Leistungs- und Qualitätsvereinbarung abgeschlossen. Aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung zum Abschluss solcher Vereinbarungen seit dem 1. Januar 2004 wird die Zahl der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen im laufenden Jahr sprunghaft ansteigen.

3.3.2. Pflegeheimvergleichsverordnung

Die Umsetzung des PQsG ist wegen der Nichtannahme der Pflegeprüfverordnung durch den Bundesrat insgesamt ins Stocken geraten; dies gilt auch für die neu geschaffene Verordnungsermächtigung zur Pflegeheimvergleichsverordnung.

3.4. Stärkung des Verbraucherschutzes

3.4.1. Erarbeitung und Einsatz von Leistungs- und Preisvergleichslisten

Die Pflegekassen sollen die Pflegebedürftigen bei der Auswahl von Pflegeeinrichtungen unterstützen, indem sie Informationen und Beratung über Leistungen und Preise von Pflegeeinrichtungen bereitstellen. Den Pflegebedürftigen wird es damit erleichtert, ihr Wahlrecht nach § 2 Abs. 2 SGB XI auszuüben. In diesem Rahmen werden auch die Leistungs- und Preisvergleichslisten (§ 7 Abs. 3 SGB XI) eingesetzt. Je nach Beratungskonzept der Pflegekassen wurden die bisherigen Preisvergleichslisten auch schon vor Inkrafttreten des PQsG um Leistungsangaben ergänzt angeboten, im Rahmen von Beratungsgesprächen eingesetzt und den Leistungsbescheiden beigefügt. Die weitere Verbreitung der Leistungs- und Preisvergleichslisten ist nach Angaben der Pflegekassen auch von der Zahl der Einrichtungen abhängig, die eine Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nach § 80a SGB XI abgeschlossen haben, da nach dem gesetzgeberischen Konzept die Inhalte dieser Vereinbarungen auch für die Erstellung der Leistungs- und Preisvergleichslisten genutzt werden sollen.

⁵ Angaben beruhen auf Datenmaterial vom September 2003.

3.4.2. Eigenständige oder arbeitsteilige Wahrnehmung der Beratungspflicht

Die Beratung ihrer Versicherten ist für die Pflegekassen vor Ort – mit ihren zum Teil flächendeckenden Geschäftsstellennetzen – eine der wesentlichen Aufgaben. Diese Beratung erfolgt im persönlichen Gespräch in einem Kundencenter oder ggf. auch in der Häuslichkeit des Versicherten. Unterstützt werden persönliche Kontakte durch die zahlreichen Broschüren, die die Pflegekassen zu den verschiedenen Fragestellungen rund um die Pflegeversicherung (z. B. Pflegetagebuch) aufgelegt haben und ihren Versicherten kostenlos zur Verfügung stellen.

Von der Möglichkeit, sich aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsangeboten anderer Träger zu beteiligen (§ 7 Abs. 4 SGB XI), machen die Pflegekassen in der Regel nur dann Gebrauch, wenn aufgrund der Struktur der jeweiligen Pflegekasse (z. B. zentralisierte Organisationsform, kein Einsatz von Pflegefachkräften) eine eigene ortsnahe Beratung nicht sicherzustellen ist.

In Baden-Württemberg haben einige Kassen unter Federführung des Sozialministeriums einen Rahmenvertrag geschlossen, wonach Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen und andere qualifizierte Beratungsstellen im Auftrag der Kranken- und Pflegekassen Einzelberatungen, Hilfeplanungen und Hilfevermittlungen erbringen können. Eine vertragliche Vereinbarung dazu wird bei Bedarf jeweils auf örtlicher Ebene abgeschlossen.

Auch die privaten Pflegeversicherungsunternehmen sehen das Erfordernis der Beratung und Information ihrer Versicherten. Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 2002 von der MEDICPROOF GmbH ein Konzept zur Sicherstellung qualifizierter häuslicher Pflegeleistungen erarbeitet. Dabei steht die Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger im Vordergrund. Pflegende Angehörige sollen in die Lage versetzt werden, Pflegeverrichtungen nach anerkannten Grundsätzen der Pflegewissenschaft selbstständig durchzuführen; sie sollen so geschult und beraten werden, dass die heute oft vorzufindenden Überforderungen bei Pflegenden verhindert werden (vgl. auch § 45 SGB XI).

3.4.3. Durchführung von Pflegeschulung und -anleitung im häuslichen Umfeld

Ihrer Verpflichtung zum unentgeltlichen Angebot von Schulungen für pflegende Angehörige, sonstige ehrenamtlich Pflegende und an der Pflege Interessierte (§ 45 Abs. 1 SGB XI) kommen die Pflegekassen durch Pflegekurse, die von eigenen Pflegefachkräften oder beauftragten Vertragspartnern durchgeführt werden, sowie durch Schulungen in der Häuslichkeit nach.

3.4.4. Schriftliche Pflegeverträge bei häuslicher Pflege

Seit dem 1. Januar 2002 haben Pflegedienste mit Pflegebedürftigen einen Pflegevertrag abzuschließen und so-

wohl den Pflegebedürftigen als auch der Pflegekasse eine Ausfertigung des Vertrages auszuhändigen (§ 120 Abs. 2 SGB XI). Damit soll mehr Transparenz und Rechtssicherheit geschaffen werden. Der Verpflichtung, einen Pflegevertrag mit den Pflegebedürftigen abzuschließen, kommen die Pflegedienste nach Auskunft der Spitzenverbände der Pflegekassen in der Regel nach. Der Verpflichtung zur Vorlage des Pflegevertrages bei den Pflegekassen kommen die Pflegeeinrichtungen allerdings nur sehr zögerlich nach.

Mit dem Ziel, das Verfahren zu erleichtern, sind in einer Reihe von Ländern zwischen den Pflegekassen und den Pflegeeinrichtungen Musterverträge vereinbart worden bzw. befinden sich zurzeit noch in der Abstimmung. Soweit eine gemeinsame Absprache nicht möglich war, haben einige Pflegekassen ein solches Muster erarbeitet und stellen dieses auch per Internet zur Verfügung.

Die Pflegeverträge werden von den Pflegekassen auch im Rahmen der Abrechnungsprüfung herangezogen. Überprüfungen des Inhalts der Pflegeverträge durch einzelne Kassen machen deutlich, dass die Vereinbarungen im Wesentlichen den Hilfebedarf des Pflegebedürftigen widerspiegeln und mit den tatsächlich erbrachten Leistungen übereinstimmen.

4. Stand der Umsetzung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (PflEG)

Die Länder sowie die Spitzenverbände der Pflegekassen wurden im Juli 2003 gebeten, bis Mitte September über die Umsetzung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (PflEG) seit dessen Inkrafttreten zum 1. Januar 2002 zu berichten. Die einzelnen Länder haben in unterschiedlichem Umfang und zu unterschiedlichen Zeitpunkten zum Stand der Umsetzung Stellung genommen. Da die letzten Berichte im BMGS erst im April 2004 eingingen, wurde den Ländern nochmals die Möglichkeit gegeben, Aktualisierungen nachzureichen, die von einem Teil der Länder auch genutzt wurde. Die Angaben in den Berichten haben daher unterschiedliche Stände, die es bei der Zusammenführung und Bewertung der Daten und Fakten zu berücksichtigen gilt. Die wesentlichen Ausführungen der einzelnen Länder zur Umsetzung des PflEG sind in der Anlage 7 zu diesem Bericht zusammengestellt.

Die Zielrichtung, für die Demenzzkranken zusätzliche niedrigschwellige Versorgungsleistungen zu erschließen und die demenzspezifischen Versorgungsstrukturen zu entwickeln, wird von den Ländern unterstützt und aktiv verfolgt.

Aus den Ländern werden vielfältige Aktivitäten zur Umsetzung des PflEG berichtet. Dabei setzen diese unterschiedliche Schwerpunkte. Auch das Tempo der Umsetzung war bisher unterschiedlich. Festzustellen ist aber, dass die Umsetzung des PflEG in den ersten beiden Jahren nur zögerlich vorangekommen ist. Nach den Länderberichten ist diese im Gesetzgebungsverfahren nicht offenkundig gewordene Anlaufphase auf verschiedene Gründe zurückzuführen:

- das späte Inkrafttreten der im Gesetz vorgesehenen Verordnungen in zahlreichen Ländern;
- Schwierigkeiten bei der Gewinnung von ehrenamtlichen Pflegepersonen;
- Schwierigkeiten bei der Organisation und Koordinierung von ehrenamtlichen Helfern;
- Zurückhaltung bei den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen, entsprechende Angebote anzunehmen;
- aufwendiges Verfahren in der Anfangsphase, weil verschiedene Förderstrategien der Beteiligten integriert werden müssen;
- zunächst zu klärende haushaltsrechtliche Probleme der Kofinanzierung von Land und Pflegekassen bzw. Bundesversicherungsamt;
- von Antragstellern vorgelegte Förderanträge entsprechen nicht den Fördervoraussetzungen und müssen erst mit den Antragstellern erörtert und sodann nachgebessert werden. Teilweise wird berichtet, dass Antragsteller ihre Anträge ganz zurückgezogen haben;
- die Haushaltssituation in den Ländern und Kommunen.

Das Tempo der Umsetzung des PflEG in den einzelnen Ländern hängt unter anderem auch davon ab, in welchem Umfang an entsprechende Maßnahmen und Strukturen, die schon vor Inkrafttreten des PflEG vorhanden waren, angeknüpft werden konnte. Zum Beispiel konnte dort, wo bereits ein Familienentlastender Dienst (FED) bestand, der bisher schwerpunktmäßig jüngere Behinderte betreut hat, das Angebot an Betreuungsleistungen auch auf ältere Pflegebedürftige mit eingeschränkter Alltagskompetenz erstreckt werden. Eine Erweiterung und ein Ausbau vorhandener Strukturen ist einfacher als ein anfänglicher Aufbau. Während ein Land (Bayern) über 400 Angebote niedrigschwelliger Betreuung vorweist, stehen andere am Anfang und können erst einzelne Angebote angeben.

4.1. Rechtsverordnungen zur Anerkennung und Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und Modellvorhaben

Die Umsetzung des PflEG erfordert den Erlass von Rechtsverordnungen durch die Länder. Die Landesregierungen wurden zum einem nach § 45b Abs. 3 Satz 2 SGB XI ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Anerkennung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote zu bestimmen. Zum anderen wurden sie nach § 45c Abs. 6 Satz 4 SGB XI ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere zu den Voraussetzungen, Zielen, Dauer, Inhalten und Durchführung der Förderung sowie zu dem Verfahren zur Vergabe der Fördermittel für die niedrigschwelligen Betreuungsangebote und die Modellprojekte zu bestimmen.

Im Entwurf des PflEG war ursprünglich ein weniger aufwendiges Anerkennungsverfahren durch die Selbstverwaltung (Pflegekassen) vorgesehen. Dieses wurde jedoch aufgrund von Bedenken der Verfassungsressorts wegen

fehlender verfassungsgemäßer Legitimation der Selbstverwaltung, vor allem aber auch auf Nachdruck der Länder, durch ein Anerkennungsverfahren der Länder ersetzt.

Die nach § 45c Abs. 6 SGB XI vorgesehenen Bundesempfehlungen zur Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote und von Modellprojekten zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen wurden am 24. Juli 2002 verabschiedet. Bereits Anfang 2002 stand der wesentliche Inhalt der Bundesempfehlung fest und war weitestgehend mit den Ländern abgestimmt. Diese konnten daher schon frühzeitig mit den Vorarbeiten zum Erlass der Rechtsverordnungen zur Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote und von Modellprojekten beginnen. Die meisten Länder haben jedoch das Vorliegen der endgültigen Fassung der Bundesempfehlung abgewartet.

Die überwiegende Mehrzahl der Länder hat inzwischen entweder die Rechtsverordnungen zur Umsetzung des PfIEG erlassen oder aus ihrer Sicht in anderer Weise verordnungsgleiche Rahmenbedingungen geschaffen. Teilweise sind für die Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungsangebote sowie für die finanzielle Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und die Förderung von Modellvorhaben nicht zwei verschiedene Rechtsverordnungen erlassen worden, vielmehr wurden beide Regelungsbereiche (Anerkennung und Förderung) in einer Rechtsverordnung zusammen gefasst:

- Die Rechtsverordnungen zur Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungsmaßnahmen (VO nach § 45b Abs. 3 Satz 2 SGB XI) wurden nur von fünf Ländern bereits im Jahre 2002 erlassen (Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz), die anderen folgten im Laufe des Jahres 2003. Nur in Mecklenburg-Vorpommern und im Saarland gab es auch Anfang 2004 noch keine entsprechende Rechtsverordnung.
- Die Rechtsverordnungen zur Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsmaßnahmen und Modellvorhaben (VO nach § 45c Abs. 6 Satz 4 SGB XI) sind überwiegend erst ab Mitte 2003 erlassen worden (nur in zwei Ländern schon Anfang 2003). Vier Länder waren auch Anfang 2004 noch ohne Rechtsverordnung (Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Sachsen). Auf eine Förderverordnung verzichtet haben Brandenburg und Niedersachsen. In Brandenburg wurde anstelle einer Rechtsverordnung zwischen den kommunalen Spitzenverbänden, den Verbänden der Pflegekassen und dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen eine „Rahmenvereinbarung über die Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und von Modellprojekten nach § 45c SGB XI“ abgeschlossen. Die kreisfreien Städte und die Landkreise des Landes Brandenburg können der Vereinbarung beitreten. In Niedersachsen lag zunächst ein Entwurf für eine Förderverordnung vor, nunmehr soll die Förderung aber auf der Grundlage einer Förderrichtlinie erfolgen.

Die Gewichtung zwischen der Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsmaßnahmen einerseits und Mo-

dellvorhaben andererseits wurde unterschiedlich vorgenommen: In Nordrhein-Westfalen werden nur Modellmaßnahmen, demgegenüber werden z. B. in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz vorrangig niedrigschwellige Betreuungsmaßnahmen (Modellvorhaben nur im Rahmen von dann noch verfügbaren Mitteln) gefördert.

4.2. Die Anerkennung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten auf der Grundlage der Rechtsverordnungen in den Ländern

Niedrigschwellige Betreuungsangebote sind Betreuungsangebote, bei denen ehrenamtliche Helferinnen und Helfer unter pflegefachlicher Anleitung die Betreuung dementer Menschen in Gruppen oder auch im häuslichen Bereich übernehmen. Es soll eine möglichst große Vielfalt von zusätzlichen Betreuungsangeboten gewährleistet werden, damit auf die unterschiedlichen Entlastungswünsche der Angehörigen schnell und gezielt reagiert werden kann. Die Anerkennung ist Voraussetzung dafür, dass Pflegebedürftige den neu eingeführten Betreuungsbetrag von 460 Euro je Kalenderjahr für das jeweilige Angebot verwenden dürfen. In den meisten Ländern wurde die Zuständigkeit für die Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungsmaßnahmen einer zentralen Stelle übertragen.

Die Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Demenzkranken war in den Ländern schon vor Inkrafttreten des PfIEG Gegenstand vielfältiger Aktivitäten, insbesondere auch unter dem Gesichtspunkt einer Einbeziehung von ehrenamtlichem oder bürgerschaftlichen Engagement. Daher lässt sich nicht genau trennen, welche Maßnahmen allein aufgrund des PfIEG entstanden sind oder möglicherweise auch ohne dieses Gesetz in diesem oder einem geringeren Umfang bestehen würden. Jedenfalls hat das PfIEG – wie auch aus den Länderberichten hervorgeht – eine neue Dynamik bei der Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung von Demenzkranken unter Einbeziehung niedrigschwelliger Betreuung gebracht.

Als niedrigschwellige Betreuungsangebote finden sich in den einzelnen Ländern im unterschiedlichen Umfang:

- Betreuungsgruppen für Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen,
- Agenturen zur Vermittlung von Betreuungskräften,
- familienentlastende und familienunterstützende Dienste,
- Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen und Helfer,
- Helferinnenkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich,
- Tagesbetreuung in Kleingruppen,
- insbesondere in Bayern Familienpflege-/Dorfhelferinnen-Stationen.

Die Abarbeitung der Anträge auf Anerkennung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten kam nach Angaben einzelner Länder nur schleppend voran, denn die Bearbeitung der Anträge war und ist zeitaufwendig, da zum einen die für eine Anerkennung notwendigen Informationen von den jeweiligen Anbietern nur sehr verzögert an die zuständige Landesbehörde gemeldet werden und sich außerdem in vielen Fällen ein hohes Maß an zu klärenden Detailfragen ergeben hat.

Nur vereinzelt wird berichtet, dass Betreuungsinitiativen eine Anerkennung versagt werden musste, weil sie die Qualitätsanforderungen nicht erfüllten.

In allen Ländern zusammen wurden insgesamt 1 092 niedrigschwellige Betreuungsangebote anerkannt. Allerdings spiegelt die Anzahl der von den Ländern anerkannten Träger nicht unbedingt die Anzahl der Angebote wieder, weil manche Träger mehrere Angebote vorhalten, und die Anzahl von Angeboten erlaubt wegen der unterschiedlichen Anzahl betreuter Pflegebedürftiger in verschiedenen Angeboten keine verlässliche Beurteilung der Versorgungssituation und -dichte in der jeweiligen Region. Die Zahlenangaben, die in der als Anlage 7 beigefügten Tabelle näher nach Ländern aufgeschlüsselt sind, können daher nur eine begrenzte Aussagekraft haben.

Der angestrebte Auf- und Ausbau eines flächendeckenden Netzes mit niedrigschwelligen Betreuungsangeboten, die auf der Grundlage des § 45b SGB XI und der Länderverordnungen anerkannt sind, wird aller Voraussicht nach noch mehrere Jahre in Anspruch nehmen.

Auch die Nachfrage nach Betreuungsmaßnahmen befindet sich noch in der Entwicklung. Es ist davon auszugehen, dass die Entwicklung und der Ausbau von Betreuungsangeboten auch eine Steigerung der Inanspruchnahme der Leistung nach § 45b SGB XI (Betreuungsbetrag in Höhe von 460 Euro im Kalenderjahr) bewirken wird.

4.3 Die Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsmaßnahmen und Modellprojekten

Die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen insbesondere für demente Pflegebedürftige wird mit insgesamt 10 Mio. Euro je Kalenderjahr aus Mitteln der sozialen und privaten Pflege-Pflichtversicherung gefördert. Dabei ist eine Kofinanzierung durch die Länder oder Kommunen in gleicher Höhe vorgesehen, sodass sich insgesamt ein Fördervolumen von 20 Mio. Euro jährlich ergeben kann. Neben der Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten geht es um die Förderung von Modellvorhaben, die eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige, insbesondere demenzkranke Pflegebedürftige, zum Ziel haben. Dabei sollen vor allem Möglichkeiten einer stärker integrativ ausgerichteten Versorgung Pflegebedürftiger ausgeschöpft und auch in einzelnen Regionen Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung aller für demenziell erkrankte Pflegebedürftige erforderlichen Hilfen zur Verbesserung ihrer Versorgungssituation erprobt werden.

In den Länderberichten wird eine Vielzahl an Maßnahmen und Aktivitäten dargestellt. Die Angebotsdichte ist aber regional unterschiedlich ausgeprägt und es gibt kein bundesweit flächendeckendes Angebot an Betreuungsmaßnahmen.

Die nach dem PfIEG vorgesehenen Maßnahmen werden je zur Hälfte aus Mitteln der Pflegeversicherung und Mitteln der Länder bzw. Kommunen finanziert. Innerhalb der Länder werden die Mittel für die geförderten Maßnahmen nach den Rechtsverordnungen der Länder teilweise von dem Land selbst, teilweise von den Kommunen aufgebracht. Teilweise sind die Kommunen grundsätzlich für die Finanzierung zuständig und das Land fördert nur überregionale Projekte bzw. Modellmaßnahmen des Landes. Nur vereinzelt ergibt sich aus den Berichten, dass auch Mittel der Arbeitsverwaltung, wie dies in § 45c Abs. 6 Satz 2 SGB XI ausdrücklich angesprochen wird, einbezogen werden konnten.

Aus vielen Berichten wird deutlich, dass die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft e.V. mit ihren Untergliederungen in den Ländern eine besonders wichtige Rolle bei der Umsetzung des PfIEG spielt und in vielfältiger Weise u. a. als Träger von niedrigschwelligen Betreuungsmaßnahmen, von Modellversuchen sowie von Beratungs- und Koordinierungsstellen auf Landesebene und vor Ort tätig ist.

Die Förderung von niedrigschwelligen Angeboten bleibt noch hinter den Erwartungen zurück. Zum Zeitpunkt der Abfassung der Berichte durch die Länder wurden insgesamt 203 niedrigschwellige Angebote, davon allein in Baden-Württemberg 142 und in Schleswig-Holstein 35, gefördert, in den meisten Ländern gab es noch keine Förderung niedrigschwelliger Angebote. Insgesamt liegen noch 220 Anträge auf eine Förderung vor. Einzelheiten, insbesondere eine Aufschlüsselung nach Ländern, sind der als Anlage 7 beigefügten Tabelle sowie den als Anlage 7 beigefügten Auszügen aus den Länderberichten zu entnehmen.

Die Länder haben verschiedene Maßnahmen zur Gewinnung von Ehrenamtlichen für die Betreuung von Demenzkranken durchgeführt, insbesondere Schulungskurse, gezielte Medien- und Öffentlichkeitsarbeit, direkte Ansprache durch Pflegekräfte von Sozialstationen und durch Beratungs- und Koordinierungsstellen. So wurden z. B. in Brandenburg bis Ende 2003 in insgesamt 10 Schulungskursen mit einem Umfang von 30 Stunden 200 Ehrenamtliche geschult. Insgesamt werden die Erfolge dieser Maßnahmen als noch nicht befriedigend bewertet.

Auch die Förderung von Modellvorhaben im Berichtszeitraum war mit insgesamt elf Modellmaßnahmen nicht ausgeprägt. Auch hierzu sind die Einzelheiten, der genannten Tabelle sowie den als Anlage 7 beigefügten Auszügen aus den Länderberichten zu entnehmen.

Die Modellförderung nach § 45c SGB XI beginnt im Wesentlichen erst am Ende des Berichtszeitraumes (Ende 2003), sodass es im Rahmen dieses Dritten Pflege-

berichts auch für eine erste Bestandsaufnahme noch zu früh ist.

Die Länder berichten insbesondere über folgende Projekte und Maßnahmen, wobei es sich hier teilweise auch um Projekte für demenzkranke Pflegebedürftige handelt, die aus Landesmitteln und nicht auf der Grundlage des PflEG (also nicht anteilig finanziert durch Pflegeversicherung und Land) gefördert werden:

- mobile aufsuchende Beratung in der eigenen Häuslichkeit der Pflegebedürftigen und qualifizierte Beratung für Angehörige von Demenzkranken sowie Telefonberatung;
- Projekte „Arbeit mit Angehörigen von Pflegebedürftigen“ bzw. Service- und Informationszentrum für Angehörigenarbeit;
- ambulante Wohngemeinschaften für Demenzkranke;
- speziell ausgerichtete Tagespflegeeinrichtungen;
- Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen beruflich Pflegenden und pflegenden Angehörigen;
- Verknüpfung von Leistungsangeboten des PflEG mit bereits bestehenden Angebotsformen, wie z. B. (geronto)psychiatrischen, teilstationären und ambulanten Versorgungsangeboten;
- angeleitete Gesprächsgruppen für pflegende Angehörige;
- Pflege- und Betreuungskurse für Angehörige Demenzkranker;
- Entwicklung und Erprobung von Schulungskonzepten;
- in einzelnen Ländern werden landesweite Koordinierungsstellen, in anderen Ländern Beratungs- und Koordinierungsstellen angebunden an Sozialstationen gefördert.

Die Modelle, insbesondere die landesweiten Koordinierungsstellen, sind Wegbereiter für das Entstehen und die Weiterentwicklung von niedrigschwelligen Betreuungsstrukturen. So geht es z. B. in Nordrhein-Westfalen (wo niedrigschwellige Betreuungsangebote nach der Rechtsverordnung des Landes nicht gefördert werden) bei den geplanten Modellvorhaben um die Rekrutierung und Qualifikation ehrenamtlicher Helfer sowie die Koordination der Hilfeangebote. Der Bericht von Mecklenburg-Vorpommern (wo kein Modellprojekt auf der Grundlage des PflEG gefördert wird) spricht z. B. ein mit Landes- und Bundesmitteln derzeit gefördertes Projekt „gerontopsychiatrisches Netzwerk Mecklenburg-Vorpommern“ an, in dem es – unter Einbeziehung von Betreuungsgruppen und Laienhelfern – um die Entwicklung und Umsetzung eines Unterstützungskonzeptes für Familien geht, in denen gerontopsychiatrisch veränderte Menschen betreut und gepflegt werden.

Zum Teil ergibt sich aus den Berichten der Länder, dass die Zielsetzungen des PflEG nicht mit neuen Projekten, sondern innerhalb bestehender Strukturen verfolgt werden. So sind bei allen 135 Sozialstationen (AHZ) in Rheinland-Pfalz Beratungs- und Koordinierungsstellen eingerichtet.

Sie fördern die Selbsthilfe der Hilfebedürftigen, die Erhaltung und Stärkung der Familien- und Nachbarschaftshilfe und die Gewinnung von ehrenamtlichen Kräften.

4.4. Zur Entwicklung und zum Stand der Inanspruchnahme des zusätzlichen Betreuungsbetrages in Höhe von 460 Euro

Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf in häuslicher Pflege haben nach § 45b Abs. 1 SGB XI seit 1. April 2002 einen Anspruch auf einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 460 Euro je Kalenderjahr.

Das Begutachtungsverfahren zur Feststellung des erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gemäß § 45a Abs. 2 Satz 3 SGB XI wurde zügig entwickelt und konnte schnell und zuverlässig in der Praxis angewandt werden. Auf die Begutachtung der Pflegebedürftigen mit erheblicher Einschränkung der Alltagskompetenz, die einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf haben, wird unten bei Gliederungspunkt C.IV.1.5. näher eingegangen.

Der Betreuungsbetrag konnte sofort ab dem 1. April 2002 ohne weiteres für Leistungen der Tages- oder Nachtpflege und der Kurzzeitpflege in Anspruch genommen werden, da die Inanspruchnahme nicht an ein spezielles, zusätzliches Betreuungsangebot in der Einrichtung geknüpft ist.

Auch die besonderen Betreuungsangebote zugelassener Pflegedienste können und konnten ohne bürokratische Hürden bereits in Anspruch genommen werden, wenn der Pflegedienst Angaben zu dem besonderen Angebot der allgemeinen Anleitung und Betreuung, zur Regelmäßigkeit bzw. Dauer und zum Preis des Angebotes gegenüber der Pflegekasse macht und darüber hinaus schriftlich erklärt, dass er für die notwendige Qualitätssicherung des besonderen Angebotes sorgt.

Von den ca. 10 600 im Bundesgebiet zugelassenen ambulanten Pflegediensten haben 744 im Juli 2003 und Ende 2003 bereits 1 123 ein besonderes Betreuungsangebot angeboten. Eine flächendeckende Versorgung kann damit noch nicht gewährleistet werden. Zunehmend mehr Pflegedienste sind aber interessiert daran, ein solches zusätzliches Betreuungsangebot anbieten zu können, und sie übernehmen auch die Koordination und die Vermittlung des Einsatzes freiwilliger – geschulter – Helfer zur stundenweisen Betreuung demenziell Erkrankter in deren Wohnung. Der Ausbau der Infrastruktur für die Erbringung von Betreuungsangeboten ist voll im Gange.

Auf den Zeitbedarf der Länder bei der Umsetzung des PflEG hatten sich die Spitzenverbände der Pflegekassen in Abstimmung mit dem BMGS sehr schnell eingestellt und ihren Kassen empfohlen, bei der Beantragung des Betreuungsbetrages pragmatisch zu verfahren und Übergangsweise die Erstattung von Leistungen niedrigschwelliger Angebote vorzunehmen, die der Pflegekasse bekannt sind bzw. deren Anerkennung auf der Grundlage der §§ 45b und 45c SGB XI zu erwarten ist. Die privaten Versicherungsunternehmen hatten sich dieser Vorgehens-

weise angeschlossen. Die Möglichkeit der Inanspruchnahme des zusätzlichen Betreuungsbetrages bestand deshalb bereits in der Übergangszeit.

Die bisherige Inanspruchnahme des zusätzlichen Betreuungsbetrages bleibt noch hinter den Erwartungen zurück. Im Gesetzgebungsverfahren ist die Zahl der Anspruchsberechtigten für den zusätzlichen Betreuungsbetrag von 460 Euro auf der Grundlage einer Auswertung der Begutachtungsergebnisse des Jahres 1998 durch den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) auf rd. 500 000 bis 550 000 Personen geschätzt worden. Aufgrund der nach dem Inkrafttreten des PflEG durchgeführten Begutachtungen bzw. Assessmentsverfahren nach § 45a SGB XI wurde die voraussichtliche Zahl der Leistungsberechtigten nach unten auf rd. 400 000 korrigiert. Die Ausgaben für den zusätzlichen Betreuungsbetrag (§ 45b SGB XI) betragen im Jahr 2003 13,4 Mio. Euro nach 3,7 Mio. Euro im Jahr 2002.

Im Jahr 2002 (Leistungsgewährung nach § 122 SGB XI ab 1. April 2002) sind ca. 220 000 Versicherte von den Pflegekassen durch Bewilligungsbescheid über ihren Anspruch auf den zusätzlichen Betreuungsbetrag von 460 Euro in Kenntnis gesetzt worden. Davon haben nur rd. 8 000 Pflegebedürftige die Zusatzleistung in Anspruch genommen. Diese Zahl vervierfachte sich zwar im Jahr 2003 auf rd. 30 000, lag aber damit immer noch weit unterhalb der Zahl der potenziell Anspruchsberechtigten. In den nächsten Jahren ist jedoch insbesondere vor dem Hintergrund der Bemühungen, die Versorgungsangebote auf- und auszubauen, mit einem weiteren deutlichen Anstieg zu rechnen.

Sofern bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Erst- oder Wiederholungsbegutachtung bzw. Höherstufungsantrag) durch den MDK das Vorliegen der Voraussetzungen nach § 45a SGB XI, also der besondere Betreuungsbedarf wie er insbesondere bei Demenz besteht, festgestellt wird, erhalten die Pflegebedürftigen durch ihre Pflegekasse eine individuelle Mitteilung, dass nunmehr auch Leistungen nach § 45b SGB XI abgerufen werden können. Darüber hinaus haben die Pflegekassen insbesondere in ihren Mitgliederzeitschriften und mit regionalen Presseveröffentlichungen allgemein über die Leistung nach § 45b SGB XI informiert.

Die bisherige geringe Inanspruchnahme des zusätzlichen Betreuungsbetrages liegt offenbar nicht allein an dem zögerlichen Erlass der Verordnungen durch die Länder und dem Zeitbedarf für den Auf- und Ausbau der zusätzlichen Versorgungsangebote, dies dürfte vielmehr auch auf nach wie vor bestehende psychologische Hemmschwellen der pflegenden Angehörigen und/oder des zu betreuenden Pflegebedürftigen beruhen, Fremdhilfe in Anspruch zu nehmen.

Aus Erfahrungen der Praxis ist bekannt, dass es Angehörigen von Demenzkranken oft sehr schwer fällt, Hilfe von außen anzunehmen. Dabei spielen beispielsweise die Angst, „versagt zu haben“, die Unsicherheit über die psychologischen Auswirkungen des Versorgungsangebotes auf den individuellen Zustand des Betreuten, oder die Scheu, fremde Personen in den privaten Bereich einzubeziehen, eine wesentliche Rolle. Auch aus Sicht des De-

menzkranken können etwa Sicherheit und Halt, die er in der bisherigen Alltagssituation im häuslichen Bereich erfahren hat, durch Veränderungen gefährdet werden und bei diesem zu einer Ablehnung von Versorgungsangeboten führen, über die sich die Angehörigen aus unterschiedlichen Beweggründen – selbst in Überforderungssituationen – nicht hinwegsetzen können oder wollen.

Das Problem des „Loslassens“ bei Angehörigen und/oder die Schwierigkeit der Akzeptanz dieses Geschehens auf Seiten des Pflegebedürftigen ist nicht zu unterschätzen und ist auch in Fällen rein somatisch bedingter Pflegebedürftigkeit zu beobachten. Dies zeigt etwa ein Vergleich der Zahl der Leistungsberechtigten und der tatsächlichen Zahl der Leistungsbezieher bei der Inanspruchnahme der Verhinderungspflege gemäß § 39 SGB XI. Von der Möglichkeit einer Ersatzpflege für längstens vier Wochen je Kalenderjahr und einer Kostenübernahme von bis zu 1 432 Euro im Kalenderjahr könnten potenziell die 1,28 Millionen ambulant Pflegebedürftigen in der sozialen Pflegeversicherung Gebrauch machen. Tatsächlich wird diese Leistung jedoch „nur“ in rd. 211 000 Fällen im Jahr in Anspruch genommen, obwohl die gesetzliche Regelung über die Verhinderungspflege sehr flexibel ausgestaltet ist und verschiedenste Möglichkeiten zur zeitweiligen Entlastung der Haupt-Pflegeperson eröffnet.

4.5. Umsetzung der Experimentierklausel nach § 8 Abs. 3 SGB XI

Mit dem PflEG wurde auch eine Experimentierklausel zur Weiterentwicklung der Versorgung Pflegebedürftiger, insbesondere zur Entwicklung neuer qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige, eingeführt (§ 8 Abs. 3 SGB XI). Die Spitzenverbände der Pflegekassen sind danach insbesondere beauftragt, modellhaft personenbezogene Budgets und neue Wohnkonzepte für Pflegebedürftige probeweise durchzuführen und mit Leistungserbringern zu vereinbaren. Hierfür stehen jährlich 5 Mio. Euro aus Beitragsmitteln zur Verfügung, die aus dem vom Bundesversicherungsamt verwalteten Ausgleichsfond der sozialen Pflegeversicherung bereitgestellt werden. Eine Kofinanzierung von Ländern oder Kommunen und eine finanzielle Beteiligung der privaten Pflegeversicherung ist hier nicht vorgesehen.

Die notwendigen Fördergrundsätze sind verabschiedet und veröffentlicht worden. Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben einen Projektbeirat mit unabhängigen Sachverständigen eingesetzt, der die eingereichten Anträge auf Förderung von Modellvorhaben prüft und eine Empfehlung abgibt. Auf dieser Grundlage – und unter Berücksichtigung der Festlegungen in den Fördergrundsätzen – haben die Spitzenverbände der Pflegekassen im Herbst 2003 einheitlich und gemeinsam von zwölf vorliegenden Anträgen neun positiv beschieden und diese mit dem BMGS abgestimmt. Die Modellförderung ist erst zum Ende des Berichtszeitraums angelaufen. Das BMGS hat deshalb den Spitzenverbänden der Pflegekassen sein Einverständnis erteilt, die in 2003 nicht eingesetzten Fördermittel auf das Haushaltsjahr 2004 zu übertragen.

Zu folgenden Projekten haben die Spitzenverbände eine Förderung beschlossen:

Förderprojekt	Projektnehmer	Förderschwerpunkt
Pflegebudget	Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung, Fachhochschule Freiburg	Erprobung personenbezogener Budgets – insbesondere mit dem Ziel der Flexibilisierung individueller Pflege- und Betreuungsarrangements einschließlich struktureller Anforderungen
Pflegebegleiter	Forschungsinstitut Geragogik, Viersen	Implementierung von auf ehrenamtlichem Engagement basierenden Unterstützungsstrukturen
Handlungsstudie über die Einführung von Qualitätszirkeln und Jurorengruppen in stat. Pflegeeinrichtungen	Akademie für Gesundheits- und Sozialberufe, Itzehoe	Aufbau und Durchführung moderierter Qualitätszirkel, Etablierung von Jurorengruppen i. S. „externer“ Qualitätsentwicklung und Entwicklung von Qualitätskriterien
Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrativen Versorgungssystems für ältere pflege- und hilfebedürftige Menschen am Beispiel der Pflegewohnberatung in Ahlen	Verein Alter und Soziales e.V., Ahlen	Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems. Einführung, Erprobung und Validierung eines Beratungsmodells einschl. der Beurteilung von Beratungsleistungen
Erprobung von Aufbau und Auswirkungen unterschiedlicher Organisationsformen der Kurzzeitpflege	Institut für gerontologische Forschung e. V., Berlin	Entwicklung eines Struktur- und Beratungskonzeptes (Handlungsempfehlung) für Einrichtungen der Kurzzeitpflege
Ehrenamt in der Pflege: Koordinierungsstelle zur Vermittlung ehrenamtlicher Mitarbeiter in der stat. und amb. Pflege	Freiwilligen-Agentur Halle-Saal-Kreis e. V., Halle	Entwicklung und Evaluation von Koordinierungsstrukturen zur regionalen Steuerung des freiwilligen Engagements
Alt sein und nicht allein sein – Neue Wohnkonzepte für Pflegebedürftige	LandDienste GmbH, Dötlingen	Etablierung ambulant betreuter Wohngemeinschaften für demenzkranke Menschen im ländlichen Raum
Implementierung von Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz	Europäische Seniorenakademie, Ahaus	Aufbau von Wohngemeinschaften für Menschen mit gerontopsychiatrischen Veränderungen
Referenzeinrichtungen zur Förderung einer qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege	Diakonisches Werk Westfalen, Münster	Erprobung von Angebotsstrukturen, Leistungsdefinitionen, Versorgungskonzepten und Qualitätskriterien in 20 Einrichtungen der Altenhilfe durch Modellbeauftragte

4.6 Qualifizierung der Beratungseinsätze gem. § 37 Abs. 3 bis 5 SGB XI

Gemäß § 37 Abs. 5 SGB XI wurde den Spitzenverbänden der Pflegekassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene die Aufgabe übertragen, unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche zu beschließen. Die Empfehlungen liegen bisher nur in einem von allen Beteiligten verhandelten und mitgetragenen Entwurf vor. Vor der endgültigen Verabschiedung der Empfehlung ist es aus Sicht der Verbände der Leistungserbringer notwendig, die im Gesetz vorgegebene

Vergütung (in den Pflegestufen I und II bis zu 16 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 26 Euro je Beratungseinsatz) anzuheben, weil diese nicht ausreichend sei, um die erforderlichen Anforderungen an den Beratungseinsatz hinsichtlich Fachkompetenz und Beratungszeit zur Verfügung zu stellen. Trotz der Haltung der Verbände ist vor Ort die Durchführung des Beratungseinsatzes durch ambulante Pflegedienste gewährleistet, denn die Dienste nutzen im positiven Sinne diese Möglichkeit, sich und ihre Arbeit gegenüber den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen darzustellen. Sie können sich somit für den Fall, dass der Pflegebedürftige künftig auch Sachleistungen in Anspruch nehmen will, als kompetenter Ansprechpartner empfehlen, auch wenn im Einzelfall die gesetzlich vorgegebene Vergütung nicht immer sofort kostendeckend ist.

4.7. Pflegekurse für Pflegepersonen gem. § 45 SGB XI

Mit einer Änderung in § 45 SGB XI wurde die Möglichkeit von Schulungen im häuslichen Umfeld stärker betont und in das Blickfeld der Pflegekassen gerückt. Ihrer Verpflichtung zum unentgeltlichen Angebot von Schulungen für pflegende Angehörige, sonstige ehrenamtlich Pflegenden und an der Pflege Interessierte kommen die Pflegekassen kontinuierlich nach. Dazu werden zum einen Pflegekurse durch eigene Pflegefachkräfte oder durch beauftragte Vertragspartner angeboten und zum anderen – was sich immer größer werdender Nachfrage erfreut – Schulungen in der Häuslichkeit angeboten. Im Rahmen der Pflegekurse werden heute in der Regel die beiden letzten Kurseinheiten als häusliche Pflegeschulung angeboten. Zunehmend werden neben den Pflegekurs- und Schulungsangeboten, die sich mit der allgemeinen Pflegesituation befassen, auch Angebote konzipiert, die sich mit eingegrenzten Pflegeproblemen, wie z. B. Umgang mit dementen Pflegebedürftigen, speziell beschäftigen.

II. Anzahl und Struktur der Leistungsempfänger

Für die Beurteilung des Ist-Standes und der weiteren Entwicklung der Pflegeversicherung ist die Zahl der Pflegebedürftigen von herausragender Bedeutung. Die Zahl der Empfänger von Versicherungsleistungen und ihre Verteilung auf die einzelnen Pflegestufen und Leistungsarten sind die entscheidenden Einflussfaktoren für die Ausgabenentwicklung der Pflegeversicherung.

Derzeit gibt es in der sozialen und privaten Pflegeversicherung rd. 1,36 Mio. Empfänger von ambulanten und rd. 0,65 Mio. Empfänger von stationären Leistungen der Pflegeversicherung. Darin enthalten sind rd. 60 000 Personen mit stationären Leistungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Insgesamt erhalten also rd. 2 Mio. Pflegebedürftige die ambulanten und stationären Leistungen der Pflegeversicherung.

1. Soziale Pflegeversicherung

1.1. Zahl der Leistungsempfänger

Nach der Geschäftsstatistik der Pflegekassen bezogen zum Ende 2003 rd. 1,28 Mio. Pflegebedürftige ambulante Leistungen der sozialen Pflegeversicherung.

Vollstationäre Leistungen erhielten Ende 2003 rd. 0,61 Mio. Pflegebedürftige, darunter rd. 60 000 Empfänger stationärer Leistungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Die Zahl der Leistungsempfänger ist seit Einführung der Pflegeversicherung deutlich gestiegen⁶. In den letzten Jahren hat sich allerdings der Anstieg der Pflegebedürftigenzahl im Verhältnis zum früheren Verlauf abgeschwächt. Nahm die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen von Ende 1996 bis Ende 1999 noch um durchschnittlich

5,7 v. H. pro Jahr zu, so betrug der jahresdurchschnittliche Anstieg in den folgenden vier Jahren nur 0,9 v. H. (die relativ unstete Entwicklung von Jahr zu Jahr dürfte auch auf erfassungstechnische Zufälligkeiten zurückgehen). Auf den Zusammenhang von demographischer Entwicklung und Anstieg der Pflegebedürftigenzahl wird in XVI. näher eingegangen.

Der Anstieg der Pflegebedürftigenzahlen war im stationären Bereich relativ stärker als im ambulanten Bereich. So ist die Zahl der Empfänger ambulanter Leistungen Ende 2003 nur genauso hoch wie Ende 1999, während die Zahl der stationär Pflegebedürftigen im gleichen Zeitraum um insgesamt 12,1 v. H. anstieg.

1.2. Leistungsempfänger nach Pflegestufen

Von den ambulant Pflegebedürftigen waren Ende 2003⁷

- 732 000 Personen (= 57,2 v. H.) der Pflegestufe I,
- 424 000 Personen (= 33,2 v. H.) der Pflegestufe II,
- 123 000 Personen (= 9,6 v. H.) der Pflegestufe III zugeordnet.

Rund 1 100 Pflegebedürftige in der Pflegestufe III (= 0,9 v. H. der Pflegestufe III) waren als Härtefall mit einem Sachleistungsanspruch von bis zu 1 918 Euro monatlich anerkannt.

Von den stationär Pflegebedürftigen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen oder in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe⁸ waren Ende 2003

- 237 000 Personen (= 38,8 v. H.) in der Pflegestufe I,
- 254 000 Personen (= 41,4 v. H.) in der Pflegestufe II und
- 121 000 Personen (= 19,8 v. H.) in der Pflegestufe III.

Rund 3 000 Pflegebedürftige in der Pflegestufe III (= 2,5 v. H. der Pflegestufe III) waren im stationären Bereich als Härtefall mit einem monatlichen Leistungsanspruch von bis zu 1 688 Euro anerkannt.

Ein Überblick über die Entwicklung der Leistungsempfänger insgesamt gibt die Grafik 3.

Bei den Empfängern ambulanter und stationärer Leistungen ist in den letzten Jahren der Anteil der Pflegestufe I an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen weiter gestiegen.

Dahinter könnte zum einen eine vermehrte Antragstellung nur leicht Pflegebedürftiger stehen. Zum anderen könnte eine durch konkretisierte Begutachtungs-Richtlinien und Gutachterschulung vereinheitlichte Einstufung der Pflegebedürftigen durch die Medizinischen Dienste zu der Veränderung beigetragen haben⁹.

⁷ Vergleiche Grafik 1.

⁸ Vergleiche Grafik 2.

⁹ Vergleiche Grafik 4 und 5.

⁶ Vergleiche Anlage 1.

1.3. Leistungsempfänger nach Leistungsarten

Von den Leistungsarten hat nach wie vor das Pflegegeld die größte Bedeutung. Im Jahresdurchschnitt 2003 wählten 49 v. H. der Leistungsempfänger diese Leistungsart, gefolgt von vollstationärer Pflege (27 v. H.), Kombinationsleistung (10 v. H.), Pflegesachleistung (9 v. H.) und vollstationärer Pflege in Behinderteneinrichtungen (3 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 Gewicht¹⁰.

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 Kombinationsleistung und der vollstationären Pflege ab, in Pflegestufe III schließlich ist die vollstationäre Pflege vor dem Pflegegeld die wichtigste Leistungsart.

Im Zeitablauf ist der Anteil der Pflegegeldempfänger leicht zurückgegangen. Dagegen sind die Anteile der Empfänger von Pflegesachleistung, Kombinationsleistung und vollstationärer Pflege jeweils leicht gestiegen. Relativ am stärksten zugenommen hat von einem niedrigen Niveau aus die Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege¹¹.

Während sich sowohl die Ausgaben als auch die Zahl der Pflegepersonen, für die Rentenversicherungsbeiträge gezahlt werden (soziale Sicherung der Pflegepersonen), in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung deutlich erhöht haben, ist ab 1998 ein kontinuierlicher Rückgang der Ausgaben zu verzeichnen. Darin spiegeln sich die Strukturverschiebung bei der Inanspruchnahme hin zu mehr Sach- und vollstationären Leistungen, bei denen weniger bzw. keine Rentenversicherungsbeiträge gezahlt werden, sowie möglicherweise eine Zunahme des Anteils der Pflegebedürftigen wider, die von Partnern oder Kindern gepflegt werden, die schon selbst im Rentenalter sind. Die Zahl der rentenversicherungspflichtigen Pflegepersonen ist – ausgehend von einem Höchststand von rd. 575 000 in den Jahren 1997 bis 1999 – leicht auf rd. 530 000 Personen im Jahr 2001 gesunken (neuere Angaben sind aufgrund regelmäßiger Nacherfassungen noch nicht aussagekräftig). Bei den rentenversicherungspflichtigen Pflegepersonen handelt es sich zu über 90 v. H. um Frauen.

1.4. Leistungsempfänger nach Alter und Geschlecht

Pflegebedürftigkeit ist ein Schicksal, das sich stark auf den Personenkreis der Hochbetagten konzentriert. Am Jahresende 2003 waren bei den ambulant Pflegebedürftigen rd. 44 v. H. älter als 80 Jahre, im stationären Bereich sogar gut 63 v. H.

¹⁰ Vergleiche Grafik 6.

¹¹ Vergleiche Anlage 2.

Die Mehrzahl der Pflegebedürftigen ist aufgrund der höheren Lebenserwartung Frauen. Ihr Anteil an den stationär Pflegebedürftigen ist mit gut 76 v. H. deutlich höher als bei den ambulant Pflegebedürftigen (64 v. H.).

2. Private Pflege-Pflichtversicherung

2.1. Zahl der Leistungsempfänger

Nach der Geschäftsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung bezogen Ende 2002 rd. 79 000 Pflegebedürftige ambulante und rd. 35 000 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.

Die private Pflege-Pflichtversicherung verzeichnete von 1999 bis 2002 einen prozentual fast dreimal so starken Anstieg der Pflegebedürftigenzahl wie die soziale Pflegeversicherung. Ursache hierfür ist, dass die durchschnittlich jüngeren Versicherten in den letzten Jahren verstärkt in die Altersgruppen mit einem höheren Pflegerisiko hineinwachsen. Der Anstieg war im ambulanten und stationären Bereich etwa gleich stark.

2.2. Leistungsempfänger nach Pflegestufen

Die Pflegebedürftigen verteilten sich Ende 2002 wie folgt auf die Pflegestufen:

	ambulant		stationär
Pflegestufe I	50,7 v. H.	Pflegestufe I	26,2 v. H.
Pflegestufe II	36,3 v. H.	Pflegestufe II	45,7 v. H.
Pflegestufe III	12,9 v. H.	Pflegestufe III	28,2 v. H.

Es zeigt sich, dass in der privaten Pflege-Pflichtversicherung die höheren Pflegestufen ein größeres Gewicht haben als in der sozialen Pflegeversicherung. Ursache hierfür dürften hauptsächlich strukturelle Besonderheiten des versicherten Personenkreises der privaten Pflege-Pflichtversicherung sowie das höhere Durchschnittsalter der Pflegebedürftigen sein.

Auch bei der privaten Pflege-Pflichtversicherung hat sich in den letzten Jahren der Anteil der unteren Pflegestufen an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen weiter erhöht.

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 2002 rd. 52 v. H. und im stationären Bereich sogar rd. 76 v. H.

Auch hier ist die Mehrzahl der Pflegebedürftigen Frauen. Ihr Anteil ist allerdings im ambulanten Bereich mit rd. 55 v. H. niedriger als in der sozialen Pflegeversicherung, während er im stationären Bereich mit rd. 74 v. H. fast ebenso hoch wie in der sozialen Pflegeversicherung ist.

Eine Aufgliederung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Leistungsarten geht aus den Daten der privaten Pflege-Pflichtversicherung nicht hervor. Bei den Leistungsausgaben ist allerdings eine Aufteilung nach Leistungsarten möglich (siehe unten unter III.2.2.).

2.4 Soziale Sicherung der Pflegepersonen

Eine weitere sozialpolitisch hervorzuhebende Leistung ist die soziale Absicherung der unentgeltlich tätigen Pflegepersonen. Durch die Zahlung von Beiträgen zur Rentenversicherung wird sichergestellt, dass diese Pflegepersonen – in der weit überwiegenden Zahl Frauen –, die in vielen Fällen ihre Erwerbstätigkeit einschränken oder sogar aufgeben, keine Nachteile in ihrer Alterssicherung hinnehmen müssen.

Für mehr als 500 000 Pflegepersonen wurden im Berichtszeitraum jährlich rd. 1 Mrd. Euro aufgewandt.

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, da nur sie den tatsächlich am Jahresende vorhandenen Mittelbestand ohne Forderungen und Verpflichtungen ausweisen.

1.1. Finanzentwicklung

Die soziale Pflegeversicherung hatte in den ersten Jahren nach ihrer Einführung 1995 hohe Einnahmeüberschüsse zu verzeichnen, die zwar allmählich zurückgingen, aber bis Ende 1998 zur Ansammlung eines Mittelbestandes in Höhe von 4,98 Mrd. Euro führten.

Der Grundstock für den Mittelbestand wurde dadurch gelegt, dass die Beitragszahlung drei Monate vor der Leistungsgewährung einsetzte. Der Rückgang der Überschüsse in den folgenden Jahren beruhte im Wesentlichen auf dem starken Anstieg der Pflegebedürftigenzahl.

Nachdem die soziale Pflegeversicherung 1999 erstmals ein geringfügiges Defizit von 0,03 Mrd. Euro verzeichnet hatte, führten im Jahr 2000

Einnahmen von	16,54 Mrd. Euro und
Ausgaben von	16,67 Mrd. Euro
zu einem Defizit von	0,13 Mrd. Euro.
Der Mittelbestand betrug am Jahresende	4,82 Mrd. Euro.

Trotz guter Konjunktorentwicklung in 2000 stiegen die Einnahmen gegenüber dem Vorjahr nur um 1,3 v. H. Bei den Ausgaben war ein Zuwachs von 2,0 v. H. zu verzeichnen, was aber dem aufgrund der demographischen Entwicklung zu erwartenden Trend entsprach.

Im Jahr 2001 betrug die

Einnahmen	16,81 Mrd. Euro und die
Ausgaben	16,87 Mrd. Euro.
Der Ausgabenüberschuss verringerte sich auf	0,06 Mrd. Euro.

Dieser Ausgabenüberschuss führte zu einer weiteren Absenkung des Mittelbestandes Ende 2001 auf 4,76 Mrd. Euro.

Während die Einnahmeentwicklung im Jahr 2001 mit einem Anstieg von 1,6 v. H. gegenüber dem Vorjahr schon leicht von der ungünstigeren Konjunktorentwicklung gekennzeichnet war, stiegen die Ausgaben nur sehr moderat um 1,2 v. H. an. Hierfür waren vor allem ein Ausgabenrückgang bei den RV-Beiträgen für Pflegepersonen und ein Rückgang der Ausgaben für technische Hilfsmittel infolge einer verstärkten Zuordnung der Hilfsmittel zur Krankenversicherung statt zur Pflegeversicherung verantwortlich.

Im Jahr 2002 hatte die soziale Pflegeversicherung

Einnahmen in Höhe von	16,98 Mrd. Euro, denen
Ausgaben in Höhe von	17,36 Mrd. Euro gegenüberstanden,
was zu einem Ausgabenüberschuss von	0,38 Mrd. Euro führte.

Da die soziale Pflegeversicherung in diesem Haushaltsjahr die Rückzahlung des im Jahre 1995 dem Bund zinslos gewährten Darlehens zur Finanzierung von Investitionen in Pflegeeinrichtungen in den neuen Ländern in Höhe von 0,56 Mrd. Euro verbuchen konnte, stieg der Mittelbestand zum Jahresende trotz des Defizits auf 4,93 Mrd. Euro an.

Mit einem Anstieg von nur noch 1,0 v. H. war die Einnahmeentwicklung 2002 bereits stark von der anhaltenden Konjunkturschwäche gekennzeichnet und lag deutlich unterhalb der Annahmen in der Modellrechnung für die Finanzentwicklung in der sozialen Pflegeversicherung. Dagegen stiegen die Ausgaben um 2,9 v. H. und somit auf leicht oberhalb der Annahmen in der Modellrechnung. Die Ausgabenrückgänge bei den Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen und den Hilfsmitteln setzten sich nicht fort.

Im Jahr 2003 schließlich betrug die

Einnahmen	16,86 Mrd. Euro und die
Ausgaben	17,56 Mrd. Euro.
Der Ausgabenüberschuss stieg auf	0,69 Mrd. Euro an.

Dadurch verringerte sich der Mittelbestand auf 4,24 Mrd. Euro, von denen 2,25 Mrd. Euro das derzeitige Betriebsmittel- und Rücklagesoll von 1,5 Monatsausgaben laut Haushaltsplänen der Pflegekassen bilden.

Das Jahr 2003 war durch eine sehr schlechte Einnahmewicklung gekennzeichnet. Der Rückgang von 0,7 v. H. gegenüber dem Vorjahr geht auf die konjunkturell bedingte Verringerung der Zahl der beschäftigten Arbeitnehmer sowie auf eine verstärkt einsetzende Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge zurück. Daneben können auch Kürzungen bei den Einmalzahlungen (insbesondere Weihnachtsgeld) zur ungünstigen Entwicklung beigetragen haben.

Die Ausgabenentwicklung verlief mit einem Anstieg von 1,1 v. H. wieder sehr moderat.

1.2. Ausgabenstruktur

Aus der Ausgabenstruktur des Jahres 2003 lassen sich die bedeutendsten Kostenfaktoren ablesen.

Von den Gesamtausgaben entfielen rd. 95 v. H. auf die Leistungsausgaben und rd. 5 v. H. auf die Verwaltungskosten einschließlich der Kosten für den MDK. Bei den Leistungsausgaben ist vom Volumen her die vollstationäre Pflege am bedeutendsten (46,7 v. H.). Danach kommen Pflegegeld (23,4 v. H.) und Pflegesachleistung (13,5 v. H.). Im Zeitverlauf bestätigen sich die Aussagen über die Strukturveränderungen bei den Leistungsempfängern auch bei den Ausgaben. Der Anteil der vollstationären Pflege an den Leistungsausgaben steigt kontinuierlich an. Innerhalb der ambulanten Pflege nimmt der Anteil der Pflegesachleistung zulasten des Pflegegeldes leicht zu. Ende 2003 betrug das Geld-/Sachleistungsverhältnis bezogen auf die Ausgaben 63 : 37, bezogen auf die Leistungsempfänger betrug es dagegen 80 : 20. Stetig gestiegen ist auch der Anteil der Ausgaben für häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson, Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege. Trotzdem bleiben diese Leistungen im Finanzvolumen eher unbedeutend.

1.3. Perspektiven

Trotz der defizitären Entwicklung in den letzten Jahren verfügte die soziale Pflegeversicherung Ende 2003 noch über einen Mittelbestand von rd. 4,24 Mrd. Euro.

Auf Basis der jüngsten Eckwerte der Bundesregierung wird sich die Einnahmeentwicklung der sozialen Pflegeversicherung im Zuge der erwarteten konjunkturellen Erholung in den nächsten Jahren wieder verbessern. Gleichwohl wird dadurch zunächst nur der Anstieg der Defizite gebremst. Es bleibt aber genügend Zeit, im Rahmen der anstehenden Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils zur beitragsrechtlichen Besserstellung von Familien mit Kindern und der Überlegungen zu weiteren Reformschritten auch die Finanzgrundlagen der Pflegeversicherung zu stabilisieren.

Von der Ausgestaltung der Reformelemente hängt die langfristige Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversi-

cherung ab. Auch wenn mit der unter XV. näher erläuterten demographischen Entwicklung ein wesentlicher Kostenfaktor feststeht, ist eine langfristige Beitragssatzprognose vor dem Abschluss der konzeptionellen Reformüberlegungen nicht sinnvoll.

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 der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

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

2.1. Finanzentwicklung

Auch die private Pflege-Pflichtversicherung hatte 1995 aufgrund des 3-monatigen Beitragsverlaufs einen hohen Einnahmeüberschuss, der in den Folgejahren niedriger ausfiel.

Im Jahr 2000 hatte die private Pflege-Pflichtversicherung

Einnahmen von	2,71 Mrd. Euro,
Gesamtaufwendungen von	2,61 Mrd. Euro
und damit einen Einnahmeüberschuss von	0,10 Mrd. Euro.

Für das Jahr 2001 wies die private Pflege-Pflichtversicherung

Einnahmen von	3,57 Mrd. Euro und
Gesamtaufwendungen von	3,45 Mrd. Euro aus, sodass ein
Einnahmeüberschuss von	0,12 Mrd. Euro entstand.

Im Jahr 2002 schließlich standen

Einnahmen von	2,94 Mrd. Euro
Gesamtaufwendungen von	2,82 Mrd. Euro gegenüber, woraus ein
Einnahmeüberschuss von	0,12 Mrd. Euro resultierte.

Die Vergleichbarkeit der einzelnen Jahre ist dadurch erschwert, dass im Rahmen der Bruttoverbuchung eine Zuführung von Rückstellungen für Beitragsrückerstattung zu den Deckungsrückstellungen sowohl in den Einnahmen als auch in den Aufwendungen enthalten ist und diese in den einzelnen Jahren in einer Bandbreite von 0,02 bis 0,77 Mrd. Euro schwankt.

Der Aufbau des Kapitalstocks schreitet zügig voran. Seit Beginn der Pflegeversicherung 1995 wurden insgesamt rd. 12,3 Mrd. Euro an Rückstellungen angesammelt.

2.2. Struktur der Aufwendungen

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

So dienten 2002 zum Beispiel 46 v. H. der Aufwendungen zum Aufbau des Kapitalstocks (Zuführung zu den Deckungsrückstellungen) sowie weitere 12 v. H. als Rückstellung zur Abfederung späterer Beitragsanhebungen. Demgegenüber haben die Leistungsausgaben mit 16 v. H. einen relativ geringen Anteil an den Gesamtaufwendungen. Auffällig hoch ist dagegen mit 9 v. H. der Anteil der Verwaltungskosten in einer weiten Abgrenzung (insbesondere einschließlich der Abschlusskosten und Kosten für den Begutachtungsdienst MEDICPROOF).

Innerhalb der Leistungsausgaben war 2002 die vollstationäre Pflege am bedeutendsten (48 v. H.), gefolgt von Pflegegeld (24 v. H.) und Pflegesachleistung (18 v. H.). Ein Trend zu einer vermehrten Inanspruchnahme von Sachleistungen (ambulant und stationär) lässt sich in der Entwicklung der Ausgabenstruktur der privaten Pflege-Pflichtversicherung nicht feststellen. Die Leistungsausgaben sind in den letzten Jahren mit durchschnittlich 2,7 v. H. deutlich stärker gestiegen als in der sozialen Pflegeversicherung. Dies entspricht dem ebenfalls stärkeren Zuwachs bei der Zahl der Pflegebedürftigen.

IV. Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

1. Begutachtung

Die MDK prüfen im Auftrag der Pflegekassen nach § 18 SGB XI das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und empfehlen der Pflegekasse die Zuordnung zu einer Pflegestufe. Eine Begutachtung durch einen MDK ist damit eine grundlegende Voraussetzung für den Anspruch auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung.

Seit der Einführung des PfLEG vom 1. Januar 2002 erstreckt sich die Begutachtung auch auf die Prüfung, ob bei pflegebedürftigen Menschen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt.

Die Begutachtung erfolgt grundsätzlich in Form einer körperlichen Untersuchung der Antragsteller in ihrem Wohnumfeld durch eine Pflegefachkraft oder einen Arzt des Medizinischen Dienstes. Antragsteller auf ambulante Leistungen werden in ihrer häuslichen Umgebung (Privatwohnung) untersucht, Antragsteller auf stationäre Leistungen ggf. in der vollstationären Pflegeeinrichtung. Eine Begutachtung nach Aktenlage ohne körperliche Untersuchung findet im Allgemeinen nur statt, wenn die medizinische und pflegerische Situation und somit der Um-

fang geeigneter therapeutischer bzw. rehabilitativer Maßnahmen eindeutig feststeht und die Voraussetzung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit sowie die Empfehlung einer Pflegestufe auch ohne körperliche Untersuchung aus den vorliegenden Akten festgestellt werden können. Bei Erstantragstellern ist die Begutachtung nach Aktenlage die Ausnahme und findet überwiegend nur dann statt, wenn der Versicherte im Zeitraum zwischen Antragstellung und Begutachtungstermin verstorben ist.

Die folgende Tabelle zeigt die durchgeführten Begutachtungen nach beantragter Leistung und Untersuchungsort im Jahr 2003:

durchgeführte Begutachtungen	ambulant	stationär
	981.071	319.954
davon in v. H.:		
in Privatwohnung (ambulant)	85,2	–
in Pflegeeinrichtung (stationär)	–	69,2
nach Aktenlage	12,8	19,8
sonstiges	1,9	11,0

Bei 85 v. H. der ambulanten und bei 69 v. H. der stationären Antragsteller fand die Begutachtung im jeweiligen Wohnumfeld statt. Begutachtungen nach Aktenlage wurden zum überwiegenden Teil bei Wiederholungs- und Widerspruchsbegutachtungen durchgeführt, bei denen die vorliegenden Unterlagen ausreichten, um zu einer sozialmedizinisch begründeten Empfehlung zu gelangen. Die vergleichsweise starke Besetzung der Kategorie „sonstiger Untersuchungsort“ bei Antragstellern auf stationäre Leistungen beruht auf körperlichen Untersuchungen im häuslichen Umfeld und auf Begutachtungen im Krankenhaus, jeweils vor Inanspruchnahme stationärer Leistungen.

1.1. Rechtliche Grundlagen

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu den Pflegestufen richten sich – wie bisher – nach den gesetzlichen Vorschriften der §§ 14 und 15 SGB XI und den hierzu von den Spitzenverbänden der Pflegekassen beschlossenen

- Pflegebedürftigkeits-Richtlinien vom 7. November 1994 in der Fassung vom 22. August 2001,
- den Begutachtungs-Richtlinien vom 21. März 1997 in der Fassung vom 22. August 2001 sowie
- den Härtefall-Richtlinien vom 10. Juli 1995¹².

¹² Zuletzt geändert am 3. Juli 1996.

Die Fassung der Begutachtungs-Richtlinien vom 22. August 2001 beinhaltet im Wesentlichen die Anpassung an die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit¹³.

Nach dem PfIEG, das am 1. Januar 2002 in Kraft getreten ist, erhalten Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15 SGB XI) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist, zusätzliche Leistungen der Pflegeversicherung¹⁴. Dies sind nach § 45a SGB XI Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II oder III mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 SGB XI als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

Das Verfahren zur Feststellung des erheblichen allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarfs ist auf der Grundlage des § 45a Abs. 2 SGB XI von den Spitzenverbänden der Pflegekassen, vom Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und des MDS am 22. März 2002 geregelt worden.

1.2. Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung (Zeitkorridore)

Die Begutachtungs-Richtlinien sehen Zeitkorridore für die gesetzlich definierten Verrichtungen des täglichen Lebens vor, um eine Vereinheitlichung der Pflegezeitbemessung bei gleichzeitiger Gewährleistung uneingeschränkter Individualität im Einzelfall zu erreichen. Die Orientierungswerte sollten anhand der Ergebnisse eines Forschungsprojektes „Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung“ auf ihre Eignung und Angemessenheit überprüft werden und waren deshalb zunächst bis zum 31. Dezember 2000 befristet. Das Forschungsprojekt „Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung“ wurde vom damaligen Bundesministerium für Arbeit (BMA) an den REFA Verband für Arbeitsgestaltung, Betriebsorganisation und Unternehmensentwicklung e. V. Darmstadt und die Fachhochschule Frankfurt/Main – Fachbereich Pflege und Gesundheit – in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse bestätigen insgesamt die Richtigkeit und Angemessenheit der Zeitkorridore. Sie zeigen auch, dass es gegenwärtig keine bekannten Verfahren für eine bessere und zeitgenauere Ermittlung der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung gibt. Eine nochmalige Überprüfung der bishe-

¹³ Siehe hierzu auch unter C.IV.5.

¹⁴ Siehe hierzu auch unter C.IV.1.5.

gen pflegewissenschaftlichen Ergebnisse durch die Spitzenverbände der Pflegekassen, die im Auftrag des BMGS durchgeführt wurde, hat diese Sachlage bestätigt. Angesichts dieses Überprüfungsergebnisses hat das BMGS deshalb der weiteren Anwendung der Zeitorientierungswerte ohne zeitliche Befristung am 23. Oktober 2003 zugestimmt.

1.3. Änderung des Formulargutachtens

Mit dem Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz vom 22. März 2002 wurde auch das Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI entsprechend ergänzt. Die Einführung in die Praxis hat – nach entsprechender Schulung der Gutachter – zu keinen Problemen geführt.

1.4. Ergebnisse der Begutachtung der Medizinischen Dienste

Zur Information über das Begutachtungsgeschehen, zur Sicherung einer bundeseinheitlichen Begutachtung und als Planungsgrundlage für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung werden vom MDS gemäß § 53a Satz 1 Nr. 3 SGB XI regelmäßig – auf der Grundlage der von den MDK zur Verfügung gestellten Daten – zusammenfassende Statistiken und Berichte erstellt.

Zur Entwicklung des Begutachtungsgeschehens können im Wesentlichen folgende Aussagen gemacht werden:

1.4.1. Begutachtungsaufträge für die soziale Pflegeversicherung

Die Anzahl der Begutachtungsaufträge für den Berichtszeitraum 2000 bis 2003 liegt bei rd. 1,4 Millionen jährlich mit leicht rückläufiger Tendenz. Insbesondere Begutachtungsaufträge von Antragstellern auf ambulante Leistungen nahmen leicht ab, wogegen Begutachtungsaufträge für stationäre Leistungen leicht zunahmen. Aufträge zur Begutachtung von Antragstellern auf Leistungen zur Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI nahmen auch in den hier dokumentierten Jahren weiterhin ab.

In der folgenden Tabelle ist das Auftragsvolumen der MDK in den Jahren 2000 bis 2003 für die Pflegeversicherung nach Leistungsarten dargestellt.

Wenn auch rückläufig, sind Erstaufträge insgesamt nach wie vor die häufigsten Begutachtungsaufträge in den Jahren 2000 bis 2003. Demgegenüber haben Aufträge für Wiederholungsbegutachtungen weiter zugenommen. Ihr Anteil am Auftragsvolumen ist von 31,4 v. H. im Jahr 1997 auf 41,0 v. H. im Jahr 2003 angestiegen. Dabei nahmen sie im stationären Bereich im Vergleich zum ambulanten Bereich überdurchschnittlich zu.¹⁵

¹⁵ Zur Anzahl der Widerspruchsgutachten siehe unter C.IV.4.

	2000	2001	2002	2003
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
gesamt:	1.423.503	1.419.865	1.414.561	1.395.986
davon nach beantragter Leistungsart:				
ambulant	1.102.027	1.102.486	1.081.196	1.043.084
stationär	312.341	308.536	324.594	344.164
§ 43a SGB XI	9.135	8.843	8.771	8.738

1.4.2. Pflegestufenempfehlungen der Medizinischen Dienste

Im Vergleich zu ambulanten Erstbegutachtungen wird bei stationären Erstbegutachteten häufiger Pflegebedürftigkeit (in fast 84 v. H.) festgestellt. Darüber hinaus ist das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit im stationären Bereich größer. Dort ist der Anteil der höheren Pflegestufen II und III jeweils fast doppelt so hoch wie in der ambulanten Pflege.

So waren bei ambulanten Erstbegutachtungen bundesweit im Jahr 2003 gut zwei Drittel der Begutachteten pflegebedürftig. In 46,8 v. H. empfahlen die Gutachter Pflegestufe I, in 16,8 v. H. Pflegestufe II und in 3,8 v. H. Pflegestufe III.

Bei stationären Erstbegutachtungen stellten die Gutachter bundesweit im Jahr 2003 in 16,6 v. H. der Fälle „nicht erheblich pflegebedürftig“ im Sinne des SGB XI fest, in 44,4 v. H. Pflegestufe I, in 32,1 v. H. Pflegestufe II und in 6,9 v. H. Pflegestufe III.

Das Ergebnis, dass Erstantragsteller auf stationäre Leistungen in höherem Maße pflegebedürftig sind, kann auf zwei Faktoren zurückgeführt werden. Erstens wird die Pflege in einer vollstationären Einrichtung u. a. dann in Anspruch genommen, wenn Pflegepersonen im häuslichen Umfeld des Versicherten nicht zur Verfügung stehen oder wenn der erforderliche Pflegeaufwand von ihnen nicht mehr erbracht werden kann. Zweitens ist die Aufnahmepraxis von Alten- und Pflegeheimen zu berücksichtigen, die verstärkt solche Bewohner aufnehmen, die im Sinne des SGB XI pflegebedürftig sind.

Gegenüber den Vorjahren haben sich die Unterschiede bei den Pflegestufenempfehlungen zwischen den einzelnen MDK nicht wesentlich verändert. Indikatoren wie z. B. die soziodemographische Zusammensetzung (z. B. Alter, Geschlecht, Sozialstruktur) oder die epidemiologische Struktur (z. B. Morbiditäts- und Mortalitätsraten) der Bewohner können hierbei Einfluss auf die Inanspruchnahme der MDK sowie die Begutachtungsergebnisse der Pflegeversicherung nehmen.

1.5. Berücksichtigung psychisch Kranker, geistig Behinderter und Dementer im Begutachtungsgeschehen der Medizinischen Dienste

Bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit wird der Hilfebedarf demenziell erkrankter Menschen insbesondere durch die Einbeziehung der Hilfeformen „Anleitung“, „Beaufsichtigung“ und „Unterstützung“ berücksichtigt. Bezogen auf die vom Gesetzgeber abschließend aufgezählten Verrichtungen des täglichen Lebens in den Bereichen der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlichen Versorgung bildet sich damit der erhöhte Versorgungsaufwand von demenziell Erkrankten bzw. der „Personengruppe mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ bereits heute pflegestufenrelevant im Gutachten ab.

