

**Unterrichtung
durch die Bundesregierung**

Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung

Inhaltsverzeichnis

	Seite
A. Vorbemerkungen	9
I. Berichtsauftrag gemäß § 10 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI)	9
II. Ausgewählte Berichte zur Pflege mit Bedeutung für die Pflegeversicherung in den Jahren 2004 bis 2006	9
1. Sachverständigengutachten „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“	9
2. Fünfter Altenbericht „Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft“	9
3. Erster Bericht über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner	9
B. Die Pflegeversicherung	9
I. Ziele und Konzeption der Pflegeversicherung	9
II. Gesetzgeberische Maßnahmen seit dem Dritten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung vom 4. November 2004 (Bundestagsdrucksache 15/4125)	10
1. Drittes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 23. Dezember 2003 (BGBl. I 2003, S. 2848)	10
2. Zweites Gesetz zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I 2003, S. 3013)	10

	Seite
3. Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 21. Dezember 2003 (BGBl. I 2003, S. 3022)	10
4. Gesetz zur Berücksichtigung von Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung (KiBG) vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I 2004, S. 3448)	10
5. Gesetz zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz) vom 21. März 2005 (BGBl. I 2005, S. 818)	11
6. Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl. I 2007, S. 378)	11
III. Übersicht zu den Leistungen der Pflegeversicherung im Jahr 2007	13
C. Umsetzung und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ...	14
I. Zur allgemeinen Situation der Pflegeversicherung	14
1. Wichtiger Baustein im System der sozialen Sicherheit	14
2. Gesetzgeberische Vorhaben – Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) – Bundestagsdrucksache 16/7439	14
2.1 Allgemeines	14
2.2 Maßnahmen zur Entbürokratisierung	14
II. Anzahl und Struktur der Leistungsempfänger	15
1. Soziale Pflegeversicherung	15
1.1 Zahl der Leistungsempfänger	15
1.2 Leistungsempfänger nach Pflegestufen	15
1.3 Leistungsempfänger nach Leistungsarten	15
1.4 Leistungsempfänger nach Alter und Geschlecht	16
2. Private Pflege-Pflichtversicherung	16
2.1 Zahl der Leistungsempfänger	16
2.2 Leistungsempfänger nach Pflegestufen	16
2.3 Leistungsempfänger nach Alter und Geschlecht	16
III. Finanzielle Situation der Pflegeversicherung	17
1. Soziale Pflegeversicherung	17

	Seite	
1.1	Finanzentwicklung	17
1.2	Ausgabenstruktur	17
2.	Private Pflege-Pflichtversicherung	18
2.1	Finanzentwicklung	18
2.2	Struktur der Aufwendungen	18
IV.	Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung	18
1.	Begutachtung	18
1.1	Rechtliche Grundlagen	19
1.2	Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen – Änderungen durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, GKV-WSG) vom 26. März 2007	19
1.3	Wichtige Änderungen der Begutachtungs-Richtlinien	20
1.3.1	Pflegebedarfsfeststellung bei Kindern	20
1.3.2	Präventive Maßnahmen/Therapien/Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	21
1.3.3	Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	21
1.3.4	Härtefall-Richtlinien	21
1.4	Ergebnisse der Begutachtung der Medizinischen Dienste	21
1.4.1	Begutachtungen für die soziale Pflegeversicherung	21
1.4.2	Pflegestufenempfehlungen der Medizinischen Dienste	22
1.5	Berücksichtigung psychisch Kranker, geistig Behinderter und demenziell Erkrankter im Begutachtungsgeschehen der Medizinischen Dienste (Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz)	22
1.6	Dauer des Begutachtungsverfahrens	22
1.7	Unterschiede bei der Bewilligung von Anträgen in der sozialen Pflegeversicherung und in der privaten Pflege-Pflichtversicherung	23
2.	Qualitätsprüfung innerhalb der Medizinischen Dienste	24
2.1	Richtlinien zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung und dazugehörige Prüfanleitung	24
2.2	Ergebnisse der MDK – Qualitätsprüfungen von Pflegegutachten 2006	24
3.	Zahl der Pflegefachkräfte und der Ärzte	24

	Seite
4. Widersprüche gegen das Begutachtungsergebnis, Klagen	25
5. Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes	25
V. Vergütung ambulanter und stationärer Pflegeleistungen	26
1. Ambulante Pflege	26
2. Teilstationäre Pflege	26
3. Kurzzeitpflege	27
4. Vollstationäre Dauerpflege	27
VI. Auswirkungen der Pflegeversicherung im Bereich der Sozialhilfe	28
1. Inanspruchnahme von Sozialhilfe	28
2. Ausgabenentwicklung	31
VII. Entwicklung der Pflegeinfrastruktur	33
1. Ambulanter Bereich	33
1.1 Anzahl der Pflegedienste und Beschäftigtenstruktur	33
1.2 Ambulante Pflegedienste nach Trägern	33
2. Vollstationärer Bereich	33
2.1 Anzahl der Pflegeheime und Beschäftigtenstruktur	33
2.2 Pflegeheime nach Trägern	34
3. Stand der Umsetzung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes	34
4. Entwicklung des Arbeitsmarkts für Pflegekräfte	34
4.1 Auswirkungen der Pflegeversicherung auf den Arbeitsmarkt	34
4.2 Ausbildungssituation	36
4.2.1 Entwicklung der Altenpflegeausbildung	36
4.2.2 Finanzierung der Ausbildungsvergütung in der Altenpflege	36
4.2.3 Zukünftige Entwicklung der Personal- und Ausbildungssituation in der Altenpflege	36
4.3 Förderung von Umschulungsmaßnahmen in der Altenpflege	37
5. Modellprogramme zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger	37
5.1 Modellprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit	37
5.1.1 Ausgangslage	37
5.1.2 Schwerpunkte der Förderung	37

	Seite
5.1.2.1 Aufbau einer teilstationären Infrastruktur sowie von Kurzzeit- pflegeeinrichtungen und von Koordinierungsstellen	37
5.1.2.2 Förderung von wohnortnah gelegenen Pflegeverbundeinrichtungen	37
5.1.2.3 Verbesserung der Vernetzung und der regionalen Zusammenarbeit	38
5.1.2.4 Qualifizierung von Pflegepersonal, von Ärzten sowie von pflegenden Angehörigen und ehrenamtlichen Helfern	38
5.1.2.5 Bürgerschaftliches Engagement und ehrenamtlicher Einsatz	38
5.1.2.6 Präventive Maßnahmen	38
5.1.2.7 Demenzielle Erkrankungen	39
5.1.2.8 Pflegeeinrichtungen für besondere Gruppen von Pflege- bedürftigen	39
5.1.2.9 Hospizeinrichtungen	39
5.1.3 Ergebnisse der Modellmaßnahmen	39
5.1.4 Impulse für den Arbeitsmarkt	39
5.1.5 Modellprojekte in den Jahren 2004 bis 2006	39
5.2 Modellprojekte der Spitzenverbände der Pflegekassen	42
VIII. Investitionsförderung in den Ländern	46
IX. Finanzhilfen für Investitionen in Pflegeeinrichtungen im Beitrittsgebiet (Artikel 52 PflegeVG)	46
1. Bausubstanz und Ausstattung	46
2. Investitionshilfeprogramm	46
X. Qualitätssicherung in der Pflege	47
1. Initiativen der Bundesregierung zur Sicherung und Weiter- entwicklung der Qualität in der pflegerischen Versorgung	47
1.1 Förderung von Expertenstandards und Rahmenempfehlungen	47
1.2 Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Personen	48
2. Qualitätsprüfungen in der Pflege	48
2.1 Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)	48
2.1.1 Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinien-QPR) vom 10. November 2005	48
2.1.2 Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) über die Entwicklung der Pflegequalität auf der Grundlage der vom Medizinischen Dienst der Kranken- versicherung (MDK) durchgeführten Qualitätsprüfungen	49
2.1.2.1 Qualität in der stationären Pflege	49
2.1.2.2 Qualität in der ambulanten Pflege	49

	Seite	
2.2	Einschätzung zur Pflege- und Versorgungsqualität im Rahmen des Begutachtungsverfahrens privat versicherter Pflegebedürftiger	50
3.	Besondere Initiativen der MDK-Gemeinschaft: Grundsatzstellungnahme „Pflegeprozess und Dokumentation“(April 2005)	51
XI.	Rehabilitation vor Pflege	51
1.	Verbesserungen der Rechtslage bei Rehabilitationsleistungen durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26. März 2007	51
2.	Empfehlungen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zu Heil- und Hilfsmitteln bei Erstbegutachtungen durch den MDK und Versorgungssituation mit Heil- und Hilfsmitteln zum Zeitpunkt von Erstbegutachtungen	51
XII.	Pflegeversicherung im Ausland	52
1.	Bezug von Pflegegeld im Ausland	52
2.	Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs (EuGH)	52
3.	Entscheidungen des Bundessozialgerichtes	53
4.	Zahlen zur Pflegebegutachtung im Ausland	53
5.	Begutachtungsverfahren der Pflegekassen bei Pflegebedürftigen mit Wohnsitz in EU- und EWR-Staaten	55
6.	Private Pflegeversicherung	55
XIII.	Demographische Entwicklung	55
XIV.	Langfristige Beitragssatz- und Ausgabenentwicklung	55
D.	Ausgewählte Forschungsaktivitäten in der Pflege	55
I.	Pflege im Programm „Gesundheitsforschung, Forschung für den Menschen“ der Bundesregierung	55
1.	Forschungsschwerpunkt „Anwendungsorientierte Pflegeforschung“	55
2.	Forschungsschwerpunkt „Gesundheit im Alter“	56
3.	Forschungsschwerpunkt „Versorgungsforschung/Versorgungsnahe Forschung“	56
4.	Forschung zu Pflege und Versorgung in den Kompetenznetzen	56

	Seite
II. Sonstige Initiativen und BMG-Modellvorhaben	56
1. Leuchtturmprojekt Demenz	56
2. BMG-Ressortforschungsvorhaben	57
2.1 Modellvorhaben „Benchmarking in der Pflege zum Thema Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“	57
2.2 Entwicklung von Rahmenempfehlungen zur Pflege demenziell Erkrankter	58
3. Modellprojekte und Maßnahmen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) mit Schwerpunkt Demenz	58
3.1 Information, Beratung, Sensibilisierung	58
3.2 Projekte zur Verbesserung von Pflege- und Lebensqualität für Menschen mit Demenz	58
3.3 Transparenz, Vernetzung, Wissenstransfer	58

Übersicht über die Anlagen

	Seite
Anlage 1 Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegestufen	60
Anlage 2 Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten (errechnet aus Leistungstagen)	62
Anlage 3 Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung	64
Anlage 4 Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Ländern (Stand: 1. November 2007)	66
Anlage 5 Pflegesatzniveau in den Ländern (Stand: 1. November 2007) ..	93
Anlage 6 Zugelassene Pflegeeinrichtungen Ende 2005 (Statistik nach § 109 SGB XI)	96
Anlage 7 Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen	97
Anlage 8 Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG (Förderung und Förderquoten)	99
Anlage 9 Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte für demenziell Erkrankte (Förderung niederschwelliger Betreuungsangebote und Modellvorhaben im Jahre 2006)	111
Anlage 10 Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte für demenziell Erkrankte (Versorgungsangebote in den Ländern)	112

Übersicht über die Grafiken

Grafik 1 Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger im ambulanten Bereich zum Jahresende nach Pflegestufen	117
Grafik 2 Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger im stationären Bereich zum Jahresende nach Pflegestufen	117
Grafik 3 Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger zum Jahresende nach Pflegestufen – ambulant und stationär –	118
Grafik 4 Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen in den Jahren 2000 bis 2006 – ambulant –	119
Grafik 5 Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen in den Jahren 2000 bis 2006 – stationär –	120
Grafik 6 Entwicklung der Leistungsempfänger von Urlaubspflege, Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege (im Jahresdurchschnitt)	121

A. Vorbemerkungen

I. Berichtsauftrag gemäß § 10 Abs. 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI)

Das Bundesministerium für Gesundheit 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 November 2004 der Dritte Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (Bundestagsdrucksache 15/4125) abgegeben wurde, wird nunmehr – entsprechend dem gesetzlichen Auftrag – der Vierte Bericht dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat vorgelegt.

Der Vierte 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 2004 bis 2006 und geht auf neuere Entwicklungen ein.

II. Ausgewählte Berichte zur Pflege mit Bedeutung für die Pflegeversicherung in den Jahren 2004 bis 2006

1. Sachverständigengutachten „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“

Im Mai 2005 hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sein Gutachten „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“ an das Bundesministerium für Gesundheit übergeben (Bundestagsdrucksache 15/5670). Das Gutachten gliedert sich in zwei Teile. Band 1 trägt den Titel „Koordination und Wettbewerb, Sozioökonomischer Status und Gesundheit, Strategien der Primärprävention“ der Titel von Band 2 lautet „Schnittstellen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung, Hilfs- und Heilmittel in der GKV, Einflussfaktoren auf die Verordnung von Arzneimitteln“.

Der Bericht befasst sich auch mit den Wirkungen der Pflegeversicherung, der Sicherung der professionellen und familiären Pflegequalität, der demographischen Entwicklung sowie der Finanzierung und der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.

2. Fünfter Altenbericht „Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft“

Im Juli 2006 hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend den 5. Altenbericht „Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft“ (Bundestagsdrucksache 16/2190) vorgelegt.

Der Bericht hebt beispielsweise die Chancen und Potenziale hervor, die mit einer längeren Lebenserwartung und guten Gesundheit älter werdender Menschen für sie selbst, aber auch für Gesellschaft und Wirtschaft verbun-

den sind. Die Berichtskommission sieht Alter als Motor für Innovation und unterstreicht die Mitverantwortung älterer Menschen für den Zusammenhalt der Generationen, für Nachhaltigkeit und Generationensolidarität. Sie gibt Hinweise zu den Bereichen Erwerbsbeteiligung Älterer, Bildung, Einkommenssicherung, bürgerschaftlichem und familialem Engagement, älteren Migrantinnen und Migranten sowie zur Seniorenwirtschaft.

3. Erster Bericht über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat im Oktober 2006 den Ersten Bericht über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner veröffentlicht.

Neben Verbesserungen im Bereich der Heimversorgung nimmt der Bericht auch künftige Herausforderungen und noch bestehende Defizite stationärer Heimbetreuung und Pflege in der Bundesrepublik Deutschland in Blick. Als vordringliche politische Ziele und Handlungsfelder werden die Förderung des Qualitätswettbewerbs der Einrichtungen und die Stärkung der Verbraucherposition der Bewohnerinnen und Bewohner benannt. Persönliche Lebensvorstellungen und individuelle Bedürfnisse berücksichtigende Wohn- und Betreuungsformen sollten zielstrebig und bedarfsgerecht ausgebaut werden und auch die Organisation von Zwischen- und Übergangsformen stationärer und ambulanter Versorgung werde immer wichtiger.

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 mehr als zehn Jahren hilft die Pflegeversicherung Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, die persönlichen und finanziellen Lasten, die mit der Pflegebedürftigkeit verbunden sind, zu tragen.

I. Ziele und Konzeption der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung hat im Berichtszeitraum 2004 bis 2006 keine Änderungen ihrer grundlegenden Zielsetzungen und Strukturen erfahren. Insoweit kann auf die Ausführungen der bisherigen Berichte verwiesen werden.

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 Krankenver-

sicherung 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 Versicherungsfalles, 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.

II. Gesetzgeberische Maßnahmen seit dem Dritten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung vom 4. November 2004 (Bundestagsdrucksache 15/4125)

1. Drittes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 23. Dezember 2003 (BGBl. I 2003, S. 2848)

Seit dem 1. Februar 2006 besteht für Personen, die als Pflegeperson einen der Pflegestufe I bis III zugeordneten Angehörigen wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegen, die Möglichkeit, sich auf Antrag freiwillig in der Arbeitslosenversicherung weiterzuversichern, um den Versicherungsschutz der Arbeitslosenversicherung aufrechtzuerhalten.

Voraussetzung für die Weiterversicherung ist, dass die Pflegeperson in den letzten 24 Monaten vor Aufnahme der Pflegetätigkeit mindestens zwölf Monate versicherungspflichtig war oder Arbeitslosengeld bezogen hat.

Den Beitrag muss der Pflegenden allein tragen und direkt an die Bundesagentur für Arbeit – nicht an die zuständige Krankenkasse – abführen.

Als beitragspflichtige Einnahme werden 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße angesetzt, so dass der freiwillige Beitrag im Jahre 2007 bei einem Beitragssatz von 4,2 vom Hundert monatlich 8,82 Euro (neue Bundesländer) bzw. 10,29 Euro (alte Bundesländer) beträgt.

2. Zweites Gesetz zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I 2003, S. 3013)

Seit dem 1. April 2004 haben die Rentner den vollen Beitrag zur Pflegeversicherung allein zu tragen. Aufgrund der finanziellen Lage der gesetzlichen Rentenversicherung konnte die bisherige Praxis, wonach der Beitragssatz zur Pflegeversicherung der Rentner in Höhe von 1,7 vom Hundert jeweils zur Hälfte von der Rentnerin bzw. dem Rentner und vom Rentenversicherungsträger aufgebracht wurde, nicht weiter aufrechterhalten werden.

3. Gesetz zur Einordnung des Sozialhilfrechts in das Sozialgesetzbuch vom 21. Dezember 2003 (BGBl. I 2003, S. 3022)

Mit Wirkung zum 1. Juli 2004 wurde das persönliche Budget gemäß § 17 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) zum trägerübergreifenden Budget ausgestaltet und auf pflegerische Leistungen ausgeweitet. Obwohl die Pflegekassen keine Rehabilitationsträger und deren Leistungen keine Teilhabeleistungen im Sinne des SGB IX sind, werden bestimmte, in § 35a SGB XI abschließend genannte Leistungen der Pflegekassen in dieses persönliche Budget einbezogen. Das Pflegegeld (§ 37 SGB XI) und die pauschalierten Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel (§ 40 Abs. 2 SGB XI) können als Geldleistungen im Rahmen dieses persönlichen Budgets in Anspruch genommen werden. Über diese Budget-Leistungen hinaus können Sachleistungen der Pflegeversicherung in Form von Gutscheinen zur Verfügung gestellt werden, die zur Inanspruchnahme sachleistungsadäquater Pflegeleistungen durch zugelassene Pflegeeinrichtungen berechtigen.

4. Gesetz zur Berücksichtigung von Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung (KiBG) vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I 2004, S. 3448)

Seit dem 1. Januar 2005 haben Kinderlose in der Pflegeversicherung einen Zuschlag von 0,25 vom Hundert auf den Beitrag zur Pflegeversicherung zu tragen. Kinderlose Mitglieder, die vor dem Stichtag 1. Januar 1940 geboren sind, sind von der Zuschlagspflicht ausgenommen. Ausgenommen sind auch Personen bis zur Vollendung des 23. Lebensjahres sowie Bezieher von Arbeitslosengeld II und Wehr- und Zivildienstleistende. Berücksichtigt werden auch Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder. Notwendig wurde diese Änderung nach einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 3. April 2001 (1 BvR 1629/94), nach dem Familien mit Kindern einen Beitragsvorteil in der Pflegeversicherung erhalten sollten.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil festgestellt, dass es mit dem Grundgesetz nicht zu vereinba-

ren ist, dass Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die Kinder betreuen und erziehen, mit einem gleich hohen Pflegeversicherungsbeitrag belastet werden wie kinderlose Mitglieder mit gleichem Einkommen. Da das Risiko, pflegebedürftig zu werden, ab 60 deutlich und ab 80 Jahren sprunghaft ansteige, seien die später Pflegebedürftigen darauf angewiesen, dass genug Kinder heranwachsen, die später mit ihren Beiträgen die Pflege finanzieren.

Wer als Mitglied der sozialen Pflegeversicherung Beiträge entrichte und Kinder erziehe oder erzogen habe, leiste neben dem finanziellen Beitrag den zum Systemerhalt wichtigen generativen Beitrag, im Ergebnis also einen „doppelten Beitrag“ zur Pflegeversicherung. Von dieser systemerhaltenden Erziehungsleistung der Eltern profitierten im Pflegefall auch die Kinderlosen, die ihrerseits nur einen monetären Beitrag erbringen würden. Zwar finanzierten die Kinderlosen mit ihren Beiträgen auch die Abdeckung des Pflegerisikos der beitragsfrei versicherten Ehegatten und Kinder mit. Insgesamt wird aber nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts der Vorteil, den Kinderlose durch das Aufziehen der nächsten Generation durch Kindererziehende erlangen, durch die Umlage für die Familienversicherten nicht aufgezehrt. Daher sei es gerechtfertigt, von den beitragspflichtigen Versicherten, die keine Erziehungsleistungen erbringen, einen Ausgleich einzufordern.

Wenn aber ein Leistungssystem ein altersspezifisches Risiko abdecke und so finanziert werde, dass die jeweils erwerbstätige Generation die Kosten für vorangegangene Generationen mittragen müsse, sei für das System nicht nur die Beitragszahlung, sondern auch die Kindererziehung von elementarer Bedeutung. Die Betreuungs- und Erziehungsleistung der Eltern müsse daher beitragsmäßig berücksichtigt werden.

5. Gesetz zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz) vom 21. März 2005 (BGBl. I 2005, S. 818)

Durch das Verwaltungsvereinfachungsgesetz sind unter anderem die Übergangsregelungen zur Geltung der stationären Sachleistungspauschalen bei Pflegestufe I bis III in Höhe von 1 032 Euro, 1 279 Euro und 1 432 Euro monatlich sowie zur Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen (§§ 41 bis 43, 43b SGB XI) bis zum 30. Juni 2007 verlängert worden.

6. Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl. I 2007, S. 378)

Mit der Gesundheitsreform 2007 wurde nicht nur das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geändert, sondern auch eine Reihe von Anpassungen und Verbesserungen im SGB XI eingeführt. Folgende Neuregelungen im SGB V und im SGB XI, die die Pflege betreffen sind hervorzuheben:

Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ (§ 40 SGB V)

Im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde der Anspruch auf ambulante und stationäre Rehabilitation von einer Ermessens- in eine Pflichtleistung umgewandelt. Zudem sollen ambulante Rehabilitationsleistungen auch in Pflegeheimen erbracht werden.

Integrierte Versorgung (§ 140b SGB V, § 92b SGB XI)

Pflegedienste, Pflegeheime und auch Pflegekassen können sich jetzt an den Verträgen zur Integrierten Versorgung beteiligen.

Verbesserung des Entlassungsmanagements (§§ 11, 112, 115 SGB V)

Zur Verbesserung des Übergangs zwischen Akutversorgung im Krankenhaus, Rehabilitation und (Dauer-)Pflege wurde insbesondere im Zusammenhang mit der Entlassung aus dem Krankenhaus ein Anspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement eingeführt. Dadurch wird vor allem der Übergang vom Krankenhaus in eine sachgerechte Anschlussversorgung (einschließlich Pflege) verbessert.

Erweiterung des Begriffs der Häuslichkeit (§ 37 SGB V)

Durch eine Differenzierung des Begriffs der Häuslichkeit wurde sichergestellt, dass die Bewohner in neuen Wohnformen (Wohngemeinschaften etc.) ebenso wie Patienten in Privathaushalten Leistungen der häuslichen Krankenpflege erhalten können. Darüber hinaus können Pflegeleistungen auch an anderen geeigneten Orten, zum Beispiel in Schulen oder Kindergärten, erbracht werden.

Behandlungspflege im Heim für schwere Fälle (§ 37 SGB V, § 82 Abs. 1 SGB XI)

Es wurden die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Heimbewohner mit einem besonders hohen behandlungspflegerischen Bedarf (zum Beispiel Wachkomapatienten, Dauerbeatmete) den Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach dem SGB V auch bei einer Unterbringung im Pflegeheim nicht verlieren. Für diese Personengruppen fallen erfahrungsgemäß sehr hohe Kosten für den behandlungspflegerischen Aufwand an.

Ergänzung der ärztlichen und pflegerischen Versorgung durch eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§§ 37b, 92, 132d SGB V)

Dieser neue Leistungsanspruch soll Palliativpatienten mit einer begrenzten Lebenserwartung ermöglichen, bis zum Tode in der vertrauten häuslichen Umgebung durch spezielle Teams betreut zu werden. Die Leistung ist primärmedizinisch ausgerichtet und umfasst die Schmerztherapie und Symptomkontrolle sowie die Koordinierung einzelner Teilleistungen.

Diese Leistungen können auch im Pflegeheim in Anspruch genommen werden. Das Pflegeheim kann hierzu geeignetes Personal anstellen, einen Kooperationsvertrag mit einem auf Palliativmedizin spezialisierten Arzt abschließen oder auf ein Palliativteam zurückgreifen.

Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen (§§ 37, 92 SGB V, §§ 14, 15 Abs. 3 SGB XI)

Der Bedarf an verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen findet jetzt sowohl in der Krankenversicherung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege als auch in der Pflegeversicherung (hier bei der Pflegebegutachtung) Berücksichtigung.

Präzisierung des Hilfsmittelanspruchs (§§ 33, 126, 127 SGB V)

Es wurde klargestellt, dass der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich gegenüber der Krankenkasse bei stationärer Pflege nicht davon abhängt, in welchem Umfang eine Teilhabe der Versicherten am gemeinschaftlichen Leben innerhalb einer Einrichtung noch möglich ist – dies war von der jüngeren Rechtsprechung anders gesehen worden.

Konkretisierung der Mindestanforderungen an die hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b Abs. 2 Nr. 3 SGB V)

Zur Sicherstellung eines besonderen hausärztlichen Versorgungsangebotes, hier der sogenannten hausarztzentrierten Versorgung bzw. dem Hausarztmodell, haben die Krankenkassen – gegebenenfalls in Kooperation mit anderen Krankenkassen – Verträge mit Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen (§ 73 Abs. 1a SGB V), mit Gemeinschaften dieser Leistungserbringer, mit sog. Managementgesellschaften oder mit von anderen Leistungserbringern ermächtigten Kassenärztlichen Vereinigungen abzuschließen. Ärzte können jedoch nur dann an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, wenn sie bestimmte Qualitätsanforderungen, die insbesondere auch Fortbildungspflichten (vergleiche auch 95d SGB V) umfassen, erfüllen. Mit dem GKV-WSG werden speziell solche inhaltlichen Mindestanforderungen konkret gesetzlich benannt, die über die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie in den Bundesmantelverträgen geregelten Anforderungen hinausgehen. Hausärzte sollen demzufolge an Fortbildungen teilnehmen, die sich bspw. auf patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie sowie Geriatrie konzentrieren. Es ist davon auszugehen, dass damit die Versorgungsqualität für Pflegebedürftige, die sich für ein Hausarztmodell eingeschrieben haben, unabhängig davon, ob sie in ihrem häuslichen Umfeld oder in einer stationären Pflegeeinrichtung medizinisch betreut und versorgt werden wollen, angehoben werden kann. Außerdem können die Krankenkassen ihren Versicherten für die Teilnahme am Hausarztmodell einen finanziellen Bonus gewähren (§ 53 Abs. 3 SGB V).

Weiterverwendung unverbrauchter Betäubungsmittel (Artikel 34 GKV-WSG, hier § 5b Betäubungsmittelverschreibungsverordnung)

Betäubungsmittel, die sachgerecht gelagert wurden und nicht mehr benötigt werden, können vom Arzt für einen anderen Bewohner des Alten- und Pflegeheims oder Hospizes erneut verschrieben werden oder an eine versorgende Apotheke zum Zweck der späteren Verwendung in einem Alten- und Pflegeheim oder einem Hospiz zurückgegeben werden.

Ausweitung der (krankenhaus-)ärztlichen Verordnungsbefugnisse (§§ 37, 37b, 115c i. V. m. 92 SGB V)

Im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung kann der Krankenhausarzt für längstens drei Tage häusliche Krankenpflege verordnen (§ 37 SGB V) und gleichzeitig auch Arzneimittel mitgeben (§ 115c SGB V, Artikel 36 GKV-WSG, hier § 14 Abs. 7 Apothekengesetz); zudem kann zukünftig durch qualifizierte Krankenhausärzte die spezialisierte ambulante Palliativversorgung verordnet werden (§ 37b SGB V).

Ausweitung der Fördergrundlagen ambulanter Hospizdienste (§ 39a Abs. 2 SGB V)

Zukünftig sollen auch ambulante Hospizdienste, die eine qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in Pflegeheimen erbringen, durch die Krankenkassen gefördert werden, auch um dadurch deren Abhängigkeit von Spenden und ehrenamtlicher Mitarbeit zu verringern.

Impfungen werden Pflichtleistungen (§§ 20d, 92, 132e SGB V)

Empfohlene Impfungen im Sinne des § 2 Nr. 9 Infektionsschutzgesetzes müssen zukünftig von den Krankenkassen bezahlt werden und erreichen insofern auch Heimbewohner besser.

Mitgliedschaftsrecht, Beitragsrecht und Organisationsrecht

Neben den vielfältigen Neuregelungen, die die Versorgung betreffen, ist zudem zu beachten, dass mit dem GKV-WSG Regelungen getroffen wurden, die Änderungsbedarf im SGB XI bei vielen Vorschriften zur Umsetzung der Pflegeversicherung ausgelöst haben. In der Pflegeversicherung gilt für viele Regelungsbereiche der Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“. Dieser Grundsatz spielt eine besondere Rolle für das Mitgliedschaftsrecht, das Beitragsrecht oder das Organisationsrecht der Pflegeversicherung. Daher ist es erforderlich, eine Vielzahl von Vorgaben der GKV-Reform in das Recht der Pflegeversicherung zu übernehmen. Dadurch werden absehbare Probleme und zusätzlicher bürokratischer Aufwand bei der den Krankenkassen obliegenden Durchführung der Pflegeversicherung vermieden, die bei einer Rechtszersplitterung zu befürchten wären.

III. Übersicht zu den Leistungen der Pflegeversicherung im Jahr 2007

		Pflegestufe I Erheblich Pflege- bedürftige	Pflegestufe II Schwerpflege- bedürftige	Pflegestufe III Schwerstpflege- bedürftige (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 der Hilfe für behinderte Men- schen	Pflegeaufwendungen in Höhe von	10 v. H. des Heimentgelts, höchstens 256 € monatlich		
Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen bis € monatlich	31		
Technische Hilfsmittel	Aufwendungen in Höhe von	90 v. H. 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)	130 (111)	260 (223)	390 (334)

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 der vergleichsweise kurzen Zeit ihres Bestehens als ein wichtiger Baustein bei der Absicherung sozialer Risiken erwiesen, der vielen Menschen geholfen hat und weiterhin helfen wird. Sie ist im Bewusstsein der Bevölkerung als integraler Bestandteil der sozialen Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland verankert.

Trotz des immer wieder geltend gemachten Nachbesserungsbedarfs bei der Pflegeversicherung – wie beispielsweise die von Beginn an geführte Debatte über die Reichweite des Pflegebedürftigkeitsbegriffes zeigt – kann die Geschichte der Pflegeversicherung als Erfolg gewertet werden. Dabei gilt die Pflegeversicherung auch im internationalen Vergleich als Vorbild und zukunftsweisendes Modell der sozialen Sicherung.

2. Gesetzgeberische Vorhaben – Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) – Bundestagsdrucksache 16/7439

2.1 Allgemeines

Mit der Vorlage des Regierungsentwurfes für das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz am 17. Oktober 2007 hat die Bundesregierung die Reform der Pflegeversicherung auf den Weg gebracht.

Der Gesetzentwurf beinhaltet strukturelle Änderungen in der Pflegeversicherung, die dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ stärker als bisher Rechnung tragen. Hervorzuheben sind insbesondere die Anhebung der Leistungsbeträge, vor allem im Bereich der häuslichen Pflege, sowie die Einführung eines Anspruchs auf Pflegeberatung (Fallmanagement) und die Schaffung von Pflegestützpunkten. Diese Maßnahmen stärken den Auf- und Ausbau wohnortnaher Versorgungsstrukturen, die eine quartiersbezogene und an den Bedürfnissen der hilfebedürftigen Menschen ausgerichtete Versorgung und Betreuung in Zukunft ermöglichen sollen. Schwerpunktmäßig sieht das Gesetz folgende Maßnahmen vor:

- Schaffung von Pflegestützpunkten
- Individualanspruch auf umfassende Pflegeberatung (Fallmanagement)
- Verbesserung der Rahmenbedingungen insbesondere für neue Wohnformen durch gemeinsame Inanspruchnahme von Leistungen
- Erweiterte Einsatzmöglichkeiten für Einzelpflegekräfte
- Schrittweise Anhebung der ambulanten und stationären Leistungen

- Ausweitung der Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und Einbeziehung von Menschen der so genannten Pflegestufe 0
- Verbesserung der Leistungen zur Tages- und Nachtpflege
- Leistungsdynamisierung
- Erhöhung der Fördermittel zum weiteren Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote sowie für ehrenamtliche Strukturen und die Selbsthilfe im Pflegebereich
- Einführung einer Pflegezeit für Beschäftigte
- Stärkung von Prävention und Rehabilitation in der Pflege
- Ausbau der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Transparenz
- Unterstützung des generationsübergreifenden bürgerschaftlichen Engagements
- Abbau von Schnittstellenproblemen, Förderung der Wirtschaftlichkeit
- Stärkung der Eigenvorsorge
- Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte
- Portabilität der Alterungsrückstellungen auch im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

2.2 Maßnahmen zur Entbürokratisierung

Besonders hervorzuheben sind die in dem Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Entbürokratisierung der Pflege. Damit greift die Bundesregierung Vorschläge zur Entlastung der Pflege von überflüssigem Verwaltungsaufwand auf. Nennenswert sind vor allem nachfolgende Maßnahmen, die zum Teil auch auf Anregungen des „Runden Tisches Pflege“ beruhen:

- Zur Entlastung der Einrichtungsträger wird die Straffung und Neustrukturierung der Regelungen zur Qualitätssicherung beitragen. Künftig werden die Prüfungen nach dem Recht der Pflegeversicherung und nach dem Heimrecht besser aufeinander abgestimmt. Außerdem sollen selbst veranlasste Zertifizierungen in größerem Umfang als bisher anerkannt werden. Damit kommt die Bundesregierung wichtigen Anliegen von Einrichtungsträgern im Bereich der Qualitätssicherung entgegen.
- Nach dem Gesetzentwurf soll die von den Verbänden immer wieder als zu verwaltungsaufwändig kritisierte Pflege-Buchführungsverordnung aufgehoben und die Erarbeitung von verbindlichen Grundsätzen ordnungsgemäßer Pflegebuchführung in die Regelungsverantwortung der beteiligten Einrichtungs- und Kostenträger überführt werden.
- Zur Erprobung besonderer pauschalierter Pflegesätze erhalten die Pflegesatzparteien die Möglichkeit, zeitlich befristete Modellprojekte durchzuführen. Eine weitere Pauschalisierung der Pflegesatzstrukturen kann erhebliche Entbürokratisierungspotenziale beinhalten.

- Der Aufwand bei Kosten- und Einrichtungsträgern wird durch die Abschaffung des gesonderten Abschlusses von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen in der stationären Pflege und die Einschränkung der Möglichkeiten zur Durchführung von Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen reduziert.
- Insbesondere auch aus Sicht der betroffenen Pflegebedürftigen, aber auch aus Sicht der Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte wird die bessere Vernetzung und Verzahnung der Versorgungsangebote zu Verbesserungen und Entlastungen führen. Vor allem die Einführung von Pflegestützpunkten wird den pflegebedürftigen Menschen helfen, sich an den Schnittstellen zwischen den Versorgungssystemen besser zurecht zu finden und insgesamt zu wirksameren Versorgungsstrukturen beitragen.
- Der Bundespflegeausschuss wird abgeschafft und der Turnus zur Vorlage des Berichts über die Entwicklung der Pflegeversicherung wird von drei auf vier Jahre verlängert.
- Die vorgesehene Möglichkeit zur Befristung der Verwaltungsentscheidung bei der Anerkennung der Pflegebedürftigkeit und der Leistungsbewilligung wird den Verwaltungsaufwand bei den Pflegekassen verringern.

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 Ausgabentwicklung der Pflegeversicherung.

Derzeit gibt es in der sozialen und privaten Pflegeversicherung rund 1,40 Millionen Empfänger von ambulanten und rund 0,70 Millionen Empfänger von stationären Leistungen der Pflegeversicherung. Insgesamt erhalten also rund 2,1 Millionen Pflegebedürftige die ambulanten und stationären Leistungen der Pflegeversicherung.

1. Soziale Pflegeversicherung

1.1 Zahl der Leistungsempfänger

Nach der Geschäftsstatistik der Pflegekassen bezogen zum Ende 2006 rund 1,31 Millionen Pflegebedürftige ambulante Leistungen der sozialen Pflegeversicherung.

Vollstationäre Leistungen erhielten Ende 2006 rund 0,66 Millionen Pflegebedürftige, darunter rund 69 000 Empfänger stationärer Leistungen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen.

Die Zahl der Leistungsempfänger ist seit Einführung der Pflegeversicherung deutlich gestiegen¹. In den letzten Jahren hat sich allerdings der Anstieg der Pflegebedürftigenzahl im Verhältnis zum früheren Verlauf deutlich abgeschwächt. Nahm die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen

von Ende 1996 bis Ende 2002 noch um durchschnittlich 3,4 vom Hundert pro Jahr zu, so betrug der jahresdurchschnittliche Anstieg in den folgenden vier Jahren nur 1,0 vom Hundert. Auf den Zusammenhang von demographischer Entwicklung und Anstieg der Pflegebedürftigenzahl wird in Kapitel XIII. näher eingegangen.

Der Anstieg der Pflegebedürftigenzahlen war im ambulanten Bereich relativ moderat. Von Ende 2003 bis Ende 2006 betrug die Zunahme nur 2,2 vom Hundert, während die Zahl der stationär Pflegebedürftigen im gleichen Zeitraum um insgesamt 7,3 vom Hundert anstieg.

1.2 Leistungsempfänger nach Pflegestufen

Von den ambulant Pflegebedürftigen waren Ende 2006²

- 768 000 Personen (= 58,6 vom Hundert) der Pflegestufe I,
- 419 000 Personen (= 32,0 vom Hundert) der Pflegestufe II,
- 123 000 Personen (= 9,4 vom Hundert) der Pflegestufe III

zugeordnet.

Rund 1 050 Pflegebedürftige in der Pflegestufe III (= 0,9 vom Hundert 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 Hilfe für behinderte Menschen³ waren Ende 2006

- 265 000 Personen (= 40,3 vom Hundert) in der Pflegestufe I,
- 264 000 Personen (= 40,2 vom Hundert) in der Pflegestufe II und
- 129 000 Personen (= 19,6 vom Hundert) in der Pflegestufe III.

Rund 3 900 Pflegebedürftige in der Pflegestufe III (= 3,0 vom Hundert der Pflegestufe III) waren im stationären Bereich als Härtefall mit einem monatlichen Leistungsanspruch von bis zu 1 688 anerkannt.

Ein Überblick über die Entwicklung der Leistungsempfänger insgesamt geben die Grafiken 3 bis 5.

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 eine vermehrte Antragstellung nur leicht Pflegebedürftiger stehen.

1.3 Leistungsempfänger nach Leistungsarten

Von den Leistungsarten hat nach wie vor das Pflegegeld die größte Bedeutung. Im Jahresdurchschnitt 2006 wähl-

¹ Vergleiche Anlage 1

² Vergleiche Grafik 1

³ Vergleiche Grafik 2

ten 47,4 vom Hundert der Leistungsempfänger diese Leistungsart, gefolgt von vollstationärer Pflege (28,0 vom Hundert), Kombinationsleistung (10,1 vom Hundert), Pflegesachleistung (8,8 vom Hundert) und vollstationärer Pflege in Behinderteneinrichtungen (3,3 vom Hundert). 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 Gewicht⁴.

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 Empfänger von Pflegegeld leicht zurückgegangen. Dagegen sind die Anteile der Empfänger von Pflegesachleistung, vollstationärer Pflege, Tages- und Nachtpflege und Kurzzeitpflege jeweils leicht gestiegen. Relativ am stärksten zugenommen hat von einem niedrigen Niveau aus die Inanspruchnahme der häuslichen Verhinderungspflege.

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 rund 575 000 in den Jahren 1997 bis 1999 – deutlich auf rund 454 000 Personen im Jahr 2005 gesunken (neuere Angaben sind aufgrund regelmäßiger Nacherfassungen noch nicht aussagekräftig). Bei den rentenversicherungspflichtigen Pflegepersonen handelt es sich zu über 90 vom Hundert um Frauen.

1.4 Leistungsempfänger nach Alter und Geschlecht

Pflegebedürftigkeit ist ein Schicksal, das sich stark auf den Personenkreis der Hochbetagten konzentriert. Am Jahresende 2006 waren bei den ambulant Pflegebedürftigen rund 44,7 vom Hundert älter als 80 Jahre, im stationären Bereich sogar gut 63,5 vom Hundert.

Die Mehrzahl der Pflegebedürftigen sind aufgrund der höheren Lebenserwartung Frauen. Ihr Anteil an den stationär Pflegebedürftigen ist mit gut 74,8 vom Hundert

deutlich höher als bei den ambulant Pflegebedürftigen (62,7 vom Hundert).

2. Private Pflege-Pflichtversicherung

2.1 Zahl der Leistungsempfänger

Nach der Geschäftsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung bezogen Ende 2006 rund 93 000 Pflegebedürftige ambulante und rund 41 000 stationäre Leistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Die stationären Leistungen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen werden nicht separat erfasst, dürften jedoch auch zahlenmäßig von untergeordneter Bedeutung sein.

Die private Pflege-Pflichtversicherung verzeichnete von 2002 bis 2006 einen prozentual wesentlich stärkeren Anstieg der Pflegebedürftigenzahl als 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.

Bezogen auf die Zahl der Versicherten ist der Anteil der Pflegebedürftigen in der privaten Pflege-Pflichtversicherung allerdings nur etwa halb so hoch wie in der sozialen Pflegeversicherung. Der Annäherungsprozess in den Risikostrukturen zwischen der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung wird sich noch über mehrere Jahrzehnte erstrecken.

2.2 Leistungsempfänger nach Pflegestufen

Die Pflegebedürftigen verteilten sich Ende 2006 wie folgt auf die Pflegestufen:

ambulant		stationär	
Pflegestufe I	50,1 v. H.	Pflegestufe I	29,2 v. H.
Pflegestufe II	36,6 v. H.	Pflegestufe II	44,7 v. H.
Pflegestufe III	13,3 v. H.	Pflegestufe III	26,1 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.

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 2006 rund 53,2 vom Hundert und im stationären Bereich sogar rund 76,7 vom Hundert.

⁴ Vergleiche Grafik 6

Auch hier ist die Mehrzahl der Pflegebedürftigen Frauen. Ihr Anteil ist allerdings im ambulanten Bereich mit rund 54,0 vom Hundert niedriger als in der sozialen Pflegeversicherung, während er im stationären Bereich mit rund 71,0 vom Hundert fast ebenso hoch wie in der sozialen Pflegeversicherung ist.

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

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 ausweisen⁵.

1.1 Finanzentwicklung

Die soziale Pflegeversicherung hatte in den ersten Jahren nach ihrer Einführung 1995 hohe Einnahmeüberschüsse zu verzeichnen, die zwar allmählich zurück gingen, 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. Im Jahr 1999 trat erstmals ein Defizit auf. Ab dem Jahr 2001 gingen die Defizite bei moderater Ausgabenentwicklung im Wesentlichen auf einen konjunkturbedingt schwachen Einnahmezuwachs zurück.

Im Jahr 2004 betrug die

Einnahmen	16,87 Mrd. Euro und die
Ausgaben	17,69 Mrd. Euro
Der Ausgabenüberschuss stieg auf	0,82 Mrd. Euro.

Dieser Ausgabenüberschuss führte zu einer Absenkung des Mittelbestandes Ende 2004 auf 3,42 Mrd. Euro.

Die Beitragsentwicklung war im Jahr 2004 mit einem geringen Anstieg von 0,2 vom Hundert sehr verhalten. Ursache hierfür war der anhaltende Rückgang der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung und der schwache Anstieg der Durchschnittsentgelte. Die Auswirkungen der schwachen Einnahmeentwicklung wurden weitgehend durch den sehr moderaten Anstieg der Leistungsaus-

gaben von 0,8 vom Hundert kompensiert, so dass das Defizit nur wenig höher ausfiel, als im Jahr 2003.

Im Jahr 2005 hatte die soziale Pflegeversicherung

Einnahmen in Höhe von	17,49 Mrd. Euro, denen
Ausgaben in Höhe von	17,86 Mrd. Euro gegenüberstanden
Der Ausgabenüberschuss sank auf	0,36 Mrd. Euro.

Der starke Anstieg der Beitragseinnahmen im Vergleich zum Vorjahr (plus 4,4 vom Hundert) geht fast ausschließlich auf die Zusatzeinnahmen aus dem Kinderlosenzuschlag zurück.

Die Auswirkungen des Rückganges der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung und des schwachen Anstiegs der Durchschnittsentgelte setzten sich auch 2005 fort. Der Anstieg der Leistungsausgaben war mit 1,2 vom Hundert wie in den Vorjahren moderat.

Im Jahr 2006 schließlich betrug die

Einnahmen	18,49 Mrd. Euro und die
Ausgaben	18,03 Mrd. Euro.
Der Einnahmeüberschuss betrug	0,45 Mrd. Euro.

Dadurch erhöhte sich der Mittelbestand auf 3,50 Mrd. Euro, von denen 2,29 Mrd. Euro das derzeitige Betriebsmittel- und Rücklagesoll von 1,5 Monatsausgaben laut Haushaltsplänen der Pflegekassen bilden.

Im Jahr 2006 lagen die Einnahmen um knapp 1 Mrd. Euro oder 5,6 vom Hundert höher, als im Vorjahr. Dies ging im Wesentlichen auf die einmaligen Zusatzeinnahmen infolge des Vorziehens der Beitragsfälligkeit durch das Gesetz zur Änderung des Vierten und Sechsten Buches Sozialgesetzbuch vom 3. August 2005 (BGBl. I, S. 2269) zurück (Effekt etwa 820 Mio. Euro). Ohne diesen Sondereffekt ergab sich bei den Beitragseinnahmen ein konjunkturbedingter Anstieg um 0,6 vom Hundert. Die Ausgabenentwicklung verlief mit einem Anstieg von 1,0 vom Hundert wieder sehr moderat.

1.2 Ausgabenstruktur

Aus der Ausgabenstruktur des Jahres 2006 lassen sich die bedeutendsten Kostenfaktoren ablesen.

Von den Gesamtausgaben entfielen rund 95 vom Hundert auf die Leistungsausgaben und rund 5 vom Hundert auf die Verwaltungskosten einschließlich der Kosten für den MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung). Bei den Leistungsausgaben ist vom Volumen her die vollstationäre Pflege am bedeutendsten (50,6 vom Hundert). Danach kommen Pflegegeld (23,5 vom Hundert) und Pflegesachleistung (14,1 vom Hundert).

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.

⁵ Vergleiche Anlage 3

Innerhalb der ambulanten Pflege nimmt der Anteil der Pflegesachleistung zu Lasten des Pflegegeldes leicht zu. Ende 2006 betrug das Geld-/Sachleistungsverhältnis bezogen auf die Ausgaben 62 zu 38, bezogen auf die Leistungsempfänger betrug es dagegen 79 zu 21. 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.

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 dreimonatigen Beitragsverlaufs einen hohen Einnahmeüberschuss, der in den Folgejahren niedriger ausfiel.

Im Jahr 2003 hatte die private Pflege-Pflichtversicherung

Einnahmen von	3,40 Mrd. Euro,
Gesamtaufwendungen von	3,30 Mrd. Euro
und damit einen	
Einnahmeüberschuss von	0,10 Mrd. Euro

Im Jahr 2004 hatte die private Pflege-Pflichtversicherung

Einnahmen von	2,73 Mrd. Euro,
Gesamtaufwendungen von	2,43 Mrd. Euro
und damit einen	
Einnahmeüberschuss von	0,30 Mrd. Euro.

Für das Jahr 2005 wies die private Pflege-Pflichtversicherung

Einnahmen von	3,36 Mrd. Euro und
Gesamtaufwendungen von	3,17 Mrd. Euro aus,
so dass ein Einnahme-	
überschuss von	0,19 Mrd. Euro entstand.

Im Jahr 2006 schließlich standen

Einnahmen von	2,89 Mrd. Euro,
Gesamtaufwendungen von	2,52 Mrd. Euro gegenüber,
woraus ein Einnahme-	
überschuss von	0,36 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 stark schwankt.

Der Aufbau des Kapitalstocks schreitet zügig voran. Seit Beginn der Pflegeversicherung 1995 wurden insgesamt rund 16,4 Mrd. Euro an Alterungsrückstellungen angesammelt.

2.2 Struktur der Aufwendungen

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

So dienten 2006 zum Beispiel 49,0 vom Hundert der Aufwendungen zum Aufbau des Kapitalstocks (Zuführung zu den Deckungsrückstellungen) sowie weitere 13,1 vom Hundert als Rückstellung zur Abfederung späterer Beitragsanhebungen. Demgegenüber haben die Leistungsausgaben mit 20,8 vom Hundert einen relativ geringen Anteil an den Gesamtaufwendungen. Auffällig hoch ist dagegen mit 10,1 vom Hundert der Anteil der Verwaltungskosten in einer weiten Abgrenzung (insbesondere einschließlich der Abschlusskosten und Kosten für den Begutachtungsdienst „MEDICPROOF“).

Innerhalb der Leistungsausgaben war 2006 die vollstationäre Pflege am bedeutendsten (48,0 vom Hundert), gefolgt von Pflegegeld (23,1 vom Hundert) und Pflegesachleistung (17,3 vom Hundert). 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 3,3 vom Hundert 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 Medizinischen Dienste der Krankenversicherung 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 Inkrafttreten des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (PflEG) am 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 Wohnbereich durch eine Pflegefachkraft oder einen Arzt des Medizinischen Dienstes. Dies gilt für Anträge auf häusliche (ambulante Leistungen) und vollstationäre Pflege gleichermaßen. Wenn ausnahmsweise aufgrund einer eindeutigen Aktenlage feststeht,

- ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind,
- welche Pflegestufe vorliegt und
- ob und in welchem Umfang geeignete therapeutische bzw. rehabilitative Leistungen in Betracht kommen,

kann im Einzelfall die Begutachtung auf dieser Grundlage durchgeführt werden, das heißt, dass die Begutachtung des Antragstellers in seinem Wohnbereich unterbleibt.

Die folgende Tabelle zeigt die durchgeführten Begutachtungen nach beantragter Leistung und Untersuchungsort im Jahr 2006:

durchgeführte Begutachtungen	ambulant	stationär
	987 590	318 155
davon in vom Hundert:		
in Privatwohnung (ambulant)	83,6	–
in Pflegeeinrichtung (stationär)	–	74,0
nach Aktenlage	15,2	22,1
Sonstiges (z. B. Krankenhaus, stationäre Rehabilitationseinrichtung)	1,2	3,9

Bei gut 83 vom Hundert der ambulanten und bei 74 vom Hundert der stationären Antragsteller fand die Begutachtung im jeweiligen Wohnbereich statt. Begutachtungen nach Aktenlage wurden zum überwiegenden Teil bei Wiederholungs- und Widerspruchsbegutachtungen durchgeführt, bei denen die vorliegenden Unterlagen ausreichen, um zu einer sozialmedizinisch begründeten Empfehlung zu gelangen.

1.1 Rechtliche Grundlagen

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu den Pflegestufen richten sich 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, geändert durch Beschlüsse vom 21. Dezember 1995, vom 22. August 2001 und vom 11. Mai 2006

- Begutachtungs-Richtlinien vom 21. März 1997, geändert durch Beschlüsse vom 22. August 2001 und vom 11. Mai 2006
- Härtefall-Richtlinien vom 10. Juli 1995, geändert durch Beschlüsse vom 19. Oktober 1995, vom 3. Juli 1996 und vom 28. Oktober 2005 (befristet bis zum 31. März 2009) sowie
- Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz vom 22. März 2002 geändert durch Beschluss vom 11. Mai 2006.

1.2 Verrichtungsbezogene krankheits-spezifische Pflegemaßnahmen – Änderungen durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007

Das Bundessozialgericht hat in seinem viel beachteten Urteil vom 17. März 2005, Az.: B 3 KR 9/04 R, die Neuregelung des § 37 Abs. 2 S.1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003 unter dem Aspekt des allgemeinen Gleichheitsgrundsatzes für bedenklich erklärt, es sei kein rechtfertigender Grund ersichtlich, den Fall des Tragens von Kompressionsstrümpfen gegenüber weit schwerer wiegenden Fällen der Behandlungspflege zur Aufrechterhaltung von Grund- und Vitalfunktionen (Atmung, Kreislauf, Stoffwechsel) bevorzugt zu regeln. Gleichzeitig hat das Bundessozialgericht entschieden, dass Pflegebedürftige, die einen Anspruch auf häusliche Krankenpflege gegenüber der Krankenkasse und auf Leistungen gegenüber der Sozialen Pflegeversicherung haben, bei verrichtungsbezogenen Maßnahmen der Behandlungspflege ein Wahlrecht haben, ob sie eine Zuordnung der Behandlungspflege zur Grundpflege wünschen oder nicht.

Durch das GKV-WSG wurde die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen verwaltungs- und versichertenfreundlich umgesetzt: Der Bedarf an verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen findet sowohl in der Krankenversicherung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege als auch in der Pflegeversicherung bei der Pflegebegutachtung Berücksichtigung.

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vergleiche Urteil vom 30. Oktober 2001, Az.: B 3 KR 2/01 R) zählen krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen dann zum Grundpflegebedarf nach § 14 Abs. 4 SGB XI, wenn es sich um eine Maßnahme handelt, die untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung aus dem Katalog des § 14 Abs. 4 SGB XI ist oder wenn sie mit einer solchen Verrichtung objektiv notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang durchzuführen ist (verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen). Mit dem GKV-WSG wurde diese Definition in § 15 Abs. 3 SGB XI aufgenom-

men und klargestellt, dass der Zeitaufwand für verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen bei der Feststellung des Zeitaufwandes für die Grundpflege zu berücksichtigen ist; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem SGB V führt. Zu den verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen zählen insbesondere:

- das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Klasse 2,
- eine oro/tracheale Sekretabsaugung,
- das Einreiben mit Dermatika,
- die Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs,
- die Einmalkatheterisierung,
- das Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei einem Tracheostomapatienten zur Ermöglichung des Schluckens,
- Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf.

Gleichzeitig wurde § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V, der bis dahin nur den Fall des An- und Ausziehens von Kompressionsstrümpfen regelte, erweitert: Eine Berücksichtigung von verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen beim Grundpflegebedarf nach §§ 14, 15 SGB XI steht dem Leistungsanspruch gegen die Gesetzliche Krankenversicherung nach § 37 SGB V nicht entgegen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien nach § 92 SGB V das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen fest.

Die vom Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 17. März 2005 (Az.: B 3 KR 9/04 R) kritisierte parallele Zuständigkeit sowohl der Gesetzlichen Krankenversicherung als auch der Pflegeversicherung – also die Zuständigkeit zweier Sozialversicherungsträger – ist ausnahmsweise zur befriedigenden und vermittelbaren Beseitigung von Schnittstellenproblemen geboten. Sie ist in den Auswirkungen wegen des nur kleinen Kreises Begünstigter nicht so gravierend, dass die Doppelzuständigkeit als unvereinbar mit dem Wesen der Sozialversicherung anzusehen ist. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass § 37 Abs. 3 SGB V uneingeschränkt weiter gilt und somit eine Leistungspflicht der GKV in vielen Fällen ohnehin nicht gegeben ist. Die das Fünfte und das Elfte Buch Sozialgesetzbuch übergreifende Regelung ist verwaltungs- und versichertenfreundlicher als ein Wahlrecht, wie es das Bundessozialgericht in der sogenannten „Wahlrechtsentscheidung“ vorgeschlagen hat. Sie vermeidet erheblichen größeren Verwaltungsaufwand bei der Beratung des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen durch die Kassen bzw. den MDK, ob und unter welchen Voraussetzungen es sich „lohnt“, vom Wahlrecht Gebrauch zu machen. Die Regelung vermeidet auf Seiten des Pflegebedürftigen, sich mit einer komplexen bzw. sehr abstrakten Sach- und Rechtslage des Fünften und Elften Buches Sozialgesetzbuch bei Pflegeleistungen von Familien- bzw. Haushaltsangehörigen vertraut zu machen sowie deren Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen der gesetzlichen

Krankenversicherung und der Pflegeversicherung bezogen auf den konkreten Fall nachzuvollziehen.

Vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Wahlrechtsentscheidung) sehen die überarbeiteten Begutachtungs-Richtlinien von 2006 vor, dass der MDK den Zeitbedarf für die krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen im Gutachten gesondert ausweist, nach der Rechtsänderung durch das GKV-WSG ist dies allerdings nicht mehr zwingend erforderlich. Die in der alten Fassung der Richtlinien enthaltene abschließende Auflistung der berücksichtigungsfähigen Pflegemaßnahmen wurde gestrichen. Nunmehr werden alle verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen, die die Kriterien der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts erfüllen, von den Begutachtungs-Richtlinien erfasst.

1.3 Wichtige Änderungen der Begutachtungs-Richtlinien

Die Begutachtungs-Richtlinien (BRi) sowie das Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz sind darauf ausgerichtet, bundesweit eine einheitliche Begutachtung nach einheitlichen Kriterien zu gewährleisten. Damit dies sichergestellt werden konnte, waren Ergänzungen im Hinblick auf

- die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes zu verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen und das GKV-WSG (vergleiche dazu 1.2.)
- den sensiblen Bereich der Pflegebedarfsfeststellung bei Kindern (vergleiche dazu 1.3.1.) sowie zu
- präventiven Maßnahmen/Therapien/Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (vergleiche dazu 1.3.2.)

erforderlich.

Darüber hinaus sind

- das Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (vergleiche dazu 1.3.3.) und
- die Härtefall-Richtlinien (HRi) – Ausweitung der HRi mit dem Ziel der Umsetzung der Urteile des Bundessozialgerichts, Az.: B 3 P 2/01 R sowie Az.: B 3 KR 27/01 R vom 30. Oktober 2001 (vergleiche dazu 1.3.4.)

in die Begutachtungs-Richtlinien aufgenommen worden.

1.3.1 Pflegebedarfsfeststellung bei Kindern

Auch weiterhin wird nur der zeitliche Mehrbedarf erfasst, den ein krankes Kind im Vergleich zu einem gleichaltrigen gesunden Kind zusätzlich benötigt. Als Orientierung des Gutachters dient zukünftig jedoch eine verbesserte Tabelle, in der der Pflegeaufwand eines gesunden Kindes in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität differenziert angegeben wird. Gegenüber den fünf Altersgruppen der alten Tabelle werden nunmehr zwölf Altersgruppen unterschieden: Die neue Tabelle berücksichtigt den alterstypischen Hilfebedarf bis zum zweiten Lebensjahr in Halb-Jahresschritten (vorher Jahresschritte) und ab dem zweiten Lebensjahr nunmehr in jährlichen Abstän-

den bis zum Alter von zehn Jahren (vorher Differenzierung nach drei Altersgruppen zwei bis drei, drei bis sechs und sechs bis zwölf Jahre).

1.3.2 Präventive Maßnahmen/Therapien/Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Der Vorrang von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe vor Sozialleistungen wurde durch das Neunte Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) bekräftigt. Daher ist bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit in jedem Einzelfall von dem Gutachter zu prüfen, ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe erfolgreich sein können, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu beseitigen oder zu mindern oder einer Verschlimmerung entgegen zu wirken. Es wird im Gutachten Stellung dazu genommen, ob über die derzeitige Versorgungssituation hinaus präventive Maßnahmen, Maßnahmen der Krankenbehandlung und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich sind.