Im Zusammenhang mit dem PflEG, das verbesserte Leistungsangebote der Pflegeversicherung zur Stärkung der häuslichen Pflege von Pflegebedürftigen mit einem erheblichen Betreuungsbedarf vorsieht, prüft der Medizinische Dienst im Rahmen der Pflegebegutachtung, ob ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung vorliegt. Hierbei wenden die Medizinischen Dienste das Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz vom 22. März 2002 an¹⁶. Dieses Begutachtungsverfahren umfasst zwei Teile:

- das Screening (Filter) und
- das Assessment (Feststellung).

Das Screening ist nur dann anzuwenden, wenn es sich bei dem begutachteten Versicherten um eine Person handelt, die an einer demenzbedingten Fähigkeitsstörung, an einer geistigen Behinderung oder an einer psychischen Erkrankung leidet. Mit dem Screening soll festgestellt werden, ob Auffälligkeiten (in den Bereichen Orientierung, Antrieb/Beschäftigung, Stimmung, Gedächtnis, Tag-Nacht-Rhythmus, Wahrnehmung und Denken, Kommunikation,

¹⁶ Siehe hierzu auch unter C.IV.1.1.

Sprache, situatives Anpassen, soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen) vorliegen und ob daraus ein regelmäßiger und auf Dauer (voraussichtlich mindestens sechs Monate) angelegter allgemeiner Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf resultiert. Bei positivem Screening, d. h. wenn Auffälligkeiten vorliegen, wird anschließend das Assessment durchgeführt. Mit dem Assessment (vgl. § 45a Abs. 2 SGB XI) wird festgestellt, ob dieser allgemeine Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf so hoch ist, dass damit auf Dauer und regelmäßig eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz verbunden ist.

- Anzahl und demographische Struktur von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Im Rahmen einer freiwilligen Berichterstattung führten die MDK schon unterjährig 2002 Daten über die Zahl der Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zusammen. Seit dem IV. Quartal 2002 erfolgt die Berichterstattung im Rahmen der Statistik-Richtlinien nach § 53a Satz 1 Nr. 3 SGB XI. Danach handelt es sich bei 27,2 v. H. aller erstbegutachteten Antragsteller auf ambulante Leistungen mit der Empfehlung „pflegebedürftig im Sinne des SGB XI“ um Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Dabei nimmt mit zunehmender Pflegestufe auch der Anteil der Pflegebedürftigen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zu. In Pflegestufe I beträgt die Quote 23,4 v. H., in Pflegestufe II 36,9 v. H. und in Pflegestufe III 54,3 v. H. Im Berichtsjahr 2003 wurden rd. 80 000 Versicherte erstmals begutachtet, die pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind und die zusätzlich Anspruch auf Leistungen nach dem PfEG haben. Bei Erstantragstellern, die nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, wird in der Regel kein Assessment durchgeführt.

- Hauptmerkmale, die zur Einschränkung der Alltagskompetenz führen

Unabhängig von der Pflegestufe können fast alle Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (etwa 90 v. H.) ihren Tagesablauf nicht mehr eigenständig planen und strukturieren und haben darüber hinaus Probleme bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen aufgrund einer Störung der höheren Hirnfunktionen.

Zudem sind viele Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nicht mehr in der Lage, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen. Ihr Anteil steigt mit zunehmender Pflegestufe von knapp 40 v. H. in Stufe I auf knapp 70 v. H. in Pflegestufe III.

1.6. Dauer des Begutachtungsverfahrens

Die Bearbeitungszeiten sind in den einzelnen MDK sehr unterschiedlich. Diese Unterschiede sind auf regionale Besonderheiten bzw. Strukturen zurückzuführen. In der folgenden Tabelle wird die Erledigungsdauer von Pflegegutachten ausgewiesen. Dabei handelt es sich um den Zeitraum zwischen dem Eingang des Gutachtenauftrages beim MDK und dem Versand an die auftraggebende Pflegekasse.

Im Vergleich zum Jahr 2002 konnte die durchschnittliche Erledigungsdauer im ambulanten Bereich um 15,4 v. H. und im stationären Bereich um 9,8 v. H. gesenkt werden.

Aus Sicht der Spitzenverbände der Pflegekassen erscheint eine Verkürzung der Begutachtungslaufzeit insbesondere durch Optimierung des internen Auftragsmanagements möglich. In diesem Sinne wird derzeit in der MDK-Gemeinschaft ein neues Organisationsverfahren erörtert.

2003	4 Wochen	8 Wochen	8 bis 12 Wochen	12 Wochen und mehr	durchschnittliche Dauer (in Kalendertagen)
ambulant	23,9 v. H.	43,7 v. H.	22,0 v. H.	10,5 v. H.	47,7
stationär	44,0 v. H.	36,7 v. H.	13,7 v. H.	5,6 v. H.	35,5

1.7. 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.

Die Gutachter der privaten Pflege-Pflichtversicherung stellen auch weiterhin sowohl im ambulanten als auch im

stationären Bereich häufiger fest, dass Pflegebedürftigkeit vorliegt. Außerdem empfehlen sie häufiger die Pflegestufen II und III.

Die abweichenden Ablehnungsquoten und die höheren Einstufungen in der privaten Pflege-Pflichtversicherung lassen jedoch nicht die Schlussfolgerung zu, dass den privat Versicherten die Pflegeleistungen – entgegen den gesetzlichen Vorgaben – großzügiger bewilligt werden.

Es muss in diesem Zusammenhang beachtet werden, dass in der privaten Pflege-Pflichtversicherung die Mehrheit der Antragsteller über 80 Jahre alt sind. So waren im Jahr 2002 ca. 53 v. H. der Antragsteller in der privaten Pflege-Pflichtversicherung über 80 Jahre alt. Im Gegensatz dazu waren unter den erstbegutachteten Antragstellern im Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahr 2002 ca. 44 v. H. über 80 Jahre alt. Dies sind 12 v. H. weniger Hochbetagte als im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

Ambulante Pflege 2003

	Begutachtungsempfehlungen in v. H.			
	nicht pflegebedürftig	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
soziale Pflegeversicherung	32,6	46,8	16,8	3,8
private Pflegeversicherung	21,8	50,4	22,6	5,2

Stationäre Pflege 2003

	Begutachtungsempfehlungen in v. H.			
	nicht pflegebedürftig	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
soziale Pflegeversicherung	16,6	44,4	32,1	6,9
private Pflegeversicherung	8,8	38,0	38,2	15,0

2. Qualitätsprüfung innerhalb der Medizinischen Dienste

Die Durchführung von kontinuierlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen für das umfangreiche Begutachtungsverfahren soll zu einer einheitlichen Begutachtungspraxis beitragen und eine hohe Qualität der Begutachtung im Interesse der Versicherten gewährleisten. Insgesamt betrachtet hat das Qualitätsbewusstsein in der MDK-Gemeinschaft ein hohes Niveau erreicht¹⁷.

So haben die Medizinischen Dienste im Jahr 2000 unter Federführung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen eine Neukonzeption für die Qualitätsprüfungen von Pflegegutachten erarbeitet. Im Verfahren des Jahres 2001 wurde diese Konzeption erstmals erfolgreich eingesetzt. Schwerpunkt der Prüfungen sind inhaltliche statt bisher formal-logische Kriterien.

Die Prüfungen im Jahr 2003 bezogen sich auf die drei Bereiche:

- Transparenz der gutachterlichen Darstellung (Versorgungssituation, Wohnsituation, pflegerelevante Vorgesichte, Schädigungen, Fähigkeitsstörungen/Resourcen),
- gutachterliche Bewertungen (Verständlichkeit der Sprache, Sachkunde, Empfehlung, Prognose) und
- Nachvollziehbarkeit der gutachterlichen Entscheidungen in der Bestimmung von Pflegebedürftigkeit.

Im Jahr 2003 gingen in die MDK-internen Prüfungen insgesamt 6 749 Pflegegutachten ein. Die Ergebnisse dieser Prüfungen belegen, dass bei fast allen Prüffragen zu über 90 v. H. ein hohes Qualitätsniveau ausgewiesen wird. Darüber hinaus haben die internen Prüfberichte aufgezeigt, dass die MDK-Gemeinschaft weiterhin kontinuierlich an der Verbesserung der Struktur, Prozess- und Ergebnisqualität gearbeitet hat. Neben der Arbeit in Pflege-Qualitätskommissionen und in Qualitätszirkeln, der Einrichtung von Wissensdateien oder der Durchführung von Weiterbildungen oder Supervisionen wurde inzwischen in zahlreichen MDK die integrierte EDV-gestützte Plausibilitätsprüfung von Pflegegutachten eingeführt. Damit können Defizite oder Unklarheiten im geschriebenen Gutachten aufgedeckt und vor der Abgabe des Gutachtens an die Pflegekasse und der Leistungsentscheidung der Pflegekasse behoben werden. Weiterhin sind in mehreren MDK inzwischen der Bereich, das Fachreferat oder einzelne Begutachtungs- und Beratungsstellen zertifiziert worden bzw. ist eine Zertifizierung in nächster Zeit vorgesehen.

Neben diesen internen Prüfungen erfolgt in jedem Jahr auch eine MDK-übergreifende externe Qualitätsprüfung zu den gleichen o. g. Prüfbereichen. Ziel dieser Qualitätsprüfung ist es, individuelle systematische Schwachstellen (z. B. gehäuft auftretende Widersprüche in Gutachten eines bestimmten MDK) in der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI aufzuzeigen und den einzelnen MDK so Optimierungen zu ermöglichen. Im Jahr

2002 konnte im Vergleich zum Vorjahr bei vielen Prüffragen mit vergleichbaren Items eine Steigerung der Qualität nachgewiesen werden.

Die Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung Pflegebegutachtung“ (Ü 2) der MDK-Gemeinschaft hat in den vergangenen Jahren ein Instrumentarium zur Qualitätsprüfung von Pflegegutachten erarbeitet. Diese Entwicklungsarbeit war notwendig, da aus der Literatur keine entsprechenden Prüfinstrumente für sozialmedizinische Gutachten bekannt sind. Im Verfahren 2003 wurde erstmals ein Prüfinstrument eingesetzt, das sich in Bezug zu allen Prüffragen als reliabel erwiesen hat. Dieses methodische Ergebnis hat zur Konsequenz, dass die Prüffragen unabhängig von der Person des Prüfgutachters eingesetzt werden können. Der Entwicklungsprozess kann deshalb als abgeschlossen betrachtet werden.

Dennoch wurden Defizite im Zusammenhang mit dem zeitlichen Ablauf des derzeit praktizierten Verfahrens deutlich. So sind die Ergebnisse im Abschlussbericht nicht aktuell, da sie Daten beinhalten, die annähernd ein Jahr alt sind. Mögliche Konsequenzen aus den Ergebnissen für die Begutachtungspraxis, die Begutachtungs-Richtlinien und für die MDK-interne und MDK-übergreifende Fortbildung können somit erst zeitversetzt umgesetzt werden. Die Ziele eines neuen Verfahrensablaufs liegen daher darin, die Aktualität der Prüfergebnisse und die zeitliche Kontinuität der Prüfungen zu verbessern. Zukünftig sollen Begutachtung und Qualitätssicherung stärker als Einheit betrachtet werden.

Die Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung Pflegebegutachtung“ hat deshalb ein neues Verfahren beschlossen, das diesen Zielkatalog umsetzt. Wesentliches Element der neuen Konzeption ist die Aufhebung der jährlich einmal stattfindenden Qualitätsprüfung. Ab dem 1. Juli 2004 werden monatlich oder vierteljährlich Pflegegutachten qualitätsgesichert. Die Zahl jährlich zu prüfender Pflegegutachten beträgt nach wie vor 0,5 v. H. des Begutachtungsaufkommens des letzten Jahres.

3. Zahl der Pflegefachkräfte und der Ärzte

In den MDK waren im Jahr 2003 bundesweit rd. 2 000 Ärzte und 1 000 Pflegefachkräfte im gutachterlichen Dienst beschäftigt, wobei statistisch nicht differenziert wird, inwieweit die Gutachterärzte für den Pflege- bzw. Krankenversicherungsbereich tätig sind.

Nach § 18 Abs. 6 SGB XI werden die Aufgaben des MDK durch Ärzte in Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen.

Nach den Begutachtungs-Richtlinien können entweder ein Arzt oder eine Pflegefachkraft oder beide gemeinsam die Begutachtung als Mitarbeiter des MDK oder als externer Gutachter durchführen. Unter Beachtung der konkreten Festlegungen in den Begutachtungs-Richtlinien wird die Auswertung des Besuches sowie die endgültige Abfassung des Pflegegutachtens zumeist in Kooperation zwischen Pflegefachkräften und Ärzten vorgenommen. Damit wird der vom Gesetzgeber gewünschten Berück-

¹⁷ Siehe hierzu auch unter C.IV.4.

sichtigung der Kompetenzen beider Berufsgruppen Rechnung getragen.

Ein Vergleich der Jahre 1998 und 2003 zeigt, dass in den MDK vermehrt Pflegefachkräfte die Pflegebegutachtungen durchführen. 1998 wurden 38,8 v. H. aller ambulanten und 48,6 v. H. aller stationären Begutachtungen durch Gutachter dieser Profession durchgeführt. Im Jahr 2003 stieg der Anteil auf 61,6 v. H. im ambulanten und 66,0 v. H. im stationären Bereich.

Die Auftragsbearbeitung ist in den einzelnen MDK aber unterschiedlich strukturiert. Das zahlenmäßige Verhältnis zwischen Pflegefachkräften und ärztlichen Gutachtern ist regional sehr unterschiedlich ausgeprägt. Dies betrifft auch den Einsatz externer Gutachter.

So wurden z. B. im ambulanten Bereich in Hessen 67,1 v. H. der Begutachtungen von externen Gutachtern, in Mecklenburg-Vorpommern dagegen 99,1 v. H. von angestellten Ärzten und in Sachsen 93,0 v. H. von angestellten Pflegefachkräften durchgeführt.

In den MDK-übergreifenden Arbeits- und Projektgruppen sind Ärzte und Pflegefachkräfte an der konzeptionellen Weiterentwicklung des Begutachtungsverfahrens und an der Erarbeitung von Vorschlägen zur Weiterentwicklung des SGB XI beteiligt. Für beide Berufsgruppen werden vom MDS berufsgruppenspezifische und -übergreifende Qualifikationsmaßnahmen durchgeführt.

Demgegenüber waren im Verantwortungsbereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung im Jahre 2003 bundesweit 880 freie Mitarbeiter (92,2 v. H. ärztliche Gutachter und 7,8 v. H. Pflegefachkräfte) für MEDICPROOF GmbH, die sich primär als Dienstleistungsunternehmen für die Pflegeversicherungen der privaten Krankenversicherungen, der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten versteht, tätig. (Quelle: Tätigkeitsbericht 2003, MEDICPROOF GmbH)

4. Widersprüche gegen das Begutachtungsergebnis, Klagen

Der Anteil von Widerspruchsaufträgen ist weiterhin leicht rückläufig und hatte im Jahr 2003 einen Anteil von 6,0 v. H. an allen eingegangenen Begutachtungsaufträgen. Damit lag der Anteil um fast 1 Prozentpunkt niedriger als im Jahr 1998 mit 6,7 v. H. Dieser geringe Anteil von Widersprüchen am gesamten Auftragseingang dürfte ein Hinweis auf die Qualität der Begutachtung und die Akzeptanz der Pflegegutachten sein.

Mehr als die Hälfte der Widersprüche kommen von Erst Antragstellern, bei denen die Pflegebedürftigkeit nicht anerkannt wurde. Relativ häufig werden Widersprüche gegen das Begutachtungsergebnis bei Kindern eingelegt. Dies steht offensichtlich im Zusammenhang mit den Besonderheiten der Kinderbegutachtung. Bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr zählt für die Anerkennung von Pflegebedürftigkeit nicht der gesamte Hilfebedarf des Kindes, sondern nur der Hilfebedarf, der über den für alle Kinder seiner Altersgruppe typischen Hilfebedarf hinausgeht. Diese Besonderheit bzw. die Festle-

gung, wie hoch ein alterstypischer Hilfebedarf ist, stößt bei vielen Eltern auf Unverständnis und führt zu Widersprüchen.

Im Jahr 2003 bestätigten die Gutachter in 62,2 v. H. der Widerspruchsbegutachtungen im ambulanten Bereich die Begutachtungsempfehlung des Vorgutachtens, in 37,8 v. H. wurde eine höhere Pflegestufe empfohlen. Bei Antragstellern auf stationäre Leistungen kamen die Gutachter vergleichsweise häufiger zu einer Änderung (Erhöhung) der Pflegestufenempfehlung in der Widerspruchsbegutachtung (48,5 v. H.). Dieses Ergebnis ähnelt dem der Wiederholungsbegutachtungen. Auch dort wurde im stationären Bereich häufiger eine im Vergleich zum Vorgutachten höhere Pflegestufe empfohlen.

Bei der Beurteilung der Höhe der Widerspruchsaufträge muss zudem berücksichtigt werden, dass zwischen Begutachtung, Leistungsbescheid und Widerspruch mehrere Wochen vergehen können, in denen ein akuter Vorfall oder eine schnell chronisch verlaufende Erkrankung eine Revision von Teilen des Pflegegutachtens aufgrund des geänderten Hilfebedarfes nahe legt. Neben „echten“ Widersprüchen werden unter den Widerspruchsbegutachtungen deshalb auch so genannte „verkappte Folgebegutachtungen“ erfasst. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse von Widerspruchs- und Folgegutachten legt dies nahe.

Die Sozialgerichtsstatistiken enthalten keine separaten Angaben über Klagen, die sich gegen die Einstufung richten.

5. Rechtsprechung des Bundessozialgerichts

Das Bundessozialgericht (BSG) hat in einer Reihe von Urteilen seit 1998 entschieden, dass bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit so genannte krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen berücksichtigt werden müssen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind danach behandlungspflegerische Maßnahmen, wenn sie

- regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil der Hilfe bei den in der Pflegeversicherung maßgebenden Einrichtungen der Grundpflege sind und
- zwangsläufig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dieser Einrichtung vorgenommen werden müssen.

Diese ständige Rechtsprechung des BSG musste zur Sicherstellung einer einheitlichen Rechtsanwendung bei der Begutachtung von Pflegebedürftigen in die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI eingearbeitet werden. Dabei wurden folgende krankheitsspezifische Maßnahmen abschließend aufgeführt:

- An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen (BSG, AZ.: B 3 KR 2/01 R vom 30. Oktober 2001),
- die Einmalkatheterisierung (BSG, AZ.: B 3 P 23/00 R vom 22. August 2001),
- Einreiben mit Dermatika (BSG, AZ.: B 3 P 20/97 vom 26. November 1998),

- Sekretelimination bei Mukoviszidose (BSG, AZ.: B 3 P 12/98 R vom 29. April 1999 u. a.),
- Schmerzmedikation als Einzelgabe zur Durchführung des Waschens/Duschens z. B. bei Kontrakturen,
- Wechseln der Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle zur Ermöglichung des Schluckens,
- orotracheale Sekretabsaugung im Zusammenhang mit Waschen oder Nahrungsaufnahme,
- Verabreichung eines Klistiers oder eines Einlaufs.

Die nicht vom BSG ausgeurteilten Maßnahmen wurden aufgenommen, weil sie in vollem Umfang der Definition des BSG zu krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen entsprechen.

In der Praxis hat die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu den krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen jedoch zu einer Verlagerung einzelner behandlungspflegerischer Maßnahmen von der Krankenversicherung zur Pflegeversicherung geführt, mit der Folge, dass häuslich Pflegebedürftige, die für bestimmte behandlungspflegerische Hilfeleistungen ambulante Pflegedienste in Anspruch nehmen müssen, mit erheblichen zusätzlichen Belastungen konfrontiert sind. So wurden beispielsweise die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung für das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen eingestellt. Dies hatte zur Folge, dass Pflegebedürftige mit entsprechendem Hilfebedarf, deren Sachleistungsanspruch gegenüber den Pflegekassen bereits ausgeschöpft war, die Hilfeleistung aus eigenen Mitteln bezahlen mussten; dies auch dann, wenn die Berechnung dieses Hilfebedarfes bei der Einstufung nicht zur einer höheren Pflegestufe geführt hat.

Dieses unbefriedigende Ergebnis wurde im Rahmen des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) dadurch korrigiert, dass das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen eindeutig wieder der Leistungspflicht der Krankenkassen zugeordnet wurde.

V. Vergütung ambulanter und stationärer Pflegeleistungen

1. Ambulante Pflege

In der ambulanten Pflege erfolgt die Vergütung der Leistungen regelmäßig auf der Grundlage des auf Bundesebene entwickelten Leistungskomplexsystems, welches sich grundsätzlich in der Praxis bewährt hat. Dabei sind die Leistungskomplexe entsprechend dem durchschnittlich notwendigen Aufwand zur Leistungserbringung mit Punktzahlen belegt. Die Vergütung der Leistung erfolgt durch Multiplikation der Punktzahl mit einem Punktwert (in Cent-Beträgen), der im Rahmen der Vergütungsverhandlungen (§ 89 SGB XI) ausgehandelt wird. Die Ausgestaltung des Vergütungssystems ist in den Ländern entsprechend den jeweiligen landesspezifischen Gegebenheiten erfolgt und unterliegt einer stetigen Weiterentwicklung. So hat sich in Bayern aufgrund eines Schiedsstellenurteils für den Bereich der Wohlfahrtspflege eine

Abkehr vom Leistungskomplexsystem hin zu einer Einzelleistungsvergütung entwickelt. In Hessen existieren derzeit unterschiedliche Modelle. Dabei haben die Pflegebedürftigen bei zwei Modellen die Möglichkeit, bestimmte Einzelleistungen hinzuzuwählen. In einem dritten Modell wird nach Zeit vergütet.

Neben der inhaltlichen Variation in den einzelnen Ländern zeigen auch die Leistungsentgelte in der Höhe erhebliche Unterschiede, die jedoch zum Teil durch die unterschiedliche Zusammensetzung der Leistungskomplexe bedingt sind. Insgesamt lässt sich aber festhalten, dass hinsichtlich der Vergütungshöhe seit dem Jahr 2000 eine leichte Anpassung nach oben stattgefunden hat. Zur Versorgung von bestimmten Personengruppen, die eine umfassende Betreuung benötigen, sowie für den Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung existieren auch Vereinbarungen über die Abrechnung nach Zeiteinheiten.

Die beigefügte Übersicht (siehe Anlage 5) gibt einen Überblick über die in den Ländern geltenden Vereinbarungen. Die Laufzeiten der Vergütungsvereinbarungen erstrecken sich in der Regel über längere Zeiträume und sind nicht an das Kalenderjahr geknüpft. Die angegebenen Werte sind zur besseren Vergleichbarkeit für alle Zeiträume in Euro ausgewiesen.

2. Teilstationäre Pflege

Die mit Inkrafttreten des PflegeVG zur Anwendung gekommenen Übergangsregelungen sind zwischenzeitlich durch Vereinbarungen nach den Vorgaben des SGB XI abgelöst worden. Die Pflegesatzvereinbarungen in der teilstationären Pflege beziehen sich fast ausschließlich auf Einrichtungen der Tagespflege.

Einrichtungen der Nachtpflege sind nach wie vor und trotz der mit dem PflEG gesetzten Impulse kaum existent. Die Ermittlung und Aushandlung der Pflegesätze und Entgelte erfolgt entsprechend den Regelungen in der vollstationären Pflege. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die Spreizung der Pflegesätze zwischen den Pflegestufen nicht so eindeutig ist wie in der vollstationären Pflege. Ursächlich hierfür ist, dass die Leistungen und Aufwendungen bei den Gästen der Tagespflege nicht in direkter Abhängigkeit von der Pflegestufe stehen. Die Vergütungen enthalten die notwendigen Aufwendungen der Beförderung der Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung und zurück. Einen Überblick über die Pflegesätze und Entgelte für die einzelnen Pflegestufen für die Jahre 2000 bis 2003 geben die beigefügten Tabellen (siehe Anlage 4). Bei den angegebenen Werten handelt es sich um ungewichtete Angaben, die zur besseren Vergleichbarkeit für alle Zeiträume in Euro ausgewiesen sind.

3. Kurzzeitpflege

Für die Kurzzeitpflege gilt wie für die teilstationäre Pflege, dass die mit Inkrafttreten des PflegeVG zur Anwendung gekommenen Übergangsregelungen in der Zwischenzeit durch Vereinbarungen nach dem 8. Kapitel des SGB XI abgelöst worden sind. Leistungen der Kurz-

zeitpflege werden in aller Regel in Einrichtungen erbracht, die gleichzeitig auch vollstationäre Pflege erbringen, entweder in separierten Bereichen oder als so genannte „eingestreute Betten“. Die Pflegesätze und Entgelte werden in diesen Fällen auch in zusammenhängenden Verhandlungen und Vereinbarungen geregelt. Von daher sind die Vergütungssätze häufig identisch mit den vollstationären Entgelten. Kurzzeitpflegeeinrichtungen als Solitäreinrichtungen stellen nicht die Regel, sondern eher die Ausnahme dar. Gleichwohl finden hier hinsichtlich der Findung leistungsgerechter Pflegesätze und Entgelte die Vorgehensweisen wie in der vollstationären und teilstationären Pflege entsprechende Anwendung. Die als Anlage 4 beigefügte Übersicht gibt den Stand der Pflegesatzvereinbarungen in den Jahren 2000 bis 2003 wieder. Es handelt sich auch hier um ungewichtete Werte, die zur besseren Vergleichbarkeit für alle Zeiträume in Euro ausgewiesen sind.

4. Vollstationäre Dauerpflege

Nach dem SGB XI (§§ 84 ff. SGB XI) sind leistungsgerechte Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung zwischen den Vertragsparteien (Pflegeeinrichtung und Kostenträger) zu vereinbaren. Diese sollen es einem Pflegeheim ermöglichen, bei wirtschaftlicher Betriebsführung seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Dementsprechend werden in den Ländern einrichtungsindividuell jeweils für die Pflegestufen I, II und III Vergütungssätze ausgehandelt. Die Vorgehensweisen zur Findung leistungsgerechter Entgelte differieren in den Ländern. Neben der vergleichenden Analyse der Daten vergleichbarer Einrichtungen erfolgt die einrichtungsbezogene Betrachtung; dies gilt insbesondere dort, wo Vergleichsdaten fehlen oder spezifische Besonderheiten der Einrichtung (z. B. Versorgung eines Personenkreises mit besonderem Interventionsbedarf) vorliegen. Teilweise beruhen die Vorgehensweisen auf Absprachen der Beteiligten in der Pflegesatzkommission.

Wesentlichen Einfluss auf die Pflegesatzverhandlungen haben die Neuregelungen des PQsG genommen. Vorsei-

ten der Einrichtungsträger werden zunehmend – auch im Zusammenhang mit dem Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen – finanzielle Forderungen erhoben, z. B. für den Einsatz von Qualitätsbeauftragten/-managern, Beratung durch externe Organisationen zum Qualitätsmanagement, Qualifikation des Personals und anderer zusätzlicher administrativer Aufgaben. Dem steht – gerade in den Pflegesatzrunden für 2002 und 2003 – vermehrt die Forderung der Sozialhilfeträger nach Nullrunden gegenüber, die mit der kritischen Finanzsituation der Kommunen als Träger der Sozialhilfe begründet werden.

Die Entwicklung der Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung in den Ländern für die Jahre 2000 bis 2003 ist in der beigefügten Übersicht (Anlage 4) dargestellt. Es handelt sich um ungewichtete Daten. Die Besetzung der Pflegestufen (Belegungsfrequenz) in den Einrichtungen ist nicht berücksichtigt. Darüber hinaus sind die spezifischen und voneinander abweichenden Berechnungsgrundlagen in den Ländern (z. B. Äquivalenzziffernsystematik, Vergütung bei Abwesenheit über die Auslastungsquote oder gesondert berechnungsfähig, Regelungen zur Berücksichtigung der Altenpflegeausbildungvergütung gemäß § 82a SGB XI) maßgeblich für die absolute Höhe der Pflegesätze und Entgelte und deren Spreizung zwischen den Pflegestufen. Ein Vergleich der absoluten Werte ist insofern nur begrenzt möglich. Ungeachtet dessen lässt sich aus den vorliegenden Werten eine allgemeine Tendenz zur kontinuierlichen Anpassung der Pflegesätze und Entgelte nach oben ableiten.

Die angegebenen Werte sind zur besseren Vergleichbarkeit für alle Zeiträume in Euro ausgewiesen.

Gewichtete Durchschnittsangaben enthält die alle zwei Jahre erhobene Pflegestatistik nach § 109 SGB XI. Danach stiegen die durchschnittlichen Pflegesätze von Ende 1999 bis Ende 2001 um 2,5 v. H. (d. h. um 1,25 v. H. jährlich) und die Vergütungen für Unterkunft und Verpflegung um 3,3 v. H. (d. h. um 1,65 v. H. jährlich). Die Entwicklung in den einzelnen Pflegestufen ist der folgenden Tabelle zu entnehmen:

Pflegestufe	durchschnittliche Pflegesätze (€/Monat)		Veränderung in v. H.
	1999	2001	
I	1150	1170	+ 1,7
II	1503	1560	+ 3,8
III	1963	1980	+ 0,9
Unterkunft und Verpflegung	552	570	+ 3,3

5. Ergebnisse von Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen stellt für die Landesverbände der Pflegekassen ein Instrumentarium zur zielgerichteten Prüfung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen dar. Neben der Prüfungsmöglichkeit ohne konkrete Anhaltspunkte sind Wirtschaftlichkeitsprüfungen angezeigt, wenn Erkenntnisse vorliegen, dass eine Pflegeeinrichtung die gesetzlichen oder vertraglich fixierten Anforderungen nicht oder nicht mehr erfüllt. Die bisherige restriktive Haltung der Landesverbände der Pflegekassen zur Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen war u. a. dadurch gekennzeichnet, dass die Zuständigkeit für die Prüfkosten nicht eindeutig geklärt war. Mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz ist diese Frage nunmehr geregelt (vgl. § 116 Abs. 2 SGB XI). Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Sinne des § 79 SGB XI sind bislang in Baden-Württemberg und Bayern durchgeführt worden. Dabei wurden insgesamt ca. 50 – überwiegend vollstationäre – Pflegeeinrichtungen geprüft. Neben der Prüfung der Wirtschaftlichkeit wurde die Wirksamkeit der Leistungen durch Qualitätsprüfungen gemäß § 80 SGB XI untersucht. Vom Grundsatz her kann übergreifend für alle durchgeführten Wirtschaftlichkeitsprüfungen – ohne dass sich daraus eine Hochrechnung auf alle Pflegeeinrichtungen ableiten lässt – festgehalten werden, dass festgestellte Unwirtschaftlichkeiten nicht besonderen Schwerpunkten zuzuordnen sind, sondern das gesamte Spektrum der Heimentgelte betreffen; also gleichermaßen den Bereich der Pflege wie auch der Reinigung/Wäscherei, der Küche und Verwaltung, auch wenn diese unterschiedlich betroffen sind. Ursächlich scheint zu sein, dass nicht ausreichend Management- und Personalinformationssysteme sowie Verfahren zur Verfügung stehen, die eine Steuerung und Optimierung der Prozesse ermöglichen bzw. befördern. Festzustellen war auch, dass keine signifikanten Kostenunterschiede in Abhängigkeit von der Größe der Einrichtung bestehen. Eine eindeutig positive Beziehung zwischen der Qualität und dem Preis ist ebenfalls nicht gegeben. Pflegeeinrichtungen mit relativ höheren Entgelten weisen nicht zwingend eine bessere Qualität auf. Ebenso kann nicht gesagt werden, dass Pflegeeinrichtungen mit niedrigen Entgelten eine schlechtere Qualität der Leistungen erbringen.

Eine verlässliche Aussage zur Gesamtwirtschaftlichkeit einer Einrichtung setzt im Kern voraus, dass alle Entgeltkomponenten (Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten) in die Betrachtung und Prüfung mit einbezogen werden. Selektive Prüfansätze und Verfahren haben nur eine begrenzte Aussagefähigkeit.

VI. Auswirkungen der Pflegeversicherung im Bereich der Sozialhilfe

1. Rückgang bei der Inanspruchnahme von Sozialhilfe

Wie die amtliche Sozialhilfestatistik zeigt, sind die Empfängerzahlen der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrich-

tungen mit der Einführung der Pflegeversicherung vom Jahresende 1994 zum Jahresende 1999 um 70 v. H. von 189 254 auf 56 616 zurückgegangen. In den dazwischenliegenden Jahren ist die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege kontinuierlich gefallen. Zwischen 1999 und 2002 ist jedoch wieder ein leichter Anstieg der Empfängerzahlen zu verzeichnen (knapp 6 v. H.).

Ursache hierfür ist hauptsächlich die steigende Zahl der pflegebedürftigen Menschen. Seit 1999 ist nach der Statistik der Pflegekassen die Zahl der potenziell für den Bezug ergänzender Leistungen der „Hilfe zur Pflege“ infrage kommenden Bezieher von Pflegesachleistung und Kombinationsleistung im ambulanten Bereich um rd. 8 v. H. gestiegen. Hinzu kommen die gestiegenen Pflegekosten bei gleichbleibenden Leistungen der Pflegeversicherung.

Dennoch ist insgesamt die Empfängerzahl bei der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen – bezogen auf das Jahresende 1994 – um rd. zwei Drittel zurückgegangen und hat sich bei rd. 60 000 Empfängern stabilisiert. Somit ist es im häuslichen Bereich gelungen, den überwiegenden Teil der Pflegebedürftigen aus der pflegebedingten Sozialhilfeabhängigkeit herauszuführen.

Die Anzahl der Empfänger der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen hat sich, ausgehend von 1994, anfangs noch leicht erhöht. Mit der Umsetzung der zweiten Stufe der Pflegeversicherung ist dann ein deutlicher Rückgang der Empfängerzahlen feststellbar, wenn auch nicht in gleicher Größenordnung wie im ambulanten Bereich. Bezogen auf das Jahresende 1995 gab es 2002 im stationären Bereich rd. 100 000 Personen (rd. 35 v. H.) weniger, die auf pflegebedingte Leistungen angewiesen waren. Seit 1999 bewegt sich die Empfängerzahl in einer Größenordnung von etwa 190 000 bis 200 000 Personen.

Die Anzahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege innerhalb und außerhalb von Einrichtungen nach dem Bundessozialhilfegesetz ist in ganz Deutschland von 453 613 Personen im Jahr 1994 auf 246 212 Personen im Jahr 2002 zurückgegangen. Dies bedeutet, dass sich in Deutschland insgesamt die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege innerhalb und außerhalb von Einrichtungen in diesen acht Jahren um 207 401 bzw. 45,7 v. H. verringert hat.

Sofern 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 Pflegebedarf zu tragen, können nach wie vor Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden. Die Sozialhilfestatistik gibt darüber Auskunft, in wie vielen Fällen von den Sozialhilfeträgern zusätzlich zu den Pflegeleistungen eines Sozialversicherungsträgers auch Hilfe zur Pflege nach dem BSHG gewährt wurde. Diese Zahlen sind allerdings im Gegensatz zu den Angaben in Tabelle 1 nur für das gesamte Berichtsjahr verfügbar.

Wurden 1994 von den Sozialhilfeträgern im Verlauf des Jahres in Deutschland insgesamt noch 563 452 Personen Leistungen zur Pflege gewährt, so ist die Anzahl bis 2002

Tabelle 1

Empfänger von Hilfe zur Pflege am Jahresende

Jahr	insgesamt¹	außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen
Anzahl der Empfänger			
Früheres Bundesgebiet			
1994	352.798	156.554	200.067
1995	295.193	73.666	221.934
1996	235.807	56.970	178.984
1997	211.463	54.950	156.636
1998	190.003	53.424	136.759
1999	216.328	47.528	168.938
2000	232.937	50.711	182.342
2001 ²	–	–	–
neue Länder und Berlin (Ost)			
1994	100.815	32.700	68.315
1995	77.635	11.426	66.265
1996	49.533	9.417	40.152
1997	39.448	9.446	30.036
1998	32.228	8.778	23.579
1999	31.005	9.088	21.930
2000	28.467	8.086	20.392
2001 ²	–	–	–
Deutschland			
1994	453.613	189.254	268.382
1995	372.828	85.092	288.199
1996	285.340	66.387	219.136
1997	250.911	64.396	186.672
1998	222.231	62.202	160.238
1999	247.333	56.616	190.868
2000	261.404	58.797	202.734
2001	255.883	60.514	195.531
2002	246.212	59.801	186.591

¹ Mehrfachzählungen wurden – soweit erkennbar – ausgeschlossen.

² Ab 2001 erfolgt nur noch eine Erfassung für Deutschland insgesamt.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, Reihe 2 Sozialhilfe, 1994 ff.

Tabelle 2

**Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb und innerhalb von Einrichtungen
während des Jahres**

Jahr	gewährte Hilfen	
	insgesamt	darunter mit zusätzlichen Pflegeleistungen eines Sozialversicherungsträgers
früheres Bundesgebiet		
1994*	436.327	76.557
1995**	456.394	71.881
1996	338.550	87.555
1997	276.676	83.526
1998	247.958	87.601
1999	267.128	95.526
2000	288.681	124.675
2001***	–	–
neue Länder und Berlin (Ost)		
1994	127.125	19.508
1995	117.242	15.080
1996	87.815	29.245
1997	51.604	23.258
1998	41.341	19.413
1999	42.585	18.239
2000	35.463	17.644
2001***	–	–
Deutschland		
1994*	563.452	96.065
1995**	573.636	86.961
1996	426.365	116.800
1997	328.280	106.784
1998	289.299	107.014
1999	309.713	113.765
2000	324.144	142.319
2001	331.520	131.619
2002	313.190	151.586

* Für das Berichtsjahr 1994 fehlen die Angaben von Hamburg und Bremen; die Meldungen aus Niedersachsen waren lückenhaft.

** Für das Berichtsjahr 1995 fehlen die Daten aus Bremen.

*** Ab 2001 erfolgt nur noch eine Erfassung für Deutschland insgesamt.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 13, Reihe 2, Sozialhilfe 1994 ff.

auf 313 190 Personen zurückgegangen. Die Zahl derer, die zusätzlich zur Hilfe zur Pflege Pflegeleistungen eines Sozialversicherungsträgers erhalten, ist im gleichen Zeitraum von 96 065 auf 151 586 Personen angestiegen. Vergleicht man diese Zahlen in der Zeitreihe, so waren vor Einführung der Pflegeversicherung noch 467 387 Personen auf alleinige Hilfe zur Pflege angewiesen, nach Einführung der Pflegeversicherung ist diese Zahl jedoch auf 161 604 Personen im Jahr 2002 zurückgegangen. Somit ist erkennbar, dass mit Einführung der Pflegeversicherung die Zahl derer, die ihren Pflegebedarf nicht aus eigenen Mitteln sicherstellen konnten, im Zeitraum von 1994 bis 2002 um 250 262 Personen bzw. 44,4 v. H. zurückgegangen ist.

Die Gegenüberstellung der beiden Zahlen zeigt jedoch auch, dass noch immer ein Teil der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat, weil entweder kein Versicherungsschutz besteht oder das Ausmaß der Hilfsbedürftigkeit unterhalb der Schwelle der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI liegt. Aufgrund dieses Sachverhaltes ist die Zahl der Pflegebedürftigen, die trotz Leistungen der Pflegeversicherung auf ergänzende „Hilfe zur Pflege“ angewiesen sind, deutlich niedriger, als die Gesamtzahl der Empfänger zunächst vermuten lässt.

Zu den finanziellen Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Ausgaben der Sozialhilfe ist im Wesentlichen Folgendes auszuführen:

In den Jahren 1995 bis 1999 sind die Ausgaben der Träger der Sozialhilfe für die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen von rd. 8,4 Mrd. Euro auf rd. 2,5 Mrd. Euro zurückgegangen, um sich dann auf diesem Niveau zu stabilisieren. Im ambulanten Bereich sanken im Zeitraum von 1994 bis 1997 die Aufwendungen von rd. 0,84 Mrd. Euro auf knapp 0,39 Mrd. Euro. In den Folgejahren sind die Ausgaben im ambulanten Bereich allmählich wieder auf rd. 0,49 Mrd. Euro im Jahr 2002 angestiegen. Dabei betragen die Aufwendungen für die Hilfe zur Pflege in Form von Pflegegeld 2002 gut ein Viertel (0,162 Mrd. Euro) des Ausgangswertes von 1994 (0,586 Mrd. Euro).

Die Daten der amtlichen Sozialhilfestatistik belegen, dass die Pflegeversicherung zu einer deutlichen finanziellen Entlastung der Träger der Sozialhilfe beigetragen hat. In dem von der Sozialhilfestatistik erfassten Ausgabenbereich der Hilfe zur Pflege wurden im Jahr 2002 von den Sozialhilfeträgern gut 6,1 Mrd. Euro weniger ausgegeben als im Jahr 1994, dem letzten Jahr vor Inkrafttreten der Pflegeversicherung. Insgesamt haben sich die Ausgaben in den letzten vier Jahren auf einem Niveau von rd. 2,9 Mrd. Euro stabilisiert.

Tabelle 3

Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege

Jahr	insgesamt	in Einrichtungen	außerhalb von Einrichtungen	davon (Spalte 3)	
				Pflegegeld	sonstige Hilfe zur Pflege
€					
früheres Bundesgebiet					
1991	5.652.432.664	4.990.992.392	661.440.272	496.998.409	164.441.862
1992	6.458.493.170	5.806.982.165	651.511.005	467.968.497	183.542.507
1993	7.033.473.013	6.326.869.228	706.603.785	497.703.798	208.899.971
1994	7.455.418.558	6.711.725.794	743.692.764	512.132.788	231.559.977
1995	7.330.038.693	6.831.672.267	498.366.426	253.189.445	245.176.981
1996	5.958.140.297	5.583.587.362	374.552.936	133.910.679	240.642.257
1997	3.116.169.574	2.756.296.655	359.872.919	122.567.569	237.305.350
1998	2.755.720.397	2.386.708.092	369.012.305	117.319.325	251.692.980
1999	2.674.465.061	2.302.453.178	372.011.882	112.008.712	260.003.170
2000	2.662.767.214	2.278.394.850	384.372.364	106.981.179	277.390.673
2001*	–	–	–	–	–

noch Tabelle 3

Jahr	insgesamt	in Einrichtungen	außerhalb von Einrichtungen	davon (Spalte 3)	
				Pflegegeld	sonstige Hilfe zur Pflege
neue Länder und Berlin (Ost)					
1991	840.048.201	817.005.211	23.042.989	19.143.968	3.899.021
1992	1.049.146.395	979.134.870	70.011.526	58.541.936	11.469.589
1993	1.393.327.135	1.303.587.079	89.740.056	74.119.674	15.620.381
1994	1.606.330.554	1.514.787.685	91.542.869	73.766.633	17.776.237
1995	1.603.837.767	1.555.990.255	47.847.512	30.519.386	17.328.126
1996	1.141.926.649	1.106.954.221	34.972.428	16.324.543	18.647.886
1997	383.332.219	350.689.087	32.643.132	12.766.712	19.876.420
1998	245.576.425	211.290.180	34.286.246	13.120.581	21.165.665
1999	226.215.980	189.787.456	36.428.524	12.418.257	24.009.755
2000	213.660.696	175.204.900	38.455.796	12.470.920	25.984.876
2001*	–	–	–	–	–
Deutschland					
1991	6.492.480.865	5.807.997.604	684.483.261	516.142.377	168.340.883
1992	7.507.639.565	6.786.117.035	721.522.530	526.510.432	195.012.096
1993	8.426.800.148	7.630.456.307	796.343.841	571.823.472	224.520.352
1994	9.061.749.113	8.226.513.479	835.235.633	585.899.420	249.336.213
1995	8.933.876.460	8.387.662.522	546.213.937	283.708.831	262.505.107
1996	7.100.066.947	6.690.541.583	409.525.364	150.235.221	259.290.142
1997	3.499.501.792	3.106.985.742	392.516.050	135.334.281	257.181.770
1998	3.001.296.823	2.597.998.272	403.298.551	130.439.906	272.858.645
1999	2.900.681.041	2.492.240.634	408.440.406	124.427.481	284.012.925
2000	2.876.427.910	2.453.599.750	422.828.160	119.452.611	303.376.060
2001	2.904.892.399	2.454.329.899	450.562.500	125.947.676	324.614.824
2002	2.942.857.189	2.457.624.501	485.232.688	161.921.353	323.311.355

* Ab 2001 erfolgt nur noch eine Erfassung für Deutschland insgesamt.

Hinweis: Es ist zu beachten, dass ab 1994 die Ausgaben für Asylbewerber nicht mehr in der Sozialhilfestatistik enthalten sind.

Asylbewerber erhalten seit Einführung des Asylbewerberleistungsgesetzes am 1. November 1993 anstelle der Sozialhilfe Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, Reihe 2 Sozialhilfe, 1994 ff.

2. Pflegebedürftige in Einrichtungen der Behindertenhilfe (Umwidmungsproblematik)

Bis Anfang 2001 gab es immer wieder Beschwerden von Behindertenverbänden und Einrichtungsträgern, dass Sozialhilfeträger Behinderteneinrichtungen drängten, sich ganz oder teilweise in Pflegeheime bzw. -abteilungen umzuwandeln bzw. die Verlegung pflegebedürftiger behinderter Menschen in Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen, damit behinderte Menschen mit erheblichem Pflegebedarf in die Lage versetzt wurden, die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung für den stationären Bereich voll auszuschöpfen. In Einrichtungen der Behindertenhilfe erhielten solche Pflegebedürftige von der Pflegeversicherung lediglich Leistungen von maximal 500 DM nach § 43a SGB XI. In dem Zweiten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung sind der seinerzeit gegebene Sachstand dieser Problematik ausführlich beschrieben und auch die Bemühungen der Beteiligten aufgezeigt worden, hier zu einvernehmlichen Lösungen zu kommen.

Die Bundesregierung hat in der Antwort auf eine Große Anfrage zur „Reform des Behindertenrechts“ (Bundestagsdrucksache 14/3681) ihre Haltung zu dieser Problematik deutlich gemacht und mitgeteilt, dass sie beabsichtigt, hier auf klare gesetzliche Regelungen im Bereich der Sozialhilfe hinzuwirken, damit eine dem Sinn und Zweck des § 43a Sozialgesetzbuch XI widersprechende Vorgehensweise nicht weiter möglich ist. Sie hat erklärt, dass sie eine Lösung im Rahmen der Schaffung eines Neunten Buches Sozialgesetzbuch anstrebt. Diese Zusage wurde eingelöst. Durch Artikel 15 des SGB IX vom 19. Juni 2001 ist § 40a in das Bundessozialhilfegesetz neu eingefügt worden. Mit dieser Regelung wurde klargestellt, dass die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe die notwendige Pflege mit umfasst. Die Regelung stellt sicher, dass dem Wunsch behinderter Menschen, in der Einrichtung zu verbleiben, grundsätzlich Rechnung zu tragen ist. Eine Verlegung pflegebedürftiger behinderter Menschen ist nur im Einzelfall und nur dann möglich, wenn ihre Pflege in der Einrichtung der Behindertenhilfe nicht sichergestellt werden kann. Dies müssen Pflegekasse, Sozialhilfeträger und Einrichtungsträger einvernehmlich feststellen.

VII. Entwicklung der Pflegeinfrastruktur

Für eine Beurteilung der Pflegeinfrastruktur ist zu berücksichtigen, dass nach dem politischen Kompromiss zum Finanzierungssystem der Pflegeversicherung die Länder für den Auf- und Ausbau der pflegerischen Infrastruktur verantwortlich sind (§ 9 SGB XI).

Die Entwicklung der pflegerischen Infrastruktur stellt sich regional recht differenziert dar. Mit Blick auf die neuen Länder ist hervorzuheben, dass dort die Infrastruktur durch die Förderung der Einrichtungen aufgrund des

Bundesfinanzhilfeprogramms nach Artikel 52 Pflegeversicherungsgesetz maßgeblich mitbestimmt wird.

Die in der Folge dargestellten Angaben beruhen im Wesentlichen auf dem Bericht: „Pflegestatistik 2001 – Deutschlandergebnisse“ des Statistischen Bundesamtes. Einleitend ist festzustellen, dass sich die Anzahl der Pflegeeinrichtungen auf hohem Niveau stabilisiert hat.

1. Ambulanter Bereich

1.1. Anzahl der Pflegedienste und Beschäftigtenstruktur

In der Bundesrepublik waren am 15. Dezember 2001 rd. 10 600 ambulante Pflegedienste zugelassen, die insgesamt 435 000 Pflegebedürftige betreuten. Dem leichten Rückgang der ambulanten Dienste um 2,1 v. H. seit 1999 steht ein Anstieg der ambulant Versorgten um 4,7 v. H. gegenüber. Nahezu alle ambulanten Pflegedienste boten neben den Leistungen nach dem SGB XI auch häusliche Krankenpflege nach dem SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) an.

Die Zahl der Beschäftigten stieg im gleichen Zeitraum um 3,1 v. H. auf ca. 190 000 Beschäftigte an. 86 v. H. der Beschäftigten waren weiblich. Die Mehrheit des Personals (65 v. H.) war teilzeitbeschäftigt. Fast jeder dritte (30 v. H.) Beschäftigte arbeitete Vollzeit; 6 600 junge Männer (4 v. H.) leisteten in den ambulanten Pflegediensten ihren Zivildienst. Die restlichen Arbeitskräfte (1 v. H.) waren Auszubildende, Praktikantinnen/Praktikanten oder Helferinnen/Helfer im freiwilligen sozialen Jahr.

1.2. Ambulante Pflegedienste nach Trägern

Von den insgesamt 10 600 zugelassenen ambulanten Pflegediensten befand sich die Mehrzahl in privater Trägerschaft (5 500 bzw. knapp 52 v. H.); der Anteil der freigemeinnützigen Träger war mit 46 v. H. etwas niedriger. Öffentliche Träger hatten – entsprechend dem Vorrang der anderen Träger nach dem SGB XI – einen geringen Anteil (2 v. H.).

Im Schnitt betreute ein Pflegedienst 41 Pflegebedürftige. Die privaten Dienste waren kleiner. Hier wurden durchschnittlich 30 Pflegebedürftige von einem ambulanten Dienst betreut. Die Pflegedienste unter freigemeinnütziger Trägerschaft versorgten dagegen im Durchschnitt jeweils 53 Pflegebedürftige.

2. Vollstationärer Bereich

2.1. Anzahl der Pflegeheime und Beschäftigtenstruktur

Bundesweit gab es im Dezember 2001 nahezu 9 200 zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeheime. Die Zahl der Pflegeheime mit vollstationärer Dauerpflege belief sich auf 8 331 Einrichtungen. Insgesamt wurden ca.

604 000 Pflegebedürftige in Pflegeheimen betreut, die sich wie folgt auf die verschiedenen Einrichtungstypen verteilen:

Einrichtungstyp	Pflegebedürftige
vollstationäre Dauerpflege	582.000
Tagespflege	12.000
Kurzzeitpflege	10.000
Nachtpflege	55

Dabei wurden Bewohnerinnen und Bewohner der so genannten Pflegestufe 0 nicht mit in die Betrachtung einbezogen.

Die Pflegeheime halten insgesamt ca. 675 000 stationäre Pflegeplätze vor, wovon ca. 649 000 auf den Bereich der vollstationären Dauerpflege entfallen. Die übrigen 26 000 Plätze sind für Kurzzeit-, Tages- oder Nachtpflege vorgesehen.

Gegenüber 1999 ist bundesweit bei den stationär versorgten Pflegebedürftigen ein Anstieg um 5,4 v. H. (31 000 Pflegebedürftige) zu verzeichnen. Die Zahl der vollstationär Dauerversorgten nahm dabei um 5,1 v. H. (28 000 Pflegebedürftige) zu.

In den Heimen waren insgesamt 475 000 Personen beschäftigt. Das sind 34 000 Personen (7,8 v. H.) mehr als noch 1999. Für die Versorgung der Pflegebedürftigen ist insbesondere das Personal des Bereichs Pflege und Betreuung wichtig. Hier sind gegenüber 1999 insgesamt 9,7 v. H. bzw. 28 000 Personen mehr tätig. Die Mehrzahl der Beschäftigten (85 v. H.) war weiblich. Fast die Hälfte (46 v. H.) der Beschäftigten arbeitete Vollzeit. Teilzeitkräfte machten 48 v. H. der Beschäftigten aus. Auszubildende, Praktikantinnen/Praktikanten und Schülerinnen/Schüler stellten 17 000 bzw. 4 v. H. der Beschäftigten. 11 000 junge Männer (2 v. H.) leisteten ihren Zivildienst in stationären Einrichtungen.

2.2 Pflegeheime nach Trägern

Von den im Dezember 2001 nach dem SGB XI zugelassenen voll- bzw. teilstationären Pflegeheimen befand sich die Mehrzahl der Heime (56 v. H. bzw. 5 100) in freigemeinnütziger Trägerschaft. Der Anteil der Privaten lag mit 36 v. H. deutlich niedriger. Öffentliche Träger haben mit 8 v. H. den geringsten Anteil.

Nicht nur bei der Zahl der Einrichtungen, sondern auch bei der Zahl der verfügbaren Plätze liegen die Heime in freigemeinnütziger Trägerschaft vorne. Von den bundesweit rd. 675 000 Plätzen in Pflegeheimen befinden sich 416 000 bzw. 62 v. H. in freigemeinnützigen Heimen. Der Anteil der Privaten beträgt 28 v. H. und hat somit um 2 v. H. gegenüber 1999 zugenommen; die öffentlichen Träger liegen bei 11 v. H.

Bei nahezu jedem vierten Heim war neben dem Pflegebereich auch ein Altenheim oder betreutes Wohnen organisatorisch angeschlossen. Dort werden hauptsächlich alte Menschen betreut, die keine Leistungen nach dem SGB XI erhalten.

Im Schnitt betreute ein Pflegeheim 66 Pflegebedürftige. Auch im stationären Bereich betreiben die privaten Träger eher kleine Einrichtungen. Im Mittel wurden in den privaten Heimen 50 Pflegebedürftige betreut. In Häusern freigemeinnütziger Träger waren es 73 Pflegebedürftige und in den öffentlichen Heimen 84 Pflegebedürftige.

3. Entwicklung des Arbeitsmarkts für Pflegekräfte

3.1. Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt

Bei jeder Quantifizierung von Beschäftigungswirkungen bestimmter Maßnahmen 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 konnten bis 1999 nicht isoliert betrachtet werden und ließen sich unter den vorhandenen Möglichkeiten am zweckmäßigsten mit den Daten des Mikrozensus analysieren. Der erfasste Personenkreis umfasste die abhängig Beschäftigten im Sozialwesen mit pflegerischem und hauswirtschaftlichem Beruf. Auf die Entwicklung dieses Bereichs – also außerhalb des Krankenhauswesens – dürfte sich noch am ehesten der Einfluss der Pflegeversicherung niedergeschlagen haben. Die so abgegrenzte Beschäftigtenzahl erhöhte sich in den Jahren 1999 bis 2002 um rd. 69 000 Personen (seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 betrug der Beschäftigungsanstieg sogar rd. 250 000 Personen).

Mit der Einführung der Einrichtungsstatistik nach § 109 SGB XI können seit 1999 die exakten Veränderungen der Zahl der abhängig Beschäftigten im Bereich der Pflegeversicherung erfasst werden. Die nebenstehende, in zweijährigem Abstand erhobene Statistik weist folgende Veränderungen aus (siehe S. 55, oben).

Auch die den Bereich der Pflegeversicherung besser erfassende Statistik zeigt einen deutlichen Beschäftigungszuwachs von rd. 40 000 oder 6,4 v. H. in zwei Jahren. Der Zuwachs erfolgte hauptsächlich im stationären Bereich. Bei den Berufsgruppen stieg die Zahl der Altenpflegerinnen/Altenpfleger und der Altenpflegehelferinnen/Altenpflegehelfer mit jeweils rd. 14,5 v. H. besonders stark an.

Inwieweit durch die Pflegeversicherung auch in anderen Bereichen (z. B. bei Herstellern von Hilfsmitteln o. Ä.) Arbeitsplätze geschaffen worden sind, ist statistisch nicht erfassbar. Es ist aber davon auszugehen, dass Sekundäreffekte bestehen.

Erwerbstätige in der Pflegeversicherung

	1999		2001		Veränderung	
	in ambulanten Pflegediensten	in Pflegeheimen	in ambulanten Pflegediensten	in Pflegeheimen	absolut	in v. H.
Altenpfleger	25.456	83.705	28.179	96.700	15.718	14,40
Helfer in der Altenpflege	3.869	12.755	4.419	14.642	2.437	14,66
Krankenpfleger	62.528	50.181	62.029	52.459	1.779	1,58
Helfer in der Krankenpflege	10.243	21.027	9.565	20.405	– 1.300	– 4,16
sonstige in der Pflege Tätige	81.686	273.272	85.375	291.162	21.579	6,08
gesamt	183.782	440.940	189.567	475.368	40.213	6,44

3.2. Personalsituation in der Altenpflege

Das damalige BMG hat während des Berichtszeitraums die Länder, das damalige BMA und die damalige Bundesanstalt für Arbeit gemeinsam mit dem BMFSFJ um Stellungnahmen zur Personal- und Ausbildungssituation in der Kranken- und Altenpflege gebeten. Nachfolgend ist das Fazit der Auswertung der Stellungnahmen in Auszügen wiedergegeben (Stand: Juni 2002).

3.2.1. Personalsituation

Grundsätzlich ist festzustellen, dass in der Krankenpflege und der Altenpflege derzeit kein genereller Fachkräftemangel besteht. Personelle Engpässe liegen in diesen Bereichen jedoch z. T. regionalbezogen, insbesondere in Ballungszentren und im grenznahen Bereich vor. Zudem gibt es in mehreren Ländern in der Krankenpflege in den Funktionsbereichen und der Fachkrankenpflege sowie regional und punktuell in der Altenpflege Probleme bei der Stellenbesetzung. In den neuen Ländern und Berlin ist die Personalsituation insgesamt entspannt. Dort ist z. T. ein Überschuss an Fachkräften für die Kranken- und die Altenpflege zu verzeichnen. Festzuhalten ist zudem, dass in den meisten Ländern keine konkrete Planung zum Bedarf an Pflegekräften für die Krankenpflege- und die Altenpflegeberufe besteht.

Nach den statistischen Daten der BA gibt es in der Krankenpflege und der Altenpflege einen z. T. erheblichen Bewerberüberhang. Bei den statistischen Daten zu den Arbeitslosen ist jedoch zu beachten, dass die BA die Altenpflegerinnen/Altenpfleger und Altenpflegehelferinnen/Altenpflegehelfer in ihrer Geschäftsstatistik gemeinsam unter einer Berufskennziffer ausweist und eine Differenzierung nicht vorgenommen wird. Bei den Helferberufen werden alle Arbeitslosen erfasst, die Kranken-

pflegehelfer oder Altenpflegehelfer als Zielberuf angegeben. Es werden somit unter diesen Berufskennziffern auch Personen geführt, die keine abgeschlossene Ausbildung in der Kranken- bzw. Altenpflegehilfe aufweisen können. Das damalige BMA hat die BA um Prüfung gebeten, inwieweit eine getrennte Erfassung der arbeitslosen Altenpflegerinnen/Altenpfleger und Altenpflegehelferinnen/Altenpflegehelfer sowie eine Differenzierung bei den Helferberufen nach ausgebildeten und nicht einschlägig ausgebildeten Kräften möglich ist. Es hat sich jedoch gezeigt, dass eine Umstellung der Statistik mit unvermeidbar hohem Aufwand verbunden wäre.

Nach Angaben der BA bestehen Probleme bei der Stellenbesetzung aufgrund der unregelmäßigen Arbeitszeit (Schichtdienst bzw. Wechseldienst), fehlender Mobilität, gesundheitlicher Einschränkungen oder des Alters des Arbeitslosen. Dies betrifft insbesondere die Vermittlung von Frauen mit Familie und führt in der Folge oft zu einem totalen Ausstieg dieser Frauen aus den Pflegeberufen.

Die Anzahl der vermittelten Krankenpflegefachkräfte aufgrund von Vermittlungsabsprachen nach der Anwerbestoppausnahmereordnung mit Kroatien und Slowenien ist mit insgesamt 318 im Jahre 2001 sehr gering. Es ist jedoch festzustellen, dass die Anzahl der aus Kroatien vermittelten Fachkräfte gegenüber dem Jahr 2000 um mehr als 50 v. H. angestiegen ist.

3.2.2. Ausbildungssituation

Für die Ausbildungssituation in den Krankenpflegeberufen ist im Vergleich der letzten Ausbildungsjahrgänge überwiegend ein Rückgang der Schülerzahlen festzustellen. Ein quantitativer Mangel an Bewerbern ist nur vereinzelt zu verzeichnen. In den neuen Ländern besteht z. T.

ein Bewerberüberhang. Nach Auffassung der Länder ist für den Rückgang der Schülerzahlen die unzureichende tatsächliche Besetzung der zur Verfügung stehenden Ausbildungskapazitäten sowie die Qualifikation der Bewerber maßgebend. Hierzu wird von mehreren Ländern die Auffassung vertreten, dass seitens des Landes keine Einflussmöglichkeiten auf die Auslastung der Ausbildungskapazitäten bestehen.

Die bisherige Entwicklung der Schülerzahlen für die Ausbildung als Altenpflegerin/Altenpfleger ist in den Ländern unterschiedlich und reicht von geringfügigem Rückgang bis hin zur Zunahme dieser Zahlen. Zu der tatsächlichen Anzahl der Ausbildungsplätze in der Altenpflege liegen nur von der Hälfte der Länder Angaben vor. Für die Altenpflegehilfe werden überwiegend keine Angaben gemacht.

Die BA leistet durch die Förderung der Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen im Pflegebereich einen erheblichen Beitrag zur Deckung des Fachkräftebedarfs. Dem Weiterbildungsbereich kommt in den Altenpflegeberufen neben der Erstausbildung eine erhebliche Bedeutung bei der Sicherung der Nachwuchsförderung zu.

3.2.3. Zukünftige Entwicklung der Personal- und Ausbildungssituation

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels gehen sowohl die Länder als auch die BA für die Zukunft von einer Verschärfung der Personalsituation im Bereich der Kranken- und Altenpflege aus. Diese wird aufgrund der Zunahme des Pflegekräftebedarfs, insbesondere des Fachkräftebedarfs, bei gleichzeitigem Rückgang der Schülerzahlen und aufgrund des Wettbewerbs mit anderen Wirtschaftsbereichen um Bewerberinnen/Bewerber sowie des Ersatzbedarfs für ausscheidende Pflegekräfte entstehen.

3.3. Bestehende bzw. geplante Maßnahmen zur Verbesserung der Personal- und Ausbildungssituation

3.3.1. Länder

In den Ländern bestehende bzw. geplante Maßnahmen reichen von einzelnen konkreten Maßnahmen bis zu umfangreichen Programmen und Maßnahmenkatalogen.

In einigen Ländern betreffen diese Maßnahmen ausschließlich bzw. schwerpunktmäßig die Personalsituation in der Altenpflege. Die Maßnahmen beziehen sich im Wesentlichen auf

- die finanzielle Förderung und/oder Steuerung von Ausbildungsplätzen und deren Auslastung,
- die Erlangung von Daten zur Personalstandsentwicklung (z. B. Fachplan für Ausbildungsstätten für Gesundheitsberufe zur besseren Steuerung der tatsächlichen Ausbildungskapazität, Landesberichterstattung Gesundheitsberufe),

- Imagekampagnen sowie Information und Beratung zu den Pflegeberufen,
- Modellprojekte zu integrierten Pflegeausbildungen,
- Steigerung der Attraktivität der Ausbildung, u. a. Zentralisierung der Schulen,
- die Verbesserung der Umschulung sowie der Fort- und Weiterbildung,
- die Qualifizierung von Hilfskräften zu Fachkräften, z. B. durch Jobrotation,
- gezielte Werbung bei Berufsneueinsteigerinnen/Berufsneueinsteigern und Berufsrückkehrerinnen/Berufsrückkehrern,
- die Anwerbung von Migrantinnen/Migranten,
- die verstärkte Beschäftigung ausländischer Pflegekräfte im Rahmen bestehender Gastarbeitnehmervereinbarungen,
- die Verbesserung des Gesundheits- und Arbeitsschutzes.

3.3.2. Bund

- Altenpflegegesetz

Ziel des Gesetzes über die Berufe in der Altenpflege ist es, die Qualität der Altenpflegeausbildung durch bundesweit einheitliche Neuregelungen zu verbessern und den Ausbildungsberuf insbesondere für junge Menschen attraktiv und damit im Verhältnis zu anderen Berufen konkurrenzfähig zu gestalten.

- Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege sowie zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Das Gesetz hat zum Ziel, die Ausbildung in der Krankenpflege an die veränderten Rahmenbedingungen anzupassen, insbesondere an die Entwicklungen in den Pflegewissenschaften, die Veränderung sozialrechtlicher Vorschriften und die gesellschaftlichen Veränderungen.

- Gesetz zur Änderung des Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetzes

Nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz und dem Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz können Aus- und Weiterbildung finanziert werden (Meister-BAföG).

- Gesetz zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für die Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz)

Aufgrund der durch dieses Gesetz erfolgten Änderungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz gelten ab dem 1. Januar 2004 u. a. zugunsten der ausbildenden Krankenhäuser neue Regelungen zur Finanzierung von Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen.

- Gesetz zur Reform der arbeitsmarktpolitischen Instrumente (Job-AQTIV-Gesetz)

Durch das Gesetz sind die im SGB III vorhandenen Ausnahmeregelungen zur Förderung der 3-jährigen Umschulungsmaßnahmen in u. a. den Kranken- und den Altenpflegeberuf bis zum 31. Dezember 2004 verlängert sowie Regelungen zur Jobrotation getroffen worden.

– Pflege-Qualitätssicherungsgesetz

Im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz sind der Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen u. a. über die personelle Ausstattung für das jeweilige Pflegeheim vorgesehen sowie von Rahmenverträgen über landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten oder landesweiter Personalrichtwerte (siehe auch C.I.3.).

– Gesundheitsberichterstattung

Die Pflege wurde als neuer Schwerpunkt in die Gesundheitsberichterstattung für das Jahr 2002 aufgenommen.

3.3.3. Bundesagentur für Arbeit

- Besondere Maßnahmen zur Vermittlung von Pflegefachkräften (überregionale Vermittlungsaktivitäten, Partnerschaften der Arbeitsämter, Arbeitsmarktbörsen, bundesweite Veröffentlichung offener Stellen).
- Förderung von u. a. Weiterbildungsmaßnahmen und Umschulungen.
- Information und Beratung über die Pflegeberufe sowie u. a. zur Förderung von Weiterbildungsmaßnahmen, Umschulungen und Mobilitätshilfen.
- Informationsmappe des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) über Entwicklung, Probleme und Ursachen der Arbeitsmarkt-, Berufs- und Berufsbildungssituation in den Pflegeberufen (Stand: Mai 2001).

4. Modellprogramme zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger

4.1. Modellprogramm des BMGS

4.1.1. Ausgangslage

Seit 1991 hat der Deutsche Bundestag dem BMA bzw. seit 1999 dem BMG und seit 2003 dem BMGS Mittel für das Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger zur Verfügung gestellt. Das Modellprogramm hat die Aufgabe, die Pflegeversicherung und ihre praktische Umsetzung konzeptionell durch geeignete Modellvorhaben zu begleiten und zu unterstützen. Vor allem soll es dazu beitragen, die in der Bundesrepublik Deutschland vorhandenen Versorgungslücken in der Pflegeinfrastruktur zu beseitigen, die Umsetzung zukunftsweisender Versorgungsansätze zu unterstützen und vorhandene Pflegeangebote zu modernisieren. Durch das Programm wurden in der gesamten Bundesrepublik Vorhaben sowohl im investiven Bereich durch Baumaßnahmen und Verbesserung vorhandener Einrichtungen als auch im strukturellen Bereich durch Personalförderung in

enger Abstimmung und gemeinsam mit den Ländern gefördert.

4.1.2. Schwerpunkte der aktuellen Förderung

Zur Umsetzung der in den Richtlinien vom 14. Dezember 1994 festgelegten Ziele des Programms wurden Modellvorhaben in allen Ländern durchgeführt, um repräsentative Aussagen über die Umsetzbarkeit der im SGB XI festgeschriebenen Leistungen für Pflegebedürftige in der ganzen Bundesrepublik unter den unterschiedlichen landesspezifischen Rahmenbedingungen zu gewinnen. Die Förderung deckte dabei folgende Schwerpunkte ab:

4.1.3. Aufbau einer teilstationären Infrastruktur

Ein 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. Weiterhin wurden im Rahmen des Betreuten Wohnens Pflegestützpunkte in Form qualifizierter Sozialstationen gefördert, um den Vorrang der ambulanten vor der stationären Pflege zu verwirklichen.

4.1.4. Förderung von modernen, wohnortnah gelegenen Pflegeeinrichtungen

Ein weiterer 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. 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.

4.1.5. Verbesserung der regionalen Zusammenarbeit

Daneben stand die Verbesserung der regionalen Zusammenarbeit im Vordergrund der Förderung. So wurde in zahlreichen 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 Modelle für die ambulante Versorgung und die pflegerische Betreuung von Reha-Patienten (insbesondere nach Schlaganfall) und psychisch und demenziell erkrankten Menschen. 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.

4.1.6. 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.

4.1.7. Pflegeeinrichtungen für besondere Gruppen von Pflegebedürftigen

In den letzten Jahren wurden vermehrt auch Pflegeeinrichtungen für besondere Gruppen von Pflegebedürftigen gefördert. In diesen Einrichtungen werden Pflegebedürftige versorgt, die nicht aus Altersgründen pflegebedürftig sind, aber einen Leistungsanspruch nach dem SGB XI haben. 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.

4.1.8 Hospizeinrichtungen

Zur Verbesserung der Pflege von Schwerstkranken mit begrenzter Lebenserwartung wurden sowohl ambulante als auch stationäre Hospizeinrichtungen gefördert. Durch die Regelungen im Zweiten Neuordnungsgesetz zur gesetzlichen Krankenversicherung wurde eine Lösung für die Anschlussfinanzierung dieser speziellen Pflegeeinrichtungen gefunden. Erst auf dieser Grundlage war ein Ausbau dieser Versorgungsform möglich geworden.

4.1.9. Ergebnisse der Modellmaßnahmen

Durch die Förderung von Tagespflege- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie Pflegezentren konnte das Modellprogramm die einmalige Chance nutzen, in allen Ländern 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 Ländern 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 deutlich reduziert werden. Damit wurde ein Innovationsschub 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 zur architektonischen Planung ihrer Einrichtungen durch das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) in Köln sowie durch das ISO-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft 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 werden anderen Betreibern von Pflegeeinrichtungen, Architekten, Prüfbehörden und Entscheidungsträgern in den Ländern als Planungs- und Entscheidungshilfe zur Verfügung gestellt.

Durch Zuschüsse aus diesem Modellprogramm wurden in den letzten Jahren über 600 Projekte moderner und differenzierter Pflegeangebote gefördert. Dabei hat das Programm Wege aufgezeigt, wie die in der Bundesrepublik vorhandenen Versorgungslücken in der Pflegeinfrastruktur zukunftsorientiert beseitigt, innovative Versorgungsansätze unterstützt und vorhandene Pflegeangebote modernisiert werden können. Die dabei erreichten Ergebnisse der modellhaften Förderung sind sehr ermutigend. 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.