1.3.3 Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Die Einbeziehung des Verfahrens zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in die Begutachtungs-Richtlinien (BRi) war bereits bei dessen Einführung 2002 vorgesehen und wurde im Rahmen der Überarbeitung der BRi 2006, ohne inhaltlichen Änderungen, umgesetzt. Mit diesem Verfahren werden Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen begutachtet, deren Hilfe- und Betreuungsbedarf in der häuslichen Pflege über den Hilfebedarf hinausgeht, der bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit im Sinne von §§ 14 und 15 SGB XI Berücksichtigung findet. Grundlage für die Feststellung eines erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung wegen erheblicher Einschränkung in der Alltagskompetenz sind allein die in § 45a Abs. 2 SGB XI genannten Kriterien.

1.3.4 Härtefall-Richtlinien

Die neu gefassten Härtefall-Richtlinien (HRi) berücksichtigen die Maßgaben des Bundessozialgerichts (Urteile des Bundessozialgerichts vom 30. Oktober 2001, Az: B 3 P 2/01 R und Az.: B 3 KR 27/01 R) zur Beachtung der in § 36 Abs. 4 und § 43 Abs. 3 SGB XI festgelegten Härtefallquoten von 3 vom Hundert im häuslichen bzw. 5 vom Hundert im stationären Bereich. Das Bundessozialgericht hatte eine Überarbeitung der Härtefall-Richtlinien gefordert, weil die Quoten nicht ausgeschöpft wurden. Es hatte darauf hingewiesen, dass im Rahmen der Härtefallregelung bei der stationären Pflege auch die Behandlungspflege zu berücksichtigen ist, solange die Behandlungspflege hier den Pflegekassen obliegt. Ferner wurde vom Bundessozialgericht hervorgehoben, dass die Pflegekassen in Zukunft nur noch solche stationär ver-

sorgten Schwerstpflegebedürftige mit außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand als Härtefall anerkennen dürfen, die zur Deckung ihres Pflegebedarfs tatsächlich zusätzliche Kosten aufbringen müssen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die HRi mit der Maßgabe genehmigt, diese bis zum 31. März 2009 zu befristen. Anhand der Statistik zum 30. Juni 2008 ist von den Spitzenverbänden der Pflegekassen zu evaluieren, ob die in § 36 Abs. 4 SGB XI für den ambulanten und die in § 43 Abs. 3 SGB XI für den vollstationären Bereich genannten Quoten im Wesentlichen erreicht werden. Die Pflegekassen sind nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet, diesen Quoten möglichst nahe zu kommen. Die Ergebnisse der Evaluation sind dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. September 2008 mitzuteilen. Sollte die gesetzlich vorgegebene Höchstgrenze von 3 bzw. 5 vom Hundert nach § 36 Abs. 4 und § 43 Abs. 3 SGB XI auch nach den neuen Härtefall-Richtlinien weiterhin erheblich unterschritten oder auch überschritten werden, sind die Härtefall-Richtlinien nach dem 31. März 2009 neu zu fassen.

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 Medizinischen Dienst der Spitzenverbände 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 Begutachtungen für die soziale Pflegeversicherung

Die Anzahl der Begutachtungen für den Berichtszeitraum 2003 bis 2006 liegt bei rund 1,3 Millionen jährlich. Nach Schwankungen in den Jahren 2004 und 2005 lagen die Auftragszahlen für ambulante und stationäre Begutachtungen im Jahr 2006 wieder in etwa auf dem Niveau des Jahres 2003. Drei Viertel der Versicherten beantragen ambulante Leistungen. Die Zahl der Aufträge zur Begutachtung von Antragstellern, die Leistungen zur Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI beantragt haben, stieg in den hier dokumentierten Jahren von gut 7 600 auf 9 500.

In der folgenden Tabelle ist das Begutachtungsvolumen der MDK in den Jahren 2003 bis 2006 für die Pflegeversicherung nach Leistungsarten dargestellt:

Im ambulanten Bereich werden in rund 57 vom Hundert der Fälle Erstantragsteller begutachtet, bei 35,6 vom Hundert handelt es sich um Wiederholungs- oder Höherstufungsbegutachtungen von Versicherten, die schon pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind und wiederholt begutachtet werden. Der Anteil von Erstantragstellern mit beantragten stationären Leistungen beträgt 39,4 vom Hundert, rund 56 vom Hundert sind Wiederholungs- oder Höherstufungsbegutachtungen.

Begutachtungsvolumen nach Leistungsart 2003 bis 2006 gemäß § 18 SGB XI

Gesamt	2003	2004	2005	2006
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	1 308 665	1 269 902	1 315 099	1 315 254
davon nach beantragter Leistungsart:				
ambulant	981 071	947 010	996 234	987 590
stationär	319 954	314 534	310 419	318 155
§ 43a SGB XI	7 640	8 358	8 446	9 509

1.4.2 Pflegestufenempfehlungen der Medizinischen Dienste

Im Vergleich zu ambulanten Erstbegutachtungen wird bei stationären Erstbegutachtungen häufiger Pflegebedürftigkeit 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.

Bei ambulanten Erstbegutachtungen waren bundesweit im Jahr 2006 gut zwei Drittel der Begutachteten pflegebedürftig. In 48,3 vom Hundert empfahlen die Gutachter Pflegestufe I, in 16,2 vom Hundert Pflegestufe II und in 3,5 vom Hundert Pflegestufe III.

Bei stationären Erstbegutachtungen stellten die Gutachter bundesweit im Jahr 2006 in 15,0 vom Hundert der Fälle „nicht erheblich pflegebedürftig“ im Sinne des SGB XI fest, in 46,5 vom Hundert Pflegestufe I, in 31,5 vom Hundert Pflegestufe II und in 7,1 vom Hundert 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 vor allem 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.

1.5 Berücksichtigung psychisch Kranker, geistig Behinderter und demenziell Erkrankter im Begutachtungsgeschehen der Medizinischen Dienste (Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz)

Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz sind Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II oder III mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der MDK im Rahmen der

Begutachtung nach § 18 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.

Im Jahr 2002 waren 27,2 vom Hundert aller erstbegutachteten Antragsteller auf ambulante Leistungen, Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. 2006 wurden 80 000 Versicherte oder 26,8 vom Hundert erstmals begutachtet, die pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind und zusätzlich Anspruch auf Leistungen nach § 45b SGB XI haben, weil sie in ihrer Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt sind.

Mit zunehmender Pflegestufe nimmt der Anteil der Pflegebedürftigen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zu. Für das Jahr 2006 beträgt die Quote in Pflegestufe I 23,4 vom Hundert (2002: 23,4 vom Hundert); in Pflegestufe II 36,6 vom Hundert (2002: 36,9 vom Hundert) und in Pflegestufe III 53,8 vom Hundert (2002: 54,3 vom Hundert).

Unabhängig von der Pflegestufe können 93 vom Hundert aller Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz 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 46,2 vom Hundert in Pflegestufe I auf 73,4 vom Hundert 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 der Weiterleitung des Gutachtens an die auftraggebende Pflegekasse.

Gutachtenlaufzeiten ambulant und stationär 2006

2006	4 Wochen	8 Wochen	8 bis 12 Wochen	12 Wochen und mehr	durchschnittliche Dauer (in Kalendertagen)
	in vom Hundert				
ambulant	30,3	46,4	16,4	6,8	40,9
stationär	56,8	30,9	8,7	3,5	30,9

Die Reduzierung der Bearbeitungszeiten ist ein hohes Qualitätsziel für die MDK, im Sinne ihrer Kundenorientierung. Bezogen auf den Erledigungszeitraum von vier Wochen (Antragseingang beim MDK bis Weiterleitung des Gutachtens an die auftraggebende Pflegekasse) ergibt sich für das Jahr 2006 im Vergleich zum Jahr 2003 ein Anstieg der Quote der in diesem Zeitraum erledigten Gutachten von rund 24 vom Hundert (2003) auf 30,3 vom Hundert (ambulant) bzw. von 44 vom Hundert (2003) auf 56,8 vom Hundert (stationär). Die durchschnittliche Erledigungsdauer konnte im ambulanten Bereich um knapp 7 Tage (2003: 47,7 Tage) und im stationären Bereich um circa 5 Tage (2003: 35,5 Tage) verkürzt werden. Gleichzeitig konnte der Anteil der Gutachten von zwölf Wochen und mehr – besonders im ambulanten Bereich – auf 6,8 vom Hundert (2003: 10,5 vom Hundert) reduziert werden. Das bedeutet für die Versicherten, dass sie schneller begutachtet werden und das Begutachtungsergebnis früher erhalten.

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,
- den Härtefall-Richtlinien sowie
- dem Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz.

Begutachtungsempfehlungen der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung im ambulanten Bereich 2006

	Begutachtungsempfehlungen in vom Hundert (Erstantragsteller)			
	Nicht pflegebedürftig	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Soziale Pflegeversicherung	32,1	48,3	16,2	3,5
Private Pflegeversicherung	22,8	51,3	21,5	4,4

Begutachtungsempfehlungen der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflege-Pflichtversicherung im stationären Bereich 2006

	Begutachtungsempfehlungen in vom Hundert (Erstantragsteller)			
	Nicht pflegebedürftig	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Soziale Pflegeversicherung	15,0	46,5	31,5	7,1
Private Pflegeversicherung	10,1	41,0	36,3	12,6

Die Gutachter der privaten Pflege-Pflichtversicherung stellen bei Erstbegutachtungen im ambulanten und im stationären Bereich häufiger fest, dass Pflegebedürftigkeit vorliegt. Das zeigt sich insbesondere im stationären Bereich bei der Empfehlung der Pflegestufe 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 ist. So waren im Jahr 2006 circa 52 vom Hundert 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 2006 45,7 vom Hundert über 80 Jahre alt. Dies sind 7 vom Hundert weniger Hochbetagte als im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

2. Qualitätsprüfung innerhalb der Medizinischen Dienste

2.1 Richtlinien zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung und dazugehörige Prüfanleitung

Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben mit Datum vom 23. September 2004 die „Richtlinien zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung“ verabschiedet, die am 1. Januar 2005 in Kraft getreten sind. Die MDK sind dadurch verpflichtet, die Begutachtung auf einem hohen Qualitätsniveau durchzuführen und eine einheitliche Begutachtungspraxis auf der Grundlage der Begutachtungs-Richtlinien sicherzustellen. Die Richtlinien sehen vor, dass alle Gutachten aus dem ambulanten und stationären Bereich, einschließlich der Gutachten von Kindern in die Stichprobenziehung einbezogen werden. Damit sind Erst-, Höherstufungs-, Wiederholungs-, Widerspruchsgutachten und Gutachten nach Aktenlage Gegenstand der Prüfungen. Kindergutachten und Gutachten nach Aktenlage werden erst seit 2007 in die Prüfung integriert.

Der Schwerpunkt des Prüfansatzes liegt auf den MDK internen Qualitätsprüfungen. Jeder MDK prüft dazu jährlich mindestens 0,5 vom Hundert des Begutachtungsvolumens ambulanter und stationärer Gutachten. Die Prüfungen erfolgen im monatlichen oder vierteljährlichen Rhythmus auf der Grundlage randomisierter Stichprobenziehungen. In vielen MDK wird dazu ein EDV-System, das sog. KQP-Verfahren (Kontinuierliche Qualitätsprüfung), eingesetzt, das die Auswahl der zu prüfenden Gutachten per Zufall trifft. Aus dem Pool der bereits MDK intern geprüften Gutachten werden quartalsweise 24 Pflegegutachten an den MDS geschickt. Dieser übermittelt diese Gutachten nach dem Zufallsprinzip an Prüfgutachter anderer MDK, die ihre Bewertung wiederum an den MDS rückmelden.

Die Schwerpunkte der Prüfungen zielen auf inhaltliche Aspekte des Pflegegutachtens ab. Die Bewertungen erfolgen hinsichtlich:

- Transparenz der gutachterlichen Darstellung (Versorgungssituation, Wohnsituation, pflegerelevante Vorgeschichte, Schädigungen, Fähigkeitsstörungen/Ressourcen),
- Kompetenz der gutachterlichen Bewertungen (Verständlichkeit der Sprache, Sachkunde, Empfehlung, Prognose) und
- Nachvollziehbarkeit der gutachterlichen Entscheidungen in der Bestimmung von Pflegebedürftigkeit (Hilfbedarf, Zeitaufwand).

Die Prüfbereiche werden dabei einer vierstufigen Bewertung unterzogen.

2.2 Ergebnisse der MDK – Qualitätsprüfungen von Pflegegutachten 2006

Auf der Grundlage der Richtlinien zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung und der Veröffentlichung der Qualitätsergebnisse im sog. MDS-Bericht von Mai 2007 gingen im Jahr 2006 insgesamt 6 501 Pflegegutachten in die MDK-internen Prüfungen ein.

MDK übergreifend (bundesweit) wurden 1 487 Gutachten geprüft. Die Ergebnisse dieser Prüfungen belegen, dass bei fast allen Prüffragen zu gut 90 vom Hundert ein hoher Standard in der Qualität der Pflegebegutachtung erreicht wurde. Die korrekte Anwendung des Screenings zum „Verfahren zur Feststellung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ wurde zu 96 vom Hundert positiv bewertet.

Die internen Berichte der MDK-Gemeinschaft zeigen kontinuierliche Verbesserungen von Struktur, Prozess- und Ergebnisqualität im Begutachtungsgeschehen (zum Beispiel Qualitätszirkel, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, Einarbeitungskonzepte usw.). In einigen MDK werden EDV-gestützte, auf formale Aspekte ausgerichtete, Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfungen von Gutachten durchgeführt. 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.

Daneben werden vermehrt Qualitätsmanager und Auditoren von den MDK eingestellt oder ausgebildet. Zusätzlich haben mittlerweile viele MDK das sog. KQP-Verfahren eingesetzt, durch dieses Verfahren werden Qualitätsmängel schneller abgestellt.

3. Zahl der Pflegefachkräfte und der Ärzte

Nach § 18 Abs. 6 SGB XI werden die Aufgaben des MDK bei der Begutachtung durch Ärzte in Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Im Jahr 2006 beschäftigten die MDK bundesweit 2 039 Ärzte/Ärztinnen (1 948 Vollstellen) und 1 312 Pflegefachkräfte (1 183, 5 Vollstellen).

Statistisch kann nicht differenziert werden, ob und inwieweit die Ärztinnen und Ärzte Begutachtungen für die Pflegeversicherung oder für die Krankenversicherung durchführten.

Nach den Begutachtungs-Richtlinien können entweder ein Arzt, eine Pflegefachkraft oder beide gemeinsam als Mitarbeiter des MDK oder als externe Gutachter die Begutachtung 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 Berücksichtigung der Kompetenzen beider Berufsgruppen Rechnung getragen.

Ein Vergleich der Jahre 2003 und 2006 zeigt, dass in den MDK vermehrt Pflegefachkräfte die Pflegebegutachtungen durchführten. 2003 wurden 61,1 vom Hundert aller ambulanten und 66,0 vom Hundert aller stationären Begutachtungen durch Gutachter dieser Profession durchgeführt. Im Jahr 2006 stieg der Anteil auf 77,4 vom Hundert im ambulanten und 80,0 vom Hundert im stationären Bereich. Die Auftragsbearbeitung ist in den einzelnen MDK unterschiedlich strukturiert. Das zahlenmäßige Verhältnis zwischen Pflegefachkräften und ärztlichen Gutachtern ist regional sehr unterschiedlich ausgeprägt. Dies betrifft auch den Einsatz externer Gutachter. Im ambulanten Bereich wurden 16,4 vom Hundert, im stationären Bereich 5,1 vom Hundert der Begutachtungen von externen Gutachtern, alle anderen Begutachtungen von angestellten Gutachtern 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 2006 bundesweit 778 freie Mitarbeiter (89 vom Hundert ärztliche Gutachter und 11 vom Hundert Pflegefachkräfte) für die MEDICPROOF GmbH tätig. Die Gutachtenerstellung ist hier als Nebentätigkeit anzusehen. Der größte Anteil der freien Mitarbeiter ist hauptberuflich zum Beispiel in Kliniken, Behörden oder anderen Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens, angestellt (Quelle: Tätigkeitsbericht 2006, MEDICPROOF GmbH).

4. Widersprüche gegen das Begutachtungsergebnis, Klagen

Wenn Versicherte mit dem Bescheid der Pflegekasse – konkret mit dem Einstufungsergebnis – nicht einverstanden sind, haben sie die Möglichkeit, bei der Pflegekasse Widerspruch gegen den Bescheid einzulegen. Ist nach Auffassung der Pflegekasse eine erneute Begutachtung des Versicherten erforderlich, geht ein entsprechender Auftrag an den MDK (Widerspruchsauftrag).

Der Anteil von Widerspruchsaufträgen betrug im Jahr 2006 im ambulanten Bereich 7,6 vom Hundert und im stationären Bereich 4,1 vom Hundert an allen eingegangenen Begutachtungsaufträgen. Die Widerspruchsquote liegt anteilig im stationären Bereich fast hälftig unter der im ambulanten Bereich.

Im Jahr 2006 bestätigten die Gutachter in 63,1 vom Hundert der Widerspruchsbegutachtungen im ambulanten Bereich die Begutachtungsempfehlung des Vorgutachtens, in 35,7 vom Hundert wurde eine höhere Pflegestufe empfohlen. Bei Antragstellern auf stationäre Leistungen kamen die Gutachter vergleichsweise häufiger zu einer Änderung (Erhöhung) der Pflegestufenempfehlung in der Widerspruchsbegutachtung (48,7 vom Hundert). 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 Anzahl 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 sog. echten Widersprüchen werden unter den Widerspruchsbegutachtungen deshalb auch „Follegutachten im Sinne einer Verschlechterung“ erfasst. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse von Widerspruchs- und Follegutachten legt dies nahe.

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

5. Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes

Der gegenwärtig geltende Begriff der Pflegebedürftigkeit und seine praktische Umsetzung sind immer wieder Gegenstand der fachlichen und der allgemeinen öffentlichen Diskussion. Nach Ansicht von Kritikern sind Defizite bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen auf den zu engen Begriff der Pflegebedürftigkeit zurückzuführen, da dieser allein somatisch ausgerichtet sei. Dadurch würden wesentliche Aspekte (Kommunikation, soziale Teilhabe) ausgeblendet und der Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung, insbesondere bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, zu wenig berücksichtigt.

Beim Bundesministerium für Gesundheit wurde dazu ein gründliches und transparentes Konsultationsverfahren begonnen und am 13. November 2006 der „Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ eingesetzt. Der Beirat erarbeitet Entscheidungsgrundlagen, damit der Begriff der Pflegebedürftigkeit neu definiert und das Begutachtungsverfahren geändert werden kann. Insbesondere soll der Beirat eine Empfehlung zur Formulierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs aussprechen. Das Gesamtvorhaben soll bis zum November 2008 abgeschlossen sein. Die 32 Mitglieder des Beirats sind so ausgewählt, dass alle Interessenslagen und Kompetenzen des Handlungsfeldes „Pflege“ berücksichtigt werden.

V. Vergütung ambulanter und stationärer Pflegeleistungen**1. Ambulante Pflege**

Die beigefügte Übersicht (siehe Anlage 4) gibt einen Überblick über die in den Ländern geltenden Vereinbarungen mit Stand November 2007, die nach wie vor regelmäßig auf dem Leistungskomplexsystem basieren. Die Laufzeiten der Vergütungsvereinbarungen erstrecken sich in der Regel über längere Zeiträume und sind nicht an das Kalenderjahr geknüpft.

2. Teilstationäre Pflege

Einen Überblick über die Pflegesätze und die durchschnittlichen Entgelte für Unterkunft und Verpflegung in der Tages- und Nachpflege in den einzelnen Pflegestufen geben für die Jahre 1999 bis 2005 die folgenden Tabellen. Bei den angegebenen Werten handelt es sich um gewichtete Angaben, die zur besseren Vergleichbarkeit für alle Zeiträume in Euro ausgewiesen sind. Der Anlage 5 ist darüber hinaus das Pflegesatzniveau teilstationärer Pflegeeinrichtungen in den Ländern mit Stand 1. November 2007 zu entnehmen (ungewichtete Angaben).

Tagespflege

	Durchschnittliche Pflegesätze pro Person und Monat in Euro				Veränderung in vom Hundert 1999 bis 2005
	1999	2001	2003	2005	
Pflegestufe I	1 030	1 020	1 050	1 080	4,85
Pflegestufe II	1 170	1 200	1 230	1 230	5,13
Pflegestufe III	1 290	1 350	1 410	1 440	11,63

	Pflegesätze einschließlich der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung durchschnittlich pro Person und Monat in Euro				Veränderung in vom Hundert 1999 bis 2005
	1999	2001	2003	2005	
Pflegestufe I	1 350	1 320	1 380	1 410	4,44
Pflegestufe II	1 490	1 500	1 560	1 560	4,70
Pflegestufe III	1 610	1 650	1 740	1 770	9,94

Nachpflege

	Durchschnittliche Pflegesätze pro Person und Monat in Euro				Veränderung in vom Hundert 1999 bis 2005
	1999	2001	2003	2005	
Pflegestufe I	1 240	780	780	990	- 20,16
Pflegestufe II	1 610	930	1 050	1 200	- 25,47
Pflegestufe III	1 900	1 080	1.320	1 380	- 27,37

	Pflegesätze einschließlich der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung durchschnittlich pro Person und Monat in Euro				Veränderung in vom Hundert 1999 bis 2005
	1999	2001	2003	2005	
Pflegestufe I	1 730	1 140	1 170	1 440	- 16,76
Pflegestufe II	2 100	1 290	1 440	1 650	- 21,43
Pflegestufe III	2 070	1 440	1 710	1 830	- 11,59

3. Kurzzeitpflege

Die nachfolgende Übersicht gibt die durchschnittlichen Pflegesätze und die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung für die Kurzzeitpflege in den Jahren 1999 bis 2005 wieder. Es handelt sich auch hier um gewichtete Werte, die zur besseren Vergleichbarkeit für alle Zeiträume in Euro ausgewiesen sind. Der Anlage 5 ist darüber hinaus das Pflegesatzniveau der Solitäreinrichtungen für die Kurzzeitpflege in den Ländern mit Stand November 2007 zu entnehmen (ungegewichtete Werte).

	Durchschnittliche Pflegesätze pro Person und Monat in Euro				Veränderung in vom Hundert 1999 bis 2005
	1999	2001	2003	2005	
Pflegestufe I	1 430	1 440	1 470	1 440	0,70
Pflegestufe II	1 670	1 740	1 800	1 830	9,58
Pflegestufe III	2 020	2 070	2 190	2 220	9,90

	Pflegesätze einschließlich der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung durchschnittlich pro Person und Monat in Euro				Veränderung in vom Hundert 1999 bis 2005
	1999	2001	2003	2005	
Pflegestufe I	2 000	2 010	2 070	2 040	2,00
Pflegestufe II	2 240	2 310	2 400	2 430	8,48
Pflegestufe III	2 590	2 640	2 790	2 820	8,88

4. Vollstationäre Dauerpflege

Die Entwicklung der Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung in den Jahren bis 2005 ist den nachfolgenden Übersichten zu entnehmen. Es handelt sich um Durchschnittswerte. Die Entwicklung der durchschnittlichen Vergütungen macht deutlich, dass der Anstieg in den sechs Jahren, zu denen statistische Daten vorliegen, sehr moderat war. Er beträgt im Jahresdurchschnitt (einschließlich Unterkunft und Verpflegung) nur etwas mehr als 1 vom Hundert. Die Anlage 5 enthält wiederum ungewichtete Angaben über das Pflegesatzniveau in den Ländern mit Stand November 2007.

	Durchschnittliche Pflegesätze pro Person und Monat in Euro				Veränderung in vom Hundert 1999 bis 2005
	1999	2001	2003	2005	
Pflegestufe I	1 140	1 170	1 230	1 260	10,53
Pflegestufe II	1 500	1 560	1 650	1 680	12,00
Pflegestufe III	1 950	1 980	2 070	2 100	7,69

	Pflegesätze einschließlich der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung durchschnittlich pro Person und Monat in Euro				Veränderung in vom Hundert 1999 bis 2005
	1999	2001	2003	2005	
Pflegestufe I	1 710	1 740	1 800	1 830	7,02
Pflegestufe II	2 070	2 130	2 220	2 250	8,70
Pflegestufe III	2 520	2 550	2 640	2 670	5,95

VI. Auswirkungen der Pflegeversicherung im Bereich der Sozialhilfe

1. Inanspruchnahme von Sozialhilfe

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.

Wie die amtliche Sozialhilfestatistik zeigt, ist die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege mit der Einführung der Pflegeversicherung stark zurückgegangen. Von 1994 bis 1998 fiel die Zahl dieser Sozialhilfeempfänger in der Bundesrepublik Deutschland um 231 000 (minus 51,0 vom Hundert) auf 222 000 (siehe Tabelle 1). Bis 2000 stieg die Zahl der Empfänger auf rund 261 400 an, sank bis 2004 um 15 000 und erreichte 2005 erneut den Stand des Jahres 2000. Am Jahresende 2006 betrug die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege 273 000. Dies bedeutet, dass sich in der Bundesrepublik Deutschland insgesamt die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege innerhalb und außerhalb von Einrichtungen in diesen zwölf Jahren um 181 000 bzw. rund 40 vom Hundert verringert hat.

Bei der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen waren die Empfängerzahlen nach Einführung der Pflegeversicherung um gut zwei Drittel zurückgegangen (1994: 189 000, 1999: 56 000). Zwischen 1999 und 2001 ist hier ein leichter Anstieg auf 60 500 zu verzeichnen, danach sinken die Empfängerzahlen bis 2004 und erreichen Ende 2006 mit 60 500 wieder den Stand von 2001. Bezogen auf die Zahl der ambulant Pflegebedürftigen sind dies weniger als 5 vom Hundert, die auf (ergänzende) Leistungen der Hilfe zur Pflege angewiesen sind

Die Anzahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen hat sich ausgehend von 1994 anfangs noch leicht erhöht. Mit der Umsetzung der zweiten Stufe der Pflegeversicherung zum 1. Juli 1996 ist bei diesen dann ein deutlicher Rückgang der Empfängerzahlen feststellbar, wenn auch nicht in gleicher Größenordnung wie im ambulanten Bereich. Vom Jahresende 1995 bis zum Jahresende 2003 sank die Zahl der Personen, die auf pflegebedingte Sozialhilfeleistungen angewiesen waren, im stationären Bereich um rund 100 000 Personen (minus

35 vom Hundert) auf 187 000, Seitdem steigen die Empfängerzahlen wieder etwas an (plus 22 000). Am Jahresende 2006 wurde 213 000 Personen Hilfe zur Pflege gewährt.

Bei der Gegenüberstellung der Empfänger von Hilfe zur Pflege mit der Zahl der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der Heimbewohner grundsätzlich keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat (Nichtversicherte und insbesondere Heimbewohner mit einem Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I – sogenannte Pflegestufe 0). Ihre Zahl wurde bisher grob mit 50 000 abgeschätzt. Berücksichtigt man dies, so sind nach wie vor nur etwa 25 vom Hundert der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen auf ergänzende Leistungen der Hilfe zur Pflege angewiesen.

Die Sozialhilfestatistik gibt darüber Auskunft, in wie vielen Fällen von den Sozialhilfeträgern zusätzlich zu den Pflegeleistungen eines Sozialversicherungsträgers auch Hilfe zur Pflege nach dem Recht der Sozialhilfe gewährt wurde (siehe Tabelle 2). 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 insgesamt noch 563 000 Personen Leistungen zur Pflege gewährt, so waren es 1998 nur noch 289 000 Personen. Die Zahl derer, die zusätzlich zur Hilfe zur Pflege Pflegeleistungen eines Sozialversicherungsträgers erhalten, ist im selben Zeitraum von 96 000 auf 107 000 Personen angestiegen. Bis zum Jahr 2006 stieg die Zahl der Personen, die im Laufe des Jahres Hilfe zur Pflege erhielten auf 360 000 an. Davon erhielten 220 000 gleichzeitig Pflegeleistungen eines Sozialversicherungsträgers. Diese Zahl hat sich damit gegenüber 1998 mehr als verdoppelt. Hier dürfte anfangs allerdings eine Untererfassung vorgelegen haben.

Die Zahlen zeigen, dass noch immer ein Teil der Empfänger von „Hilfe zur Pflege“ (rund 39 vom Hundert) 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. Überträgt man diesen Anteil auf die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen am Jahresende, so wären nur noch 20 vom Hundert der Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI auf ergänzende Sozialhilfeleistungen angewiesen.

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	23 479
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
2003	242 066	55 405	186 867
2004	246 372	55 233	191 324
2005	261 316	59 771	202 361
2006	273 063	60 492	213 348

¹ Mehrfachzählungen wurden – soweit erkennbar – ausgeschlossen² Ab 2001 erfolgt nur noch eine Erfassung für Deutschland insgesamt

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

Tabelle 2

**Empfänger/-innen 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
2003	322 851	142 884
2004	328 324	163 979
2005	339 584	203 694
2006	360 139	220 016

* 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.

2. Ausgabenentwicklung

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

Die Entwicklung ist zum einen durch einen deutlichen Ausgabenrückgang (minus 70 vom Hundert) im Bereich Hilfe zur Pflege in Einrichtungen von rund 8,4 Mrd. Euro (1995) auf rund 2,6 Mrd. Euro (1998) geprägt, um sich dann auf diesem Niveau zu stabilisieren: Im Jahr 2006 wurden für diesen Bereich 2,5 Mrd. Euro aufgewendet (siehe Tabelle 3).

Auffällig ist zum anderen der starke Ausgabenanstieg bei der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen. Nur in den ersten drei Jahren mit Inkrafttreten der ambulanten Pflegeversicherung 1995 gingen die Ausgaben außerhalb von Einrichtungen zurück. Bereits 1998 begann ein kontinuierlicher Ausgabenanstieg. 2004 entsprachen die Ausgaben mit 540 Mio. Euro in diesem Bereich nahezu den

des Jahres 1995. Im Jahr 2006 wurden für Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen insgesamt gut 614 Mio. Euro aufgewendet.

Von 1994 bis zum Jahr 2000 sind die gesamten Bruttoausgaben der Träger der Sozialhilfe für die Hilfe zur Pflege von rund 9,1 Mrd. Euro auf unter 2,9 Mrd. Euro (minus 68 vom Hundert) zurückgegangen. Bis 2006 sind sie dann von Jahr zu Jahr wieder leicht um insgesamt 8,5 vom Hundert auf 3,1 Mrd. Euro gestiegen. Somit wurden in dem von der Sozialhilfestatistik erfassten Ausgabenbereich der Hilfe zur Pflege im Jahr 2006 von den Sozialhilfeträgern rund 6 Mrd. Euro weniger ausgegeben als im Jahr 1994, dem letzten Jahr vor Inkrafttreten der Pflegeversicherung. Die Daten der amtlichen Sozialhilfestatistik belegen, dass die Pflegeversicherung vor allem im Einrichtungsbereich zu einer deutlichen finanziellen Entlastung der Träger der Sozialhilfe beigetragen hat.

Tabelle 3

Brutto-Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege

Jahr	Insgesamt	In Einrichtungen	Außerhalb von Einrichtungen	davon (Spalte 3)	
				Pflegegeld	sonstige Hilfe zur Pflege
Euro					
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	2 674 465 050	2 302 452 984	372 012 065	112 008 857	260 003 208
2000	2 662 767 374	2 278 395 059	384 372 316	106 981 390	277 390 925
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	226 215 939	189 787 579	36 428 359	12 418 566	24 009 793
2000	213 660 566	175 204 774	38 455 792	12 470 828	25 984 964
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	2 900 680 988	2 492 240 563	408 440 425	124 427 423	284 013 002
2000	2 876 427 940	2 453 599 833	422 828 107	119 452 219	303 375 889
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
2003	3 004 965 159	2 479 366 429	525 598 730	165 930 460	359 668 270
2004	3 141 896 543	2 601 833 776	540 012 767	176 292 116	363 720 651
2005	3 151 612 071	2 591 906 379	559 705 692	181 344 634	378 361 041
2006	3 119 863 771	2 505 605 689	614 258 082	181 927 047	432 331 017

* 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.

VII. Entwicklung der Pflegeinfrastruktur

Bei der Beurteilung der Pflegeinfrastruktur ist zu berücksichtigen, dass grundsätzlich die Länder für den Auf- und Ausbau der pflegerischen Infrastruktur verantwortlich sind (§ 9 SGB XI). Mit Blick auf die neuen Länder ist hervorzuheben, dass dort der Aufbau der Infrastruktur durch die Förderung der Einrichtungen aufgrund des Bundesfinanzhilfeprogramms nach Artikel 52 Pflegeversicherungsgesetz maßgeblich mitbestimmt wurde.

Die in der Folge dargestellten Angaben beruhen im Wesentlichen auf dem Bericht „Pfleigestatistik 2005 – Deutschlandergebnisse“ des Statistischen Bundesamtes. Einleitend ist festzustellen, dass die Anzahl der Pflegeeinrichtungen ausgehend von einem hohen Niveau weiter gestiegen ist⁶.

1. Ambulanter Bereich

1.1 Anzahl der Pflegedienste und Beschäftigtenstruktur

In der Bundesrepublik Deutschland waren am 15. Dezember 2005 rund 11 000 ambulante Pflegedienste zugelassen, die insgesamt 472 000 Pflegebedürftige betreuten. Die Anzahl der ambulanten Dienste ist seit 2001 (dem letzten Berichtsjahr des Dritten Berichts über die Entwicklung der Pflegeversicherung) um 3,6 vom Hundert gestiegen. 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 13,1 vom Hundert auf circa 214 000 Beschäftigte an, während die Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen um 8,5 vom Hundert zunahm. 87,7 vom Hundert der Beschäftigten waren weiblich. Rund die Hälfte des Personals (48,1 vom Hundert) war teilzeitbeschäftigt. Mehr als jeder vierte Beschäftigte (26,3 vom Hundert) arbeitete Vollzeit; 48 000 waren geringfügig beschäftigt (22,4 vom Hundert) und 2 600 junge Männer (1,2 vom Hundert) leisteten in den ambulanten Pflegediensten ihren Zivildienst. Die restlichen Arbeitskräfte (1,9 vom Hundert) waren Auszubildende, Praktikantinnen/Praktikanten oder Helferinnen/Helfer im freiwilligen sozialen Jahr.

Bezüglich der beruflichen Qualifikation stellen die Altenpfleger/innen und Gesundheits- und Krankenpfleger/innen mit 50,4 vom Hundert die Hauptgruppe. Hier und bei den Altenpflegehelferinnen und -helfern fand auch der stärkste Beschäftigungszuwachs statt⁷.

1.2 Ambulante Pflegedienste nach Trägern

Von den insgesamt 11 000 zugelassenen ambulanten Pflegediensten befand sich die Mehrzahl in privater Träger-

schaft (6 300 bzw. 57,6 vom Hundert); der Anteil der freigemeinnützigen Träger war mit 40,6 vom Hundert etwas niedriger. Öffentliche Träger hatten – entsprechend dem Vorrang der anderen Träger nach dem SGB XI – einen geringen Anteil (1,8 vom Hundert).

Im Schnitt betreute ein Pflegedienst 43 Pflegebedürftige. Die privaten Dienste waren kleiner. Hier wurden durchschnittlich 32 Pflegebedürftige von einem ambulanten Dienst betreut. Die Pflegedienste unter freigemeinnütziger Trägerschaft versorgten dagegen im Durchschnitt jeweils 58 Pflegebedürftige.

2. Vollstationärer Bereich

2.1 Anzahl der Pflegeheime und Beschäftigtenstruktur

Bundesweit gab es im Dezember 2005 gut 10 400 zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeheime (rund 1 260 mehr als im Jahr 2001)⁸. Die Zahl der Pflegeheime mit vollstationärer Dauerpflege belief sich auf rund 9 400 Einrichtungen. Insgesamt wurden circa 676 000 Pflegebedürftige in Pflegeheimen betreut, die sich wie folgt auf die verschiedenen Einrichtungstypen verteilen:

Einrichtungstyp	Pflegebedürftige
Vollstationäre Dauerpflege	644 000
Tagespflege	19 000
Kurzzeitpflege	13 000
Nachtpflege	18

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

Die Pflegeheime halten insgesamt circa 757 000 stationäre Pflegeplätze vor, wovon circa 726 000 auf den Bereich der vollstationären Dauerpflege entfallen. Die übrigen gut 30 000 Plätze sind für Kurzzeit-, Tages- oder Nachtpflege vorgesehen.

Gegenüber 2001 ist bundesweit bei den stationär versorgten Pflegedürftigen ein Anstieg um 11,9 vom Hundert (72 000 Pflegebedürftige) zu verzeichnen. Die Zahl der vollstationär Dauerversorgten nahm dabei um 12,0 vom Hundert (62 000 Pflegebedürftige) zu.

In den Heimen waren insgesamt 546 000 Personen beschäftigt. Das sind 71 000 Personen (14,9 vom Hundert) mehr als noch 2001. Damit war auch im stationären Bereich der Zuwachs bei den Beschäftigten stärker als bei den von ihnen versorgten Pflegebedürftigen. Für die Ver-

⁶ Vergleiche Anlage 6

⁷ Vergleiche Anlage 7

⁸ Vergleiche Anlage 6

sorgung der Pflegebedürftigen ist insbesondere das Personal des Bereichs Pflege und Betreuung wichtig. Hier waren 68,5 vom Hundert bzw. 374 000 Personen tätig. Die Mehrzahl der Beschäftigten (85,0 vom Hundert) war weiblich. Mehr als ein Drittel (38,1 vom Hundert) der Beschäftigten arbeitete Vollzeit. Teilzeitkräfte machten 44,1 vom Hundert der Beschäftigten aus. 55 200 waren geringfügig beschäftigt (10,1 vom Hundert). Auszubildende, Praktikantinnen/Praktikanten, Schülerinnen/Schüler und Helferinnen/Helfer im freiwilligen sozialen Jahr stellten 35 600 bzw. 6,5 vom Hundert der Beschäftigten. 6 500 junge Männer (1,2 vom Hundert) leisteten ihren Zivildienst in stationären Einrichtungen.

Im stationären Bereich ist die Dominanz der Altenpfleger/innen und Gesundheits- und Krankenpfleger/innen bezüglich der Qualifikationsstruktur nicht ganz so groß wie im ambulanten Bereich. Ihr Anteil liegt bei 33,6 vom Hundert. Ursache dafür ist, dass der hauswirtschaftliche Tätigkeitsbereich naturgemäß eine deutlich größere Bedeutung hat. Bei den Altenpflegerinnen und Altenpflegern fand dennoch der stärkste Beschäftigungszuwachs statt⁹.

2.2 Pflegeheime nach Trägern

Von den im Dezember 2005 nach dem SGB XI zugelassenen voll- bzw. teilstationären Pflegeheimen befand sich die Mehrzahl der Heime (55,1 vom Hundert bzw. 5 700) in freigemeinnütziger Trägerschaft. Der Anteil der Privaten lag mit 38,1 vom Hundert deutlich niedriger. Öffentliche Träger haben mit 6,7 vom Hundert den geringsten Anteil.

Bei nahezu jedem fünften 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 65 Pflegebedürftige. Auch im stationären Bereich betreiben die privaten Träger eher kleine Einrichtungen. Im Mittel wurden in den privaten Heimen 53 Pflegebedürftige betreut. In Häusern freigemeinnütziger Träger waren es 71 Pflegebedürftige und in den öffentlichen Heimen 80 Pflegebedürftige.

3. Stand der Umsetzung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes

Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz (PflEG) vom 17. August 2001 und seinen Regelungen in den §§ 45b und 45c wurde eine Verbesserung der Versorgungssituation insbesondere von demenziell erkrankten Mitbürgern angestrebt. Zur Erreichung dieses Zieles wurden verschiedene flankierende Maßnahmen ergriffen:

1. Die Auszahlung einer zusätzlichen Betreuungsleistung für Versicherte wurde ausschließlich auf qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen beschränkt,
2. die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf wurde über zwei ineinander greifende Komponenten gefördert, und zwar:
 - a) Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote, ergänzt oder kombiniert mit der
 - b) Förderung von Modellprojekten.

Seit dem Dritten Pflegebericht hat sich die Anzahl der anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote auf insgesamt 2 246 bundesweit mehr als verdoppelt. Die Anzahl der ambulanten Pflegedienste, mit einem entsprechenden speziellen Betreuungsangebot hat sich mit insgesamt 3 895 sogar mehr als verdreifacht.

Als niedrigschwellige Betreuungsangebote finden sich in den einzelnen Ländern die bereits im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz in § 45c Abs. 3 Satz 5 SGB XI beispielhaft aufgeführten Angebotstypen:

- Betreuungsgruppen für demenziell Erkrankte,
- Helferinnen-/Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich,
- die Tagesbetreuung in Kleingruppen oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen/Helfer,
- Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige sowie
- Familien entlastende Dienste.

Hinzu kommen insbesondere in Bayern Familienpflege-/DorfhelferInnen-Stationen im unterschiedlichen Umfang.

Der Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Angebote kann trotz des bereits Erreichten noch nicht als abgeschlossen betrachtet werden, zumal die Fördermittel zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte für demenziell Erkrankte sowie zur Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote und Modellvorhaben in den einzelnen Bundesländern nicht immer vollständig abgerufen wurden.

Informationen zur Inanspruchnahme der Fördermittel ergeben sich aus der Anlage 9. Die Versorgungssituation in den einzelnen Bundesländern ist der Anlage 10 zu entnehmen.

4. Entwicklung des Arbeitsmarkts für Pflegekräfte

4.1 Auswirkungen der Pflegeversicherung auf den Arbeitsmarkt

Bei jeder Quantifizierung von Beschäftigungswirkungen bestimmter Maßnahmen ist zu beachten, dass moderne

⁹ Vergleiche Anlage 7

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 ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung bis 1999 um etwa 170 000 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. Diese, in zweijährigem Abstand erhobene Statistik weist folgende Veränderungen zum jeweiligen Vorberichtszeitraum aus¹⁰.

Die Daten zeigen, dass die Beschäftigtenzahl seit 1999 weiter gestiegen ist. Und zwar um jeweils mehr als 40 000 bzw. zwischen 6 und 7 vom Hundert in zwei Jahren. Insgesamt stieg sie zwischen 1999 und 2005 um rund 136 000 Personen bzw. 21,8 vom Hundert. Der Zuwachs erfolgte hauptsächlich im stationären Bereich.

Seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 betrug der Beschäftigungsanstieg somit insgesamt rund 300 000 Personen.

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

¹⁰ Vergleiche Anlage 7

Übersicht über die Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen

	ambulant	stationär	gesamt	Veränderung gegenüber dem Vorzeitraum	
				absolut	in vom Hundert
1999	183 782	440 940	624 722	–	–
2001	189 587	475 368	664 935	40 213	6,4
2003	200 897	510 857	711 754	46 819	7,0
2005	214 307	546 397	760 704	48 950	6,9

Quelle: Statistisches Bundesamt

4.2 Ausbildungssituation

4.2.1. Entwicklung der Altenpflegeausbildung

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes ist die Zahl der Schülerinnen und Schüler in der Altenpflegeausbildung im Schuljahr 2002/2003 von 42 216 auf 45 638 im Schuljahr 2003/2004 angestiegen. Im Schuljahr 2005/2006 sank sie auf 42 501. Diese Entwicklung ist auf den erheblichen Rückgang der Umschulungsmaßnahmen zurückzuführen. Die Zahl der Erstauszubildenden ist in dieser Zeit deutlich angestiegen.

Das seit dem 1. August 2003 geltende Altenpflegegesetz des Bundes hat zum Ziel, die Qualität der Altenpflegeausbildung durch bundesweit einheitliche Neuregelungen zu verbessern, den Ausbildungsberuf insbesondere für junge Menschen attraktiver und damit im Verhältnis zu anderen Berufen konkurrenzfähig zu gestalten.

Die im April 2006 veröffentlichten Ergebnisse der ersten bundesweiten Erhebung der Ausbildungsstrukturen an Altenpflegesschulen verdeutlichten, dass die Modernisierung sich bereits positiv auswirkt. So wird die stärker handlungsorientierte Gestaltung des Unterrichts von den Schulen befürwortet und zielgerichtet umgesetzt. Die neuen Ausbildungsinhalte stärken das Berufsprofil. Aufgrund der Vorgaben zur Theorie-Praxis-Verzahnung wird die Zusammenarbeit zwischen den Altenpflegesschulen und den Ausbildungsbetrieben intensiviert. Die praktische Ausbildung hat einen neuen Stellenwert erhalten.

Das BMFSFJ fördert und unterstützt die Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Altenpflegeausbildung durch eine Vielzahl von Projekten und Maßnahmen. Dazu gehören:

- die Erstellung eines Handlungsleitfadens zur Umsetzung des Lernfeldkonzeptes in der Altenpflegeausbildung,
- die Entwicklung von Handlungsempfehlungen für die Praxisanleitung in der Altenpflegeausbildung,
- die Erarbeitung eines Handbuchs für die kultursensible Altenpflegeausbildung,
- das Modellprojekt „Gesundheitsförderung von Altenpflegeschülerinnen und -schülern während der Ausbildung“,
- das Modellprojekt „Lernortkooperation in der Altenpflegeausbildung“,
- die Erarbeitung von Informationsmaterialien zur Altenpflegeausbildung,
- die Entwicklung eines Rechenmodells zur Ausbildungsbedarfsplanung,
- die Erprobung neuer Ausbildungsmodelle durch die Zusammenführung der Pflegeberufe im Rahmen des Modellvorhabens „Pflegeausbildung in Bewegung“ (www.pflegeausbildung.de).

4.2.2 Finanzierung der Ausbildungsvergütung in der Altenpflege

Nach dem Altenpflegegesetz des Bundes hat der Träger der praktischen Ausbildung der Schülerin bzw. dem Schüler eine angemessene Ausbildungsvergütung zu zahlen (§ 17 Abs. 1 AltPflG). Die Kosten sind in den Pflegeeinzelsätzen berücksichtigungsfähig (§ 24 AltPflG, § 82a SGB XI). 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 (§ 25 AltPflG). Von dieser Möglichkeit haben die Länder Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und der Freistaat Sachsen Gebrauch gemacht.

4.2.3 Zukünftige Entwicklung der Personal- und Ausbildungssituation in der Altenpflege

Angesichts der steigenden Beschäftigtenzahlen ist grundsätzlich festzustellen, dass in der Altenpflege derzeit kein genereller Fachkräftemangel besteht. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels kann allerdings für die Zukunft von einer Verschärfung der Personalsituation im Bereich der Altenpflege ausgegangen werden. Dies ergibt sich aufgrund der Zunahme des Pflegekräftebedarfs, insbesondere des Fachkräftebedarfs, bei gleichzeitigem Rückgang der Schülerzahlen. Um die geringer werdende Zahl der Schulabgänger wird der Pflegebereich verstärkt mit anderen Wirtschaftsbereichen konkurrieren müssen.

Vor diesem Hintergrund bleibt es eine wichtige Aufgabe, die Attraktivität des Berufsbildes Altenpflege zu stärken und für eine ausreichende Zahl von Ausbildungsplätzen in diesem Bereich zu sorgen. Dabei kommt sowohl der Erstausbildung als auch den Weiterbildungsmaßnahmen eine hohe Bedeutung zu.

Mit dem Ziel, mehr stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen zu gewinnen, die Ausbildungsplätze in der Altenpflege anzubieten, führt das BMFSFJ von April 2007 bis September 2010 das Projekt „Servicenetzenwerk Altenpflegeausbildung“ durch. In der zentralen Servicestelle in Berlin wurde zunächst das Konzept für ein bundesweit ausgerichtetes Beratungs- und Informationsnetzwerk entwickelt. Seit September 2007 bestehen sechs regionale Servicestellen. Sie haben im Wesentlichen die Aufgabe, die Pflegeeinrichtung über die Altenpflegeausbildung umfassend zu informieren, ihnen konkrete Beratung hinsichtlich der Schaffung und Erhaltung von Ausbildungsplätzen anzubieten, zwischen Ausbildungsstätten Kooperationsstrukturen aufzubauen und Fortbildungsveranstaltungen zu organisieren. Nähere Informationen sind der Homepage www.altenpflegeausbildung.net zu entnehmen.

Um den gesellschaftlichen Stellenwert der Altenpflege zu verdeutlichen, wird das BMFSFJ im Jahr 2008/2009 eine Fachkampagne zur Aufwertung dieses Berufsfeldes finanzieren. Die Vorbereitung und Durchführung erfolgt durch die „Leitstelle Altenpflege“ beim Deutschen Zentrum für Altersfragen. Ferner fördert das BMFSFJ eine bis 2009 laufende Forschungsstudie zum Berufsverbleib von Altenpflegerinnen und Altenpflegern.

4.3 Förderung von Umschulungsmaßnahmen in der Altenpflege

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) hat durch die Förderung der Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen in der Altenpflege einen erheblichen Beitrag zur Deckung des Fachkräftebedarfs geleistet. Im Jahr 2004 befanden sich 22 061 Umschülerinnen und Umschülern in der Altenpflegeausbildung. Die Zahl ging jedoch bis 2006 auf 11 749 deutlich zurück. Während in 2004 insgesamt 6 975 Neueintritte zu verzeichnen waren, so waren es im Jahr 2006 noch 2 288.

Soweit die Ausbildung in der Altenpflege im Rahmen von Umschulungsmaßnahmen durchgeführt wird, gilt seit dem 1. Juni 2006 eine neue Rechtslage im Hinblick auf die Finanzierung des dritten Umschulungsjahres (Zweites Gesetz zur Änderung des Seemannsgesetzes und anderer Gesetze (BGBl. Teil I, 13. Juni 2005, S. 1530):

- Umschulungsmaßnahmen, die ab dem 1. Januar 2006 begonnen worden sind, werden in den ersten beiden Jahren von der Bundesagentur für Arbeit gefördert (§ 85 Abs. 2 Satz 3 SGB III). Im dritten Jahr der Maßnahme hat der Träger der praktischen Ausbildung neben der Zahlung einer angemessenen Ausbildungsvergütung (§ 17 AltPflG) die sonstigen Leistungen nach § 79 Abs. 1 Nr. 2 bis 4 SGB III (Fahrtkosten, Kosten für auswärtige Unterbringung und Verpflegung sowie Kinderbetreuungskosten) zu erstatten (§ 17 Abs. 1a AltPflG).
- Diese sonstigen Leistungen sind – ebenso wie die Ausbildungsvergütung – in der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen berücksichtigungsfähig (§ 17 Abs. 1a, 24 AltPflG, § 82a SGB XI).

In einer separaten Entschließung, die am 29. April 2005 im Bundesrat gefasst wurde, haben die Länder die Verantwortung für die Finanzierung der Schulkosten im dritten Umschulungsjahr übernommen.

5. Modellprogramme zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger

5.1 Modellprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit

5.1.1 Ausgangslage

Seit 1991 hat der Deutsche Bundestag regelmäßig 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, in der Bundesrepublik Deutschland vorhandene 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 Verbesserungen vorhandener Einrichtungen als auch im strukturellen Bereich durch Personalförderung in

enger Abstimmung und gemeinsam mit den Bundesländern gefördert.

Ein pluralistisches wettbewerbsorientiertes Angebot von ineinandergreifenden Diensten und Einrichtungen war von Anfang an und ist auch weiterhin für die langfristige Etablierung der Pflegeversicherung erforderlich. Eine entsprechende Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur ist grundlegendes Ziel des Modellprogramms. Dieses Ziel wurde umgesetzt durch die Förderung von über 600 unterschiedlichen, auf allen Ebenen des Hilfesystems angesiedelten Modellvorhaben. Die Modellprojekte waren in vielerlei Hinsicht wegweisend: Zum einen haben sie eine Vorreiterrolle bei innovativen Entwicklungen eingenommen, zum anderen konnten durch sie bestehende Schwachstellen der Versorgung aufgezeigt und beseitigt werden. Obwohl sich mit der Pflegeversicherung und dem Modellprogramm die Pflegelandschaft in der Bundesrepublik Deutschland qualitativ weiterentwickelt und differenziert hat, besteht nach wie vor Handlungsbedarf, damit die im ersten Kapitel des SGB XI formulierten Grundsätze wirksam und wirtschaftlich umgesetzt werden können.

5.1.2 Schwerpunkte der Förderung

Zur Umsetzung der in den Förderrichtlinien vom 14. Dezember 1994 festgelegten Ziele des Programms wurden Modellvorhaben in allen Bundesländern bezuschusst, um repräsentative Aussagen über die Umsetzbarkeit der im SGB XI festgeschriebenen Leistungen für Pflegebedürftige unter den unterschiedlichen landesspezifischen Rahmenbedingungen zu gewinnen. Die Förderung betrifft folgende Schwerpunkte:

5.1.2.1 Aufbau einer teilstationären Infrastruktur sowie von Kurzzeitpflegeeinrichtungen und von Koordinierungsstellen

Der Schwerpunkt der Förderung lag entsprechend den im SGB XI vorgesehenen neuen Leistungen zunächst im Aufbau einer teilstationären Infrastruktur mit dem Bau von Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen. Weiterhin wurden im Rahmen des betreuten Wohnens Pflegestützpunkte in Form qualifizierter Sozialstationen gefördert, um den Vorrang der ambulanten vor der stationären Pflege zu verwirklichen (vergleiche „Impulse für eine moderne Pflegeinfrastruktur“ – ISO-Institut Saarbrücken Dezember 2002, ISBN 3-935084-09-9). Außerdem wurde die Errichtung von Koordinierungsstellen zur umfassenden Beratung der Bevölkerung in allen Bereichen der Pflege mit dem Ziel „Hilfe zur Selbsthilfe“ gefördert (als Beispiel ist hier die Koordinierungsstelle der Landeshauptstadt Hannover für Pflege-, Rehabilitations- und Beratungsangebote für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen zu nennen). Vergleiche „Zur Arbeits- und Funktionsweise von regionalen Koordinierungsstellen“ – ISO-Institut Saarbrücken September 2001, ISBN 3-935084-00-5).

5.1.2.2 Förderung von wohnortnah gelegenen Pflegeverbundeinrichtungen

Ein wichtiger Schwerpunkt lag in der Förderung von modernen, wohnortnahen Pflegeeinrichtungen mit gut auf-

einander 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 begrenzter Platzzahl kommen den Bedürfnissen und Wünschen der pflegebedürftigen Senioren besonders entgegen. Als beispielgebend ist das Freiburger Modell zu nennen, dessen Ziel es ist, Wohngruppen als Alternative zur traditionellen Versorgung von Menschen mit Demenz im Heim anzubieten, um so einen wichtigen Beitrag für die Verbesserung der Lebensqualität demenziell erkrankter Menschen zu leisten. Ein weiteres modellhaft gefördertes Beispiel sind die drei kommunal geführten Einrichtungen in Grafing, Kirchheim und Poing, die über ein gemeinsames Dienstleistungs- und Managementzentrum verbunden sind und sich als Teil einer Versorgungskette begreifen, die den älteren Einwohnern der Kommunen und des regionalen Umfeldes ein umfassendes Angebot zur Beseitigung bestehender Engpässe und als neue Form der Zusammenarbeit zugänglich machen möchte (vergleiche „Die Zukunft der stationären Pflege und innovative Ansätze im BMG-Modellprogramm“ – ISO-Institut Saarbrücken 2002, ISBN 3-935084-07-2).

5.1.2.3 Verbesserung der Vernetzung und 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 unzureichende regionale Zusammenarbeit zwischen Anbietern von Pflegeleistungen in unterschiedlicher Trägerschaft, Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten auf der einen Seite und den Leistungserbringern, vor allem Pflege- und Krankenkassen sowie den Trägern der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfe auf der anderen Seite intensiviert und verbessert. Hinzu kamen Modelle für die ambulante Versorgung und die pflegerische Betreuung von Rehabilitations-Patienten (insbesondere nach Schlaganfall) und Verwirrten. Gleichzeitig dienen diese Modellvorhaben der Sicherung der Zusammenarbeit vor Ort zwischen den Anbietern von Pflegeleistungen auf der einen und den Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen auf der anderen Seite. Beispielfhaft sei hier auf das Projekt „Telematikgestütztes geriatrisches Gesundheitskompetenznetz im Mansfelder Land“ (gerinet) hingewiesen, dessen Ziel es ist, die Gruppe der allein lebenden Senioren, die älter als 75 Jahre sind, sowie jüngere mit besonderen gesundheitlichen Risikofaktoren behaftete Menschen durch den Einsatz von präventiven gesundheits- und selbständigkeitsfördernden Monitoring-Maßnahmen sowie einem ganzheitlichen Präventions- und Betreuungsansatz zu unterstützen. Des Weiteren wurde mit dem Projekt „Sektorübergreifende Kooperation und Vernetzung“ ein kooperatives Modellvorhaben zur Überwindung von Schnittstellenproblemen in der geriatrischen Versorgung gefördert.

5.1.2.4 Qualifizierung von Pflegepersonal, von Ärzten sowie von pflegenden Angehörigen und ehrenamtlichen Helfern

Darüber hinaus hat das Modellprogramm die Qualifizierung von Pflegepersonal, von Ärzten sowie von pflegenden Angehörigen und ehrenamtlichen Helfern durch eine Reihe von Modellvorhaben nachhaltig unterstützt. Damit sollten 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. Mit dem modellhaft beim Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) geförderten Projekt Fehlerberichts- und Lernsystem für die Altenpflege wird darüber hinaus denjenigen Personen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit in der Altenpflege kritische Ereignisse erleben und verarbeiten müssen, ein Medium zur Verfügung gestellt, über das sie die kritische Situation freiwillig darstellen und von nicht (unmittelbar) Betroffenen diskutieren lassen können.

Weiterhin gefördert wird die Implementierung von Expertenstandards in der Pflege in ausgewählten Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen: Dies dient der modellhaften Erprobung sowie der Unterstützung der Verbreitung dieser Standards. Im Hinblick auf die Verhandlungen mit den Kostenträgern zur Übernahme der Standards in die Regelversorgung werden anhand deren Qualitätsanforderungen wichtige konkrete Anwendungsergebnisse erarbeitet.

5.1.2.5 Bürgerschaftliches Engagement und ehrenamtlicher Einsatz

Mit der Einführung der Leistungen der Pflegeversicherung wurden bei der älteren Bevölkerung Defizite insbesondere im niederschweligen Bereich der Tagesstrukturierung, der Bewältigung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten als auch der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte im bisherigen gewohnten häuslichen Umfeld deutlich. Diese Defizite konnten nicht immer von den Familien, soweit überhaupt vorhanden, bedingt durch räumliche Trennung oder durch andere Umstände, aufgefangen werden. In diesem Bereich konnte mit verschiedenen Projekten zur Gewinnung, Schulung und Begleitung von Ehrenamtlichen, zum Beispiel im Tecklenburger Land, gezeigt werden, dass mit bürgerschaftlichem Engagement oder mit ehrenamtlichem Einsatz und sozialer Kompetenz sowohl der Vereinsamung Alleinstehender erfolgreich entgegengewirkt als auch im niederschweligen Bereich pflegerische Hilfestellung durch Nachbarn, Freunde und sozial Engagierte geleistet werden kann (vergleiche „Bürgerschaftliches Engagement im BMG-Modellprogramm“, ISO-Institut Saarbrücken 2006, ISBN 3-935084-24-2).

5.1.2.6 Präventive Maßnahmen

Im Modellprogramm sind im Bereich der Prävention vor allem drei Ansätze als sehr innovativ zu bezeichnen, nämlich die stationäre und ambulante Sturzprophylaxe (Modellprojekt Ulm), das Kontinenzmanagement (Modellprojekt Telgte) und die Gesundheitsförderung für Mi-

granten (Modellprojekt Göppingen). Im Bereich der medizinischen Rehabilitation sind aufsuchende (mobile) Angebote (zum Beispiel Modellprojekt Bad Kreuznach) entwickelt worden. Darüber hinaus sind aktivierende Angebote für spezielle Zielgruppen (zum Beispiel teilstationäre Versorgung jüngerer Menschen nach einem Schlaganfall im Modellprojekt Bottrop) konzipiert worden.