4.1.10. Impulse für den Arbeitsmarkt

Auf dem Arbeitsmarkt wurden nicht nur durch den Bau, Um- oder Erweiterungsbau von Pflegeeinrichtungen primäre und sekundäre Arbeitsmarkteffekte erreicht. Die Pflegeeinrichtungen bieten Beschäftigungsmöglichkeiten sowohl für qualifizierte als auch für weniger qualifizierte Arbeitskräfte. Damit es sich hierbei nicht um ein „Strohfeuer“ während der Modellphase handelt, wird vom Träger verlangt, dass er einen Nachweis darüber führt, dass die Einrichtung auch nach dem Modelllauf eine wirtschaftliche Zukunft hat. Aber auch die sekundären Beschäftigungseffekte sind eklatant. Einrichtung und Be-

wohner treten als Konsumenten auf und tragen somit zur Erhaltung von Arbeitsplätzen oder zu Neueinstellungen von Arbeitskräften bei. Für die umliegenden Regionen ergeben sich positive Beschäftigungseinflüsse wie z. B. für Zulieferer von Artikeln aller Art wie Lebensmittel, Blumen, Zeitungen und Zeitschriften usw. sowie für den Nahverkehr einschließlich Taxen. Die wirtschaftliche und verkehrstechnische Infrastruktur im Umfeld einer Einrichtung verändert sich nachweisbar und birgt damit unterschiedlich starke Beschäftigungspotenziale in sich.

4.1.11. Zusammenfassung

Das Modellprogramm hat beispielhaft den Aufbau einer von der Altenpflege immer wieder geforderten zukunftsorientierten Pflegeinfrastruktur unterstützt, die die Leistungen des SGB XI praktisch umsetzt. Sein Ziel war und ist es, die Interessen der betroffenen Pflegebedürftigen und ihrer 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.

In der voll- und teilstationären Versorgung von Pflegebedürftigen konnte so ein zeitgerechtes und zukunftsweisendes Angebot an Einrichtungen der modernen Altenhilfe neu geschaffen werden.

Derartige Modelle zum Aufbau einer zukunftsorientierten Pflege konnten von den Trägern alleine kaum aus eigener Kraft entwickelt werden. Hier hat das Modellprogramm eine wichtige ergänzende Funktion übernommen als Motor und Katalysator für die Entwicklung und Umsetzung neuer Pflegeideen sowie Förderer und Stärker für die Schaffung neuer baulicher und pflegetechnischer Strukturen auf qualitativ hohem Niveau.

Damit kam dem Modellprogramm eine bundesweit bedeutende Vorreiterrolle und Vorbildfunktion beim Aufbau einer gegliederten Pflegeinfrastruktur im Sinne der sozialen Pflegeversicherung zu. Es war damit Wegbereiter für eine moderne, wirtschaftlich gesunde und zukunftsweisende Pflegeinfrastruktur. Es war Vorbild für eine neue soziale Kultur, in der die Pflegebedürftigen in die Mitte unserer Gemeinschaft geholt werden.

4.2. Modellprojekte der Spitzenverbände der Pflegekassen

Unter Federführung des VdAK haben die Spitzenverbände der Pflegekassen das Modellprogramm zur „Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ gestartet. Gegenstand der Förderung sind Modellprojekte, die gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientiert neue Versorgungsstrukturen und -konzepte erproben und das Angebot an ambulanter und stationärer Pflege ergänzen. Ziel ist der Ausbau eines bedarfsgerechten Netzes von ambulanten, teilstationären und stationären Diensten. Das Programm umfasst vier Förderschwerpunkte. Hierzu zählen die Erprobung neuer Wohnkonzepte, die Weiterentwicklung der pflegerischen Infrastruktur und die Integration von professioneller und informeller Hilfe (siehe C.I.4.5.).

VIII. Investitionsförderung in den Ländern

Die Förderung der Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen stellt sich in den 16 Ländern sehr unterschiedlich dar. Grundlage der Investitionsförderung ist das jeweilige Landesrecht. Wie die konkrete Investitionsförderung für Pflegeeinrichtungen in den einzelnen Ländern geregelt ist, ist der Anlage 8 zu entnehmen, in der die unterschiedlichen landesrechtlichen Vorgaben für die wichtigsten Regelungsbereiche in einer Übersicht zusammengefasst sind.

In engem Zusammenhang mit der Investitionsförderung steht die Möglichkeit der Einrichtungsträger, den Pflegebedürftigen nach Maßgabe des § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI die durch öffentliche Förderung nicht oder nicht vollständig gedeckten betriebsnotwendigen Investitionskosten gesondert zu berechnen. In diesem Fall müssen die nicht gedeckten Investitionsaufwendungen von den Pflegebedürftigen (oder notfalls von den zuständigen Sozialhilfeträgern) aufgebracht werden. In einigen Ländern werden die Belastungen der Pflegebedürftigen durch ein so genanntes Pflegewohngeld – als eine neben oder anstelle der Objektförderung bestehende besondere Form der Investitionsförderung – abgemildert; Regelungen zu bewohnerbezogenen Aufwandszuschüssen im Bereich der Investitionskosten finden sich – soweit ersichtlich – in den Ländern Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern (seit dem 1. Januar 2004), Nordrhein-Westfalen, Saarland und Schleswig-Holstein.

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

1. Bausubstanz und Ausstattung

Wie bereits im Zweiten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung ausgeführt, war die besondere Situation in den neuen Ländern bei der deutschen Einigung im Jahr 1990 dadurch gekennzeichnet, dass praktisch der gesamte Bestand an Pflegeplätzen (rd. 85 000) aufgrund der Bedarfszahlen bis zum Jahre 2002 entweder neu gebaut oder von Grund auf saniert werden musste. Diesem Nachholbedarf hat der Gesetzgeber durch die Einführung des Artikels 52 PflegeVG bei der Verabschiedung des Pflege-Versicherungsgesetzes Rechnung getragen.

2. Investitionshilfeprogramm

Die mit dem BMGS abgestimmten Investitionsprogramme der neuen Länder enthalten zum 31. Dezember 2003 insgesamt 1 044 Einzelprojekte mit einem Gesamtinvestitionsvolumen von über 4,5 Mrd. Euro. In diesem Betrag sind sowohl die Fördermittel des Bundes, die Eigenanteile der jeweiligen Länder und Kommunen sowie Eigen- und Fremdmittel der geförderten Pflegeeinrichtungen enthalten. Das Investitionsvolumen der abgestimmten Einzelprojekte verteilt sich zum 31. Dezember 2003 wie S. 60 oben.

Die Anzahl der aus Mitteln des Investitionshilfeprogramms geförderten Plätze in den Bereichen der voll-

stationären und teilstationären Pflege sowie der Kurzzeitpflege ergibt sich aus unten stehender Tabelle.

Es sind bislang von den Ländern insgesamt rd. 2,593 Mrd. Euro aus Bundesmitteln abgerufen worden, davon entfallen auf die einzelnen Länder nebenstehende Beträge.

Insgesamt erfolgte bereits bei 806 Projekten die Inbetriebnahme. Mit jeder neuen Inbetriebnahme einer Einrichtung wird für immer mehr Pflegebedürftige eine deutliche Verbesserung ihres Wohnumfeldes erreicht. Auch die Pflegekräfte erfahren damit eine erhebliche Verbesserung ihrer räumlichen Arbeitsbedingungen.

– Berlin	Bundesmittel in Höhe von 196,4 Mio. € (seit 1995)
– Brandenburg	Bundesmittel in Höhe von 332,2 Mio. € (seit 1996)
– Mecklenburg-Vorpommern	Bundesmittel in Höhe von 349,7 Mio. € (seit 1995)
– Sachsen	Bundesmittel in Höhe von 785,1 Mio. € (seit 1996)
– Sachsen-Anhalt	Bundesmittel in Höhe von 499,9 Mio. € (seit 1995)
– Thüringen	Bundesmittel in Höhe von 434,1 Mio. € (seit 1995)

Land	Investitionsvolumen in Mio. €	davon Bundesmittel in Mio. €	Anzahl der Projekte	davon bewilligt	davon in Bau	fertiggestellte Projekte
Berlin (Ost)	356	270	54	54	11	37
Brandenburg	717	516	185	185	38	116
Mecklenburg-Vorpommern	555	389	135	135	6	121
Sachsen	1.482	968	334	334	48	264
Sachsen-Anhalt	731	583	174	174	19	146
Thüringen	713	583	162	162	26	122
Gesamt	4.554	3.258	1.044	1.044	148	806

Land	Anzahl der geförderten Pflegeplätze		
	vollstationär	teilstationär	Kurzzeitpflege
Berlin (Ost)	5.954	84	106
Brandenburg	9.038	759	502
Mecklenburg-Vorpommern	7.597	284	43
Sachsen	20.458	1.070	700
Sachsen-Anhalt	9.459	451	146
Thüringen	10.161	202	48
Gesamt	63.267	2.850	1.545

X. Qualitätssicherung in der Pflege

1. Häusliche Pflege durch Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Der Erste und Zweite Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung hatte sich u. a. mit der Qualitätssicherung bei häuslicher Pflege durch Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen befasst. Dabei wurde auf die Bedeutung der Beratungseinsätze nach § 37 SGB XI und der Pflegekurse nach § 45 SGB XI eingegangen. Die gesetzlichen Vorgaben für die Beratungseinsätze und die Pflegekurse wurden zwischenzeitlich weiterentwickelt.

1.1. Änderungen beim Beratungseinsatz nach § 37 Abs. 3 bis 5 SGB XI

Das PflEG sieht eine Weiterentwicklung der Beratungseinsätze im Haushalt der Pflegebedürftigen nach § 37 Abs. 3 bis 5 SGB XI in mehrfacher Hinsicht vor:

- Zunächst hat der Pflegeeinsatz stärker als bisher Beratungscharakter erhalten. Es muss vermieden werden, dass die Betroffenen sich durch die Beratung in ihrem Haushalt kontrolliert fühlen. Die Beratung wird durch die Vorgabe bundeseinheitlicher Qualitätsstandards verbessert. So soll sie möglichst immer durch dieselbe Pflegekraft im jeweiligen Haushalt erfolgen. Die beratenden Pflegekräfte sollen über eine besondere Beratungskompetenz und spezifisches Wissen über das jeweilige Krankheits- und Behinderungsbild verfügen.
- Pflegebedürftige mit besonderem Betreuungsbedarf erhalten zudem das Recht, die Beratungsfrequenz zu verdoppeln, also eine zusätzliche Beratung pro Vierteljahr (bei Pflegestufe III) bzw. pro Halbjahr (bei Pflegestufe I und II) abzurufen. Die beratenden Pflegekräfte sollen über einschlägiges, insbesondere gerontopsychiatrisches Wissen und über Erfahrungen im Umgang mit Demenzen verfügen. Soweit dies durch Pflegekräfte zugelassener Dienste nicht gewährleistet werden kann, können die Pflegekassen künftig auch andere geeignete Pflegekräfte mit der Durchführung der Hausbesuche beauftragen. Die Pflegekräfte müssen auch in der Lage sein, über spezifische Hilfen für Demenzt in deren Einzugsbereich zu informieren, z. B. über Betreuungsgruppen.

Auf die Ausführungen zu den Beratungseinsätzen oben unter B.V.1.2. wird verwiesen.

1.2. Änderung bei den Pflegekursen nach § 45 SGB XI

Die Pflegekassen sollen verstärkt Pflegekurse auch im häuslichen Umfeld des Pflegebedürftigen durchführen. Pflegekurse im häuslichen Umfeld beruhten bisher auf einer „Kann“-Vorschrift, die nunmehr zu einer „Soll“-Vorschrift umformuliert wurde.

Auf die Ausführungen zu den Pflegekursen oben unter B.V.1.3. wird verwiesen.

2. Qualitätssicherung bei zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach § 80 SGB XI

Die Initiativen der Bundesregierung im Bereich der Qualitätssicherung in der Pflege sind von dem Grundsatz getragen, dass die Pflegequalität von innen, aus der Pflegeeinrichtung heraus, gesichert und entwickelt werden muss, wenn sie nachhaltig und dauerhaft erfolgreich sein soll. Die hierzu vorgelegten Gesetzes- und Verordnungsvorhaben folgen daher der Zielsetzung, die herkömmlichen Prüfinstanzen (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung und Heimaufsicht) zu ergänzen und die vielfältigen Ansätze und Initiativen der Einrichtungsträger und ihrer Verbände zur Sicherung und Fortentwicklung der Leistungsqualität in der Pflege für die externe Qualitätssicherung (also insbesondere für die Darlegung und den Nachweis der Qualität gegenüber den Kostenträgern) nutzbar zu machen. Dies gilt für das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz ebenso wie für die Entwürfe der Pflege-Prüfverordnung und insbesondere des 5. SGB-XI-Änderungsgesetzes.

Eine wirksame Qualitätssicherung lässt sich nach Einschätzung vieler Fachleute insbesondere durch Instrumente erreichen, die eine breite Akzeptanz in der Einrichtung haben und unter Beteiligung der Mitarbeiter und der Pflegebedürftigen zum Einsatz gebracht werden. Daher sehen die in der Berichtszeit vorgeschlagenen Regelungen allesamt die Möglichkeit vor, neben den Qualitätsprüfungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung auch Qualitätsprüfungen durch andere unabhängige Sachverständige oder Institutionen anzuerkennen. Qualitätsprüfungen, die von unabhängigen Sachverständigen durchgeführt werden, sind meist in einrichtungsinterne Zertifizierungsverfahren eingebettet, bei denen Schwachstellen beseitigt und Entwicklungspotenziale aufgedeckt werden können.

Vor diesem Hintergrund ist es aus Sicht der Bundesregierung positiv zu beurteilen, dass die Einrichtungsträger und ihre Verbände – nicht zuletzt ausgelöst durch die Diskussionen über die Einführung und Umsetzung des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes – über die bereits eingeführten Maßnahmen hinaus die Initiative ergriffen haben und die systematische Qualitätssicherung in den Pflegeeinrichtungen ebenso an Bedeutung gewinnt, wie die Einführung von Qualitätsmanagementsystemen.

Allerdings reicht es offenbar nicht aus, allein auf die Initiativen engagierter Einrichtungsträger zu setzen. Die Erfahrungen insbesondere seit Inkrafttreten des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes zeigen, dass nicht nur durch die eigenen Anstrengungen der Einrichtungen, sondern auch durch die externen Qualitätsprüfungen des MDK und der für die Heimaufsicht zuständigen Stellen Verbesserungen und Weiterentwicklungen eingetreten sind. Eine Voraussetzung für die Stabilisierung dieser Entwicklung war aus Sicht des MDS die konsequente Festlegung von Maßnahmen für die geprüfte Einrichtung seitens der Landesverbände der Pflegekassen, wenn bei der Erstprüfung der Pflegeeinrichtung Defizite bemängelt wurden. Bei den sich anschließenden Kontrollen der Einhaltung der Auflagen (Evaluationsprüfungen) stellte der MDK regelmäßig

Verbesserungen in der Versorgung fest, die auf die Umsetzung der vom MDK-Prüfteam empfohlenen und von den Landesverbänden der Pflegekassen festgelegten Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung zurückgeführt werden konnten.

Diese Einschätzung wird gestützt durch eine Expertise der Forschungsgemeinschaft für Gerontologie/Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund für das BMFSFJ. Darin wird sowohl die Notwendigkeit als auch die positive Wirkung externer Kontakte und staatlicher Kontrolle für eine Verbesserung der Qualität in der Pflege als gesichert angesehen (Qualität in Pflegeheimen, Dortmund 2002, S. 91).

3. Länderinitiativen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der pflegerischen Versorgung

Mehrheitlich unterstützen die Länder den Ansatz, auf die Eigenverantwortung der Einrichtungsträger zu setzen und sie zu einer Verbesserung und Weiterentwicklung ihrer Qualitätssicherungsanstrengungen zu motivieren.

Beispielhaft sollen nachfolgend einige der vielfältigen Aktivitäten in den verschiedenen Ländern dargestellt werden:

In vielen Ländern werden Kampagnen zur Gewinnung von Pflegekräften sowie zur Steigerung des Ansehens und der Wertschätzung der Pflege in der Öffentlichkeit durchgeführt. Mit den eingeleiteten Maßnahmen soll u. a. eine Verbesserung der Qualität der Pflege auch durch mehr und besser aus-, weiter- und fortgebildetes Personal erreicht werden, die Attraktivität der Berufe in der Altenpflege soll eine nachhaltige Steigerung erfahren.

In den Ländern wird aber auch die Notwendigkeit gesehen, die Pflegeeinrichtungen dabei zu unterstützen, Selbstverständnis, Konzeption, Qualität und die baulichen Anforderungen an die veränderte Nachfragestruktur anzupassen.

In einigen Ländern werden – teilweise schon seit Jahren – Landespflegetage bzw. Fachtagungen durchgeführt, auf denen am Pflegebereich interessierte Einzelpersonen und Organisationen allgemeine und spezielle themenbezogene Informationen zur Pflege erhalten können.

Zur Realisierung der Mitwirkung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern wurden darüber hinaus in einem Land eine Studie erstellt sowie in einem anderen Broschüren erarbeitet, die den Betroffenen zur Unterstützung dienen sollen.

Viele Länder fördern Modellprojekte, beispielsweise zur Versorgung von Demenzkranken, im Bereich der Kurzzeitpflege, zur Einrichtung eines Informations- und Beschwerdetelefon oder einer Beratungsstelle für pflegende Angehörige. Hinzu kommen Projekte, die sich an

die professionell Pflegenden richten, um z. B. dem Burn-out-Syndrom entgegenzuwirken. Außerdem werden Konzepte über Selbstbewertungsverfahren zur Qualitätserhebung in ambulanten Pflegediensten durchgeführt.

Es wurden auch Rahmenkonzeptionen für die Betreuung und Pflege spezifischer Personengruppen, wie z. B. demenziell erkrankte Pflegebedürftige oder Pflegebedürftige mit schweren und schwersten neurologischen Schädigungen (Phase F), entwickelt. Für Beatmungspflichtige liegt der Entwurf einer Rahmenkonzeption vor. Darin werden spezifische fachliche, personelle, sachliche, bauliche und organisatorische Voraussetzungen beschrieben.

Außerdem wurde über Kooperationsverträge zwischen einem Hospiz und ambulanten Hospizvereinen berichtet sowie über ein Forschungsprojekt zur Sterbebegleitung.

Auf die Ausführungen der einzelnen Länder in der Anlage 10 wird verwiesen.

4. Qualitätssicherungsmaßnahmen der Pflegekassen und der MDK-Gemeinschaft

Zur Sicherung der Qualität in der Pflege sind bei verschiedenen Pflegekassen für die Zukunft folgende – regional unterschiedliche – Aktivitäten angedacht und geplant:

- Verbesserung der Qualität durch konsequente Erfassung aller Dekubital-Ulcera der Versicherten,
- Verstärkte Schulung und Beratung von Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und ehrenamtlich Pflegenden,
- Durchführung verschiedener Modellversuche z. B. „Modernes Wundmanagement“,
- Optimierung der Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen.

Besonders hervorzuheben sind nachfolgende Initiativen:

4.1. Beratung nach § 112 SGB XI

Im Rahmen des mit dem PQsG eingeführten § 112 SGB XI wird der MDK-Gemeinschaft auch über den Rahmen der Qualitätsprüfungen hinaus explizit die Möglichkeit zur Beratung gegeben.

Der MDK Rheinland-Pfalz bietet seit 2002 prüfungsunabhängige individuelle Beratungen für rheinland-pfälzische Pflegeeinrichtungen mit Anschubfinanzierung des Landesministeriums und der Unterstützung durch die Landesverbände der Pflegekassen an. Er stellt dabei sicher, dass diese „MDK-Berater“ personell getrennt von den „MDK-Prüfern“ arbeiten und die bei den Beratungen erhobenen Informationen vertraulich behandelt werden. Dieses Beratungsangebot wird vonseiten der Pflegeeinrichtungen intensiv nachgefragt.

4.2. Grundsatzstellungennahmen der MDK-Gemeinschaft

Insbesondere die aus den Prüfungen bekannt gewordenen, bewohnerbezogenen Defizite in der Ergebnisqualität haben die MDK-Gemeinschaft dazu veranlasst, in so genannten Grundsatzstellungennahmen den aktuellen Stand der medizinisch-pflegewissenschaftlichen Kenntnisse zu pflegerisch bedeutsamen Themen aufzubereiten. Die Grundsatzstellungennahmen beinhalten systematische, wissenschaftlich fundierte Handlungshilfen, die auch Interventionsvorschläge einschließen. Bislang sind für die Bereiche Dekubitusprophylaxe und -therapie (Juni 2001) sowie Ernährung und Flüssigkeitsversorgung (Juli 2003) Grundsatzstellungennahmen vorgelegt worden. Sie können von den Pflegeeinrichtungen zugleich für den Aufbau eines wirksamen „risikoorientierten“ Qualitätsmanagements genutzt werden. Diese Grundsatzstellungennahmen haben aus Sicht des MDS den Vorteil, dass sie für die von MDK-Mitarbeitern sowohl für die Kranken- als auch für die Pflegeversicherung erstellten sozialmedizinischen Gutachten eine einheitliche Nomenklatur und Dokumentation der Sachverhalte zur Verfügung stellen.

Die Grundsatzstellungennahmen werden vom MDS als praxisrelevante Zusammenfassung des aktuellen medizinisch-pflegerischen Wissens den eigenen Mitarbeitern und der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

5. Qualitätsprüfungen in der Pflege

5.1. Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Seit Ende 1996 prüft der MDK die Qualität in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen. Seit Oktober 2000 werden die Prüfungen auf der Grundlage der für die ambulante und stationäre Pflege gesondert vorliegenden MDK-Prüfanleitungen durchgeführt.

Durch das PQsG sind die Qualitätsprüfungen des MDK auf eine neue gesetzliche Grundlage gestellt worden: Das Prüfverfahren und die Prüfrechte des MDK wurden konkretisiert und besser gesetzlich abgesichert. Zugleich wurden die Prüfinhalte in der häuslichen Pflege auf die Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) und bestimmte Hygienevorschriften nach dem Infektionsschutzgesetz erstreckt. Die Prüfrechte wurden so ausgestaltet, dass nun beispielsweise in bestimmten Fällen unangemeldete sowie nächtliche Prüfungen möglich sind. Von diesen Prüfmöglichkeiten macht der MDK maßvoll Gebrauch, etwa bei gravierenden Beschwerden über mangelnde Qualität oder wenn entsprechende Informationen nur in der Nacht ermittelt werden können (z. B. personelle Besetzung in der Nacht, Lagerung von Bewohnern).

Bei den Prüfungen des MDK geht es um die Beurteilung der Versorgungsqualität und das Erkennen der Ursachen von Qualitätsdefiziten. Hierzu werden die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität analysiert. Dabei legt der MDK besonderen Wert auf die Ergebnisqualität unter den

Aspekten der Wirksamkeit der Leistungen, der Zufriedenheit der Bewohner, der Erhaltung der Selbstständigkeit, des Gesundheitszustands sowie der Vermeidung von Risiken. Bei den Qualitätsprüfungen haben die Medizinischen Dienste von Anfang an auf einen beratungsorientierten Prüfansatz gesetzt.

Diesem – seit dem PQsG auch gesetzlich konkretisierten – Ansatz werden die MDK auf verschiedenen Wegen gerecht:

- Es finden so genannte Impulsberatungen während der örtlichen Prüfung nach § 114 SGB XI statt.
- Die Mitarbeiter der MDK-Gemeinschaft informieren und beraten beispielsweise auf Veranstaltungen über ihre Arbeit und über Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung.
- Die MDK-Gemeinschaft erarbeitet so genannte Grundsatzstellungennahmen, in denen das aktuelle medizinische und pflegewissenschaftliche Wissen zu pflegerisch bedeutsamen Themen zusammenfassend und praxisorientiert aufbereitet wird (vgl. C.X.4.2.).

5.1.1. Zahl, Art, Anlass und Ergebnisse der Qualitätsprüfungen¹⁸

Insgesamt haben nach Auskunft des MDS die MDK bis Ende 2002 in den zugelassenen ambulanten Pflegediensten rd. 5 100 Anlass- oder Stichprobenprüfungen durchgeführt. Dies entspricht einem Anteil von gut 48 v. H. aller 10 600 Pflegedienste.

In den 9 200 stationären Pflegeeinrichtungen wurden bis Ende 2002 rd. 6 900 Anlass- oder Stichprobenprüfungen (Anteil ca. 75 v. H.) erbracht. Bezogen auf alle zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen beträgt der Anteil der geprüften Einrichtungen somit 60 v. H.

Die Zahlen der im Jahr 2001 und 2002 durchgeführten Qualitätsprüfungen lassen sich den folgenden Tabellen (siehe S. 64) entnehmen.

In den Jahren 2000 und 2001 lag die Anzahl der vom MDK durchgeführten Qualitätsprüfungen einschließlich der so genannten Evaluationsprüfungen bei ca. 3 600, während sie im Jahr 2002 auf rd. 4 400 Prüfungen gestiegen ist.

Waren die ersten Prüfaufträge der Landesverbände der Pflegekassen noch in der überwiegenden Zahl der Fälle Anlassprüfungen, so hat sich das Verhältnis der Stichproben- und der Anlassprüfungen zueinander deutlich verändert: Mittlerweile sind bundesweit etwa $\frac{2}{3}$ der Erstprüfungen von zugelassenen Pflegeeinrichtungen Stichprobenprüfungen und $\frac{1}{3}$ Anlassprüfungen. Die Zahlen verdeutlichen weiterhin, dass der Anteil der so genannten Evaluationsprüfungen zugenommen hat. Evaluationsprüfungen sind Prüfungen, bei denen festgestellt werden soll,

¹⁸ Datenbasis: Amtliche Pflegestatistik 2001 des Statistischen Bundesamtes, MDS-Angaben und eigene Berechnungen.

	Qualitätsprüfungen nach Prüfungsarten im Jahr 2001					
	Anlass	Stichprobe	Evaluation	sonstige	gesamt	gesamt ohne Evaluation
ambulant	219	800	464	32	1515	1051
stationär	646	565	705	168	2084	1379
gesamt	865	1365	1169	200	3599	2430

	Qualitätsprüfungen nach Prüfungsarten im Jahr 2002					
	Anlass	Stichprobe	Evaluation	sonstige	gesamt	gesamt ohne Evaluation
ambulant	274	968	647	3	1892	1245
stationär	635	981	892	5	2513	1621
gesamt	909	1949	1539	8	4405	2866

ob die aus vorangegangenen Prüfungen resultierenden Maßnahmenbescheide der Landesverbände der Pflegekassen umgesetzt worden sind und zu Verbesserungen/Mängelbeseitigung geführt haben. Im Jahr 2001 lag der Anteil der Evaluationsprüfungen bei ca. 32 v. H. und im Jahr 2002 bereits bei 35 v. H. Demgegenüber lag im Jahr 2000 dieser Anteil mit 475 von 3 612 Prüfungen lediglich bei etwa 13 v. H.

Trotz der im Verhältnis zu den stationären Pflegeeinrichtungen wesentlich größeren Anzahl der zugelassenen ambulanten Pflegedienste ist eine deutliche Dominanz von Qualitätsprüfungen im stationären Bereich feststellbar. Gemessen an der Gesamtzahl der Pflegeeinrichtungen ergibt sich eine jährliche Prüfquote von ca. 12 v. H. für Erstprüfungen in ambulanten Pflegediensten und von ca. 18 v. H. in stationären Pflegeeinrichtungen.

Bezogen auf alle ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ergibt sich eine Prüfquote von etwa 14 v. H. für Erstprüfungen. Bezieht man die Evaluationsprüfungen mit ein, ergibt sich für 2002 eine Quote von etwa 22 v. H.

5.1.2. Art und Häufigkeit festgestellter Defizite

Nach wie vor ist nach Angaben des MDS in den ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen ein sehr unterschiedliches Niveau von „Pflegequali-

tät“ zu konstatieren: Eine Reihe von Pflegeeinrichtungen leisten qualitativ sehr gute Pflege. Die überwiegende Mehrzahl der Pflegeeinrichtungen befindet sich im Mittelfeld. In diesen Pflegeeinrichtungen existieren zum Teil Mängel in der Aufbau- und Ablauforganisation, die potenziell zu Mängeln in der Ergebnisqualität bei den Versicherten führen können. Nach Einschätzung des MDS ist darüber hinaus in einer Reihe von Pflegeeinrichtungen die Qualität der Versorgung auf einem so geringen Niveau, dass erhebliche Gefährdungen für dort versorgte Bewohner nicht auszuschließen sind.

Für das Jahr 2002 stellt der MDS nebenstehende Rangfolge der am häufigsten vorgefundenen Qualitätsmängel/-defizite auf.

Die Qualitätsdefizite sind im ambulanten und stationären Bereich vergleichbar, allerdings stehen in der ambulanten Pflege etwas stärker organisatorische Probleme im Vordergrund, während im stationären Bereich eher die Themen der Ergebnisqualität dominieren. Die Defizite in der Ergebnisqualität stehen nach Einschätzung des MDS vielfach im Zusammenhang mit der Struktur- und Prozessqualität der Pflegeeinrichtungen, u. a. werden Verbindungen zu Inhalten anderer „Qualitätsebenen“ wie etwa zum Pflegeprozess, zur Pflegedokumentation, zur Aufbau- und Ablauforganisation, aber auch zum Fachwissen der Mitarbeiter deutlich.

Rangfolge von Qualitätsmängeln in der pflegerischen Versorgung im Jahr 2002		
	ambulante Pflege	stationäre Pflege
1.	Mängel bei der Umsetzung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation	Mängel bei der Umsetzung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation
2.	Defizite in der Führung des Dienstplanes	Defizite im Bereich Dekubitusprophylaxe/-therapie
3.	Pflegekonzept nicht umgesetzt	Defizite bei Ernährung/Flüssigkeitsversorgung
4.	Defizite bei Ernährung/Flüssigkeitsversorgung	Defizite in der Führung des Dienstplanes
5.	Defizit bei der Fortbildung	Pflegekonzept nicht umgesetzt
6.	Defizit im Bereich Dekubitusprophylaxe/-therapie	Defizite bei der Versorgung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Versicherter
7.	Defizite bei der Inkontinenzversorgung	Defizite in der Personaleinsatzplanung
8.	Defizite in der Personaleinsatzplanung	Defizite bei der Inkontinenzversorgung
9.	passivierende Pflege	Defizitäres Angebot an sozialer Betreuung
10.	Defizite bei der Versorgung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Versicherter	Defizite im Umgang mit Medikamenten
11.	Defizit bei der Fachliteratur	Defizit bei der Fortbildung
12.	Pflegekonzept liegt nicht vor	passivierende Pflege
13.	Anteil Pflegefachkräfte zu gering	Defizite bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen
14.	Pflegedokumentationssystem unvollständig/ungeeignet	Personalanzahl zu gering
15.	zu hoher Anteil geringfügig Beschäftigter	bauliche Mängel

5.1.3. MDK-Anleitungen zur Prüfung der Qualität

Derzeit werden die MDK-Anleitungen, das heißt die bundesweit einheitliche, vom MDS empfohlene Prüfgrundlage der MDK-Prüfer, durch die Spitzenverbände der Pflegekassen und den MDS überarbeitet, weil durch das PQsG eine Anpassung der MDK-Anleitungen notwendig geworden ist und die praktischen Erfahrungen mit den MDK-Anleitungen seit Einführung im Oktober 2000 einen Verbesserungsbedarf zeigen, außerdem machen neue pflegewissenschaftliche Erkenntnisse Änderungen erforderlich.

5.1.4. Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht

Insbesondere datenschutzrechtliche Hürden und Unsicherheiten konnten abgebaut werden. Die Zusammenarbeit aller Prüfbeteiligten konnte auch durch die in § 20 HeimG vorgesehenen Arbeitsgemeinschaften verbessert werden. Für die Prüfinstitutionen MDK und Heimaufsicht ist darüber hinaus auch die Durchführung gemeinsamer Prüfungen ermöglicht worden. Von dieser Möglichkeit wird mehr und mehr durch die Mitarbeiter des MDK und die Mitarbeiter der für die Heimaufsicht zuständigen

Stellen Gebrauch gemacht. Dies führt zu einer effektiveren Aufgabenerledigung sowie zu einem zwischen Heimaufsicht, Pflegekassen und MDK abgestimmten Vorgehen.

5.1.5. Anforderungen an die Qualifikation der MDK-Prüfer

Aus Sicht des MDS hängt die zukünftige „Akzeptanz“ der Qualitätsprüfungen von der Fachkompetenz der bislang in Prüfteams eingesetzten Mitarbeiter sowie deren Vorgehensweise in diesem Aufgabenfeld ab. Mit dem PQsG ist beispielsweise die Implementierung und Weiterentwicklung eines internen Qualitätsmanagementsystems für alle Pflegeeinrichtungen gesetzlich verpflichtend geworden (§ 72 Abs. 3 SGB XI). Vor diesem Hintergrund sollten die MDK-Prüfer im Rahmen der Qualitätsprüfung neben aktuellem pflegerischem Fachwissen auch über Kenntnisse zu den einrichtungsinternen Qualitätsmanagementsystemen verfügen. Seit 2002 besteht für die MDK-Mitarbeiter die Möglichkeit, im Rahmen eines MDS-Fortbildungsprogramms an Total-Quality-Management-(TQM)-Auditoren-Schulungen mit anschließender Zertifizierungsprüfung teilzunehmen. Damit das Zertifikat auch über drei Jahre hinaus gültig ist, müssen sich die

Auditorinnen und Auditoren rezertifizieren lassen. Entsprechende Qualifizierungen hatten einige MDK auch schon vorher auf regionaler Ebene durchgeführt. Mittelfristiges Ziel der MDK-Gemeinschaft ist es, bei jeder Prüfung wenigstens einen TQM-Auditor einzusetzen.

Ende 2003 waren beim MDK 182 Mitarbeiter mit Qualitätsprüfungen betraut. In der Hauptsache werden Pflegefachkräfte eingesetzt (149). Hinzu kommen 27 Ärzte und sechs Mitarbeiter mit sonstiger Ausbildung. Die eingesetzten Mitarbeiter verfügen vielfach über Zusatzqualifikationen insbesondere im Bereich Qualitätsmanagement.

5.2. Einschätzung zur Pflege- und Versorgungsqualität im Rahmen des Begutachtungsverfahrens privat versicherter Pflegebedürftiger

Im Jahr 2000 hat die MEDICPROOF GmbH einen „Leitfaden zur Beurteilung der Pflegesituation“ erarbeitet. Dieser erlaubt eine pflegefachliche Bewertung der Versorgungsqualität anhand des Gesundheits- und Pflegezustandes des Pflegebedürftigen und besonderer Auffälligkeiten (z. B. Wohnverhältnisse, Haushaltsführung, Bekleidung, psychische Belastung der familialen Pflegeperson). Im Allgemeinen wird die pflegefachliche Bewertung in Erweiterung/Ergänzung zum (ärztlichen) Gutach-

ten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI abgegeben¹⁹. So erhält das private Versicherungsunternehmen im Einzelfall eine nachvollziehbare Einschätzung über Art und Umfang festgestellter Pflegedefizite und -mängel sowie über deren Hintergründe. Gleichzeitig dienen die darin enthaltenen Empfehlungen zur Umsetzung und Sicherstellung notwendiger Pflege dazu, den Pflegebedürftigen z. B. auf das Erfordernis und die Möglichkeiten zur Unterstützung und Entlastung pflegender Familienangehöriger vor Ort zu informieren. Die Definitionen des Bewertungsschemas erlauben nach Aussage der MEDICPROOF GmbH eine einfache Auswertung aller Versorgungsgegebenheiten.

In den Jahren 2001 und 2002 wurden durch die Gutachter der MEDICPROOF GmbH folgende Einschätzungen der Versorgungsqualität aller begutachteten privat versicherten Pflegebedürftigen vorgenommen²⁰; die Versorgungsformen wurden danach unterschieden, von wem „Pflegeleistungen“ für den einzelnen Versicherten erbracht wurden:

¹⁹ Vergleiche im Folgenden MEDICPROOF GmbH, Konzept zur Sicherstellung häuslicher Pflege, Köln, Juni 2003, S. 2 ff.

²⁰ Vergleiche MEDICPROOF GmbH, Tätigkeitsbericht 2001, S. 22 ff. und Tätigkeitsbericht 2002, S. 25 ff.

	2001			2002		
	angemessen	defizitär	nicht sichergestellt	angemessen	defizitär	nicht sichergestellt
Ambulanter Pflegedienst	4.538	447	115	3.677	386	125
private Pflegeperson	51.349	1.136	348	42.270	1.102	384
Kombinationspflege ¹	21.671	820	200	18.216	879	221
Betreutes Wohnen	1.148	30	9	1.159	43	12
vollstationäre Einrichtung ²	27.456	68	17	23.965	84	19
keine Pflegeperson ³	–	–	–	202	65	106

¹ Wegen der geringen Anzahl wurden die Fälle, in denen teilstationäre Pflege geleistet wurde (z. B. Tages- oder Nachtpflege) in die Angabe zur Kombinationspflege integriert.

² Da im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit für die private Pflege-Pflichtversicherung keine Unterscheidung zwischen vollstationärer Pflege (§ 43 SGB XI) und der Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI) getroffen wird, wurden alle Beurteilungen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe erfolgten, bei der Auswertung unter „vollstationärer Pflege“ erfasst.

³ Hierbei handelt es sich fast ausschließlich um Personen, bei denen die Voraussetzungen zur Anerkennung einer erheblichen Pflegebedürftigkeit noch nicht erfüllt waren und deren Selbstversorgungsdefizite zum Zeitpunkt der Begutachtung überwiegend im hauswirtschaftlichen Bereich lagen.

6. Initiativen der Bundesregierung zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der pflegerischen Versorgung

Abgesehen von den gesetzgeberischen Maßnahmen sind in den letzten Jahren mit Unterstützung des BMFSFJ sowie des BMGS – unter Beteiligung namhafter Wissenschaftler und Fachinstitutionen – „vor Ort“ bereits vielfach und erfolgreich Fachkonzepte erprobt worden.

So bringt das Modellprogramm zur Förderung von Pflegeeinrichtungen des BMGS seit Jahren Erkenntnisse beispielsweise über die Gestaltung von Pflegeeinrichtungen, die Hospizarbeit, die Versorgung von demenziell erkrankten Menschen, die Vernetzung von Hilfeangeboten oder die Beratung von Pflegebedürftigen hervor. Gleiches gilt etwa für das Modellprogramm „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ des BMFSFJ, das wichtige Beiträge zur möglichen Weiterentwicklung bestehender Versorgungsstrukturen liefert. Außerdem wird beispielhaft auf die Projekte zur Entwicklung von Pflegestandards (z. B. zur Verhinderung von Mangelernährung, Dekubitusprophylaxe) hingewiesen.

Überdies wird im Rahmen des Regierungsprogramms „Gesundheitsforschung, Forschung für den Menschen“ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) das Kompetenznetz „Demenzen“ gefördert. Dieses Kompetenznetz soll einheitliche und fortschrittliche Richtlinien für die Diagnostik und die Therapie demenzieller Erkrankungen in Deutschland entwickeln und damit für die Bevölkerung ein Höchstmaß an Versorgungsqualität sicherstellen. Gemeinsame Forschungsprojekte sollen Forschungsvorhaben bündeln und effektiver gestalten, um auch zukünftige Fortschritte auf diesem Gebiet sicherzustellen. Mithilfe zu erhebender epidemiologischer Daten und der Erforschung von Risikofaktoren für die Erkrankung an einer Demenz werden neue Kenntnisse zur Entstehung und zum Verlauf demenzieller Erkrankungen erhofft; schließlich soll auch die Früherkennung und Therapie durch Hausärzte verbessert werden.

Eine besondere Bedeutung kommt dem von den Bundesministerinnen Renate Schmidt und Ulla Schmidt am 14. Oktober 2003 einberufenen „Runden Tisch Pflege“ zu.

Mit dem Runden Tisch wurde eine Initiative für mehr Qualität und Sicherheit in der Pflege gestartet mit dem Ziel, konkrete Anstöße für notwendige Schritte zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung zu entwickeln und für deren Verbreitung zu sorgen. Allen Beteiligten in der pflegerischen Versorgung soll eine Diskussionsplattform geboten werden, die die Chance eröffnet, kurzfristig konkrete Konzepte zur Verbesserung der Hilfestrukturen zu verabreden und im jeweiligen Verantwortungsbereich auch zügig umzusetzen. Es geht um praxis- und handlungsorientierte Maßnahmen, die auf der Basis der vorhandenen Finanzmittel rasch und wirksam umgesetzt werden können. Und zwar von den an der Pflege Beteiligten selbst, ohne dass dazu lange Gesetzgebungswege eingeschlagen werden müssen. Mit der Beschreibung von Best-Practice-Beispielen sollen Orientierungshilfen für die Praxis gegeben werden. Es gilt, gute Ansätze in der Praxis zu verankern. Hier ist an pflegefachliche Fragen

ebenso zu denken wie an die Behebung struktureller Defizite oder beispielsweise an Fragen der Aus- und Fortbildung.

Bei der Zusammensetzung des Runden Tisches Pflege wurde darauf geachtet, dass alle Verantwortlichen aus den Bereichen

- Politik (Bund, Länder und Kommunen),
- Kostenträger,
- Einrichtungsträger,
- Pflegeberufe und nicht zuletzt
- Betroffene

repräsentiert sind. Deren Arbeit wird durch Fachexperten aus Wissenschaft und Praxis unterstützt. Die Durchführung des Runden Tisches Pflege wird von den beiden Ressorts, BMFSFJ und BMGS, finanziell gefördert. Der Runden Tisch Pflege ist auf zwei Jahre angelegt. Die drängenden Problemfragen sollen in Arbeitsgruppen aufbereitet werden. Diese erarbeiten konkrete, handlungsorientierte Empfehlungen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung. Beispiele hierfür sind u. a.

- Empfehlungen zur Gestaltung der künftigen Versorgungsstruktur zur Stützung der häuslichen Versorgung,
- Identifizierung und Beschreibung von Best-Practice-Beispielen sowie das Aufzeigen von Wegen zu deren Umsetzung,
- Empfehlungen zur Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien und Standards,
- Empfehlungen zum flächendeckenden Einsatz überprüfter Instrumente zur Messung der Ergebnisqualität,
- Empfehlungen zur transparenten Qualitätsberichterstattung,
- Maßnahmen zur Entbürokratisierung,
- Ausgestaltung gesetzlicher Regelungen,
- Empfehlungen zur Umsetzung unabhängiger Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen,
- Konsensbildung zu Grundrechten pflegebedürftiger Menschen in einer Charta.

Hierzu wurden insgesamt vier Arbeitsgruppen gebildet, in denen die Vertreter der unterschiedlichen Gruppen repräsentiert sind:

Arbeitsgruppe I Stationäre Betreuung und Pflege

Arbeitsgruppe II Ambulante Betreuung und Pflege

Arbeitsgruppe III Entbürokratisierung und Gesetzgebung

Arbeitsgruppe IV Charta für pflegebedürftige Menschen

XI. Rehabilitation vor Pflege

Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ ist auch weiterhin ein grundlegendes Merkmal der Pflegeversicherung. Pflegebedürftigkeit ist vor allem ein besonderes

Problem des fortgeschrittenen Lebensalters. Insofern ist ein ausreichendes Angebot insbesondere an Maßnahmen zur geriatrischen Rehabilitation von erheblicher Bedeutung.

1. Zur gegenwärtigen Rechtslage bei Rehabilitationsleistungen

Mit dem am 1. Juli 2001 in Kraft getretenen SGB IX wurde der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ erneut bekräftigt und gestärkt. Hierzu wurden unterschiedliche Regelungen sowohl ins SGB IX als auch ins SGB XI aufgenommen. Die Vermeidung, Überwindung, Minderung und die Verhütung der Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit sind übergreifende Zielsetzungen aller Leistungen zur Teilhabe. Unabhängig von der Entscheidung über Leistungen hinsichtlich einer bestehenden oder drohenden Pflegebedürftigkeit prüfen die Rehabilitationsträger bei jedem Antrag und bei jeder Erbringung von Leistungen, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich erfolgreich sind, um die Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Die gesetzlichen Krankenkassen erbringen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Diese Leistungen dienen auch dem Ziel, Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Die Prüfung, ob Rehabilitationsleistungen unter diesen Gesichtspunkten erforderlich und erfolversprechend sind, erfolgt

- aufgrund eines Antrages des/der Versicherten,
- im Rahmen der Begutachtung von Anträgen auf Leistungen der Pflegeversicherung,
- anlässlich der Prüfung oder Erbringung anderer Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung (§ 8 SGB IX).

Die Pflegekasse trifft in Eilfällen eine grundsätzliche Vorleistungspflicht, wenn die sofortige Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich ist, um eine unmittelbar drohende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhüten, und sonst die sofortige Einleitung der Leistungen gefährdet wäre (§ 32 Abs. 1 SGB XI).

2. Zur Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“

2.1. Empfehlungen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zu Heil- und Hilfsmitteln bei Erstbegutachtungen durch den MDK

Im Rahmen der Umsetzung der Pflegeversicherung zeigte sich, dass im Jahr 2003 in etwa 6 v. H. der Fälle anlässlich der Erstbegutachtungen (ohne Aktenlage) bei Pflegebedürftigkeit Empfehlungen zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie in 53 v. H. der Fälle zu Hilfs-

und Pflegehilfsmitteln durch Gutachterinnen und Gutachter der MDK erteilt wurden.

Die Versorgungssituation der Versicherten mit verordnungsfähigen Heilmitteln (z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie) ist von der Höhe der Pflegestufe abhängig.

2.2. Versorgungssituation zum Zeitpunkt von Erstbegutachtungen

Im Begutachtungsverfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit wird auch die Versorgungssituation mit Heilmitteln (Krankengymnastik/Ergotherapie/Logopädie/Sonstige) zum Zeitpunkt der Begutachtung erfasst. Die in diesem Zusammenhang ermittelten Daten aus dem Jahr 2003 bei durchgeführten Erstbegutachtungen ohne Aktenlage lassen vermuten, dass Pflegebedürftige ohne Pflegestufe bzw. mit niedriger Pflegeeinstufung regelmäßig bemüht und oft auch in der Lage sind, ihre Einschränkungen und ihren Hilfebedarf ohne bzw. unter vergleichsweise geringerer Inanspruchnahme von Heil- und Hilfsmitteln zu bewältigen als Pflegebedürftige mit Pflegestufe II oder III.

So erhielten im Jahr 2003 im ambulanten Bereich nicht Pflegebedürftige bei 19,4 v. H. der Erstbegutachtungen ohne Aktenlage bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung verordnungsfähige Heilmittel, Pflegebedürftige der Pflegestufe I bei 22,94 v. H., der Pflegestufe II bei 30,6 v. H. und der Pflegestufe III bei 32,8 v. H.

Im stationären Bereich erhielten im Jahr 2003 von den Nichtpflegebedürftigen 16,0 v. H., von den Pflegebedürftigen in Pflegestufe I 21,9 v. H., in der Pflegestufe II 31,9 v. H. und in der Pflegestufe III 37,6 v. H. bereits verordnete Heilmittel. Dies zeigt, dass im Vergleich zum ambulanten Bereich im stationären Bereich eine höhere Versorgung mit Heilmitteln notwendig ist und gewährleistet wird.

Je immobilere ein Pflegebedürftiger wird, desto mehr Hilfsmittel und Heilmittel werden in der Regel notwendig, um seine Mobilität zurückzugewinnen oder um Verschlechterungen zu vermeiden. So benötigen Pflegebedürftige nach einem Schlaganfall, die aus dem Krankenhaus kommend in die eigene Wohnung zurückkehren, entsprechende Hilfsmittel und parallel dazu auch die verordneten Heilmittel, um ihre Selbstständigkeit in der eigenen Häuslichkeit erhalten bzw. wiederherstellen zu können. Durch verordnete Heilmittel kann die Selbstpflegekompetenz der Pflegebedürftigen erhalten und durch den Einsatz von Hilfsmitteln auch die Pflege durch die Pflegeperson erleichtert werden.

Angesichts der demographischen Entwicklung und der Altersstruktur der Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung ist zur Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ ein besonderes Augenmerk auf die Rehabilitation älterer Menschen zu richten. Dabei geht es im Wesentlichen darum, auch für ältere Menschen notwendige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen sicherzustellen.

Diesem Ziel dienen im Berichtszeitraum folgende Aktivitäten der Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen sowie der Medizinischen Dienste:

- Entwicklung und Verabschiedung der „Begutachtungs-Richtlinien Vorsorge und Rehabilitation“ sowie der „Begutachtungshilfe geriatrische Rehabilitation“ für MDK-Gutachterinnen und Gutachter und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen tragen zu einer qualifizierten Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose bei. Sie beinhalten darüber hinaus Kriterien für eine sozialmedizinisch fundierte Allokationsempfehlung für die (geriatrische) Rehabilitation.
- Gewährleistung einer systematischen Fortbildung der MDK-Gutachterinnen und MDK-Gutachter zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs der Versicherten und zur Abgabe von Empfehlungen über notwendige Leistungen zur Rehabilitation.
- Sowohl zur Anwendung der o. a. Begutachtungs-Richtlinien als auch zur Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ führte bzw. führt der Medizinische Dienst Fachseminare für MDK-Gutachterinnen und MDK-Gutachter (Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachkräfte) durch.
- Sicherstellung der Weitergabe und Umsetzung der Empfehlungen des MDK zur Rehabilitation.

In der Bundesrepublik Deutschland steht ein differenziertes und qualifiziertes (derzeit noch vorrangig stationär ausgerichtetes) Versorgungsangebot sowohl für indikationsspezifische als auch für geriatrische Rehabilitation zur Verfügung.

Im Rahmen der Flexibilisierung und Weiterentwicklung des Versorgungsangebotes für geriatrische Rehabilitation wird derzeit der Aus- und Aufbau ambulanter Versorgungsstrukturen vorangetrieben.

- Auf der Grundlage der Rahmenempfehlungen der „Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation“ (BAR) zur ambulanten Rehabilitation wurden und werden im gesamten Bundesgebiet Verträge zur Erbringung ambulanter indikationsspezifischer Rehabilitation geschlossen.
- Mit einigen qualifizierten Einrichtungen wurden bereits Verträge zur Erbringung ambulanter geriatrischer Rehabilitation geschlossen (z. B. Albertinen-Haus in Hamburg).
- Unter Berücksichtigung der Erkenntnisse regionaler Modellprojekte zum Aufbau der ambulanten geriatrischen Rehabilitation (z. B. Hessen, Baden-Württemberg) wurden „Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation“ zusammen mit Experten entwickelt. Nach Anhörung der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Leistungserbringer sowie der Verbände und Interessenvertretungen behinderter Menschen wurden diese Rahmenempfehlungen verabschiedet und sind am 1. Januar 2004 in Kraft getreten. Sie stellen durch die Flexibilisierung des Leistungsan-

gebotes einen wesentlichen Beitrag zur Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten rehabilitationsmedizinischen Versorgung dar. Darüber hinaus werden die Voraussetzungen für die weitergehende Evaluierung der Effizienz und Qualität der Leistungen dieses Versorgungssektors geschaffen.

Die vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen am 1. Dezember 2003 verabschiedeten und am 1. April 2004 in Kraft getretenen „Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V“ schaffen die Rahmenbedingungen für eine strukturierte Kooperation von Vertragsärzten und Krankenkassen bei der Beratung und Einleitung notwendiger Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Einzelfall. Mit dem bundesweit einheitlichen Verordnungsformular „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ steht den Vertragsärzten, Krankenkassen und MDK zukünftig ein wichtiges Instrument zur Verfügung, um den notwendigen Rehabilitationsbedarf standardisiert zu prüfen, zu dokumentieren und sachgerechte und angemessene Leistungsentscheidungen für den Einzelfall zu ermöglichen.

XII. Pflegeversicherung im Ausland

1. Bezug von Pflegegeld im Ausland

Grundsätzlich werden die Leistungen der Pflegeversicherung nur im Inland erbracht. Lediglich für befristete Aufenthalte im Ausland von bis zu sechs Wochen wird das Pflegegeld weiter gewährt, ggf. auch die Pflegesachleistung, wenn die Pflegeperson, die ansonsten die Sachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen begleitet.

Etwas anderes ergibt sich aber aufgrund der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 bei Aufenthalt oder Wohnsitz in folgenden Ländern:

- Länder der Europäischen Union,
 - dazu gehören seit dem 1. Mai 2004 auch die Beitrittsstaaten Estland, Lettland, Litauen, Polen, Tschechien, Slowakei, Ungarn, Slowenien, Zypern und Malta,
- Länder des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) sowie der Schweiz (seit 1. Juni 2002).

Nach der grundlegenden Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs vom 5. März 1998 in der Rechtsache C-160/96 (Molenaar) gilt nämlich das von der sozialen Pflegeversicherung gezahlte Pflegegeld als „Geldleistung bei Krankheit“ im Sinne dieser Verordnung mit der Folge, dass es Versicherten der sozialen Pflegeversicherung auch bei Aufenthalt in einem der genannten Staaten zu gewähren ist; dies gilt ab 1. Mai 2004 auch für die genannten Beitrittsstaaten (keine Übergangsfristen). Sachleistungen im Ausland werden von der Pflegeversicherung nicht gewährt, der Umfang der Sachleistungen richtet sich nach dem Recht des Aufenthalts- oder Wohnstaates. Dabei ist keineswegs immer sichergestellt, dass der Umfang der Sachleistung dem in Deutschland von der

Pflegeversicherung bereitgestellten Umfang tatsächlich entspricht.

Wie viele Versicherte der sozialen Pflegeversicherung, die in EU- und EWR-Staaten leben, gegenwärtig Pflegegeld erhalten, wird statistisch nicht erfasst. Aufgrund der Zahlen über die durchgeführten Begutachtungen im Ausland (siehe Tabelle 1) dürfte sich deren Anzahl auf rd. 3 900 belaufen.

2. Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs (EuGH)

Die Frage, ob die Rentenversicherungsbeiträge der deutschen Pflegekassen für ehrenamtlich tätige Pflegepersonen „Geldleistungen bei Krankheit“ im Sinne der Verordnung (EWG) 1408/71 sind und für Pflegepersonen im Ausland zu erbringen sind, war Gegenstand von weiteren Vorlageverfahren vor dem Europäischen Gerichtshof.

In der Rechtssache C-502/01 (Gaumain-Cerri) geht es um eine Grenzgängerin, die in Deutschland als Arbeitnehmerin teilzeitbeschäftigt ist und an ihrem Wohnort in Frankreich ihr behindertes Kind pflegt. Zudem stellt sich die Frage auch in den Fällen, in denen eine im Ausland wohnende Pflegeperson einen Pflegebedürftigen in Deutschland pflegt. Diese Fallkonstellation liegt dem Verfahren C-31/02 (Barth) zugrunde. Gleichzeitig wird in dem vom Sozialgericht Aachen eingereichten Vorlageverfahren „Barth“ die Frage aufgeworfen, ob auch private Versicherungsunternehmen vom Geltungsbereich der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 erfasst werden; in diesem Verfahren handelt es sich bei dem in Aachen wohnenden Pflegebedürftigen nämlich um einen Beamtenpensionär, der der privaten Pflegeversicherung angehört. Der EuGH hat in den aufgeführten Fällen die Verpflichtung der Träger der

Pflegeversicherung zur Zahlung der Rentenversicherungsbeiträge festgestellt.

3. Zahlen zur Pflegebegutachtung im Ausland

Seit Beginn der Auslandsbegutachtungen bis zum 31. Dezember 2003 sind insgesamt 6 542 Pflegebegutachtungen von Antragstellern in EWR-Staaten durchgeführt worden (siehe Tabellen 1 und 2). Allein 40 v. H. der Antragsteller leben in Spanien, in Österreich (einschließlich Liechtenstein) 18 v. H., darüber hinaus spielen noch Frankreich, Griechenland, Italien und Belgien eine statistisch gesehen relevante Rolle mit Anteilen zwischen 5 und 10 v. H. aller Auslandsbegutachtungen.

Bei diesen Begutachtungen handelt es sich überwiegend um Erstbegutachtungen, erst ab dem Jahr 2001 sind in nennenswerter Größenordnung Höherstufungs-/Wiederholungs- und Widerspruchsbegutachtungen zu verzeichnen (siehe Tabellen 1 und 2).

Nach einem Begutachtungszeitraum von etwa fünf Jahren liegt der Anteil der Erstbegutachtungen im Jahr 2003 bei rd. 54 v. H., der Anteil der Wiederholungsbegutachtungen bei etwa 37 v. H. und der Anteil von Widerspruchsbegutachtungen bei knapp 9 v. H.

Bei einem knappen Drittel der Auslandsbegutachteten wurde keine Pflegebedürftigkeit festgestellt. Fast jeder zweite Antragsteller erhielt die Empfehlung Pflegestufe I, ein weiteres Fünftel die Empfehlung Pflegestufe II und in gut 4 v. H. der Fälle haben die Gutachter Pflegestufe III empfohlen. Damit wird im Ausland etwas weniger häufig Pflegebedürftigkeit festgestellt. Darüber hinaus ist das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit unter den Auslandsbegutachtungen weniger schwer als im Vergleich zu allen Erstbegutachteten.

Tabelle 1

	Begutachtungen	davon Erstbegutachtungen
von 1999 bis 31. Dezember 2000	2.400	2.400
im Jahre 2001	1.273	675
im Jahre 2002	1.337	803
im Jahre 2003	1.532	825
insgesamt	6.542	4.703

Tabelle 2

Durchgeführte Begutachtungen im EWR-Ausland 1999 bis 2003

EWR-Länder	1999	2000	2001	2002	2003	gesamt	
Spanien	543	411	567	507	603	2.631	40,2
Österreich/Liechtenstein	171	130	197	306	368	1.172	17,9
Frankreich	145	87	81	132	83	528	8,1
Griechenland	56	108	143	128	213	648	9,9
Italien	115	102	110	96	77	500	7,6
Belgien	180	68	46	57	50	401	6,1
Niederlande	102	50	47	52	54	305	4,7
Portugal	34	32	39	44	42	191	2,9
Großbritannien	10	10	17	4	6	47	0,7
Schweden	10	0	12	3	2	27	0,4
Luxemburg	9	4	3	6	3	25	0,4
Irland	9	8	3	1	2	23	0,4
Dänemark	4	0	5	7	11	27	0,4
Schweiz	-	-	-	4	16	20	0,3
Finnland	1	1	1	0	2	5	0,1
Island	0	0	1	0	0	1	0,0
Norwegen	0	0	1	0	0	1	0,0
gesamt	1.389	1.011	1.273	1.337	1.532	6.552	100,0

4. Begutachtungsverfahren der Pflegekassen bei Pflegebedürftigen mit Wohnsitz in EU- und EWR-Staaten

Soweit eine Pflegestufe nicht bereits vor dem Aufenthalt in einem anderem EU- oder EWR-Staat in Deutschland festgestellt wurde, ist die Pflegebedürftigkeit im jeweiligen Aufenthaltsstaat durch den MDK festzustellen. Es findet eine Begutachtung im häuslichen Bereich des Antragstellers statt (§ 18 Abs. 2 SGB XI). Die Kriterien der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit finden sich in den Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI vom 21. März 1997 in der Fassung vom 22. August 2001, die aus dem Gesichtspunkt der Einheitlichkeit auch bei der Begutachtung in einem EWR-Staat Anwendung finden. Die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen hat am 1. Juli 1998 beschlossen, die Begutachtung von Antragstellern in einem EWR-Staat durch den MDK durchführen zu lassen. Der MDS wurde mit der Schaffung der organisatorischen Voraussetzungen zur Durchführung der Begutachtung im EWR-Ausland in Abstimmung mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen und dem MDK beauftragt.

Dabei standen für die Bereitstellung der Logistik und die Festlegung der Verfahrensabläufe insbesondere zwei Gesichtspunkte im Vordergrund:

1. Die Begutachtung in den Staaten des EWR erfolgt nach einheitlichen Kriterien und muss einer hohen Gutachtenqualität entsprechen.
2. Organisation und Durchführung der Begutachtung im EWR-Ausland müssen den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit entsprechen, d. h. der Personal- und Verwaltungskostenaufwand soll möglichst gering gehalten werden.

Die Pflegekasse leitet einen Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI an den für sie zuständigen MDK. Dieser leitet den Antrag an einen für das jeweilige Land zuständigen so genannten Partner-MDK weiter. Auch in den Fällen, in denen der Partner-MDK einem im Ausland ansässigen Arzt bzw. einer Pflegefachkraft den Gutachtenauftrag erteilt, erstellt der Partner-MDK das abschließende Gutachten im Sinne des § 18 SGB XI und versendet es an die auftraggebende Pflegekasse; der auftraggebende MDK erhält eine Erledigungsmeldung, um bei Rückfragen der Versicherten oder

Pflegekassen Auskunft über den Stand des Verfahrens geben zu können. Die externen Gutachter im Ausland wurden vor ihrem Einsatz in der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI qualifiziert und werden fortlaufend geschult.

Alle im Ausland erstellten Gutachten gehen in die internen Qualitätssicherungsmaßnahmen der MDK ein. Für sie gelten die gleichen Prüfkriterien wie für Inlandsgutachten. In allen MDK, die mit externen Gutachtern arbeiten, wurde ein für die Auslandsfragen Verantwortlicher benannt, der sowohl gegenüber den Pflegekassen als auch gegenüber dem MDS die auslandsspezifischen Begutachtungsfragen koordiniert. Alle Anträge auf Pflegegeld, die bei den jeweiligen Pflegekassen aus dem Ausland eingehen und alle damit in Zusammenhang stehenden Sachfragen werden im jeweils zuständigen MDK zentral beim „Kordinator Ausland“ bearbeitet. Von dort aus werden auch die externen Pflegefachkräfte und Ärzte in Qualitätsfragen beraten und bei Bedarf gecoacht. Die Gesamtkoordination für die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit in Europa liegt beim MDS.

Die Begutachtung erfolgt in Staaten mit gemeinsamer Grenze zur Bundesrepublik (Dänemark, Belgien, Niederlande, Luxemburg, Frankreich, Österreich und Schweiz) durch MDK-Gutachter aus angrenzenden Ländern. Ein Großteil der Versicherten in diesen Ländern sind (ehemalige) Grenzgänger und wohnen meist grenznah, sodass bei der Durchführung der Hausbesuche durch die Gutachter keine nennenswerten Mehrkosten für die Reisezeit anfallen. Versicherte, die in weiter entfernten Regionen von Frankreich und Österreich wohnen, werden inzwischen auch von ortsansässigen Ärzten oder Pflegefachkräften als externe Gutachter begutachtet. Wegen der erwarteten und durch die Antragsentwicklung auch bestätigten sehr niedrigen Antragszahlen, übernehmen aus wirtschaftlichen Gründen ebenfalls MDK-Gutachter, die über die erforderlichen Sprachkenntnisse verfügen, die Begutachtungen in den skandinavischen Ländern sowie in Großbritannien, Irland und Island.

In den Ländern ohne gemeinsame Grenze zur Bundesrepublik mit vergleichsweise hoher Antragsdichte, wie Spanien, Portugal, Italien und Griechenland, erfolgt der Hausbesuch beim Versicherten durch dort ansässige externe Vertragspartner der MDK. Es handelt sich dabei um Ärzte, die regelmäßig vor Ort praktizieren, und Pflegefachkräfte mit Erfahrungen des örtlichen Pflegesystems.

Auch die Durchführung des Beratungseinsatzes bei Versicherten, die Pflegegeld im Ausland beziehen, ist gewährleistet. Der Beratungseinsatz erfolgt grundsätzlich durch Vertragsärzte oder -pflegefachkräfte der ausländischen Partner-Krankenversicherungen. Ausnahmsweise werden auch Bescheinigungen von nicht vertraglich gebundenen Ärzten und Pflegefachkräften vor Ort als ausreichend anerkannt, wenn sonst eine Begutachtung oder Beratung auch unter Einbeziehung externer Gutachter des MDK nicht möglich ist.

5. Private Pflegeversicherung

Die Versicherten der privaten Pflegeversicherung erhalten aufgrund des Urteils des Europäischen Gerichtshofs vom

5. März 1998 bei Pflegebedürftigkeit und dauerhaftem Aufenthalt in Staaten der EU, des EWR und der Schweiz auf freiwilliger Grundlage Pflegegeld. Im Jahre 2001 waren es 48 und im Jahre 2002 51 Bezieher von Pflegegeld. Im Inland tätige Gutachter informieren sich mittels des täglich aktualisierten Gutachter-Extranets der MEDICPROOF GmbH über die aktuellen Auslandsaufträge und führen dann die Begutachtung im Rahmen ohnehin geplanter Auslandsaufenthalte durch. Auf der iberischen Halbinsel, auf Mallorca und in Südf frankreich werden vereinzelt auch Aufträge von dort ansässigen und mit der Pflegebegutachtung vertrauten Gutachtern durchgeführt.

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

1. Allgemein

Das grundsätzliche Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen hat sich im Berichtszeitraum nicht verändert. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind nachrangig gegenüber den entschädigungsrechtlichen Ansprüchen bei Pflegebedürftigkeit; sie gehen den fürsorgerischen Ansprüchen auf Hilfe zur Pflege vor, lassen die Leistungen der GKV nach § 37 SGB V – häusliche Krankenpflege – grundsätzlich unberührt und bleiben als Einkommen bei Sozialleistungen, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, unberücksichtigt.

2. Entwicklungen und Veränderung im Berichtszeitraum 2001 bis 2003

2.1. Verhältnis zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

Das Verhältnis der gesetzlichen Krankenversicherung zur Pflegeversicherung ist immer wieder Gegenstand von Kritik über angebliche Schnittstellenprobleme zulasten der Versicherten.

Diskussions- und Problemfelder sind in diesem Zusammenhang die Zuordnung der

- häuslichen Krankenpflege,
- Hilfsmittelversorgung im Heim,
- medizinischen Behandlungspflege im Heim sowie
- die Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“²¹.

2.2. Häusliche Krankenpflege

Seit Einführung der Pflegeversicherung treten immer wieder Fälle auf, in denen Krankenkassen Anträge von pflegebedürftigen Versicherten auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu Unrecht ablehnen.

²¹ Siehe hierzu auch unter C.XI.

So wurde unter anderem die BSG-Rechtsprechung²² zu krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen in der Praxis zum Anlass genommen, die Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung einzustellen, obwohl die verweigerte Leistung nicht zu den vom BSG genannten krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen gehörte.

Dieses Vorgehen einzelner Kassen, die bisherige Rechtsprechung des BSG zu den krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen extensiv auszulegen und in der Praxis umzusetzen, ist nicht zu akzeptieren. Das BSG hat eindeutig festgelegt, dass nur solche behandlungspflegerischen Maßnahmen als krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen der Pflegeversicherung zu berücksichtigen sind, die aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil der Hilfe bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Einrichtungen der Grundpflege sind und zwangsläufig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit den Einrichtungen vorgenommen werden müssen. Dabei ist ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass der erforderliche zeitliche und sachliche Zusammenhang mit einer Einrichtung nicht allein mit einer entsprechenden Pflegepraxis im konkreten Fall begründet werden kann. Bevor also behandlungspflegerische Maßnahmen aus der Leistungspflicht der GKV verwiesen werden können, muss in jedem Einzelfall geprüft werden, ob es sich um Hilfeleistungen handelt, die tatsächlich zwingend in einem zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit den Einrichtungen des § 14 SGB XI stehen und die aus medizinischen Gründen nicht auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden können. Auf die Ausführungen unter IV.5. wird verwiesen.

2.3. Hilfsmittelversorgung

2.3.1. Hilfsmittelversorgung im ambulanten Bereich

Nach § 40 Abs. 1 SGB XI ist vorgesehen, dass die Leistungspflicht der Pflegeversicherung im Bereich der Hilfsmittelversorgung nur eintritt, soweit eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gegeben ist. Zur Untermuerung dieser Subsidiaritätsklausel schreibt § 78 Abs. 2 SGB XI vor, dass die Spitzenverbände der Pflegekassen als Anlage zum Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SGB V ein Pflegehilfsmittelverzeichnis zu erstellen und fortzuschreiben haben, das keine Hilfsmittel enthalten darf, die bereits im Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 128 SGB V enthalten sind. Die klare Trennung der Verzeichnisse sichert die Nachrangigkeit der Leistungspflicht der Pflegeversicherung in der Praxis ab.

Zahlreiche Krankenkassen haben die Subsidiaritätsklausel bei ihrer Bewilligungspraxis nicht oder nicht ausreichend beachtet. Daher ist es in der Vergangenheit zu Fehlbuchungen zulasten der Pflegeversicherung gekommen, die von den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder beanstandet wurden und zugunsten der Pflegever-

sicherung rückgängig gemacht wurden bzw. noch zu machen sind.

Die in § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI verankerte Subsidiaritätsklausel ist eindeutig. Sie besagt, dass eine Leistungspflicht der Pflegekassen nur dann gegeben ist, wenn keine Leistungszuständigkeit der Krankenkassen besteht. Der Umfang der Leistungspflicht der Krankenkassen ist bei Einführung der Pflegeversicherung nicht eingeschränkt worden. Insbesondere Hilfsmittel, die bereits vor Einführung der Pflegeversicherung auf der Grundlage des Rechts der GKV bzw. des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 SGB V bewilligt werden konnten, können daher nicht mit Hinweis auf die Pflegeversicherung abgelehnt und zu deren Lasten bewilligt werden.

2.3.2. Hilfsmittelversorgung im stationären Bereich

Das SGB XI sieht bei stationärer Pflege – anders als bei der häuslichen Pflege (§ 40 SGB XI) – keinen Individualanspruch des Pflegebedürftigen gegenüber seiner Pflegekasse auf Pflegehilfsmittelversorgung vor. Ein Großteil der Hilfsmittel im stationären Bereich sind Anlagegüter. Sie gehören zu dem Bereich Investitionskosten, also zu einem Kostenbereich, in dem die Pflegeversicherung grundsätzlich nicht zu leisten hat. Die Verbrauchsgüter der stationären Hilfsmittelversorgung, wie z. B. Einmalhandschuhe, Bettschutzeinlagen und Desinfektionsmittel, werden als Bestandteil der Pflegevergütung von den Pflegekassen mitfinanziert, vorausgesetzt, es besteht keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung.

Das Recht der GKV sieht die Versorgung mit Hilfsmitteln vor, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen (§ 33 SGB V). Die Hilfsmittelversorgung hat zum Ziel, ausgefallene oder beeinträchtigte Körperfunktionen zu ermöglichen, zu ersetzen, zu erleichtern, zu ergänzen etc. Nach ständiger Rechtsprechung ist ein Hilfsmittel auch dann notwendig, wenn nur auf diese Weise das allgemeine Grundbedürfnis der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben befriedigt werden kann. Es gibt keine Regelung im Krankenversicherungsrecht, die bei der Hilfsmittelversorgung danach unterscheidet, ob der Versicherte zu Hause oder im Heim lebt.

Gleichwohl kam es häufig zu Problemen bei der Hilfsmittelversorgung stationär versorgter Pflegebedürftiger. Gestützt auf vier Entscheidungen des BSG vom 10. Februar 2000²³ und die darin aufgestellten Kriterien, unter welchen Voraussetzungen Hilfsmittel bei vollstationärer Pflege grundsätzlich zur Ausstattung eines Pflegeheims zählen bzw. wann die Leistungspflicht der Krankenkassen nach § 33 SGB V besteht, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen – zugleich handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen – am 31. August 2001 einen Abgrenzungskatalog verabschiedet, der die Finanzierungszuständigkeit für die verschiedenen Hilfsmittelarten

²² Siehe hierzu auch unter C.IV.5.