5.1.2.7 Demenzielle Erkrankungen

Von Beginn an wurden im Modellprogramm Dienste und Einrichtungen gefördert, die auf eine Verbesserung der Versorgung demenziell erkrankter Pflegebedürftiger und/oder auf die Unterstützung ihrer Angehörigen zielten. Mindestens ein Drittel der bisher geförderten Modelle sind der Gruppe der „Demenzmodelle“ zuzurechnen. Eine wichtige Rolle spielen dabei die außerfamiliären Wohnformen. Wurden in früheren Modellphasen häufiger integrative Lösungen oder spezielle Abteilungen in traditionellen Pflegeheimen in die Förderung einbezogen, liegt der Förderschwerpunkt mittlerweile auf den Haus- und Wohngemeinschaftskonzepten. Vorbildlich sind hier insbesondere die in den Landkreisen Marburg-Biedenkopf, Main-Kinzig-Kreis und in Brandenburg erprobten Dementia-Care-Mapping (DCM-) Verfahren (vergleiche „Qualitätsentwicklung in Pflegeeinrichtungen durch Dementia Care Mapping?“ – ISO-Institut Saarbrücken 2006, ISBN 3-935084-22-6).

5.1.2.8 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 zum Beispiel für langfristig Pflegebedürftige, die aufgrund von Unfällen (Apalliker), wegen chronischer Erkrankungen (Multiple Sklerose, Alzheimer-Erkrankte u. a.), aufgrund ihrer Behinderungen (Tetraplegiker) und/oder aufgrund von Schluckstörungen (Projekt „Auswirkungen neurogener Schluckstörungen bezüglich Pflegeintensität bei Patienten mit schweren erworbenen Hirnschädigungen“ des Therapie Zentrums Burgau) auf täglichen Hilfebedarf angewiesen sind.

5.1.2.9 Hospizeinrichtungen

Zur Verbesserung der Pflege von Schwerstkranken mit begrenzter Lebenserwartung wurden stationäre Hospizeinrichtungen einschließlich Kinderhospize modellhaft gefördert. Als herausragende modellhafte Projekte sind hier die Kinder-Hospize Sternenbrücke in Hamburg und Löwenherz in Syke (bei Bremen) zu nennen (vergleiche „Die Begleitung von Sterbenden – Konzepte und Erfahrungen aus Hospizprojekten im BMG-Modellprogramm“, ISO-Institut Saarbrücken 2005, ISBN-935084-16-1).

5.1.3 Ergebnisse der Modellmaßnahmen

Durch die Förderung von Tagespflege- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie Sozialstationen konnte das Modellprogramm die einmalige Chance nutzen, in allen Län-

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

Folgende Fortschritte wurden erreicht:

- Die ambulanten, teilstationären und vollstationären Modelleinrichtungen konnten aufgrund verbesserter Beratung der Träger bei der Antragstellung und der nachfolgenden wissenschaftlichen Begleitung architektonisch und konzeptionell optimal auf die örtliche Bedarfssituation zugeschnitten werden.
- Die Qualität der Investitionsmaßnahmen konnte kontinuierlich gesteigert und die durchschnittlichen Baukosten pro Pflegeplatz deutlich reduziert werden. Damit wurde ein Innovations- und Wirtschaftlichkeitsschub 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.

5.1.4 Impulse für den Arbeitsmarkt

Auf dem Arbeitsmarkt wurden nicht nur durch den Neu-, Um- oder Erweiterungsbau von Pflegeeinrichtungen primäre und sekundäre Arbeitsmarkteffekte erreicht. Die Pflegeeinrichtungen bieten Beschäftigungsmöglichkeiten sowohl für hoch qualifizierte als auch für weniger qualifizierte Arbeitskräfte. Damit es sich hierbei nicht um ein „Strohfeuer“ während der Modellphase handelt, wurde vom Träger verlangt, dass er einen Nachweis darüber führt, dass die Einrichtung auch nach der Modelllaufzeit eine gesicherte wirtschaftliche Zukunft hat. Aber auch die sekundären Beschäftigungseffekte sind von Bedeutung. Die Einrichtung samt ihrer Bewohner treten auch als Konsumenten auf und tragen somit zur Erhaltung von Arbeitsplätzen oder zu Neueinstellungen von Arbeitskräften bei. Für die Umgebung ergeben sich positive Beschäftigungseinflüsse wie zum Beispiel für Zulieferer aller Art sowie für den privaten und öffentlichen Nahverkehr. Die wirtschaftliche und verkehrstechnische Infrastruktur im Umfeld einer Einrichtung verbessert sich und birgt damit unterschiedlich starke Beschäftigungspotentiale in sich.

5.1.5 Modellprojekte in den Jahren 2004 bis 2006

In den Jahren 2004 bis 2006 wurden insbesondere folgende Einzelprojekte gefördert:

Region/Ort	Projektbezeichnung	Inhalt	Träger
Bayern Augsburg	Sektorübergreifende Kooperation und Vernetzung	Ein kooperatives Modellprojekt zur Überwindung von Schnittstellenproblemen in der geriatrischen Versorgung“.	Social Invest Consult gGmbH Frölichstraße 16 86150 Augsburg
Bayern Augsburg	Intensivpflege (Nachsorge Zentrum)	Förderung des Vorhabens „Besondere Maßnahmen für Patienten mit einer schweren Hirnschädigung und gleichzeitig intensiver Pflegebedürftigkeit“	Nachsorge Zentrum Augsburg Frischstraße 34 86161 Augsburg
Bayern Augsburg- Pfersee	Ambulante Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und zur Sicherung einer häuslichen Versorgung	Errichtung einer mobilen Ergo- und Physiotherapie.	AWO Kreisverband Augsburg-Stadt e.V. Rosenastraße 38 86150 Augsburg
Bayern Bamberg	Einsatz telematischer Lösungen zum Abruf von Hilfen	Förderung des Vorhabens „SOPHIA – Soziale Personenbetreuung – Hilfen im Alter“. Ziel ist, älteren Bewohnern ausgewählter Häuser und Wohnungen durch den Einsatz telematischer Lösungen Hilfsangebote und Zusatzleistungen zur Verfügung zu stellen.	Joseph-Stiftung Postfach 2740 96018 Bamberg
Bayern Burgau	Anleitung und Entlastung pflegender Angehöriger sowie Pflegeüberleitung von Behinderten	Interdisziplinäres Case-Management und Überleitungsnachsorge in der neurologischen Rehabilitation schwerst Hirngeschädigter	Therapie Zentrum Burgau Dr. Friedl-Straße 1 89331 Burgau
Bayern Burgau	Entwicklung eines Prognose-Index	Entwicklung eines Prognose-Index nach schwerer erworbener Hirnschädigung zur frühzeitigen Abschätzung einer Pflegebedürftigkeit.	Therapie Zentrum Burgau Dr. Friedl-Straße 1 89331 Burgau
Bayern Burgau	Pflegeintensität bei neurogenen Schluckstörungen	Analyse der Auswirkungen neurogener Schluckstörungen bezüglich Pflegeintensität bei Patienten mit schweren erworbenen Hirnschädigungen.	Therapie Zentrum Burgau Dr. Friedl-Straße 1 89331 Burgau
Bayern Grafing, Poing und Kirchheim- Heimstetten	Kooperationsprojekt	Beratungs-, Koordinierungs- und Leitstelle; Förderung der Kooperation der Seniorenhäuser/-zentren und Entwicklung einer Service-Card für die aufgebaute Versorgungskette	Pflegestern Marktstraße 5b 85586 Poing
Bayern Kaufbeuren	Konsiliartätigkeit im Allgemeinkrankenhaus	Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung im Allgemeinkrankenhaus durch Konsiliartätigkeit; Vermeidung von Drehtür-Effekten.	Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren, Abteilung Gerontopsychiatrie Postfach 1134 87571 Kaufbeuren
Bayern Kaufbeuren	Angebote, Beratung und Servicewohnen für gerontopsychiatrisch Erkrankte	Errichtung eines „Zentrums für seelische Gesundheit“ (gerontopsychiatrische Tagesstätte) als Anlaufstelle für ältere Menschen und deren Angehörige.	Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren Kemnater Straße 16 87600 Kaufbeuren

Region/Ort	Projektbezeichnung	Inhalt	Träger
Baden-Württemberg Freiburg	Ambulante Wohngemeinschaften für gerontopsychiatrisch Erkrankte	Netzwerk für Wohngruppen für Menschen mit Demenz unter systematischer Beteiligung von Angehörigen und Bürgern.	Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung an der Ev. Fachhochschule Freiburg, Bugginger Str. 38 79114 Freiburg
Baden-Württemberg Göppingen	Präventive Hausbesuche bei Migrant/innen	Förderung des Modellvorhabens „Gesundheitsförderung bei älteren Migranten“.	AWO Kreisverband Göppingen e.V. Rosenstraße 20 73033 Göppingen
Baden-Württemberg Stuttgart	Sprachgestütztes Dokumentationssystem	Förderung des Projekts „Sprachgestütztes Dokumentationssystem für stationäre Pflegeeinrichtungen“.	AOK Landesverband Baden-Württemberg Heilbronner Straße 184 70191 Stuttgart
Baden-Württemberg Ulm	Sturzprävention	Mobilitätsverbesserung und Sturzprävention bei zu Hause lebenden hilfs- und pflegebedürftigen Älteren.	Geriatrisches Zentrum Ulm/Alb-Donau Zollernring 26 89073 Ulm
Berlin Kreuzberg	Erprobung pflegerischer Versorgungsstrukturen für AIDS-Erkrankte	Erprobung neuer pflegerischer Versorgungsstrukturen vor dem Hintergrund der Kombinationstherapien.	Deutsche AIDS-Hilfe e.V., Dieffenbachstr. 33/ 2. Hinterhof, 10921 Berlin-Kreuzberg Postfach 610149
Berlin Neukölln	Ambulanter Dienst für Migrant/innen	Förderung des Vorhabens „Interkulturelle Öffnung der Diakoniestationen in Berlin-Neukölln, -Kreuzberg, -Wedding“.	Diakonisches Werk Neukölln-Oberspree e.V., Rübelandstr.9, 12053 Berlin
Brandenburg Fürstenwalde	Umsetzung eines Konzeptes zur integrativen Betreuung von gerontopsychiatrisch Erkrankten	Umsetzung eines integrativen Modells zur Betreuung an Altersdemenz erkrankter Heimbewohner im Evangelischen Altenpflegewohnheim in Fürstenwalde.	Samariteranstalten, August-Bebel-Straße 1–4 15517 Fürstenwalde/ Spree
Hamburg	Anleitung/Entlastung pflegender Angehöriger von gerontopsychiatrisch Erkrankten	Errichtung einer Wohn-/ Pflegeeinrichtung mit gestuften Versorgungsangebot für demenziell erkrankte Menschen und ihre Angehörigen.	Albertinen Diakoniewerk e.V., Süntelstraße 11a, 22457 Hamburg
Hessen Frankfurt/ Main	„Chaos und Muster“ – Die Entwicklung einer transkulturellen Organisation	Errichtung von Wohnpflegeplätzen für pflegebedürftige jüdische Bewohner im Rahmen des Neu-, Um- und Erweiterungsbaus eines Altenzentrums.	Jüdische Gemeinde Frankfurt am Main, Westendstraße 43, 60325 Frankfurt am Main
Hessen Schlüchtern	Dementia Care Mapping	DCM-gestützte Qualitätsentwicklung der gerontopsychiatrischen Versorgung in Pflegeheimen des Main-Kinzig-Kreises.	Main-Kinzig-Kreis, Kreisausschuss, Gartenstraße 5–7, 36381 Schlüchtern
Niedersachsen Osnabrück	Kontinenzmanagement	Entwicklung, Implementierung und Erprobung eines Expertenstandards „Kontinenzförderung in der Pflege“.	Fachhochschule Osnabrück, 49009 Osnabrück, Postfach 1940

Region/Ort	Projektbezeichnung	Inhalt	Träger
Nordrhein-Westfalen Ibbenbüren	Anleitung und Entlastung pflegender Angehöriger sowie Schulung und Begleitung von Ehrenamtlichen	Gewinnung, Schulung und Begleitung von Ehrenamtlichen für die Entlastung von pflegenden Angehörigen.	Caritasverband Tecklenburger Land e.V., Klosterstr.19, 49477 Ibbenbüren
Nordrhein-Westfalen Telgte	Kontinenzmanagement	Kontinenzmanagement in der geriatrischen Rehabilitation.	Klinik Maria Frieden, Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Am Krankenhaus 1, 48291 Telgte
Sachsen Chemnitz	Hospiz	Neubau eines stationären Hospizes.	Heim gemeinnützige GmbH für medizinische Betreuung, Senioren und Behinderte, Lichtenauer Weg 1, 09114 Chemnitz
Sachsen-Anhalt Magdeburg	Mobile Rehabilitation zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und zur Sicherung einer häuslichen Versorgung	Förderung des Vorhabens „Mobile geriatrische Rehabilitation“.	Pfeiffersche Stiftungen, Pfeifferstraße 10, 39114 Magdeburg
Thüringen Bad Berka	Ambulantes und stationäres Hospiz	Errichtung eines Zentrums für Hospizarbeit mit stationären Plätzen, Kurzzeitpflegeplätzen und einem ambulanten Hausbetreuungsdienst.	Trägerwerk Soziale Dienste Wohnen plus ... gGmbH, Allstedter Straße 1, 99427 Weimar
Thüringen Weimar	EDV-Vernetzung	Telematikgestütztes geriatrisches Gesundheitskompetenznetz im Mansfelder Land.	Trägerwerke Investi- tions-, Beteiligungs- und Bauverwaltungs- gesellschaft mbH, Industriestraße 1, 99427 Weimar

Zur fortlaufenden Verbesserung der Ergebnisse der Modellförderung wurden und werden die Projektträger durch das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) in 50677 Köln, An der Pauluskirche 3, Tel: 0221/93 18 47-0, Fax: 0221/93 18 47-6, Internet: www.kda.de, z. B. zur architektonischen Planung ihrer Einrichtungen sowie durch das ISO-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft in 66117 Saarbrücken, Trillerweg 68, Tel: 0681/9 54 24-0, Fax: 0681/9 54 24-27, Internet: www.iso-institut.de, zur Umsetzung ihrer in den Anträgen vorgestellten Betreiberkonzepte beraten. Gleichzeitig werden die Modellvorhaben 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.

5.2 Modellprojekte der Spitzenverbände der Pflegekassen

Unter Federführung des VdAK haben die Spitzenverbände der Pflegekassen das Modellprogramm zur „Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ ausgebaut. Gegenstand der Förderung sind Modellprojekte, die gemäß § 8 Abs. 3 SGB XI an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientiert, die Erkenntnisse abgeschlossener Projekte berücksichtigend, neue Versorgungsstrukturen und -konzepte erproben und das Angebot an ambulanter und stationärer Pflege ergänzen.

Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben im Zeitraum von 2004 bis 2006 zu folgenden Projekten eine Förderung beschlossen:

Titel	Inhalt	Projektnehmer	Wissenschaftliche Begleitung
Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems für ältere pflege- und hilfsbedürftige Menschen am Beispiel der Pflege- und Wohnberatung in Ahlen	Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrativen Versorgungssystems. Einführung, Erprobung und Validierung eines Beratungsmodells einschl. der Beurteilung von Beratungsleistungen	Verein Alter und Soziales e.V. Ahlen Frau Woltering Stadt Ahlen	Freie Universität Berlin, Institut für medizinische Soziologie vertreten durch : Fr. Prof. Dr. Kuhlmeiy; ISO-Institut Saarbrücken vertreten durch: Fr. Schweizer Katholische Fachhochschule Paderborn/ Münster vertreten durch: Hr. Prof. Dr. Mennemann
Implementierung von Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz	Aufbau von Wohngemeinschaften für Menschen mit gerontopsychiatrischen Veränderungen	Europäische Seniorenakademie (ESA), Ahaus Projektleitung: Dr. Bodo de Vries	ESA vertreten durch: Fr. Leuderalbert, Hr. Prof. Dr. de Vries Fachhochschule Münster Vertreten durch: Fr. Prof. Dr. Schneider, Fr. Dr. Kruth, Fr. Dr. Brinker-Meyendriesch
Ehrenamt in der Pflege: Koordinierungsstelle zur Vermittlung ehrenamtlicher Mitarbeiter in der stationären und ambulanten Pflege	Entwicklung und Evaluation von Koordinierungsstrukturen zur regionalen Steuerung des freiwilligen Engagements	Freiwilligen-Agentur Halle-Saalkreis e.V. Halle Vertreten durch: Fr. Marcus	Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg vertreten durch: Fr. Sadowski
Pflegebudget/Andockstelle Neuwied	Erprobung trägerübergreifende Budgets – insbesondere mit dem Ziel der Flexibilisierung individueller Pflege- und Betreuungsarrangements einschließlich struktureller Anforderungen	Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e.V., an der evang. Fachhochschule Freiburg vertreten durch: Hr. Prof. Dr. Klie	Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung GmbH (ZEW)

Titel	Inhalt	Projektnehmer	Wissenschaftliche Begleitung
Referenzeinrichtungen zur Förderung einer qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege (Referenzmodelle NRW)	Weiterentwicklung qualitätsspezifischer Versorgungsformen. Schaffung eines Bezugsrahmens für den Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen. Entwicklung eines Instrumentariums zur Verbesserung der Qualität in der vollstationären Pflege.	Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen, Sitz in Münster	Institut für Pflegewissenschaft (IPW) an der Universität Bielefeld Vertreten durch: Hr. Wingenfeld Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. (FfG) Vertreten durch: Hr. Dr. Schnabel, Fr. Menke, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (ISS) – Organisationsberatung
„Mobile“ – Niedrigschwellige Entlastungsangebote für pflegende Angehörige	Entwicklung von Strukturen zur Etablierung von „niedrigschwelligen“ Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige u. a. durch freiwillige Helfer, Entwicklung von Qualitätsmanagementsystemen	Caritas-Verband für das Dekanat Witten e.V. Vertreten durch: Michael Lobbe	Private Universität Witten /Herdecke gGmbH Institut für Pflegewissenschaft Vertreten durch: Fr. Prof. Dr. Bienstein Hr. André Fringer
Kompetenzförderung von pflegenden Angehörigen und Patienten in der nachstationären Versorgungssituation	Entwicklung und Erprobung von Strukturen zur Sicherung von Versorgungskontinuität und von abgestimmten Handlungsschemata zur Vermeidung zeitlicher, institutioneller und berufs-konzeptioneller Versorgungsbrüche bei der Zielgruppe der Versorgung von Pflegebedürftigen durch Angehörige ohne Unterstützung durch ambulante Pflegedienste	Klinikum Osnabrück GmbH vertreten durch: Dr. Hansjörg Hermes	Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften Pflegewissenschaft vertreten durch: Fr. Prof. Dr. Hotze
Organisation einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft mit demenziell erkrankten Menschen unter Einbeziehung der Angehörigen in den „Dienstplan“	Erprobung einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft für demenziell erkrankte Menschen durch den Einsatz „geregelter“ Präsenz und Mitwirkung von nicht Professionellen (Bezugspersonen)	Freunde alter Menschen e.V. vertreten durch: Hr. Pawletko	Aku – Unternehmensberatung Vertreten durch : Fr. Knäpple
Entwicklung qualitätsgesicherter Tages- und Kurzzeitpflege im Main-Kinzig-Kreis	Erprobung eines in Schottland eingeführten Konzeptes der qualitätsgesicherten häuslichen Tagespflege für Pflegebedürftige nach dem SGB XI und deren Übertragbarkeit auf andere Versorgungsstrukturen	Main-Kinzig-Kreis Der Kreisausschuss Leitstelle für ältere Bürger Vertreten durch: den Landrat	ISO-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V. Saarbrücken

Titel	Inhalt	Projektnehmer	Wissenschaftliche Begleitung
Integration präventiver und aktivierender Aspekte in die stationäre Altenpflege	Entwicklung, Erprobung und Evaluierung eines Konzeptes zur Betreuung und Unterstützung der Bewohner durch integrativ-aktivierende und Präventive Orientierung (multiprofessioneller Ansatz) im Pflegealltag in zwei Wohnbereichen mit jeweils 30 Bewohnern	Stiftung HOSPITAL St. Wendel Altenhilfezentrum Vertreten durch: Hr. Schreiner	ISO-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V. Saarbrücken
Rehabilitative Kurzzeitpflege	Modellhafte Erprobung eines Konzeptes zur Verknüpfung der Elemente Entlassungsmanagement, Kurzzeitpflege und hausärztlicher Versorgung für pflegebedürftige Menschen	Arbeiter-Samariter-Bund Sozial- + Pflegedienste gGmbH Vertreten durch: Hr. Roth	ISO-Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V. Saarbrücken
Verbesserung der Vernetzung von Hilfen für pflegebedürftige Kinder	Erprobung und Evaluation des Case-Management-Konzeptes zur individuellen Begleitung von pflegebedürftigen Kindern und deren Familien sowie zur Weiterentwicklung stabiler Kooperationsbeziehungen und Netzwerke auf regionaler Ebene	PariSozial gGmbH Vertreten durch: Hr. Zöllner	Universität Münster
Pflege-Netzwerk „Dorf in der Stadt“	Konzeption, Erprobung und Evaluation eines Betreuungs- und Pflegekonzeptes, der Angebote „Wohngruppen Dorfbüro (Koordinationsstelle) und der ambulanten Pflege“, der Verzahnung von prof. Leistungsanbietern und dem Angebot an bürgerlichen, nachbarschaftlichen und familiärem Hilfs-, und Unterstützungssystemen sowie Erarbeitung v. Qualitätsindikatoren (QI)	Stiftung „Dorf in der Stadt“ Die Brücke e.V. Vertreten durch: Frau Wendler	FH Esslingen Hochschule für Sozialwesen Vertreten durch: Fr. Prof. Elsbernd
Projektskizze Nordlicht – das Kieler Projekt	Erprobung eines Assessment gestützten CASE-Management Konzeptes für die Zielgruppe der Pflegebedürftigen nach dem SGBXI nach einem Apoplex, mit Sturzverletzungen und für ältere multimorbide Menschen (Demenz bzw. psychischen Erkrankungen)	AWO Schleswig-Holstein Unternehmensbereich Pflege Vertreten durch: Hr. Hamborg	Prognos AG Düsseldorf Vertreten durch: Hr. Maetzel
Präventionsprogramm Demenz Minden (PDM) Entlastungsprogramm bei Demenz (Ede)	Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines Beratungs-, Schulungs- und Entlastungskonzeptes bei Demenz	Paritätischer Verein für freie Sozialarbeit e.V. Vertreten durch: Hr. Emme von der Ahe	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip)
Case- und Caremanagement im Rahmen trägerneutraler Pflegeberatung	Modellhafte Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines Informations- und Beratungsangebotes durch die Umsetzung zielgruppenspezifischer Case- und Care-Management-Konzeptes in drei Modellregionen Niedersachsens für die Zielgruppe der Pflegebedürftigen nach dem SGB XI mit dem Ziel präventiv orientierte Hilfen anzubieten, freiwillige Helfer einzubinden und funktionale regionale Hilfenetze auszubilden	SoVD Sozialverband Deutschland Vertreten durch: Fr. Janßen	IPW Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld

Titel	Inhalt	Projektnehmer	Wissenschaftliche Begleitung
Telefongestütztes Problemlösestraining: Eine verhaltenstherapeutische Intervention zur Entlastung pflegender Angehöriger von Schlaganfall-Betroffenen	Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines überwiegend telefonbasierten Unterstützungsangebotes („Telecare-Ansatz“) für Hauptpflegepersonen von Schlaganfall-Betroffenen (Pflegebedürftig nach SGB XI)	Robert Bosch Gesellschaft für medizinische Forschung mbH Vertreten durch: Hr. Hipp	
Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und eines Begutachtungsinstrumentes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI	Vorphase: Umfassende nationale und internationale wissenschaftliche Recherche, Analyse und Bewertung von Begutachtungsinstrumenten und Pflegebedürftigkeitsbegriffen	IPW Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld	IPW Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld

Quelle: VdAK/AEV

VIII. Investitionsförderung in den Ländern

Grundlage der Investitionsförderung nach § 9 SGB XI ist das jeweilige Landesrecht. Im Dritten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung wurden die unterschiedlichen Regelungen zur Förderung der Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen aller 16 Länder anhand der wichtigsten Regelungsbereiche dargestellt. Soweit zwischenzeitlich Veränderungen der landesrechtlichen Vorgaben bekannt wurden, sind sie der Anlage 8 zu entnehmen.

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 Investitionsaufwendungen 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 die gesonderte Berechnung von Investitionsaufwendungen durch ein sogenanntes Pflegewohngeld – als eine neben oder anstelle der Objektförderung bestehende besondere Form der Investitionsförderung – abgemildert. Hinweise auf die Höhe der Investitionsaufwendungen, die Pflegebedürftigen gesondert berechnet werden, sind der Anlage 5 zu entnehmen; bei den Werten handelt es sich um ungeachtete Angaben.

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

1. Bausubstanz und Ausstattung

Wie bereits im Zweiten und Dritten 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 (rund 85 000) auf Grundlage 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 BMG abschließend abgestimmten Investitionsprogramme der neuen Länder enthalten insgesamt 1 025 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 wie folgt:

Es sind bislang von den Ländern insgesamt rund 3,2 Mrd. Euro aus Bundesmitteln abgerufen worden, davon entfallen auf die einzelnen Länder:

- Berlin Bundesmittel in Höhe von 266,8 Mio. Euro (seit 1995)
- Brandenburg Bundesmittel in Höhe von 495,2 Mio. Euro (seit 1996)
- Mecklenburg-Vorpommern Bundesmittel in Höhe von 387,0 Mio. Euro (seit 1995)
- Sachsen Bundesmittel in Höhe von 963,7 Mio. Euro (seit 1996)
- Sachsen-Anhalt Bundesmittel in Höhe von 583,6 Mio. Euro (seit 1995)
- Thüringen Bundesmittel in Höhe von 527,4 Mio. Euro (seit 1995)

Land	Investitionsvolumen in Mio. Euro	davon Bundesmittel in Mio. Euro	Anzahl der Projekte
Berlin (Ost)	358	268	53
Brandenburg	698	503	180
Mecklenburg-Vorpommern	530	389	127
Sachsen	1 476	968	332
Sachsen-Anhalt	729	583	173
Thüringen	712	530	160
Gesamt	4 505	3 244	1 025

Die Anzahl der aus Mitteln des Investitionshilfeprogramms geförderten Plätze in den Bereichen der vollstationären und teilstationären Pflege sowie der Kurzzeitpflege ergibt sich aus nachfolgender Tabelle:

Land	Anzahl der geförderten Pflegeplätze		
	vollstationär	teilstationär	Kurzzeitpflege
Berlin (Ost)	5 967	84	88
Brandenburg	8 989	717	500
Mecklenburg-Vorpommern	7 323	269	43
Sachsen	20 390	1 058	692
Sachsen-Anhalt	9 520	414	146
Thüringen	10 163	187	48
Gesamt	62 352	2 729	1 517

Alle 1 025 Projekte sind bereits fertig gestellt und in Betrieb genommen worden. Für rund 500 Projekte liegen bereits abschließend geprüfte Verwendungsnachweise vor. Die Abweichungen in den oben abgedruckten Tabellen von den Zahlenangaben im Dritten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung ergeben sich aus den zwischenzeitlich baufachlich abgeschlossenen Prüfungen von Verwendungsnachweisen.

Damit ist die Zielsetzung des Artikels 52 PflegeVG, die Qualität der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern und an das Versorgungsniveau im übrigen Bundesgebiet anzupassen, erreicht worden.

X. Qualitätssicherung in der Pflege

1. Initiativen der Bundesregierung zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der pflegerischen Versorgung

1.1 Förderung von Expertenstandards und Rahmenempfehlungen

Expertenstandards als Ergebnis eines fachlich organisierten und konsensorientierten Diskussionsprozesses stellen ein ausgesprochen wichtiges Instrument der internen

Qualitätsentwicklung in der Pflege dar. Sie tragen für ihren Themenbereich zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei, der nach dem Elften Buch dem pflegerischen Handeln und der Qualitätsverantwortung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger (§ 11) und dem Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen (§ 69) zugrunde liegt. Pflegebedürftige Menschen haben einen Anspruch darauf, dass sie entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse gepflegt werden. Die Beachtung des aktuellen Erkenntnisstandes ist von Bedeutung, denn Pflegefehler können haftungsrechtliche Folgen haben. Die Diskussion um die Qualitätsentwicklung in der Pflege und die Frage nach verlässlichen Grundlagen einer qualitätsgestützten Pflege haben gezeigt, dass in der Praxis wissenschaftlich fundierte und fachlich abgestimmte Expertenstandards dringend benötigt werden.

Mit finanzieller Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit wurden bislang fünf Expertenstandards zu den Themen „Dekubitusprophylaxe“, „Entlassungsmanagement“, „Schmerzmanagement bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen“, „Sturzprophylaxe“ sowie „Kontinenzförderung“ erarbeitet. Auftragnehmer bei der

Entwicklung, der Konsentierung und der Implementierung von in der Fachwelt anerkannten Expertenstandards war das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) als bundesweiter Zusammenschluss von Fachexperten in der Pflege. Im September 2005 hat das damalige Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die finanzielle Förderung von drei weiteren Expertenstandards bis 2008 bewilligt:

- „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“,
- „Schmerzmanagement bei chronischen nicht malignen Schmerzen“ und
- „Bedarfsgerechte Ernährung und Flüssigkeitszufuhr bei pflegebedürftigen Menschen“.

In diesem Zusammenhang steht auch die Förderung der im März 2007 veröffentlichten „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz“ durch das Bundesministerium für Gesundheit (vergleiche D.II.2.2.). Mit diesem Instrument wurde die Vorarbeit zur Entwicklung eines Expertenstandards zur Pflege demenziell erkrankter Menschen geleistet.

Wesentliche Erfolgsfaktoren sind das hohe fachliche Niveau der Expertenstandards sowie die pflegfachliche und gesundheitspolitische Diskussion innerhalb der Pflegeberufe unter Einbeziehung der Vertreter von Spitzenorganisationen und Verbänden im Gesundheitswesen und Fachexperten anderer Gesundheitsberufe.

In der Pflegepraxis fanden die bisher erarbeiteten Expertenstandards große Resonanz sowohl hinsichtlich des Verbreitungsgrades als auch hinsichtlich der inhaltlichen Akzeptanz. Der allgemein anerkannte Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse wird in einem Expertenstandard themenspezifisch zusammengefasst und anwendungsorientiert dargestellt. Zwar kann die Umsetzung von Expertenstandards bei ihrer Neueinführung zunächst eine fachliche Herausforderung für die Pflegenden, die Pflegeeinrichtungen und deren Träger darstellen. Zunehmend wird aber auch deutlich, dass das Instrument des Expertenstandards Unterstützung, Sicherheit und praktische Expertise im Pflegealltag vermittelt.

Im Entwurf des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes ist vorgesehen, dass Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards im SGB XI verankert werden.

1.2 Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Personen

Die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Personen“ geht zurück auf die Arbeiten des im Herbst 2003 initiierten „Runden Tisches Pflege“. Er wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem damaligen Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ins Leben gerufen, um die Lebenssituation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zu verbessern. Expertinnen und Experten aus allen Verantwortungsbereichen der Altenpflege (unter anderem Länder, Kommunen, Einrichtungsträger, Wohlfahrtsverbände, private Trägerverbände, Heimaufsicht, Pflegekassen, Interessensvertretungen älterer Menschen, Wissenschaftler,

Stiftungen) beteiligten sich daran. Diese Charta soll die Rolle und die Rechtsstellung der betreffenden Menschen und ihrer Angehörigen stärken und Informationen und Anregungen bei der Gestaltung einer humanen Pflege geben.

2. Qualitätsprüfungen in der Pflege

2.1 Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)

2.1.1 Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinien-QPR) vom 10. November 2005

Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben auf der Grundlage des § 53a Satz 1 Nr. 1 und 4 SGB XI in Verbindung mit § 213 SGB V am 30. September 2005 gemeinsam und einheitlich die Qualitätsprüfungs-Richtlinien als Mindestanforderungen für die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität sowie für das Verfahren zur Durchführung dieser Prüfungen im Bereich der sozialen Pflegeversicherung beschlossen, das Bundesministerium für Gesundheit hat die Richtlinien am 10. November 2005 genehmigt. Ziel der Richtlinien ist es, bundesweit ein einheitliches Vorgehen bei MDK-Qualitätsprüfungen und Beratungen zu gewährleisten. Auf diese Weise wird nicht nur für die notwendige Transparenz und Vergleichbarkeit bei den Qualitätsprüfungen und Beratungen gesorgt sondern gleichzeitig auch die Durchführung der Qualitätsprüfungen für alle Beteiligten erleichtert. Die Regelungen dieser Richtlinien werden entsprechend den Erkenntnissen, insbesondere der Pflegewissenschaft, der Medizin und der Rechtsprechung aktualisiert, so dass sie gleichzeitig der Weiterentwicklung der Qualität der auf ihrer Grundlage stattfindenden Prüfungen dienen.

Die Richtlinien sind für die MDK, den Sozialmedizinischen Dienst der Bundesknappschaft und den ärztlichen Dienst der See-Berufsgenossenschaft sowie für die Pflegekassen und deren Verbände verbindlich. Weitergehende Vereinbarungen auf Landesebene sind möglich. Für die Prüfung von Leistungen der Häuslichen Krankenpflege (HKP) gelten die Regelungen entsprechend. Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien sehen vor, dass grundsätzlich eine jährliche Prüfquote von 20 vom Hundert aller Einrichtungen anzustreben ist, wobei die im jeweiligen MDK zur Verfügung stehenden Ressourcen zu beachten sind.

Zum Verfahren und zum Inhalt der Prüfungen wird insbesondere folgendes festgelegt:

Der MDK ist berechtigt, die Qualitätsprüfung jederzeit angemeldet oder unangemeldet vorzunehmen. Unangemeldete Prüfungen kommen insbesondere bei Einzelprüfungen in Betracht. Die Prüfungen haben sich auf die Qualität, die Versorgungsabläufe und die versichertenbezogenen Ergebnisse der von der Pflegeeinrichtung erbrachten allgemeinen Pflegeleistungen, medizinischen Behandlungspflege, sozialen Betreuung, Leistungen bei

Unterkunft und Verpflegung sowie die Zusatzleistungen und darüber hinaus auf die Anforderungen des § 2 Nr. 8 in Verbindung mit § 23 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz zu erstrecken. Es gibt für die Durchführung in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen unterschiedliche Erhebungsbögen, die den Qualitätsprüfungs-Richtlinien als Anlagen 1 und 2 beigefügt sind; die Erhebungsbogen sollen auf der Basis einer vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) und den Spitzenverbänden der Pflegekassen gemeinsam erarbeiteten MDK-Anleitung ausgefüllt werden. Der MDK soll im Rahmen seiner Möglichkeiten die Pflegeeinrichtung im Zusammenhang mit der Qualitätsprüfung in Fragen der Qualitätssicherung mit dem Ziel beraten, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken (beratungsorientierter Prüfansatz).

2.1.2 Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) über die Entwicklung der Pflegequalität auf der Grundlage der vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) durchgeführten Qualitätsprüfungen

Durch das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) wurde der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) gesetzlich beauftragt (§ 118 Abs. 4 SGB XI), den Spitzenverbänden der Pflegekassen, dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den zuständigen Länderministerien alle drei Jahre einen Bericht zur „Qualität in der ambulanten und stationären Pflege“ vorzulegen. Nachdem der MDS im November 2004 den ersten Bericht auf der Grundlage der Qualitätsprüfungen des zweiten Halbjahres 2003 veröffentlicht hatte, hat er im August 2007 den zweiten Bericht über die Qualität in der ambulanten und stationären Pflege vorgelegt.

Der zweite Bericht umfasst den Zeitraum 2004 bis 2006. Die Prüfquote lag im Jahre 2006 bei 18,6 vom Hundert bundesweit. Die Aufteilung der Prüfquote in ambulante (13,5 vom Hundert) und stationäre (24,4 vom Hundert) zeigt, dass die Priorität der Qualitätsprüfungen bei der stationären Pflege liegt. Dies resultiert aus dem hohen Schutzbedürfnis, das aufgrund der besonderen Abhängigkeit eines pflegebedürftigen Bewohners von der Pflegeeinrichtung besteht. In der ambulanten Pflege wurden 10,5 vom Hundert aller Prüfungen unangemeldet durchgeführt, in der stationären Pflege fanden 56 vom Hundert der gesamten Prüfungen unangemeldet statt. Als Datengrundlage wurden Prüfungsergebnisse aus 31,1 vom Hundert aller zugelassenen Pflegedienste und 41,6 vom Hundert der zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen ausgewertet, einbezogen wurden insgesamt fast 40 000 Pflegebedürftige. Der MDS hebt in dem jüngsten Bericht das Engagement der Pflegeeinrichtungen zur Verbesserung der Pflegequalität hervor, betont aber gleichzeitig weiteren Handlungsbedarf. Bei der Ergebnisqualität wird ein differenziertes Bild mit einer leichten, aber stetigen Tendenz zur Verbesserung gezeichnet.

Nachfolgend werden wesentliche Aussagen des Berichts wiedergegeben.

2.1.2.1 Qualität in der stationären Pflege

Der Pflegezustand der Bewohner im stationären Bereich war bei 90 vom Hundert (zum Vergleich zweites Halbjahr 2003 bei 82,6 vom Hundert) der Personen angemessen. Dies zeigt, dass in der weitaus größten Zahl der untersuchten Fälle eine angemessene Pflege erfolgt. Allerdings wurden noch bei 10 vom Hundert der Bewohner Defizite festgestellt. Obwohl im Vergleich zum ersten Bericht (2003) eine Verbesserung von 7,4 vom Hundert zu erkennen ist, konstatiert der MDS zu recht Handlungs- und Optimierungbedarf.

Der Bericht geht insbesondere auf den Umgang mit besonders markanten Pflegeproblemen (Dekubitusprophylaxe, Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung, Inkontinenzversorgung, gerontopsychiatrisch beeinträchtigte Versicherte und freiheitseinschränkende Maßnahmen) ein. Insgesamt zeigen sich zwar vor allem auch hinsichtlich der pflegesensitiven Kriterien der Ergebnisqualität (Dekubitusprophylaxe, Flüssigkeitsversorgung) einige Verbesserungen zum ersten Bericht des MDS vor drei Jahren (in der Größenordnung von 4 bis 8 vom Hundert), aber das Pflegeniveau ist nach wie vor nicht zufriedenstellend. Bei der Interpretation der Prüfergebnisse weist der MDS jedoch auch darauf hin, dass zum Beispiel Mängel bei der Nahrungsversorgung in einem Drittel der Einrichtungen nicht bedeuten, dass in einem Drittel der Einrichtungen die Pflegebedürftigen unterernährt sind. Die Quote von etwa 35 vom Hundert aller Bewohner, die diesbezüglich Defizite aufweisen, lässt dennoch erhebliche Qualitätsprobleme erkennen. Die Verbesserungen bei der Dekubitusprophylaxe werden vom MDS darauf zurückgeführt, dass der entsprechende Expertenstandard des Deutschen Netzwerks zur Qualitätsentwicklung (DNQP) nach mehrjähriger Implementierung Eingang in die Praxis findet. Gesundheitspolitisch besonders relevant ist zudem, dass die Versorgung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Personen auf relativ niedrigem Niveau stagniert. Bei unverändert knapp einem Drittel dieses Personenkreises bestehen Defizite in der Versorgung.

Bezüglich der Pflegedokumentation und des Pflegeprozesses zeigt sich in den Heimen ein gegenüber 2003 teilweise deutlich verbessertes Bild, wenn auch aufgrund der niedrigen Ausgangswerte noch erhebliche Verbesserungspotentiale vorhanden sind. Positiv verzeichnet wird, dass in den stationären Pflegeeinrichtungen eine immer bessere Informationssammlung und Biographiearbeit geleistet wird (was zum Beispiel besonders bei demenziell Erkrankten von Bedeutung ist), sowie Prophylaxen angemessen durchgeführt werden.

2.1.2.2 Qualität in der ambulanten Pflege

Auch im ambulanten Pflegebereich sind im Vergleich zum ersten Bericht (2003) Verbesserungen zu verzeichnen: Der Pflegezustand ist bei 94,3 vom Hundert der untersuchten Personen angemessen (2003: 91,2 vom Hundert). Allerdings liegt damit bei 5,7 vom Hundert der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen ein unzurei-

chender Pflegezustand vor, so dass der MDS Optimierungsbedarf konstatiert. Wie im stationären Bereich geht der Bericht im ambulanten Bereich insbesondere auf den Umgang mit besonders markanten Pflegeproblemen (Dekubitusprophylaxe, Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung, Inkontinenzversorgung, gerontopsychiatrisch beeinträchtigte Versicherte) ein.

Der MDS weist zwar auf gegenüber den Berichtszahlen im Jahr 2003 erreichte Verbesserungen in der Größenordnung von 3,3 und 7,6 vom Hundert hin, bewertet die Ergebnisse aber folgerichtig als nicht zufrieden stellend. Erhebliche Verbesserungspotentiale wurden darüber hinaus bei der individuellen Maßnahmeplanung und der Evaluation des Pflegeprozesses ausgemacht, nur etwa jeder zweite Vorgang wird hier zufrieden stellend ausgeführt. Zum gleichen Ergebnis kommt der MDS bei der Pflegedokumentation, weil bei etwa einem Fünftel der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen situationsgerechtes Handeln (zum Beispiel eine Ursachenanalyse bei einem Sturz) nicht dokumentiert war. Die Wahrnehmung der Managementaufgaben stagnieren zum Teil (Planung der Pflegeprozesse, Führung der Pflegedokumentation) auf einem Niveau von etwa 60 vom Hundert, ebenso stagniert der Anteil der Pflegedienste, die interne Qualitätssicherungsmaßnahmen durchführen, bei etwas mehr als 70 vom Hundert.

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

Bereits im Jahr 2000 hat die MEDICPROOF GmbH einen „Leitfaden zur Beurteilung der Versorgungssituation“

erarbeitet, der die Grundlage einer einfachen Beurteilung der Versorgungsqualität aller begutachteten Personen darstellt. Die Bewertung erfolgt anhand des Gesundheits- und Pflegezustandes des Pflegebedürftigen und bestimmter äußerer Aspekte (zum Beispiel: Wohnverhältnisse, Haushaltsführung, Bekleidung, psychische Belastung der familialen Pflegeperson). Bei Auffälligkeiten wird eine ergänzende pflegefachliche Bewertung in Auftrag gegeben, die (ärztliche) Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ergänzt¹¹. So erhält das private Versicherungsunternehmen im Einzelfall eine nachvollziehbare Einschätzung über Art und Umfang festgestellter Pflege-defizite und -mängel sowie über deren Hintergründe. Gleichzeitig dienen die darin enthaltenen Empfehlungen zur Umsetzung und Sicherstellung notwendiger Pflege und Versorgung dazu, den Pflegebedürftigen zum Beispiel über 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 2003 und 2004 – neuere Daten liegen nicht vor – wurden im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit durch die Gutachter der MEDICPROOF GmbH folgende Einschätzungen der Versorgungsqualität – die Versorgungsformen wurden danach unterschieden, von wem „Pflegeleistungen“ für den einzelnen Versicherten jeweils erbracht wurden – bei den privat versicherten Pflegebedürftigen vorgenommen:

¹¹ Vergleiche im folgenden MEDICPROOF GmbH, Konzept zur Sicherstellung häuslicher Pflege, Köln, Juni 2003, S. 2 ff.

	2003			2004		
	angemessen	defizitär	nicht sichergestellt	angemessen	defizitär	nicht sichergestellt
Ambulanter Pflegedienst	3 832	343	102	1 841	135	35
Private Pflegeperson	39 448	985	333	18 912	396	115
Kombinationspflege ¹	20 764	893	207	10 308	357	61
Betreutes Wohnen	128	3	3	195	1	0
Vollstationäre Einrichtung ²	20 509	16	60	10 153	25	3
Keine Pflegeperson ³	307	75	118	152 ³	30	43

¹ Wegen der geringen Anzahl wurden die Fälle, in denen teilstationäre Pflege geleistet wurde (zum Beispiel 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.

3. **Besondere Initiativen der MDK-Gemeinschaft: Grundsatzstellungnahme „Pflegeprozess und Dokumentation“ (April 2005)**

Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Pflegekassen berät die Spitzenverbände der Pflegekassen und unterstützt die Medizinischen Dienste bei pflegefachlichen Fragen. Ein Handlungsfeld der MDK Gemeinschaft ist es, zu zentralen Aspekten der Pflege Grundsatzstellungen zu erarbeiten.

Im April 2005 hat die MDK-Gemeinschaft eine Grundsatzstellungnahme zu dem Thema „Pflegeprozess und Dokumentation“ vorgelegt (www.mds-ev.de). Mit dieser Grundsatzstellungnahme ist beabsichtigt, Pflegefachkräften in den Einrichtungen, Trägern von Pflegeeinrichtungen und MDK-Mitarbeitern eine praxisverbessernde Arbeitshilfe zur Verfügung zu stellen. Die MDK-Gemeinschaft hatte in den Jahren zuvor Grundsatzstellungen zu den Themen Dekubitusprophylaxe und -therapie (Juni 2001) sowie Ernährung und Flüssigkeitsversorgung (Juli 2003) veröffentlicht. Die Stellungnahme „Pflegeprozess und Pflegedokumentation“ enthält keine Musterdokumentation sondern formuliert Eckpunkte, die aus der Sicht der MDK-Gemeinschaft bei der Dokumentation zu beachten sind und dazu dienen, möglichst kurzfristig und praxisorientiert konkrete Verbesserungen bei der Qualität und beim Umfang der notwendigen Dokumentation zu erreichen. Die Grundsatzstellungen werden vom MDS als praxisrelevante Zusammenfassung des aktuellen medizinisch-pflegerischen Wissens den eigenen Mitarbeitern und der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

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. **Verbesserungen der Rechtslage bei Rehabilitationsleistungen durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26. März 2007**

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, GKV-WSG, das am 1. April 2007 in Kraft getreten ist, wurde eine Reihe von Verbesserungen für die Pflege auf den Weg gebracht. Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ wird dadurch erheblich gestärkt, dass der Anspruch auf ambulante und stationäre Rehabilitation von einer Ermessens- in eine Pflichtleistung umgewandelt worden ist. Zudem sind ambulante Rehabilitationsleistungen auch in Pflegeheimen zu erbringen (§ 40 SGB V).

Mit der Änderung sollen Präventions- und Rehabilitationsleistungen an der Schnittstelle von Kranken- und Pflegeversicherung verbessert werden, um Pflegebedürftigkeit im Alter solange wie möglich zu vermeiden, zu

überwinden, zu mindern, auszugleichen oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Durch die Ausgestaltung als Pflichtleistung soll nicht nur dem Grundsatz „Rehabilitation vor und in der Pflege“ stärker Geltung verschafft sondern auch ein Ausbau des bestehenden Angebots an geriatrischer Rehabilitation gefördert werden. Zudem wird klargestellt, dass ambulante Rehabilitationsleistungen auch an Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI zu erbringen sind. Leistungen in stationären Rehabilitationseinrichtungen (§ 40 Abs. 2) bleiben Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen nicht vorenthalten. Sofern Rehabilitationsfähigkeit besteht, ist dem Rechtsanspruch auf Leistungen in stationären Rehabilitationseinrichtungen Rechnung zu tragen.

Mit Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit sind im Bereich der medizinischen Rehabilitation mehrere aufsuchende (mobile) Angebote entwickelt worden. Die Implementierung des Leistungsangebots der mobilen Rehabilitation ist jedoch aufgrund unterschiedlicher Auslegungen des § 40 Abs. 1 (alt) durch Landesverbände der GKV auf Schwierigkeiten gestoßen. Die alte Fassung des § 40 Abs. 1 war nicht ausreichend auf die ambulante mobile Rehabilitation zugeschnitten, ohne diese aber ausdrücklich auszunehmen. Die Neuregelung stellt klar, dass auch diese Form der ambulanten Rehabilitation regelhaft erbracht werden kann.

Die mobile Rehabilitation ist ein aufsuchendes medizinisches Rehabilitationsangebot und damit eine Sonderform der ambulanten Rehabilitation. Ein interdisziplinäres Team erbringt Maßnahmen zur Rehabilitation in der Wohnung der Patienten. Zielgruppe sind multimorbide Patienten mit erheblichen funktionellen Beeinträchtigungen und einem komplexen Hilfebedarf. Das aufsuchende Rehabilitationsangebot bezieht damit einen Patientenkreis ein, der bislang keine Rehabilitationschancen hatte; zugleich werden der Grundsatz des Vorrangs der Rehabilitation vor und in der Pflege und die Zielsetzung „ambulant vor stationär“ fachgerecht umgesetzt.

Im Rahmen der Reform der Pflegeversicherung (Entwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes) sollen weitere Maßnahmen mit dem Ziel der Verfahrensstraffung und Anreizverstärkung erfolgen, um den Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ zu stärken.

2. **Empfehlungen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zu Heil- und Hilfsmitteln bei Erstbegutachtungen durch den MDK und Versorgungssituation mit Heil- und Hilfsmitteln zum Zeitpunkt von Erstbegutachtungen**

Im Rahmen der Umsetzung der Pflegeversicherung zeigte sich, dass im Jahr 2006 in etwa 1,7 vom Hundert der Fälle anlässlich der Erstbegutachtungen (ohne die Begutachtungen nach Aktenlage) bei Pflegebedürftigkeit Empfehlungen zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie in 29,6 vom Hundert der Fälle zu Hilfs- und Pflegehilfsmitteln durch Gutachterinnen und Gutachter der MDK erteilt wurden.

Die Versorgungssituation der Versicherten mit verordnungsfähigen Heilmitteln (zum Beispiel Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie) ist von der Höhe der Pflegestufe abhängig. Im Begutachtungsverfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit wird auch die Versorgungssituation mit Heilmitteln (Krankengymnastik/Ergotherapie/Logopädie/Sonstige) zum Zeitpunkt der Begutachtung erfasst. So erhielten im Jahr 2006 im ambulanten Bereich nicht Pflegebedürftige bei 62,4 vom Hundert der Erstbegutachtungen (ohne die Begutachtungen nach Aktenlage) bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung verordnungsfähige Heilmittel, Pflegebedürftige der Pflegestufe I bei 66,4 vom Hundert, der Pflegestufe II bei 65,6 vom Hundert und der Pflegestufe III bei 60,2 vom Hundert. Im stationären Bereich erhielten im Jahr 2006 von den nicht Pflegebedürftigen 46,9 vom Hundert, von den Pflegebedürftigen in Pflegestufe I 54,1 vom Hundert, in der Pflegestufe II 53,4 vom Hundert und in der Pflegestufe III 48,5 vom Hundert bereits verordnete Heilmittel.

XII. Pflegeversicherung im Ausland

1. Bezug von Pflegegeld im Ausland

Grundsätzlich werden die Leistungen der Pflegeversicherung nur im Inland erbracht (Territorialitätsprinzip). Lediglich für befristete Aufenthalte im Ausland von bis zu sechs Wochen je Kalenderjahr wird das Pflegegeld weiter gewährt, ggf. auch die Pflegesachleistung, wenn die Pflegeperson, die ansonsten die Sachleistung erbringt, den Pflegebedürftigen begleitet. Der Leistungsanspruch bei vorübergehenden Auslandsaufenthalt von sechs Wochen entsteht mit jedem Kalenderjahr neu. Daraus folgt, dass ein am 31. Dezember eines Jahres bestehender oder an diesem Tag endender bzw. ein vor dem 31. Dezember abgelaufener Leistungsanspruch bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen ab dem 1. Januar des Folgejahres für sechs Wochen weiterbesteht oder wieder auflebt.

Das für den Leistungsbezug grundsätzlich geltende Territorialitätsprinzip gilt nicht uneingeschränkt. Etwas anderes ergibt sich aufgrund der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 bei Aufenthalt oder Wohnsitz in Ländern der Europäischen Union – EU – (Belgien, Bulgarien, Deutschland, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn und Zypern) und des europäischen Wirtschaftsraumes – EWR – (also auch Norwegen, Island und Liechtenstein) sowie (seit dem 1. Juni 2002) der Schweiz.

Nach der grundlegenden Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs vom 5. März 1998 in der Rechtssache 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 auch für die am 1. Mai 2004 (Estland, Lettland, Litauen, Polen, Tschechien, Slowenien, Slowakei, Ungarn, Malta und Zypern) sowie am 1. Januar 2007

(Rumänien und Bulgarien) neu dazugekommenen Beitrittsstaaten, und zwar ohne Übergangsfristen. Sachleistungen im Ausland werden nach der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 von der Pflegeversicherung nicht zur Verfügung gestellt, sondern werden gegebenenfalls bei Versicherten der sozialen Pflegeversicherung im Wege der so genannten Sachleistungsaushilfe durch den ausländischen Sozialversicherungsträger erbracht. Der Umfang der Sachleistungen richtet sich dabei nach dem Recht des Aufenthalts- oder Wohnstaates. Dies bedeutet, dass keineswegs immer sichergestellt ist, dass der Umfang der Sachleistung dem in der Bundesrepublik Deutschland von der Pflegeversicherung bereitgestellten Umfang tatsächlich entspricht oder auch gar keine Sachleistungen im Wege der Sachleistungsaushilfe in Anspruch genommen werden können, da der Aufenthalts- oder Wohnsitzstaat eine der deutschen Pflegeversicherung entsprechende Sachleistung seinen Versicherten oder Bürgern nicht zur Verfügung stellt.

Seit dem 1. Juni 2003 ist die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 – dabei grundsätzlich ohne Rücksicht auf die Staatsangehörigkeit – also auch auf Drittstaatsangehörige – anzuwenden (Verordnung EG Nr. 859/2003 des Rates vom 14. Mai 2003). Lediglich im Verhältnis zu Dänemark, Island, Liechtenstein, Norwegen und der Schweiz gilt dies nicht. Bei diesen Staaten muss die betreffende Person Staatsangehöriger eines EWR-Staates, Schweizer, Flüchtling, Staatenlos oder Familienangehöriger oder Hinterbliebener einer der genannten Personengruppen sein.

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 dürfte sich deren Anzahl auf rund 3 900 Leistungsempfänger belaufen.

2. Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs (EuGH)

Anknüpfend an die Entscheidung des EuGH in der Rechtssache der Eheleute Molenaar wurde der Rechtsstandpunkt, dass Geldleistungen exportfähig sind, Sachleistungen jedoch nicht, in weiteren Urteilen des EuGH vom 8. Juli 2004 (in der Rechtssache „Gaumain-Cerri“ – C-502/01 und in der Rechtssache „Barth“ – C-31/02) dahingehend ergänzt, dass die Beitragszahlung nach § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI für ehrenamtlich Pflegende – ebenso wie die Zahlung des Pflegegeldes – eine Leistung bei Krankheit darstellt, die vom Anwendungsbereich der EWGV 1408/71 erfasst wird und als Annex zum Pflegegeld wie eine Geldleistung behandelt wird. Auch die Beitragszahlung zur Rentenversicherung ist nach der EuGH-Entscheidung grundsätzlich exportfähig. Das heißt auch für Personen, die einen in der deutschen Pflegeversicherung versicherten Pflegebedürftigen mit Pflegegeldbezug pflegen und die Voraussetzungen des § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI erfüllen, jedoch im Gebiet eines anderen EWR-Staates wohnen, sind von den Pflegekassen in der

Bundesrepublik Deutschland Rentenversicherungsbeiträge zu zahlen.

Die Ausführungen über den Pflegegeldexport und die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für pflegende Angehörige gelten nach dem Urteil des EuGH vom 8. Juli 2004 (in der Rechtssache „Gaumain-Cerri“ – C-502/01) entsprechend für Personen, die als Pflichtversicherte bei einem privaten Versicherungsunternehmen pflegeversichert sind.

3. Entscheidungen des Bundessozialgerichtes

Für den Bereich der privaten Pflegeversicherung hat das Bundessozialgericht (BSG) am 28. September 2006, Az.: B 3 P 3/05 R entschieden, dass bei Personen, die erstens privat pflegeversichert und zweitens beihilfeberechtigt sind, für die privaten Versicherungsunternehmen und für die Beihilfe die Verpflichtung zur Kostenerstattung bei im Ausland in Anspruch genommenen Leistungen (sofern der Versicherte sich nicht für das Pflegegeld entschieden hat) besteht. In der Entscheidung hat das Bundessozialgericht ausgeführt, dass die Regelungen über die Sachleistungsaushilfe nach der EWGV 1408/71 wegen der Anlage 6 dieser Verordnung auf Beihilfeberechtigte nicht anwendbar seien. Der Kostenerstattungsanspruch ergibt sich in diesen Fällen nach innerstaatlichem Recht unter Berücksichtigung des allgemeinen Freizügigkeitsrechts nach Artikel 18 EG-Vertrag. Es ist davon auszugehen, dass die vom Bundessozialgericht festgestellte Kostenerstattungspflicht nur hinsichtlich des Kreises privatversicherter Beihilfeberechtigter Anwendung findet und nicht auf die gesamte Pflegeversicherung zu übertra-

gen ist. Seitens der privaten Versicherungsunternehmen wird derzeit entsprechend verfahren.

4. Zahlen zur Pflegebegutachtung im Ausland

Seit dem Jahr 2002 sind bis zum 31. Dezember 2006 insgesamt 8 136 Pflegebegutachtungen von Antragstellern in EWR-Staaten durchgeführt worden (siehe Tabelle 1 und 2).

Die unten aufgeführten Ergebnisse zeigen, dass das Begutachtungsaufkommen in den EWR-Staaten im Jahr 2006 im Vergleich zum Vorjahr um annähernd 30 vom Hundert zugenommen hat. Diese Zunahme begründet sich in einem überdurchschnittlich hohen Anstieg von Erstantragstellern in Spanien, Österreich, Griechenland (fast um 75 vom Hundert) und Italien. Diese fünf Länder stellen mit über 80 vom Hundert das Begutachtungsaufkommen. Die Begutachtungshäufigkeit in Frankreich blieb dagegen fast konstant. Der Grund für die Zunahme liegt in einem überdurchschnittlich hohen Anstieg von Erstantragstellern, also von Versicherten, die zum Zeitpunkt ihrer Antragstellung nicht „erheblich pflegebedürftig“ im Sinne des Gesetzes waren. Bei den Antragstellern aus Polen, Ungarn und Slowenien handelt es sich in der Mehrzahl um in ihre Heimat zurückgekehrte Arbeitsmigranten.

Für den Zeitraum 2006 wurden bei 25,3 vom Hundert der Antragsteller keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI empfohlen, in 38,6 vom Hundert Pflegestufe I, in 27,3 vom Hundert Pflegestufe II und in 8,8 vom Hundert Pflegestufe III.