²³ Vergleiche BSG-Urteile vom 10. Februar 2000 – B 3 KR 24/99 R; B 3 KR 25/99 R; B 3 KR 26/99 R und B 3 KR 28/99 R.

darstellt. Angesichts der inzwischen ergangenen weiteren BSG-Rechtsprechung²⁴ haben die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen den Abgrenzungskatalog weiterentwickelt und eine aktualisierte Fassung am 14. März 2003 verabschiedet. Der neue Abgrenzungskatalog muss unter Beachtung der Entwicklung der BSG-Rechtsprechung regelmäßig fortgeschrieben werden.

Es ist festzustellen, dass sich die ursprünglich vielfältigen Probleme bei der Versorgung mit Hilfsmitteln im Bereich der stationären Pflege inzwischen auf Einzelfälle reduziert haben. Hier hat die aktuelle Rechtsprechung und der o. a. Abgrenzungskatalog einen wichtigen Beitrag zur Klärung der Rechtslage geleistet. Aus diesem Grund ist eine gesetzliche Neuregelung der Hilfsmittelversorgung nicht erforderlich (vgl. Bundesratsdrucksache 755/02 zum Hilfsmittelsicherungsgesetz).

2.4. Medizinische Behandlungspflege im Heim

Mit dem PflEG wurde zum 1. Januar 2002 geregelt, dass vom 1. Januar 2005 an die in § 41 Abs. 2, § 42 Abs. 2 sowie § 43 Abs. 2, 3 und 5 SGB XI genannten Aufwendungen für die in den Einrichtungen notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Das Nähere wird in einem besonderen Gesetz geregelt.

Im Rahmen der Konsensgespräche zum Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung – GMG – haben sich die Verhandlungspartner darauf verständigt, die Finanzverantwortung für die medizinische Behandlungspflege in zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen erst ab 2007 auf die gesetzliche Krankenversicherung zu übertragen.

3. Berücksichtigung im Rahmen des Einkommensteuergesetzes

Die Leistungen aus der Pflegeversicherung sind bei dem Pflegebedürftigen nach § 3 Nr. 1a Einkommensteuergesetz (EStG) steuerfrei.

Bei der steuerlichen Behandlung des von Pflegebedürftigen weitergereichten Pflegegeldes hat sich keine Änderung ergeben. Insoweit wird auf die entsprechenden Ausführungen im Ersten und Zweiten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung verwiesen.

4. Berücksichtigung im Rahmen des Arbeitsförderungsrechts

4.1. Arbeitslosengeld

Die Pflege naher Angehöriger erfolgt in der Regel in Erfüllung einer sittlichen Pflicht im Rahmen familienhafter Beziehungen und nicht, um daraus Erwerbseinkommen zu erzielen. Die Weitergabe des Pflegegeldes hat deshalb

regelmäßig keine Auswirkungen auf einen Arbeitslosengeldanspruch des Pflegenden.

Die Beteiligten können aber bestimmen, dass sie die Beziehung zwischen dem Pflegenden und der Pflegeperson als Erwerbsverhältnis, entweder in Form eines abhängigen Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisses oder in Form einer selbstständigen Dienstleistung, ausgestalten. Das weitergegebene Pflegegeld ist dann in dieser Form die Vergütung für geleistete Pflegedienste. Das kann für die Beteiligten insoweit sinnvoll sein, als dadurch Lücken in der Erwerbsbiografie geschlossen werden und ein neuer Sozialversicherungsanspruch als Pflegenden erreicht werden soll.

In diesem Falle wirken sich die Pflgetätigkeit und die daraus erzielte Vergütung auf den Anspruch auf Arbeitslosengeld in der gleichen Weise wie andere abhängige Beschäftigungen oder selbstständige Tätigkeiten aus:

- a) Eine Erwerbstätigkeit von mindestens 15 Wochenstunden schließt Arbeitslosigkeit und damit den Bezug von Arbeitslosengeld aus.
- b) Erreicht die Erwerbstätigkeit nicht den Umfang von 15 Wochenstunden, bleibt das daraus erzielte Nettoeinkommen anrechnungsfrei, soweit es einen Freibetrag von 20 v. H. des monatlichen Arbeitslosengeldes, höchstens aber 165 Euro monatlich, nicht übersteigt; im Übrigen wird es auf die Entgeltersatzleistung angerechnet.

4.2. Arbeitslosenhilfe

Bei der Arbeitslosenhilfe besteht seit dem Ersten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung die Sach- und Rechtslage unverändert fort, wonach nicht steuerpflichtige Einnahmen einer Pflegeperson für Leistungen zur Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung nicht als Einkommen berücksichtigt werden (§ 2 Satz 1 Nr. 5 der Arbeitslosenhilfe-Verordnung). Insoweit kann auf die Ausführungen hierzu im Ersten Bericht und Zweiten Bericht verwiesen werden.

5. Berücksichtigung im Rahmen des Wohngeldgesetzes

Zum Einkommen im Sinne des Wohngeldgesetzes (WoGG) gehören mit Wirkung vom 1. Januar 2001 die positiven Einkünfte i. S. d. § 2 Abs. 1, 2 und 5a EStG (§ 10 Abs. 1 WoGG), ergänzt um einen Katalog wohngeldrechtlich zu beachtender steuerfreier Einnahmen (§ 10 Abs. 2 WoGG). Wohngeldrechtlich maßgebend ist das monatliche Gesamteinkommen (§ 9 Abs. 2 WoGG), das auf der Grundlage der Jahreseinkommen der zum Haushalt rechnenden Familienmitglieder abzüglich bestimmter in den §§ 12 bis 14 WoGG festgelegter Beträge zu ermitteln ist (§ 9 Abs. 1 WoGG).

Das Wohngeld ist eine einkommensabhängige Sozialleistung. Die Leistungen der Pflegeversicherung bleiben als Einnahmen bei der Wohngeldermittlung jedoch außer Betracht, wenn der Pflegebedürftige selbst Wohngeld beantragt. Um bei der Ermittlung des Gesamteinkommens eine mittelbare Anrechnung beim Pflegebedürftigen zu

²⁴ Vergleiche BSG-Urteile vom 6. Juni 2002 – B 3 KR 67/01 R und B 3 KR 5/02 R – sowie BSG-Urteil vom 24. September 2002 – B 3 KR 15/02 R.

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, d. h. mit dem Pflegebedürftigen keine Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaft führen. Seit dem 1. Januar 2001 wird die Hälfte des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI, das durch die Betreuung einer außerhalb des eigenen Haushaltes lebenden pflegebedürftigen Person erzielt wird, als Jahreseinkommen im Sinne des § 10 Abs. 2 Nr. 12 WoGG (seit dem 1. Januar 2002 i. S. d. § 10 Abs. 2 Nr. 5.5 WoGG) beim Pflegenden berücksichtigt und führt – nach Berücksichtigung der bereits erwähnten Abzüge – zu einer Erhöhung des bei der Wohngeldberechnung anzusetzenden Gesamteinkommens.

Nach den bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Regelungen war diese Einnahme vollständig wohngeldrelevantes Einkommen. Die seit dem 1. Januar 2001 eingeführte lediglich hälftige Anrechnung soll dazu beitragen, die Bereitschaft von Personen zur Ausübung der häuslichen Pflege zu stärken.

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

1. Kriegsofopferfürsorge

Die Leistungen des sozialen Entschädigungsrechts, deren Bestandteil auch die Kriegsofopferfürsorge (KOF) ist, sind innerhalb des Systems der Sozialleistungen durch eine Sonderstellung gekennzeichnet. Die Leistungen sind nicht primär auf die Behebung einer sozialen Notlage – wie bei der Sozialhilfe – ausgerichtet, sondern dienen der Entschädigung, dem angemessenen Ausgleich und der Abgeltung der (auch immateriellen) Nachteile nach einem schädigenden Ereignis.

Die Leistungen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz sind gegenüber den gleichartigen Leistungen der KOF vorrangig. Da sie der Höhe nach begrenzt sind, bleiben darüber hinausgehende bedarfsdeckende Ansprüche in der KOF unberührt. In der KOF gelten die Grundsätze des Bedarfsdeckungsprinzips und des Individualisierungsgebots trotz vorrangiger Leistungsansprüche nach SGB XI unverändert fort.

Die Begriffsbestimmung der Pflegebedürftigkeit ist im Rahmen der KOF und im SGB XI identisch. Darüber hinaus definiert das Bundesversorgungsgesetz (BVG) auch Kranke und Behinderte als pflegebedürftig, die voraussichtlich weniger als sechs Monate der Hilfe bedürfen, einen geringeren Hilfebedarf als in erheblichem oder höherem Maße haben oder die der Hilfe für andere Verrichtungen bedürfen. Um auch für nicht genannte Krankheiten oder Behinderungen Leistungen in der KOF erbringen zu können, wurde mit § 26c Abs. 3 Nr. 4 BVG die Möglichkeit eröffnet, alle denkbaren medizinischen

Anknüpfungspunkte für eine Pflegebedürftigkeit zu erfassen. Die Leistungen der Hilfe zur Pflege in der KOF werden einkommens- und vermögensabhängig gewährt.

2. Lastenausgleichsgesetz

Für die im Bundesgebiet lebenden Empfänger von Kriegsschadenrente, für die seit Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes am 1. Januar 1995 ausnahmslos Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung besteht, wurde das Pflegefallrisiko auf die Pflegekassen übertragen. Die nach den Vorschriften des SGB XI gewährten Pflegeleistungen sind daher gegenüber den nach dem Lastenausgleichsgesetz als Zusatzleistungen zur Kriegsschadenrente in Betracht kommenden Leistungen bei Pflegebedürftigkeit vorrangig. Pflegeleistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz können somit nicht mehr neu bewilligt werden, es sei denn, es handelt sich um Berechtigte, die im Ausland leben und daher nicht der Pflegeversicherung unterliegen.

Eine völlige Ablösung der Pflegeleistungen des Lastenausgleichsgesetzes durch die vorrangigen Leistungen der Pflegeversicherung wurde bisher zwar nicht erreicht, weil bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI strengere Maßstäbe angelegt werden. Die Pflegeleistungen des Lastenausgleichsgesetzes werden aber kontinuierlich durch die Pflegeleistungen des SGB XI ersetzt. Während unmittelbar vor Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes rd. 53 v. H. aller Empfänger von Kriegsschadenrente Pflegeleistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz erhielten, waren es im Juli 2003 nur noch rd. 6 v. H. Diese Personen, die in der Vergangenheit bereits nach lastenausgleichsrechtlichen Bestimmungen als pflegebedürftig anerkannt waren, denen aber bisher keine Pflegeversicherungsleistungen gewährt werden, erhalten die bewilligten Pflegeleistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz als Besitzstand weiter, bis bei ihnen ggf. die für den Bezug einer Pflegeversicherungsleistung erforderliche Pflegebedürftigkeit anerkannt wird.

XV. Beihilferechtliche Regelungen zur Pflege

1. Allgemeine Bemerkungen

Das Beihilferecht von Bund und Ländern orientiert sich durchgängig an den Grundentscheidungen und Vorgaben des SGB XI. Festzustellen ist allerdings, dass die jetzigen, dem Pflegeversicherungsrecht folgenden Beihilferegungen stärker differenzieren und deshalb wesentlich mehr Verwaltungsaufwand erfordern als früher; dies gilt insbesondere für Fälle der Kombination mehrerer Leistungsformen.

2. Rangverhältnis zur Kriegsofopferfürsorge (§ 26c BVG)

Im Zusammenhang mit der Einführung der Pflegeversicherung wurde im seinerzeit neugefassten § 26c Abs. 10 BVG in der bis zum 30. April 2002 geltenden Fassung bereits der Vorrang der Beihilfeleistungen vor den Kriegsofopferfürsorgeleistungen für den Bereich der ambulanten Pflege verankert. Mit dem Gesetz zur Änderung

des Bundesversorgungsgesetzes vom 11. April 2002 (BGBl. I, S. 1302) ist der Beihilfevorrang auch im Bereich stationärer Pflege klargestellt worden.

3. Beihilfeleistungen im Ausland

Auslandsaufwendungen bei dauerhafter Pflegebedürftigkeit Berechtigter werden innerhalb der Europäischen Union der Höhe nach grundsätzlich nach dem – an das SGB XI angelehnten – deutschen Beihilferecht erstattet. Wesentliche Voraussetzung für den Anspruch auf Beihilfe zu Pflegeaufwendungen hierfür ist die Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch ärztliches Gutachten, welches auch zu Art und notwendigem Umfang der Pflege Stellung zu nehmen hat und damit die Einordnung zu einer bestimmten Pflegestufe ermöglicht. Für Versicherte der privaten und sozialen Pflegeversicherung hat die Versicherung die Pflegebedürftigkeit und deren Stufe festzusetzen. Besteht keine Pflegeversicherung, ist ein amts- oder vertrauensärztliches Gutachten über die Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe der Festsetzungsstelle vorzulegen. Dabei ist es ständige Praxis, beihilferechtlich Leistungen Dritter mit gleicher Zweckrichtung – auch solche nach ausländischem Recht – anzurechnen, d. h. die erstattungsfähigen Aufwendungen um den von dritter Seite zu erstattenden Betrag zu kürzen.

XVI. Demographische Entwicklung

Bezüglich der Grundaussagen zur demographischen Entwicklung wird auf den Ersten und Zweiten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung verwiesen.

Gegenüber den damaligen Annahmen gehen jüngste Bevölkerungsvorausschätzungen von einer noch höheren Lebenserwartung der Menschen in der Zukunft aus. Die zehnte koordinierte Bevölkerungsschätzung des Statistischen Bundesamtes rechnet mit einer um rd. sechs Jahre höheren Lebenserwartung von Neugeborenen im Jahr 2050. Die verbleibende Lebenserwartung eines 60-jährigen Mannes liegt schon heute bei 19,2 Jahren, die einer gleichaltrigen Frau sogar bei 23,5 Jahren (Sterbetafel 1998/2000). Auch sie wird sich bis 2050 nochmals um etwa 4,5 Jahre verlängern.

Entsprechend der längeren Lebenserwartung steigt die Zahl der älteren Menschen absolut und in Verbindung mit einer abnehmenden Zahl von Geburten auch ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung. Bis zum Jahr 2040 steigt die Zahl der über 60-jährigen von derzeit 19,9 Millionen um 7,8 Millionen auf 27,7 Millionen Menschen; ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung steigt von derzeit 24,1 v. H. auf 35,2 v. H.

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko der Pflegebedürftigkeit stark an. Derzeit sind von der Bevölkerung unter 60 Jahren nur 0,5 v. H. pflegebedürftig, von den 60- bis 80-Jährigen rd. 4 v. H., aber von den über 80-Jährigen schon rd. 32 v. H. Deshalb wird der starke Anstieg der Zahl der älteren Menschen auch zu einer deutlichen

Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen führen. Die Rümp-Kommission geht auf Basis ähnlicher Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung davon aus, dass die Zahl der Pflegebedürftigen der sozialen Pflegeversicherung von derzeit rd. 1,9 Millionen bis zum Jahr 2040 auf rd. 3,4 Millionen ansteigen wird.

Diese Schätzung geht – wie auch andere wissenschaftliche Schätzungen – von der Annahme einer konstanten altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit aus. Das heißt, dass auch mit zunehmender Lebenserwartung die Wahrscheinlichkeit, in einem bestimmtem Alter pflegebedürftig zu sein, nicht abnimmt. Dies ist eine eher pessimistische Annahme. Falls es in Zukunft gelingt, durch gesündere Lebensführung und gezielte Prävention und Rehabilitation den Eintritt von Pflegebedürftigkeit in ein höheres Lebensalter zu verschieben, kann der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen deutlich schwächer ausfallen als oben angegeben. Aus der Entwicklung der Pflegebedürftigenzahl in den letzten Jahren lassen sich noch keine gesicherten Erkenntnisse über die längerfristige Entwicklung der altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit gewinnen.

XVII. Langfristige Beitragssatz- und Ausgabenentwicklung

Obwohl mit der demographischen Entwicklung und ihrer möglichen Auswirkung auf die Zahl der Pflegebedürftigen ein wesentlicher Bestimmungsfaktor für die zukünftige Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung feststeht, ist eine längerfristige Finanzprognose nicht möglich.

D. Altenpflegeausbildung und Ausbildungsvergütung

I. Derzeitige Ausbildungsstrukturen

Die Ausbildung in der Altenpflege beruht, sofern sie vor dem 1. August 2003 begonnen worden ist, auf landesrechtlichen Regelungen. Die Vorgaben der Länder unterscheiden sich insbesondere im Hinblick auf die Dauer der Ausbildung, die Anteile von Unterricht und Praxis, die Ausbildungsinhalte und die Prüfungsanforderungen so erheblich voneinander, dass es zu einer Zersplitterung der Berufsausbildung in diesem Bereich gekommen ist. Dies hat zur Folge, dass Altenpflegekräfte am Arbeitsmarkt insbesondere im Vergleich zu den bundeseinheitlich ausgebildeten Krankenpflegekräften benachteiligt sind. Zudem hat ihr Beruf in der Vergangenheit nicht die adäquate gesellschaftliche Anerkennung gefunden.

Für die seit dem 1. August 2003 begonnenen Altenpflegeausbildungen sind hingegen die bundesweit geltenden Bestimmungen des Altenpflegegesetzes des Bundes (Altenpflegegesetz) maßgeblich, mit denen der Ausbildung in der Altenpflege und damit dem Altenpflegeberuf klare Konturen gegeben werden²⁵.

²⁵ Vergleiche hierzu auch die Ausführungen unter B.IV.4.

II. Finanzierung der Ausbildungsvergütung in der Altenpflege

Die Ausbildungsvergütung richtet sich bei den Ausbildungen, die vor dem 1. August 2003 begonnen worden sind, nach Landesrecht. Sofern in dem jeweiligen Land ein Anspruch auf Ausbildungsvergütung besteht, sind die Kosten gemäß § 82a SGB XI in der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen berücksichtigungsfähig.

Einige Länder haben zur Finanzierung der Ausbildungsvergütung Umlageverfahren eingeführt. Das Bundesverfassungsgericht hat am 17. Juli 2003 entschieden, dass die zu beurteilenden Regelungen der Länder Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Niedersachsen und Thüringen, die der Erhebung von Ausbildungsumlagen in den Jahren 1997 und 1998 zugrunde lagen, mit dem Grundgesetz vereinbar sind²⁶. Durch diesen Beschluss sind wesentliche Unsicherheiten in den Finanzierungsgrundlagen beseitigt worden.

Soweit Ausbildungen in der Altenpflege im Rahmen von Umschulungsmaßnahmen durchgeführt werden, erhalten die Auszubildenden Unterhaltsgeld nach dem SGB III.

In den Ländern, in denen ein Anspruch auf Ausbildungsvergütung besteht, gilt überwiegend der Vorrang des Unterhaltsgeldes vor dem Anspruch auf Ausbildungsvergütung.

Nach dem Altenpflegegesetz des Bundes, das für die seit dem 1. August 2003 begonnenen Ausbildungen in der Altenpflege maßgeblich ist, muss der Träger der praktischen Ausbildung der Schülerin bzw. dem Schüler eine angemessene Ausbildungsvergütung zahlen. Er kann die entsprechenden Kosten in den Entgelten für seine Leistungen berücksichtigen. Wenn es sich um eine Einrichtung nach dem SGB XI handelt, sind die Kosten gemäß § 82a SGB XI in den Pflegesätzen berücksichtigungsfähig. Darüber hinaus können die Länder ein Umlageverfahren zur Finanzierung der Kosten der Ausbildungsvergütung einführen, wenn dies erforderlich ist, um einen Mangel an Ausbildungsplätzen zu verhindern oder zu beseitigen.

Nach dem Altenpflegegesetz besteht bei Umschulungsmaßnahmen ein Vorrang des Unterhaltsgeldes nach dem SGB III gegenüber dem Anspruch auf Zahlung der Ausbildungsvergütung. Die Bundesagentur für Arbeit fördert Umschulungen, die noch bis zum 31. Dezember 2004 beginnen, über den gesamten Zeitraum (vgl. § 434d Abs. 1 Satz 1 i. V. m. § 85 Abs. 2 Satz 2 SGB III). Ab dem 1. Januar 2005 beginnende Umschulungen können nach derzeit geltendem Recht nur noch bis zu zwei Dritteln der Maßnahme gefördert werden, und das auch nur dann, wenn bereits zu Beginn der Maßnahme die Finanzierung für die gesamte Dauer der Maßnahme gesichert ist, § 85 Abs. 2 Satz 3 SGB III.

²⁶ Vergleiche BVerfG, 2 BvL 1/99 vom 17. Juli 2003.

E. Forschungsaktivitäten des Bundes in der Pflege

I. Pflege im Programm „Gesundheitsforschung, Forschung für den Menschen“ der Bundesregierung

1. Forschungsschwerpunkt „Anwendungsorientierte Pflegeforschung“

Im Rahmen des vom BMBF und BMGS gemeinsam getragenen Programms der Bundesregierung „Gesundheitsforschung, Forschung für den Menschen“ erfolgte am 8. Juni 2001 die Bekanntmachung einer Fördermaßnahme zur angewandten Pflegeforschung. In diesem Rahmen wird das BMBF vier Verbünde zu konkreten anwendungsbezogenen pflegerischen Fragestellungen für zunächst drei Jahre (mit der Option auf Förderung einer zweiten dreijährigen Phase) fördern. Dafür ist insgesamt eine Fördersumme von 1,3 Mio. Euro pro Jahr vorgesehen.

In den Verbänden sollen Wissensgrundlagen zur Fundierung und Verbesserung des Pflegehandelns geschaffen werden. Es werden u. a. Methoden entwickelt, die Pflegemodelle, d. h. Pflegehandeln in unterschiedlichen Pflegebereichen bewerten und damit Grundlage für eine Evidenzbasierung und damit für eine bessere Qualitätssicherung darstellen. Die entwickelten Methoden sollen danach in kontrollierten prospektiven Studien zum pflegerischen Handeln eingesetzt werden und sollen zur Identifizierung von Pflegekonzepten und -methoden führen, die eine bedarfsgerechte und problemangemessene pflegerische Versorgung gewährleisten, höchstmöglichen Nutzen für den Patienten haben und zur Erhöhung der Effektivität und Effizienz der jeweiligen Pflegemaßnahme beitragen.

Die Forschungsarbeiten sollen vor allem dazu beitragen, bei den zu Pflegenden ein Optimum an Gesundheit bzw. für unheilbar Kranke ein Maximum an Krankheitserleichterung und ein Sterben in Würde zu ermöglichen.

2. Kompetenznetz Demenzen

Im Rahmen des Regierungsprogramms „Gesundheitsforschung, Forschung für den Menschen“ wird vom BMBF das Kompetenznetz Demenzen gefördert.

Im Kompetenznetz Demenzen haben sich 13 universitäre, vor allem psychiatrische Zentren zusammengeschlossen. Beteiligt sind auch Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, insbesondere Allgemeinmediziner, Industrieunternehmen und Patientenorganisationen wie beispielsweise die Deutsche Alzheimergesellschaft. Die Kooperationen sollen sukzessive ausgebaut werden.

Das Kompetenznetz Demenzen soll einheitliche und fortschrittliche Richtlinien für die Diagnostik und die Therapie demenzieller Erkrankungen in Deutschland entwickeln und damit für die Bevölkerung ein Höchstmaß an Versorgungsqualität sicherstellen. Gemeinsame Forschungsprojekte sollen Forschungsvorhaben bündeln und effektiver gestalten, um auch zukünftige Fortschritte auf diesem Gebiet sicherzustellen.

Mithilfe zu erhebender epidemiologischer Daten und der Erforschung von Risikofaktoren für die Erkrankung an einer Demenz werden neue Kenntnisse zur Entstehung und zum Verlauf demenzieller Erkrankungen erhofft; schließlich soll auch die Früherkennung und Therapie durch Hausärzte verbessert werden.

II. Modellvorhaben und Forschungsaktivitäten zum Thema Demenz

1. Modellprogramm des BMGS zur Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen

Von den durch das Modellprogramm insgesamt 600 geförderten Vorhaben, kann wenigstens ein Drittel den „Demenzmodellen“ zugeordnet werden, die sich auf drei Förderschwerpunkte aufteilen:

1.1. Möglichkeiten einer Stützung der häuslichen Versorgung

Hier sind ambulante Dienste zu erwähnen, die ihr Angebot so erweitert haben, dass sie besser auf die Bedürfnisse von Demenzkranken und deren Angehörigen eingehen können, sowie solche Dienste, die Leistungen erbringen, die von üblichen ambulanten Diensten nicht angeboten werden. Zur Entlastung für die pflegenden Angehörigen, aber auch unter aktivierenden Gesichtspunkten für die Demenzkranken ist die Förderung von Tages- und Kurzzeitpflegen bedeutsam. Dabei stellen gerontopsychiatrische Nachtpflegen eine Besonderheit dar, die vor allem auf Menschen mit gestörtem Tag-Nacht-Rhythmus ausgerichtet sind.

1.2. Außerfamiliäre Wohnformen

Es handelt sich um stationäre Pflegeeinrichtungen, die tagesstrukturierende Maßnahmen eingeführt oder spezielle Abteilungen für die demenzkranken Bewohnerinnen/Bewohner aufgebaut haben. Aktuell liegt der Förderschwerpunkt auf den Haus- und Wohngemeinschaften, die gekennzeichnet sind durch kleine, überschaubare Gruppen, Wohnatmosphäre und Normalität.

1.3. Vernetzung, Beratung und allgemeine Öffentlichkeitsarbeit

Modellvorhaben, die neben medizinischen und pflegerischen Angeboten auch die Vernetzung, Beratung und Aufklärungsarbeit zum Ziel haben, sind in der Region der zentrale Knotenpunkt bei gerontopsychiatrischen Problemlagen.

Neben diesen drei Schwerpunkten sind als Förderprojekte im Bereich Demenz Therapiegärten, der Aufbau eines gerontopsychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienstes sowie die Einführung des Beobachtungsverfahrens Dementia Care Mapping besonders hervorzuheben.

2. BMGS – Ressortforschungsvorhaben

2.1. Entwicklung von Rahmenempfehlungen zur Pflege demenziell Erkrankter

Das vom BMGS finanzierte Ressortforschungsvorhaben zur Entwicklung standardisierter Rahmenempfehlungen zur Weiterentwicklung und Sicherung einer qualifizierten Pflege für demenziell Erkrankte soll dazu beitragen, die Pflegequalität für Demenzkranke mit Verhaltensauffälligkeiten weiterzuentwickeln und zu verbessern.

Mit der Entwicklung von Rahmenempfehlungen soll langfristig die Grundlage für eine Entwicklung einheitlicher Pflegestandards geschaffen werden. Die Rahmenempfehlungen sollen den allgemeinen, von der Fachöffentlichkeit anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse zusammenfassen und der Praxis entsprechende Handlungsanleitungen bieten.

Damit soll die Pflegequalität für demenziell Erkrankte in vollstationären Pflegeeinrichtungen gesichert und weiterentwickelt werden. Bestehende Defizite in der Praxis bei der Versorgung dieser Patientengruppe in stationären Pflegeeinrichtungen können damit abgebaut bzw. vermieden werden.

2.2. Heimbewohner mit psychischen Störungen

Auf der Grundlage der Ergebnisse einer Expertise zu dem Thema „Heimbewohner mit psychischen Störungen“ geben die Autoren Empfehlungen zu versorgungsspezifischer Forschung, zur Verbesserung der bereits vorhandenen spezialisierten Versorgungsstrukturen und der Fort- und Weiterbildung der am Behandlungsgeschehen beteiligten Berufsgruppen. Die bei der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie in Auftrag gegebene Studie ist inzwischen veröffentlicht und kann beim Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) bezogen werden.

2.3. Handreichung für den Hausarzt/Allgemeinmediziner zur Früherkennung und Behandlung von Demenzen

Im Rahmen der Ressortforschung fördert das BMGS ein Projekt mit dem Arbeitstitel „Entwicklung und Erprobung einer gerontopsychiatrischen Handreichung für den Hausarzt/Allgemeinmediziner zur Früherkennung und Behandlung von Demenzen“. Ziel dieses Projektes ist, den Hausarzt, dem eine Schlüsselposition bei der für die optimale Nutzung der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten notwendigen Früherkennung zukommt, durch Nutzung einer Art Leitlinie zu befähigen, zusammen mit den übrigen Leistungserbringern bereits früh im Krankheitsverlauf einen mehrdimensionalen individuellen Behandlungsplan aufzustellen. Dadurch könnten alle zur Erreichung der oben genannten Therapieziele verfügbaren therapeutischen Optionen innerhalb integrierter spezialisierter Versorgungseinrichtungen früh ausgeschöpft werden.

3. Modellprojekte und Maßnahmen des BMFSFJ

3.1. Modellprojekte und Maßnahmen aus der 14. Legislaturperiode zum Schwerpunkt Demenz

In der 14. Legislaturperiode wurde eine Vielzahl von Maßnahmen durchgeführt und begonnen:

- Expertise „Angehörigengruppen für Demenzkranke in Deutschland“
- Expertise „Qualitätsbeurteilung der institutionellen Versorgung und Betreuung demenziell Erkrankter“
- Evaluation der besonderen stationären Dementenbetreuung in Hamburg
- Qualitätshandbuch „Leben mit Demenz“
- Entwicklung eines standardisierten Messinstrumentes zur Erstellung von Belastungsprofilen und zur Evaluation von Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige demenzkranker Patienten
- Vernetzung von entlastenden Angeboten für Angehörige von demenziell erkrankten Menschen
- Untersuchung „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger älterer Menschen in privaten Haushalten“ (MUG III)
- Modellprogramm „Altenhilfestrukturen der Zukunft“
- Baumodelle zur besonderen Betreuung demenzkranker älterer Menschen

3.2. Modellprojekte und Maßnahmen in der 15. Legislaturperiode

In der aktuellen 15. Legislaturperiode liegt ein wichtiger Arbeitsschwerpunkt des BMFSFJ in der Weiterentwicklung des „Aktionsprogrammes Demenz“. Wichtige Ziele eines „Aktionsprogrammes Demenz“ sind es, Betroffenen und potenziellen Interessenten die Nutzung vorhandener Informationen und Hilfemöglichkeiten zu erleichtern, den Ausbau und die Vernetzung von Hilfestrukturen anzuregen und die Gesellschaft für die Problematik zu sensibilisieren und Basiskompetenzen für ein Leben mit Demenz zu vermitteln. Folgende Maßnahmen sollen dazu beitragen:

- Weiterentwicklung des Leistungsvertrags mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V.
- Alzheimer-Telefon und Internetberatung
- Bundesweite Strukturhebung
- Öffentlichkeitsarbeit

III. Expertenstandards

Für die Zeit vom 1. Juli 2001 bis 30. Juni 2004 bewilligte das BMGS ein Modellprojekt in der Pflege mit dem Thema „Entwicklung, Konsentierung und Implementierung von Expertenstandards in der Pflege“ an der Fach-

hochschule Osnabrück. Ziel des Projektes ist die Entwicklung und Erstellung von Pflegestandards.

Folgende Standards wurden erarbeitet:

- Dekubitusprophylaxe
- Entlassungsmanagement
- Schmerzmanagement

Folgende Standards werden bearbeitet:

- Sturzprophylaxe
- Kontinenzförderung

Die auf dem Wege einer Konsensuskonferenz erarbeiteten Standards werden von einem breiten Konsens getragene Aussagen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der jeweiligen pflegerischen Leistungen enthalten. Die modellhafte Implementierung dieser Standards in ausgewählten Gesundheitseinrichtungen dient der Erprobung sowie der Verbreitung dieser Pflegestandards.

F. Ausschuss für Fragen der Pflegeversicherung (Bundes-Pflegeausschuss)

Der Ausschuss nach § 10 SGB XI hat im Berichtszeitraum zweimal – am 21. September 2001 und am 27. Juni 2002 – in Bonn getagt.

Auf der Tagesordnung vom 21. September 2001 standen Berichte und Einführungsstatements des für die Pflegeversicherung zuständigen BMG sowie der teilnehmenden Verbände und Institutionen zur aktuellen Situation der Pflegeversicherung, über die Erfahrungen aus der Umsetzung des SGB XI und zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Als Ergebnis dieser Sitzung wurde die Einrichtung von drei Arbeitsgruppen vereinbart, die Vorschläge und Empfehlungen an die Politik erarbeiten sollten, die den Bestand und die Verbesserung der pflegerischen Versorgung mit Blick auf die Zukunft sicherstellen.

Die Arbeitsgruppe 1 beschäftigte sich in insgesamt fünf Arbeitssitzungen mit

- der Qualitätssicherung in der Pflege,
- der Sicherstellung eines ausreichenden Angebotes an qualifizierten Pflegekräften,
- der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen sowie
- dem Bedarf an gesetzlichen Neuregelungen.

Die Arbeitsgruppe 2 beschäftigte sich in ihren fünf Beratungssitzungen mit folgenden Schwerpunkten:

- Pflegebedürftigkeitsbegriff,
- Vorschläge zu leistungsrechtlichen Konsequenzen aus dem erweiterten Pflegebegriff,
- weitere Vorschläge zum Leistungsrecht.

Die Arbeitsgruppe 3 hat sich in vier Arbeitssitzungen vorrangig mit

- der künftigen Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung bis 2010,
- möglichen Maßnahmen zur Minderung der Ausgaben sowie
- möglichen Maßnahmen zur Erhöhung der Einnahmen beschäftigt.

In der Sitzung des Bundes-Pflegeausschusses am 27. Juni 2002 stellten die Berichterstatter die Ergebnisse der Arbeitsgruppen dem Plenum des Bundes-Pflegeausschusses vor. Die anschließende ausführliche Diskussion der Arbeitsgruppenergebnisse zeigte, dass zu vielen Vorschlä-

gen und Themen weiterer Diskussionsbedarf bestand. Vor allem wurde deutlich, dass bei einer Reihe von Vorschlägen der Arbeitsgruppen Detailfragen nicht in ausreichendem Maße diskutiert werden konnten. Eine Empfehlung des Bundes-Pflegeausschusses an die Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung war deshalb nicht möglich.

Dennoch sind die Ergebnisse der Beratungen der Arbeitsgruppen z. T. bereits verwirklicht (z. B. das Persönliche Budget) oder sie sind einbezogen in die Überlegungen der Bundesregierung zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.

Anlagen 1 bis 10

- Anlage 1 Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegestufen
- Anlage 2 Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten (errechnet aus Leistungstagen)
- Anlage 3 Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung
Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung
- Anlage 4 Pflegesatzniveau in den Ländern (31. Dezember 2000 bis 1. Juli 2003)
Kurzzeitpflege, teilstationäre Pflege, vollstationäre Pflege
- Anlage 5 Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Ländern
- Anlage 6 Übersicht über die zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen
- Anlage 7 Länderberichte zur Umsetzung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes
- Anlage 8 Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG
Förderung und Förderquoten
- Anlage 9 Länderspezifische Informationen zur Investitionsförderung
- Anlage 10 Aktivitäten und Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung einer qualitäts- und leistungsgerechten Versorgung von Pflegebedürftigen in den Ländern

Anlage 1

Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegestufen

a) absolut

Jahr	ambulant			stationär ¹			insgesamt					
	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	zusammen	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	zusammen	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	zusammen
1995	–	–	–	1.061.418	–	–	–	–	–	–	–	1.061.418
1996	508.462	507.329	146.393	1.162.184	111.856	162.818	109.888	384.562	620.318	670.147	256.281	1.546.746
1997	568.768	486.338	142.997	1.198.103	159.467	189.862	113.278	462.607	728.235	676.200	256.275	1.660.710
1998	616.506	471.906	138.303	1.226.715	187.850	210.525	113.028	511.403	804.356	682.431	251.331	1.738.118
1999	668.314	472.189	139.876	1.280.379	203.950	226.657	115.376	545.983	872.264	698.846	255.252	1.826.362
2000	681.658	448.406	130.696	1.260.760	210.883	234.836	115.625	561.344	892.541	683.242	246.321	1.822.104
2001	697.714	436.693	127.260	1.261.667	218.909	242.779	116.247	577.935	916.623	679.472	243.507	1.839.602
2002	725.993	435.924	127.235	1.289.152	230.383	249.600	119.834	599.817	956.376	685.524	247.069	1.888.969
2003	732.495	424.202	123.210	1.279.907	237.768	254.065	121.441	613.274	970.263	678.267	244.651	1.893.181

¹ Stationäre Leistungen erst ab 1. Juli 1996 eingeführt.

noch Anlage 1

b) in v. H.

Jahr	ambulant			stationär ¹			insgesamt					
	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III	zusam- men	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III	zusam- men	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III	zusam- men
1995	–	–	–	100,0	–	–	–	–	–	–	–	100,0
1996	43,8	43,7	12,6	100,0	29,1	42,3	28,6	100,0	40,1	43,3	16,6	100,0
1997	47,5	40,6	11,9	100,0	34,5	41,0	24,5	100,0	43,9	40,7	15,4	100,0
1998	50,3	38,5	11,3	100,0	36,7	41,2	22,1	100,0	46,3	39,3	14,5	100,0
1999	52,2	36,9	10,9	100,0	37,4	41,5	21,1	100,0	47,8	38,3	14,0	100,0
2000	54,1	35,6	10,4	100,0	37,6	41,8	20,6	100,0	49,0	37,5	13,5	100,0
2001	55,3	34,6	10,1	100,0	37,9	42,0	20,1	100,0	49,8	36,9	13,2	100,0
2002	56,3	33,8	9,9	100,0	38,4	41,6	20,0	100,0	50,6	36,3	13,1	100,0
2003	57,2	33,1	9,6	100,0	38,8	41,4	19,8	100,0	51,3	35,8	12,9	100,0

¹ Stationäre Leistungen erst ab 1. Juli 1996 eingeführt.

Quelle: BMGS

Anlage 2

Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten (errechnet aus Leistungstagen)^{1,2}

a) absolut

Jahr	Leistungsart										insgesamt
	Pflegegeld	Pflegesachleistung	Kombinationsleistung	Urlaubs- pflege	Tages- und Nachtpflege	Kurzzeit- pflege	vollstation- näre Pflege	vollstation- näre Pflege in Behinderter- heimen			
1995	887.403	82.790	82.293	10.783	1.777	3.649	–	–			1.068.695
1996 ³	943.878	105.879	135.305	6.805	3.639	5.731	355.142	5.711			1.562.088
1997	971.939	119.428	157.543	3.716	5.065	5.633	425.682	38.408			1.727.414
1998	962.669	133.895	171.764	4.070	6.774	6.199	452.750	56.543			1.794.664
1999	982.877	152.648	192.556	5.716	8.673	7.146	485.014	53.875			1.888.505
2000	954.684	159.693	193.018	6.313	10.287	7.696	494.793	55.641			1.882.125
2001	962.130	161.653	201.667	7.495	12.177	8.108	513.377	58.446			1.925.053
2002	977.327	165.679	205.322	8.841	13.148	8.615	532.278	60.428			1.971.638
2003	968.289	169.580	202.710	10.362	13.864	9.317	540.070	63.104			1.977.296

noch Anlage 2

b) in v. H.

Jahr	Leistungsart										insgesamt
	Pflegegeld	Pflegesachleistung	Kombinationsleistung	Urlaubs- pflege	Tages- und Nachtpflege	Kurzzeit- pflege	vollstatio- näre Pflege	vollstatio- näre Pflege in Behinderten- heimen			
1995	83,0	7,7	7,7	1,0	0,2	0,3	–	–			100,0
1996 ³	60,4	6,8	8,7	0,4	0,2	0,4	22,7	0,4			100,0
1997	56,3	6,9	9,1	0,2	0,3	0,3	24,6	2,2			100,0
1998	53,6	7,5	9,6	0,2	0,4	0,3	25,2	3,2			100,0
1999	52,0	8,1	10,2	0,3	0,5	0,4	25,7	2,9			100,0
2000	50,7	8,5	10,3	0,3	0,5	0,4	26,3	3,0			100,0
2001	50,0	8,4	10,5	0,4	0,6	0,4	26,7	3,0			100,0
2002	49,6	8,4	10,4	0,4	0,7	0,4	27,0	3,1			100,0
2003	49,0	8,6	10,3	0,5	0,7	0,5	27,3	3,2			100,0

¹ Abweichungen in den Summen durch Rundungen.

² Einschließlich Mehrfachzahlungen durch den gleichzeitigen Bezug mehrerer Leistungen.

³ 2. Halbjahr wegen Beginn der stationären Leistungen ab 1. Juli 1996.

Quelle: BMGS

Anlage 3

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

Bezeichnung	1995*	1996*	1997*	1998*	1999*	2000*	2001*	2002	2003
	in Mrd. €								
Einnahmen									
Beitragseinnahmen	8,31	11,90	15,77	15,80	16,13	16,31	16,56	16,76	16,61
davon									
Beiträge an Pflegekassen	6,85	9,84	13,06	13,04	13,32	13,46	13,66	13,57	13,30
Beiträge an den Ausgleichsfonds	1,46	2,06	2,71	2,76	2,80	2,86	2,90	3,19	3,31
sonstige Einnahmen	0,09	0,14	0,17	0,20	0,19	0,23	0,25	0,22	0,25
Einnahmen insgesamt	8,41	12,04	15,94	16,00	16,32	16,55	16,81	16,98	16,86
Ausgaben									
Leistungsausgaben	4,42	10,25	14,34	15,07	15,55	15,86	16,03	16,47	16,64
davon									
Geldleistung	3,04	4,44	4,32	4,28	4,24	4,18	4,11	4,18	4,11
Pflegesachleistung	0,69	1,54	1,77	1,99	2,13	2,23	2,29	2,37	2,38
Pflegeurlaub	0,13	0,13	0,05	0,06	0,07	0,10	0,11	0,13	0,16
Tages-/Nachtpflege	0,01	0,03	0,04	0,05	0,05	0,06	0,07	0,08	0,08
zusätzliche Betreuungsleistungen								0,00	0,01
Kurzzeitpflege	0,05	0,09	0,10	0,11	0,12	0,14	0,15	0,16	0,16
soziale Sicherung der Pflegepersonen	0,31	0,93	1,19	1,16	1,13	1,07	0,98	0,96	0,95
Pfleagemittel/techn. Hilfen etc.	0,20	0,39	0,33	0,37	0,42	0,40	0,35	0,38	0,36
vollstationäre Pflege	0,00	2,69	6,41	6,84	7,18	7,48	7,75	8,00	8,20
vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,00	0,01	0,13	0,22	0,20	0,21	0,21	0,21	0,23
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	0,23	0,24	0,23	0,24	0,24	0,24	0,25	0,26	0,26
Verwaltungsausgaben ²	0,32	0,36	0,55	0,56	0,55	0,56	0,57	0,58	0,59
sonstige Ausgaben	0,00	0,01	0,01	0,02	0,01	0,02	0,02	0,01	0,06
Ausgaben insgesamt	4,97	10,86	15,14	15,88	16,35	16,67	16,87	17,36	17,56
Liquidität									
Überschuss der Einnahmen	3,44	1,18	0,80	0,13	–	–	–	–	–
Überschuss der Ausgaben	–	–	–	–	0,03	0,13	0,06	0,38	0,69
Investitionsdarlehen an den Bund	– 0,56	–	–	–	–	–	–	+ 0,56	–
Mittelbestand am Jahresende	2,87	4,05	4,86	4,99	4,95	4,82	4,76	4,93	4,24
in Monatsausgaben lt. Haushaltsplänen der Kassen	3,93	2,96	3,77	3,68	3,61	3,37	3,27	3,34	2,82

* Werte der amtlichen Statistik wurden von DM in Euro umgerechnet.

¹ Abweichungen in den Summen durch Rundungen.

² 1995 einschließlich Vorlaufkostenerstattung an die Krankenkassen.

Quelle: BMGS

Anlage 4

Pflegesatzniveau in den Ländern 31. Dezember 2000 bis 1. Juli 2003
– Kurzzeitpflege –

durchschnittliche ungewichtete Pflegesätze sowie Entgelte für Unterkunft und Verpflegung
(Stand 1. Juli 2003)

Pflegestufe I	31.12.2000		31.12.2001		01.07.2002		01.07.2003	
	Pflege- stufe I	UuV	Pflege- stufe I	UuV	Pflege- stufe I	UuV	Pflege- stufe I	UuV
	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag
alte Länder								
Baden-Württemberg	43,60	16,91	39,74	18,57	42,16	18,19	43,26	21,71
Bayern (Gesamtheimentgelt)	69,68		69,68		69,68		69,68	
Berlin	69,77	14,18	69,54	14,23	70,05	14,49	70,94	14,49
Bremen	53,82	19,08	53,82	19,08	54,74	20,09	55,46	22,31
Hamburg	36,26	20,54	36,98	20,72	37,47	21,05	38,26	21,36
Hessen	37,21	16,38	38,12	16,27	38,85	16,70	39,51	16,94
Niedersachsen	34,80	15,66	36,81	15,91	37,64	16,04	38,18	15,56
Nordrhein	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	43,09	25,61	46,32	18,56
Rheinland-Pfalz	k.A.	k.A.	66,60	19,34	68,16	19,96	70,26	20,42
Saarland	37,38	16,07	35,99	18,36	36,73	18,71	37,73	19,26
Schleswig-Holstein	34,44	17,44	35,94	17,88	36,71	18,18	38,06	18,66
Westfalen-Lippe	45,48	25,40	46,20	26,66	45,67	26,25	49,02	27,09
Durchschnitt alte Länder	46,24	17,96	48,13	18,70	48,41	19,57	49,72	19,67
neue Länder								
Brandenburg	32,54	14,27	33,45	14,66	34,27	14,95	35,09	15,07
Mecklenburg- Vorpommern	32,17	14,37	32,40	14,53	33,07	14,74	33,40	14,91
Sachsen	31,60	13,90	32,11	14,09	32,30	14,21	32,75	14,31
Sachsen-Anhalt	42,72	19,35	43,80	19,86	44,86	20,49	45,85	21,06
Thüringen	27,61	13,55	28,02	13,75	28,50	14,00	30,04	17,54
Durchschnitt neue Länder	33,33	15,09	33,96	15,38	34,60	15,68	35,43	16,58

k. A.= keine Angabe

noch Anlage 4

Pflegesatzniveau in den Ländern 31. Dezember 2000 bis 1. Juli 2003
– Kurzzeitpflege –

durchschnittliche ungewichtete Pflegesätze sowie Entgelte für Unterkunft und Verpflegung
(Stand 1. Juli 2003)

Pflegestufe II	31.12.2000		31.12.2001		01.07.2002		01.07.2003	
	Pflege- stufe II	UuV	Pflege- stufe II	UuV	Pflege- stufe II	UuV	Pflege- stufe II	UuV
	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag
alte Länder								
Baden-Württemberg	54,03	16,91	54,49	18,57	52,88	18,19	54,76	21,71
Bayern (Gesamtheimentgelt)	69,68		69,68		69,68		69,68	
Berlin	72,55	14,18	72,84	14,23	73,30	14,49	74,23	14,49
Bremen	60,11	19,08	60,11	19,08	61,19	20,09	60,89	22,31
Hamburg	51,67	20,54	52,64	20,72	53,53	21,05	54,30	21,36
Hessen	51,82	16,38	53,14	16,27	54,19	16,70	55,18	16,94
Niedersachsen	45,37	15,66	47,88	15,91	49,11	16,04	49,38	15,56
Nordrhein	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	59,99	25,61	63,47	18,56
Rheinland-Pfalz	k.A.	k.A.	77,65	19,34	79,43	19,96	81,49	20,43
Saarland	45,69	16,07	48,91	18,36	49,85	18,71	51,56	19,26
Schleswig-Holstein	44,25	17,44	46,18	17,88	47,15	18,18	49,00	18,66
Westfalen-Lippe	61,24	25,40	63,76	26,66	66,06	26,25	68,34	27,09
Durchschnitt alte Länder	55,64	17,96	58,84	18,70	59,70	19,57	61,02	19,67
neue Länder								
Brandenburg	40,33	14,27	41,58	14,66	42,67	14,95	43,74	15,07
Mecklenburg- Vorpommern	42,00	14,37	42,52	14,53	43,73	14,74	44,29	14,91
Sachsen	40,38	13,90	41,05	14,09	41,34	14,21	41,94	14,31
Sachsen-Anhalt	42,75	19,35	43,80	19,86	44,86	20,49	45,85	21,06
Thüringen	36,30	13,55	36,86	13,75	37,50	14,00	41,40	17,04
Durchschnitt neue Länder	40,35	15,09	41,16	15,38	42,02	15,68	43,44	16,48

k. A.= keine Angabe

noch Anlage 4

Pflegesatzniveau in den Ländern 31. Dezember 2000 bis 1. Juli 2003
– Kurzzeitpflege –

durchschnittliche ungewichtete Pflegesätze sowie Entgelte für Unterkunft und Verpflegung
(Stand 1. Juli 2003)

Pflegestufe III	31.12.2000		31.12.2001		01.07.2002		01.07.2003	
	Pflege- stufe III	UuV	Pflege- stufe III	UuV	Pflege- stufe III	UuV	Pflege- stufe III	UuV
	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag
alte Länder								
Baden-Württemberg	62,58	16,91	63,34	18,57	67,28	18,19	69,86	21,71
Bayern (Gesamtheimentgelt)	69,68		69,68		69,68		69,68	
Berlin	75,64	14,18	76,26	14,23	76,66	14,49	77,63	14,49
Bremen	64,31	19,08	64,31	19,08	65,49	20,09	64,51	22,31
Hamburg	67,32	20,54	68,54	20,72	69,83	21,05	70,46	21,36
Hessen	66,42	16,38	69,23	16,27	69,62	16,70	70,91	16,94
Niedersachsen	57,91	15,66	60,13	15,91	61,34	16,04	60,69	15,56
Nordrhein	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	80,16	25,61	81,05	18,56
Rheinland-Pfalz	k.A.	k.A.	90,25	19,34	93,14	19,96	95,92	20,59
Saarland	57,41	16,07	64,49	18,36	65,74	18,71	67,96	19,26
Schleswig-Holstein	54,63	17,44	56,64	17,88	57,82	18,18	60,05	18,66
Westfalen-Lippe	86,43	25,40	82,08	26,66	86,78	26,25	88,18	27,09
Durchschnitt alte Länder	66,23	17,96	69,54	18,70	71,96	19,57	73,07	19,68
neue Länder								
Brandenburg	56,17	14,27	58,14	14,66	59,85	14,95	61,54	15,07
Mecklenburg- Vorpommern	55,69	14,37	56,13	14,53	57,33	14,74	57,98	14,91
Sachsen	54,80	13,90	55,74	14,09	56,08	14,21	56,61	14,31
Sachsen-Anhalt	42,75	19,35	43,80	19,86	44,86	20,49	45,85	21,06
Thüringen	44,48	13,55	45,15	13,75	45,90	14,00	55,07	17,54
Durchschnitt neue Länder	50,78	15,09	51,79	15,38	52,80	15,68	55,41	16,58

k. A.= keine Angabe

noch Anlage 4

Pflegesatzniveau in den Ländern 31. Dezember 2000 bis 1. Juli 2003
– Teilstationäre Pflege –

durchschnittliche ungewichtete Pflegesätze sowie Entgelte für Unterkunft und Verpflegung
(Stand 1. Juli 2003)

Pflegestufe I	31.12.2000		31.12.2001		01.07.2002		01.07.2003	
	Pflege- stufe I	UuV	Pflege- stufe I	UuV	Pflege- stufe I	UuV	Pflege- stufe I	UuV
	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag
alte Länder								
Baden-Württemberg	28,92	5,79	29,55	5,92	29,55	5,92	30,55	6,12
Bayern (Gesamtheimentgelt)	37,72		37,72		37,72		37,72	
Berlin	58,40	8,61	59,34	8,95	59,86	8,97	61,40	9,19
Bremen	34,79	7,32	34,42	7,84	35,82	7,95	35,84	8,14
Hamburg	37,65	10,70	40,10	11,30	40,68	11,48	40,94	11,45
Hessen	34,54	11,55	35,77	11,54	35,98	11,78	36,28	11,93
Niedersachsen	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	38,79	14,08
Nordrhein	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	40,96	15,62	40,41	14,84
Rheinland-Pfalz	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	38,09	9,61	39,82	10,00
Saarland	30,22	10,83	30,63	11,43	30,53	11,48	31,16	11,76
Schleswig-Holstein	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	26,36	8,24
Westfalen-Lippe	37,83	15,29	39,98	15,52	40,85	15,83	40,60	15,70
Durchschnitt alte Länder	37,51	10,01	38,44	10,36	39,00	10,96	38,32	11,04
neue Länder								
Brandenburg	19,46	8,65	19,85	8,79	20,40	9,08	20,84	9,03
Mecklenburg- Vorpommern	21,00	7,02	20,90	7,15	20,96	7,14	21,05	7,26
Sachsen	19,86	4,77	20,39	5,05	20,45	5,19	20,70	5,34
Sachsen-Anhalt	16,03	9,70	22,29	11,42	2002 und 2003 zusammengefasst		16,52	10,89
Thüringen	18,92	8,95	17,64	9,08	18,00	9,25	18,41	9,26
Durchschnitt neue Länder	19,05	7,82	20,21	8,30	19,95	7,67	19,50	8,36

k. A.= keine Angabe

noch Anlage 4

Pflegesatzniveau in den Ländern 31. Dezember 2000 bis 1. Juli 2003
– Teilstationäre Pflege –

durchschnittliche ungewichtete Pflegesätze sowie Entgelte für Unterkunft und Verpflegung
(Stand 1. Juli 2003)

Pflegestufe II	31.12.2000		31.12.2001		01.07.2002		01.07.2003	
	Pflege- stufe II	UuV	Pflege- stufe II	UuV	Pflege- stufe II	UuV	Pflege- stufe II	UuV
	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag
alte Länder								
Baden-Württemberg	41,30	5,92	42,21	5,92	42,21	5,92	43,65	6,12
Bayern (Gesamtheimentgelt)	37,72		37,72		37,72		37,72	
Berlin	60,31	8,61	61,30	8,95	61,85	8,97	63,40	9,19
Bremen	40,32	7,32	40,14	7,84	41,64	7,95	41,66	8,14
Hamburg	38,94	10,70	41,59	11,30	42,32	11,48	42,49	11,45
Hessen	37,82	11,55	39,04	11,54	39,48	11,78	39,79	11,93
Niedersachsen	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	48,94	14,08
Nordrhein	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	43,01	15,62	42,27	14,84
Rheinland-Pfalz	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	38,96	9,61	40,98	10,00
Saarland	36,06	10,83	36,96	11,43	36,87	11,48	37,74	11,76
Schleswig-Holstein	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	32,70	8,24
Westfalen-Lippe	39,53	15,29	41,98	15,52	42,89	15,83	42,75	15,70
Durchschnitt alte Länder	41,50	10,03	42,62	10,36	42,70	10,96	42,84	11,04
neue Länder								
Brandenburg	27,44	8,65	27,92	8,79	28,83	9,08	29,43	9,03
Mecklenburg- Vorpommern	30,58	7,02	29,86	7,15	30,88	7,14	30,85	7,26
Sachsen	27,64	4,77	28,12	5,05	28,50	5,19	28,94	5,34
Sachsen-Anhalt	31,69	9,70	34,91	11,42	2002 und 2003 zusammengefasst		32,14	10,89
Thüringen	29,14	8,95	29,58	9,08	30,10	9,25	30,63	9,26
Durchschnitt neue Länder	29,30	7,82	30,08	8,30	29,58	7,67	30,40	8,36

k. A.= keine Angabe

noch Anlage 4

Pflegesatzniveau in den Ländern 31. Dezember 2000 bis 1. Juli 2003
– Teilstationäre Pflege –

durchschnittliche ungewichtete Pflegesätze sowie Entgelte für Unterkunft und Verpflegung
(Stand 1. Juli 2003)

Pflegestufe III	31.12.2000		31.12.2001		01.07.2002		01.07.2003	
	Pflege- stufe III	UuV	Pflege- stufe III	UuV	Pflege- stufe III	UuV	Pflege- stufe III	UuV
	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag
alte Länder								
Baden-Württemberg	49,56	5,79	50,65	5,92	50,65	5,92	52,37	6,12
Bayern (Gesamtheimentgelt)	37,72		37,72		37,72		37,72	
Berlin	63,99	8,61	64,98	8,95	65,57	8,97	67,14	9,19
Bremen	45,90	7,32	45,92	7,84	47,49	7,95	47,47	8,14
Hamburg	40,06	10,70	42,99	11,30	43,87	11,48	43,87	11,45
Hessen	41,10	11,55	42,28	11,54	42,64	11,78	42,96	11,93
Niedersachsen	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	59,10	14,08
Nordrhein	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	45,05	15,62	44,12	14,84
Rheinland-Pfalz	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	42,59	10,11	45,60	10,45
Saarland	43,92	10,83	45,06	11,43	45,03	11,48	46,17	11,76
Schleswig-Holstein	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	40,06	8,24
Westfalen-Lippe	41,04	15,29	43,94	15,52	44,94	15,83	44,77	15,70
Durchschnitt alte Länder	45,41	10,01	46,69	10,36	46,56	11,02	47,61	11,08
neue Länder								
Brandenburg	39,10	8,65	39,70	8,79	41,00	9,08	41,98	9,03
Mecklenburg- Vorpommern	41,52	7,02	41,51	7,15	41,68	7,14	41,66	7,26
Sachsen	32,30	4,77	32,69	5,05	33,00	5,19	33,26	5,34
Sachsen-Anhalt	44,53	9,70	47,37	11,42	2002 und 2003 zusammengefasst		44,93	10,89
Thüringen	35,28	8,95	35,82	9,08	36,40	9,25	37,07	9,26
Durchschnitt neue Länder	38,55	7,82	39,42	8,30	38,02	7,67	39,78	8,36

k. A.= keine Angabe

noch Anlage 4

Pflegesatzniveau in den Ländern 31. Dezember 2000 bis 1. Juli 2003
– Vollstationäre Pflege –

durchschnittliche ungewichtete Pflegesätze sowie Entgelte für Unterkunft und Verpflegung
(Stand 1. Juli 2003)

Pflegestufe I	31.12.2000		31.12.2001		01.07.2002		01.07.2003	
	Pflege- stufe I	UuV	Pflege- stufe I	UuV	Pflege- stufe I	UuV	Pflege- stufe I	UuV
	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag
alte Länder								
Baden-Württemberg	43,60	16,91	39,74	18,57	42,16	18,19	43,26	21,71
Bayern (Gesamtheimentgelt)	42,65	15,63	44,27	16,13	44,55	16,23	47,30	16,69
Berlin	41,19	15,47	41,79	15,67	41,84	15,68	44,76	16,05
Bremen	33,62	20,59	33,93	20,68	34,99	21,62	35,44	21,90
Hamburg	36,70	20,79	37,48	21,04	37,87	21,31	38,31	21,50
Hessen	36,59	16,36	37,57	16,28	38,34	16,47	39,54	16,82
Niedersachsen	34,80	15,66	36,81	15,91	37,64	16,04	38,18	15,56
Nordrhein	37,35	23,90	37,12	24,15	37,12	24,15	40,23	25,46
Rheinland-Pfalz	36,24	18,55	36,93	19,15	38,06	19,53	38,87	20,02
Saarland	33,10	17,95	34,38	18,67	34,94	18,80	35,86	19,44
Schleswig-Holstein	34,44	17,44	35,94	17,88	36,71	18,18	38,06	18,66
Westfalen-Lippe	36,15	23,63	37,33	24,19	37,81	24,55	39,44	24,97
Durchschnitt alte Länder	37,20	18,57	37,77	19,03	38,50	19,23	39,94	19,90
neue Länder								
Brandenburg	33,53	15,14	35,10	15,79	36,33	16,22	37,89	16,69
Mecklenburg- Vorpommern	32,17	14,37	32,40	14,53	33,07	14,74	33,40	14,91
Sachsen	31,56	14,01	32,30	14,21	32,50	14,24	33,13	14,38
Sachsen-Anhalt	30,38	14,53	35,43	16,94	31,94	15,18	33,10	15,55
Thüringen	28,69	16,81	28,90	17,51	28,79	17,49	29,53	17,51
Durchschnitt neue Länder	31,27	14,97	32,83	15,80	32,53	15,57	33,41	15,81

k. A.= keine Angabe

noch Anlage 4

Pflegesatzniveau in den Ländern 31. Dezember 2000 bis 1. Juli 2003
– Vollstationäre Pflege –

durchschnittliche ungewichtete Pflegesätze sowie Entgelte für Unterkunft und Verpflegung
(Stand 1. Juli 2003)

Pflegestufe II	31.12.2000		31.12.2001		01.07.2002		01.07.2003	
	Pflege- stufe II	UuV	Pflege- stufe II	UuV	Pflege- stufe II	UuV	Pflege- stufe II	UuV
	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag
alte Länder								
Baden-Württemberg	54,03	16,91	54,49	18,57	52,88	18,19	54,76	21,71
Bayern (Gesamtheimentgelt)	53,51	15,63	55,25	16,13	55,58	16,23	58,93	16,69
Berlin	57,66	15,47	58,52	15,67	58,59	15,68	61,96	16,05
Bremen	53,68	20,59	54,20	20,68	55,98	21,62	56,71	21,90
Hamburg	52,61	20,79	53,74	21,04	54,27	21,31	54,89	21,50
Hessen	51,14	16,36	52,48	16,28	53,57	16,47	55,11	16,82
Niedersachsen	45,37	15,66	47,88	15,91	49,11	16,04	49,38	15,56
Nordrhein	50,77	23,90	51,61	24,15	51,61	24,15	55,85	25,46
Rheinland-Pfalz	46,88	18,55	48,81	19,15	49,23	19,53	50,27	20,02
Saarland	46,30	17,95	48,06	18,67	48,75	18,80	49,97	19,44
Schleswig-Holstein	44,25	17,44	46,18	17,88	47,15	18,18	49,00	18,66
Westfalen-Lippe	50,61	23,63	53,36	24,19	54,09	24,55	56,03	24,97
Durchschnitt alte Länder	50,57	18,57	52,05	19,03	52,57	19,23	54,41	19,90
neue Länder								
Brandenburg	41,72	15,14	43,84	15,79	45,38	16,22	47,38	16,69
Mecklenburg- Vorpommern	42,00	14,37	42,52	14,53	43,73	14,74	44,29	14,91
Sachsen	40,93	14,01	41,60	14,21	41,65	14,24	42,55	14,38
Sachsen-Anhalt	42,10	14,53	48,95	16,94	43,88	15,18	45,18	15,55
Thüringen	39,75	16,81	40,02	17,51	39,45	17,49	40,72	17,51
Durchschnitt neue Länder	41,30	14,97	43,39	15,80	42,82	15,57	44,02	15,81

k. A.= keine Angabe

noch Anlage 4

Pflegesatzniveau in den Ländern 31. Dezember 2000 bis 1. Juli 2003
– Vollstationäre Pflege –

durchschnittliche ungewichtete Pflegesätze sowie Entgelte für Unterkunft und Verpflegung
(Stand 1. Juli 2003)

Pflegestufe III	31.12.2000		31.12.2001		01.07.2002		01.07.2003	
	Pflege- stufe III	UuV	Pflege- stufe III	UuV	Pflege- stufe III	UuV	Pflege- stufe III	UuV
	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag	pro Tag
alte Länder								
Baden-Württemberg	62,58	16,91	63,34	18,57	67,28	18,19	69,86	21,71
Bayern (Gesamtheimentgelt)	61,64	15,63	63,67	16,13	63,94	16,23	67,29	16,69
Berlin	69,38	15,47	70,43	15,67	70,50	15,68	74,19	16,05
Bremen	67,21	20,59	67,86	20,68	69,97	21,62	70,88	21,90
Hamburg	69,23	20,79	70,65	21,04	71,32	21,31	72,04	21,50
Hessen	65,71	16,36	67,39	16,28	69,09	16,47	72,52	16,82
Niedersachsen	57,91	15,66	60,13	15,91	61,34	16,04	60,69	15,56
Nordrhein	71,81	23,90	69,68	24,15	69,68	24,15	72,39	25,46
Rheinland-Pfalz	64,57	18,55	66,11	19,15	67,76	19,53	69,26	20,02
Saarland	62,48	17,95	64,79	18,67	65,71	18,80	67,32	19,44
Schleswig-Holstein	54,63	17,44	56,64	17,88	57,82	18,18	60,05	18,66
Westfalen-Lippe	73,02	23,63	70,18	24,19	71,00	24,55	73,16	24,97
Durchschnitt alte Länder	65,01	18,57	65,91	19,03	67,12	19,23	69,14	19,90
neue Länder								
Brandenburg	59,69	15,14	62,66	15,79	64,84	16,22	68,26	16,69
Mecklenburg- Vorpommern	55,69	14,37	56,13	14,53	57,33	14,74	57,98	14,91
Sachsen	56,12	14,01	56,68	14,21	56,65	14,24	57,81	14,38
Sachsen-Anhalt	50,29	14,53	58,53	16,94	52,33	15,18	53,79	15,55
Thüringen	52,78	16,81	53,93	17,51	56,98	17,49	55,57	17,51
Durchschnitt neue Länder	54,91	14,97	57,59	15,80	57,63	15,57	58,68	15,81

k. A.= keine Angabe

Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Ländern

Baden-Württemberg 2003**Festpreise differenziert nach Qualifikation des Personals****Entspricht einer Vergütungserhöhung zwischen 2000 und 2003 um durchschnittlich 6,2 %.**

1. Große Toilette: Preis für Fachkraft: 20,80 €; Hilfskraft: 14,26 €; Zivi: 7,35 €
2. Kleine Toilette: 13,88 €; 9,54 €; 4,88 €
3. Transfer/An-/Auskleiden: 7,51 €; 5,15 €; 2,63 €
4. Hilfen bei Ausscheidungen: nur Fachkraft 9,22 €
5. Einfache Hilfen bei Ausscheidungen: Hilfskraft: 6,33 €; Zivi 3,27 €
6. Spezielles Lagern: Fachkraft: 4,61 €; Hilfskraft: 3,16 €
7. Mobilisation: Fachkraft: 4,61 €; Hilfskraft: 3,16 €
8. Einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: 4,61 €; 3,16 €; 1,61 €
9. Umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: 16,19 €; 11,10 €; 5,74 €
10. Verabreichung von Sondennahrung: nur Fachkraft: 14,21 €
11. Hilfestellung beim Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung: 6,92 €; 4,77 €; 2,46 €
12. Zubereitung einer einfachen Mahlzeit: 10,19 €; 7,94 €; 4,07 €
13. Essen auf Rädern: 2,20 € für alle Pflegenden
14. Zubereitung einer warmen Mahlzeit: 20,38 €; 15,87 €; 8,15 €
15. Einkauf/Besorgungen (pro angefangene 15 Minuten): 6,11 €; 4,77 €; 2,46 €
16. Waschen, Bügeln, Putzen (pro angefangene 15 Minuten): 6,11 €; 4,77 €; 2,46 €
17. Vollständiges Be- und Abziehen des Bettes: 4,07 €; 3,16 €; 1,61 €
18. Beheizen: 6,11 €; 4,77 €; 2,46 €

Wegepauschalen: Variante 1: 2,94 € pro Hausbesuch (Pflegestufe 1: 1-mal/Pflegestufe 2: 2-mal/Pflegestufe 3: 3-mal)
 Variante 2: Pauschal monatlich (Pflegestufe 1: 32,17 €/Pflegestufe 2/3: 96,51 €)

Nachteinsätze: Zuschlag von 1,88 €

Sonn- und Feiertage: Zuschlag von 1,07 €

Mehraufwand bei zweiter Pflegeperson: 50 %

Baden-Württemberg 2000

1. Große Toilette: Pflegefachkraft; 19,56 €; ergänzende Hilfen 13,42 €
2. Kleine Toilette: Pflegefachkraft; 13,04 €; ergänzende Hilfen 8,95 €
3. Vollbad: Pflegefachkraft 19,56 €; ergänzende Hilfen 13,42 €
4. Hilfen bei Ausscheidungen: Fachkraft 8,69 €; Hilfen 5,96 €
5. Lagern: Fachkraft 4,35 €; Hilfen 2,99 €
6. Mobilisation: Fachkraft 4,35 €; Hilfen 2,99 €
7. Einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Fachkraft 4,35 €; Hilfen 2,99 €
8. Umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Fachkraft 15,21 €; Hilfen 10,43 €
9. Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung (keine Spaziergänge, keine kulturellen Veranstaltungen): Fachkraft 26,08 €; Hilfen 10,43 €
10. Zubereitung einer einfachen Mahlzeit: Fachkraft 9,59 €; Hilfen 7,46 €
11. Essen auf Rädern, stationärer Mittagstisch: Entgelt 2,05 €
12. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Fachkraft 19,17 €; Hilfen 14,90 €
13. Großer Einkauf: Fachkraft 23,01 €; Hilfen 14,90 €
14. Kleiner Einkauf: Fachkraft 7,67 €; Hilfen 5,96 €
15. Waschen der Wäsche und Kleidung: Fachkraft 17,26 €; Hilfen 13,42 €
16. Bügeln: Fachkraft 11,50 €; Hilfen 8,95 €
17. Vollständiges Ab- und Beziehen eines Bettes: Fachkraft; 3,83 € Hilfen 2,99 €
18. Reinigung der Wohnung (Grundreinigung): Fachkraft 69,02 €; Hilfen 53,69 €
19. Reinigung der Wohnung (Unterhaltsreinigung): Fachkraft 11,50 €; Hilfen 8,95 €
20. Beheizen: Fachkraft 5,75 €; Hilfen 4,47 €

Wegegebühren: pauschal monatlich in Pflegestufe I; 30,68 € in II und III 92,03 €

noch Anlage 5

Bayern 2003**Vereinbarung mit privaten Diensten Punktwert: 0,043 €****Dies entspricht einer Vergütungserhöhung zwischen 2000 und 2003 um durchschnittlich 14,36 %.**

- 1a. Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 350
- 1b. Haar- und/oder Nagelpflege: Punktzahl 50
- 2a. Zuschlag bei Ganzkörperwäsche: Punktzahl 150
- 2b. Ganzkörperwäsche: Punktzahl 250
3. Lagern/Mobilisierung: Punktzahl 100;
- 4a. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250
- 4b. Verabreichung von Sondennahrung: Punktwert: 80
- 5a. Hilfe bei der Darm-/Blasenentleerung: Punktzahl 70
- 5b. Stomaversorgung: Punktzahl 50
6. Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 70
7. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600; 1-mal die Woche
8. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 90
9. Kleine hauswirtschaftliche Versorgung: Punktzahl 50
10. Große hauswirtschaftliche Versorgung: Punktzahl 250
11. Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 300
12. Einkaufen: Punktzahl 150
13. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 270
14. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 90; 2-mal pro Tag
15. Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI: Vergütung Festpreis 15,34/20,45 €
- 16a. Erstbesuch: Punktzahl 600; Vergütung Festpreis 25,77 €
- 16b. Anpassung der Pflegeplanung: Punktzahl 200
17. Stundensatz Pflegekraft: 27,66 €
18. Stundensatz Zivi/FSJ/Praktikant: 9,20 €

Anfahrtszuschlag Tag: 3,32/1,66 €; Nacht: 4,76/2,38 €

Bayern 2000 (Leistungsbeschreibung s. 2003)**Punktwert 0,0376 €; für nicht organisierte Pflegedienste zwischen 0,032 € und 0,0370 €**

Quelle: VdAK/AEV, Abteilung Pflege, 53721 Siegburg

noch Anlage 5

Bayern 2003**Vereinbarung mit Verbänden der Wohlfahrtspflege Punktwert: 0,043 €**

- 1a. Lagern: Punktzahl 50
- 1b. Hilfe beim An- und Auskleiden: Punktzahl 50
- 1c. An- und Ablegen von Körperersatzstücken: Punktzahl 40
- 1d. Mund- und Zahnpflege: Punktzahl 50
- 1e. Rasieren: Punktzahl 50
- 1f. Kämmen: Punktzahl 20
- 1g. Haarwäsche: Punktzahl 100
- 1h. Fingernägel schneiden: Punktzahl 40
- 1i. Fußnägel schneiden: Punktzahl 50
- 1k. Hautpflege: Punktzahl 50
- 1l. Entsorgung von Ausscheidungen/Inkontinenzartikeln: Punktzahl 20
- 2a. Teilkörperwäsche: Punktzahl 90
- 2b. Ganzkörperwäsche: Punktzahl 250
- 3. Transfer: Punktzahl 40
- 4a. Mundgerechtes Herrichten der Nahrung: Punktzahl 50
- 4b. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250
- 4c. Hilfe beim Trinken: Punktzahl 30
- 4d. Verabreichung von Sondennahrung: Punktzahl 80
- 5. Hilfe bei Ausscheidungen: Punktzahl 100
- 6. Hilfe beim Verlassen/Aufsuchen der Wohnung: Punktzahl 70
- 7. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600
- 8. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 90
- 9. Hauswirtschaftliche Versorgung: je Stunde 15,34 €
- 10a. Wechseln der Bettwäsche: Punktzahl 80
- 10b. Betten machen: Punktzahl 50
- 11a. Waschen der Wäsche: Punktzahl 300
- 11b. Einräumen der Wäsche: Punktzahl 50
- 12a. Vorratseinkauf: Punktzahl 200
- 12b. Besorgung: Punktzahl 50
- 13. Zubereitung einer warmen Mahlzeit: Punktzahl 300
- 14. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit: Punktzahl 100
- 15a. Erstbesuch: Punktzahl 600
- 15b. Änderung der Pflegeplanung: Punktzahl 200
- 16. Stundensatz Pflegekraft: 27,66 €
- 17. Stundensatz Zivi: 10,74 €

Anfahrtszuschale 8–20 Uhr: 3,32 €

Anfahrtszuschale 20–8 Uhr: 4,76 €

Quelle: VdAK/AEV, Abteilung Pflege, 53721 Siegburg

noch Anlage 5

Berlin 2003**Punktwert: 0,040 €****Dies entspricht einer Vergütungserhöhung zwischen 2000 und 2003 um durchschnittlich 2,83 %.**

1. Erweiterte kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 300
2. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 200
3. Erweiterte große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 450, 600 (mit Baden)
4. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 400
5. Lagern/Betten: Punktzahl 100
6. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250
- 7a. Darm- und Blasenentleerung (nur in Kombination mit anderen Leistungskomplexen): Punktzahl 80
- 7b. Darm- und Blasenentleerung (nicht abrechenbar im Zusammenhang mit den Leistungskomplexen 1 bis 4): Punktzahl 200
8. Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung (nur im Zusammenhang mit anderen Leistungskomplexen): Punktzahl 70
9. Begleitung außer Haus: Punktzahl 600; i. d. R. 3-mal monatlich
10. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 120
- 11a. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 90; täglich
- 11b. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 270; 2-mal wöchentlich
12. Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 480
13. Einkaufen: Punktzahl 240; 2-mal wöchentlich
14. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 270
15. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 90
16. Erstbesuch: Punktzahl 600
17. Hausbesuchspauschale:
18. Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI: Stufe I & II: 16 €; Stufe III: 26 €

Berlin 2000 (Leistungsbeschreibung s. 2003)**Punktwert: 0,0389 €**

Quelle: VdAK/AEV, Abteilung Pflege, 53721 Siegburg

noch Anlage 5

Brandenburg 2003**LK 1 – LK 10: Punktwert in vier Varianten: 0,031700/0,033234/0,034768/0,036****LK 11 – LK 19: Punktwert in drei Varianten: 0,030678/0,031188/0,031700****Dies entspricht einer Vergütungserhöhung zwischen 2000 und 2003 für die LK 1 – LK 10 beim Spitzenwert um 5 %.**

1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 200
2. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 400
3. Unterstützung bei Ausscheidungen/klein: Punktzahl 100
4. Unterstützung bei Ausscheidungen/groß: Punktzahl 150
5. Lagern/Betten: Punktzahl 150
6. Haarewaschen: Punktzahl 150
7. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250
8. Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG): Punktzahl 180
9. Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 80
10. Begleitung der Aktivitäten, bei denen das persönliche Erscheinen erforderlich und ein Hausbesuch nicht möglich ist: Punktzahl 600
11. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 120; max. 1-mal täglich
12. Reinigung der Wohnung: Punktzahl 480; max. 2-mal wöchentl.
13. Teilreinigung der Wohnung: Punktzahl 160
14. Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 480; max. 1-mal wöchentl.
15. Wechseln der Bettwäsche: Punktzahl 50
16. Vorratseinkauf: Punktzahl 240
17. Besorgung: Punktzahl 80
18. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 240
19. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 100
20. Erstbesuch: Vergütung 21,00/23,00/26,00 €
21. Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI: Stufe I & II: 16,00 €; Stufe III: 18,00/21,00/26,00 €

Brandenburg 2000 (Leistungsbeschreibung s. 2003)**LK 1 – LK 10: Punktwert in drei Varianten: 0,0317/0,0320/0,0343 €****LK 11 – LK 19: Punktwert in drei Varianten: 0,030678/0,031188/0,0317 €**

Quelle: VdAK/AEV, Abteilung Pflege, 53721 Siegburg

noch Anlage 5

Bremen 2003**Punktwert: zwischen 0,035 bis 0,039 €;****für Pflegedienste im ISB-Bereich: 20,54 bis 20,84 € pro Stunde****Dies entspricht einer Vergütungserhöhung zwischen 2000 und 2003 um durchschnittlich 5,79 %.**

1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 250
2. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 200; ohne Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes
3. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 450
4. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 400; ohne Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes
5. Lagern/Betten: Punktzahl 100
6. Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung: Punktzahl 100
7. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250
8. Sondenkost bei implantierter Magensonde: Punktzahl 100
9. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 100
10. Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 70
11. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600; (keine Spaziergänge, kulturellen Veranstaltungen)
12. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 90
13. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 90; 1 mal täglich, max. 630 wöchentlich
14. Wechseln/Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 50; max. 350 wöchentlich
15. Einkaufen: Punktzahl 50; 1mal täglich; 6 Tage in der Woche, max. 300 wöchentlich
16. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 270
17. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 60
2-mal (bei Essen auf Rädern 3-mal) täglich
18. Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI: Punktzahl 400
19. Erstbesuch: Punktzahl 600
20. Folgebesuch nach Krankenhausaufenthalt bzw. Höherstufung: Punktzahl 300

Wegepauschale: Punktzahl 50; je Einsatz an Wochentagen Punktzahl 80; je Einsatz an Sonnabenden, Sonntagen und gesetzliche Feiertagen

Bremen 2000 (Leistungsbeschreibung s. 2003)**Punktwert: zwischen 0,0327 bis 0,0373 €****für Pflegedienste im ISB-Bereich: 17,90 € pro Stunde**

Quelle: VdAK/AEV, Abteilung Pflege, 53721 Siegburg

noch Anlage 5

Hamburg 2003

Punktwert: zwischen 0,0358 bis 0,0418 €; für Zivis/FSJ: 0,02 €

Dies entspricht einer Vergütungserhöhung zwischen 2000 und 2003 um durchschnittlich 11,75 %

1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 250
2. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 200
3. Ohne Hilfe beim Aufsuchen und Verlassen des Bettes
4. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 450
5. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 400
6. Lagern/Betten/Bewegungsübung: Punktzahl 100
7. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250;
8. Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG): Punktzahl 200
- 8a. Darm- und Blasenentleerung in zeitlichem Zusammenhang mit Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 50
- 8b. Darm- und Blasenentleerung ohne zeitlichen Zusammenhang mit Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 150
9. Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 100
10. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600
11. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 100
12. Reinigen der Wohnung: je Woche höchstens Punktzahl 500
13. Wechseln der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 400; 1-mal wöchentlich, 1-mal täglich bei Verwirrtheit in Verbindung mit Harn-/Stuhlinkontinenz
- 13a. Wechseln der Bettwäsche: Punktzahl 60; (nicht neben LK13)
- 14a. Einkaufen: Punktzahl 350 wöchentlich;
- 14b. Einkaufen; kleine Besorgung: Punktzahl 60 täglich
- 15a. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 270; 1-mal täglich
- 15b. Zubereitung einer warmen Mahlzeit bei besonderen Personengruppen: Punktzahl: 350
16. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 80
17. Erstbesuch: Punktzahl 700
18. Wegeschale: 2,12 € je Hausbesuch (nicht bei Seniorenanlagen); bei gleichzeitigem Einsatz SGB V 1,06 €
19. Zuschläge Wochenende/Feiertage: 10 %
20. Bericht gem. § 12 Rahmenvertrag: Punktzahl 150; schriftlicher Bericht incl. Porto (nur auf Anforderung der Kasse im Einvernehmen des Pflegebedürftigen)
- 21a. Anziehen von Kompressionsstrümpfen: Punktzahl 100
- 21b. Ausziehen von Kompressionsstrümpfen: Punktzahl 80

Hamburg 2000 (Leistungsbeschreibung s. 2003)

Punktwert: zwischen 0,0317 bis 0,0378 €; für Zivis/FSJ: 0,0153 €

Quelle: VdAK/AEV, Abteilung Pflege, 53721 Siegburg

noch Anlage 5

Hessen – Modell 2 (Neues Modell) 2003**Punktwerte Grundpflege: 0,0452 €; Hauswirtschaft: 0,0247 €**

1. Kleine Körperpflege: Grundkomplex bestehend aus: An-/Auskleiden, Teilwaschen: Punktzahl 210, Wählbare Leistungen: Hilfe beim Aufsuchen/Verlassen des Bettes (Punktzahl 40), Kämmen/Rasieren (50), Mund-/Zahnpflege (50), Einfache Hilfe und Unterstützung bei Ausscheidungen (50)
2. Große Körperpflege: Grundkomplex bestehend aus: An-/Auskleiden, Ganzkörperwäsche: Punktzahl 320, Wählbare Leistungen: siehe Kleine Körperpflege
3. Große erweiterte Körperpflege: Grundkomplex bestehend aus: An-/Auskleiden, Vollbad: Punktzahl 420, Wählbare Leistungen: siehe Kleine Körperpflege
4. Spezielle Lagerung bei Bettlägerigkeit: Punktzahl 100
5. Umfangreiche Hilfe und Unterstützung bei Ausscheidungen: Punktzahl 150
6. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (Zwischenmahlzeit): Punktzahl 100
7. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (Hauptmahlzeit): Punktzahl 250
8. Enterale Ernährung über Sonde: Punktzahl 150
9. Hilfestellung beim Aufstehen und Zubettgehen: Punktzahl 100
10. Hilfestellung beim Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 120
11. Mobilisation: Punktzahl 120
12. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 150 je angefangene 15 Minuten
13. Hauswirtschaftliche Versorgung: Punktzahl 50 je angefangene 5 Minuten
14. Anziehen von Kompressionsstrümpfen: Punktzahl 50
15. Ausziehen von Kompressionsstrümpfen: Punktzahl 30
16. Erstgespräch durch Pflegefachkraft: Punktzahl 900
17. Folgegespräch bei Änderung der Pflegestufe: Punktzahl 300
18. Hausbesuchspauschale: 4,76 €

Quelle: VdAK/AEV, Abteilung Pflege, 53721 Siegburg

Hessen – Modell 3 (Alt) 2003**Punktwerte Grundpflege: 0,04346 €; Hauswirtschaft: 0,02386 €**

1. Hausbesuchspauschale
2. Erstbesuch: Punktzahl 600
3. Kleine Pflege: Punktzahl 300
4. Große Pflege: Punktzahl 450
5. Große erweiterte Pflege: Punktzahl 600
6. Hilfe bei Ausscheidungen: Punktzahl 150
7. Betten und Lagern: Punktzahl 100
8. Hilfen im Bereich der Mobilität: Punktzahl 150
9. Einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 100
10. Umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 350
11. Hilfestellung beim Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 100
12. Begleitung außerhalb der Wohnung: Punktzahl 600
13. Aufräumen der Wohnung: Punktzahl 100
14. Reinigung der Wohnung: Punktzahl 300
15. Grundreinigung der Wohnung: Punktzahl 1800
16. Einfache Mahlzeitenzubereitung: Punktzahl 200
17. Zubereitung einer warmen Mahlzeit: Punktzahl 500
18. Zwischenmahlzeit: Punktzahl 100
19. Einkaufen: Punktzahl 250
20. Wäschepflege: Punktzahl 450
21. Bügeln: Punktzahl 300
22. Vollständiges Bett ab- und beziehen: Punktzahl 100
23. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 150

Quelle: VdAK/AEV, Abteilung Pflege, 53721 Siegburg

noch Anlage 5

Hessen – Modell 1 (Kasseler Modell) 2003

Punktwertkorridor: zwischen 0,03886 € und 0,04637 € für Grundpflege;

zwischen 0,02301 € und 0,02475 € für Hauswirtschaft

Dies entspricht einer Vergütungserhöhung zwischen 2000 und 2003 beim Spitzenwert um 9,36 %.

1. Kleine Körperpflege: bestehend aus Teilwaschen (150 Punkte), Hilfe beim Aufsuchen/Verlassen des Bettes (40), An-/Auskleiden (60), Mund- und Zahnpflege (40), Kämmen/Rasieren (50)
2. Große Körperpflege: bestehend aus Ganzkörperwäsche/Baden/Duschen (260), Hilfe beim Aufsuchen/Verlassen des Bettes (40), An-/Auskleiden (60), Mund- und Zahnpflege (40), Kämmen/Rasieren (50)
3. Spezielle Lagerung bei Bettlägerigkeit: Punktzahl 100
4. Einfache Hilfen bei Ausscheidungen: Punktzahl 50
5. Erweiterte Hilfen bei Ausscheidungen Punktzahl 100
6. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (Zwischenmahlzeit): Punktzahl 100
7. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (Hauptmahlzeit): Punktzahl 250
8. Hilfe beim Verlassen/Aufsuchen der Wohnung: Punktzahl 100
9. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600
10. Hauswirtschaft: bestehend aus Wechseln der Bettwäsche, Beheizen, Reinigung der Wohnung, Einkauf, Zubereiten einer Mahlzeit etc.: Punktzahl 50 pro 5 Minuten
11. Erstgespräch: Punktzahl 600

Hausbesuchspauschale: zwischen 3,07 € und 4,63 €

Hessen – Modell 1 (Kasseler Modell) 2000 (Leistungsbeschreibung s. 2003)

Punktwertkorridor: zwischen 0,03886 € und 0,0424 € für Grundpflege;

zwischen 0,02301 € und 0,02475 € für Hauswirtschaft

Quelle: VdAK/AEV, Abteilung Pflege, 53721 Siegburg

Hessen – Modell 4 (Zeitmodell) 2003

Für die Grundpflege durchschnittlicher Stundensatz von 24,93 €

Für die Hauswirtschaft durchschnittlicher Stundensatz von 14,94 € (Fachkraft) bzw. 13,34 € (Zivi)

Hausbesuchspauschale: zwischen 3,07 € und 4,60 €

1. Bereich Körperpflege
2. Bereich Ernährung
3. Bereich Mobilität
4. Bereich Hauswirtschaft
5. Erstgespräch

Quelle: VdAK/AEV, Abteilung Pflege, 53721 Siegburg

noch Anlage 5

Mecklenburg-Vorpommern 2003**Punktwertkorridor: von 0,0251 € bis 0,0369 €****Dies entspricht einer Vergütungserhöhung zwischen 2000 und 2003 um durchschnittlich 12 %.**

1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 240
2. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 400
3. Teilkörperpflege: Punktzahl 140
4. Ganzkörperpflege: Punktzahl 300
5. Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes: Punktzahl 50
6. Lagern/Betten/Mobilisieren: Punktzahl 130
7. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250
8. Sondennahrung: Punktzahl 300
9. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 50
10. Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 70
11. Begleiten bei Aktivitäten: Punktzahl 600 (3-mal im Monat) oder 1800 (1-mal monatlich)
12. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 90 (2-mal täglich)
13. Reinigung im unmittelbaren Wohnbereich der Wohnung: Punktzahl 150 (4-mal wöchentlich)
14. Wechseln und Waschen der Wäsche: Punktzahl 360 (1-mal wöchentlich)
15. Einkaufen: Punktzahl 150 (2-mal wöchentlich) 900 (1-mal monatlich) 1200 (höchstens)
16. Zubereiten einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 270
17. Zubereiten einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 60
18. Erstbesuch oder Wechsel der Pflegestufe: Punktzahl 450
19. Mitteilungen an die Pflegekasse: Punktzahl 50
20. Wege-/Haushaltsbesuchspauschale: Punktzahl 100 zeitgleich mit SGBXI/SGBV: Punktzahl 70
21. Zuschläge: Punktzahl 30 (je erbrachten Leistungskomplex)

Mecklenburg-Vorpommern 2000 (Leistungsbeschreibung s. 2003)**Punktwertkorridor: von 0,0210 € bis 0,0353 €**

Quelle: VdAK/AEV, Abteilung Pflege, 53721 Siegburg

noch Anlage 5

Niedersachsen – Modell 1 2003

Punktwert für die Sozialstationen: zwischen 0,0368 € und 0,0404 € je nach Landkreis

Punktwert für private Anbieter: zwischen 0,0317 € und 0,0383 €

Dies entspricht einer Vergütungserhöhung zwischen 2000 und 2003 beim Spitzenwert um 3,67 %.

1. Erstgespräch durch eine Pflegekraft: Punktzahl 600
2. Kleine Pflege: Punktzahl 250
3. Große Pflege: Punktzahl 400
4. Große erweiterte Pflege: Punktzahl 500; (incl. Vollbad)
5. Hilfe bei Ausscheidungen: Punktzahl 150; (nicht abrechenbar mit Komplexen 2, 3,4,6)
6. Betten und Lagern: Punktzahl 100
7. Hilfen im Bereich der Mobilität: Punktzahl 150; (nicht abrechenbar mit Komplexen 2, 3, 4 oder 6)
8. Einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 100
9. Umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 300
10. Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 100
11. Begleitung außerhalb der Wohnung: Punktzahl 600
12. Aufräumen der Wohnung: Punktzahl 100
13. Reinigung der Wohnung: Punktzahl 300; i. d. R. wöchentl.
14. Einfache Mahlzeitzubereitung (auch Essen auf Rädern): Punktzahl 150
15. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 400
16. Zwischenmahlzeit: Punktzahl 100
17. Einkaufen: Punktzahl 250
18. Wäschepflege und Ausbesserung: Punktzahl 450
19. Bügeln: Punktzahl 300
20. Vollständiges Bett ab- und beziehen: Punktzahl 100
21. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 150
22. Pflegeeinsatz gem. § 37 Abs. 3 SGB XI: Punktzahl 500
23. Hausbesuchspauschale:
- 23a. Hausbesuchspauschale – Besuche zwischen 6.00 und 20.00 Uhr 3,46 €
- 23b. Hausbesuchspauschale – Besuche zwischen 20.00 und 6.00 Uhr, Samstags, Sonn- und Feiertags 6,92 €
lediglich halbe Hausbesuchspauschale bei gleichzeitiger Erbringung von Leistungen nach SGB V

Leistungskomplexe für private Anbieter

1. Kleine Pflege mit Bettverlassen: Punktzahl 250
2. Kleine Pflege: Punktzahl 200
3. Große Pflege mit Bettverlassen: Punktzahl 450
4. Große Pflege: Punktzahl 400
5. Lagern/Betten: Punktzahl 100
6. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250
7. Sondenkost bei implantierter Magensonde: Punktzahl 50
8. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 100
9. Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 70
10. Begleitung außerhalb der Wohnung: Punktzahl 600
11. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 90
12. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 90
13. Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 360
14. Einkaufen: Punktzahl 150
15. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht bei Essen auf Rädern):
Punktzahl 270
16. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit: Punktzahl 60
17. Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI: Punktzahl 400
18. Erstbesuch: Punktzahl 400

Niedersachsen – Modell 1 2000 (Leistungsbeschreibung s. 2003)

Punktwert für die Sozialstationen: zwischen 0,0368 € und 0,0389 € je nach Landkreis

Punktwert für private Anbieter: zwischen 0,0317 € und 0,0370 €

noch Anlage 5

Niedersachsen – Modell 2 2003**Punktwert: 0,035 €**

1. Erstbesuch: Punktzahl 600
2. Folgebesuch: Punktzahl 300
3. Kleine Pflege: Punktzahl 220
4. Große Pflege I: Punktzahl 360
5. Große Pflege II: Punktzahl 450
6. Kämmen und Rasieren: Punktzahl 70
7. An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen: Punktzahl 65
8. Hilfe beim Aufsuchen/Verlassen des Bettes im Zusammenhang mit der Körperpflege: Punktzahl 50
9. Hilfe beim Aufsuchen/Verlassen des Bettes: Punktzahl 100
10. Spezielle Lagerung im Zusammenhang mit der Körperpflege: Punktzahl 100
11. Spezielle Lagerung: Punktzahl 200
12. Einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 100
13. Umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 300
14. Nahrungszufuhr durch Sondenkost: Punktzahl 100
15. Ergänzende Hilfe bei Ausscheidungen: Punktzahl 80
16. Umfangreiche Hilfe bei Ausscheidungen: Punktzahl 200
17. Hilfestellung beim Verlassen/Aufsuchen der Wohnung: Punktzahl 80
18. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600
19. Hauswirtschaftliche Versorgung: Punktzahl 80 je angefangene 10 Minuten
20. Pflegeeinsatz gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI für Pflegestufe I und II: 16,00 €; für Pflegestufe III: 26,00 €

Hausbesuchspauschale: 3,18 €

Hausbesuchspauschale zu ungünstigen Zeiten: 6,36 €

Quelle: VdAK/AEV, Abteilung Pflege, 53721 Siegburg

noch Anlage 5

Nordrhein-Westfalen 2003**Punktwertkorridor: zwischen 0,033 € und 0,045 €****Dies entspricht einer Vergütungserhöhung zwischen 2000 und 2003 beim Spitzenwert um 12,78 %.**

1. Ganzwaschung: Punktzahl 410
2. Teilwaschung: Punktzahl 220
3. Ausscheidungen: Punktzahl 100
4. Selbstständige Nahrungsaufnahme: Punktzahl 100
5. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250
6. Sondenernährung: Punktzahl 100
7. Lagern/Betten: Punktzahl 100
8. Mobilisation: Punktzahl 180
9. Behördengänge/Arztbesuche: Punktzahl 360
10. Beheizen des Wohnbereichs: Punktzahl 60
11. Einkaufen: Punktzahl 150
12. Zubereiten von warmen Speisen: Punktzahl 150
13. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 540
14. Wäsche und Kleidung waschen und pflegen: Punktzahl 360
15. Hausbesuchspauschale: Korridor zwischen 1,50 € und 1,79 €; 0,80 € für Besuche Betreutes Wohnen
- 15a. Erhöhte Hausbesuchspauschale: Korridor zwischen 3,07 € und 5,62 €; 2,10 € für Betreutes Wohnen
16. Erstbesuch durch Pflegefachkraft: Punktzahl 500
17. Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI: Punktzahl 500
18. Große Grundpflege bestehend aus LK 1, LK 3, LK 4, LK 7: Punktzahl 610
19. Große Grundpflege bestehend aus LK 1, LK 3: Punktzahl 450
20. Kleine Grundpflege bestehend aus LK 2, LK 3, LK 4, LK 7: Punktzahl 450
21. Kleine Grundpflege bestehend aus LK 2, LK 3: Punktzahl 290
22. Große Hauswirtschaftliche Versorgung bestehend aus LK 13, LK 14: Punktzahl 760
23. Große Grundpflege bestehend aus LK 1, LK 3, LK 7: Punktzahl 520
24. Große Grundpflege bestehend aus LK 1, LK 3, LK 5, LK 7: Punktzahl 610
25. Kleine Grundpflege bestehend aus LK 2, LK 3, LK 7: Punktzahl 350
26. Kleine Grundpflege bestehend aus LK 2, LK 3, LK 5, LK 7: Punktzahl 580

Nordrhein-Westfalen 2000 (Leistungsbeschreibung s. 2003)**Punktwertkorridor: zwischen 0,033 € und 0,0399 €**

Quelle: VdAK/AEV, Abteilung Pflege, 53721 Siegburg

noch Anlage 5

Rheinland Pfalz 2003**Festpreise****Entspricht einer Vergütungserhöhung zwischen 2000 und 2003 von 13,7 % für Grundpflege und 6,5 % für hauswirtschaftliche Tätigkeiten.**

1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Vergütung 10,91 €
2. Große Morgen-/Abendtoilette: Vergütung 15,27 €
3. Große Morgen-/Abendtoilette (mit Vollbad): Vergütung 19,63 €
4. Vollbad: Vergütung 13,09 €
5. Hilfen bei Ausscheidungen: Vergütung 4,36 €
6. Lagern/Betten: Vergütung 4,36 €
7. Mobilisation: Vergütung 6,77 €
8. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Vergütung 10,91 €
9. Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG): Vergütung 2,19 €
10. Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung: Vergütung 2,52 €
11. Begleitung bei Aktivitäten: Vergütung 15,21 €
12. Beheizen der Wohnung: Vergütung 2,52 €
13. Vollständiges Ab- und Beziehen eines Bettes: Vergütung 2,52 €
14. Reinigung der Wohnung (Grundreinigung): Vergütung 45,62 €
15. Reinigung der Wohnung (Unterhaltsreinigung): Vergütung 5,08 €
16. Waschen der Wäsche und Kleidung: Vergütung 5,08 €
17. Bügeln: Vergütung 7,60 €
18. Einkaufen: Vergütung 6,33 €
19. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Vergütung 11,41 €
20. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Vergütung 2,52 € (auch Essen auf Rädern)
21. Erstbesuch Pflegestufe I und II: Vergütung 16 €; Pflegestufe III: Vergütung 18,96 €; Hausbesuchspauschale: 4,32 €; Halbe Hausbesuchspauschale: 2,16 €; Erstbesuch incl. Hausbesuchspauschale: 26,17 €
22. Anziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen II bis IV: 4,01 €
23. Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhosen der Kompressionsklassen II bis IV: 2,56 €

Rheinland-Pfalz 2000

1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Vergütung 9,59 €
2. Große Morgen-/Abendtoilette: Vergütung 13,42 €
3. Große Morgen-/Abendtoilette (mit Vollbad): Vergütung 17,26 €
4. Vollbad: Vergütung 11,50 €
5. Hilfen bei Ausscheidungen: Vergütung 3,83 €
6. Lagern/Betten: Vergütung 3,83 €
7. Mobilisation: Vergütung 5,96 €
8. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Vergütung 9,59 €
9. Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG): Vergütung 1,92 €
10. Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung: Vergütung 2,38 €
11. Begleitung bei Aktivitäten: Vergütung 14,32 €
12. Beheizen der Wohnung: Vergütung 2,38 €
13. Vollständiges Ab- und Beziehen eines Bettes: Vergütung 2,38 €
14. Reinigung der Wohnung (Grundreinigung): Vergütung 42,95 €
15. Reinigung der Wohnung (Unterhaltsreinigung): Vergütung 4,78 €
16. Waschen der Wäsche und Kleidung: Vergütung 4,78 €
17. Bügeln: Vergütung 7,16 €
18. Einkaufen: Vergütung 5,96 €
19. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Vergütung 10,74 €
20. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Vergütung 2,38 €; (auch Essen auf Rädern)
21. Erstbesuch incl. Hausbesuchspauschale: Vergütung 23,01 €
22. Pflegeeinsätze gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI incl. Hausbesuchspauschale: Vergütung 17,26 €
23. Hausbesuchspauschale: a) einfache Vergütung 3,02 €; b) erhöhte Vergütung 4,35 €; c) halbe einfache Vergütung 1,51 €; (gleichzeitige Leistungserbringung nach SGB V); d) halbe erhöhte Vergütung 2,17 € (gleichzeitige Leistungserbringung nach SGB V)

noch Anlage 5

Saarland 2003**Punktwert zwischen 0,03068 € und 0,03528 €****Keine Vergütungsanpassung zwischen 2000 und 2003**

1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 350 (nicht abrechenbar in Verbindung mit LK 2 und 8)
2. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 550 (nicht abrechenbar in Verbindung mit LK 1 und 8)
3. Lagern/Betten: Punktzahl 100
4. Mobilisation: Punktzahl 150
5. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250
6. Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG): Punktzahl 100
7. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 100; (nicht abrechenbar in Verbindung mit LK 8)
8. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 200; (nicht abrechenbar im Zusammenhang mit Leistungskomplex 1, 2 und 7)
9. Hilfe beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 70
10. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600
11. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 100
12. Reinigung der Wohnung: Punktzahl 100 pro Tag (700 in der Woche bei beliebiger Zeiteinteilung)
13. Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 60 pro Tag (max. 420 bei beliebiger Zeiteinteilung)
14. Großer Einkauf: Punktzahl 360 pro Woche
15. Kleiner Einkauf: Punktzahl 100 pro Tag (400 in der Woche bei beliebiger Zeiteinteilung)
16. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 300; (nicht abrechenbar in Verbindung mit LK 17)
17. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 100; 2-mal (bei Essen auf Rädern) 3-mal täglich (nicht abrechenbar in Verbindung mit LK 16)
18. Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI: Festpreis (16 €)
19. Erstbesuch: Punktzahl 600

Saarland 2000 (Leistungsbeschreibung s. 2003)**Punktwert: zwischen 0,03068 € und 0,03528 €**

Quelle: VdAK/AEV, Abteilung Pflege, 53721 Siegburg

noch Anlage 5

Sachsen 2003**Punktwerte: zwischen 0,03068 € und 0,0360 €****Dies entspricht einer Vergütungserhöhung zwischen 2000 und 2003 beim Spitzenwert um 5 %.**

1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 250
2. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 200; ohne Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes
3. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 450
4. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 400; ohne Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes
5. Lagern/Betten: Punktzahl 100
6. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250
7. Sondenkost bei implantierter Magensonde: Punktzahl 80
8. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 100
9. Hilfe beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 70
10. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600; 4-mal monatlich
11. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 100
12. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 90
13. Wechseln der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 360
14. Einkaufen: Punktzahl 150; 2-mal wöchentl.
15. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 270
16. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 60
- 16a. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (Essen auf Rädern/Gefroren): Punktzahl 90
17. Pflegeeinsätze gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI: Festpreis 16,00/26,00 €
18. Erstbesuch: Festpreis 30,00 €

Sachsen 2000 (Leistungsbeschreibung s. 2003)**Punktwerte bewegen sich zwischen 0,03068 € und 0,0343 €**

Quelle: VdAK/AEV, Abteilung Pflege, 53721 Siegburg

noch Anlage 5

Sachsen-Anhalt 2003**Ab dem 1. April 2003 ein Punktwert von 0,037 € als Maximum****Dies entspricht einer Vergütungserhöhung zwischen 2000 und 2003 beim Spitzenwert um 13,15 %.**

1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 250
2. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 200; ohne Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes
3. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 450
4. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 400; ohne Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes
5. Haare waschen im Bett: Punktzahl 160
6. Lagern/Betten: Punktzahl 100
7. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250
8. Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG): Punktzahl 100
9. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 110
10. Hilfe beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 80
11. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600; 3-mal monatlich
12. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 90; je Einsatz
13. Reinigen des genutzten Wohnraumes: Punktzahl 90 je Tag; Punktzahl 450 Wochenpauschale
14. Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 360; 1-mal wöchentlich
15. Wechseln der Bettwäsche: Punktzahl 80 je Einsatz
16. Kleiner Einkauf: Punktzahl 90; je Einsatz
17. Großer Einkauf: Punktzahl 150; je Einsatz
18. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 270 nicht beim Essen auf Rädern;
19. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 80; 2-mal (bei Essen auf Rädern 3-mal) täglich
20. Erstbesuch: Punktzahl 500; Vergütung 25,60 €
21. Pflegeeinsätze gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI: I – 16,00 €, II – 16,00 €, III – 26,00 €

Sachsen-Anhalt 2000 (Leistungsbeschreibung s. 2003)**Punktwertkorridor: zwischen 0,0266 € und 0,0327 €**

Quelle: VdAK/AEV, Abteilung Pflege, 53721 Siegburg

noch Anlage 5

Schleswig-Holstein 2003**Punktwert für freie Wohlfahrtspflege, AGH, BPA, AVAP, BHD: 0,041 €;****für nicht organisierte Pflegedienste: 0,039 €****Dies entspricht einer Vergütungserhöhung zwischen 2000 und 2003 um durchschnittlich 2,29 %.**

1. Kleine Morgen-/Abendtoilette mit An-/Ausziehen: Punktzahl 270
2. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 230; ohne Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes
3. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 440
4. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 380; ohne Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes
5. Lagern/Betten: Punktzahl 110
6. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 270
- 6a. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme einer Zwischenmahlzeit: Punktzahl 100
7. Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG): Punktzahl 200
8. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 120
- 8a. Darm- und Blasenentleerung (klein): Punktzahl 60
9. Hilfe beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 120
10. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600; max. 3-mal monatlich
11. An- oder Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Klasse II: Punktzahl 80
12. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 100; 1-mal täglich
13. Wechseln der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 300; 1-mal wöchentlich
- 13a. Wechseln der Bettwäsche: Punktzahl 55
14. Einkaufen: Punktzahl 60 pro Tag/360 pro Woche
15. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 270; 1-mal täglich
16. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: max. 2-mal täglich; 1. Einsatz: Punktzahl 80;
17. 2. Einsatz: Punktzahl 70; 3. Einsatz: Punktzahl 60; (bei Essen auf Rädern 3-mal: Punktzahl 60)
18. Pflegeeinsatz gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI: Festpreis Pflegestufe 1 und 2: 16 €; Pflegestufe 3: 20,45 €
Erstbesuch: Punktzahl 400; Einsatzpauschale: 3,23 €; täglich
Zuschläge an Sonn- und Feiertagen/Nachts: 10 %

Schleswig-Holstein 2000 (Leistungsbeschreibung s. 2003)**Punktwerte für freie Wohlfahrtspflege, AGH, BPA, AVAP, BHD: 0,0399 €;****für nicht organisierte: 0,0383 €**

Quelle: VdAK/AEV, Abteilung Pflege, 53721 Siegburg

noch Anlage 5

Thüringen 2003**Punktwerte: zwischen 0,0281 € und 0,0372 €****Dies entspricht einer Vergütungserhöhung zwischen 2000 und 2003 beim Spitzenwert um 12 %.**

1. Erstbesuch: Punktzahl 600
2. Kleine Morgen-/Abendtoilette I: Punktzahl 180
3. Kleine Morgen-/Abendtoilette II: Punktzahl 200
4. Kleine Morgen-/Abendtoilette III: Punktzahl 250
5. Große Morgen-/Abendtoilette I: Punktzahl 340
6. Große Morgen-/Abendtoilette II: Punktzahl 400
7. Große Morgen-/Abendtoilette III: Punktzahl 450
8. Spezielle Lagerung bei Bettlägerigkeit: Punktzahl 100
- 8a. Spezielle Lagerung bei Bettlägerigkeit/als Einzelleistung: Punktzahl 150
9. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (Hauptmahlzeit): Punktzahl 250
10. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (sonstige Mahlzeit): Punktzahl 100
11. Sondennahrung: Punktzahl 150
12. Unterstützung bei Ausscheidungen: Punktzahl 100
- 12a. Erweiterte Hilfe/Unterstützung bei Ausscheidungen/als Einzelleistung: Punktzahl 150
13. Kleine Hilfe bei Ausscheidungen: Punktzahl 40
14. Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 70
15. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600
16. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 90
17. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 90 (täglich) 500 (wöchentlich)
18. Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 360
19. Wechseln der Bettwäsche: Punktzahl 50
20. Vorratseinkauf: Punktzahl 150
21. Besorgung: Punktzahl 90
22. Zubereitung einer Hauptmahlzeit: Punktzahl 270
23. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit: Punktzahl 70

Thüringen 2000 (Leistungsbeschreibung s. 2003)**Punktwerte: zwischen 0,0281 € und 0,0332 €**

Anlage 6

**Übersicht über die zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen
Ende 2001 (Statistik nach § 109 SGB XI)**

Land	ambulante Einrichtungen	teilstationäre Einrichtungen	Kurzzeitpflege- Einrichtungen	stationäre Einrichtungen
Baden-Württemberg	771	244	242	944
Bayern	1.648	206	184	1.398
Berlin	351	45	26	327
Brandenburg	516	67	98	267
Bremen	128	10	13	76
Hamburg	340	12	13	174
Hessen	808	115	123	620
Mecklenburg-Vorpommern	384	16	8	189
Niedersachsen	922	102	65	1.199
Nordrhein-Westfalen	2.078	255	229	1.849
Rheinland-Pfalz	380	98	108	395
Saarland	147	25	28	118
Sachsen	879	101	122	499
Sachsen-Anhalt	444	46	49	292
Schleswig-Holstein	428	33	109	590
Thüringen	370	53	19	228
insgesamt	10.594	1.428	1.436	9.165

nachrichtlich:

Anzahl der Einrichtungen Ende 1999	10.820	1.297	1.621	8.073
---	---------------	--------------	--------------	--------------

Hinweis: Pflegeeinrichtungen mit mehreren Pflegeangeboten sind mehrfach berücksichtigt
Quelle: Statistisches Bundesamt (Stand Ende 2001)

Anlage 7

**Zusätzliches Betreuungsangebot nach § 45b SGB XI und Förderung nach § 45c SGB XI
– Stand: siehe Fußnote –**

Land	Rechtsverord- nung zur Aner- kennung niedrig- schwelliger Betreuungsange- bote (§ 45b Abs. 3 Satz 2 SGB XI)	Rechtsverord- nung zur Förde- rung niedrig- schwelliger Betreuungsange- bote und Modell- vorhaben (§ 45c Abs. 6 Satz 4 SGB XI)	Anzahl der aner- kannten niedrig- schwelliger Be- treuungsangebote nach § 45b Abs. 1 Nr. 4 SGB XI a) insgesamt: davon: b) Betreuungs- gruppen c) Agenturen d) Familienentlas- tende Dienste e) Einzel- personen f) Helferinnen- kreise g) Tagesbetreuung	Anzahl der geför- derten niedrig- schwelliger Be- treuungsangebote nach § 45c Abs. 3 SGB XI a) Zahl der Anträge b) geförderte Angebote c) Ausgaben 2002/ 2003	Anzahl der geför- derten Modellpro- jekte nach § 45c Abs. 4 SGB XI a) Zahl der Anträge b) geförderte Angebote c) Ausgaben 2002/ 2003	Anzahl der ambu- lanten Pflege- dienste mit einem besonderen Ange- bot nach § 45b Abs. 1 Nr. 3 SGB XI
Baden- Württemberg	VO vom 11.06.02 in Kraft seit 01.04.02 (rückwir- kend)	VO vom 08.04.03 (die VO vom 11.06.02 wurde in- tegriert) in Kraft seit 12.04.03	a) 142	a) 10 offene An- träge b) 142 c) 2003: 288.754 € (Landesmittel)	a) 15 b) 2 c) für ein Projekt rd. 51.300 € und ein Projekt 4.500 € jährlich vom Land (die übrigen Projekte wurden abge- lehnt)	70*
Bayern	VO vom 19.03.02 in Kraft seit 01.04.02 aufgehoben durch VO vom 08.04.03	VO vom 08.04.03, rückwirkend in Kraft seit 01.01.03 (die VO vom 19.03.02 wurde in- tegriert)	a) 407 b) 42 d) 125 f) 36 Familien- pflege/Dorf- helferinnen- Stationen 204	a) 122 b) 0 c) 0	a) 25 b) 0 c) 0	21*
Berlin	VO vom 22.07.03 in Kraft seit 27.07.03	VO vom 22.07.03 in Kraft seit 27.07.03	a) 19 f) 7 b) 15 e) 1	a) 0	a) 0	140
Brandenburg	VO vom 13.11.02 in Kraft seit 05.12.02	Verzicht auf VO, dafür Vereinba- rung zwischen Verbänden der Pflegekassen, komm. Spitzen- verbänden und MASGF in Kraft seit 01.07.03	a) 62 (Angebote umfassen mehrere Betreu- ungsformen) b) 46 d) 15 f) 49	a) 20 b) 12 c) 2002: 9.675,00 € 2003: 90.198,50 €	a) 0 b) 1 (landesweite Koordinierungs- stelle)	175
Bremen	VO vom 08.04.03 in Kraft seit 23.04.03	VO vom 08.04.03 in Kraft seit 23.04.03	a) 8 Träger mit 17 Dienst- leistungszentren	Förderung im Um- fang wie vor dem 01.01.2002	a) 6 b) 2	16
Hamburg	VO vom 06.05.03, in Kraft seit 14.05.03	VO vom 06.05.03 in Kraft seit 14.05.03	a) 14 b) 10 f) 4	a) 7 offene Anträge b) 9 c) 2003: 13.487 €	a) 7 b) 0	59
Hessen	VO vom 16.12.03 In Kraft s. 23.12.03	VO nur im Entwurf	28 Anträge wurden gestellt			58*

noch Anlage 7

Land	Rechtsverordnung zur Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungsangebote (§ 45b Abs. 3 Satz 2 SGB XI)	Rechtsverordnung zur Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote und Modellvorhaben (§ 45c Abs. 6 Satz 4 SGB XI)	Anzahl der anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote nach § 45b Abs. 1 Nr. 4 SGB XI a) insgesamt: davon: b) Betreuungsgruppen c) Agenturen d) Familienentlastende Dienste e) Einzelpersonen f) Helferinnenkreise g) Tagesbetreuung	Anzahl der geförderten niedrigschwelligen Betreuungsangebote nach § 45c Abs. 3 SGB XI a) Zahl der Anträge b) geförderte Angebote c) Ausgaben 2002/2003	Anzahl der geförderten Modellprojekte nach § 45c Abs. 4 SGB XI a) Zahl der Anträge b) geförderte Angebote c) Ausgaben 2002/2003	Anzahl der ambulanten Pflegedienste mit einem besonderen Angebot nach § 45b Abs. 1 Nr. 3 SGB XI
Mecklenburg-Vorpommern	VO bisher nur im Entwurf	VO bisher nur im Entwurf	a) 0	b) 0		59*
Niedersachsen	VO vom 28.08.02 in Kraft seit 07.09.02	Förderrichtlinie noch nicht in Kraft	a) 54 Angebots-träger b) 26 c) – d) 23 e) – f) 28 g) 4		b) 2 Finanzierung einer landesweiten Koordinierungsstelle für niedrigschwellige Betreuungsangebote c) für 2004: 1 Mio. €	
Nordrhein-Westfalen	VO vom 22.07.2003 in Kraft seit 07.08.03	VO vom 22.07.2003 in Kraft seit 07.08.03 (Förderung von Modellmaßnahmen, aber nicht von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten)	a) 250 b) 73 c) 22 d) 47 e) 38 f) 46 g) 24			273*
Rheinland-Pfalz	VO vom 10.12.02 in Kraft seit 01.01.03	VO vom 22.12.03 in Kraft seit 10.01.04	a) 28 b) 15 d) 16 e) 4 f) 5 g) 16			30*
Saarland	VO nur im Entwurf	VO nur im Entwurf	a) 14 b) 7 d) 7	b) 0 c) 0	a) 2 b) 2 c) 2002: rd. 53.000 € einschl. Mittel aus dem Ausgleichsfonds	37
Sachsen	VO vom 10.07.03 in Kraft seit 16.08.03	VO nur im Entwurf	a) 3	a) bis c) 0	a) bis c) 0	24*
Sachsen-Anhalt	VO vom 13.03.03 in Kraft seit 18.03.03	VO vom 13.03.03 in Kraft seit 18.03.03	a) 6	a) 23 b) 4 c) 2003: 1.347 €	a) 2 b) 1 2003: 5.980 €	41*

noch Anlage 7

Land	Rechtsverordnung zur Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungsangebote (§ 45b Abs. 3 Satz 2 SGB XI)	Rechtsverordnung zur Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote und Modellvorhaben (§ 45c Abs. 6 Satz 4 SGB XI)	Anzahl der anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote nach § 45b Abs. 1 Nr. 4 SGB XI a) insgesamt: davon: b) Betreuungsgruppen c) Agenturen d) Familienentlastende Dienste e) Einzelpersonen f) Helferinnenkreise g) Tagesbetreuung	Anzahl der geförderten niedrigschwelligen Betreuungsangebote nach § 45c Abs. 3 SGB XI a) Zahl der Anträge b) geförderte Angebote c) Ausgaben 2002/2003	Anzahl der geförderten Modellprojekte nach § 45c Abs. 4 SGB XI a) Zahl der Anträge b) geförderte Angebote c) Ausgaben 2002/2003	Anzahl der ambulanten Pflegedienste mit einem besonderen Angebot nach § 45b Abs. 1 Nr. 3 SGB XI
Thüringen	VO vom 09.12.03 In Kraft s. 01.01.04	VO vom 09.12.03 In Kraft s. 01.01.04	a) 40 d) 16 g) 24 jeweils faktisch anerkennen.	a) 0	a) 0	50
gesamt:			a) 092 b) 270 c) 23 d) 237 e) 43 f) 173 g) 71	a) 220 b) 203	a) 60 b) 11	1123

* Quelle: VdAK-Stand: 19.09.2003 (angegeben, wenn vom Land keine Angabe gemacht, keine Zahl genannt oder auf die Pflegekassen verwiesen wurde).

Die Angaben der Länder datieren aus dem 3. und teilweise 4. Quartal 2003 (einzelne Länder reichten Anfang 2004 Aktualisierungen nach).

noch Anlage 7

Auszüge aus den Berichten der Länder zur Umsetzung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (PflEG)

Baden-Württemberg

Bericht des Sozialministeriums Baden-Württemberg vom 16. September 2003 sowie vom 30. März 2004

In Baden-Württemberg wird die Umsetzung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes zur Förderung zusätzlicher Betreuungsleistungen sowie zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (Demenz) aktiv betrieben. Die grundsätzliche Zielsetzung, für die Demenzkranken zusätzliche niedrigschwellige Versorgungsleistungen zu erschließen und die demenzspezifischen Versorgungsstrukturen weiter zu entwickeln, wird vom Sozialministerium unterstützt.

Die Rechtsverordnung zur Bestimmung der Anerkennung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote nach § 45b Abs. 3 Satz 2 SGB XI (Betreuungsangebote-Verordnung) wurde vom Kabinett am 11. Juni 2002 verabschiedet und trat rückwirkend zum 1. April 2002 in Kraft.

Nachdem die Rahmenempfehlung der Spitzenverbände der Pflegekassen und des PKV-Verbandes nach § 45c Abs. 6 Satz 1 SGB XI am 24. Juli 2002 vorgelegt wurde, hat das Sozialministerium auf dieser Grundlage eine Verordnung zur Änderung bzw. Ergänzung der Betreuungsangebote-Verordnung erarbeitet, die vom Kabinett am 8. April 2003 verabschiedet wurde. Die Änderung der Verordnung beruht auf § 45c Abs. 6 Satz 4 SGB XI und umfasst nun auch die Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und Modellvorhaben. Die Rechtsverordnung zur Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungsangebote nach § 45b Abs. 3 Satz 2 SGB XI vom 11. Juni 2002 wurde einbezogen.

Der in der Rechtsverordnung vorgesehene Koordinierungsausschuss ist am 28. April 2003, am 26. Juni 2003, am 11. September 2003 und im Dezember 2003 zusammengetreten. Mit den Pflegekassen konnte im vergangenen Jahr nach Beratung über 142 niedrigschwellige Betreuungsangebote Einvernehmen über die Förderung und den Zuschuss in gleicher Höhe hergestellt werden. Die Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen nach § 45c SGB XI gestaltet sich in der Anfangsphase sehr aufwendig, weil verschiedene Förderstrategien des Landes, der Kommunen und der Arbeitsverwaltung zu integrieren sind.

Das Sozialministerium hat in Vortragsveranstaltungen bei den Fachverbänden und den kommunalen Altenhilfefachberaterinnen und -beratern auf die Fördermöglichkeiten des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes hingewiesen und bei diesen Gelegenheiten die Förderstrategie mit den Fachkräften erörtert. Offen bleibt die Frage, ob die Pflegebedürftigen den zusätzlichen Betreuungsbetrag gemäß § 45b SGB XI abrufen werden.

Insgesamt muss die Entwicklung hinsichtlich der Akzeptanz des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes noch abgewartet werden. Das Land Baden-Württemberg hält bis auf weiteres seine Forderung aufrecht, den Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung unmittelbar bei den Pflegestufen zu berücksichtigen.

Zur Anzahl anerkannter niedrigschwelliger Betreuungsangebote:

Nach § 3 Abs. 3 der Betreuungsangebote-Verordnung gelten niedrigschwellige Angebote im Sinne des § 2 durch zugelassene Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen sowie durch Dienste und Einrichtungen, die nach den Richtlinien des Sozialministeriums zur Förderung der ambulanten Hilfen vom 6. Dezember 2001 (GABl. 2002 S. 60) in der jeweils geltenden Fassung gefördert werden, als anerkannt. Im Jahr 2002 waren dies 100, im Jahr 2003 42 Dienste.

Zur Anzahl der geförderten niedrigschwelligen Betreuungsangebote:

Das Land fördert derzeit 133 Betreuungsgruppen, die in die Förderung nach § 45c SGB XI einbezogen wurden. Im Jahre 2003 wurden hierfür 288 754 Euro zur Verfügung gestellt. Durch die Ausweitung der Förderung mit dem Zuschuss der Pflegekassen sollen die Betreuungsgruppen für Demenzkranke weiter ausgebaut werden. Daneben gibt es acht niedrigschwellige Betreuungsangebote der Kommunen und eines der Arbeitsverwaltung, für die ebenfalls eine Förderung nach § 45c SGB XI gewährt wurde. Das Gesamtfördervolumen (einschließlich Pflegekassenanteil) belief sich auf 910 012 Euro in 2003.

Zu Agenturen, Familienentlastenden Diensten mit Fördermöglichkeiten für Demenzkranke, Einzelpersonen, Helferinnenkreisen und zur Tagesbetreuung liegen dem Sozialministerium bisher keine abschließenden Angaben vor.

Zur Anzahl der geförderten Modellprojekte:

Dem Sozialministerium Baden-Württemberg lagen im vergangenen Jahr 15 Förderanträge für Modellvorhaben nach § 45c SGB XI vor. Bisher wurden zwei Projekte in die Förderung einbezogen. Es handelt sich um ein Modellvorhaben der Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg, mit dem ein Kompetenzzentrum für die landesweite Weiterentwicklung der Infrastruktur für Demenzkranke eingerichtet wird. Die Dauer des Modellvorhabens beträgt drei Jahre. Das Sozialministerium Baden-Württemberg fördert das Modellvorhaben mit rd. 51 300 Euro, der Zuschuss der Pflegekassen wird nach § 45c SGB XI in gleicher Höhe gewährt.

Das andere bewilligte Modellvorhaben wurde vom Diakonieverband Ulm unter dem Titel „Optimierung der Versorgungsstrukturen und Erprobung eines Versorgungskonzeptes für demenzkranke Pflegebedürftige in Ulm“ beantragt. Es hat insbesondere wegen seiner sozialraumorientierten Ausrichtung, der Einbindung des bürgerschaftlichen Engagements, die bereits sehr weit gediehene Kooperation in der „Arbeitsgemeinschaft Soziales“

noch Anlage 7

der Stadt Ulm und der Perspektive der Weiterführung durch die Liga der freien Wohlfahrtspflege in Ulm überzeugt. Die Dauer des Modellvorhabens beträgt drei Jahre. Das Sozialministerium Baden-Württemberg fördert das Modellvorhaben mit jährlich 4 500 Euro und die Stadt Ulm mit 50 000 Euro; der Zuschuss der Pflegekassen wird nach § 45c SGB XI in gleicher Höhe gewährt. Der Träger beteiligt sich an dem Projekt mit jährlich rd. 50 000 bis 60 000 Euro.

Die anderen Anträge auf Förderung eines Modellvorhabens wurden abgelehnt. Überwiegend konnte der Koordinierungsausschuss Betreuungsangebote in den vorgelegten Konzeptionen nicht den innovativen Charakter erkennen, der nach § 8 Abs. 1 Ziffer 6 der Betreuungsangebote-Verordnung vom 8. April 2003 gefordert wird. Der Koordinierungsausschuss ist der Auffassung, dass die in § 45c Abs. 4 SGB XI genannten Ziele der Förderung, modellhafte Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung der für demenzkranke Pflegebedürftige erforderlichen Hilfen zu erproben, ohne einen innovativen Ansatz der Modellvorhaben nicht erreicht werden können.

Bayern

Bericht des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen vom 30. Oktober 2003

Der Freistaat Bayern hat in den letzten Jahren vielfältige Anstrengungen unternommen, um nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ die Versorgungsstrukturen für altersverwirrte Menschen zu verbessern, die pflegenden Angehörigen zu unterstützen und zu entlasten. Neben der Förderung von verschiedenen Modellprojekten entstand durch das Förderprogramm „Bayerisches Netzwerk Pflege“ seit 1998 eine solide Basis, die die Umsetzung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes und den Aufbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten erleichtert. Bereits 2002 wurden mit rd. 1 Mio. Euro

- 83 Angehörigenfachstellen,
- 105 Angehörigengruppen und
- 42 Betreuungsgruppen

staatlich gefördert. Ziel ist ein flächendeckendes Netz mit einer Fachstelle für pflegende Angehörige je 100 000 Einwohner.

Die erste Ausführungs-Verordnung zum PflEG über die Anerkennung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten wurde am 19. März 2002 erlassen. Inzwischen sind 407 niedrigschwellige Betreuungsangebote anerkannt. Darunter 42 Betreuungsgruppen und 36 ehrenamtliche Helferkreise.

Die Listen der anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote liegen den Pflegekassen vor. Als Informationsangebot sind sie auch auf der Homepage des Sozialministeriums abrufbar. Weiterhin werden die Angebote in einem Flyer des Sozialministeriums „Hilfen für pflegende

Angehörige“ präsentiert. Die AOK Bayern hat durch ein Infoblatt die Versicherten über die Leistungserweiterung ab 1. April 2002 informiert. Die Broschüre des Sozialministeriums „Zu Hause pflegen – Zu Hause gepflegt werden“ wird überarbeitet und auf den neuesten Stand gebracht. Auch hier werden selbstverständlich die neuen Leistungen dargestellt werden.

Nachdem die Empfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zur Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und Modellprojekten vorlagen, wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit keine Änderungsverordnung zur ursprünglichen Ausführungsverordnung erlassen, sondern die Verordnung vom 19. März 2002 aufgehoben und eine insgesamt neue Ausführungsverordnung erlassen. Die neue Ausführungsverordnung vom 8. April 2003, die rückwirkend zum 1. Januar 2003 in Kraft getreten ist, regelt neben der Anerkennung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten auch die Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und von Modellvorhaben. Für das Jahr 2003 lagen (zum Berichtszeitraum) 122 Förderanträge für

- Betreuungsgruppen,
- ehrenamtliche Helferkreise und
- Angehörigengruppen

vor, die voraussichtlich mit 300 000 Euro staatlich unterstützt werden.

Es lagen inzwischen 25 Anträge auf Förderung von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen vor. Es wird neben dem Aufbau von neuen Versorgungsstrukturen auch Aufgabe der Modellprojekte sein, Hemmschwellen hinsichtlich der Inanspruchnahme der neuen Leistungen abzubauen.

Zwar bieten immer mehr ambulante Pflegedienste besondere Betreuungsangebote nach § 45b Abs. 1 Nr. 3 SGB XI an; die genaue Zahl ist jedoch nicht bekannt.

Berlin

Bericht der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz des Landes Berlin vom 12. September 2003 und nachgereichte Aktualisierungen vom 21. Juni 2004

Das Land Berlin hatte sich dafür entschieden, die Anerkennung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten nach § 45b Abs. 3 Satz 2 SGB XI und die finanzielle Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und von Modellprojekten nach § 45c Abs. 6 Satz 4 SGB XI wegen des engen Sachzusammenhangs in einer gemeinsamen Rechtsverordnung zu regeln. Die „Verordnung über Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflege-Betreuungs-Verordnung – PBetreu VO)“ hat der Senat von Berlin in seiner Sitzung am 22. Juli 2003 beschlossen. Nach der Verkündung im Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin am 26. Juli 2003 ist die PBetreu VO am 27. Juli 2003 in Kraft getreten.

noch Anlage 7

Im Zuge der Erarbeitung der Landesverordnung hatte es zwischen der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz und der Arbeitsgemeinschaft der Berliner Pflegekassenverbände zunächst Unstimmigkeiten über die Umsetzung der bundesgesetzlichen Vorgaben zum Förderverfahren auf der Grundlage des Berliner Landeshaushaltsrechts gegeben. So ist nach Nr. 1.2. der Ausführungsvorschriften zu § 44 der Berliner Landeshaushaltsordnung eine Bewilligung von Zuwendungen für Maßnahmen unzulässig, wenn die Gesamtfinanzierung nicht gesichert ist. Eine rechtsverbindliche Bewilligung des Landesanteils kam daher nur infrage, wenn eine verbindliche Finanzierungszusage der Pflegekassen im Einzelfall vorliegen würde; der generelle Hinweis, dass die Mittel nach § 45 Abs. 7 SGB XI beim Bundesversicherungsamt (BVA) zur Auszahlung bereit stünden, reichte hierfür nicht aus. Zu einer solchen Finanzierungszusage sahen sich die Berliner Kassen aber nicht in der Lage, da die Mittel der Pflegeversicherung nicht den Pflegekassen zufließen, sondern dem Ausgleichsfonds beim BVA. Die vom Bundesgesetzgeber gewählte Dreieckskonstruktion, mit der ein möglichst unbürokratisches Auszahlverfahren durch das BVA beabsichtigt war, hat sich bei der praktischen Umsetzung haushalterisch, aber auch wegen der unterschiedlichen bundes- und landesrechtlichen Vorschriften als problematisch erwiesen. Nach langwierigen Erörterungen konnte schließlich im März 2003 der jetzige, für alle Seiten tragfähige Kompromiss, der von zwei getrennten Bewilligungsbescheiden bezogen auf den jeweiligen Landes- und Bundesanteil ausgeht, gefunden werden.

Zur Umsetzung des PflEG wurden folgende Aktivitäten unternommen:

Zusammen mit den Wohlfahrtsverbänden und dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) wurde eine Arbeitsgruppe gebildet, die sich insbesondere mit Fragen zum Verfahren der Anerkennung und Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote beschäftigt. Über diese Arbeitsgruppe ist eine breite Information der Trägerverbände zum PflEG erfolgt. Ein in unserem Hause erarbeitetes Informationsmaterial zum PflEG wurde allen Interessierten zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus wurde es auf Veranstaltungen, z. B. der jährlich stattfindenden Seniorenwoche 2002 und 2003, ausgelegt. Im Rahmen von Tagungen und bezirklichen Arbeitsgruppen wurde zum PflEG und seiner Umsetzung referiert. Die Aktivitäten erfolgten in enger Abstimmung mit den Vertretern der Landesverbände der Pflegekassen, die ihrerseits auf bezirklichen Veranstaltungen zum PflEG tätig geworden sind.

In einer Sondersitzung des Arbeitskreises der Psychiatriekoordinatorinnen/Psychiatriekoordinatoren der Bezirke am 23. Juni 2003 wurden ebenfalls im Zusammenhang mit dem Thema „Gerontopsychiatrie/Demenzen“ die beabsichtigten Berliner Aktivitäten zur Umsetzung des PflEG erläutert. Dabei wurden die Aufgaben und Ergebnisse der vor ca. drei Jahren gegründeten ressortübergreifenden Arbeitsgruppe „Gerontopsychiatrie“ vorgestellt

und über Verbesserungsmöglichkeiten der pflegerischen Versorgung unter Einbeziehung auch von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten diskutiert. Die zukünftige Schwerpunktsetzung liegt dabei vorrangig im flächendeckenden und qualitätsgerechten Auf- und Ausbau von geriatrisch/gerontopsychiatrischen Verbundstrukturen im Land Berlin.

Ferner wurde über den Beschluss des Senats vom 22. Juli 2003 zur PBetreu VO in einer Presseerklärung informiert. Darüber hinaus wurden alle hier bekannten Interessenten bzw. potenziellen Antragsteller noch einmal schriftlich über das Inkrafttreten der Verordnung und ihrer wesentlichen Inhalte in Kenntnis gesetzt.

Die Senatsverwaltung hatte von Anfang an mit den potenziellen Antragstellern das Gespräch gesucht, um ihnen die mit der Verordnung auf der Grundlage der §§ 45a bis c SGB XI verfolgten Ziele – Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten (einschließlich der Beratung von Angehörigen) sowie innovativer Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungsstrukturen und -konzepte – zu verdeutlichen. Bis zum Jahresende 2003 konnten 19 niedrigschwellige Betreuungsangebote anerkannt werden. Bei 15 Angeboten werden Betreuungsgruppen organisiert, wobei bei vier Angeboten gleichzeitig auch ein Helferinnenkreis besteht; bei sieben Angeboten handelt es sich um Helferinnenkreise. Ferner wurde einer Einzelperson die Anerkennung zugesprochen. Zusätzlich bieten alle Träger Angehörigenberatung, manche darüber hinaus auch Krisenintervention oder Angehörigengesprächsgruppen an.

Bereits vor dem Inkrafttreten der PBetreu VO wurden von den Berliner Pflegekassen im Rahmen von Einzelfallentscheidungen Mittel nach dem PflEG unter der Bedingung gewährt, dass die Leistungserbringer bereits einen Antrag auf Anerkennung bei der zuständigen Behörde gestellt hatten.

Eine Landesförderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und Modellvorhaben war aufgrund der früh einsetzenden Haushaltssperre im Jahre 2003 nicht möglich.

Darüber hinaus wird in dem Bericht noch Folgendes erwähnt:

Das Land hält die regional gegliederten Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ und zwei landesweit agierende Beratungsangebote zur Unterstützung pflegender Angehöriger (Pflege in Not, Berliner Service- und Informationszentrum für Angehörigenarbeit) vor. Die Projekte arbeiten als Beratungsverbund.

Seit Mitte 1999 bietet das Projekt „Pflege in Not“ als niedrigschwelliges Anlauf-, Informations-, Beratungs- und Vermittlungsangebot Betroffenen, Angehörigen, Betreuern und Fachkräften Hilfen an, die Konfliktsituationen entschärfen, persönliche und strukturelle Gewalt in der Pflege mindern und präventiv wirken sollen.

noch Anlage 7

Das Berliner Service- und Informationszentrum für Angehörigenarbeit hat die Aufgabe, Anbieter, Angehörige älterer Menschen und Professionelle im Bereich der Angehörigenarbeit übereinander zu informieren, sie miteinander in Kontakt zu bringen und gegebenenfalls miteinander zu vernetzen.

Mit der Einrichtung eines gemeinsamen Informations- und Beratungstelefon ergänzen die flächendeckend mit Landesmitteln vorgehaltenen Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ ab 1. September 2003 ihr Angebot der persönlichen und telefonischen Information und Beratung vor Ort. Die Koordinierungsstellenverstarken damit ihr Profil als Erst-Anlaufstellen für ältere Menschen, ihre Angehörigen, das soziale Umfeld und Nachfrager aus dem gesamten Bereich der Altenhilfe. Sie informieren und beraten unabhängig und verbraucherorientiert auf der Basis einer gemeinsam aufgebauten umfangreichen Datenbank („Hilfelotse“) zu allen Fragen rund ums Alter, wie z. B. zu Wohnen im Alter, Unterstützung und Entlastung für Angehörige, Pflegeversicherung, Hilfen im Alltag und zur Pflege.

Darüber hinaus unterstützt das Land die Alzheimer-Angehörigen-Initiative und die Alzheimer Gesellschaft Berlin, die mit dem Ziel, die Versorgung Demenzkranker und die Unterstützung ihrer Angehörigen zu verbessern, pflegenden Angehörigen Hilfen zur Selbsthilfe bieten sowie Betroffene, Angehörige von Demenzkranken, professionelle Helfer und interessierte Laien zum Bereich Demenz informieren und beraten.

Unter dem Motto „Draußen spielt das Leben – wir bringen Sie hin“ bieten die „Berliner Mobilitatshilfedienste“ in allen Bezirken Begleit- und Schiebehilfe für ältere und behinderte Menschen an, die ihre Wohnung nicht ohne fremde Hilfe verlassen können. Neben der Schiebe- und Begleitleistung bieten die Dienste Treppenhilfe, Ankleidehilfe und Hilfestellungen bei der Beschaffung und Nutzung behindertengerechter Hilfsmittel an. Als Ansprech- und Kommunikationspartner tragen sie Bedürfnissen ihrer Klientinnen und Klienten nach Nähe, Aufmerksamkeit und Kommunikation Rechnung und versuchen, sie gezielt zur Erweiterung ihres Handlungsspielraums zu motivieren.

In Berlin bieten rd. 140 ambulante Pflegedienste ein zusätzliches Betreuungsangebot (i. S. d. § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB XI) an.

Brandenburg

Bericht des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg vom 27. Oktober 2003 und 16. April 2004

1. Umsetzung des § 45b SGB XI

Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des PflEG im Januar 2002 gab es im Land Brandenburg praktisch keine niedrigschwelligen Betreuungsangebote für pflegebedürftige Menschen mit demenzbedingten Funktionsstorun-

gen. Demgegenüber bestand ein regional verteiltes Angebot von rd. 30 Familienentlastenden Diensten für Menschen mit Behinderungen.

Im Zusammenhang mit der Umsetzung des PflEG ergab sich demzufolge insbesondere ein Handlungsbedarf bezogen auf den Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote für demenzkranke Pflegebedürftige. Aus diesem Grund entschied sich das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen (MASGF) in Abstimmung mit den Verbänden der Pflegekassen des Landes Brandenburg bereits im Jahr 2002 frühzeitig dafür, neben den notwendigen Schritten der Rechtsetzung die praktische Umsetzung zu fördern. In Tregerschaft der Alzheimer Gesellschaft des Landes Brandenburg e.V. nahm im Jahr 2002 eine überregionale Koordinierungsstelle mit finanzieller Unterstützung durch das Land und aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung ihre Arbeit auf, mit dem Ziel, den Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote vor Ort praktisch zu unterstützen.

Sie ist Ansprechpartner für Betroffene und deren Angehörige, für (potentielle) Träger von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten, aber auch für die Landkreise und kreisfreie Städte, informiert über die Inhalte und Ziele des Gesetzes, berät die Träger bei der Erstellung von Konzepten und führt Schulungen für die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer durch.

Die „Verordnung über die Anerkennung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten nach § 45b SGB XI des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung“ des Landes Brandenburg vom 13. November 2002 trat am Tag nach der Verkündung am 5. Dezember 2002 in Kraft.

Damit waren die rechtlichen Voraussetzungen für die Anerkennung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten gegeben und somit auch für die Umsetzung des Rechtsanspruchs des Personenkreises nach § 45a SGB XI auf Erstattung von Aufwendungen durch die Verbände der Pflegekassen, die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen der nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangeboten entstehen.

Diese Verordnung bestimmt u. a. das Landesamt für Soziales und Versorgung (LASV) des Landes Brandenburg als die für die Anerkennung zuständige Behörde.

Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Anerkennungsverordnung lagen im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen bereits 27 Anträge auf Anerkennung als niedrigschwelliges Betreuungsangebot vor. Um einen zügigen Beginn der Durchführung der Anerkennungsverfahren zu ermöglichen, wurde parallel zum Verfahren des Erlasses der Rechtsverordnung über die Anerkennung noch vor deren Inkrafttreten mit regelmäßigen Gesprächen zwischen MASGF und LASV im Rahmen der Fachaufsicht begonnen. Die Übergabe der vorliegenden Anträge wurde ebenfalls parallel durchgeführt. Dadurch war es möglich, ab Dezember 2002 die ersten Anerkennungen auszusprechen.

noch Anlage 7

2. Umsetzung des § 45c SGB XI

Aufgrund bestehender Zuständigkeiten hat das Land Brandenburg von der Ermächtigung gemäß § 45c Abs. 6 Satz 4 SGB XI keinen Gebrauch gemacht und auf die Verordnung verzichtet. Stattdessen wurde zwischen den Kommunalen Spitzenverbänden, den Verbänden der Pflegekassen und dem MASGF des Landes Brandenburg eine „Rahmenvereinbarung über die Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und von Modellprojekten nach § 45c SGB XI“ abgeschlossen. Die Rahmenvereinbarung trat zum 1. Juli 2003 in Kraft. Die kreisfreien Städte und die Landkreise des Landes Brandenburg können der Vereinbarung beitreten.

Die Rahmenvereinbarung berücksichtigt sowohl die Bestimmungen der Empfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. gemäß § 45c Abs. 6 SGB XI vom 24. Juli 2002 als auch die Vereinbarung zwischen dem Bundesversicherungsamt und den Spitzenverbänden der Pflegekassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. gemäß § 45c Abs. 7 SGB XI vom 14. Januar 2003.

Die Vereinbarung sieht u. a. vor, dass der jeweils zuständige Landkreis bzw. die jeweils zuständige kreisfreie Stadt sowohl über den kommunalen Zuschuss, als auch über die Mittel der Pflegekassen nach Herstellen des Einvernehmens mit den Verbänden der Pflegekassen einen einheitlichen Bescheid erteilt. Das Land stellt nur im Einzelfall, bei überregionalen Projekten oder Modellprojekten des Landes im Sinne des § 45c SGB XI, Mittel bereit und erstellt dann ebenfalls einen einheitlichen Bescheid. Mit der Bescheiderteilung durch jeweils eine Stelle konnte eine Vereinfachung des Verfahrens der Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote und von Modellprojekten gemäß § 45c SGB XI unter den gegebenen Bedingungen erreicht werden.

In einem gemeinsamen Workshop am 30. Juni 2003 mit Vertretern von Verbänden der Pflegekassen, des LASV, der Alzheimer Gesellschaft sowie zwei Praxisvertreterinnen unter Federführung des MASGF wurde den Landkreisen und kreisfreien Städten Gelegenheit gegeben, sich mit den Inhalten und Zielen des Gesetzes, der Anerkennungsverordnung sowie der Rahmenvereinbarung vertiefend zu befassen. Erste Erfahrungen konnten ausgetauscht, das Verfahren zur Förderung nach § 45c SGB XI erörtert werden mit dem Ziel, die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte zu unterstützen und zu befördern.

In weiteren Workshops wurden erste Erfahrungsberichte von Landkreisen und kreisfreien Städten sowie von Praxisvertretern aus anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangeboten gegeben.