Tabelle 1

Durchgeführte EWR-Auslandsbegutachtungen von 2002 bis 2006 gesamt und davon Erstbegutachtungen

	Begutachtungen	davon Erstbegutachtungen
im Jahre 2002	1 347	803
im Jahre 2003	1 532	825
im Jahre 2004	1 586	964
im Jahre 2005	1 604	894
im Jahre 2006	2 077	1 369
insgesamt	8 146	4 855

Tabelle 2

Durchgeführte Begutachtungen im EWR-Ausland 2002 bis 2006

EWR-Länder	2002	2003	2004	2005	2006	Gesamt
Spanien	507	603	548	521	638	2 817
Österreich	306	368	418	399	496	1 987
Griechenland	128	213	202	185	322	1 050
Frankreich	132	83	99	95	93	502
Italien	96	77	95	101	156	525
Belgien	57	50	48	29	52	236
Niederlande	52	54	40	59	49	254
Portugal	44	42	39	50	79	254
Schweiz	4	16	22	27	27	96
Polen			16	38	45	99
Großbritannien	4	6	12	19	11	52
Ungarn			11	31	37	79
Slowenien			10	11	26	47
Schweden	3	2	6	9	7	27
Tschechien			5	14	16	35
Dänemark	7	11	4	0	3	25
Slowakei			4	2	3	9
Irland	1	2	3	4	2	12
Luxemburg	6	3	3	3	4	19
Litauen			1	0	1	2
Estland			0	1	1	2
Finnland	0	2	0	4	4	10
Island	0	0	0	1	0	1
Lettland			0	1	5	6
Lichtenstein			0	0	0	0
Malta			0	0	0	0
Norwegen	0	0	0	0	0	0
Zypern			0	0	0	0
Gesamt	1 347	1 532	1 586	1 604	2 077	8 146

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

Die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI wird auch in den Ländern des EWR nach den in der Bundesrepublik Deutschland verbindlichen Begutachtungs-Richtlinien für die Gutachter der MDK durchgeführt. Die Konferenz der Geschäftsführer der Medizinischen Dienste haben die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten für die Begutachtung in diesen europäischen Ländern innerhalb der MDK-Gemeinschaft aufgeteilt. In einigen EWR-Ländern, wie zum Beispiel Polen, ist die Zuständigkeit auf mehrere MDK verteilt.

6. Private Pflegeversicherung

Im Berichtszeitraum 2006 wurden von der privaten Pflege-Pflichtversicherung 208 Auslandsgutachten erstellt. Die regionalen Schwerpunkte lagen, wie in den Vorjahren, in den grenznahen Bereichen der Nachbarländer sowie im Mittelmeerraum, wobei auf Spanien, einschließlich der Balearen und der Kanarischen Inseln, rund 25 vom Hundert aller Auslandsaufträge entfielen.

XIII. Demographische Entwicklung

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

Gegenüber der den Aussagen im Dritten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung zugrundeliegenden zehnten koordinierten Bevölkerungsschätzung geht die elfte koordinierte Bevölkerungsvorausschätzung des Statistischen Bundesamtes von einer noch höheren Lebenserwartung der Menschen in der Zukunft aus. Die Lebenserwartung von Neugeborenen im Jahr 2050 wird bei Männern auf 83,5 Jahre (bisher 81,1 Jahre) und bei Frauen auf 88,0 Jahre (bisher 86,6 Jahre) geschätzt. Dies ist ein Zuwachs von 7,6 bzw. 6,5 Jahren gegenüber heute. Die für die Pflegeversicherung noch wichtigere verbleibende Lebenserwartung von 60-jährigen Männern und Frauen wird sich bis 2050 um etwa 5 Jahre (bisherige Annahme 4,5 Jahre) auf 25,3 bzw. 29,1 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. Bei einem unterstellten Wanderungssaldo¹² von durchschnittlich 200 000 Personen jährlich steigt die Zahl der über 60-Jährigen bis zum Jahr 2050 von 20,5 Millionen Ende 2005 auf 28,8 Millionen Menschen; ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung steigt von 24,9 vom Hundert auf 38,9 vom Hundert

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko der Pflegebedürftigkeit stark an. Derzeit sind von der Bevölkerung unter 60 Jahren nur 0,6 vom Hundert pflegebedürftig, von den 60 bis 80-jährigen 3,9 vom Hundert, aber von den über 80-jährigen schon 28,3 vom Hundert. Deshalb wird

der starke Anstieg der Zahl der älteren Menschen auch zu einer deutlichen Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen führen. Die „Rürup-Kommission“ geht auf Basis ähnlicher Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung davon aus, dass die Zahl der Pflegebedürftigen der sozialen Pflegeversicherung von derzeit rund 1,97 Millionen bis zum Jahr 2040 auf rund 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. Es gibt allerdings erste Anzeichen für einen leichten Rückgang.

XIV. 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 verhältnismäßig gut eingeschätzt werden kann, ist eine längerfristige Finanzprognose mit erheblichen Unsicherheiten behaftet.

Die im Rahmen des vom Bundeskabinett verabschiedeten Entwurfs zur Reform der Pflegeversicherung vorgesehene Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 vom Hundertpunkte auf 1,95 vom Hundert (bzw. 2,2 vom Hundert für kinderlose Versicherte) reicht zur Finanzierung der vorgesehenen Leistungsverbesserungen bis Ende 2014/Anfang 2015 aus. Der rechnerisch notwendige Beitragssatz könnte bis 2030 eine Größenordnung von etwa 2,3 vom Hundert erreichen. Aussagen über noch längere Zeiträume haben zunehmend einen rein modellhaften Charakter. Eine Simulationsrechnung des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung kommt bei Zugrundelegung der aktuellen Reform zu einem Beitragssatz von rund 2,5 vom Hundert im Jahr 2050.

D. Ausgewählte Forschungsaktivitäten in der Pflege

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

1. Forschungsschwerpunkt „Anwendungsorientierte Pflegeforschung“

Im Rahmen des Programms der Bundesregierung „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“ hat das BMBF die Pflegeforschung von 2004 bis 2006 mit

¹² Überschuss der Zuzüge aus dem Ausland ins Inland gegenüber den Fortzügen ins Ausland

3,8 Mio. Euro gefördert. Im Jahr 2007 wurden für diesen Förderschwerpunkt 5,5 Mio. Euro für weitere drei Jahre zur Verfügung gestellt. Damit werden insgesamt vier Pflegeforschungsverbände unterstützt, die in rund 30 Projekten Wissensgrundlagen zur Fundierung und Verbesserung des Pflegehandelns schaffen und neue Pflegekonzepte empirisch im Versorgungsalltag überprüfen.

Auch in der Pflege sind Veränderungen und Fortschritt auf die Forschung angewiesen. Neben herkömmlichem Erfahrungswissen sind wissenschaftlich abgesicherte Handlungsleitlinien erforderlich, um den steigenden Ansprüchen der Pflegebedürftigen und den Anforderungen eines modernen Gesundheitssystems gerecht zu werden. Mit den Forschungsaktivitäten im Förderschwerpunkt können zum einen Pflegekonzepte und -methoden identifiziert werden, die eine bedarfsgerechte und problemangemessene pflegerische Versorgung zum bestmöglichen Nutzen für den Patienten gewährleisten. Zum anderen werden auch Vorzüge und Schwächen der Pflegeinfrastruktur in der Bundesrepublik Deutschland wissenschaftlich untersucht und Handlungsempfehlungen zu deren Optimierung im Versorgungsalltag erprobt. Dabei werden nicht nur Rahmenbedingungen und Abläufe in der stationären und ambulanten Alten- und Krankenpflege berücksichtigt, sondern auch die besonderen physischen und psychischen Anforderungen an professionell Pflegenden und pflegende Angehörige.

2. Forschungsschwerpunkt „Gesundheit im Alter“

Voraussetzungen für die Verbesserung der medizinischen Versorgung, Pflege und der Lebenssituation älterer Menschen werden im Förderschwerpunkt „Gesundheit im Alter“ wissenschaftlich erforscht. Dafür hat das BMBF 2006 im Rahmen des Regierungsprogramms „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“ rund 30 Mio. Euro für sechs Jahre in Aussicht gestellt. Bundesweit werden damit voraussichtlich sechs Forschungsverbände mit 35 Einzelprojekten zunächst in einer ersten Förderphase von drei Jahren gefördert. Im Mittelpunkt stehen dabei der Umgang mit den Mehrfacherkrankungen von älteren Menschen sowie die Erprobung von pflegerischen Maßnahmen zur Stärkung von Gesundheit und Autonomie im Alter.

3. Forschungsschwerpunkt „Versorgungsforschung/Versorgungsnahe Forschung“

Kranken- und Altenpflege sind wesentliche Bestandteile des deutschen Versorgungssystems. Für dessen Weiterentwicklung leistet die Versorgungsforschung einen wichtigen Beitrag. Versorgungsbezogene Forschungsansätze fördert das BMBF seit 2001 gemeinsam mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen mit jährlich 1,0 Mio. Euro. Damit wurden schon mehr als 30 Forschungsprojekte im Förderschwerpunkt „Versorgungsforschung“ unterstützt, die beispielsweise die Implementierung von neuen Pflege- und Schulungskonzepten im konkreten Versorgungsalltag untersuchen.

Im Juli 2006 hat das BMBF gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung, den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung weitere 10 Mio. Euro zur Verfügung gestellt, um Versorgungsforschung mit dem Leitthema „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ für drei Jahre zu fördern. Durch die Einbindung und aktive Beteiligung chronisch kranker Patienten soll deren Versorgung langfristig verbessert werden. Gerade im Rahmen der bedarfsgerechten Patienteninformation und -schulung leisten Pflegenden dazu einen wesentlichen Beitrag. Aus diesem Grund finden sich Pflegeaspekte bei einem Viertel der rund 380 Anträge wieder, die zum Förderschwerpunkt „Versorgungsnahe Forschung“ im Herbst 2006 eingegangen sind. Eine Anschlussförderung mit 11 Mio. Euro für drei weitere Jahre ist ab 2011 geplant.

4. Forschung zu Pflege und Versorgung in den Kompetenznetzen

In den 17 Kompetenznetzen in der Medizin, die das BMBF im Rahmen des Regierungsprogramms „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“ von 1999 bis 2008 fördert, werden Krankheiten fächerübergreifend erforscht und effiziente Lösungen für dringende Fragen der Patientenversorgung entwickelt. Der Transfer von Forschungsergebnissen in die Versorgung stellt ein wesentliches Ziel in allen Kompetenznetzen in der Medizin dar. Rund 28,2 Mio. Euro, also etwa dreizehn vom Hundert der Gesamtfördersumme für die Kompetenznetze, werden für Projekte aus der Versorgungsforschung zur Verfügung gestellt. Dabei werden Fragen zur Verbesserung von Qualität und Effizienz in der Pflege vornehmlich in den Kompetenznetzen untersucht, die Krankheiten betreffen, die besonders häufig zu einer Pflegebedürftigkeit der Patienten führen. Dazu gehören beispielsweise die Kompetenznetze Demenzen, Schlaganfall, Parkinson und Rheuma.

In den ab 2008 vom BMBF geförderten „Krankheitsbezogenen Kompetenznetzen in der Medizin“, in denen die Vernetzung herausragender Akteure in Forschung und Versorgung zu gesundheitspolitisch wichtigen Krankheitsbildern ausgebaut und nachhaltig gesichert werden soll, spielen Aspekte der Pflege- und Versorgungsforschung ebenfalls eine zentrale Rolle. In den neuen Schwerpunkten werden zahlreiche Kompetenznetze gefördert, bei denen die betreffenden Krankheiten zu besonderen Anforderungen an professionell Pflegenden und pflegende Angehörige führen, wie etwa bei der „Multiplen Sklerose“, den „Degenerativen Demenzen“, „Asthma und Chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen“, „Diabetes mellitus“ oder „Adipositas“.

II. Sonstige Initiativen und BMG-Modellvorhaben

1. Leuchtturmprojekt Demenz

Bei der wachsenden Zahl Hochaltriger steigt auch die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Diese Erkrankung

bedeutet besondere Belastungen für die Betroffenen. Die Bundesregierung hat insbesondere vor diesem Hintergrund einer älter werdenden Gesellschaft schon im Koalitionsvertrag von 2005 eine konzertierte Aktion für ein „Leuchtturmprojekt Demenz“ für notwendig erachtet und angekündigt.

Im Rahmen der gemeinsamen Aktivitäten der Bundesregierung zur Thematik „Demenz“ ist es Ziel des Bundesministerium für Gesundheit auf den Gebieten Prävention, Forschung, Diagnose und Therapie sowie Versorgung im Jahr 2007 herausragende Projekte zu identifizieren und diese in der Folgezeit weiterzuentwickeln, zu unterstützen und weiter zu verbreiten. Die Leuchttürme zielen auf Vorhaben und Initiativen ab, die Vorbildfunktion haben und wegweisend sind und den

jeweiligen Bereich nachhaltig voranbringen. Insbesondere die Einzelziele:

- bessere Vernetzung der vorhandenen Versorgungsangebote
- Informations- und Erfahrungsaustausch
- Aufklärung über das Krankheitsbild
- Enttabuisierung des Themas in der Bevölkerung

haben ein Schwergewicht innerhalb des Leuchtturmprojektes Demenz.

Zum Auftakt des Projektes wurde eine Fragebogenaktion mit dem Ziel einer ersten Sachstandsaufnahme von vorbildlichen laufenden oder geplanten Projekten und Initiativen sowie eine Konkretisierung von Themenfeldern durchgeführt. Die Fragebogenaktion wurde vom Deutschen Luft- und Raumfahrtzentrum (DLR), Bereich Gesundheitsforschung, als projektbegleitende Beratungsinstitution ausgewertet und methodisch um eine wissenschaftliche Recherche zum Stand der Forschungsförderung im Themenfeld Demenz ergänzt. Die Auswertung der Fragebogenaktion zeigt, dass Schwerpunkt der Projektausrichtung zu 79,6 vom Hundert Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur sind. Es wurden keine Vorschläge, auch nicht von der beteiligten Pharmaindustrie zur Wirkstoffforschung unterbreitet. Auf der Grundlage der Auswertung der Fragebogenaktion und der anschließenden Sachstandsanalyse haben sich insbesondere die vier folgenden Arbeitsfelder aus dem Bereich der Versorgungsforschung als Förderbereiche für das Leuchtturmprojekt herauskristallisiert:

1. Therapie- und Pflegemaßnahmen: Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen

Es sollen in diesem Themenfeld Studien zur Nutzenbewertung der nicht-pharmakologischen Angebote für Demenzpatienten und ihre Angehörige unter Alltagsbedingungen durchgeführt werden.

2. Evaluation von Versorgungsstrukturen

Ziel ist hier die übergreifende Evaluation von Versorgungsansätzen in verschiedenen Settings (ambulant, stationär, niedrigschwellige Angebote).

3. Sicherung einer evidenzbasierten Versorgung

Ziel ist die Behebung der Defizite bei der Umsetzung der Leitlinien im Bereich der pflegerischen und medizinischen Versorgung demenziell Erkrankter.

4. Evaluation und Ausbau zielgruppenspezifischer Qualifizierung

Es soll eine Zusammenstellung und Evaluation der Schulungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für in der Versorgung engagierte Personen und beteiligte Berufsgruppen erfolgen.

In der am 12. September 2007 stattgefundenen Plenumsitzung mit Fachinstitutionen, Interessenverbänden und Bundesressorts sowie Ländern konnte Konsens zur Förderung in den vier Arbeitsfeldern erzielt werden. Auch konnte Zustimmung zur Durchführung eines Workshops erreicht werden, um die vier Themenfelder zu vertiefen und Ausschreibungen vorzubereiten.

Zur fachlich abgesicherten Erstellung des Bekanntmachungstextes für die Ausschreibung wurde daher am 26. Oktober 2007 im BMG in Bonn ein Expertenworkshop durchgeführt, in dem die Themenbereiche in vier parallelen Arbeitsgruppen diskutiert und ausgearbeitet wurden. Die Ergebnisse aus diesem Workshop waren die Grundlage für die Bekanntmachung der Ausschreibung, die am 1. Dezember 2007 im Bundesanzeiger veröffentlicht wurde. Innerhalb von sechs Wochen sind Förderanträge vorzulegen. Alsdann wird unter Hinzuziehung unabhängiger und neutraler Sachverständiger die Bewertung der Anträge erfolgen. Im Frühjahr 2008 kann voraussichtlich mit einer ersten Förderung der Projekte begonnen werden.

Zur Förderung des Projektes sind im Haushalt des Bundesministeriums für Gesundheit allein für 2008 4,5 Mio. Euro eingestellt.

2. BMG-Ressortforschungsvorhaben

2.1 Modellvorhaben „Benchmarking in der Pflege zum Thema Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“

Durch die exemplarische Förderung eines Modellprojektes zum Benchmarking in der stationären Altenpflege unterstützte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Anstrengungen zur Qualitätssicherung. Durch das Vorhaben sollte ein wechselseitiges Lernen von guten Ideen und Lösungen ermöglicht sowie die Entwicklung und Erprobung von in der Breite anwendbaren Instrumenten der Qualitätssicherung gefördert werden und eine konsequente Nutzung erhobener Qualitätsdaten zur Verbesserung der Prozessqualität in der Pflege erfolgen. Die praktische Umsetzung auf der Arbeitsebene stand im Vordergrund. Die im Vergleich zu erprobenden Qualitätssicherungsinstrumente bezogen sich auf das Thema „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung in der vollstationären Pflege“. Ziel ist die Entwicklung eines praxisorientierten Handlungsleitfadens (Manual) für die Umsetzung der erfolgreichen Qualitätssicherungsmaßnahmen in die-

sem Handlungsfeld der Pflege. Zum Ende des Forschungsprojektes wurden die erzielten Ergebnisse im Rahmen einer Konferenz der interessierten Fachöffentlichkeit vorgestellt.

2.2 Entwicklung von Rahmenempfehlungen zur Pflege demenziell Erkrankter

Das vom BMG finanzierte Ressortforschungsvorhaben zur Entwicklung standardisierter Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe fasst den allgemeinen von der Fachöffentlichkeit anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse zusammen und bietet der Praxis entsprechende Handlungsanleitungen.

Die Rahmenempfehlungen sind ein wichtiger Baustein in der Qualitätssicherung der Pflege demenziell erkrankter Heimbewohner. Sie sollen dazu beitragen, bestehende Defizite in der Praxis bei der Versorgung dieser Patientengruppe in stationären Pflegeeinrichtungen abzubauen bzw. zu vermeiden. Die Rahmenempfehlungen sollen Pflegekräfte, aber auch Führungskräfte und Pflegende in ihrer verantwortungsvollen Tätigkeit und im manchmal sehr schwierigen Umgang mit herausforderndem Verhalten mancher demenziell erkrankter Heimbewohner unterstützen und Orientierungshilfen geben.

Die Rahmenempfehlungen sind seit Herbst 2006 im BMG-Forschungsbericht 007/Gesundheitsforschung „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“, ISSN 1862-1600 und im Internet unter: www.bmg.bund.de veröffentlicht.

3. Modellprojekte und Maßnahmen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) mit Schwerpunkt Demenz

3.1. Information, Beratung, Sensibilisierung

Die Unterstützung der Arbeit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft durch einen Leistungsvertrag mit wechselnden Modulen trägt dazu bei, dass Information, Beratung und Entlastung pflegender Angehöriger verbessert werden.

Mit der Beratungs-Hotline (Alzheimer Telefon) und der Öffentlichkeits-Aktion „Hände-Kampagne“, die im Januar 2007 vom „Buch der Erinnerungen“ abgelöst worden ist, werden erfolgreich Hilfen vermittelt und gesellschaftliches Bewusstsein geweckt.

Besonderes Augenmerk liegt aktuell auf der Situation allein lebender demenziell Erkrankter und den Hilfemöglichkeiten auf kommunaler Ebene.

Mit dem Schülerwettbewerb Alzheimer & You werden junge Menschen ermutigt, Kontakt zu Demenzerkrankten aufzunehmen, um ihnen soziale Teilhabe zu ermöglichen. Wichtige Ziele sind Stärkung der Generationensolidarität und des bürgerschaftlichen Engagements.

3.2 Projekte zur Verbesserung von Pflege- und Lebensqualität für Menschen mit Demenz

Diverse Forschungs- und Praxisprojekte zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger, zur Qualitätsentwicklung und -sicherung bei Betreuung und Pflege Betroffener und insbesondere zu innovativen Wohnformen tragen zur weiteren Entwicklung und Sicherung der Versorgungsqualität insbesondere für Menschen mit Demenz bei. Dazu gehören:

- Lebensqualität bei Menschen mit Demenz
- Entwicklung und breite Erprobung eines wissenschaftlich basierten Instrumentariums zur Erfassung von Lebensqualität auch in späten Stadien der Erkrankung (H.I.L.D.E.)
- Entwicklung eines Instruments zur Erfassung der Belastung pflegender Angehöriger: Belastungen und ihre Auswirkungen auf die Pflegenden werden anhand eines standardisierten, stresstheoretisch begründeten Fragebogens untersucht, der Belastungsverlauf dargestellt und vorhergesagt sowie Entlastungsangebote evaluiert (LEANDER)
- Entwicklung und Erprobung eines Qualitätssicherungssystems für stationäre Einrichtungen mit spezialisierter Dementenbetreuung (IQM Demenz): Besonderheiten sind die berufsgruppen-übergreifende interne Qualitätsentwicklung sowie das externe kollegiale Feedback durch einrichtungsfremde Fachkollegen (QSP).
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz: Über Expertengespräche sollen bundesweit anerkannte Kriterien bzw. Instrumente entwickelt werden, die Bewohnerschutz und Qualität gewährleisten.
- Erprobung eines Assessmentverfahrens zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von Menschen mit Demenz: Die häusliche Pflege soll für die betroffene Familie spezifisch unterstützt und damit stabilisiert werden (CareNapD).

3.3 Transparenz, Vernetzung, Wissenstransfer

Erfahrungsaustausch, Koordinierung und anteilige Förderung von demenzbezogenen Förder- und Aufbauaktivitäten anderer Stellen bzw. Verbände (zum Beispiel der Robert Bosch Stiftung, der Demenz Support Stuttgart, dem Verein Aktion Demenz e.V. und der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung, DED) helfen bei der breiten Vermittlung von Wissen und Erfahrungen an die Praktiker.

Beispiele sind das Online-Journal „DeSS Orientiert“ der Demenz Support Stuttgart, das Projekt ReduFix-Praxis und Entwicklung bzw. Erprobung eines Qualitätssicherungs- und Prüfungsinstruments für Einrichtungen mit spezialisierter Dementenbetreuung (QSP der DED).

Übersicht über die 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 Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Ländern (Stand 1. November 2007)
- Anlage 5 Pflegesatzniveau in den Ländern (Stand 1. November 2007)
- Anlage 6 Zugelassene Pflegeeinrichtungen Ende 2005 (Statistik nach § 109 SGB XI)
- Anlage 7 Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen
- Anlage 8 Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG (Förderung und Förderquoten)
- Anlage 9 Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte für demenziell Erkrankte
Förderung niederschwelliger Betreuungsangebote und Modellvorhaben im Jahre 2006
- Anlage 10 Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte für demenziell Erkrankte
(Versorgungsangebote in den Ländern)

Anlage 1

Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegestufen

a) absolut

Jahr	ambulant				stationär ¹				insgesamt			
	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III	zu- sammen	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III	zu- sammen	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III	zu- sammen
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
2004	746 140	426 632	123 039	1 296 811	245 327	258 926	124 639	628 892	991 467	685 558	248 678	1 925 703
2005	759 114	425 843	124 549	1 309 506	251 730	262 528	128 189	642 447	1 010 844	688 371	252 738	1 951 953
2006	767 978	418 617	123 156	1 309 751	265 294	264 492	128 968	658 754	1 033 272	683 109	252 124	1 968 505

¹ Stationäre Leistungen erst ab 1. Juli 1996 eingeführt.

noch Anlage 1

b) in vom Hundert

Jahr	ambulant				stationär ¹				insgesamt			
	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III	zu- sammen	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III	zu- sammen	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III	zu- sammen
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
2004	57,5	32,9	9,6	100,0	39,0	41,2	19,8	100,0	51,5	35,6	12,9	100,0
2005	58,0	32,5	9,5	100,0	39,2	40,9	20,0	100,0	51,8	35,3	12,9	100,0
2006	58,6	32,0	9,4	100,0	40,3	40,2	19,6	100,0	52,5	34,7	12,8	100,0

¹ stationäre Leistungen erst ab 1. Juli 1996 eingeführt
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

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 Behinderten- 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
2004	959 580	169 357	203 544	12 145	15 045	9 989	548 647	65 052			1 983 358
2005	959 546	173 251	204 348	14 263	16 024	11 140	559 784	66 389			2 004 744
2006	977 034	180 944	208 825	18 714	16 767	13 096	575 846	68 987			2 060 214

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

noch Anlage 2

b) in vom Hundert

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
2004	48,4	8,5	10,3	0,6	0,8	0,5	27,7	3,3			100,0
2005	47,9	8,5	10,2	0,7	0,8	0,6	27,9	3,3			100,0
2006	47,4	8,8	10,1	0,9	0,8	0,6	28,0	3,3			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: Bundesministerium für Gesundheit

Anlage 3

Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung
Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung!

Bezeichnung	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	in Mrd. €											
Einnahmen												
Beitragseinnahmen	8,31	11,90	15,77	15,80	16,13	16,31	16,56	16,76	16,61	16,64	17,38	18,36
davon												
Beiträge an Pflegekassen	6,85	9,84	13,06	13,04	13,32	13,46	13,66	13,57	13,30	13,28	13,98	14,94
Beiträge an den Ausgleichsfonds	1,46	2,06	2,71	2,76	2,80	2,86	2,90	3,19	3,31	3,36	3,40	3,42
Sonstige Einnahmen	0,09	0,14	0,17	0,20	0,19	0,23	0,25	0,22	0,25	0,23	0,12	0,13
Einnahmen insgesamt	8,41	12,04	15,94	16,00	16,32	16,55	16,81	16,98	16,86	16,87	17,49	18,49
Ausgaben												
Leistungsausgaben	4,42	10,25	14,34	15,07	15,55	15,86	16,03	16,47	16,64	16,77	16,98	17,14
davon												
Geldleistung	3,04	4,44	4,32	4,28	4,24	4,18	4,11	4,18	4,11	4,08	4,05	4,02
Pflegesachleistung	0,69	1,54	1,77	1,99	2,13	2,23	2,29	2,37	2,38	2,37	2,40	2,42
Pflegeurlaub	0,13	0,13	0,05	0,06	0,07	0,10	0,11	0,13	0,16	0,17	0,19	0,21
Tages-/Nachtpflege	0,01	0,03	0,04	0,05	0,05	0,06	0,07	0,08	0,08	0,08	0,08	0,09
Zusätzliche Betreuungsleistungen								0,00	0,01	0,02	0,02	0,03
Kurzzeitpflege	0,05	0,09	0,10	0,11	0,12	0,14	0,15	0,16	0,16	0,20	0,21	0,23
Soziale Sicherung der Pflegepersonen	0,31	0,93	1,19	1,16	1,13	1,07	0,98	0,96	0,95	0,93	0,90	0,86
Pflegemittel/techn. Hilfen etc.	0,20	0,39	0,33	0,37	0,42	0,40	0,35	0,38	0,36	0,34	0,38	0,38
Vollstationäre Pflege	0,00	2,69	6,41	6,84	7,18	7,48	7,75	8,00	8,20	8,35	8,52	8,67
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,00	0,01	0,13	0,22	0,20	0,21	0,21	0,21	0,23	0,23	0,23	0,24
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	0,23	0,24	0,23	0,24	0,24	0,24	0,25	0,26	0,26	0,27	0,28	0,27

noch Anlage 3

Bezeichnung	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	in Mrd. €											
Verwaltungsausgaben ²	0,32	0,36	0,55	0,56	0,55	0,56	0,57	0,58	0,59	0,58	0,59	0,62
Sonstige Ausgaben	0,00	0,01	0,01	0,02	0,01	0,02	0,02	0,01	0,06	0,07	0,00	0,00
Ausgaben insgesamt	4,97	10,86	15,14	15,88	16,35	16,67	16,87	17,36	17,56	17,69	17,86	18,03
Liquidität												
Überschuss der Einnahmen	3,44	1,18	0,80	0,13	–	–	–	–	–	–	–	0,45
Überschuss der Ausgaben	–	–	–	–	0,03	0,13	0,06	0,38	0,69	0,82	0,36	–
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	3,42	3,05	3,50
in Monatsausgaben lt. Haushaltsplänen der Kassen	3,93	2,96	3,77	3,68	3,61	3,37	3,27	3,34	2,82	2,27	2,01	2,29

* Werte der amtlichen Statistik wurden von DM in Euro umgerechnet

¹ Abweichungen in den Summen durch Rundungen² 1995 einschließlich Vorlaufkostenerstattung an die Krankenkassen

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Anlage 4

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Ländern (Stand: 1. November 2007)

Baden-Württemberg 2007						
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Betrag in Euro für eine Fachkraft	Betrag in Euro für eine hauswirtschaftliche Fachkraft	Betrag in Euro für eine Ergänzende Hilfe	Betrag in Euro für ZDL, FSJ
1	Große Toilette	Grundpflege	21,33	18,29	14,62	7,54
2	Kleine Toilette	Grundpflege	14,23	12,23	9,78	5,00
3	Transfer/An-/Auskleiden	Grundpflege	7,70	6,59	5,28	2,70
4	Hilfen beim Ausscheiden (Darm- und Blasenentleerung, Hilfe bei Erbrechen)	Grundpflege	9,46	0,00	0,00	0,00
5	Einfache Hilfen bei Ausscheidungen (Darm und Blasenentleerung, Hilfe bei Erbrechen)	Grundpflege	0,00	8,11	6,49	3,35
6	Spezielles Lagern	Grundpflege	4,73	4,06	3,24	0,00
7	Mobilisation	Grundpflege	4,73	4,06	3,24	0,00
8	Einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	Grundpflege	4,73	4,06	3,24	1,65
9	Umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	Grundpflege	16,60	14,22	11,38	5,89
10	Verabreichen von Sondennahrung mittels Spritze, Schwerkraft oder Pumpe	Grundpflege	14,57	0,00	0,00	0,00
11	Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung (keine Spaziergänge, nicht zu kulturellen Veranstaltungen)	Grundpflege	7,10	0,00	4,89	2,52
12	Zubereitung einer einfachen Mahlzeit	hauswirtschaftliche Versorgung	10,45	10,45	8,14	4,17
13	Essen auf Rädern/stationärer Mittagstisch	hauswirtschaftliche Versorgung	2,26	0,00	2,26	2,26
14	Zubereitung einer (i. d. R. warmen) Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen	hauswirtschaftliche Versorgung	20,90	20,90	16,28	8,36
15	Einkauf/Besorgung	hauswirtschaftliche Versorgung	6,27	6,27	4,89	2,52
16	Waschen, Bügeln, Putzen	hauswirtschaftliche Versorgung	6,27	6,27	4,89	2,52
17	Vollständiges Ab- und Beziehen des Bettes	hauswirtschaftliche Versorgung	4,17	4,17	3,24	1,65
18	Beheizen (Befeuern mit Holz, Kohle, Öl)	hauswirtschaftliche Versorgung	6,27	6,27	4,89	2,52