3. Ergebnisse der praktischen Umsetzung

Bis zum 31. Dezember 2003 waren im LASV 91 Anträge auf Anerkennung als niedrigschwelliges Betreuungsange-

bot nach § 45b Abs. 1 Ziffer 4 SGB XI eingegangen. Davon haben bis zu diesem Zeitpunkt die Angebote von 62 Trägern eine Anerkennung erhalten, darunter 40 Angebote für demenzkranke Pflegebedürftige, 15 für geistig behinderte pflegebedürftige Menschen (Familientlastende Dienste – FED) und 7 Zielgruppen übergreifende Angebote. Die anerkannten Angebote umfassen zum Teil mehrere Betreuungsgruppen oder Betreuungsgruppe und Helferinnenkreis kombiniert in einer Trägerschaft, Agenturen sind zum Teil Bestandteil der Angebote. Daraus resultierend ergibt sich zum genannten Zeitpunkt die Anzahl von 46 anerkannten Betreuungsgruppen und 49 Helferinnenkreisen (Betreuung in der Häuslichkeit).

Fünf Anträge auf Anerkennung wurden abgelehnt, da diese nicht den Bestimmungen entsprachen. Von drei Trägern wurde der Antrag auf Anerkennung zurückgezogen. Bei den restlichen Anträgen fehlten noch einige für die Anerkennung erforderlichen Unterlagen oder Nachweise.

In insgesamt zehn Schulungskursen mit einem Umfang von 30 Stunden wurden bis zum Ende des Jahres 2003 insgesamt 200 ehrenamtliche Helferinnen und Helfer bzw. Betreuerinnen und Betreuer durch die überregionale Koordinierungsstelle der Alzheimer Gesellschaft in Kooperation mit dem Paritätischen Bildungswerk auf ihre Tätigkeit in den niedrigschwelligen Betreuungsangeboten vorbereitet. Weitere Kurse waren in Vorbereitung. Darüber hinaus gab es laut Mitteilung der Verbände der Pflegekassen mit Stand 31. Dezember 2003 insgesamt 175 qualitätsgesicherte Betreuungsangebote nach § 45b Abs. 1 Ziffer 3 SGB XI.

Ungeachtet dessen, dass inzwischen eine Reihe von niedrigschwelligen anerkannten Betreuungsangeboten nach § 45b Abs. 1 Ziffer 4 und zudem eine erhebliche Anzahl von qualitätsgesicherten Angeboten nach § 45b Abs. 1 Ziffer 3 SGB XI zur Verfügung stehen, ist die Inanspruchnahme noch nicht zufriedenstellend. Eine differenzierte Analyse der Inanspruchnahme liegt bisher jedoch nicht vor, eine Zuordnung zu den Angeboten § 45b Abs. 1 Ziffern 1 bis 4 SGB XI war bisher nicht möglich. Mitteilungen einiger Verbände der Pflegekassen des Landes Brandenburg lassen in der Tendenz im Vergleich zum Vorjahr jedoch einen Anstieg der Anzahl der Personen, die diese Leistungen in Anspruch genommen haben, erkennen.

Eine zusätzliche Befragung der Alzheimer Gesellschaft bei 19 von 38 Trägern anerkannter niedrigschwelliger Betreuungsangebote hatte zum Ergebnis, dass von diesen bis zum 13. August 2003 insgesamt 192 Pflegebedürftige mit demenziellen Funktionsstörungen von 89 ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern betreut wurden. Damit liegt eine Aussage zur Tendenz vor. Zur Anzahl der im Rahmen der FED niedrigschwellig betreuten geistig behinderten Pflegebedürftigen liegen gegenwärtig keine Zahlen auf Landesebene vor.

In Anbetracht dieser noch eher zögerlichen Inanspruchnahme der Leistungen nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz bedarf es einer intensiven Öffentlichkeitsarbeit vor Ort. Vom LASV als Anerkennungsbehörde

noch Anlage 7

wird deshalb sichergestellt, dass die Verbände der Pflegekassen monatlich und die Landkreise und kreisfreien Städte vierteljährlich über den Stand der Antragstellungen und der Anerkennungen informiert werden. Die Verbände der Pflegekassen informieren monatlich über die qualitätsgesicherten Betreuungsangebote nach § 45b Abs. 1 Ziffer 3 SGB XI.

Bis zum 31. Dezember 2003 erhielten 12 Betreuungsangebote im Einvernehmen zwischen den Verbänden der Pflegekassen in Brandenburg und der jeweils zuständigen Gebietskörperschaft eine Förderung gemäß § 45c SGB XI. Die Verbände der Pflegekassen und die Landkreise bzw. kreisfreien Städte stellten jeweils Mittel von insgesamt 56 298,50 Euro zur Verfügung.

Die überregionale Koordinierungsstelle zum Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote in Trägerschaft der Alzheimer Gesellschaft erhielt bereits im Jahr 2002 aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung gemäß § 45c SGB XI insgesamt 9 675 Euro als Kofinanzierung einer Landesförderung. Im Jahr 2003 wurde die Koordinierungsstelle der Alzheimer Gesellschaft ebenfalls mit Landesmitteln sowie Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung gefördert. Die anteilige Summe betrug jeweils 33 900 Euro. Auch für 2004 sind Mittel zur Verfügung gestellt.

Bremen

Bericht des Senators für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales des Landes Bremen vom 16. Februar 2004

Zur Ergänzung der voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen sieht das Bremische Ausführungsgesetz zur Pflegeversicherung die Projektförderung vor zur gezielten Unterstützung und Weiterentwicklung der ambulanten Pflege und der sie ergänzenden Pflegeformen. Insgesamt belaufen sich die Projektmittel seit Mitte 2000 auf 4 v. H. der landesrechtlichen Regelförderung für teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen.

Durch Einbeziehung von Modellprojekten nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PfLEG) erhält diese Projektförderung einen neuen Stellenwert, da das PfLEG einen Schwerpunkt in der Versorgung und Betreuung von Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf legt und damit auch für insbesondere demenziell erkrankte Menschen Finanzmittel der Pflegekassen vorsieht, die dem ambulanten Versorgungssektor zusätzlich zur Verfügung gestellt werden können. In 2003 haben sich die Bremer Landesverbände der Pflegekassen und der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales auf die gemeinsame Förderung von Projekten mit Bezug zu § 45c SGB XI geeinigt und zunächst eine Laufzeit von drei Jahren festgelegt.

Folgende Projekte wurden in 2003 anerkannt und gefördert:

- Schnittstellenkoordination zwischen Tagespflege und ambulanter Pflege,

- Neukonzeption der Beratungsstelle für Angehörige von Menschen mit Demenz: Gemeinsam mit den Pflegekassen wird eine Beratungsstelle für pflegende Angehörige finanziert, die für Bremen zentral und regional Gruppenangebote und qualifizierte Beratung – insbesondere für Demenzkranke und deren Angehörige – betreibt.

- Anschubfinanzierung für eine Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenzerkrankung,

- Niedrigschwellige Vermittlungsangebote für ehrenamtliche Tätige für pflegebedürftige Menschen mit besonderem Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf als Ergänzung der bisherigen Tätigkeit der Dienstleistungszentren der Freien Wohlfahrtsverbände.

Als weitere künftige Entwicklungsmöglichkeit wird die Unterstützung von Gruppenangeboten nach § 45c SGB XI angesehen.

Eine Tagespflegeeinrichtung wurde speziell für Demenzkranke eingerichtet. Im stationären Bereich stellen sich zunehmend Einrichtungen auf das Hausgemeinschaftsprinzip um, weil dadurch ein günstiges Milieu für den hohen Anteil Demenzkranker entsteht.

Zur Anzahl anerkannter niedrigschwelliger Betreuungsangebote (§ 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI) wird ausgeführt:

Acht Träger mit insgesamt 17 Dienstleistungszentren mit folgenden Angeboten: Einzelbetreuung von Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich durch Helferinnen und Helfer, Unterstützung von pflegenden Angehörigen durch aufsuchende Beratung, Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige einschließlich der notwendigen Beratung.

Zur Anzahl der geförderten niedrigschwelligen Betreuungsangebote nach § 45c Abs. 3 SGB XI:

Die Dienstleistungszentren wurden von der Stadtgemeinde Bremen bisher bereits institutionell gefördert. Für das zusätzliche Betreuungsangebot nach dem PfLEG erfolgte keine zusätzliche finanzielle Förderung.

Zur Anzahl der geförderten Modellprojekte nach § 45c Abs. 4 SGB XI:

190 000 Euro standen für 2003 zur Verfügung, die je zur Hälfte aus Landesmitteln und aus Mitteln des Ausgleichsfonds für Pflegekassen gespeist wurden, für die Schnittstellenkoordination und die Beratungsstelle für Angehörige von Menschen mit Demenz.

In Bremen bieten 14 ambulante Pflegedienste, in Bremerhaven 2, ein besonderes Betreuungsangebot an.

Hamburg

Bericht der Behörde für Soziales und Familie der Freien und Hansestadt Hamburg vom 18. Dezember 2003

Die „Hamburgische Verordnung über Anerkennung und Förderung zusätzlicher Betreuungsangebote nach dem

noch Anlage 7

Elften Buch Sozialgesetzbuch (HmbPBAVO)“ ist am 6. Mai 2003 beschlossen worden und am 14. Mai 2003 in Kraft getreten. Die für die Anerkennung und Bewilligung der Förderung zuständige Stelle ist die Behörde für Soziales und Familie (BSF).

Um ein weitgehend transparentes Antragsverfahren unter möglichst vielfältiger Beteiligung von potenziellen Anbietern niedrigschwelliger Betreuungsangebote und Bewerbern für Modellprojekte zu erreichen, wurde auf die Fördermöglichkeiten durch eine öffentliche Bekanntgabe hingewiesen. Auf der Grundlage der eingereichten Anträge haben sich die Landesverbände der Pflegekassen und die BSF bisher auf die Förderung von sieben Projekten (die insgesamt 14 niedrigschwellige Betreuungsangebote umfassen) verständigt.

Die HAMBURGISCHE BRÜCKE – Beratungsstelle für ältere Menschen und ihre Angehörigen richtet ihr Beratungs- und Hilfsangebot insbesondere an ältere Menschen sowie Angehörige von pflegebedürftigen Menschen mit einer demenziellen Erkrankung. Es werden medizinische, psychologische, soziotherapeutische Beratung, Vermittlung von Kenntnissen und Wissen über altersspezifische Erkrankungen sowie Fortbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem Bereich der Altenarbeit angeboten. Darüber hinaus können ehrenamtliche Helfer zur Entlastung pflegender Angehöriger vermittelt werden. Ein wichtiges Ziel der Beratungsstelle der HAMBURGISCHEN BRÜCKE ist es, pflegende Angehörige durch Informationen in die Lage zu versetzen bzw. durch Hilfsangebote dabei zu unterstützen, die Pflegesituation besser bewältigen zu können, um dadurch die Pflegesituation der Betroffenen zu verbessern. Hierzu gehört auch das Engagement der Beratungsstelle, die Zusammenarbeit zwischen beruflich Pflegenden und pflegenden Angehörigen deutlich zu verbessern.

Im Landshaushalt stehen in Anwendung von § 45c Abs. 5 SGB XI 250 000 Euro Landesmittel zur Verfügung. Die niedrigschwelligen Betreuungsangebote befinden sich zum großen Teil im Aufbau und werden in Zukunft gefördert. Die Förderentscheidungen sind bereits gemeinsam mit den Pflegekassen getroffen worden. Gefördert werden zukünftig auch Aufbau, Koordinierung und Durchführung von Angehörigengruppen sowie von Beratungsangeboten und Vermittlungstätigkeiten.

Hessen

Bericht des Hessischen Sozialministeriums vom 13. Februar 2004

Die Hessische Landesregierung hat am 8. Dezember 2003 eine Verordnung zur Ausführung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes verabschiedet.

Zum Stichtag 1. Juli 2003 wurden landesweit insgesamt 28 Anträge auf Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungsangebote und Förderungsanträge für Modellvorha-

ben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen gestellt.

Mecklenburg-Vorpommern

Bericht des Sozialministeriums Mecklenburg-Vorpommern vom 29. September 2003 und 5. November 2003

Mit dem PfLEG hat der Bundesgesetzgeber Regelungen außerhalb des üblichen Vertragsrechts der Pflegekassen, also außerhalb der üblichen Beziehung zwischen Leistungsanbieter und Leistungserbringer, erlassen. Anstelle der direkten Abrechnung wurde ein Kostenerstattungsverfahren eingeführt. Nach der hier vertretenen Grundauffassung sollte die Regelung anlässlich einer der kommenden Novellierungen des SGB XI mit der Zielrichtung novelliert werden, dass die üblichen vertragsrechtlichen Regelungen bzw. Abrechnungsmodalitäten greifen. Der Pflegebedürftige hat im bestehenden System die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Leistungen, sofern die in § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 bis 3 SGB XI genannten, bereits jetzt zugelassenen Pflegedienste, die zusätzlichen Betreuungsleistungen anbieten. Hiervon haben in Mecklenburg-Vorpommern bis heute einige Dutzend Dienste Gebrauch gemacht.

Die Ressortabstimmung über die entsprechende Landesverordnung gestaltet sich gegenwärtig schwierig, da das in der Verfassung des Landes Mecklenburg-Vorpommern verankerte Konnexitätsprinzip im Zusammenhang mit Aufgabenübertragungen zu beachten ist.

Niedersachsen

Bericht des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit vom 15. September 2003 und 2. Januar 2004

Ausweislich einer Bestandsaufnahme der Verbände der Pflegekassen bieten zum Stichtag 1. August 2003 insgesamt 70 anerkannte ambulante Pflegedienste in Niedersachsen besondere Angebote nach § 45b Abs. 1 Nr. 3 SGB XI an.

Mit dem Erlass einer Verordnung über die Anerkennung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten nach § 45b SGB XI am 28. August 2002 hat Niedersachsen als eines der ersten Länder die Inanspruchnahme und Abrechnung auch dieser Angebote ermöglicht.

Inzwischen hat das Niedersächsische Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben 54 niedrigschwellige Angebote anerkannt (Stand: 8. Dezember 2003).

Die Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote im Sinne von § 45c SGB XI soll auf der Grundlage einer Richtlinie erfolgen. Der Entwurf der Förderrichtlinie befindet sich in der öffentlichen Anhörung.

Für den Aufbau einer Informations- und Koordinierungsstelle „Niedrigschwellige Betreuungsangebote für

noch Anlage 7

Demenzkranke in Niedersachsen“ wird die Landesvereinigung für Gesundheit in Hannover für den Zeitraum 2003 bis 2005 vom Land Niedersachsen gefördert.

Zu den vorrangigen Zielen dieses Projektes gehören

- landesweit mehr Transparenz über bestehende Aktivitäten zu schaffen,
- neue niedrigschwellige Betreuungsangebote zu initiieren,
- interessierte Träger bei der Beantragung und beim Aufbau zu beraten sowie
- Vernetzungen zwischen verschiedenen Angeboten herzustellen.

Auch der Aufbau eines Laienhilfsdienstes zur Entlastung der pflegenden Angehörigen von Demenzkranken durch die Gedächtnissprechstunde der Universität Göttingen in Zusammenarbeit mit dem Diakonieverband Göttingen wird für den Zeitraum Dezember 2002 bis Dezember 2004 vom Land Niedersachsen gefördert (einschließlich wissenschaftlicher Begleitung).

- Ziele dieses Gemeinschaftsprojektes sind vor allem:
- Gewinnung von geeigneten Betreuungspersonen/Laien Helfern,
- Schulung und Weiterbildung,
- Evaluation.

Zur Förderung von Modellprojekten nach § 45c Abs. 4 SGB XI: Für 2004 stehen landesseitig Mittel im Umfang von 1 Mio. Euro zur Verfügung.

Der Länderbericht weist auch auf das – abgeschlossene und teilweise noch fortgeführte – Projekt zur Erprobung der Vernetzung von Versorgungsstrukturen für demenziell Erkrankte durch ambulante gerontopsychiatrische Zentren in der Landeshauptstadt Hannover hin.

Nordrhein-Westfalen

Bericht des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen vom 8. Dezember 2003

Die Beschleunigung der Umsetzung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes hat die Landesregierung Nordrhein-Westfalen durch gezielte Medien- und Öffentlichkeitsarbeit unterstützt. Unter gleicher Zielsetzung wird die Thematik regelmäßig im Landespflegeausschuss Nordrhein-Westfalen beraten, um die Verfahren zur Anerkennung niedrigschwelliger Angebote möglichst deutlich zu verkürzen. Auch die Pflegekassen in Nordrhein-Westfalen informieren ihre Versicherten über die Leistungen des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes.

Nach Aussagen aus dem Bereich der Anbieter niedrigschwelliger Angebote bereitet jedoch die Rekrutierung und Qualifikation ehrenamtlicher Helfer sowie die Koordination der Hilfeangebote Schwierigkeiten. Um diesen

Problemen entgegenzuwirken, wird sich die Förderung der nordrhein-westfälischen Modellprojekte insbesondere auf folgende Bereiche konzentrieren:

- Aufbau von Agenturen zur Qualifizierung und Vermittlung der Personen, die im niedrigschwelligen Bereich der Anleitung, Beaufsichtigung und Betreuung demenziell Erkrankter in der eigenen Häuslichkeit Aufgaben übernehmen und damit die pflegenden Angehörigen entlasten.
- Für Demenzkranke und deren Angehörige spezielle Beratungs- und Vermittlungsangebote, die mit bereits bestehenden allgemeinen Beratungsangeboten verbunden sind oder Förderung völlig neuartiger Beratungsangebote, z. B. eine mobile aufsuchende Beratung in der eigenen Häuslichkeit des Pflegebedürftigen.
- Verknüpfung von Leistungsangeboten des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes mit bereits bestehenden Angebotsformen, wie z. B. (geronto)psychiatrischen, teilstationären und ambulanten Versorgungsangeboten.

Das Versorgungsamt Düsseldorf ist für die Anerkennung niedrigschwelliger Hilfe- und Betreuungsangebote zuständig. Es erstellt und aktualisiert außerdem regelmäßig die Liste der in Nordrhein-Westfalen im Sinne der oben genannten Verordnung anerkannten Hilfe- und Betreuungsangebote. Diese Liste wird den Pflegekassen, den Kreisen und kreisfreien Städten, den örtlichen Pflegekonferenzen, den Pflegeberatungsstellen und anderen Interessierten zur Verfügung gestellt. Die erste Ausfertigung der Liste (Stand 31. März 2004) über die in Nordrhein-Westfalen anerkannten Hilfe- und Betreuungsangebote liegt vor.

Insgesamt stehen mit Datum vom 31. März 2004 nunmehr 250 anerkannte niedrigschwellige Hilfeangebote in Nordrhein-Westfalen insbesondere zur Betreuung demenzkranker Menschen und zur Unterstützung der sie pflegenden Angehörigen zur Verfügung. Die regionale Verteilung der Angebote ist gleichmäßig mit einer leichten Häufung in den Ballungszentren. In der Hauptsache werden Gruppenbetreuungen angeboten, daneben überwiegen insbesondere im Bereich der Behindertenhilfe Einzelbetreuungsangebote. In der Regel werden von den Anbietern – auch vor dem Hintergrund der Einbeziehung ehrenamtlicher Kräfte – wohnortnahe Angebote bevorzugt. Es ist derzeit noch zu früh, konkrete Aussagen im Sinne einer Bestandsaufnahme oder zur Entwicklung der Infrastruktur zu treffen. Der angestrebte Auf- und Ausbau flächendeckender niedrigschwelliger Betreuungsangebote wird aller Voraussicht nach mehrere Jahre in Anspruch nehmen.

Eine Kombinations-Rechtsverordnung zur Umsetzung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes in Nordrhein-Westfalen ist am 7. August 2003 in Kraft getreten (Gemeinsame Rechtsverordnung zur Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungsangeboten und zur Förderung von

noch Anlage 7

niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und von Modellprojekten). Die Rechtsverordnung sieht keine regelhafte Förderung von niedrigschwelligen Angeboten vor. Die Förderung konzentriert sich auf Modellvorhaben.

Im Frühjahr 2004 hat die Förderung der ersten Modellprojekte begonnen.

Ambulante Pflegedienste i. S. d. SGB XI benötigen grundsätzlich keine gesonderte Anerkennung zur Erbringung der niedrigschwelligen Angebote. Entsprechende Zahlen liegen daher nicht vor.

Auf folgende Projekte zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung wird in dem Landesbericht u. a. noch hingewiesen:

- Modellprojekt „Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege demenziell Erkrankter“,
- Modellprojekt „Beratungsstelle ‚Demenz im Alter‘“,
- Modellprojekt Gewinnung, Schulung und Begleitung von Ehrenamtlichen zur Entlastung pflegender Angehöriger von Demenzerkrankten,
- Entwicklung eines Einarbeitungs- und Fortbildungskonzepts für Mitarbeiter/innen für gerontopsychiatrisch erkrankte alte Menschen,
- Errichtung einer Beratungsstelle für die Pflege von Demenzerkrankten,
- Beratungs- und Betreuungszentrum für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen,
- Aufbau einer trägerübergreifenden Beratungsstelle zur Verbesserung der Versorgung Demenzerkrankter in Mönchengladbach,
- Kompetenzwerkstatt „Häusliche Pflege demenziell Erkrankter“.

Rheinland-Pfalz

Bericht des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz vom 24. September 2003 und 4. April 2004

1. Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungsangebote

Die Landesverordnung über die Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungsangebote nach § 45b SGB XI vom 10. Dezember 2002 (GVBl. S. 508) wird inzwischen umgesetzt. Zuständige Behörde für die Anerkennung ist die Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion in Trier als obere Landesbehörde.

Der Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion liegen (Stand 15. Oktober 2003) 49 Anträge auf Anerkennung eines niedrigschwelligen Betreuungsangebotes vor; inzwischen sind 28 Anerkennungen erfolgt.

2. Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote

Die Landesverordnung über die Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und von Modellvorha-

ben nach § 45c SGB XI ist zum 10. Januar 2004 in Kraft getreten.

In Rheinland-Pfalz tragen das Land und der zuständige Landkreis oder die zuständige kreisfreie Stadt die Förderung jeweils zur Hälfte.

Die Förderung soll nach dem Inkrafttreten der Förderverordnung beginnen. Die Fördermittel werden zunächst für den Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote eingesetzt. Modellvorhaben werden im Rahmen noch verfügbarer Haushaltsmittel nach der Förderung des Auf- und Ausbaues gefördert.

Die Sozialstationen (AHZ) fördern die Selbsthilfe der Hilfebedürftigen, die Erhaltung und Stärkung der Familien- und Nachbarschaftshilfe und die Gewinnung von ehrenamtlichen Kräften. Diese Aufgabe korrespondiert mit dem niedrigschwelligen Leistungsangebot nach § 45c Abs. 3 SGB XI.

In Rheinland-Pfalz sind mit starkem finanziellem Engagement des Landes für jede Sozialstation (AHZ) eine Beratungs- und Koordinierungsstelle eingerichtet worden. Mit den 135 Beratungs- und Koordinierungsstellen ist ein umfassendes Informations-, Beratungs- und Vermittlungsangebot geschaffen worden, das sich lebhaften Zuspruchs der Hilfesuchenden erfreut.

Die Qualitätsoffensive „Menschen pflegen“ des Rheinland-Pfälzischen Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit beinhaltet u. a. auch eine Verbesserung der Situation von Menschen mit Demenzerkrankungen. Dazu gehört zum Beispiel die Umsetzung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes, damit durch gezielte Förderung des Auf- und Ausbaues hilfesuchenden Menschen ein umfassendes niedrigschwelliges Betreuungsangebot zur Verfügung steht. Außerdem sollen im Rahmen von Modellprojekten Möglichkeiten der Optimierung zur Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen erprobt werden.

Saarland

Bericht des Ministeriums für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales des Saarlandes vom 5. November 2003

Seit Inkrafttreten des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes werden die Anerkennungen niedrigschwelliger Betreuungsangebote vom Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales ausgesprochen. Nach abgeschlossener Anhörung wird demnächst eine Verordnung zur Ausführung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes erlassen. Der entsprechende Entwurf sieht vor, dass die Landkreise für die Anerkennung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten zuständig sind. Förderanträge sind ebenfalls an die Gemeindeverbände zu richten. Anträge auf Förderung von Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen nach § 45c Abs. 6 SGB XI sind hingegen an das Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales zu richten.

noch Anlage 7

Die Einzelheiten der Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote und der Modellprojekte richten sich nach den Empfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung.

Im Saarland wurden insgesamt 14 niedrigschwellige Betreuungsangebote im Zeitraum Anfang 2002 bis 4/2003 anerkannt. Dabei handelt es sich um sieben Betreuungsdienste, die ihre Angebote auf ältere, hilfsbedürftige Menschen, insbesondere Demenzkranke, konzentrieren. Sechs Dienste bieten ihre Leistungen als Familienentlastende Dienste an.

Hervorzuheben ist die Tatsache, dass sich bereits im Herbst 2002 ein deutliches Informationsdefizit abzeichnete, obwohl die Pflegekassen ihrerseits jeden einzelnen Leistungsberechtigten über die Regelungen des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes informiert hatten. So sind bis August 2002 rd. 2 000 Anträge gestellt worden. Nach vorsichtigen Schätzungen jedoch dürften im Saarland rd. 7 000 Personen Leistungsansprüche haben. Um dieses Informationsdefizit zu schließen und den anspruchsberechtigten Personenkreis besser zu erschließen, wurden die im Saarland bestehenden Beratungs- und Koordinierungsstellen sowie die „Leitstellen Älter werden“ darum gebeten, zusätzliche Informationen anzubieten, die über die Leistungsmöglichkeiten des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes Auskunft geben sollten. Der Schaffung eines solchen zusätzlichen Informationsangebotes sind die Beratungs- und Koordinierungsstellen in den einzelnen Landkreisen bzw. dem Stadtverband nachgekommen, sodass auf diesem Wege Sorge dafür getragen worden ist, dass inzwischen in allen Landkreisen und dem Stadtverband ein Rückgriff auf bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen im Bereich der niedrigschwelligen Betreuung möglich ist.

Das Saarland fördert zwei Modellprojekte nach § 45c Abs. 1 SGB XI. Dabei handelt es sich

- a) um das landesweite Alzheimer-Telefon der Alzheimer Gesellschaft – LV Saarland und
- b) das Modellprojekt „Demenz-Verein Saarlouis“,

Ausgaben im Jahre 2002:

zu a) seitens des BVA insgesamt 2 700,00 Euro; seitens des Landes: 3 000,00 Euro;

zu b) seitens des BVA insgesamt 23 729,68 Euro; seitens des Landes: 9 000,00 Euro;

die restlichen Komplementärmittel durch die Arbeitsverwaltung.

Sachsen

Bericht des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales vom 12. Februar 2004

Im Freistaat Sachsen befindet sich derzeit eine Versorgungsstruktur i. S. d. § 45c SGB XI noch in der Aufbau-

phase. Dies hat seine Ursache darin, dass die Verordnung der Sächsischen Staatsregierung zur Anerkennung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote am 10. Juli 2003 erlassen wurde. Eine Verordnung zur Förderung der niedrigschwelligen Betreuungsangebote nach § 45c SGB XI befindet sich derzeit im Normsetzungsverfahren. Eine öffentliche Anhörung ist bereits erfolgt.

Sachsen-Anhalt

Bericht des Ministeriums für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt vom 15. September 2003 und 22. April 2004

Die Umsetzung der Pflege-Betreuungs-Verordnung (PflBetrVO vom 13. März 2003 GVBl. LS-A, S. 56) gestaltete sich im Jahr 2003 sehr problematisch. Zunächst stand die Klärung grundsätzlicher Fragen an, die nicht Bestandteil der Verordnung waren, wie z. B. das Verhältnis zwischen Fachkräften und ehrenamtlichen Helfern oder angemessene Voraussetzungen i. V. m. einer Gruppenbetreuung.

Ferner konnte bezüglich der Finanzierung das nach PflBetrVO geforderte Einvernehmen zwischen dem Land und den Landesverbänden der Pflegekassen anfangs nicht hergestellt werden. Erst im 3. Quartal 2003 war es dem ehemaligen Landesamt für Versorgung und Soziales (LAFVuS) – mit Wirkung vom 1. Januar 2004 Landesverwaltungsamt (LVwA) – möglich, formelle Voraussetzungen wie z. B. Erarbeitung von Vordrucken, z. B. Antrags-, Bewilligungs- und Abrechnungsformulare getrennt für niedrigschwellige Angebote und Modellvorhaben zu schaffen. Parallel hierzu führte das LAFVuS mit jedem Antragsteller ein persönliches Gespräch über seinen Antrag.

Im September/Oktober 2003 übersandte das LAFVuS Anerkennungsbescheide an fünf Träger für das Vorhalten eines niedrigschwelligen Angebotes und einen Bescheid an einen Träger für die Durchführung eines Modellvorhabens.

Infolge der Haushaltssperre im LS-A war danach eine Ausnahmegenehmigung von der Haushaltssperre zu beantragen. Diese wurde dem LAFVuS im Hinblick auf die Kofinanzierung zwischen Pflegekassen und Land (50/50 v. H.) am 10. Oktober 2003 gewährt. Im Haushalt des Landes war für die Finanzierung der Vorhaben der maximale Betrag in Höhe von 331 000 Euro eingestellt.

Damit waren die Voraussetzungen für die Förderung der anerkannten Träger durch das Land für ca. drei Monate des Jahres 2003 gegeben.

Bei den Landesverbänden der Pflegekassen bestand bezüglich der Verfahrensweise der Kofinanzierung zu diesem Zeitpunkt noch immer Klärungsbedarf.

Während das Land den Zuwendungsempfängern die Bewilligungsbescheide am 4. November 2003 in Höhe von insgesamt 19 451,00 Euro übersandte und die Mittel am

noch Anlage 7

27. November 2003 auszahlte, reichten die Pflegekassen ihre Zuwendungsbescheide – analog in Gesamthöhe von 19 451,00 Euro – am 21. November 2003 aus und überwiesen die Fördermittel erst am 19. Januar 2004. Mithilfe dieser Fördermittel (insgesamt 38 902 Euro) wurden ca. 100 betroffene Personen ambulant betreut.

Sowohl die Erläuterungen als auch die Zahlenangaben machen deutlich, dass im LS-A aufgrund des kurzen Zeitraumes von ca. drei Monaten nicht über eine Entwicklung, eher über einen Anfang auf dem Gebiet der ambulanten Versorgung Altersdementer und/oder Menschen mit psychiatrischen Krankheitsbildern berichtet werden kann.

Dennoch wird deutlich, dass die vom Gesetzgeber geforderte Kofinanzierung durch zwei Institutionen an einem Förderprojekt, d. h. Land und Pflegekassen, sehr verwaltungsaufwendig und nicht sehr trägerfreundlich ist (vgl. permanente Abstimmungen, doppelte Bescheiderteilungen o. Ä.).

Ungeachtet dessen zeichnet sich für das Jahr 2004 ab, dass sich die Zahl der Antragsteller erhöhen wird.

Bisher liegen dem LVwA über die sechs bisherigen Träger hinaus zwei weitere Anträge vor, die in Kürze anerkannt werden. In der 20. Woche finden voraussichtlich die Abstimmungen zwischen Vertretern der Pflegekassen und des LVwA statt, sodass danach die Förderung für das Jahr 2004 erfolgen wird.

Schleswig-Holstein

Bericht des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein vom 29. Oktober 2003

Die Landesverbände der Pflegekassen in Schleswig-Holstein haben sich mit Datum vom 24. Juni 2002 auf eine pragmatische Übergangsregelung zur Umsetzung des § 45b SGB XI verständigt, um zeitnah die Schaffung von Betreuungsangeboten zu fördern. Eine gemeinsame Rechtsverordnung zur Anerkennung und Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und Modellprojekten (§ 45b Abs. 3 Satz 2 und § 45c Abs. 6 SGB XI) wurde am 20. Februar 2003 erlassen. Danach ist vorgesehen, dass das MSGV (Ministerium für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz) den auf das Land entfallenden Finanzierungsanteil für die Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote zunächst allein trägt. Hierdurch soll ein zügiger und flächendeckender Auf- und Ausbau

niedrigschwelliger Betreuungsangebote sichergestellt werden. Für die Förderung von Modellvorhaben ist eine gemeinsame Finanzierung durch das Land und die Kreise sowie kreisfreien Städte vorgesehen.

Bereits seit September 2002 fördert die Landesregierung ein Modellprojekt der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. für eine eineinhalbjährige Projektphase. Im Zuge dieses Vorhabens werden die landesweit vorhandenen Betreuungsgruppen erfasst und weiterentwickelt sowie neue Gruppen aufgebaut. In der Modellphase wurden bislang acht weitere Betreuungsangebote geschaffen, sodass gegenwärtig insgesamt 19 niedrigschwellige Betreuungsgruppen bestehen, die aus Landesmitteln gefördert werden. Die Betreuungsgruppen werden nach erfolgter Anerkennung durch die zuständigen Kreise und kreisfreien Städte in die vom Gesetz vorgesehene gemeinsame Finanzierung durch das Land und die Pflegekassen überführt. Im Rahmen des Modellprojektes werden darüber hinaus Fördermodalitäten im Hinblick auf eine zukünftig landesweite Anwendung erprobt.

Ergänzend wurde mit Schreiben vom 22. April 2004 berichtet:

Darüber hinaus ist eine Informationsbroschüre zum Aufbau von Betreuungsgruppen im Land Schleswig-Holstein entstanden. Bis zum 31. Dezember 2003 wurden insgesamt 45 niedrigschwellige Betreuungsangebote i. S. des § 45c Abs. 1 gefördert. Für die Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten wurden im Haushaltsjahr 2003 Landesmittel in Höhe von 22 434,95 Euro bewilligt, für Modellprojekte nach § 45c Abs. 4 SGB XI 52 675 Euro.

Thüringen

Bericht des Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit des Freistaates Thüringen vom 23. September 2003

Bisher haben die Pflegekassen 50 Konzepte von ambulanten Pflegediensten zur Erbringung zusätzlicher Betreuungsleistungen nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB XI bestätigt.

Darüber hinaus bieten 16 Familienentlastende Dienste sowie 24 Initiativen der Tagesbetreuung Angebote der allgemeinen Beaufsichtigung und Betreuung für demenzkranke Pflegebedürftige nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI an.

Anlage 8

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

Länder	Förderung und Förderquoten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausrüstung (Erst- investitionen)	Wiederbeschaf- fung Ergänzung (Folge- investitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folge- investitionen)	„alte Last“		
Baden-Württemberg	60 v. H. (§ 5 Abs. 1 LPfVG)	nein (§ 7 Abs. 2 LPfVG)	Sanierungs- und Modernisierungs- maßnahmen: ja (§ 7 Abs. 1 Nr. 2 LPfVG) Voraussetzung: wenn die förderfä- higen Investitions- kosten pro Pflege- heimplatz 75 % der Kostenrichtwerte nicht überschreiten (§ 2 Abs. 1 PflegeheimFVO) und 5 % der Kos- tenrichtwerte nicht unterschreiten (§ 3 Pflege- heimFVO)	nein	60 v. H. und mehr (§ 5 Abs. 1 S. 2 LPfVG) Tages- und Nacht- pflege 90 v. H. (§ 2 Abs. 2 Pflege- heimFVO) bis max. zu den Kostenrichtwerten von (§ 1 Pflege- heimFVO) 92.000 € (Nacht- pflege) bzw. 40.900 € (Tages- pflege) pro Platz erfolgt die Festbe- tragsförderung bis zu 1.657 € pro m ² , andere Förderbe- träge gelten z. B. für Nass- oder Kü- chenräume	nein
Landespflegege- setz (LPfVG) vom 11.09.1995 zuletzt geändert durch Gesetz vom 09.12.2003 Pflegeheimförder- verordnung (Pfle- geheim FVO) vom 18.06.1996 zuletzt geändert durch Gesetz vom 20.11.2001	vollstationär: 60 v. H.; Kurzzeit- pflege: 80 v. H. (§ 2 Abs. 2 PflegeheimFVO) bis max. zum Kos- tenrichtwert von 92.000 € pro Platz erfolgt Festbetrags- förderung für voll- stationäre Heime bis zu 1.104 € pro m ² Netto- Grundfläche, spe- zielle Räume wer- den gesondert gefördert; bei Kurzzeitpflege För- derung bis zu 1.473 € pro m ² Grundfläche (§ 9 Abs. 6 LPfVG i. V. m. § 1 Pflege- heimFVO)					
	<ul style="list-style-type: none"> – die Kostenrichtwerte und Förderhöchstbeträge werden mit dem Baukosten-Index fortgeschrieben (§ 4 PflegeheimFVO) – die Förderung wird jeweils zu $\frac{2}{3}$ vom Land und zu $\frac{1}{3}$ vom Standortkreis getragen (§ 5 Abs. 1 LPfVG) 					

noch 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“		
<p>Bayern</p> <p>Gesetz zur Ausführung des elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) Soziale Pflegeversicherung (AGPflgeVG) vom 07.07.1995 (GVBl S. 153) und Verordnung zur Ausführung des Elften Buches Sozialgesetzbuch Soziale Pflegeversicherung (AVPflgeVG) vom 10.01.1995 (GVBl S. 3) geändert am 19.12.1995 (GVBl S. 884)</p>	<p>Beteiligung des Landes nach Maßgabe des Haushalts an betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen bedarfsgerechter Einrichtungen. Voraussetzung ist eine Förderung der zuständigen Kommune mindestens in gleicher Höhe.</p>	<p>100 v. H. Kommunalförderung bis zu 2.560 € je rechnerischer Vollzeitkraft (§ 31 Abs. 5 AVPflgeVG)</p>				
<p>Gewährung von Festbeträgen – Richtwert sind bei Langzeitpflege 60 v. H. und bei Kurzzeitpflege 80 v. H. der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen (76.000 €/66.000 €) – Förderung von Land und Kommune jeweils bis zu folgenden Höchstbeträgen: Langzeitpflege Neubau 23.010 € Umbau 15.340 € Kurzzeitpflege Neubau 26.590 € Umbau 13.290 € Erstausrüstung 2.560 € (§ 31 Abs. 1 AVPflgeVG)</p>	<p>höchstens 60 v. H. bei Langzeitpflege und 80 v.H. bei Kurzzeitpflege (30 v. H. bzw. 40 v. H. Land, 30 v. H. bzw. 40 v. H. Kommune) der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen (§ 31 Abs. 2 AVPflgeVG)</p>	<p>nein</p>	<p>nein</p>	<p>Gewährung von Festbeträgen – Richtwert sind 80 v. H. der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen (46.000 € pro Tagespflegeplatz, 51.000 € pro Nachtpflegeplatz) – Förderung von Land und Kommune bei Neubau/ Umbau/ Erstausrüstung jeweils bis zu folgenden Höchstbeträgen: bei Tagespflege 18.410 €/6.140 €/1.530 €/ bei Nachtpflege 20.450 €/13.290 €/2.560 €/ (§ 31 Abs. 1 AVPflgeVG)</p> <p>Bei Modernisierungsmaßnahmen beträgt die Förderung 80 v.H. (40 v.H. Land, 40 v. H. Kommune) der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen (§ 31 Abs. 2 AVPflgeVG)</p>		

noch 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“		
Berlin Gesetz zur Planung und Finanzierung von Pflegeeinrichtungen (Landespflege-Einrichtungsgesetz – LPflegEG) vom 19.07.2002 (GVBl. S. 201) und Pflegeeinrichtungsförderungsverordnung (PflegEföVO) vom 19.09.1998 (GVBl. S. 269), zuletzt geändert durch Verordnung vom 08.06.2001 (GVBl. S. 195)	Einzelförderung, in der Regel anteilig an den förderfähigen Kosten (Festbetrag) einer Maßnahme (§ 5 LPflegEG) mit Baukostenhöchstwerten bei Neu- und Ersatzbauten 81.800 € pro Platz, bei sonstigen Herstellungsmaßnahmen 51.130 €, in Ausnahmefällen 58.800 €); nur bei Kurzzeitpflege: Platzbezogene Pauschalförderung mit 511 € pro Platz (§ 6 LPflegEG)	Als Einzelförderatbestand im LPflegEG nicht geregelt nur bei Kurzzeitpflege: Platzbezogene Pauschalförderung mit 511 € pro Platz (§ 6 LPflegEG)	Einzelförderung, in der Regel anteilig an den förderfähigen Kosten (Festbetrag) einer Maßnahme (§ 5 LPflegEG); nur bei Kurzzeitpflege: Platzbezogene Pauschalförderung mit 511 € pro Platz (§ 6 LPflegEG)	nein, im LPflegEG nicht geregelt	Einzelförderung entsprechend der von vollstationären Pflegeeinrichtungen, jedoch lediglich mit hälftigen Baukostenhöchstwerten bzw. Beträgen (§ 5 Abs. 3 Satz 2 LPflegEG) Platzbezogene Pauschalförderung mit 511 € pro Platz (§ 6 LPflegEG)	nein, im LPflegEG nicht geregelt

noch Anlage 8

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

Länder	Förderung und Förderquoten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausrüstung (Erst- investitionen)	Wiederbeschaf- fung Ergänzung (Folge- investitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folge- investitionen)	„alte Last“		
Brandenburg Landespflegege- setz (PflegeG) vom 27.06.1995 in der Bekanntmachung der Neufassung vom 11.05.1998 Pflegeinvestitions- verordnung (PflInvV) vom 13.03.1996 zuletzt geändert durch VO vom 28.06.1997	Aufnahme der Pflegeeinrichtung in den Landespflegeplan und Investitionsplan ist u. a. Voraussetzung für eine Förderung bis zu 90 % (§ 5 Abs. 2 PflegeG, §§ 2, 3 Abs. 2 PflInvV)					Pflegebedarfs- und Investitionsplan wird von Kommunen festgelegt (§ 4 Abs. 1 PflegeG)
ja	ja	ja	ja	ja	ja	

noch 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“		
Bremen Bremisches Ausführungsgesetz zum Pflege-Versicherungsgesetz (BremAG-PflegeVG) vom 26.03.1996 zuletzt geändert durch Gesetz vom 13.06.2000 Verordnung zur Durchführung des BremAGPflegeVG (BremAGPflegeVGV) vom 02.10.1997	Regelförderung: 80 v. H. der investitionsbedingten Aufwendungen bis zur Höchstgrenze von 23,05 € pro tatsächlich belegtem Pflegeplatz pro Tag abzüglich eines nicht förderfähigen Sockelbetrages von 8,95 € (§ 7 Abs. 1 BremAGPflegeVG)				Regelförderung: 100 v. H. der investitionsbedingten Aufwendungen bis zur Höchstgrenze von 23,05 € pro Pflegeplatz pro Tag (§ 7 Abs. 2 BremAG-PflegeVG)	Projektförderung in Höhe von 4 v. H. der für Regelförderung vorgesehenen Haushaltsmittel (§ 10 Abs. 3 BremAGPflegeVG)
	bes. Anmelde- u. Abstimmungsverfahren (§ 6 Abs. 6 BremAG-PflegeVG)	Aufnahme neuer Maßnahmen in die Förderung nur nach vorheriger Anmeldung und Abstimmung nach wirtschaftlichen, haushaltspolitischen und Gesichtspunkten und Bedarfsregionen; als neue Maßnahmen gelten: <ul style="list-style-type: none"> – Schaffung neuer Pflegeeinrichtungen inklusive Ersatzbauten; – Kapazitätsveränderungen bestehender Einrichtungen; – Grundlegende Sanierung/Modernisierung; – Übernahme durch einen anderen Träger. 				

noch 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“		
Hamburg Hamburgisches Landespflegegesetz (HmbPflG) vom 20.06.1996 Landespflegegesetzverordnung (LPGVO) vom 25.06.1996	Primär investive Förderung über Darlehen der Hamburgischen Wohnungsbaukreditanstalt (WK) (§ 7 Abs. 1 HmbPflG) Daneben Zuschüsse möglich im Rahmen der Haushaltsmittel und des Landesrahmenplans (§ 8 HmbLPG) Zusätzlich einkommensunabhängige Einzelförderung für Pflegebedürftige bezogen auf die gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen nach § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI (§ 12 HmbLPG) Für die gesonderte Berechnung nicht geförderter Aufwendungen gelten im Jahr 2003 folgende dynamisierte Kostenrichtwerte: vollstationär und Kurzzeitpflege: 92.786 € (§ 4 Abs. 2 LPGVO) Tages- und Nachtpflege: 30.929 € (§ 6 Abs. 1 LPGVO)				Förderung gem. Förderrichtlinie vom 25.10.2002. Gefördert werden Tagespflegeeinrichtungen mit mindestens 10 Plätzen. Sie erhalten bis zu 9,20 € täglich je belegtem Platz. (§ 9 Abs. 2 HmbLPG)	Ausschließlich Projektförderung (§ 9 Abs. 1 HmbLPG)
	WK-Förderung	Einkommensabhängige Einzelförderung	Einkommensabhängige Einzelförderung	Einkommensabhängige Einzelförderung		
	Fördergrundsätze der WK: 80 % des Kostenrichtwertes als Darlehen; zusätzlich laufender Aufwendungszuschuss bis zu 260 € je Platz und Monat	siehe „alte Last“	1,0 v. H. der Anschaffungs- und Herstellungswerte, bei über 25 Jahre alten Gebäuden 1,3 v. H. (§ 5 Abs. 1 Nr. 4 LPGVO)	Abschreibungen auf betriebsnotwendige Gebäude, techn. Anlagen und Ausstattung. Zinsen für Fremdkapitalverzinsung. Ggf. Miete und Leasing. (§ 5 Abs. 1 Nr. 1,2,3 und 5 LPGVO)		

noch 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“		
Hessen Hessisches Ausführungsgesetz zum Pflege-Versicherungsgesetz vom 19.12.1994 geändert durch Gesetz vom 30.04.1997 Verordnung über die Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen und Sozialstationen vom 02.05.1996	nach Maßgabe des landesweiten Rahmenplanes und der zur Verfügung stehenden Mittel (§ 4 Hessisches Ausführungsgesetz) 70 v. H. bzw. 75 v. H. bei Einrichtungen innerhalb eines Verbundsystems; 90 v. H. bei Einrichtungen der Kurzzeitpflege (§ 5 Abs. 2 der Verordnung)	nein	soweit Sanierungen über bloße Bauunterhaltungs- oder Wiederbeschaffungsmaßnahmen hinausgehen, gilt das zur Erstausrüstung Gesagte	nein	90 v. H. (§ 5 Abs. 2 der Verordnung)	nein

noch Anlage 8

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

Länder	Förderung und Förderquoten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausrüstung (Erst- investitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folge- investitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folge- investitionen)	„alte Last“		
Mecklenburg-Vorpommern Landespflegegesetz (LPflegeG) vom 21.02.1996, zuletzt geändert durch Gesetz vom 18.12.2002	Pauschalförderung durch das Land bis 30. Juni 2003 (§ 10 LPflegeG) Beteiligung der Pflegebedürftigen mit 2,56 € je Tag (§ 11a LPflegeG und § 1 InvestitionsaufwendungsbeteiligungsVO)			Übernahme angemessener Lasten aus notwendigen Investitionsdarlehen bis 31.12.2003 (§ 9 Abs. 4 LPflegeG) Förderung von Entgelten für Miete, Pacht (§ 3 Abs. 5 LPflegeG) bis 31.12.2003	wie stationäre Pflegeeinrichtungen; keine Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen nach § 11a LPflegeG	Förderung als freiwillige Leistung der Landkreise und kreisfreien Städte (§ 5 Abs. 1 LPflegeG)

noch 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“			
Niedersachsen Niedersächsisches Pflegegesetz (NPflegeG) vom 22.05.1996 geändert durch Gesetz vom 18.12.2001	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 (§ 12 NPflegeG)					Vollförderung, außer das für Investitionen eingesetzte Fremdkapital macht mehr als 80 v. H. der Investitionsaufwendungen aus (§ 11 NPflegeG)	landeseinheitliche Investitionskostenpauschale (§ 10 NPflegeG)
Durchführungsverordnung zum NPflegeG (DVO-NPflegeG) vom 20.06.1996	vollstationär bis zu 40 Plätzen: max. 76.700 € pro Platz Kurzzeitpflegeeinrichtungen bis zu 20 Plätzen: max. 76.700 € pro Platz (§§ 3, 4 DVO-NPflegeG)	max. 61.400 € pro Platz bei vollstationären und Einrichtungen der Kurzzeitpflege (§ 4 Abs. 1 DVO-NPflegeG)	Pauschalförderung in Höhe von 1 v.H. des Kostenrichtwertes (§ 7 DVO-NPflegeG)	ja, im Zusammenhang mit dem einkommens- und vermögensabhängigen, bewohnerbezogenen Investitionskostenzuschuss; „Pflegewohngeld“ (§ 13 NPflegeG); begrenzt auf 550 € je Monat oder 18 € je Tag und Platz	teilstationäre Einrichtungen mit bis zu 15 Pflegeplätzen; bei Herstellungs-/ Anschaffungsmaßnahmen max. 30.700 €; bei Modernisierungs-/ Umstrukturierungsmaßnahmen max. 20.500 € (§ 1 DVO-NPflegeG)	Investitionskostenzuschuss von 0,00317 € je Leistungskomplexpunkt, im Übrigen 1,89 € je abgerechnete Pflegeeinheit (§ 2 DVO-NPflegeG). Die Förderpauschale mindert sich nach Maßgabe des auf 20,5 Mio. € budgetierten Mittelvolumens im Umfang der darauf entfallenden Gesamt-Leistungspunkte aller Pflegedienste im Vorjahr	

**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“		
<p>Nordrhein-Westfalen</p> <p>Gesetz zur Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes (Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen – PfGNW) zuletzt geändert durch das Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes vom 8. Juli 2003</p> <p>Verordnung über die gesonderte Berechnung nicht geförderter Investitionsaufwendungen für Pflegeeinrichtungen nach dem Landespflegegesetz (GesBerVO) vom 15. Oktober 2003</p> <p>Verordnung über die allgemeinen Grundsätze der Förderung von Pflegeeinrichtungen nach dem Landespflegegesetz (AllgFörderPflegeVO) vom 15. Oktober 2003</p> <p>Verordnung über die Förderung der Investitionen von Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie über den bewohnerorientierten Aufwendungszuschuss vollstationärer Dauerpflegeeinrichtungen (Pfleghohngeld) – Pflegeeinrichtungsförderverordnung (PflFEinrVO) vom 15. Oktober 2003</p>	<p>Förderung betriebsnotwendiger Investitionsaufwendungen durch bewohnerorientierten Zuschuss für Aufwendungen nach § 82 Abs. 2 Nrn. 1 und 3 SGB XI für Pflegeplätze von Heimbewohnern, die Leistungen nach dem BSHG oder den §§ 25, 25a und c BVG erhalten oder wegen der gesonderten Berechnung nicht geförderter Aufwendungen gemäß § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI erhalten würden (Pfleghohngeld); höchstens bis zur Höhe der anerkenungsfähigen betriebsnotwendigen Kosten (76.600 € pro Platz)</p> <p>Voraussetzung für Neubauförderung vollstationär (Sollvorschriften): Obergrenze 80 Plätze, ortsnahe Errichtung; 50 m² Nettogrundfläche pro Person; 80 % Einzelzimmer; anerkenungsfähige Kosten 1.534 € pro m² AllgFörderPflegeVO § 2</p>	<p>Pauschal gem. GesBerVO</p>	<p>Pauschal gem. GesBerVO</p>	<p>Vollstationär bewohnerorientierter Aufwendungszuschuss für Investitionskosten (Pfleghohngeld) § 12 PfG NW; Pflegeeinrichtungsförderverordnung (PflFEinrVO)</p> <p>teilstationär und Kurzzeitpflege bewohnerorientierter Aufwendungszuschuss für Investitionskosten (§ 11 PfG NW; Pflegeeinrichtungsförderverordnung (PflFEinrVO) auch für die bereits bei Einführung des PflegeVG bestehenden Einrichtungen</p>	<p>Förderung betriebsnotwendiger Investitionsaufwendungen durch Aufwendungszuschuss tagessgenau für tatsächliche Belegungstage § 11 Abs. 1 und 2 PfGNW</p>	<p>Pauschalförderung der ambulanten Pflegedienste nach § 10 Landespflegegesetz in Höhe von 2,15 € pro volle Leistungsstunde nach dem SGB XI (§§ 3 und 4 AmbPFFV)</p>

noch Anlage 8

Länder	Förderung und Förderquoten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausrüstung (Erstinvestitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen)	„alte Last“		
<p>noch Nordrhein-Westfalen</p> <p>Verordnung über die Förderung ambulanter Pflegeeinrichtungen nach dem Landespflegegesetz (AmbPFFV) geändert durch die Verordnung zur Änderung der VO über die Förderung ambulanter Pflegeeinrichtungen nach dem Landespflegegesetz (AmbPFFV) vom 15. Oktober 2003</p>					<p>Bei Kurzzeitpflege: 50 m² 1.534 € pro m²</p> <p>GesBerVO § 3</p>	

noch Anlage 8

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

Länder	Förderung und Förderquoten				
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen			teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausrüstung (Erst- investitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folge- investitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folge- investitionen)		
Rheinland-Pfalz Landesgesetz zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (LPflegeHG) vom 28.03.1995, zuletzt geändert 30.04.2003					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 erstellen den Bedarfsplan; hälftige Förderung durch Land und Kommunen nach Maßgabe der Haushaltsmittel (§ 12 Abs. 2 LPflegeHG)
	Mit Wirkung vom 01.05.2003 wurden die Vorschriften zur Förderung teilstationärer und stationärer Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz aufgehoben.				100 v. H. der betriebsnotwendigen Aufwendungen; zum Teil werden Förderpauschalen vereinbart 10.225,84 € für pflegeergänzende Leistungen Pauschale Förderung von Qualifizierungsmaßnahmen 80 v. H. der angemessenen Personalkosten der Beratungs- und Koordinierungsstellen

noch 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“		
Saarland Gesetz Nr. 1355 zur Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen vom 21.06.1995 in der durch das 2. Haushaltsgesetz vom 9. Juli 2003 geänderten Fassung	Vollstationäre Einrichtungen: nur über Pflegegeld (einkommens- und vermögensabhängig), § 6 der Rechtsverordnung Anschaffungs- und Herstellungskosten über 81.270 € pro Platz werden nicht berücksichtigt, Betrag wird gem. Preisindex für Wohngebäude fortgeschrieben					nein
Rechtsverordnung über die Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen vom 16.01.1997 in der durch das 2. Haushaltsgesetz vom 9. Juli 2003 geänderten Fassung	Kurzzeitpflegeeinrichtungen: maximal 80 % der Kapitalaufwendungen (Zinsen/Tilgung) für förderfähige Investitionskosten (maximal 81.270 € pro Platz, Betrag wird gem. Preisindex für Wohngebäude fortgeschrieben), §§ 4,5 der Rechtsverordnung	nein	wie Herstellung, Wiederbeschaffung, (§ 4 Abs. 3 der Rechtsverordnung)	wie Kurzzeitpflegeeinrichtungen (maximal 35.210 € pro Platz) (§§ 4, 5 der Rechtsverordnung)		

noch 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“		
Sachsen Das Sächsische Pflegegesetz (SächsPflegeG) ist zum 31.12.2002 außer Kraft getreten. Ein neuer Gesetzentwurf befindet sich derzeit im parlamentarischen Verfahren. Eine Investitionsförderung in Form der Objektförderung soll wieder vorgesehen werden.	derzeit nein Eine Wiederaufnahme der Förderung ist im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel geplant.	derzeit nein Eine Wiederaufnahme der Förderung ist im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel geplant.	nein	nein	derzeit nein Eine Wiederaufnahme der Förderung ist im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel geplant.	nein Die Förderung wurde ab 2001 eingestellt. Eine Wiederaufnahme ist derzeit nur für Ausnahmefälle geplant.

noch 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“		
Sachsen-Anhalt Ausführungsgesetz zum Pflege-Versicherungsgesetz vom 07.08.1996 PflegeV-AG	ja (§ 7 Abs. 4 PflegeV-AG)	ja (§ 8 Abs. 1 PflegeV-AG)	nein	grundsätzlich möglich (§ 8 Abs. 3 PflegeV-AG)	ja, Herstellungs- und Anschaffungskosten müssen 127.822,97 € übersteigen	ja, im Verbund mit anderen Pflegeeinrichtungen; Herstellungs- und Anschaffungskosten müssen 76.693,78 € übersteigen

noch 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“		
<p>Schleswig-Holstein</p> <p>Landespflegegesetz (LPflegeG) vom 10.02.1996, zuletzt geändert durch Gesetz vom 15.07.2002</p> <p>Landespflegegesetzverordnung (LPflegeGVO) vom 19.06.1996, zuletzt geändert durch Verordnung vom 14.05.2002</p> <p>Vereinbarung gem. § 6 Abs. 2 LPflegeG über die Gewährung pauschaler Zuschüsse an ambulante Pflegedienste zur Abgeltung laufender Aufwendungen im Sinne des § 82 Abs. 3 SGB XI</p>	<p>bis zu 60 v. H. der förderfähigen Investitionsaufwendungen (§ 5 LPflegeG, § 3 Abs. 2 LPflegeGVO) sowie Pflegegeld bis zu 15,35 € täglich, einkommens- und vermögensabhängig (§ 6 Abs. 4 LPflegeG, § 8 Abs. 1 LPflegeGVO)</p>	<p>ja, wenn die Gesamtversorgung der Pflegebedürftigen nachhaltig verbessert wird (§ 1 Abs. 2 LPflegeGVO)</p>	<p>nur über Pflegegeld (§ 6 Abs. 4 LPflegeG)</p>	<p>nein Pflegegeld bis zu 15,35 € täglich, einkommens- und vermögensabhängig (§ 6 Abs. 4 LPflegeG, § 8 Abs. 1 LPflegeGVO)</p>	<p>bis zu 80 v. H. der förderfähigen Investitionsaufwendungen (§ 5 LPflegeG, § 3 Abs. 2 LPflegeGVO)</p> <p>bewohnerbezogene Investitionskostenzuschüsse von 90 v. H. der Investitionsaufwendungen, bis 10,23 € täglich bei teilstationärer Pflege, bei Kurzzeitpflege bis 15,34 € täglich; einkommensunabhängig (§ 6 Abs. 3 LPflegeG, § 7 LPflegeGVO)</p>	<p>bis zu 80 v. H. der förderfähigen Investitionsaufwendungen (§ 5 LPflegeG, § 3 Abs. 2 LPflegeGVO)</p> <p>pauschale Investitionskostenzuschüsse auf der Grundlage des SGB XI-Umsatzes (3 bis 4 %)</p>

noch 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“		
Thüringen Thüringer Gesetz zur Ausführung des Pflege-Versicherungsgesetzes (ThürAG-PflegeVG) vom 20.06.1996, geändert durch Artikel 5 Haushaltsbegleitgesetz vom 21.12.2000, zuletzt geändert durch Artikel 32 des Gesetzes vom 24.10.2001 Erste Verordnung über die Pauschalförderung nach dem ThürAG-PflegeVG (ThürAG-PflegeVG-PVO) vom 12.12.1996, geändert durch Artikel 6 Abs. 2 Haushaltsbegleitgesetz vom 21.12.2000	bis zu 100 v. H. (§ 6 ThürAG-PflegeVG)	ganz oder teilweise (§ 8 ThürAG-PflegeVG)	Jahrespauschalen Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen 2,56 € täglich (§ 1 ThürAG-PflegeVG-PVO)	grundsätzlich möglich	bis zu 100 v. H.	Förderpauschalen

Anlage 9

Länderspezifische Informationen zur Investitionsförderung**Baden-Württemberg**

In Baden-Württemberg wurden seit Inkrafttreten des Landespflegegesetzes 275 Förderprojekte mit einem Investitionsvolumen von über 900 Mio. Euro auf den Weg gebracht. Auch in den kommenden Jahren ist eine Infrastrukturförderung notwendig mit den folgenden wichtigsten Zielen:

1. Weiterer Ausbau wohnortnaher Versorgungsstrukturen,
2. Ausgleich regionaler Versorgungsdefizite,
3. Umsetzung demenzspezifischer Versorgungskonzepte.

Der Haushaltsansatz für die Pflegeheimförderung konnte noch im Jahr 2002 um rd. 37 v. H. und im Jahr 2003 um 45 v. H. aufgestockt werden. Eine weitere Ausweitung der Förderung ist bei der derzeitigen Haushaltssituation nicht erreichbar – weder auf Landesebene noch auf kommunaler Ebene.

Durch geänderte Förderbestimmungen wird mit den verfügbaren Mitteln eine Ausweitung des förderbaren Investitionsvolumens erreicht. Das Gesamtinvestitionsvolumen des Förderprogramms steigt damit um 60 Prozent von heute 150 Mio. Euro auf künftig 240 Mio. Euro pro Jahr. Das Ziel ist, den Abbau des Förder- und Investitionsstaus mit der geringst möglichen finanziellen Zusatzbelastung der Pflegebedürftigen zu erreichen. Aus diesem Grund wurde die zeitweilig erwogene Umstellung der Förderung auf Darlehen wieder verworfen. Folgende Eckpunkte sind bei der neuen Regelung relevant:

1. Die Förderquote wird für den Dauerpflegebereich von 60 Prozent auf 45 Prozent abgesenkt. Für die Kurzzeit- und Tagespflege bleiben die erhöhten Förderquoten von 80 bzw. 90 Prozent unverändert erhalten. Wie bisher wird auch weiterhin die Förderung zu zwei Drittel vom Land und einem Drittel von den Kommunen getragen.
2. Fördertatbestände und Sonderregelungen werden eingeschränkt. So sollen beispielsweise die Inventarkosten künftig nicht mehr gefördert werden. Mit dieser Einschränkung wird eine Ausweitung der Förderprogramme und gleichzeitig eine Verfahrensvereinfachung erreicht. Die Inventarkosten können im Rahmen einer weitgehend pauschalierten Förderung kaum angemessen berücksichtigt werden. Bei Sanierungsvorhaben entfällt die schwierige Abgrenzung von Erstausrüstung und Ersatzbeschaffung.
3. Bei Neubauvorhaben soll künftig die förderbare Höchstplatzzahl auf 100 Plätze begrenzt werden. Dies entspricht dem Ziel, möglichst wohnortnahe Versorgungsstrukturen mit überschaubaren Einrichtungsgrößen zu schaffen. Die Einschränkung gilt nicht für Fördervorhaben, für die bereits eine Förderempfehlung vorliegt.

4. Die Förderung setzt künftig voraus, dass der Träger grundsätzlich einen Eigenmittelanteil in Höhe von 10 Prozent einbringt. Sofern jedoch die förderbaren Kostenobergrenzen unterschritten werden, verringert sich der erforderliche Eigenmittelanteil entsprechend. Damit wird ein zusätzlicher Anreiz zum Kosten sparenden Bauen geschaffen.

Eine Ausweitung des Investitionsvolumens der Förderprogramme bei gleich bleibendem Fördervolumen bedingt zwangsläufig eine Einschränkung der Förderleistung bei den einzelnen Förderprojekten. Dies hat Auswirkungen auf die Finanzierung und Refinanzierung der Pflegeheiminvestitionen. Mit der reduzierten Förderleistung steigt der Fremdkapitalanteil. In der Folge ergeben sich höhere Investitionskostenanteile bei den Pflegesätzen. In der gesamten vorausgegangenen Diskussion um die Neuordnung der Pflegeheimförderung wurde dies auch immer offen thematisiert. Mit der modifizierten Investitionskostenförderung kann trotz Streckung der Fördermittel die finanzielle Entlastungswirkung noch am ehesten erhalten werden. Im Übrigen stehen den etwas ansteigenden Heimentgelten insbesondere folgende Vorteile gegenüber:

- Die zusätzlich notwendigen Pflegeheimplätze sind rascher verfügbar.
- Die Lebensumstände in den älteren, sanierungsbedürftigen Heimen können zeitnah verbessert werden.
- Der wohnortnahe Ausbau der Pflegeinfrastruktur kann konsequent fortgesetzt werden.

Ohne die jetzt vorgenommene Modifizierung der Pflegeheimförderung müsste in Kauf genommen werden, dass es zu erheblichen Verzögerungen bei der Umsetzung dringend notwendiger Investitionsmaßnahmen kommt. Angesichts des stark steigenden Bedarfs an stationären Pflegeleistungen ist dies jedoch nicht vertretbar. Unter den gegebenen Umständen ist die Neuordnung der Pflegeheimförderung ein notwendiger Schritt. Die pflegebedürftigen Menschen in Baden-Württemberg sollen auch künftig auf eine verlässliche, qualitativ gute, möglichst ortsnahe und bezahlbare Versorgung vertrauen können.

Bayern

In Bayern richtet sich seit dem Inkrafttreten der Pflegeversicherung die Förderung betriebsnotwendiger Investitionsaufwendungen von Altenpflegeeinrichtungen nach den Bestimmungen des Bayerischen Ausführungsgesetzes zum Pflegeversicherungsgesetz (AGPflegeVG) vom 7. April 1995. Die im Einzelnen maßgebenden Fördervoraussetzungen sowie die Zusammensetzung und Höhe der Förderung sind in einer Rechtsverordnung (AVPflegeVG) vom 19. Dezember 1995 geregelt.

In Bayern erfolgt die Investitionsförderung von bedarfsberechtigten ambulanten Pflegediensten ausschließlich durch die zuständige Kommune. Der Zuschuss beträgt im Kalenderjahr bis zu 2 560 Euro je rechnerischer Vollzeitkraft, die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI erbringt.

noch Anlage 9

Bei der Finanzierung von bedarfsgerechten teil- und vollstationären Altenpflegeeinrichtungen beteiligt sich das Land Bayern nach Maßgabe der im Haushalt bereitgestellten Mittel durch die Gewährung von Investitionspauschalen. Voraussetzung hierfür ist eine Förderung der zuständigen Kommune mindestens in gleicher Höhe.

Die zu fördernden teil- und vollstationären Altenpflegeeinrichtungen werden zusammen mit allen Beteiligten in jährlichen Bauprogrammen festgelegt. In die Jahresförderprogramme 2001, 2002 und 2003 wurden insgesamt 232 Altenpflegeprojekte mit einem staatlichen Fördervolumen von rd. 86 Mio. Euro aufgenommen. Davon entfallen rd. 60,7 Mio. Euro auf den Neu- und Umbau von 97 Alten- und Pflegeheimen, 18,4 Mio. Euro auf Modernisierungsmaßnahmen in 84 Heimen und 6,9 Mio. Euro auf die Errichtung von 51 Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen.

Aufgrund der demographischen Entwicklung und der damit verbundenen Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen geht Bayern davon aus, dass in den nächsten Jahren erhebliche Investitionsaufwendungen vor allem für den Ersatzneubau, den Umbau und die Modernisierung bestehender Alten- und Pflegeheime sowie für die Schaffung weiterer Pflegeplätze auf die Kommunen und das Land Bayern im Rahmen der öffentlichen Förderung zukommen werden.

Berlin

Im Land Berlin richtet sich die Förderung von Investitionskosten nach dem neuen Landespflegeeinrichtungsgesetz (LPflegEG) vom 19. Juli 2002 und der Pflegeeinrichtungsförderungs-Verordnung (PflEGföVO).

Als Reaktion auf die vom Bundessozialgericht vorgebrachten verfassungsrechtlichen Bedenken wurde in dem neuen Berliner Landespflegeeinrichtungsgesetz eine Angebotssteuerung durch eine verbindlich vorgegebene Bedarfsplanung, die eine aktuelle Angebotsentwicklung nicht einbezieht, abgeschafft. Für die Einzelförderung muss eine geplante Maßnahme den Zielvorstellungen des Landespflegeplans unter Berücksichtigung bereitstehender Angebote entsprechen, insbesondere dem Abbau von Versorgungs- und Qualitätsdefiziten dienen. Der Wegfall einer bisher für Jahre verbindlichen Aufnahme von Einrichtungen und Plätzen in den Landespflegeplan ermöglicht ein hohes Maß an Flexibilität für erforderliches Verwaltungshandeln und verstärkt die wirkungsorientierte Ausrichtung des Gesetzes. Fördervoraussetzung ist daher die Übereinstimmung mit den Zielen des Landespflegeplans.

Die Investitionskostenförderung erfolgt objektbezogen als Einzelförderung nach § 5 LPflegEG und als Pauschalförderung nach § 6 LPflegEG.

Die Einzelförderung erfolgt als Festbetragsfinanzierung auf der Grundlage von Standard- und Programmvorgaben unter Berücksichtigung von im LPflegEG festgelegten Baukostenhöchstwerten pro Platz; bis zur Änderung des

LPflegEG im Juli 2002 wurde sie als Vollförderung und seit der Änderung in der Regel als Anteilsförderung gewährt. Die in den Standard- und Programmvorgaben enthaltenen Anforderungen sollen für die pflegebedürftigen Bewohner eine gute Wohnqualität bieten, die auch Privatsphäre und Autonomie der Bewohner zulässt, und betriebswirtschaftlich tragbare Strukturen schaffen.

Da das östliche Stadtgebiet des Landes Berlin zugleich Beitrittsgebiet ist und für Einzelfördermaßnahmen im östlichen Stadtgebiet Bundesfinanzhilfen über das Bundesfinanzhilfeprogramm nach Artikel 52 des Pflegeversicherungsgesetzes (PflegeVG) in Anspruch genommen werden können, liegt hier für den Finanzierungszeitraum des Bundesfinanzhilfeprogramms (1995 bis 2004) der Schwerpunkt von Einzelfördermaßnahmen im Land Berlin.

Für das Land Berlin als Stadtstaat ergibt sich darüber hinaus die Besonderheit, dass derzeit fast alle Einzelfördermaßnahmen in bereits bestehenden, im östlichen Stadtgebiet zumeist in ehemals staatlichen Einrichtungen, durchgeführt werden bzw. werden sollen (Umbau- und Modernisierungsmaßnahmen). Die Errichtung von Neubauten bzw. Ersatzneubauten stellt – in Übereinstimmung mit der landesgesetzlichen Regelung von § 5 Abs. 1 Nr. 1 LPflegEG – die Ausnahme dar. Hintergrund hierfür ist u. a., dass kaum Auswahl- bzw. Ausweichmöglichkeiten an geeigneten Grundstücken und Standorten bestehen. Ferner kommen die dem Land Berlin nach Artikel 52 PflegeVG zur Verfügung stehenden Bundesfinanzhilfen in Anbetracht der geringeren Kosten bei Umbau- und Modernisierungsmaßnahmen einer größeren Anzahl von Pflegeeinrichtungen im östlichen Stadtgebiet zugute. Die bisherigen Erkenntnisse von nach Artikel 52 PflegeVG geförderten Einrichtungen zeigen, dass diese in besonders hohem Maße nachgefragt werden. Die Auslastung dieser Einrichtungen liegt über der durchschnittlichen Auslastung aller im Land Berlin am Markt befindlichen Einrichtungen. Es ist erkennbar, dass mit Ablauf des Bundesfinanzhilfeprogramms nach Artikel 52 PflegeVG verstärkt im Westteil der Stadt Investitionsförderungen zur Deckung bestehender Investitionsbedarfe erforderlich werden.

Die Pauschalförderung erfolgt auf der Grundlage der zum Stichtag 1. Januar eines jeden Jahres vorgehaltenen Pflegeplätze. Aufgrund der Änderung des LPflegEG können nur noch Kurzzeit- bzw. Tages- oder Nachtpflegeeinrichtungen eine Pauschalförderung erhalten. Im Jahr 2004 soll sich das zur Veranschlagung vorgesehene Pauschal-fördervolumen auf voraussichtlich rd. 0,9 Mio. Euro belaufen.

Aufgrund des Verwaltungsaufbaus des Landes Berlin erfolgt eine Förderung von Pflegeeinrichtungen ausschließlich durch das Land (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz). Die Auszahlungen bewilligter Fördermittel beliefen sich bzw. werden sich belaufen in den Jahren 2001 bis 2003 auf:

noch Anlage 9

Jahr	Einzelfördermittel*	Pauschalfördermittel	Fördermittel insgesamt
2001	38.323.482,37 €	9.121.540,57 €	47.445.022,94 €
2002	31.577.812,84 €	8.652.605,63 €	40.230.418,47 €
2003	23.942.165,89 €	474.749,00 €	24.416.914,89 €

* Im Rahmen des Bundesfinanzhilfeprogramms nach Artikel 52 PflegeVG.

Über die im Juli 2002 erfolgten Änderungen des Berliner Landespflegeeinrichtungsgesetzes (LPflegEG) hinausgehende nennenswerte Änderungen sind derzeit nicht konkret beabsichtigt.

Bremen

In Bremen erfolgt die Landesförderung durch Zuschüsse zu den jährlich entstehenden investitionsbedingten Aufwendungen (Abschreibungen, Zinsen, Instandhaltungskosten, Mieten/Pachten) voll- und teilstationärer Pflegeeinrichtungen. Das Fördersystem ist so ausgestaltet, dass neuere und deshalb teurere Pflegeheime mit einer relativ höheren effektiven Quote gefördert werden als ältere und deshalb kostengünstigere Heime, sodass die Entlastungswirkung der Pflegebedürftigen dort am höchsten ist, wo sie auch am meisten benötigt wird. Die höchstmögliche effektive Förderquote beträgt gegenwärtig 49 v. H. der tatsächlichen investitionsbedingten Aufwendungen, für die eine Wirtschaftlichkeitsgrenze von 23,05 Euro pro Tag eingeführt wurde. Teilstationäre und Kurzzeitpflegeeinrichtungen erhalten ihre investitionsbedingten Aufwendungen bis zur genannten Wirtschaftlichkeitsgrenze in vollem Umfang vom Land erstattet. Die Förderung ist in jedem Fall an die Belegung der Einrichtung gekoppelt.

Voraussetzung ist die förmliche Aufnahme der jeweiligen Einrichtung in die Förderung, die für alle zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der bremischen Förderregelungen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz existierenden, zuvor nicht geförderten Einrichtungen („alte Last“) pauschal bestätigt wurde. Neue Maßnahmen (zur Schaffung, Modernisierung/Grundsanierung, Kapazitätserweiterung und Betriebsübernahme von Einrichtungen) dagegen bedürfen

eines geregelten individuellen Anmelde- und Abstimmungsverfahrens mit der Förderbehörde, bei dem es vor allem um bauliche und Ausstattungsstandards, Wirtschaftlichkeit und bedarfsgerechte Standortwahl geht. Die Aufnahme erfolgt zudem durch die Verfügbarkeit zusätzlicher Fördermittel zum bestimmten Zeitpunkt. Durch Änderungsgesetz wurde zum 1. Juli 2000 im Bereich der vollstationären Dauerpflege eine vorrangige Berücksichtigung von Maßnahmen der Modernisierung und Grundsanierung festgelegt, da nach Bedarfseinschätzungen Kapazitätserweiterungen zurzeit nicht erforderlich sind. Die finanzielle Förderung wurde in den Jahren 2001 bis 2003 und wird weiterhin entsprechend den haushaltsrechtlichen Möglichkeiten für den bedarfsgerechten Ausbau der vollstationären Pflege und der notwendigen Sanierung bestehender Pflegeplätze eingesetzt.

Neben der Regelförderung für stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen können Projekte gefördert werden, die zur Verbesserung der ambulanten Pflegestruktur beitragen. Im Sinne einer Anschubfinanzierung finden insbesondere innovative Maßnahmen Berücksichtigung, die zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder zur Entwicklung neuer pflegerischer oder betreuerischer Angebote führen. Zum Beispiel wurden Zuwendungen für die Unterstützung und Qualifizierung der ambulanten Sterbegleitung oder die häusliche gerontopsychiatrische Pflege bereitgestellt. Ein Beirat, der vom Landespflegeausschuss benannt wird, berät die Sozialbehörde bei der Vergabe der Zuwendungen.

Aus der folgenden Tabelle ist die Ausgabenentwicklung bei der Förderung der Investitionskosten im Berichtszeitraum zu entnehmen:

	Ist 2001	Ist 2002	Ist 2003
Regelförderung stationäre Einrichtungen	6.824.998,00 €	7.149.158,00 €	8.057.286,00 €
Projektförderung ambulanter Bereich	270.098,00 €	246.348,00 €	272.502,00 €
Gesamt	7.095.096,00 €	7.395.506,00 €	8.329.788,00 €

noch Anlage 9

Hamburg

	2001 Haushaltsergebnis	2002 Haushaltsergebnis	2003 Haushaltsergebnis
	in Tsd. €		
Objektförderung*	5.641	5.577	5.265
Subjektförderung	25.053	25.832	27.607

* Jeweils zuzüglich Darlehensmitteln der Wohnungsbaukreditanstalt Hamburg.

In Hamburg lag der fachliche Schwerpunkt in den Jahren 2001 bis 2003 bei der Förderung der Tagespflege. Es konnte in diesem Bereich eine Steigerung der Platzzahl um über 60 v. H. erreicht werden.

In den Berichtsjahren wurden zugelassene Pflegeeinrichtungen in folgendem Umfang durch öffentliche Mittel des Landes gefördert.

Hessen

In Hessen erfolgt die Investitionsförderung nach Maßgabe des landesweiten Rahmenplanes und der zur Verfügung stehenden Mittel. Dabei sieht die Verordnung über die Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen und Sozialstationen vor, dass die Förderung bei der Herstellung bzw. bei der Erstausrüstung von vollstationären Einrichtungen 70 v. H. beträgt. Bei Einrichtungen innerhalb eines Verbundsystems beläuft sie sich auf 75 v. H., bei Einrichtungen der Kurzzeitpflege und der teilstationären Pflege macht die Investitionsförderung des Landes Hessen 90 v. H. aus. Das Gleiche gilt für Sanierungen, soweit diese über bloße Bauunterhaltungs- oder Wiederbeschaffungsmaßnahmen, die in Hessen nicht gefördert werden, hinausgehen. Die Förderung von ambulanten Pflegeeinrichtungen ist in Hessen nicht vorgesehen.

Die hessische Landesförderung verteilt sich auf verlorene Zuschüsse und auf zinslose Investitionsfondsdarlehen, und zwar derzeit durchschnittlich im Verhältnis $\frac{2}{3}$ zu $\frac{1}{3}$, ab dem 1. Januar 2001 im Verhältnis $\frac{1}{2}$ zu $\frac{1}{2}$.

Der Haushaltsansatz beträgt jährlich derzeit 13,5 Mio. Euro für Zuschüsse und 10 Mio. Euro für Darlehen.

Das Land Hessen hat in den Jahren 2001 bis 2003 Investitionsförderungen im Bereich der Altenhilfe getätigt. Für Erstinvestitionen (Neubau, Erweiterungsbau, Erstausrüstung), Sanierungen und für teilstationäre Einrichtungen und Kurzzeitpflegeeinrichtungen stellte das Land Hessen im Jahre 2001 Gelder in Höhe von 57 184 500 DM bereit. Im Jahr 2002 waren es 30 466 775 Euro, im Jahr 2003 sank der Betrag auf 28 150 075 Euro.

Mecklenburg-Vorpommern

In Mecklenburg-Vorpommern wurden in den Haushaltsjahren 2001 bis 2003 insgesamt 22 064 521,49 Euro aus

Landesmitteln und 3 868 732,44 Euro aus kommunalen Mitteln für den Neu-, Um- und Erweiterungsbau von Pflegeeinrichtungen bewilligt.

Zum 1. Januar 2004 wurde im Rahmen der Novellierung des Landespflegegesetzes von der Objektförderung auf die Subjektförderung (Einführung eines einkommensabhängigen Pflegegeldes) umgestellt.

Niedersachsen

In Niedersachsen hat der Landtag am 10. Dezember 2003 folgende Änderung des Niedersächsischen Pflegegesetzes (NPflegeG) mit Wirkung zum 1. Januar 2004 beschlossen:

Die Förderung von Investitionsaufwendungen von Pflegeeinrichtungen nach dem NPflegeG wird konzentriert auf eine Stärkung der häuslichen Versorgung der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen. Dazu werden pflegebedürftige Personen, die auf die Inanspruchnahme von Pflegediensten, von Tages-/Nachtpflege oder von Kurzzeitpflege angewiesen sind, mit den Investitionsaufwendungen dieser Einrichtungen finanziell nicht belastet. Damit soll dem Wunsch der zumeist alten Menschen entsprochen werden, ihren Lebensabend auch bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit längstmöglich im eigenen Zuhause verbringen zu können. Ein Wechsel ins Pflegeheim aus finanziellen Erwägungen soll vermieden werden. Die Gesetzesänderung dient zugleich der Rechtsbereinigung, Deregulierung und Verwaltungsvereinfachung.

Dasselbe gilt für die von der Landesregierung mit Datum vom 16. Dezember 2003 beschlossene Änderungsverordnung zur Durchführungsverordnung zum NPflegeG. Diese Änderungsverordnung ist zeitgleich mit der Gesetzesänderung zum 1. Januar 2004 in Kraft getreten.

Die Regelungen zur Förderung der Investitionsaufwendungen nach dem NPflegeG beinhalten danach im Einzelnen:

- Förderung der Investitionsaufwendungen von Pflegediensten in Form einer leistungsbezogenen landeseinheitlichen Investitionskostenpauschale (pauschale „Vollförderung“ entsprechend der Rechtslage vor der letzten Gesetzesänderung vom 18. Dezember 2001);

noch Anlage 9

- Förderung der Investitionsaufwendungen von Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen (teilstationäre Pflegeeinrichtungen; Vollförderung der gesondert berechenbaren betriebsnotwendigen Aufwendungen unter Annahme realitätsnaher Auslastung von 80 Prozent);
- Förderung der Investitionsaufwendungen von Einrichtungen der Kurzzeitpflege (Vollförderung der gesondert berechenbaren betriebsnotwendigen Aufwendungen unter Annahme realitätsnaher Auslastung von 85 Prozent) und von Kurzzeitpflegeaufenthalten in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege (so genannte „eingestreute Kurzzeitpflege“).

Pflegebedürftige Menschen in vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege müssen wie bisher grundsätzlich für die Investitionsaufwendungen selbst aufkommen. Bei Vorliegen von Bedürftigkeit treten die gesetzlichen Kostenträger (Sozialhilfe, Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz, Beihilfe etc.) ein. Träger vollstationärer Einrichtungen der Dauerpflege erhalten künftig keine bewohnerbezogenen Aufwendungszuschüsse („Pflegegeld“) mehr. Die Landesförderung nach § 13 NPflegeG wird in das so genannte Quotale System (Sozialhilfe) überführt.

Nordrhein-Westfalen

In Nordrhein-Westfalen wurde im Berichtszeitraum durch eine Novellierung des Landespflegegesetzes (PfGNW) eine Anpassung der Bestimmungen zur Investitionsförderung vorgenommen, die mit dem 1. August 2003 in Kraft getreten ist.

Voraussetzung für die Förderung betriebsnotwendiger Investitionsaufwendungen ist seitdem – in Umsetzung des Bundessozialgerichtsurteils – nicht mehr wie zuvor eine Bedarfsbestätigung durch den überörtlichen Sozialhilfeträger.

Die bislang geleistete vorschüssige Förderung von mit Bedarfsbestätigung anerkannten Pflegeeinrichtungen entfällt seit dem 1. August 2003.

Die Förderung von Investitionskosten (bei Neuerrichtung und Modernisierung) voll- und teilstationärer Einrichtungen erfolgt nunmehr ausschließlich nachschüssig, bei ambulanten Diensten pauschal:

- Ambulante Einrichtungen – unverändert pauschale Förderung von 2,15 Euro (bisher 4,20 DM) pro erbrachter Leistungsstunde,
- Tages- und Nachtpflege – bewohnerorientierter Aufwendungszuschuss bei anererkennungsfähigen Investitionskosten von 1 300 Euro/m² bis 18 m² Nettogrundfläche pro Pflegebedürftigem, unabhängig von dessen Einkommen und Vermögen,
- Kurzzeitpflege – bewohnerorientierter Aufwendungszuschuss bei anererkennungsfähigen Investitionskosten von 1 534 Euro/m² bis 50 m² Nettogrundfläche pro Pflegebedürftigem, unabhängig von dessen Einkommen und Vermögen,
- Vollstationäre Einrichtung – bewohnerorientierter Aufwendungszuschuss (Pflegegeld) bei anerken-

nungsfähigen Investitionskosten von 1 534 Euro/m² bis 50 m² Nettogrundfläche bei nicht ausreichendem Einkommen oder Vermögen (Schongrenze 10 000 Euro) des Pflegebedürftigen.

Rheinland-Pfalz

In Rheinland-Pfalz erfolgt zur Bereitstellung eines flächendeckenden Leistungsangebotes mit ambulanten Hilfen durch das Land und die kommunalen Gebietskörperschaften eine Förderung der betriebsnotwendigen Aufwendungen der Sozialstationen (AHZ) im Sinne von § 82 Abs. 2 Nr. 1 und 3 SGB XI jeweils in Höhe von 50 v. H., insgesamt in Höhe von 100 v. H. der angemessenen Aufwendungen, soweit nicht eine Förderung nach Kostenpauschalen erfolgt.

Im Haushalt des Landes für das Jahr 2003 stehen für die Förderung 2 850 000 Euro zur Verfügung. Die kommunalen Gebietskörperschaften fördern in gleichem Umfang.

Darüber hinaus fördert das Land Rheinland-Pfalz 80 v. H. der angemessenen Personalkosten von Fachkräften in den Beratungs- und Koordinierungsstellen mit insgesamt rd. 5,1 Mio. Euro. Für Qualifizierungsmaßnahmen von Fachkräften der Sozialstationen (AHZ) stehen weitere 349 000 Euro im Landeshaushalt bereit.

Zur Förderung der pflegeergänzenden Leistungen, die von Sozialstationen (AHZ) erbracht werden, hat das Land weitere 685 000 Euro zur Verfügung gestellt. Die kommunalen Gebietskörperschaften fördern die pflegeergänzenden Leistungen in gleichem Umfang.

Bei teil- und vollstationärer Pflege wurde zum 1. Mai 2003 die Förderung der Errichtung oder der grundlegenden Sanierung stationärer Pflegeeinrichtungen eingestellt. Bei nachgewiesenem Bedarf vermittelt das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit zinsgünstige Darlehen der Investitions- und Strukturbank Rheinland-Pfalz.

Damit wird auch im Bereich der Förderung dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung getragen.

Saarland

Im Saarland erfolgt die Förderung im Rahmen einer Investitionsfolgekostenförderung und erstreckt sich auf gemeinnützige und privatrechtliche Träger; alte Finanzierungslasten bestehender Einrichtungen werden ebenfalls gefördert.

Im Bereich der teilstationären und der Kurzzeitpflege werden bis zu 80 v. H. der förderfähigen Investitionsaufwendungen bzw. entsprechender Miet- oder Pacht aufwendungen gefördert, sofern die Pflegeplätze im Rahmen einer besonderen Konzeption gesondert vorgehalten werden. Die förderfähigen Investitionsaufwendungen werden zurzeit in der Kurzzeitpflege bis zu 81 270 Euro pro Platz, in der teilstationären Pflege bis zu 36 210 Euro pro Platz, berücksichtigt. Diese Beträge werden jährlich dem Preisindex für Wohngebäude entsprechend fortgeschrieben.

noch Anlage 9

Im vollstationären Pflegebereich erfolgt die Förderung durch die Bewilligung von einkommensabhängigen bzw. bewohnerbezogenen Aufwendungszuschüssen unmittelbar an die entsprechenden Pflegeeinrichtungen. Die Förderhöchstgrenze beträgt derzeit pro Platz 81 270 Euro und wird jährlich gemäß dem Preisindex für Wohngebäude fortgeschrieben.

Zur Förderung von Investitionsaufwendungen wurden im Landeshaushalt die folgenden Ausgaben getätigt:

2001	8,3 Mio. Euro
2002	9,3 Mio. Euro
2003	10,0 Mio. Euro

Die Anzahl der Personen, die einen bewohnerbezogenen Aufwendungszuschuss in einer vollstationären Pflegeeinrichtung erhalten haben, beziffert sich wie folgt:

2001	1 993 Personen (Stichtag 31.12.2001)
2002	2 067 Personen (Stichtag 31.12.2002)
2003	2 092 Personen (Stichtag 31.12.2003)

Im Berichtszeitraum wurden darüber hinaus durchschnittlich 28 Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit dauerhaft gesondert vorgehaltenem Platzangebot gefördert.

Durch das Gesetz Nr. 1523 über die Zweite Haushaltsfinanzierung 2003 (2. Haushaltsfinanzierungsgesetz 2003) vom 9. Juli 2003 wurde u. a. die Zuständigkeit für die Durchführung der „Hilfe zur Pflege“ und für die Investitionsförderung von Pflegeeinrichtungen auf die Landkreise übertragen. Im Gegenzug wird das Land die komplette Verantwortung für die Durchführung der „Eingliederungshilfe für behinderte Menschen“ übernehmen. Die Übergabehandlungen wurden offiziell am 31. Dezember 2003 abgeschlossen.

In dem Artikelgesetz sind auch die Regelungen über entsprechende Ausgleichszahlungen des Landes enthalten.

Sachsen

In Sachsen wurden und werden im Rahmen des Investitionsprogramms nach Artikel 52 PflegeVG insgesamt 334 stationäre Pflegeeinrichtungen entweder neu gebaut oder grundlegend saniert. Die entsprechenden Bewilligungsbescheide sind bis Ende 2002 erteilt worden, bis Ende 2003 wurden 264 Vorhaben fertig gestellt, 100 davon seit Beginn des Jahres 2001. Die Förderung erfolgte in Höhe von 80 v. H. für vollstationäre Dauerpflegeplätze, in Höhe von 90 v. H. für Tages- und Kurzzeitpflegeplätze und in Höhe von 100 v. H. für Pflegeplätze für Menschen mit Behinderungen. Die öffentliche Förderung teilte sich jeweils in 80 v. H. Bundesmittel und je 10 v. H. aus Mitteln des Freistaates und des jeweiligen Landkreises oder der kreisfreien Stadt. Nach Abschluss des Investitionsprogramms wird der Nachholbedarf bei Investitionen in die Pflege-Infrastruktur in Sachsen etwa ausgeglichen sein.

Daneben wurden bis Ende 2002 Instandhaltungs- und Instandsetzungsaufwendungen von Pflegeheimen pauschal mit 0,30 Euro pro Betreuungstag für vollstationäre und 1,00 Euro je Betreuungstag für teilstationäre Pflegeplätze gefördert; außerdem erfolgte in einigen Fällen auch eine Förderung von Mietzahlungen für Pflegeheime. Das Sächsische Pflegegesetz, das die Rechtsgrundlage für diese Förderung bildete, ist jedoch aufgrund einer gesetzlichen Befristung am 31. Dezember 2002 außer Kraft getreten.

Es wird angestrebt, auch in Zukunft eine Investitionsförderung im Wege der Objektförderung vorzunehmen. Ob und in welcher Höhe hierfür Haushaltsmittel bereitgestellt werden können, hängt jedoch von den derzeit laufenden Haushaltsverhandlungen für die Jahre 2005 und 2006 ab und kann im jetzigen Zeitpunkt noch nicht sicher vorhergesagt werden.

Schleswig-Holstein

In Schleswig-Holstein richtet sich die Investitionskostenförderung von Pflegeeinrichtungen nach dem Landespflegegesetz (LPflegeG) und der Landespflegegesetzverordnung (LPflegeGVO). Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgungsstruktur werden nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel Zuschüsse zur Verbesserung der pflegerischen Versorgungsstruktur, insbesondere zur Stärkung der häuslichen Pflege sowie für qualitätsverbessernde Modernisierungs-, Sanierungs- und Umstrukturierungsvorhaben, gewährt (§ 5 LPflegeG). Darüber hinaus werden Projekte zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung unter Einbeziehung von Maßnahmen gefördert, die nicht vom SGB XI erfasst werden (§ 7 LPflegeG).

Der ebenfalls beabsichtigten Verbesserung der sozialen Absicherung Pflegebedürftiger durch Entlastung von laufenden Investitionskosten dienen Investitionskostenpauschalen für ambulante Pflegedienste (§ 6 Abs. 2 LPflegeG) und bewohnerbezogene Zuschüsse an stationäre Pflegeeinrichtungen. Diese Zuschüsse werden bei teilstationärer Pflege und Kurzzeitpflege unabhängig vom Einkommen und Vermögen der oder des Pflegebedürftigen gewährt (§ 6 Abs. 3 LPflegeG); bei vollstationärer Dauerpflege sind sie einkommens- und vermögensabhängig (§ 6 Abs. 4 LPflegeG).

Zuständig für die Gewährung von Zuschüssen nach dem Landespflegegesetz sind im Regelfall die Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein. Insbesondere bei Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung nach § 7 LPflegeG kann abweichend davon die Zuständigkeit des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz vereinbart werden. Maßgebend für die örtliche Zuständigkeit ist bei der Objektförderung, bei den Investitionskostenpauschalen an ambulante Pflegedienste sowie bei Maßnahmen nach § 7 LPflegeG der Standort der Pflegeeinrichtung.

Bei den bewohnerbezogenen Zuschüssen zu laufenden betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen stationärer Pflegeeinrichtungen sind hingegen die Kreise und kreisfreien Städte örtlich zuständig, die im Falle der Sozialhilfeberechtigung für die Pflegebedürftigen zuständig wären oder bereits Leistungen der Sozialhilfe erbringen. Die Zuschüsse werden im Übrigen nur für Pflegebedürftige gewährt, für die ein Sozialhilfeträger in Schleswig-Holstein die Kosten der Sozialhilfe endgültig trägt oder im Falle der Sozialhilfeberechtigung zu tragen hätte. Damit können diese Zuschüsse auch für Pflegebedürftige gewährt werden, die sich in Einrichtungen außerhalb von Schleswig-Holstein aufhalten, wenn die Zuständigkeit eines schleswig-holsteinischen Sozialhilfeträgers weiterhin gegeben ist.

Die Zuschüsse nach dem Landespflegegesetz werden auf Antrag gewährt. Anspruchsberechtigt sind grundsätzlich nur Pflegeeinrichtungen, die den Regelungen des SGB XI uneingeschränkt unterliegen (§ 4 Abs. 6 LPflegeG). Diese Einschränkung gilt nicht für Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung nach § 7 LPflegeG, da auch Projekte und Maßnahmen im Vor- und Umfeld von Pflege und Pflegebedürftigkeit gefördert werden können.

Die Aufwendungen für die Durchführung des Landespflegegesetzes werden – in Anlehnung an die derzeit geltende Kostenaufteilung in der Sozialhilfe – grundsätzlich zu 39 v. H. vom Land und zu 61 v. H. von den Kreisen und kreisfreien Städten getragen. Bei Maßnahmen nach § 7 LPflegeG können abweichend davon andere Regelungen zur Kostenaufteilung getroffen werden. Die Aufwendungen für Investitionsmaßnahmen der öffentlich-rechtlichen Fachkliniken werden im Übrigen weiterhin allein vom Land getragen.

Die Ist-Ausgaben des Landes Schleswig-Holstein für Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegeinfrastruktur bzw. zur Durchführung des Landespflegegesetzes betragen seit Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes bis Ende 2002 rd. 108 Mio. Euro. Unter Berücksichtigung

der Finanzierungsanteile der Kreise und kreisfreien Städte ist in dem genannten Zeitraum von Gesamtaufwendungen in Höhe von etwa 257 Mio. Euro auszugehen.

Thüringen

In Thüringen erfolgt die Investitionsförderung nach dem Thüringer Gesetz zur Ausführung des Pflege-Versicherungsgesetzes (ThürAGPflegeVG). Nach § 8 Abs. 3 ThürAGPflegeVG werden Belastungen von Pflegeeinrichtungen im Zusammenhang mit der Aufnahme von Darlehen für notwendige Investitionsausgaben gefördert. Für diesen Zweck hat das Land Thüringen im Haushaltsjahr 2001 6,8 Mio. Euro, im Haushaltsjahr 2002 5,5 Mio. Euro und im Jahr 2003 6,4 Mio. Euro bereitgestellt.

Die Förderung von Nutzungsentgelten nach § 9 ThürAGPflegeVG beinhaltet die Förderung von Entgelten von Pflegeeinrichtungen für abgeschlossene Nutzungsvereinbarungen, also Miet- oder Pachtverträge über Gebäude und Anlagegüter. Sie erfolgt unter der Voraussetzung, dass die Nutzung und das Nutzungsentgelt anstelle der Herstellung wirtschaftlich sind. Hierfür wurden im Haushaltsjahr 2001 6,7 Mio. Euro, im Haushaltsjahr 2002 5,1 Mio. Euro und im Haushaltsjahr 2003 6,9 Mio. Euro bereitgestellt.

Nach § 10 ThürAGPflegeVG erfolgt eine Pauschalförderung für die Aufwendungen der stationären Pflegeeinrichtungen. Dieses sind Aufwendungen für die Wiederbeschaffung und Ergänzung kurzfristiger Anlagegüter, kleine bauliche Maßnahmen bis zu 38 400 Euro sowie die Instandhaltung und Instandsetzung von Anlagegütern. Im Haushaltsjahr 2001 belief sich die Förderung auf 2,9 Mio. Euro, im Haushaltsjahr 2002 auf 2,4 Mio. Euro und 2003 auf 2,5 Mio. Euro.

Die Förderung der Investitionsaufwendungen in Thüringen führt nach Angabe des zuständigen Landesministeriums dazu, dass die Belastung der Pflegebedürftigen in der weit überwiegenden Anzahl stationärer Pflegeeinrichtungen in den Jahren 2001, 2002 und 2003 bei höchstens 2,56 Euro pro Pfl egetag lag.

Anlage 10

Aktivitäten und Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung einer qualitäts- und leistungsgerechten Versorgung von Pflegebedürftigen in den Ländern

Aus den einzelnen Ländern wurden folgende Informationen über Aktivitäten und Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung einer qualitäts- und leistungsgerechten Versorgung von Pflegebedürftigen zur Verfügung gestellt:

Baden-Württemberg

Kampagnen zur Gewinnung von Pflegekräften

Die Bedarfsprognosen gehen bis zum Jahr 2010 von einem zusätzlichen Bedarf von etwa 10 000 Fachkräften (davon 4 000 Pflegefachkräften) allein in der Altenpflege aus. Die Untersuchungen im Rahmen des Projektes „Dritt-Sektor-Qualifizierung in der Altenhilfe“ kommen sogar zu einem zusätzlichen Personalbedarf in der Altenpflege bis zum Jahr 2010 von 12 600 Fachkräften. Dazu kommt eine derzeit nicht bezifferbare Zahl von Pflegefachkräften in den Krankenhäusern aufgrund eines seit Jahren konstanten Personalbestands bei gleichzeitiger Steigerung der Fallzahlen und der Schwere der Pflegebedürftigkeit älterer Menschen im Krankenhaus.

Das Land Baden-Württemberg hat im Jahre 2002 eine breit angelegte Werbe- und Imagekampagne für Pflegeberufe gestartet. Ein zentrales Ziel der Kampagne ist es, Schulabgängerinnen/Schulabgänger, berufliche Umsteiger sowie Wiedereinsteigerinnen/Wiedereinsteiger nach der Familienphase für eine Berufswahl in der Pflege zu gewinnen.

Darüber hinaus sollen das Ansehen und die Wertschätzung der Pflege in der Öffentlichkeit so verbessert werden, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege auf ihren verantwortungsvollen Beruf stolz sein können, in ihm eine Zukunft sehen und ihm möglichst lange treu bleiben.

Die Kampagne ist als Dachkampagne auf mehrere Jahre angelegt und lässt Raum für vielfältige regionale Aktionen.

Ein zentrales Medium der Kampagne – neben vielfältigen anderen Pressematerialien und -aktivitäten – ist das Internetportal www.berufe-mit-sinn.de.

Das Land hat für die Werbe- und Imagekampagne für die Jahre 2002 und 2003 ein Budget von 460 000 Euro zur Verfügung gestellt. Zusätzlich konnten 163 000 Euro aus einer zurückliegenden Kampagne durch die Pflegekassen und die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft bereitgestellt werden.

Dem Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart, wurden 2002 50 000 Euro Zuschuss für die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojektes „Integrative Pflegeausbildung“ bewilligt. Diese Studie dient als Vorbereitung weiterer Maßnahmen auf dem Gebiet der integrativen Pflegeausbildung.

Nach derzeitigem Stand konnte die Zahl der Schülerinnen/Schüler in den privaten Altenpflegefachschulen kontinuierlich gesteigert werden auf über 4 100 im Schuljahr 2003/2004. Alle angebotenen Ausbildungsplätze im Land wurden vermittelt.

Die Werbe- und Imagekampagne Pflegeberufe ist angelegt bis mindestens 2005. Eine Entscheidung über die Höhe der Mittel, die für 2004 bereitgestellt werden, steht derzeit noch aus.

Qualitätsoffensiven, Kampagnen zur Qualifikation

Die Qualität der Pflege in Baden-Württemberg ist generell gut. Zur Aufrechterhaltung und Fortentwicklung des Qualitätsstandards ist sowohl externe als auch interne Qualitätssicherung erforderlich.

Im Bereich der stationären und teilstationären Altenhilfe wird die externe Qualitätssicherung durch die Heimaufsichtsbehörden und den Medizinischen Dienst der Krankenkassen wahrgenommen. Das Land unterstützt die Arbeitsgemeinschaften zwischen den Verbänden der Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen und den Heimaufsichtsbehörden auf örtlicher und auf Landesebene und führt jährlich eine Tagungsveranstaltung mit Vertretern aller Arbeitsgemeinschaften durch. Angesichts der produktiven Zusammenarbeit in den einzelnen Arbeitsgemeinschaften kann im Bedarfsfall eine Koordinierung der Prüftätigkeiten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen und der Heimaufsichtsbehörden erreicht werden, um die Effizienz der Prüfungen zu erhöhen. Um die Heimaufsichtsbehörden fachlich zu unterstützen und fortzubilden, veranstaltet das Land Baden-Württemberg regelmäßig Grundlagenseminare, Fachtagungen und Dienstbesprechungen. Es konnten ferner personelle Verstärkungen bei unteren Heimaufsichten erreicht werden.

Mit Abschluss des Rahmenvertrags für vollstationäre Pflege gemäß § 75 SGB XI im Jahr 2002 wurde der rechtliche Rahmen geschaffen, dass Heime zur Verbesserung der Pflegequalität um bis zu 10 v. H. mehr Pflegepersonal einsetzen können.

Für alle am Pflegebereich interessierten Menschen und Organisationen findet seit 1997 jährlich der Landespflegetag statt, der ein Forum zur Beschäftigung mit aktuellen Themen bietet. 2003 lautete das Thema „DRGs – neue Chancen für die Pflege?“.

Zur Realisierung der Mitwirkung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern und damit ebenfalls zur Sicherung der Pflegequalität wurden im Rahmen des Bundesmodellprojektes „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ vom Landesseniorenrat mit Unterstützung des Landes zwei Broschüren erarbeitet mit den Titeln „Mitwirkung im Heim – Unterstützung der Heimbeiräte“ sowie „Anlaufstelle Pflege im Heim – Ein Leitfaden für Seniorenräte“.

noch Anlage 10

Fachveranstaltungen und Projekte tragen zu Verbesserungen und Innovationen im Pflegebereich bei. Personelle Verstärkung und Fortbildung der unteren Heimaufsichtsbehörden fördern das gute Funktionieren der Heimaufsicht.

Aus finanziellen Gründen wird der Landespflegekongress künftig nur noch im Zwei-Jahres-Rhythmus stattfinden können. Das Land wird weiterhin die Heimaufsichtsbehörden mit Fortbildungsmaßnahmen unterstützen und die Zusammenarbeit mit Pflegekassen und Medizinischem Dienst der Krankenversicherungen fördern.

Bayern

Gesamtkonzept zur Verbesserung der Qualität der Pflege in Bayern

Auf Dauer lässt sich eine Verbesserung der Qualität der Pflege nur durch mehr und besser aus-, weiter- und fortgebildetes Personal bewerkstelligen. Dies bedeutet auch, dass mehr Geld zur Finanzierung von Personalmehrungen zur Verfügung stehen muss. Da die Leistungen der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung im stationären Bereich im Jahr 1996 unverändert sind, müssen derzeit die steigenden Kosten von den Heimbewohnern alleine getragen werden.

Teil 1: Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegequalität (insbesondere Aus-, Fort- und Weiterbildung, Schnittstelle Hauswirtschaft/Pflege, Qualitätskontrolle, Modellprojekt für Bürokratieabbau in der Pflege)

Teil 2: Konzept zur Finanzierung von Personalmehrungen im stationären Bereich (3-Stufen-Plan)

Teil 3: Maßnahmen zur Personalgewinnung

zu Teil 1:

– Bayerische Leitlinien für vollstationäre Pflege

Sie geben vor, wie die Pflege, Betreuung und Versorgung in Pflegeeinrichtungen erfolgen soll. Sie dienen als Grundlage für die Entwicklung einrichtungsbezogener Pflegestandards.

– Bayerisches Konzept für die Fort- und Weiterbildung sowie Supervision und Coaching in der ambulanten Pflege

Es beschreibt, über welche Fähigkeiten alle Beschäftigten in der ambulanten Altenpflege unabdingbar verfügen müssen.

– Bayerisches Konzept für die Fort- und Weiterbildung sowie Supervision in der stationären Altenhilfe

Es beschreibt, über welche Fähigkeiten alle Beschäftigten in der stationären Altenpflege unabdingbar verfügen müssen.

– Bayerische Konzeption für Fort- und Weiterbildung in gerontopsychiatrischer Pflege

Sie legt verbindliche Rahmenbedingungen und Inhalte für Fortbildungen sowie für die Weiterbildung in gerontopsychiatrischer Pflege fest und betrifft den stationären, teilstationären und ambulanten Bereich.

– Leitfaden zur Schnittstellengestaltung betreffend die Kooperation von Hauswirtschaft und Pflege in stationären Einrichtungen der Altenhilfe

Er dient dazu, mit Blick auf die neuen Wohn- und Betreuungsformen in der stationären Altenhilfe hauswirtschaftliche und pflegerische Aufgabenbereiche aufeinander abzustimmen.

– Fortbildungskonzept Heim-Management – Wirtschaftliche Leitung und personalorientierte Führung von Alten- und Pflegeheimen

Die Leitungskräfte in den Heimen sollen im Rahmen einer verantwortlichen und qualifizierten Wahrnehmung ihrer Führungsaufgaben, den Personal- und Sachmitteleinsatz koordinieren und leiten. Hierdurch tragen sie zur Steigerung der Pflegequalität, der wirtschaftlichen Leistungserbringung und der beruflichen Zufriedenheit der pflegenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei.

– Fachtagung und Wettbewerb „Innovative Betreuungskonzepte für demenziell erkrankte ältere Menschen in der stationären Altenhilfe“ (Abschluss Ende 2003)

Mindestens 50 v. H. der Bewohner von Alten- und Pflegeheimen leiden an demenziellen Erkrankungen. Zur Verbesserung der Situation dieser Menschen sollen innovative Betreuungskonzepte unter Einbeziehung verschiedenster ganzheitlicher Ansätze (z. B. Snoezelen, Biografiearbeit nach Prof. Böhm) umgesetzt werden.

– Fachtagung zur Sturzprophylaxe

Durch verstärktes Bewegungstraining und verschiedene andere Maßnahmen (z. B. Einsatz von Hüftprotektoren zur Vermeidung von Oberschenkelhalsfrakturen) können zahlreiche Stürze verhindert bzw. deren Folgen vermindert werden. Dadurch werden die Lebensqualität der älteren Menschen verbessert und zusätzlich Kosten für die medizinische Behandlungspflege vermieden.

– Aktionstag zur attraktiven Arbeitszeitgestaltung in der Pflege älterer Menschen

Durch flexible Arbeitszeitmodelle soll die Attraktivität der Pflegeberufe gesteigert und die Personalgewinnung erleichtert werden.

– Filmprojekt zur interkulturellen Altenpflege (Multimedia-DVD)

noch Anlage 10

– **Forschungsprojekt zu den Erfolgsfaktoren in der stationären Altenhilfe (Befragung von Bewohnern, Mitarbeitern, Angehörigen). Abschluss des Projektes erfolgt Ende des Jahres 2003**

Anhand von Zufriedenheitsparametern sollen Kriterien für den Erfolg einer stationären Einrichtung ermittelt werden.

– **Entbürokratisierung der Pflegedokumentation**

Die managementCare GmbH (Benediktbeuern) hat im Juni 2002 im Auftrag des Bayerischen Sozialministeriums ein Konzept zur „Entbürokratisierung“ der Pflegedokumentation in der stationären Pflege vorgelegt. Die Neukonzeption bezieht sich sowohl auf die Inhalte als auch auf die organisatorischen und fachlichen Rahmenbedingungen für die Erstellung der Pflegedokumentation. Im Zeitraum von Oktober 2002 bis Ende Oktober 2003 wurde das Konzept in einer bayerischen Pflegeeinrichtung modellhaft erprobt und wird nach Projektabschluss allen Einrichtungen zur Verfügung gestellt.

– **Änderung der Zuständigkeit bei den Heimaufsichtsbehörden**

In Bayern sind seit 1. Januar 2002 nicht mehr die Regierungen, sondern die Kreisverwaltungsbehörden (Landkreise und kreisfreie Gemeinden) für die Heimaufsicht zuständig. Hierdurch soll insbesondere der Gedanke der Bürgernähe gefördert werden.

– **Imagekampagne „Altenpflege in Bayern“**

Ziele der Kommunikationskampagne:

- Anstoß eines breiten und andauernden Dialogs in der Gesellschaft, da die Gesamtproblematik in den kommenden Jahren eine besondere Herausforderung darstellt und eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist;
- Verbesserung der Akzeptanz der Pflegeberufe; hier: besondere Hinweise auf Bedeutung der Berufe, aber auch darauf, dass es sich um einen attraktiven, zukunftssicheren, vielseitigen, verantwortlichen Beruf handelt, für den man jedoch unbedingt soziales Engagement mitbringen muss;
- Personalgewinnung, hierbei Hinweis, dass natürlich flankierend eine Reihe von Maßnahmen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen erfolgen muss

zu Teil 2:

Aus fachlichen Gesichtspunkten hält es der bayerische Landespflegeausschuss für erforderlich, den durchschnittlichen Personalschlüssel in stationären Einrichtungen auf 1 : 2,2 anzuheben. Wegen der Finanzierung der auftretenden finanziellen Mehrbelastungen wurden die Bundesratsinitiativen zum Qualitätssteigerungsgesetz Pflege (sofortige Verlagerung der Kosten der Behandlungspflege von der Pflege- in die Krankenversicherung)

und zum Personalverstärkungsgesetz Pflege (Anhebung der Pflegeversicherungsleistungen im stationären Bereich um Inflationsausgleich von 5 v. H.) gestartet.

Trotz deren Ablehnung hat die Bayerische Staatsregierung in einem ersten Schritt ab dem Jahr 2002 im kommunalen Finanzausgleich jährlich 6,4 Mio. Euro zur Verbesserung der Situation in der stationären Pflege zur Verfügung gestellt. Das Verhandlungsangebot der Pflegekassen und der Bezirke für den durchschnittlichen allgemeinen Pflegepersonalschlüssel liegt derzeit bei 1 : 2,4.

zu Teil 3:

Ziel einer langfristig angelegten Seniorenpolitik muss es sein, die Attraktivität der Berufe in der Altenpflege zu erhalten und zu steigern. Die bestehenden Rahmenbedingungen führen dazu, dass insbesondere in den Ballungsräumen ein Mangel an geeigneten Pflegekräften zu verzeichnen ist. Zudem muss der hohen Fluktuation bei den Pflegekräften entgegengewirkt werden. Hierzu ist nach Auffassung der Bayerischen Staatsregierung ein Bündel von Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in der stationären Altenpflege erforderlich. Mit seiner Umsetzung ist das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen in Zusammenarbeit mit einer Vielzahl von Stellen, Organisationen und Verbänden beauftragt bzw. gefordert. Der folgende Überblick zeigt die Vielschichtigkeit der Thematik sowie ausgewählte Projekte auf.

Förderungen die in den Bereich der Altenpflege/Altenhilfe neu aufgenommen worden sind

- Neue Pflegemodelle
- Rehabilitative/aktivierende Pflege
- Medizinisch-pflegerischer Bereich
- Unterstützung und Hilfestellung für pflegende Angehörige
- Schulung von ehrenamtlich Tätigen

Förderung von Modellen/Projekten

- Umsetzung des psychobiografischen Pflegemodells nach Erwin Böhm in einer vollstationären Pflegeeinrichtung
- Pflege der Profis
Das durch das Bundesgesundheitsministerium und den Freistaat Bayern geförderte Modellprojekt zielt darauf ab, durch das Erlernen verschiedener Techniken zur Selbstpflege, Strategien gegen den Burnout professioneller Pflegekräfte zu entwickeln.
- Offensive „Ehrenamt und Pflege“
Ziel ist die Entlastung von Pflegekräften von pflegefremden Tätigkeiten durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer.

noch Anlage 10

- Verbesserung der Ausbildung von Pflegekräften durch Stärkung der Praxisanleitung
- Anwerbung von arbeitssuchenden Pflegekräften in den anderen Ländern.

– **Ausländische Pflegekräfte**

Neu geschaffen wurde die Möglichkeit für Pflegekräfte mit einer im Ausland abgeschlossenen Ausbildung zur/zum Krankenschwester/Krankenpfleger ein halbjähriges Praktikum in einer Altenpflegeeinrichtung mit verpflichtenden Fortbildungsmaßnahmen und einer Abschlussprüfung absolvieren zu können und danach als Fachkraft im Sinne des Heimgesetzes anerkannt zu werden.

Berlin

1. Rahmenkonzeption für die Betreuung und Pflege demenziell erkrankter pflegebedürftiger Menschen in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Von den in den vollstationären Pflegeeinrichtungen lebenden Menschen weisen etwa die Hälfte demenzielle Veränderungen auf. Der Anteil der demenziell erkrankten Bewohner ist in den Pflegeeinrichtungen unterschiedlich groß. Bei ca. 10 bis 15 v. H. dieser Bewohner gehen die demenziellen Veränderungen mit starken Verhaltensauffälligkeiten einher. Diese stark ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten machen ein Zusammenleben mit nicht dementen Bewohnern unmöglich. Durch die Bildung segregativer Wohngruppen und Berücksichtigung des besonderen pflegerischen Versorgungs- und Betreuungsbedarfs dieser mobilen, verhaltensauffälligen Bewohner, deren Demenz medizinisch-therapeutisch nicht beeinflussbar ist, können die Verhaltensauffälligkeiten erheblich vermindert werden und insgesamt die Qualität der Pflege und Betreuung dieses Personenkreises verbessert und weiterentwickelt werden.

Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz und die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Berlin haben in enger Abstimmung mit Experten konzeptionelle und inhaltliche Anforderungen an die segregative Betreuung und Pflege demenziell erkrankter pflegebedürftiger Menschen mit stark ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten in vollstationären Pflegeeinrichtungen erarbeitet.

Diese „Konzeptionellen und inhaltlichen Anforderungen an die Betreuung und Pflege demenziell erkrankter pflegebedürftiger Menschen in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ (Rahmenkonzeption) dient der Sicherstellung einer an den speziellen Bedürfnissen der o. a. Pflegebedürftigen ausgerichteten Pflege und Betreuung in den vollstationären Pflegeeinrichtungen im Land Berlin. Es werden spezifische fachliche, personelle, sachliche, bauliche und organisatorische Voraussetzungen beschrieben, die die Pflegeeinrichtungen beim Aufbau eines Pflegebereichs für diese Bewohner berücksichtigen sollen. Als Schwerpunkt sind die Anforderungen an ein entsprechendes Pflegekonzept formuliert. Bei der Erarbeitung eines

speziellen Pflege- und Betreuungskonzeptes ist außerdem der Inhalt der Ergänzungsvereinbarung zum Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zu berücksichtigen.

Nach Auffassung der Senatsverwaltung und der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Berlin bilden die Rahmenkonzeption und die Ergänzungsvereinbarung eine geeignete und umsetzbare Grundlage für eine verbesserte Versorgung der demenzerkrankten Pflegebedürftigen mit starken Verhaltensauffälligkeiten auf qualitativ hohem Niveau.

Der Landespflegeausschuss hat in seiner Sitzung am 30. Januar 2003 empfohlen, die Erfüllung der in der Rahmenkonzeption und der Ergänzungsvereinbarung formulierten Anforderungen zur Bedingung für die Konzipierung segregativer Wohnbereiche und den Abschluss einer Leistungs- und Qualitätsvereinbarung zu machen.

2003 wurden bereits in sechs Pflegeeinrichtungen demenzerkrankte Pflegebedürftige nach diesem besonderen Konzept gepflegt; sie erhalten eine gesonderte Pflegevergütung. Die Rahmenkonzeption ist auf der Internetseite der Senatsverwaltung veröffentlicht.

Weitere 36 Pflegeeinrichtungen haben Konzepte zur Bewertung bei den Kostenträgern eingereicht.

2. Rahmenkonzeption für die Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen mit schweren und schwersten neurologischen Schädigungen (Wachkoma/Remissionsphase) in der Phase F

Der Landespflegeausschuss in Berlin empfahl in seiner 18. Sitzung am 29. Mai 2002, eine gemeinsame Rahmenkonzeption für die Pflege und Betreuung von hirngeschädigten Pflegebedürftigen im Wachkoma zu erarbeiten. Die Rahmenkonzeption sollte mit dem Ziel erstellt werden, dass Rehabilitationspotenziale der o. a. Pflegebedürftigen in den Pflegeeinrichtungen erkannt und gefördert werden können und insgesamt die Qualität der Pflege und Betreuung dieses Personenkreises weiterentwickelt wird.

Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz und die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Berlin haben in enger Abstimmung mit der Landesarbeitsgemeinschaft Phase F eine „Rahmenkonzeption für die Pflege und Betreuung von Pflegebedürftigen mit schweren und schwersten neurologischen Schädigungen (Wachkoma/Remissionsphase) in der Phase F“ erarbeitet. Sie dient der Sicherstellung einer an den speziellen Bedürfnissen der o. a. Pflegebedürftigen ausgerichteten Pflege und Betreuung in den vollstationären Pflegeeinrichtungen im Land Berlin. Sie zeigt die Möglichkeiten in der vollstationären Pflege von Menschen mit schwersten Hirnschädigungen auf, die derzeit nicht oder nicht ausreichend rehabilitationsfähig sind und dauerhaft auf pflegerische, soziale und therapeutische Hilfen in vollstationären Pflegeeinrichtungen angewiesen sind. Die Rahmenkonzeption beschreibt spezifische fachliche, personelle, sachliche, bauliche und organisatorische

noch Anlage 10

Voraussetzungen, die die Pflegeeinrichtungen beim Aufbau eines Pflegebereichs für Bewohner in der neurologischen Rehabilitationsphase F berücksichtigen sollen. Als Schwerpunkt sind in der Rahmenkonzeption die Anforderungen an ein entsprechendes Pflegekonzept formuliert.

Nach Auffassung der Senatsverwaltung und der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Berlin bildet die Rahmenkonzeption eine geeignete und umsetzbare Grundlage für eine verbesserte Versorgung der hirngeschädigten Pflegebedürftigen auf qualitativ hohem Niveau.

Der Landespflegeausschuss hat in seiner Sitzung am 30. Januar 2003 empfohlen, hirngeschädigte Pflegebedürftige im Wachkoma (Phase F) nur in Pflegeeinrichtungen, die die Vorgaben der Rahmenkonzeption umsetzen, zu versorgen. Für bestehende Pflegeeinheiten wurde eine angemessene Übergangsfrist empfohlen. Der Landespflegeausschuss empfahl ferner, die Umsetzung der Rahmenkonzeption zur Bedingung für den Abschluss einer Leistungs- und Qualitätsvereinbarung zu machen.

Im Jahr 2003 werden bereits in 14 Pflegeeinrichtungen Pflegebedürftige im Wachkoma (Phase F) nach diesem besonderen Konzept gepflegt und erhalten eine gesonderte Pflegevergütung.

Die Rahmenkonzeption ist auf der Internetseite der Senatsverwaltung veröffentlicht.

3. Rahmenkonzeption Beatmungspflichtige

1997 hat die zuständige Senatsverwaltung versucht, den Bedarf an Pflegeheimplätzen für dauerhaft beatmungspflichtige Menschen zu ermitteln. Die schwierigen Recherchen haben zu dem Ergebnis geführt, dass etwa neun Plätze erforderlich wären. Eine Pflegeeinrichtung hat 1998 in enger Abstimmung mit den Kostenträgern die räumlichen und personellen Voraussetzungen zur Pflege und Versorgung dauerhaft beatmungspflichtiger Pflegebedürftiger mit hochgradiger Bewegungseinschränkung geschaffen. Seither besteht in dieser Pflegeeinrichtung ein Wohnbereich für diesen Personenkreis mit neun Plätzen. Die Kostenträger haben mit dieser Pflegeeinrichtung eine Zusatzvereinbarung geschlossen.

Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz und die Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Berlin haben einen Entwurf einer „Rahmenkonzeption für die Pflege und Betreuung von dauerhaft beatmungspflichtigen Pflegebedürftigen“ erarbeitet, der sich in der Abstimmung befindet. Diese Rahmenkonzeption dient der Sicherstellung einer an den speziellen Bedürfnissen der betroffenen Pflegebedürftigen ausgerichteten Pflege und Betreuung in den vollstationären Pflegeeinrichtungen im Land Berlin.

Nach Auffassung der Senatsverwaltung und der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Berlin wird die Rahmenkonzeption eine geeignete und umsetzbare Grundlage für eine verbesserte Versorgung der dauerhaft beatmungspflichtigen Pflegebedürftigen auf qualitativ hohem Niveau bilden.

4. Personal

Zunahme des Umfangs der sozialen Betreuung

In den ehemaligen Seniorenheimen wurde ein Sozialdienst und erhaltenstherapeutische Leistungen nur für die zum 1. Juli 1992 eingeführte 3. Pflegestufe vorgehalten. Durch die Veränderung in der Belegungsstruktur und der Zunahme des Anteils demenziell erkrankter Menschen hat sich hier ein erheblich höherer Bedarf ergeben.

Zunahme der Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft – Benennung von Qualitätsbeauftragten

Die Aufgaben der verantwortlichen Pflegefachkraft sind durch das SGB XI erheblich gegenüber bisherigen Pflegedienstleistungen verändert worden. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung e. V. haben dazu geführt, dass die Pflegekassen zunehmend die Freistellung der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Stellvertretung von der direkten Pflege und die zusätzliche Benennung eines Qualitätsbeauftragten fordern. Diese Forderung wird durch die im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz neu aufgenommene Zulassungsvoraussetzung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements verstärkt.

Kosten- und Leistungsträger haben folgende Personalschlüssel ermittelt:

Verantwortliche Pflegefachkraft	=	1 : 100
Sozialarbeiter/in	=	1 : 200
Qualitätsbeauftragte/r	=	1 : 200

und ab 1. Januar 2003 für diesen Personalmehrbedarf einen Zuschlag von 2,50 Euro vereinbart.

Es ist geplant, die Rahmenkonzeption baldmöglichst dem Landespflegeausschuss vorzulegen. Von drei Pflegeeinrichtungen liegen Konzepte zur Bewertung vor. Nach Auffassung der Senatsverwaltung und der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Berlin unterstützt diese Maßnahme die Pflegeeinrichtungen bei einer qualitätsgerechten Versorgung der Heimbewohner.

5. Personalqualifizierung

Das in den Lernbereichen Geriatrie und Gerontopsychiatrie in den Berufsausbildungen – nach Rückmeldungen aus der Praxis gilt das auch für die Altenpflegeausbildung – vermittelte Fachwissen ist noch nicht ausreichend, um den Praxisanforderungen gerecht zu werden. Daher ist es unumgänglich, allen an der Pflege, Betreuung und Versorgung beteiligten Mitarbeitern die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vermitteln, die sie in die Lage versetzen, im Umgang mit diesen Menschen adäquate Techniken, Methoden und Maßnahmen anzuwenden. Dies bezieht sich insbesondere auf die Bereiche Kommunikation und Interaktion.

noch Anlage 10

Zu den Voraussetzungen zur Bildung segregativer Wohngruppen gemäß der Rahmenkonzeption gehören eine gerontopsychiatrische Zusatzqualifikation der Wohngruppenleiter mit 400 Stunden und für alle anderen Beschäftigten eine Basisqualifikation von 120 Stunden.

Im Land Berlin wurden unter der Moderation der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz curriculare Rahmenbedingungen für die Basisqualifikation von 120 Stunden und die Zusatzqualifikation von 400 Stunden erarbeitet.

In einem weiteren Schritt wird ein Rahmenlehrplan für die Zusatzqualifikation entwickelt werden. Es ist beabsichtigt, beide Qualifikationen als Module in die im Land Berlin gesetzlich geregelte psychiatrische Weiterbildung zu integrieren.

Durch landeseinheitliche curriculare Rahmenbedingungen wird ein vergleichbares Niveau der Angebote erreicht, das die Auswahl für Interessenten und die Anerkennung durch die Kostenträger erleichtert.

Die curricularen Rahmenbedingungen werden dem Landespflegeausschuss vorgelegt.

Brandenburg

Im Mittelpunkt der vom Land Brandenburg unternommenen Initiativen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der pflegerischen und betreuenden Versorgung steht die Notwendigkeit, die Pflegeeinrichtungen dabei zu unterstützen, Selbstverständnis, Konzeption, Qualifikationsstruktur und ggf. auch Baulichkeiten auf die dramatisch veränderte Nachfragestruktur anzupassen. Pflege verlagert sich zunehmend in höhere Lebensalter, in denen das Risiko einer demenziellen Erkrankung deutlich zunimmt.

Im Frühjahr 2003 hat das Land hierzu das Gutachten „Demenz als sozialpolitische Herausforderung“ (erstellt von ISGOS Berlin) veröffentlicht. Das Gutachten prognostiziert auf der Grundlage von Prävalenzraten und Bevölkerungsentwicklung die quantitativen Herausforderungen, analysiert die vorhandene Versorgungsstruktur und arbeitet die Aufgaben heraus, die zu bewältigen sind.

Der Landespflegeausschuss Brandenburg hat im Jahr 2000 die Arbeitsgruppe „Verbesserung der pflegerischen Versorgung von Demenzkranken“ eingesetzt. Im Juli 2001 wurden „Leitlinien zur Betreuung und Pflege von Demenzkranken in stationären Pflegeeinrichtungen“ verabschiedet. Derzeit wird zwischen den hierfür zuständigen Partnern verhandelt, einige zentrale Forderungen dieser Leitlinien als konkrete Leistungsverpflichtung der Einrichtungsträger in den Landesrahmenvertrag nach § 75 SGB XI aufzunehmen.

Weitere Aktivitäten zum Thema:

- Durchführung eines gemeinsamen Workshops mit KDA und Alzheimergesellschaft Landesverband Brandenburg zur „Milieugestaltung in Wohnbereichen von stationären Pflegeeinrichtungen“, Juni 2003

- Seit 2001: Förderung einer ganzen Personalstelle beim Landesverband der Alzheimergesellschaft. Zusätzlich ist die Koordinierung des Aufbaus niedrigschwelliger Angebote nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz dort angesiedelt worden, um Synergieeffekte zu erzielen.

- Förderung der jährlich stattfindenden Alzheimertage

- In 2001 und 2002: Förderung der Jahrestagung der „Qualitätsgemeinschaft Pflege“, ein Zusammenschluss von Einrichtungen der LIGA der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege im Land Brandenburg, um gemeinsam Stabilitätsstandards und Selbstevaluationsverfahren zu erarbeiten.

- Begleitung des Modellprojekts „Clara-Zetkin-Haus“ (ambulante Hausgemeinschaft in der Stadt Brandenburg)

Bremen

In Bremen wurde eine gemeinsame Arbeitsgruppe zwischen den Pflegekassen, dem MDK, dem Gesundheitsamt und der Heimaufsicht eingerichtet, um die Koordination und inhaltliche Abstimmung zu verbessern. Durch diese Arbeitsgruppe werden auch Veranstaltungen mit den Heimträgern zur Qualitätssicherung initiiert und durchgeführt.

In den letzten Jahren hat sich die Inanspruchnahme stationärer Pflegeplätze – bezogen auf die über 75-jährigen Einwohner – weiter kontinuierlich erhöht. Ein Grund für diese Entwicklung ist mit dem Funktionswandel der Kurzzeitpflegeeinrichtungen verbunden. Um differenziertere Daten über die Gäste der Kurzzeitpflege zu erhalten, wurde eine Untersuchung zu den Krankheitsbildern, zum therapeutischen Bedarf und zur notwendigen Verweildauer durchgeführt. Auf dieser Grundlage werden veränderte Konzepte der Kurzzeitpflege entwickelt. Ziel dieser Bemühungen ist, nach dem Kurzzeitpflegeaufenthalt eine häusliche pflegerische Versorgung zu ermöglichen.

Gemeinsam mit den Pflegekassen wird eine Beratungsstelle für pflegende Angehörige finanziert, die für Bremen zentral und regional Gruppenangebote und qualifizierte Beratung – insbesondere für Demenzkranke und deren Angehörige – betreibt.

In Bremen wurde die erste ambulante Wohngemeinschaft für Demenzkranke eröffnet. Eine Tagespflegeeinrichtung wurde speziell für Demenzkranke eingerichtet. Im stationären Bereich stellen sich zunehmend Einrichtungen auf das Hausgemeinschaftsprinzip um, weil dadurch ein günstiges Milieu für den hohen Anteil Demenzkranker entsteht.

Um die Übergänge von der ambulanten Versorgung Sterbender in das Hospiz zu verbessern, wurden Kooperationsverträge zwischen dem Hospiz und den ambulanten Hospizvereinen geschlossen.

In Bremen wurde für die Abschlussjahrgänge an den Schulen eine Kampagne zur Gewinnung von Pflegekräften durchgeführt.

noch Anlage 10

Hamburg

1. Imagekampagne Altenpflege

Bis zum Jahr 2015 rechnet die Behörde für Soziales und Familie aufgrund der demographischen Entwicklung mit einer Steigerung der Zahl der Pflegebedürftigen um rd. sieben Prozent. Bei unveränderter Personalzahl je Pflegebedürftigem in der ambulanten und stationären Pflege werden deshalb im Jahr 2015 rd. 1 000 zusätzliche Beschäftigte in der Pflege benötigt.

Die Behörde für Soziales und Familie ist zu der Auffassung gelangt, dass eine gezielte Öffentlichkeitskampagne erheblich zur Verbesserung des Ansehens der Altenpflege beitragen könnte. Indem eine solche Kampagne die Bereitschaft fördert, eine Berufsausbildung in einem Pflegeberuf sowie eine berufliche oder ehrenamtliche Tätigkeit in der Altenpflege zu beginnen, verbessert sie die Akzeptanz der Altenpflege in der Gesellschaft und wirkt dem Fachpersonalmangel mittelfristig entgegen.

Die Behörde für Soziales und Familie hat diese Kampagne in Zusammenarbeit mit Trägern von Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen, Altenpflegesschulen, dem Arbeitsamt und dem Landes-Seniorenbeirat über einen ca. 12-monatigen Verlauf, im April 2003 mit einer Pressekonferenz gestartet.

Die zentralen Botschaften werden bei möglichst vielen Gelegenheiten und an möglichst zahlreichen geeigneten Stellen in der Stadt transportiert. Zentrale Auftakt- und Abschlussveranstaltungen, Plakataktionen, ein Internetauftritt mit Stellen- und Ausbildungsbörse, Veranstaltungen in den Pflegeeinrichtungen sowie Unterrichtseinheiten zur Berufsorientierung in den allgemeinbildenden Schulen bilden den Kern der Aktivitäten.

Viele Pflegeheime berichten, dass die Zahl der Bewerber um die Ausbildungsplätze in diesem Jahr merklich gestiegen sei, was sie auch auf die Kampagne zurückführen. So haben im August 2003 über 220 Auszubildende mit einer Altenpflegeausbildung begonnen – das sind rd. 20 Prozent mehr als in den vergangenen Jahren, in denen durchschnittlich 180 Personen mit einer Ausbildung begannen.

Seit Beginn der Imagekampagne melden sich auch vermehrt Betriebe bei der Behörde für Soziales und Familie, die künftig selbst Pflegekräfte ausbilden wollen: Zum 1. August 2003 haben zwölf weitere Pflegedienste bzw. Heime eine solche Ausbildung für Fachkräfte erstmalig selbst übernommen. Insgesamt bilden damit in Hamburg 113 Pflegedienste und Pflegeheime aus.

Die Imagekampagne wird noch bis März 2004 aktiv von der Behörde für Soziales und Familie und allen Anbietern begleitet. Die endgültigen Ergebnisse werden zu einem späteren Zeitpunkt ausgewertet werden. Auf alle Fälle kommt derartigen flankierenden Maßnahmen zur Ausbildung von Pflegepersonal eine hohe Bedeutung zu.

2. Qualifizierungsoffensive

Der Fachkräftemangel und die Zunahme an Pflegebedürftigen aus der Sicht der demographischen Entwicklung in Hamburg ließ den Landespflegeausschuss Überlegungen anstellen, Nachqualifikationen für Mitarbeiterinnen und

Mitarbeiter in der Altenpflege mit langjähriger Praxiserfahrung in verkürzter Ausbildungsform zu organisieren.

Kooperationspartner für das Projekt Qualifizierungsoffensive:

- Europäischer Sozialfond
- Arbeitsamt
- Pflegebetriebe und -einrichtungen
- Behörde für Soziales und Familie

Maßnahmen, die parallel ablaufen und überwacht werden:

- Weiterbildungskurse mit vorgeschaltetem Auswahlverfahren,
- Sprachkurse für Bewerberinnen mit Sprachdefiziten,
- Jobrotation (2 Funktionen >> Entlastung der Betriebe und (Re)-Integration von Arbeitslosen),
- Pilotberatungsprojekte bezüglich innovativer Arbeitszeitkonzepten zur attraktiven Gestaltung des Arbeitsfeldes Altenpflege.

Für insgesamt 300 Teilnehmerinnen in drei Jahren wurde eine Finanzierung von den Kooperationspartnern in Höhe von rd. 6,6 Mio. Euro bereitgestellt.

Bis Ende 2003 starteten elf Kurse mit insgesamt rd. 220 Teilnehmern, davon wurden vier Kurse bereits erfolgreich abgeschlossen. Vier weitere Kurse beginnen im Jahr 2004.

Zurzeit kann Hamburg die Möglichkeiten nutzen, noch bis 2006 (Übergangsregelung nach § 31 AltPflG) auch Hauptschüler/innen zu qualifizieren.

Im Übrigen sind die in der Anlage 10 zum Zweiten Bericht genannten Initiativen in die regelhafte Versorgung übergegangen.

Hessen

Die schrittweise landesweite Einführung des Personalbedarfsermittlungsverfahrens „P.L.A.I.S.I.R.“[©] wurde im Landespflegeausschuss beschlossen. Unter der Leitung des Sozialministeriums wird dieser Beschluss von einem Projektbeirat umgesetzt. Nach Auswertung der hierbei gewonnenen Evaluationsergebnisse werden sowohl der Landespflegeausschuss als auch die Vertragsparteien des Rahmenvertrages auf Landesebene eine verbindliche Vereinbarung treffen.

Mecklenburg-Vorpommern

1. GENA – Das „Gerontopsychiatrische Netzwerk Angehörigenarbeit Mecklenburg-Vorpommern“

Das „Gerontopsychiatrische Netzwerk Angehörigenarbeit Mecklenburg-Vorpommern“ ist ein Bundesmodellprojekt im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ des BMFSFJ. Es wurde vom Bund und vom Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern gefördert und in Kooperation mit der AOK Mecklenburg-Vorpommern in Trägerschaft des ISBW durchgeführt.

noch Anlage 10

Das Hauptziel des Projektes ist die Entwicklung und Umsetzung eines Unterstützungskonzeptes für Familien, in denen gerontopsychiatrische Menschen betreut und gepflegt werden. Dabei geht es um die Verbesserung der psychosozialen Situation der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Kernbausteine sind:

- Angeleitete Gesprächsgruppen für pflegende Angehörige (Pflege- und Betreuungskurs für Angehörige Demenzkranker)
- Betreuungsangebote für Demenzkranke (Betreuungsgruppen und Laienhelfer)
- Aufbau von regionalen Netzwerken Angehörigenarbeit und Aufbau eines landesweiten Netzwerkes Angehörigenarbeit.

2. Modellprojekt „Sektorale Entwicklungspartnerschaft in der Altenhilfe“ (SEPIA) im Rahmen der EU-Gemeinschaftsinitiative EQUAL

Das o. a. Projekt hat die Entwicklung und Erprobung von Modellen zur Bekämpfung von Ungleichheiten auf dem Arbeitsmarkt durch Förderung des lebenslangen Lernens und der Anpassungsfähigkeit von Unternehmen und Arbeitnehmerinnen zum Gegenstand.

Das Hauptziel des Vorhabens ist es, im Rahmen eines regionalen Netzwerkes auf der Basis der bisher gewonnenen Erkenntnisse ein Qualifizierungskonzept für Präsenzkkräfte in der Dementenbetreuung zu entwickeln und die Erprobungsphase mit arbeitslosen Teilnehmerinnen durchzuführen, die dadurch einen Chance auf dem Arbeitsmarkt bekommen. Interessierte Praxispartner sind bereits gefunden, die über die Projektkoordination zu einem regionalen Netzwerk verbunden werden sollen, um durch den Austausch von Praxiserfahrungen die konzeptionelle Weiterentwicklung zu gewährleisten und dadurch gemeinsam Ansätze der Qualitätssicherung für diesen Bereich zu entwickeln.

Niedersachsen

Die im Zweiten Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung aufgeführten Projekte

- Entwicklung neuer Kooperationsformen in der ambulanten Versorgung (care- und case-management) des Zentrums für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen der Ärztekammer Niedersachsen,

- Erprobung präventiver Hilfen zur Vermeidung von Gewalt gegen ältere Menschen durch die Landeshauptstadt Hannover (mit Förderung des Bundes),
- Erprobung der Vernetzung von Versorgungsstrukturen für demenziell Erkrankte durch ambulante gerontopsychiatrische Zentren in der Landeshauptstadt Hannover (mit Förderung des Bundes)

sind abgeschlossen; die Forschungsergebnisse liegen verschriftlicht vor. Zum erstgenannten Projekt hat sich im Nachgang am Ort der Modellerprobung (Stadt Oldenburg) ein Förderkreis zur Fortführung der im Modell entwickelten Kooperationsstrukturen gebildet. Die im zweiten Projekt gewonnenen Erkenntnisse sind in den Aufgabenbereich der zwischenzeitlich von der Region Hannover (Zusammenschluss von Stadt und Landkreis Hannover) eingerichteten Koordinierungsstelle „Pflege“ einbezogen worden. Das Angebot an gerontopsychiatrischen Zentren konnte mangels Anschlussfinanzierung bei einem Objekt durch kommunale Zuwendungen nach Ablauf der Modellphase gesichert werden. Für das Jahr 2004 sind – übergangsweise – zur Bestandssicherung dieses und eines weiteren Zentrums in Braunschweig im Rahmen freiwilliger Leistungen Landesmittel bereitgestellt. Für eine fachlicherseits zu begrüßende dauerhafte Sicherung und flächendeckende Entwicklung solcher wohnungsnahen und zugehenden Versorgungsstrukturen bedürfte es aus Sicht des Landes entsprechender bundesrechtlicher Verpflichtungen der Leistungsträger.

Landesseitig initiiert und gefördert wurden folgende neuen Projekte:

- Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (z. B. Einführung von Qualitätsmanagementverfahren) im Rahmen des Dialog Soziales Niedersachsen „Älterwerden in Niedersachsen“,
- Einführung und Erprobung niedrigschwelliger Betreuungsangebote im Sinne von § 45c SGB XI (siehe auch Abschnitt C.I.4.),
- landesweite Personalinitiative Pflege; Förderung einer Leitstelle beim Landesarbeitskreis „Personalinitiative Pflege“.

(Nähere Informationen hierzu unter www.pflegeleitstelle-niedersachsen.de)

noch Anlage 10

Bezeichnung	Ziel/Inhalt	Finanzierung/ Rechtsgrundlage
Generelle Maßnahmen		
Norddeutsches Zentrum für Weiterentwicklung der Pflege	Initiierung und Förderung von Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Pflege; Länderübergreifende Koordinierung von Programmen sowie bei Rechts- und Verwaltungsvorschriften; Förderung von Veröffentlichungen, länderübergreifenden Fachgremien, Fachtagungen	institutionelle Förderung auf der Grundlage eines Staatsvertrages der Länder Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein. Mecklenburg-Vorpommern hat Gaststatus
Landesfachbeirat Psychiatrie	Beratung der Landesregierung in allen Fragen der psychiatrischen Versorgung; einschlägig: Arbeitsgruppen zur psychiatrischen Pflege	laufende Zuwendungsförderung des Landes
Förderungen vorpflegerischer Maßnahmen	Förderung der Organisation von hauswirtschaftlichen Hilfen und der sozialen Beratung im Vor- und Umfeld von Pflege. Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit; case-management bei ambulanter Pflege; psychosoziale Beratung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen	Zuwendungsförderung auf der Grundlage von Richtlinien; hälftige kommunale Anteilsfinanzierung
Pflegerahmenplan (Stand: Mai 2000)	Grundlagen zur Entwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur; Informationen über regionale Versorgungsdisparitäten; Planung der pflegerischen Versorgungsstruktur für Personengruppen mit besonderem Hilfebedarf. Vorgabe von Planungsdaten (z. B. zur baulich-räumlichen Gestaltung von stationären Pflegeeinrichtungen)	Niedersächsisches Gesetz zur Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen (NPflegeG). Der Pflegerahmenplan ist von den Kommunen bei der örtlichen Pflegeplanung zu berücksichtigen
Tagespflege für pflegebedürftige Menschen Empfehlungen des niedersächsischen Landespflegeausschusses für Einrichtung und Betrieb	landeseinheitliche Strukturqualität von Tagespflegeeinrichtungen	Empfehlung des Landespflegeausschusses gem. § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB XI vom 18. März 1999
Rahmenkonzept zur vollstationären Pflege von Schädel-Hirngeschädigten in Pflegeeinrichtungen der Phase „F“ in Niedersachsen	landeseinheitliche Strukturqualität von Einrichtungen zur vollstationären pflegerischen Versorgung von Schädel-Hirngeschädigten der Phase „F“ unter Einschluss der diesbezüglichen Versorgung von dauerbeatmungspflichtigen Personen	Empfehlung des Landespflegeausschusses gem. § 92 Abs. Satz 2 SGB XI am 29. November 2000
Benennung von Ansprechpartnern für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen bei den zuständigen Heimaufsichtsbehörden	Erleichterung eines direkten Zuganges der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner und ggf. ihrer Betreuer zur Heimaufsicht. Die Benennung erfolgt in jedem Heim.	HeimG; Weisung an die untere Heimaufsichtsbehörden durch die zuständige oberste Landesbehörde (MFAS)

noch Anlage 10

Bezeichnung	Ziel/Inhalt	Finanzierung/ Rechtsgrundlage
noch Generelle Maßnahmen		
Stichprobenprüfungen nach § 80 SGB XI	Der Medizinische Dienst Niedersachsen hat auf Anregung des Fachministeriums bereits seit dem Jahr 2000 die Zahl der Stichprobenprüfungen neben anlassbezogenen Prüfungen erheblich verstärkt. So wurden z. B. im Zeitraum 1. Oktober 2001 bis 31. Dezember 2002 153 anlassbezogene und 163 Stichprobenprüfungen durchgeführt. Das Prüfgeschehen konzentrierte sich dabei im Wesentlichen auf die vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege. Die Landesorganisationen der Pflegekassen haben nunmehr nach Gesprächen mit dem Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit beschlossen, die Quote der Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI von bisher 12 % auf mindestens 15 % aller Einrichtungen (zurzeit 345 Einrichtungen) jährlich auszuweiten. Davon sollen mindestens 150 stationäre und 50 ambulante Einrichtungen als Stichprobe geprüft werden.	Verwaltungsmittel der gesetzlichen Pflegekassen
Gesetz über Berufsbezeichnungen und die Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen Verordnung über die Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen	Berufsstärkung in den Pflegeberufen durch normengerechte zeitgemäße Regelung von Weiterbildungen; Eröffnung des Zuganges zu Leistungen des Gesetzes zur Förderung der beruflichen Aufstiegsfortbildung (so genanntes Meister-BAFöG); Eröffnung des Zuganges zu fachspezifischen Hochschulausbildungen	Gesetz vom 16. Dez. 1999 (Nds. GVBl. Nr. 25/1999, Seite 4266); Verordnung vom 18. März 2002 (Nds. GVBl. Nr. 10/2002, S. 86)

noch Anlage 10

Bezeichnung	Ziel/Inhalt	Finanzierung/ Rechtsgrundlage
Einzelmaßnahmen		
Untersuchung zu den Pflegeeinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI	Empirische Untersuchung zur Zielerreichung der Vorschrift des SGB XI über die so genannten Pflegepflichtzeitsätze (Qualitätssicherung bei Pflegegeldbezug)	Projekt abgeschlossen, Bericht liegt vor
Modellerprobung „Ambulante psychiatrische Versorgung in ausgewählten Regionen Niedersachsens“	Vermeidung von stationärer Behandlung und Pflege oder von Heimpflege durch koordinierte Erbringung von ambulanten Versorgungsleistungen (personenzentrierter Ansatz; Fallkonferenzen der örtlich Beteiligten) von andernfalls stationär versorgungsbedürftigen Personen mit einer psychischen Erkrankung (ohne gerontopsychiatrischen Formenkreis); Überprüfung der Kostenwirksamkeit der Maßnahmen Der Modellerprobung liegt ein Konzept der Niedersächsischen Arbeitsgemeinschaft für ambulante psychiatrische Pflege beim Landesfachbeirat Psychiatrie (s. o.) aus 1997 zugrunde	Leistungen nach SGB V, SGB XI und BSHG durch die Leistungsträger Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation: Projekt abgeschlossen, Bericht liegt vor
Pflegetruftelefon	verbesserte Erkenntnis über konkrete Qualitätsmängel in der Pflege, Einleitung von Abhilfe sowie Beratung für pflegebedürftige Personen und Pflegenden	Sozialverband Deutschland (ehem. Reichsbund), Lvb. Niedersachsen, aus Eigenmitteln nach Initiative des MFAS
Kurzzeitpflege als qualifizierte Übergangspflege	Gesetzeszielentsprechende Qualifizierung der Kurzzeitpflege als Übergangspflege nach § 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI. Die Erarbeitung eines Rahmenkonzepts zu Leistungen und zur Gestaltung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Niedersachsen „Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI als Übergangspflege zur Sicherung der häuslichen Pflege“ ist abgeschlossen. Das Rahmenkonzept enthält auch Aussagen zur personellen Besetzung und zur baulich-räumlichen Gestaltung solcher Einrichtungen sowie das Muster eines aus der Praxis heraus entwickelten Überleitungsbogens.	Empfehlung des Landespflegeausschusses vom 30. Januar 2003
Niedersächsischer Preis für Qualitätsmanagement in der stationären Pflege	Informationsgewinnung und Weitergabe über trägerinterne Beiträge zur Qualitätssicherung und Entwicklung in Pflegeeinrichtungen. Anerkennung herausragender Beispiele. Der Preis wurde in 2001 für stationäre und in 2002 für ambulante Pflegeeinrichtungen ausgelobt. Für stationäre Einrichtungen wurde an drei Einrichtungen ein Preis vergeben, bei den ambulanten Diensten wurde mangels unzureichender Beteiligung hinsichtlich Zahl der Bewerber und Qualität der Bewerbungen (zugrundegelegt: EFQM-Modell) keine Preisvergabe vorgenommen. Die Durchführung weiterer Auslobungen ist vor diesem Hintergrund vorläufig nicht vorgesehen. Die Erfahrungen haben Anlass zur Durchführung der Projektförderung zur Einführung von Qualitätsmanagement-Verfahren bei kleinen Pflegeeinrichtungen gegeben (siehe nachfolgende Ausführungen).	Projektförderung

noch Anlage 10

Bezeichnung	Ziel/Inhalt	Finanzierung/ Rechtsgrundlage
noch Einzelmaßnahmen		
Einführung, Erprobung und Evaluierung von Qualitätsmanagement in kleineren Pflegeeinrichtungen nach SGB XI in Niedersachsen	Kleinere Pflegeeinrichtungen werden fachlich und finanziell bei der Einführung und Weiterentwicklung des gesetzlich vorgegebenen Qualitätsmanagements unterstützt und auf die anstehenden Leistungs- und Qualitätsnachweise vorbereitet. Dazu führt ein beauftragtes Unternehmen nach Qualitätsanalysen mit internem Audit bei den beteiligten Pflegeeinrichtungen Qualitätszirkel mit Gruppenberatungen, monatlichen Workshops und Ergebniskontrollen durch. Die Maßnahme dauert ein Jahr und schließt mit einem Ausblick auf weitere Qualitätsmanagementschritte sowie einer Darstellung der erreichten Qualifizierungsreife nach DIN EN 9001–2000 für jede Pflegeeinrichtung.	Das Land führt nach einer Empfehlung des Landespflegeausschusses gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB XI die Maßnahme durch und trägt die Hälfte der anfallenden Kosten.

Nordrhein-Westfalen

Gefördert durch die Landesregierung werden zurzeit in NRW u. a. folgende Projekte zur Qualitätssteigerung in der Pflege durchgeführt:

- Modellprojekt „Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege demenziell Erkrankter“,
- Modellprojekt „Beratungsstelle ‚Demenz im Alter‘“,
- Modellprojekt Gewinnung, Schulung und Begleitung von Ehrenamtlichen zur Entlastung pflegender Angehöriger von Demenzerkrankten,
- Entwicklung eines Einarbeitungs- und Fortbildungskonzepts für Mitarbeiter/innen für gerontopsychiatrisch erkrankte alte Menschen,
- Errichtung einer Beratungsstelle für die Pflege von Demenzerkrankten,
- Beratungs- und Betreuungszentrum für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen,
- Aufbau einer trägerübergreifenden Beratungsstelle zur Verbesserung der Versorgung Demenzerkrankter in Mönchengladbach,
- Kompetenzwerkstatt „Häusliche Pflege demenziell Erkrankter“,
- Entwicklung von Instrumenten zur Pflegemarktbeobachtung,
- Referenzmodell Nordrhein-Westfalen.

Weitere Hinweise zu Projekten:

Auf Initiative des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen ist das Projekt „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Einrichtungen“ durchgeführt worden. Dieses Untersuchungsvorhaben hat einen Beitrag dazu geleistet, die in vielen Bereichen noch lückenhafte Informationsgrundlage zur Beschreibung und Beur-

teilung von Strukturen der Pflegebedürftigkeit und des Leistungsgeschehens in stationären Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Ausgehend von den erhobenen Daten wurden auch Anforderungen an das Leistungsangebot herausgearbeitet, denen sich die vollstationäre pflegerische Versorgung heute und in Zukunft stellen muss.

Die Zielsetzungen des Projekt konkretisieren sich in folgenden Aufgaben:

1. Darstellung der pflegerischen Problemlagen bzw. des Profils der Pflegebedürftigkeit von Heimbewohnern, u. a. im Blick auf den zunehmenden Anteil demenziell erkrankter Heimbewohner.
2. Beschreibung von Struktur und Umfang der in vollstationären Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen, wobei insbesondere aufgezeigt werden soll, wie hoch der Leistungsumfang in den Bereichen „Hilfen bei Alltagsverrichtungen“, „Behandlungspflege“, „Psychosoziale Betreuung/spezielle psychiatrische Pflegeinterventionen“ und „indirekte Leistungen“ ausfällt.
3. Analyse des Verhältnisses zwischen Pflegestufen, Leistungsaufwand und pflegerischen Problemlagen, damit auch die Beantwortung der Frage, wie die gegenwärtige Reichweite der Pflegeversicherung vor dem Hintergrund der Pflegebedürftigkeit und des Leistungsgeschehens in vollstationären Pflegeeinrichtungen zu beurteilen ist. Diese Untersuchungsaufgabe konzentriert sich auf die Gruppe der Heimbewohner mit Problemlagen, die aus gerontopsychiatrischen Erkrankungen erwachsen.
4. Untersuchung der Probleme und Versorgungsanforderungen im Rahmen des nächtlichen Leistungsgeschehens, die im Zusammenhang stehen mit den bei gerontopsychiatrisch Erkrankten oft zu beobachtenden Unruhezuständen und ihrer viel zitierten Nachtaktivität.

noch Anlage 10

5. Untersuchung qualitativer Dimensionen des Leistungsgeschehens (in erster Linie durch die Gegenüberstellung von pflegerischen Problemlagen einerseits und Art, Umfang und Form der erbrachten Leistungen andererseits).
6. Untersuchung der Qualifikationsanforderungen in der Pflege, die sich aus der Struktur pflegerischer Problemlagen der Bewohner und aus der Leistungsstruktur ergeben.

Kern der Untersuchung war eine breit angelegte empirische Erhebung, in die 27 vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen mit jeweils einer Wohntage-/Pflegegruppe einbezogen waren. Damit liegen Daten über die Pflegebedürftigkeit und Versorgung von insgesamt 731 Bewohnern vor. Die Daten zum Leistungsgeschehen umfassen über 300 000 dokumentierte, unmittelbar bewohnerbezogene Maßnahmen und mehr als 4 000 Datensätze, die indirekte und sonstige Leistungen abbilden und jeweils den Arbeitstag eines einzelnen Mitarbeiters der Wohnbereiche repräsentieren. Im Einzelnen wurden erfasst:

- allgemeine Merkmale sowie pflegerische Problemlagen der Heimbewohner (Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen, körperliche und kognitive Einschränkungen, psychische Problemlagen und Verhaltensauffälligkeiten),
- Struktur und Umfang unmittelbar bewohnerbezogener Leistungen (kontinuierliche, einzelfallbezogene Dokumentation über einen Zeitraum von drei Wochen; die Daten ermöglichen die Unterscheidung des Aufwandes für die so genannte Grundpflege, Behandlungspflege, psychosoziale Betreuung und spezielle psychiatrische Pflegeinterventionen),
- Struktur und Umfang der indirekten Pflegeleistungen,
- personelle Ressourcen und Strukturmerkmale der einbezogenen Versorgungsbereiche bzw. Pflegeeinrichtungen.

Die Projektergebnisse stellen ein wichtige Daten- und Informationsgrundlage für die Weiterentwicklung qualitätsgesicherter Versorgungsformen in der vollstationären Pflege dar. Auf ihrer Grundlage werden durch das Projekt „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege“ (s. u.) Leistungsbeschreibungen entwickelt und Qualitätskriterien konkretisiert, erprobt und umgesetzt.

Die Ergebnisse des o. a. Projektes ließen unmittelbaren Handlungsbedarf im Hinblick auf die Realisierung einer ressourcenorientierten Pflege, die zielgerichtete Versorgung von psychisch erkrankten Bewohnern und die nächtliche Versorgung erkennen. Anknüpfend an die in der o. g. Untersuchung aufgeführten Leistungskriterien sollen daher zunächst Leistungsbeschreibungen als erste Stufe auf dem Weg zur Bildung von qualitätsgesicherten Versorgungsformen entwickelt werden.

Die damit verbundene Grundidee besteht darin, für Bewohnergruppen „Leistungsmodule“ zu definieren, die sowohl bei der Anwendung der Qualitätssicherungsinstrumente im pflegerischen Versorgungsalltag, als auch beim Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen zugrunde gelegt werden können. Im Verlauf des Projektes sollen mithilfe dieser Instrumente insbesondere in den Bereichen, in denen unmittelbarer Handlungsbedarf gegeben ist, Qualitätsverbesserungen erreicht werden.

Am Ende des Modellprojektes konkretisieren die Leistungsmodule einen quantitativen Rahmen (Häufigkeit/Zeitraum) sowie qualitative, auf die Ergebnisqualität ausgerichtete Merkmale von Leistungen und Methoden zur Sicherstellung einer zielgerichteten Versorgung.

Auf der Basis von Landesförderung wissenschaftlich begleitet wird ein Modellprojekt der Stiftung Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen, das Erkenntnisse zur besseren Betreuung von Demenzkranken zum Ziel hat. Das Modellprojekt besteht aus 30 parallel durchgeführten Einzelprojekten, die gemeinsam und im Vergleich evaluiert werden. Die Erkenntnisse und Ergebnisse sollen anschließend allen anderen Pflegeeinrichtungen des Landes verfügbar gemacht werden.

Der Landespflegeausschuss NRW hat des Weiteren 2002 eine Arbeitsgruppe zur Thematik des Fachkräftemangels in der stationären und ambulanten Pflege eingesetzt. Mit Blick auf die zur Einsetzung der Arbeitsgruppe führende Diskussion des Landespflegeausschusses sowie die aktuelle Ausbildungsplatzentwicklung hat sich die Arbeitsgruppe zunächst schwerpunktmäßig der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Beschäftigten in der Pflege zugewandt.

Die Arbeitsgruppe hat sich zunächst mit dem Pflegekräftebedarf und den dazu verfügbaren Datengrundlagen, danach mit der inhaltlichen Entwicklung der Aus-, Fort- und Weiterbildung, insbesondere den Auswirkungen des Sozialgesetzbuches, Teil III, aber auch der Durchführung des Altenpflegegesetzes befasst.

Die Arbeit ist zeitlich nicht befristet. Zwischenergebnisse liegen in Form eines Berichtes vor.

Die Beratungsergebnisse werden im Rahmen einer Fachtagung vertieft und durch weitere praxisrelevante Aspekte ergänzt. Im Einzelnen ist vorgesehen, folgende Themen in Zukunft vertieft zu beraten:

1. Personalgewinnung und -pflege,
2. Altenpflegeausbildung,
3. Rahmenbedingungen in der Altenpflege,
4. Veränderte Rahmenbedingungen für die Finanzierung der Pflege.

Im Auftrag des Landespflegeausschusses (LPA) bearbeitet darüber hinaus eine Arbeitsgruppe des LPA, die so genannte „Kleine Landeskonferenz für Fragen der Qualitätssicherung in der Pflege“, kontinuierlich Grundsatzfragen der Qualitätssicherung. Ziel dieser AG-Beratungen

noch Anlage 10

ist die Erarbeitung von Beschlussvorlagen für den LPA, deren Verabschiedung in Nordrhein-Westfalen Einvernehmen und gemeinsame Positionierung der Akteure in der Pflege ermöglichen sollen.

Im Auftrage des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie ist zudem eine Studie (ISGOS Berlin) zu den Fragen der Mitwirkung in Pflegeheimen erstellt worden. Ziel war es, über eine breit gefächerte Bestandsaufnahme Möglichkeiten der Bewohnerpartizipation aufzuzeigen sowie Ansätze für eine stärkere Öffnung der Heime für die Bewohnerinnen und Bewohner deutlich zu machen. Perspektivisch wird darüber hinaus aufgezeigt, wie eine nachhaltige Entwicklung hin zu mehr Transparenz im Leistungsgeschehen eingeleitet werden kann.

Rheinland-Pfalz

Rheinland-Pfalz verfügt über eine umfassende pflegerische Infrastruktur in Form einer flächendeckenden und bedarfsgerechten pflegerischen Versorgung

- im ambulanten Bereich durch 135 Sozialstationen (AHZ) und weitere 245 auf dem offenen Pflegemarkt tätige ambulante Dienste,
- im teilstationären und stationären Bereich durch 395 Pflegeeinrichtungen mit insgesamt rd. 31 200 Plätzen.

Dennoch besteht Handlungsbedarf. Die demographische Entwicklung, die sich durch sinkende Geburtenzahlen und den Anstieg der Lebenserwartung auszeichnet, sowie die veränderten Haushalts- und Familienstrukturen stellen die Pflege vor große Herausforderungen. Mit der Qualitätsoffensive „Menschen pflegen“ will das rheinland-pfälzische Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit die Qualität in der Pflege weiter verbessern und auch zukünftig sichern. Ziel ist dabei eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Pflege, die sich an den individuellen Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen ausrichtet. Insbesondere geht es darum,

- ein gemeinsames Qualitätsverständnis aller Beteiligten zu entwickeln und Wege aufzuzeigen, wie auf dieser Basis ein hohes Qualitätsniveau erreicht werden kann. In einem ersten Schritt haben Ministerium und Landespflegeausschuss Leitsätze für die Pflege in Rheinland-Pfalz entwickelt. Die einzelnen Leitsätze sind nun umzusetzen. Insbesondere sind Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten zu entwickeln, damit akzeptable Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen getroffen werden können.
- dem Fachkräftemangel in der Pflege wirksam zu begegnen. Dafür ist bereits eine Bildungs- und Fachkräftoffensive „Pflege“ für Rheinland-Pfalz gestartet worden.
- die Situation von Menschen mit Demenzerkrankungen in Rheinland-Pfalz zu verbessern. Dazu gehört zum

Beispiel die Umsetzung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes, damit durch gezielte Förderung des Auf- und Ausbaues hilfeschuchenden Menschen ein umfassendes niedrighschwelliges Betreuungsangebot zur Verfügung steht. Außerdem sollen im Rahmen von Modellprojekten Möglichkeiten der Optimierung zur Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen erprobt werden.

- die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen durch umfassende Information und verbesserte Mitspracherechte zu unterstützen. Im Februar 2003 ist zu diesem Zweck in Zusammenarbeit mit den Beratungs- und Koordinierungsstellen und der rheinland-pfälzischen Verbraucherzentrale mit finanzieller Unterstützung von Pflegekassen und des Landes flächendeckend ein „Informations- und Beschwerdetelefon Pflege“ eingeführt worden.

Saarland

Zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität im Bereich der pflegerischen Versorgung hat die Saarländische Landesregierung gemeinsam mit allen im Pflegebereich tätigen Organisationen und Institutionen die Qualitätsoffensive „Pflegequalität stärken, Menschen in den Mittelpunkt“ begründet.

Deren wesentliche Elemente sind:

- Selbstverpflichtung der Einrichtungen für mehr Qualität:
Am 6. Dezember 2001 wurden im Saarland die Weichen für mehr Qualität in den Altenheimen gestellt. Erstmals in Deutschland verpflichten sich die Pflegeeinrichtungen, die Pflegekassen, die Gebietskörperschaften, der Medizinische Dienst der Krankenkassen und das Sozialministerium einheitliche Qualitätsstandards einzuführen.
- Die „Anforderungen an die Qualität stationärer Pflegeeinrichtungen“ wurden als Arbeitshilfe formuliert und den Einrichtungen zur Anwendung empfohlen. Neben der Beschreibung allgemeiner Zielsetzungen (Bewohner/-innenorientierung, Mitarbeiter/-innenorientierung, Einbindung in das Gemeinwesen, Transparenz der Einrichtung) enthält dieses an der praktischen Arbeit orientierte Qualitätspapier detaillierte Anforderungen an die Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität der stationären Pflegeeinrichtungen.
- Mehr Information für die Kunden: Verbesserung der Information über Pflegedienste und -einrichtungen sowie Schaffung eines flächendeckenden Beratungsangebots zur Information speziell für ältere Menschen und ihre Angehörigen.
- Mehr Kontrolle in den Pflegeeinrichtungen: Effektivierung der Heimaufsicht, Aufbau einer Arbeitsgemeinschaft der Kontrolldienste zur besseren Abstimmung und Vernetzung der in der Heimaufsicht Tätigen.

noch Anlage 10

- Neuorganisation der Altenpflege- und Altenpflegehilfeausbildung:

Im Vorgriff auf das Bundesaltenpflegegesetz wurde die Berufsausbildung in der Altenpflege im Saarland durch das Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (GABS) ab 1. Oktober 2002 neu geregelt.

Die darauf basierende Stufenregelung, nach der das 1. Ausbildungsjahr der Altenpflegefachausbildung identisch ist mit der Altenpflegehilfeausbildung, kann auch jetzt nach Inkrafttreten des Bundesaltenpflegegesetzes zum 1. August 2003 beibehalten werden. Die bisherigen Regelungen des GABS zur Altenpflegehilfeausbildung wurden in einem neuen Gesetz über die Altenpflegehilferufe und zur Durchführung des Gesetzes über die Berufe in der Altenpflege (AltpflegG) neu eingebracht. Damit ist es im Saarland gelungen, ein zukunftsfähiges Ausbildungskonzept für die Altenpflege auf den Weg zu bringen, das sich insbesondere durch die enge Verzahnung von theoretischen und praktischen Lerninhalten auszeichnet. Die dadurch hergestellte Koordination von theoretischem Pflegewissen und der Pflegepraxis soll die angehenden Pflegekräfte zielgerichtet und problemorientiert auf den Pflegealltag vorbereiten.

Die Saarländische Altenpflegeausbildung hat auch auf Bundesebene für große Beachtung gesorgt – nicht zuletzt dadurch, dass das saarländische Stufenmodell aufgrund seines innovativen Charakters einen der drei Hauptpreise beim Ideenwettbewerb der Robert-Bosch-Stiftung unter dem Titel „Pflege neu denken – zukunftsfähige Ausbildungskonzepte“ erhalten hat. Die mit der modernisierten Altenpflegeausbildung verbundene Verwirklichung höherer Qualifizierungsstandards vor allem in der praktischen Ausbildung trägt wesentlich dazu bei, die Pflegequalität im Interesse aller pflegebedürftigen Menschen und aller am Pflegeprozess Beteiligten nachhaltig zu verbessern.

- In der Fortschreibung des Landespflegeplanes für den Zeitraum 2001 bis 2003 sind erstmals die Anforderungen an die Qualität für die stationären Pflegeeinrichtungen insbesondere in baulicher Hinsicht festgeschrieben. Die Aufnahme in den Landespflegeplan und die mögliche spätere Investitionsförderung ist an qualitative Ausstattungsmerkmale gebunden; vor allem
 - müssen mindestens 50 v. H. der Plätze in Einzelzimmern zur Verfügung stehen,
 - soll jedes Zimmer mit einem eigenen Sanitärraum ausgestattet sein,
 - soll die Barrierefreiheit in und um das Gebäude gegeben sein,
 - sollen mindestens 25 v. H. der Plätze rollstuhlgerecht ausgestattet sein,
 - soll das Angebot an multifunktionalen Gemeinschafts- und Therapieräumen verbessert sein und
 - insbesondere eine dementengerechte Gestaltung der Pflegeeinrichtungen sichergestellt sein.

Im Landespflegeplan wurden ferner zur Verbesserung der regionalen Ausgewogenheit der pflegerischen Versorgungsstruktur bzw. zur wohnortnahen Versorgung pflegebedürftiger Menschen insgesamt zehn weitere stationäre Pflegeeinrichtungen in den restlichen bisher noch nicht versorgten Gemeinden des Saarlandes aufgenommen. Dem Bestreben, den gemeinwesenorientierten Ansatz mit Leben zu erfüllen und die Lebensqualität nicht nur innerhalb der Einrichtung, sondern auch durch Außenkontakte in einem vertrauten Umfeld zu stärken wird damit in besonderem Maße Rechnung getragen

- „Qualitätssiegel“:

In Arbeit ist zurzeit die Entwicklung des Qualitätssiegels „Das Saarländische Plus“. Dieses Pflegesiegel dient vor allem dazu, dass betroffene Menschen schnell die Pflegeeinrichtung finden, die dem jeweiligen Geschmack, den individuellen Ansprüchen und den persönlichen Bedürfnissen entspricht. Zudem trägt das Qualitätssiegel dazu bei, diejenigen Einrichtungen im Saarland hervorzuheben, die mit ihren Leistungen nicht nur den gesetzlichen Anforderungen entsprechen, sondern auch nachweisen können, dass und wie sie mit individuellen Wünschen und Erfordernissen umgehen. Dabei geht es auch um die Integration und Kooperation einer Einrichtung in einer und mit einer Gemeinde, wodurch Bewohner/innen besondere Möglichkeiten der Teilhabe am sozialen Geschehen eröffnet wird. Aber nicht nur die Suche nach einer passenden Einrichtung wird sich durch die Einführung des Qualitätssiegels einfacher gestalten, auch der Wettbewerb unter den Anbietern wird angeregt, was sich letztlich in einer flächendeckenden Verbesserung der Pflegequalität sowie in einer Anhebung der Leistungsstandards niederschlagen wird.

- Initiative zur Einführung eines Rechtsanspruchs auf Pflegezeit:

Das Saarland wird einen Entschließungsantrag zur Einführung eines Rechtsanspruchs auf Pflegezeit in den Bundesrat einbringen. Die Einführung des Rechtsanspruchs auf Pflegezeit in Anlehnung an die bestehende Erziehungszeit ist ein wichtiger Beitrag zur besseren Organisation und damit zur Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Pflege sowie zur erforderlichen Sensibilisierung einer breiten Öffentlichkeit für die Herausforderungen einer alternden Gesellschaft.

- Gründung des Vereins „Weiterbildung für Gesundheitsberufe“:

Die Gründung erfolgte am 9. September 2003 unter Beteiligung des Sozialministeriums, der Trägerverbände, Weiterbildungseinrichtungen, Berufsverbände, Gewerkschaften und Kammern.

Der Verein hat sich zum Ziel gesetzt, Ansprechpartner und Initiator für Fort- und Weiterbildungen zu sein, die Bündelung und Koordinierung der Information über die Weiterbildungsangebote für Gesundheitsberufe zu übernehmen.

noch Anlage 10

- Durchführung von Fachveranstaltungen für Pflegeheime durch das Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales:

Das Ministerium führt Fachveranstaltungen für Pflegeheime durch, die schwerpunktmäßig der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in diesen Heimen dienen.

Sachsen

Im Freistaat Sachsen wurde die Diskussion um die Qualitätssicherung in der Pflege weiterhin zum Anlass für unterschiedliche Maßnahmen und Initiativen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflege genommen. Dabei unterstützt das Land Sachsen den Ansatz, dass Qualität in die Einrichtungen nicht auf Dauer von außen hinein kontrolliert werden kann, sondern der Eigenverantwortung der Einrichtungsträger obliegt. Unterstützt und begleitet wurden dem gemäß Qualitätsbestrebungen, die die gemeinsame Verantwortung für eine Verbesserung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege unterstreichen.

Der Landespflegeausschuss des Freistaates Sachsen erarbeitete im Juni 2000 eine „Orientierungshilfe zur Konzeptionsentwicklung in stationären/teilstationären und ambulanten Einrichtungen der Altenhilfe“. Sie soll die Pflegeeinrichtungen in die Lage versetzen, Konzepte nach einheitlichen Maßstäben zu erarbeiten und zu überprüfen sowie den an der Beratung, Begleitung, Zulassung und Überprüfung maßgeblich beteiligten Partnern eine Bewertung ermöglichen.

Die Leistungsträger, die Leistungserbringer, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, die Heimaufsichten und das Sächsische Staatsministerium für Soziales haben im Dezember 2001 gemeinsam Kriterien für die Versorgungsstruktur und die Qualitätssicherung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen (SGB XI), die Menschen mit apallischem Syndrom (Phase F) versorgen, erarbeitet. Ausgehend von dieser Empfehlung soll für diese Menschen eine aktivierende Pflege realisiert werden, die nicht nur auf reine zustandserhaltende Maßnahmen ausgerichtet ist. Den Betroffenen sollen Chancen für die Inanspruchnahme von Leistungen der stationären neurologischen Rehabilitation in den Phasen B, C und D im Falle der Zustandsverbesserung erhalten bleiben.

Im Juni 2001 hat der Landespflegeausschuss die „Empfehlungen zu Anforderungen an die Hygiene und Infektionsprävention in Alten- und Altenpflegeheimen“ zustimmend zur Kenntnis genommen und zur Anwendung in den Heimen empfohlen. Damit soll ein hoher, den Forderungen der Weltgesundheitsorganisation nach Lebensqualität im Alter entsprechender Hygienestandard in den Alten- und Altenpflegeheimen gesichert werden.

Um der besonderen Herausforderung, die die Betreuung und Versorgung demenzkranker alter Menschen an die stationären Einrichtungen stellt, gerecht zu werden, hat der Landespflegeausschuss im Jahr 2002 infolge einer Fachtagung zum Thema „Pflegetzeitbedarf & Personalbe-

messung in der vollstationären Pflege“, die im November 2001 durchgeführt wurde, eine Empfehlung mit dem Titel „Vollstationäre gerontopsychiatrische Pflege und Betreuung im Freistaat Sachsen, Pflegekonzeption & Pflegeeinrichtung“ beschlossen. In dieser Empfehlung haben sich alle an der Pflege von demenzkranken älteren und alten Menschen beteiligten Akteure, die Leistungsträger, die Leistungserbringer, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, die Heimaufsicht und das Staatsministerium für Soziales dahin gehend positioniert, dass grundsätzlich keine gerontopsychiatrischen Spezialeinrichtungen geschaffen werden sollen. Vielmehr sollen alle Altenpflegeeinrichtungen baulich und konzeptionell so gestaltet werden, dass in ihnen auch die Versorgung von demenzerkrankten Menschen möglich ist. Integration ist ein wesentlicher Bestandteil eines würdevollen Lebens.

Als Modell für eine an den Interessen und Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner ausgerichteten Versorgung favorisiert der Landespflegeausschuss den so genannten „Wohn-Pflege-Haushalt“. In Anlehnung, aber auch in Abgrenzung zu dem vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) publizierten Modell der „Hausgemeinschaft“ soll die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner in Sachsen in kleinen Einheiten von jeweils zwölf Einzelzimmern erfolgen. Nach der bisherigen Überzeugung von allen Beteiligten des Landespflegeausschusses bietet der „Wohn-Pflege-Haushalt“ – unter Zugrundelegung einer bestimmten Konzeption, bei Einhaltung bestimmter funktioneller Bedingungen und einer errechneten Personalausstattung und auch Personalqualifikation – gute Voraussetzungen für eine menschenwürdige Pflege von demenzkranken alten Menschen.

Dabei wird nicht verkannt, dass nicht alle demenzkranken alten Menschen, egal wie schwerwiegend ihre Krankheit ist, gleichermaßen integrativ betreut werden können. Aus fachlichen Gründen besteht das Erfordernis, dass bei Erreichen eines bestimmten Schweregrades eine Betreuung in entsprechenden Arrangements sinnvoll ist. Allerdings muss dem Stigma „gerontopsychiatrische Spezialeinrichtung“ entgegengewirkt werden. Es ist evident, dass eine integrative Betreuung nicht immer für jeden Bewohner angezeigt ist. Bei einem gewissen Schweregrad der Erkrankung hat der integrative Ansatz Grenzen. Auch in Sachsen sind Einrichtungen entstanden, die als eine Art Spezialeinrichtung bezeichnet werden können. Die Regel sollte aber die integrative Betreuung sein. Vielfach kann eine speziell auf die Bedürfnisse Demenzkranker ausgerichtete Tagesbetreuung mit Therapie- und Beschäftigungsangeboten eine Integration doch noch – zumindest zum Teil – ermöglichen.

Das Thema „Qualität der Pflege in sächsischen Pflegeeinrichtungen“ stellte die Fachtagung zum „Sächsischen Landespflegetag 2002“ im April 2002 in den Vordergrund. An dieser Tagung nahmen etwa 450 Interessierte aus den unterschiedlichsten Bereichen der ambulanten, teilstationären und stationären Altenhilfe, aus Vereinen, Verbänden und Behörden teil. Dabei wurde vor allem die individuelle Pflegequalität näher beleuchtet und die

noch Anlage 10

Pflege als individuelles „Verbraucherrecht“ in den Vordergrund gestellt. Die Vielzahl und Vielschichtigkeit der Beiträge und die unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen machten deutlich, dass der Landespflegekongress 2002 nur ein erster Problemaufriss sein konnte. Es wurde jedoch ein Prozess in Gang gesetzt, der im Freistaat Sachsen fortgeschrieben werden soll.

Ein wichtiges Anliegen ist die Sicherstellung der beruflichen Ausbildung und der Fort- und Weiterbildung im Bereich der Pflege alter Menschen. Eine nicht ausreichende Anleitung von pflegenden Angehörigen oder Privatpersonen kann zu einer Überforderung führen. Qualifizierungsmaßnahmen für pflegende Angehörige und private Pflegepersonen wie Pflegekurse müssen mehr noch als bisher bekannt gemacht und unterstützt werden.

Im Freistaat Sachsen war die Umsetzung des Altenpflegeausbildungsgesetzes auf Landesebene und die Sicherstellung der Ausbildung im Jahr 2003 ein wichtiges Anliegen. Die Sächsische Staatsregierung hat die Altenpflege-Ausgleichsverordnung beschlossen, die zum 1. August 2003 in Kraft getreten ist. Nun können Heime, stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen Ausbildungsverträge mit den jungen Menschen schließen.

Entsprechende Weiterbildungsangebote sollen auch mit dem am 23. November 2002 in Kraft getretenen Gesetz über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen und Altenpflegeberufen im Freistaat Sachsen (SächsGfWBG) geschaffen werden. Dieses Gesetz ermächtigt das Sozialministerium, Weiterbildungsregelungen für die Pflegeberufe zu erlassen, die zu Spezialisierungen in ausgewählten Arbeitsfeldern und Funktionen führen werden. Das Sozialministerium wird diese Regelungen so konzipieren, dass die unterschiedlichen Weiterbildungen miteinander vernetzt werden können. Mit einer flexibel zu gestaltenden Weiterbildung wird in stärkerem Maße den Anforderungen der Praxis sowie den individuellen Bedürfnissen eines jeden Einzelnen Rechnung getragen werden können.

Im Dezember 2003 hat der Landespflegeausschuss ein Curriculum der Weiterbildung zur „Verantwortlichen Pflegefachkraft“ in Sachsen als Empfehlung beschlossen. Sie empfiehlt Rahmenbedingungen und Inhalte der Weiterbildung von Pflegefachkräften gemäß § 71 SGB XI, die über eine mindestens einjährige Berufserfahrung verfügen, die Aufgaben einer verantwortlichen Pflegefachkraft auszufüllen, insbesondere die Pflegeprozesse, die Ermittlung des Pflegebedarfs, die Planung, die Dokumentation und Auswertung innerhalb der Pflegeeinrichtung im Sinne des SGB XI selbstständig und fachgerecht zu organisieren, zu begleiten und zu kontrollieren, qualitativ zu sichern und im Rahmen rechtlicher Vorschriften zu verantworten.

Zusätzlich hat das Land Sachsen zwei Forschungsprojekte in Auftrag gegeben, die Hinweise zur Lösung drängender Fragen im Bereich der Qualitätssicherung geben sollen:

– **„Sterbebegleitung in Sachsen – Phase 2“ (mit Bundesbeteiligung)**

Projektziele:

- Durch die Analyse der Befragungsergebnisse soll der Handlungsbedarf bezüglich der Sterbebegleitung in stationären und ambulanten Einrichtungen sowie bei Ärzten und im Ehrenamtsbereich ermittelt werden.
- Die Ergebnisse sollen für gesundheitspolitische und sozialplanerische Entscheidungen Hilfestellung geben.
- Es sollen praxisrelevante Gestaltungsempfehlungen für den Aufbau von Vernetzungsstrukturen entwickelt werden.
- Es sollen Erkenntnisse für die Verbesserung der Aus- und Fortbildung im Bereich Sterbebegleitung gewonnen werden.

– **„Wenn Pflege krank macht – Belastungen und Probleme bei der häuslichen Betreuung und Pflege von Angehörigen“**

Projektziele:

- Vergleiche professionelle Pflege zu Angehörigenpflege,
- Aussagen zu „Pflege ist vorwiegend weiblich“,
- Erfassen psychischer und physischer Belastungsformen in der Angehörigenpflege (z. B. organisatorische Belastungen, soziale Belastungen, Belastungen durch Gewalt) und
- Beziehungen zwischen Belastungsformen, -inhalten und Burnout.

Eine in Sachsen bis jetzt einmalige Form der Qualitätssicherung im Bereich der Altenhilfe ist die Verleihung des „Altershilfepreises“ alle zwei Jahre im Regierungsbezirk Leipzig. Dahinter steht die Idee, herausragende Leistungen bei der Entwicklung und/oder Durchführung von Projekten der Altenhilfe zu prämiieren. Ziel ist es, entgegen dem teilweise schlechten Ruf der Altenpflege gelungene und zukunftsweisende Beispiele in der Betreuung älterer und alter Menschen in der Öffentlichkeit bekannt zu machen.

Sachsen-Anhalt

Die bisherigen Ausführungen des Landes Sachsen-Anhalt im „Zweiten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung“ können dahin gehend ergänzt werden, dass nach Beschluss der „Thesen zur Qualitätssicherung“ durch den Landespflegeausschuss der „Unterausschuss Qualitätssicherung“ seine Arbeit 2003 eingestellt hat.

Zur verbändeübergreifenden Zusammenarbeit der Krank- und Pflegekassen wurde vor etwa zwei Jahren ein Qualitätsteam gegründet. Mitglieder im Qualitätsteam sind Vertreter der Pflegekassen, des MDK, der Sozialhilfeträger und der Heimaufsicht. Nach anfänglichen Startschwierigkeiten des Qualitätsteams finden die Beratun-

gen seit ca. einem Jahr regelmäßig alle vier Wochen unter der Leitung des VdAK (Koordinierungsstelle) statt.

In den Beratungen werden Abstimmungen zur gemeinsamen Vorgehensweise bei der Qualitätssicherung bzw. -verbesserung in stationären Einrichtungen, die im Rahmen einer Qualitätsprüfung des MDK oder einer Überwachung durch die Heimaufsicht Mängel aufwiesen, getroffen. Nach Erörterung der Stellungnahmen der Träger zu den jeweiligen Berichten werden im Qualitätsteam Maßnahmen wie Verlaufsprüfungen, Wiederholungsprüfungen durch MDK oder auch anlassbezogene Prüfungen durch die Heimaufsicht abgestimmt, festgelegt und koordiniert.

Zur Qualitätssicherung und -verbesserung in stationären Pflegeeinrichtungen, bei deren Prüfung schwerwiegende Mängel festgestellt worden sind, veranlasst die Pflegekasse eine Anhörung des Trägers, an der auch die Heimaufsicht teilnimmt. Die Heimaufsicht informiert in diesen Einzelfällen zu ihrerseits eingeleiteten ordnungsrechtlichen Maßnahmen gegen den jeweiligen Träger.

Das Qualitätsteam zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der pflegerischen Versorgung ist zu einer etablierten Einrichtung geworden.

Grundlage für die Tätigkeit des Qualitätsteams ist ein Ablaufplan für die Koordinierung von Aufgaben zur Erfüllung der Qualitätssicherung in der Pflege.

Themenschwerpunkte im Jahr 2003 waren u. a. Anlassprüfungen nach Beschwerden, Entscheidungen über Prüfverfahren nach Prüffart, Besprechungen über abzuschließende Prüfungen, Entscheidungen über Verlaufs- oder Wiederholungsprüfungen sowie Anhörungen über jeweils zu treffende Maßnahmen (Auflagen, Abmahnungen).

Das Qualitätsteam führte im Jahr 2003 in 83 ambulanten und 97 stationären Einrichtungen im Sinne des SGB XI Qualitätsprüfungen durch.

Aufgrund von festgestellten Defiziten/Mängeln erfolgten 22 Anhörungen und in elf Fällen mussten Abmahnungen ausgesprochen werden.

Die Qualitätsprüfungen werden in der Regel als Anregung zur Verbesserung der Qualitätssicherung in der Pflege verstanden. Dadurch wird die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Kostenträger gestärkt und die Motivation und das Engagement in den Einrichtungen zur Qualitätssicherung wächst.

Schleswig-Holstein

Aufgrund des ersten Zwischenberichts des MDK Schleswig-Holstein über die Ergebnisse anlassbezogener Prüfungen hat der Landespflegeausschuss im Oktober 1998 die Bildung einer Arbeitsgruppe Pflegequalität zur Entwicklung und Umsetzung eines landesweiten Konzepts zur Qualitätssicherung in der Pflege beschlossen. In dem am 4. April 1999 einstimmig verabschiedeten „Aktionsprogramm des Landespflegeausschusses Schleswig-Holstein zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der

Qualität in Pflegeeinrichtungen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz“ haben sich alle Beteiligten auf umfangreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität in Pflegeeinrichtungen verständigt. Das Umsetzungskonzept des Aktionsprogramms bezieht sich im Wesentlichen auf stationäre Pflegeeinrichtungen.

Mit dem Maßnahmenkonzept des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz, der MSGV-Pflegequalitätsoffensive vom 4. April 2000, hat das Land den Trägern, Einrichtungen, Verbänden und sonstigen Beteiligten ein umfangreiches praxisnahes Maßnahmenangebot zur Weiterentwicklung der Qualität der pflegerischen Versorgung in Schleswig-Holstein vorgelegt. Für die bis Ende 2004 terminierte Pflegequalitätsoffensive stellt das Land insgesamt rd. 10 Mio. Euro zur Verfügung. Zu den einzelnen Elementen des Maßnahmenkonzepts und dem Umsetzungsstand per 31. Dezember 2003 wird auf die nachfolgende Übersicht verwiesen.

Von besonderer Bedeutung ist der Abschluss des Modellprojektes über die flächendeckende Anwendung des Verfahrens P.L.A.I.S.I.R.® im Kreis Segeberg. An diesem Projekt waren 52 Pflegeeinrichtungen mit 3 084 Pflegeplätzen beteiligt. P.L.A.I.S.I.R.® hat sich dabei als geeignetes Instrument zur Messung des individuellen Pflege- und Betreuungsbedarfs von Heimbewohnerinnen und -bewohnern und zur Bestimmung des erforderlichen Pflegepersonals erwiesen. Mit der Empfehlung vom 4. September 2002 hat sich der Landespflegeausschuss einvernehmlich für eine Einführung des Verfahrens P.L.A.I.S.I.R.® in Schleswig-Holstein zum frühestmöglichen Zeitpunkt auf der Grundlage des vereinbarten „Kieler Modells“ ausgesprochen. Derzeit ist P.L.A.I.S.I.R.® allerdings noch nicht dauerhaft in Deutschland verfügbar. Der Abschlussbericht des Kuratoriums Deutsche Altershilfe „Analyse und Transfer des Verfahrens P.L.A.S.I.R.® – Vorbereitung und Dokumentation der Überprüfungsprozesse des Verfahrens P.L.A.I.S.I.R.® zur Anwendung auf Landesebene“ ist auf der Internetseite des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend veröffentlicht (www.bmfsfj.de).

Die MSGV-Pflegequalitätsoffensive ist entsprechend ihrer Konzeption schwerpunktmäßig im stationären Bereich kontinuierlich umgesetzt worden. Auf Empfehlung des Landespflegeausschusses wurde darüber hinaus ein landesweites Selbstbewertungsverfahren zur Qualitätserhebung in ambulanten Pflegediensten (ProQua) durchgeführt. Das Modellprojekt, an dem sich 284 von insgesamt 428 zugelassenen ambulanten Pflegediensten beteiligen, wird aus Landesmitteln gefördert. Auf der Grundlage der Ergebnisse, die seit Ende 2003 vorliegen, werden zurzeit Empfehlungen des Landespflegeausschusses Schleswig-Holstein für Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Pflegequalität in ambulanten Pflegediensten erarbeitet.

Nach Auslaufen der MSGV-Pflegequalitätsoffensive im Jahre 2004 ist ein Folgeprogramm zur Qualitätssicherung in der Pflege mit dem Schwerpunkt der ambulanten Versorgung vorgesehen.

noch Anlage 10

**Tabellarische Übersicht zur Umsetzung der MSGV-Pflegequalitätsinitiative
(Stand 31. Dezember 2003)**

Ifd. Nr.	Maßnahme	vorgesehenes Fördervolumen* 2000 bis 2004 – in € (gerundet) –	a) bewilligte/ausgezählte Landesmittel b) Umsetzungsstand
1	Förderung der Altenpflegeausbildung (Ausbildungsvergütung, Finanzierung)	3.981.500	<p>a) 2.640.846 €</p> <p>b) – Bereitstellung von Fördermitteln für die Schaffung von insgesamt 550 zusätzlichen vergüteten Ausbildungsplätzen (400 Plätze Altenpflege, 150 Plätze Altenpflegehilfe mit einem Förderbetrag von rd. 280 € je Ausbildungsplatz/monatl.</p> <p>– Einführung einer Ausbildungsvergütung und Abschluss einer Rahmenvereinbarung der Pflegesatzparteien über die einrichtungsbezogene Finanzierung der Ausbildungsvergütungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen.</p> <p>– Schulgeldfreiheit für Auszubildende</p>
2	Fort- und Weiterbildung für Pflege- und Leitungskräfte Förderung praxisnaher Fort- und Weiterbildungsangebote insbesondere in den Bereichen Qualitätsmanagement, Pflegeplanung/-dokumentation und Dekubitusprophylaxe	750.000	<p>a) 766.675 € (bewilligte Mittel) 501.377 € (ausgezählte Mittel)</p> <p>b) – Einbeziehung von gerontopsychiatrischen Pflegeproblemen und Ausdehnung auf den ambulanten Pflegebereich.</p> <p>– Förderung von 445 Fortbildungen für 9.603 Pflegekräfte.</p> <p>– Förderung von 110 Fortbildungsmaßnahmen für Leitungskräfte (Heimleitung, Pflegedienstleitung, verantwortliche Pflegefachkraft) mit 688 Teilnehmerinnen und Teilnehmern.</p>
3	Personalanhaltszahlen in der Pflege	370.000	<p>a) 357.815 €</p> <p>b) – 2 Fachtagungen zum Thema Personalbemessung</p> <p>– Einvernehmliche Empfehlung des Landespflegeausschusses vom 4. April 2001 zur flächendeckenden Erprobung des Pflegebedarfsbemessungsverfahrens P.L.A.I.S.I.R.® im Kreis Segeberg.</p> <p>– Beteiligung von 52 Pflegeeinrichtungen mit 3.084 Pflegeplätzen aus dem Kreis Segeberg am Modellprojekt; Ausbildung von 39 Pflegefachkräften zu Evaluatorinnen und Evaluatoren.</p> <p>– Begleitung des Modellprojektes durch einen auf Landesebene gebildeten Projektbeirat.</p> <p>– Beschluss des Landespflegeausschusses vom 4. September 2002 zur Einführung des Verfahrens P.L.A.I.S.I.R.® in Schleswig-Holstein.</p> <p>– Abschlussveranstaltung am 27. November 2002 in Bad Segeberg</p>

noch Anlage 10

Ifd. Nr.	Maßnahme	vorgesehenes Fördervolumen* 2000 bis 2004 – in € (gerundet) –	a) bewilligte/ausgezählte Landesmittel b) Umsetzungsstand
4	Schaffung von zusätzlichen Plätzen in Pflegeheimen für Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Freiwilligen Sozialen Jahres	1.260.900	a) 1.260.900 € b) – Schaffung von 130 zusätzlichen FSJ-Plätzen in der stationären Pflege – im FSJ-Jahr 2003/2004 168 Plätze – mit einem Förderbetrag von 2.556 € pro Platz. (neu: FSJ-Plätze auch in Pflegeeinrichtungen privater Träger).
5	Förderung der Beratung von Pflegeeinrichtungen	200.000	a) 192.287 € (einschl. Kosten der Projektkoordination und wissenschaftlichen Begleitung) b) – Einrichtung eines Projektbeirates und einvernehmliche Entwicklung eines Umsetzungskonzeptes; Schulung der Beraterinnen und Berater – Förderung der Beratung von 183 Pflegeeinrichtungen. – Abschluss des Projektes Ende 2001
6	Trägerunabhängige Beratungsstellen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen	3.000.000	a) 2.730.428 € (einschließlich der Kosten für wissenschaftliche Begleitforschung und Öffentlichkeitsarbeit) b) – An dem Modellprojekt beteiligen sich die 4 kreisfreien Städte und die Kreise Dithmarschen, Herzogtum Lauenburg, Ostholstein, Pinneberg und Segeberg. – Die 9 Beratungsstellen werden bis einschließlich 2004 mit Landesmitteln in Höhe von jeweils rd. 81.807 €/Jahr gefördert. – Die Entwicklung eines für die Öffentlichkeitsarbeit einheitlichen Erscheinungsbildes wurde in die Förderung einbezogen und ist abgeschlossen.
7	Fortsetzung des PflegeNotTelefons	201.000	a) 105.000 € (1998 bis 2000); je 48.061 € für 2001, 2002 und 2003 b) Das PflegeNotTelefon hat sich als wichtiges Bindeglied zwischen Pflegebedürftigen/pflegenden Angehörigen, Einrichtungen und Verantwortungsträgern bewährt und wurde zwischenzeitlich um Beratungsstunden für Migrantinnen und Migranten erweitert.
8	Förderung von Initiativgruppen und des sozialen Engagements in der Pflege	129.124	a) 197.604 € b) – Interessengemeinschaft Pflegebedürftiger in Schleswig-Holstein seit April 2001 – Förderung von Fachtagungen und Projekten, Entwicklung von Konzepten für die Schulung von Heimbeiräten und Besuchsdiensten pp. – Multiplikatorenprogramm Heimmitwirkung – Aufbau von Angehörigengruppen in der stationären Altenhilfe
		9.892.524	

* Vorbehaltlich weiterer Umschichtungen/Anpassungen.

noch Anlage 10

Thüringen

Umgang mit Demenz

- Auf Initiative des Freistaates Thüringen wurde im Jahr 2002 eine Fachtagung zur Thematik „Innere und äußere Erlebniswelt demenzkranker Menschen“ durchgeführt. Im Anschluss an diese Fachtagung wurde ein zweitägiger Grundkurs und ein zweitägiger Aufbaukurs angeboten. Damit ist den teilnehmenden Pflegekräften ein Instrument für den Umgang mit demenzerkrankten Bewohnern vermittelt worden.
- Dieses Angebot wurde in diesem Jahr durch eine zweite Fachtagung ergänzt. Die Thematik lautete hier: „Kommunikation und Körpersprache mit und bei Demenzerkrankten“.

Damit wurde durch das TMSFG ein zusätzlicher Beitrag zur berufsspezifischen Weiterbildung der Mitarbeiter in der Altenpflege geleistet.

Anpassungsfortbildung zum Altenpfleger

- Aufgrund der häufigen Nachfragen von Familienpflegern zur Anerkennung als Pflegefachkräfte im Sinne des § 6 HeimPersV, wurde als Übergangsregelung durch das TMSFG gemeinsam mit dem TKM die Möglichkeit geschaffen, sich in einer solchen Anpassungsfortbildung zum Altenpfleger zu qualifizieren.

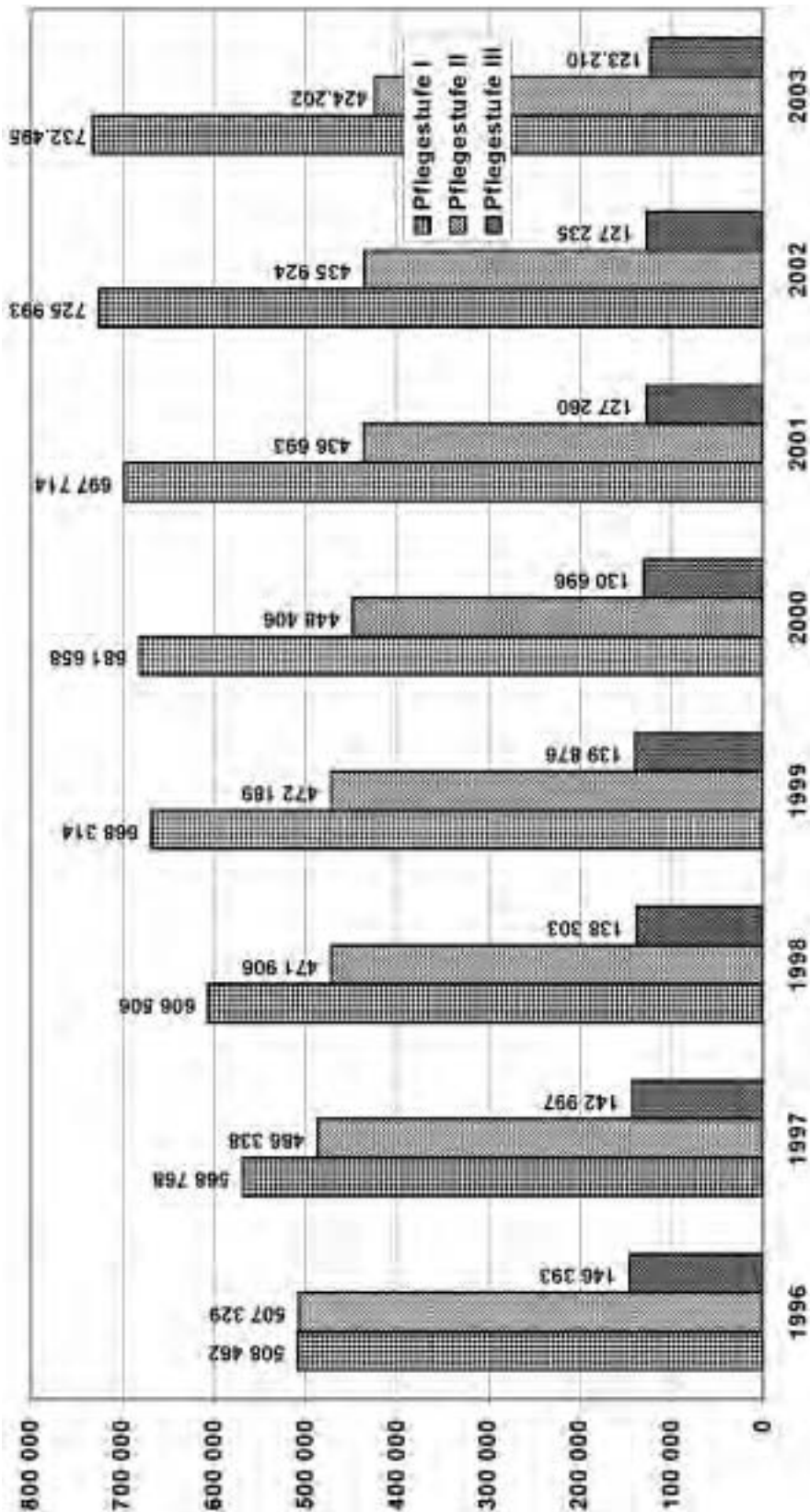
Der Ausbildungsumfang erstreckt sich über 800 Stunden und wird berufsbegleitend über ca. zwei Jahre durchgeführt. Alle Fächer werden mit einer Prüfung abgeschlossen. Bei bestandener Prüfung kann auf Antrag die Berufserlaubnis gemäß § 1 des Gesetzes über die Berufe in der Altenpflege erteilt werden.

Grafiken

- Grafik 1 Entwicklung der Leistungsempfänger im ambulanten Bereich zum Jahresende nach Pflegestufen
- Grafik 2 Entwicklung der Leistungsempfänger im stationären Bereich zum Jahresende nach Pflegestufen
- Grafik 3 Entwicklung der Leistungsempfänger zum Jahresende nach Pflegestufen
– ambulant und stationär –
- Grafik 4 Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen in den Jahren 1996 bis 2003
– ambulant –
- Grafik 5 Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen in den Jahren 1996 bis 2003
– stationär –
- Grafik 6 Entwicklung der Leistungsempfänger von Urlaubspflege, Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege (im Jahresdurchschnitt)

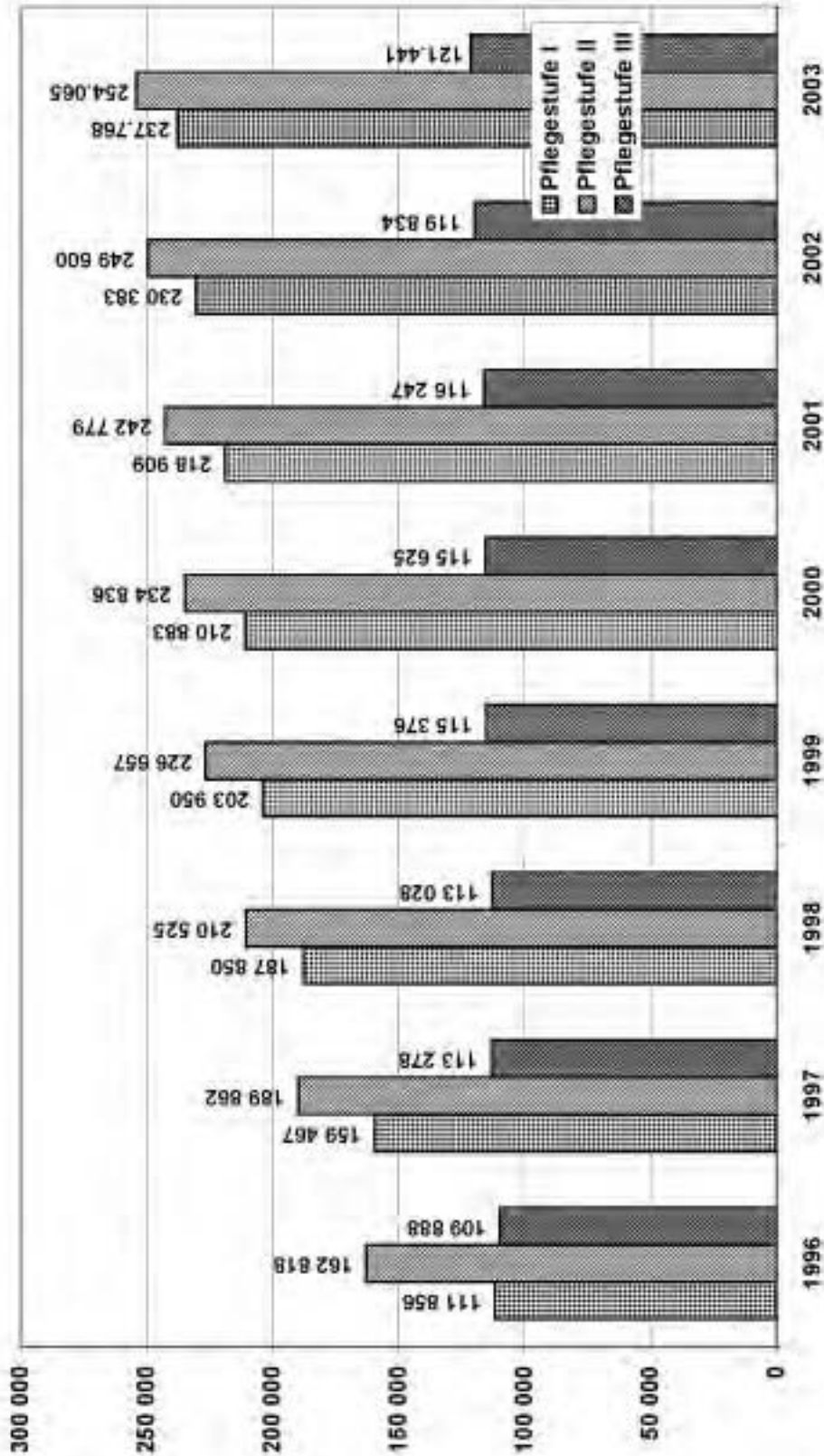
Grafik 1

Entwicklung der Leistungsempfänger im ambulanten Bereich zum Jahresende nach Pflegestufen



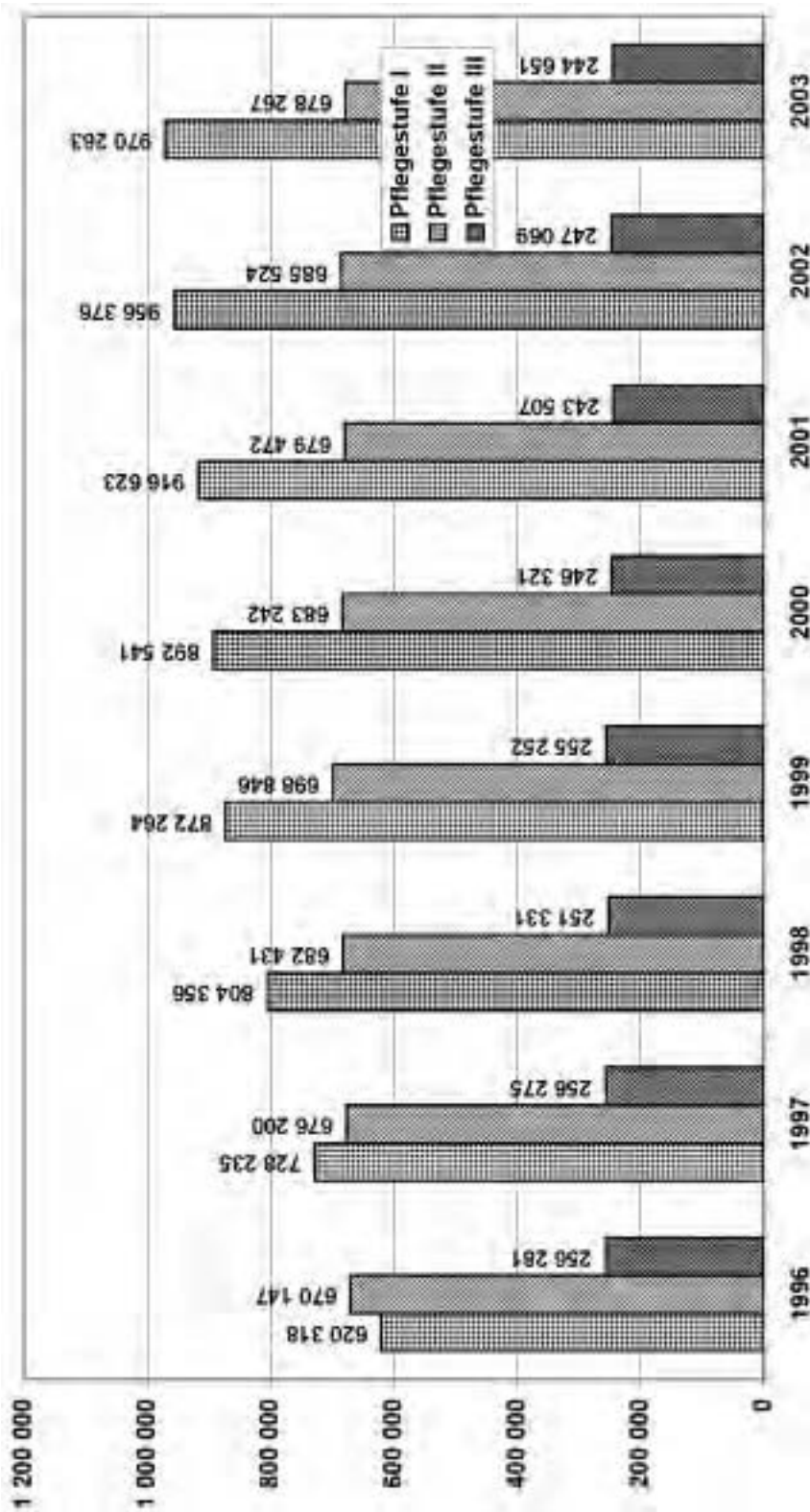
Grafik 2

Entwicklung der Leistungsempfänger im stationären Bereich zum Jahresende nach Pflegestufen



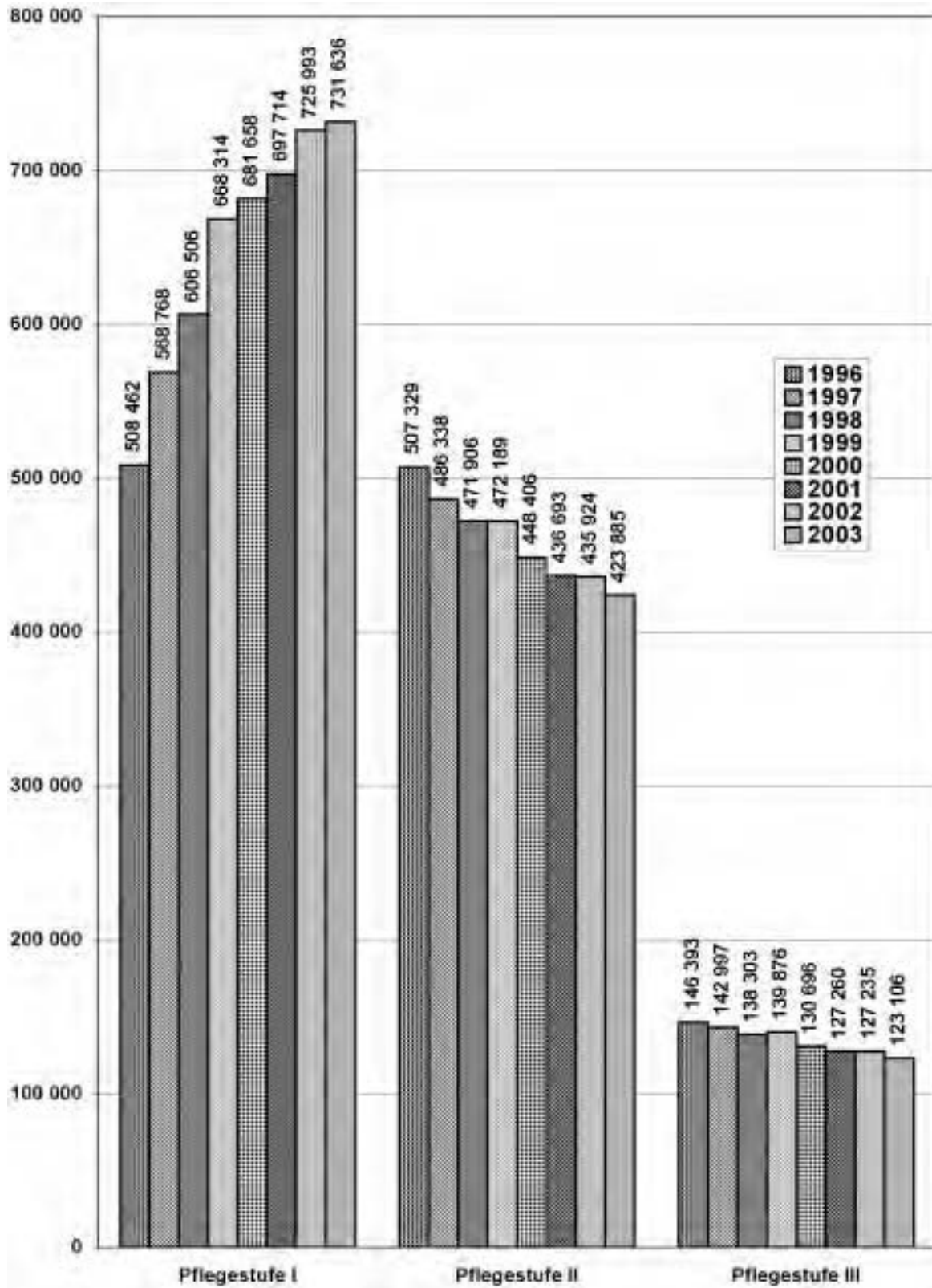
Grafik 3

Entwicklung der Leistungsempfänger zum Jahresende nach Pflegestufen – ambulant und stationär –



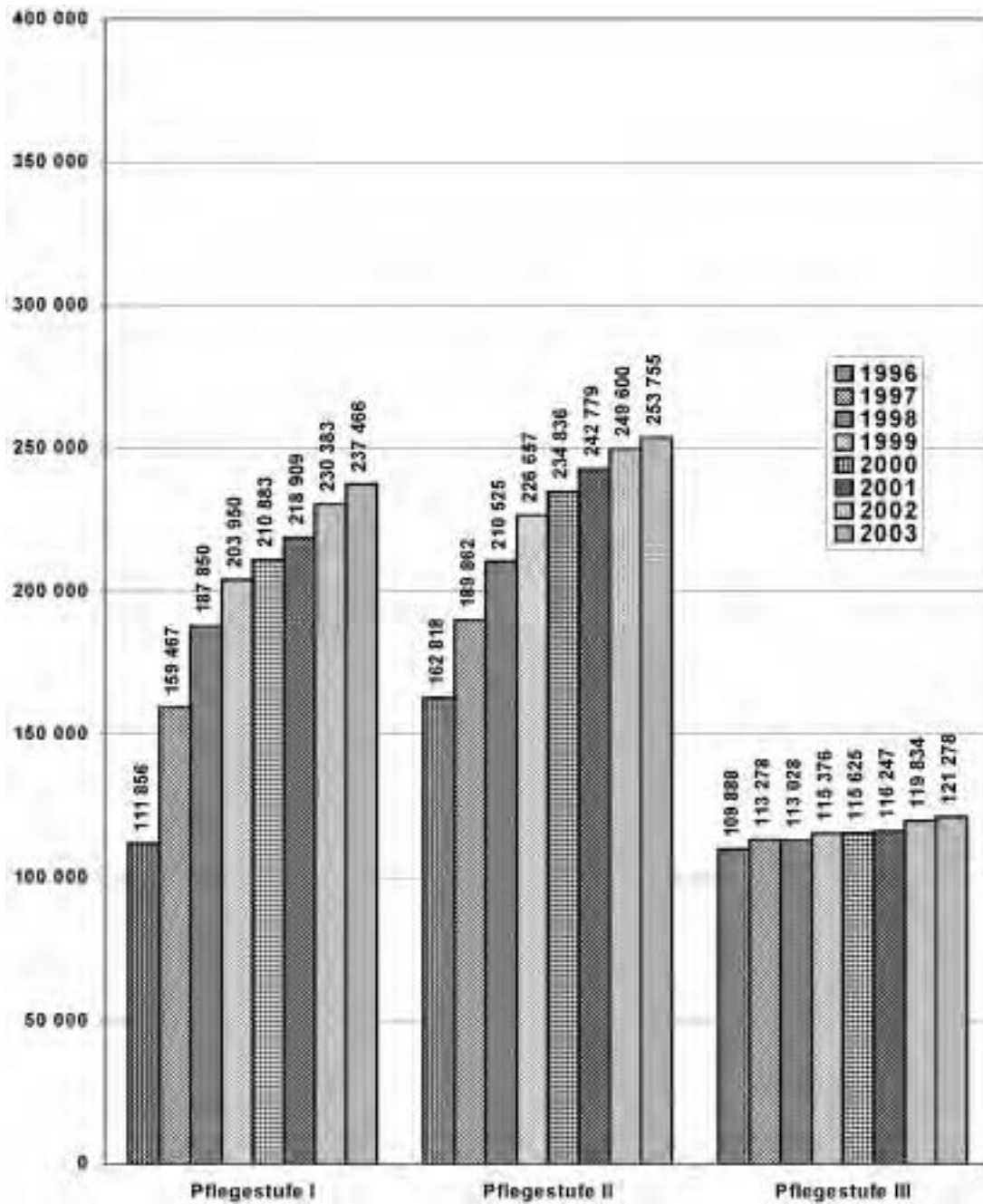
Grafik 4

Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen in den Jahren 1996 bis 2003 – ambulant –



Grafik 5

Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen in den Jahren 1996 bis 2003 – stationär –



Grafik 6

Entwicklung der Leistungsempfänger von Urlaubspflege, Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege (im Jahresdurchschnitt)