Quelle: VdAK/AEV

noch Anlage 4

Bayern 2007 – Vereinbarung mit einzelnen Diensten					
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Punktzahl	Punktwert	Betrag in Euro
1	Kleine Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	250,00	0,0383	9,58
1a	Hautpflege	Grundpflege	50,00		1,92
2	Kleine Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	200,00		7,66
3	Große Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	450,00		17,24
4	Große Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	400,00		15,32
5	Lagern/Betten/Hilfe bei der Mobilität	Grundpflege	100,00		3,83
6	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	Grundpflege	250,00		9,58
7	Verabreichung von Sondennahrung	Grundpflege	80,00		3,06
8	Darm- und Blasenentleerung	Grundpflege	100,00		3,83
8a	Stomaversorgung	Grundpflege	50,00		1,92
9	Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	Grundpflege	70,00		2,68
10	Begleitung bei Aktivitäten	Grundpflege	600,00		22,98
11	Beheizen der Wohnung	hauswirtschaftliche Versorgung	90,00		3,45
12	Hauswirtschaftliche Versorgung	hauswirtschaftliche Versorgung			15,34
13	Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung	hauswirtschaftliche Versorgung	360,00		13,79
14	Einkaufen	hauswirtschaftliche Versorgung	150,00		5,75
15	Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht bei Essen auf Rädern)	hauswirtschaftliche Versorgung	270,00		10,34
16	Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen	hauswirtschaftliche Versorgung	60,00		2,30
17	Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI				15,34
18	Erstbesuch		600,00	22,98	
19	Änderung der Pflegeplanung		200,00	7,66	

Quelle: VdAK/VdAK

noch Anlage 4

Bayern 2007 – Vereinbarung mit Verbänden der Wohlfahrtspflege					
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Punktzahl	Punktwert	Betrag in Euro
1a	Lagern	Grundpflege	50,00	0,0440	2,20
1b	Hilfe beim An- und Auskleiden	Grundpflege	50,00		2,20
1c	An- und Ablegen von Körperersatzstücken sowie von Stützkorsetten	Grundpflege	40,00		1,76
1d	Mundpflege und Zahnpflege oder Zahnprothesenpflege	Grundpflege	50,00		2,20
1e	Rasieren einschließlich Gesichtspflege	Grundpflege	50,00		2,20
1f	Kämmen	Grundpflege	20,00		0,88
1g	Haarwäsche	Grundpflege	100,00		4,40
1h	Nagelpflege/Fingernägel schneiden	Grundpflege	40,00		1,76
1i	Nagelpflege/Fußnägel schneiden	Grundpflege	50,00		2,20
1k	Hautpflege	Grundpflege	50,00		2,20
1l	Entsorgung von Ausscheidungen oder Inkontinenzartikel	Grundpflege	20,00		0,88
2a	Teilkörperwäsche	Grundpflege	90,00		3,96
2b	Ganzkörperwäsche	Grundpflege	250,00		11,00
3	Transfer	Grundpflege	40,00		1,76
4a	Mundgerechtes Herrichten der Nahrung und Getränke	Grundpflege	50,00		2,20
4b	Hilfe beim Essen und Trinken incl. mundgerechtes Herrichten der Nahrung	Grundpflege	250,00		11,00
4c	Hilfe beim Trinken als alleinige Leistung	Grundpflege	30,00		1,32
4d	Verabreichung von Sondennahrung	Grundpflege	80,00		3,52
5	Hilfe bei Darm- und Blasenentleerung/Ausscheidungen	Grundpflege	100,00		4,40
6	Hilfestellung beim Verlassen und/oder Wiederaufsuchen der Wohnung	Grundpflege	70,00	3,08	
7	Begleitung bei Aktivitäten	Grundpflege	600,00	26,40	
8	Beheizen der Wohnung	hauswirtschaftliche Versorgung	90,00	3,96	
9	Hauswirtschaftliche Versorgung	hauswirtschaftliche Versorgung		15,70	

noch Anlage 4

noch Bayern 2007 – Vereinbarung mit Verbänden der Wohlfahrtspflege					
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Punktzahl	Punktwert	Betrag in Euro
10a	Wechseln der Bettwäsche	hauswirtschaftliche Versorgung	80,00		3,52
10b	Bettenmachen/Wechseln von Teilen der Bettwäsche	hauswirtschaftliche Versorgung	50,00		2,20
11a	Waschen der Wäsche und der Kleidung des Pflegebedürftigen	hauswirtschaftliche Versorgung	300,00		13,20
11b	Einräumen der Wäsche und Kleidung des Pflegebedürftigen	hauswirtschaftliche Versorgung	50,00		2,20
12a	Vorratseinkauf	hauswirtschaftliche Versorgung	200,00		8,80
12b	Besorgung	hauswirtschaftliche Versorgung	50,00		2,20
13	Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen	hauswirtschaftliche Versorgung	300,00		13,20
14	Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen	hauswirtschaftliche Versorgung	100,00		4,40
15a	Erstbesuch		600,00		26,40
15b	Änderung der Pflegeplanung		200,00		8,80
16	Alternativer Stundensatz – Grundpflege	Grundpflege			28,30

Quelle: VdAK/AEV

noch Anlage 4

Bayern 2007 – Vereinbarung mit privaten Diensten					
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Punktzahl	Punktwert	Betrag in Euro
1a1	Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes Hilfe beim An-/Ablegen von Körperersatzstücken	Grundpflege	50,00	0,0439	2,20
1a2	Hilfe beim An-/oder Auskleiden	Grundpflege	50,00		2,20
1a3	Teilwaschen	Grundpflege	100,00		4,39
1a4	Mund- und Zahnpflege oder Zahnprothesenpflege	Grundpflege	50,00		2,20
1a5	Rasieren	Grundpflege	50,00		2,20
1a6	Kämmen	Grundpflege	50,00		2,20
1a7	Hautpflege	Grundpflege	50,00		2,20
1a8	Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	50,00		2,20
1a8	Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	350,00		15,37
1b	Haar- und/oder Nagelpflege	Grundpflege	50,00		2,20
2a	Zuschlag zu LK 1a	Grundpflege	150,00		6,59
2b	Ganzkörperwäsche als alleinige Leistung	Grundpflege	250,00		10,98
3	Lagern/Mobilisierung	Grundpflege	100,00	4,39	
4a	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	Grundpflege	250,00	10,98	
4b	Verabreichung von Sondennahrung	Grundpflege	80,00	3,51	
5a	Hilfe bei der Darm-/Blasentleerung	Grundpflege	70,00	3,07	
5b	Stomaversorgung	Grundpflege	50,00	2,20	
6	Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	hauswirtschaftliche Versorgung	70,00	3,07	
7	Begleitung bei Aktivitäten (keine Spaziergänge etc.)	hauswirtschaftliche Versorgung	600,00	26,34	
8	Beheizen der Wohnung	hauswirtschaftliche Versorgung	90,00	3,95	
9	Kleine hauswirtschaftliche Versorgung	hauswirtschaftliche Versorgung	50,00	2,20	
10	Große hauswirtschaftliche Versorgung	hauswirtschaftliche Versorgung	250,00	10,98	
11	Waschen der Wäsche und der Kleidung	hauswirtschaftliche Versorgung	300,00	13,17	
12	Einkaufen	hauswirtschaftliche Versorgung	150,00	6,59	

noch Anlage 4

noch Bayern 2007 – Vereinbarung mit privaten Diensten					
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Punktzahl	Punktwert	Betrag in Euro
13	Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen	hauswirtschaftliche Versorgung	270,00		11,85
14	Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen	hauswirtschaftliche Versorgung	90,00		3,95
15	Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI – Pflegestufe 1				15,70
15	Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI – Pflegestufe 2				15,70
15	Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI – Pflegestufe 3				20,93
16a	Erstbesuch		600,00		26,34
16b	Änderung der Pflegeplanung		200,00		8,78
17	Alternativer Stundensatz Grundpflege (§ 4 Abs. 3)	Grundpflege			28,30
18	Alternativer Stundensatz Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung	Grundpflege u. hauswirtschaftliche Versorgung			9,41

Quelle: VdAK/AEV

noch Anlage 4

Berlin 2007					
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Punktzahl	Punktwert	Betrag in Euro
1	Erweiterte kleine Körperpflege	Grundpflege	300,00	0,0420	12,60
2	Kleine Körperpflege	Grundpflege	200,00		8,40
3	Erweiterte große Körperpflege	Grundpflege	450,00		18,90
3	Erweiterte große Körperpflege (mit Baden)	Grundpflege	600,00		25,20
4	Große Körperpflege	Grundpflege	400,00		16,80
5	Lagern/Betten	Grundpflege	100,00		4,20
6	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	Grundpflege	250,00		10,50
7a	Darm- und Blasenentleerung beinhaltet insbesondere: Hilfen/ Unterstützung bei der Blasen- und/oder Darmentleerung ein- schl. Entsorgung von Aus- scheidungen	Grundpflege	80,00		3,36
7b	Darm- und Blasenentleerung beinhaltet insbesondere: 1. An-/ Auskleiden, 2. Hilfen/Unterstüt- zung bei der Blasen- und/oder Darmentleerung, z. B. Inkonti- nenzversorgung, zur Toilette bringen, Entsorgung von Aus- scheidungen, 3. Intimpflege	Grundpflege	200,00		8,40
8	Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung	Grundpflege	70,00		2,94
9	Begleitung außer Haus	Grundpflege	600,00		25,20
10	Beheizen der Wohnung	hauswirtschaftli- che Versorgung	120,00		5,04
11a	Aufräumen der Wohnung, Trennung/Entsorgung des Abfalls, Spülen/Aufräumen	hauswirtschaftli- che Versorgung	90,00		3,78
11b	Reinigung der Wohnung, Trennung/Entsorgung des Abfalls, Reinigung Bad, Toilette, Küche, Wohn/Schlaf- bereich, Staubsaugen/Nass- reinigung, Spülen/Staubwischen	hauswirtschaftli- che Versorgung	270,00		11,34
12	Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung	hauswirtschaftli- che Versorgung	480,00	20,16	
13	Einkaufen	hauswirtschaftli- che Versorgung	240,00	10,08	
14	Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht bei warmen Essen auf Rädern)	hauswirtschaftli- che Versorgung	270,00	11,34	

noch Anlage 4

noch Berlin 2007					
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Punktzahl	Punktwert	Betrag in Euro
15	Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (u. a. auch bei Essen auf Rädern)	hauswirtschaftliche Versorgung	90,00		3,78
16	Erstbesuch		700,00		29,40
17a	Einsatzpauschale, Montags bis Freitags zwischen 6 und 22 Uhr (nicht in Zeiten von 17 b)		65,00		2,73
17b	Einsatzpauschale, Montags bis Freitags zwischen 22 und 6 Uhr, an Wochenenden sowie an gesetzlichen Feiertagen (nicht in Zeiten von 17a)		130,00		5,46
18	Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI				16,00

Quelle: VdAK/AEV

noch Anlage 4

Brandenburg 2007					
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Punktzahl	Punktwert	Betrag in Euro
1	Kleine Körperpflege	Grundpflege	200,00	0,0339	6,78
2	Große Körperpflege	Grundpflege	400,00		13,56
3	Unterstützung bei Ausscheidungen – Kleine Hilfe	Grundpflege	100,00		3,39
4	Unterstützung bei Ausscheidungen – Erweiterte Hilfe	Grundpflege	150,00		5,09
5	Lagern/Betten	Grundpflege	150,00		5,09
6	Haarewaschen	Grundpflege	150,00		5,09
7	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	Grundpflege	250,00		8,48
8	Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG)	Grundpflege	180,00		6,10
9	Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	Grundpflege	80,00		2,71
10	Begleitung bei Aktivitäten	Grundpflege	600,00		20,34
11	Beheizen der Wohnung (Ofenheizung)	hauswirtschaftliche Versorgung	120,00	0,0313	3,76
12	Grundreinigung der Wohnung	hauswirtschaftliche Versorgung	480,00		15,02
13	Teilreinigung der Wohnung	hauswirtschaftliche Versorgung	160,00		5,01
14	Wechseln der Wäsche und Kleidung	hauswirtschaftliche Versorgung	480,00		15,02
15	Wechseln der Bettwäsche	hauswirtschaftliche Versorgung	50,00		1,57
16	Vorratseinkauf	hauswirtschaftliche Versorgung	240,00		7,51
17	Besorgung	hauswirtschaftliche Versorgung	80,00		2,50
18	Kochen einer Hauptmahlzeit	hauswirtschaftliche Versorgung	240,00		7,51
19	Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit	hauswirtschaftliche Versorgung	100,00		3,13
20	Erstbesuch				21,00
21	Pflegeeinsatz gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI – Pflegestufe 1			16,00	
21	Pflegeeinsatz gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI – Pflegestufe 2			16,00	
21	Pflegeeinsatz gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI – Pflegestufe 3			18,00	

Quelle: VdAK/AEV

noch Anlage 4

Bremen 2007 – Landesliste					
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Punktzahl	Punktwert	Betrag in Euro
1	Kleine Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	250,00	0,0388	9,70
2	Kleine Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	200,00		7,76
3	Große Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	450,00		17,46
4	Große Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	400,00		15,52
5	Lagern/Betten	Grundpflege	100,00		3,88
6	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung	Grundpflege	100,00		3,88
7	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	Grundpflege	250,00		9,70
8	Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG)	Grundpflege	100,00		3,88
9	Darm- und Blasenentleerung	Grundpflege	100,00		3,88
10	Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	Grundpflege	70,00		2,72
11	Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	Grundpflege	600,00		23,28
12	Beheizen der Wohnung	hauswirtschaftliche Versorgung	90,00		3,49
13	Reinigung der Wohnung	hauswirtschaftliche Versorgung	90,00		3,49
14	Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung	hauswirtschaftliche Versorgung	50,00		1,94
15	Einkaufen	hauswirtschaftliche Versorgung	50,00		1,94
16	Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht bei „Essen auf Rädern“)	hauswirtschaftliche Versorgung	270,00		10,48
17	Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen		60,00		2,33
18	Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI		400,00		15,52
19	Erstbesuch		600,00		23,28
20	Wegepauschale		50,00		1,94
21	Folgebesuch nach Krankenhausaufenthalt bzw. Höherstufung		300,00		11,64

Quelle: VdAK/AEV

Bremen 2007 – ISB – individuelle Schwerstbehindertenbetreuung			
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Betrag in Euro
1	Die Vergütung richtet sich nach der Pflegezeit, neben einer stundenweisen Abrechnung kann auch 15-minutenweise abgerechnet werden. Darüber hinaus sind keine weiteren Leistungen abrechnungsfähig.	Grundpflege u. hauswirtschaftliche Versorgung	20,54

Quelle: VdAK

noch Anlage 4

Hamburg 2007					
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Punktzahl	Punktwert	Betrag in Euro
1	Kleine Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	250,00	0,0408	10,20
2	Kleine Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	200,00		8,16
3	Große Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	450,00		18,36
4	Große Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	400,00		16,32
5	Lagern/Betten/Bewegungsaktivierung	Grundpflege	100,00		4,08
6	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	Grundpflege	250,00		10,20
7	Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG)	Grundpflege	200,00		8,16
8a	Darm- und Blasenentleerung	Grundpflege	50,00		2,04
8b	Darm- und Blasenentleerung	Grundpflege	150,00		6,12
9	Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	Grundpflege	100,00		4,08
10	Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	Grundpflege	600,00		24,49
11	Beheizen der Wohnung (Ofenheizung)	hauswirtschaftliche Versorgung	100,00		4,08
12	Reinigung der Wohnung	hauswirtschaftliche Versorgung	500,00		20,41
13	Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung	hauswirtschaftliche Versorgung	400,00		16,32
13a	Wechseln der Bettwäsche	hauswirtschaftliche Versorgung	60,00		2,45
14a	Einkauf/Vorratskauf	hauswirtschaftliche Versorgung	350,00		14,28
14b	Kleine Besorgung	hauswirtschaftliche Versorgung	60,00	2,45	
15a	Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht bei Essen auf Rädern)	hauswirtschaftliche Versorgung	270,00	11,02	
15b	Zubereitung einer warmen Mahlzeit für Personen, bei denen aus medizinischen Gründen ein besonderer Aufwand bei der Zubereitung der Mahlzeiten notwendig ist (z. B. Diabetiker)	hauswirtschaftliche Versorgung	350,00	14,28	
16	Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen	hauswirtschaftliche Versorgung	80,00	3,26	

noch Anlage 4

noch Hamburg 2007					
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Punktzahl	Punktwert	Betrag in Euro
17	Erstbesuch		700,00		28,57
18a	Wegepauschale (nicht abrechnungsfähig für Einsätze in Einrichtungen des Betreuten Wohnens, die von trägereigenen Pflegediensten erfolgen)				2,22
18b	Wegepauschale bei gleichzeitiger Erbringung von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und/oder bei Erbringung von Leistungen bei mehreren Personen in einem Haushalt				1,11
19	Zuschläge Wochenende/ Feiertage/ungünstige Zeiten (22.00 bis 6.00 Uhr)		10 v.H.		
20	Bericht gem. § 12 Rahmenvertrag		150,00		6,12

Quelle: VdAK/AEV

noch Anlage 4

Hessen 2007 (M1)			
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Betrag in Euro
1a	Hausbesuchpauschale – Besuche zwischen 6.00 Uhr und 20.00 Uhr		4,60
1b	erhöhte Hausbesuchpauschale – Besuche zwischen 20.00 Uhr und 6.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen		9,20
1c	halbe Hausbesuchpauschale – Besuche zwischen 6.00 Uhr und 20.00 Uhr bei gleichzeitiger Erbringung von Leistungen nach SGB V		2,30
1d	halbe erhöhte Hausbesuchpauschale – Besuche zwischen 20.00 Uhr und 6.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen bei gleichzeitiger Erbringung von Leistungen nach SGB V		4,60
C	Pflegebericht gemäß § 22 Hessischer Rahmenvertrag	Grundpflege	13,04
2	Pflegeberatung/Erstgespräch durch eine Pflegefachkraft	Grundpflege	26,08
3	Kleine Pflege	Grundpflege	13,04
4	Große Pflege	Grundpflege	19,56
5	Große erweiterte Pflege	Grundpflege	26,08
6	Hilfe bei Ausscheidungen	Grundpflege	6,52
7	Betten und Lagern	Grundpflege	4,35
8	Hilfen im Bereich der Mobilität, die im Zusammenhang mit den Verrichtungen des täglichen Lebens geleistet werden	Grundpflege	6,52
9	Einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	Grundpflege	4,35
10	Umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	Grundpflege	15,21
11	Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	Grundpflege	4,35
12	Begleitung außerhalb der Wohnung	Grundpflege	26,08
13	Aufräumen der Wohnung	hauswirtschaftliche Versorgung	2,39
14	Reinigung der Wohnung	hauswirtschaftliche Versorgung	7,16
15	Grundreinigung der Wohnung	hauswirtschaftliche Versorgung	42,95
16	Einfache Mahlzeitenzubereitung (auch Essen auf Rädern)	hauswirtschaftliche Versorgung	4,77
17	Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht bei Essen auf Rädern)	hauswirtschaftliche Versorgung	11,93
18	Zwischenmahlzeit	hauswirtschaftliche Versorgung	2,39

noch Anlage 4

noch Hessen 2007 (M1)			
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Betrag in Euro
19	Einkaufen	hauswirtschaftliche Versorgung	5,97
20	Wäschepflege und Ausbesserung	hauswirtschaftliche Versorgung	10,74
21	Bügeln	hauswirtschaftliche Versorgung	7,16
22	Vollständiges Bett ab- und beziehen	hauswirtschaftliche Versorgung	2,39
23	Beheizen der Wohnung	hauswirtschaftliche Versorgung	3,58

Quelle: VdAK/AEV

Hessen 2007 – M3							
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Punkt-zahl	Punkt-zahl	Punkt-wert	Betrag in Euro	Betrag in Euro
1	Kleine Körperpflege	Grundpflege	210,00	400,00	0,0452	9,49	18,08
2	Große Körperpflege mit Ganzkörperwäsche/Dusche	Grundpflege	320,00	510,00		14,46	23,05
3	Große erweiterte Körperpflege	Grundpflege	420,00	610,00		18,98	27,57
4	Spezielle Lagerung bei Bettlägerigkeit/Immobilität	Grundpflege	100,00			4,52	
5	Umfangreiche Hilfe und Unterstützung bei Ausscheidungen	Grundpflege	150,00			6,78	
6	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme – einfache Hilfen (Zwischenmahlzeit)	Grundpflege	100,00			4,52	
7	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme – umfangreiche Hilfen (Hauptmahlzeit)	Grundpflege	250,00			11,30	
8	Enterale Ernährung über Sonde	Grundpflege	150,00			6,78	
9	Hilfestellung beim Aufstehen und Zubettgehen	Grundpflege	100,00			4,52	
10	Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung	Grundpflege	120,00			5,42	
11	Mobilisation in der Wohnung	Grundpflege	120,00			5,42	
12	Begleitung bei Aktivitäten	Grundpflege	150,00			6,78	
13	Hauswirtschaftliche Versorgung	hauswirtschaftliche Versorgung	50,00		0,0247	1,24	

noch Anlage 4

Hessen 2007 – M3							
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Punkt- zahl	Punkt- zahl	Punkt- wert	Betrag in Euro	Betrag in Euro
16	Erstgespräch durch eine Pflegefachkraft		900,00			22,23	
17	Folgegespräch bei Änderung der Pflegestufe		300,00			7,41	
18	Beratungseinsatz gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI – Pflegestufe 1					16,00	
18	Beratungseinsatz gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI – Pflegestufe 2					16,00	
18	Beratungseinsatz gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI – Pflegestufe 3					26,00	
19	Hausbesuchspauschale					4,76	
20	Erhöhte Hausbesuchspauschale					9,52	
21	Einsatz einer 2. Pflegekraft						

Quelle: VdAK/AEV

Hessen 2007 – Zeitvergütung				
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Einheit	Stundensatz in Euro
1	Bereich Körperpflege	Grundpflege	Betrag EUR	26,37
2	Bereich Ernährung	Grundpflege	Betrag EUR	26,37
3	Bereich Mobilität	Grundpflege	Betrag EUR	26,37
4	Bereich Hauswirtschaft	hauswirtschaftliche Versorgung	Betrag EUR	15,81
5	Erstgespräch			

Quelle: VdAK/AEV

noch Anlage 4

Niedersachsen 2007 – Niedersachsenkatalog 2002/Modell 2					
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Punktzahl	Punktwert	Betrag in Euro
1	Erstbesuch		600,00	0,0380	22,80
2	Folgebesuch		300,00		11,40
3	Kleine Pflege	Grundpflege	220,00		8,36
4	Große Pflege I	Grundpflege	360,00		13,68
5	Große Pflege II	Grundpflege	450,00		17,10
6	Kämmen und Rasieren	Grundpflege	70,00		2,66
8	Hilfen beim Aufsuchen und Verlassen des Bettes im Zusammenhang mit der Körperpflege	Grundpflege	50,00		1,90
9	Hilfen beim Aufsuchen und Verlassen des Bettes	Grundpflege	100,00		3,80
10	Spezielle Lagerung bei Immobilität im Zusammenhang mit der Körperpflege	Grundpflege	100,00		3,80
11	Spezielle Lagerung bei Immobilität	Grundpflege	200,00		7,60
12	Einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	Grundpflege	100,00		3,80
13	Umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	Grundpflege	300,00		11,40
14	Nahrungszufuhr durch Verabreichung von Sondenkost	Grundpflege	100,00		3,80
15	Ergänzende Hilfe bei Ausscheidungen im Zusammenhang mit der Körperpflege	Grundpflege	80,00		3,04
16	Umfangreiche Hilfe bei Ausscheidungen	Grundpflege	200,00		7,60
17	Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung	Grundpflege	80,00		3,04
18	Begleitung bei Aktivitäten	Grundpflege	600,00		22,80
19	Hauswirtschaftliche Versorgung	hauswirtschaftliche Versorgung	80,00		3,04
20	Pflegeeinsatz gem. § 37 Abs. 3 SGB XI – Pflegestufe 1				16,00
20	Pflegeeinsatz gem. § 37 Abs. 3 SGB XI – Pflegestufe 2				16,00
20	Pflegeeinsatz gem. § 37 Abs. 3 SGB XI – Pflegestufe 3			26,00	
21a	Wegepauschale – Besuche zwischen 6.00 Uhr und 20.00 Uhr			3,18	

noch Anlage 4

noch Niedersachsen 2007 – Niedersachsenkatalog 2002/Modell 2					
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Punktzahl	Punktwert	Betrag in Euro
21b	erhöhte Wegepauschale – Besuch zwischen 20.00 Uhr und 6.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen				6,36
21c	halbe Wegepauschale – Besuche zwischen 6.00 Uhr und 20.00 Uhr bei gleichzeitiger Erbringung von Leistungen nach SGB V				1,59
21d	halbe erhöhte Wegepauschale zwischen 20.00 Uhr und 6.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen bei gleichzeitiger Erbringung von Leistungen nach SGB V				3,18
21e	Wegepauschale einfach, mehrere Pflegebedürftige in einem Haushalt 6.00 bis 20.00 Uhr				1,59
21f	Wegepauschale erhöht, mehrere Pflegebedürftige in einem Haushalt 20.00 bis 6.00 Uhr, Samstag, Sonn- und ges. Feiertage				3,18
21g	Wegepauschale einfach in Verbindung mit SGB V, mehrere Pflegebedürftige in einem Haushalt, 6.00 – 20.00 Uhr				0,80
21h	Wegepauschale erhöht in Verbindung mit SGB V, mehrere Pflegebedürftige in einem Haushalt 20.00 – 6.00 Uhr, Samstag, Sonn- und ges. Feiertage				1,59
21i	Wegegeld für Leistungen durch Pflegedienste, deren Sitz der Wohneinrichtung räumlich zugeordnet ist (Wegegeld bei Leistungen des Betreutes Wohnens)				1,00
21j	Wegegeld für Leistungen durch externe Pflegedienste, die zeitlich zusammenhängend mehrmals zwei Pflegebedürftige in derartigen Einrichtungen pflegen (Wegegeld bei Leistungen des Betreutes Wohnens)				1,50

Quelle: VdAK/AEV

noch Anlage 4

Nordrhein-Westfalen 2007 – LK 30					
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Punktzahl	Punktwert	Betrag in Euro
1	Ganzwaschung	Grundpflege	410,00	0,0393	16,11
2	Teilwaschung	Grundpflege	220,00		8,65
3	Ausscheidungen	Grundpflege	100,00		3,93
4	Selbständige Nahrungsaufnahme	Grundpflege	100,00		3,93
5	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	Grundpflege	250,00		9,83
6	Sondenernährung bei implantierter Magensonde (PEG)	Grundpflege	100,00		3,93
7	Lagern/Betten	Grundpflege	100,00		3,93
8	Mobilisation (Mindesteinsatzdauer 15 Minuten)	Grundpflege	180,00		7,07
9	Behördengänge und Arztbesuche	Grundpflege	360,00		14,15
10	Beheizen des Wohnbereichs	hauswirtschaftliche Versorgung	60,00		2,36
11	Einkaufen	hauswirtschaftliche Versorgung	150,00		5,90
12	Zubereiten von warmen Speisen	hauswirtschaftliche Versorgung	150,00		5,90
13	Reinigung der Wohnung	hauswirtschaftliche Versorgung	540,00		21,22
14	Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung	hauswirtschaftliche Versorgung	360,00		14,15
15	Hausbesuchspauschale			LE-spez.	
15a	Erhöhte Hausbesuchspauschale			LE-spez.	
16	Erstgespräch (vor Aufnahme der Pflege)		500,00	0,0393	19,65
17	Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB I (Stufe 1)				16,00
17a	Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI (Stufe 2)				16,00
17b	Beratungsbesuch nach § 37 Abs. 3 SGB XI (Stufe 3)				26,00
18	Große Grundpflege mit Lagern/Betten und selbständiger Nahrungsaufnahme	Grundpflege	610,00	0,0393	23,97
19	Große Grundpflege	Grundpflege	450,00		17,69
20	Kleine Grundpflege mit Lagern/Betten und selbständiger Nahrungsaufnahme	Grundpflege	450,00		17,69
21	Kleine Grundpflege	Grundpflege	290,00		11,40

noch Anlage 4

noch Nordrhein-Westfalen 2007 – LK 30					
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Punktzahl	Punktwert	Betrag in Euro
22	Große hauswirtschaftliche Versorgung	hauswirtschaftliche Versorgung	760,00		29,87
23	Große Grundpflege mit Lagern/ Betten	Grundpflege	520,00		20,44
24	Große Grundpflege mit Lagern/ Betten und Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	Grundpflege	740,00		29,08
25	Kleine Grundpflege mit Lagern/ Betten	Grundpflege	350,00		13,76
26	Kleine Grundpflege mit Lagern/ Betten und Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	Grundpflege	580,00		22,79
27	Kleine pflegerische Hilfestellung 1	Grundpflege	100,00		3,93
28	Kleine pflegerische Hilfestellung 2	Grundpflege	100,00		3,93
29	Kleine pflegerische Hilfestellung 3	Grundpflege	170,00		6,68
30	Kleine pflegerische Hilfestellung 4	Grundpflege	80,00		3,14

Quelle: VdAK/AEV

noch Anlage 4

Mecklenburg-Vorpommern 2007					
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Punktzahl	Punktwert	Betrag in Euro
1	Kleine Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	240,00	0,0351	8,42
2	Große Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	400,00		14,04
3	Teilkörperpflege	Grundpflege	140,00		4,91
4	Ganzkörperpflege	Grundpflege	300,00		10,53
5	Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes	Grundpflege	50,00		1,76
6	Lagern/Betten/Mobilisieren	Grundpflege	130,00		4,56
7	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	Grundpflege	250,00		8,78
8	Sondenernährung	Grundpflege	300,00		10,53
9	Darm- und Blasenentleerung	Grundpflege	50,00		1,76
10	Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung	Grundpflege	70,00		2,46
11	Begleitung bei Aktivitäten	Grundpflege	600,00		21,06
12	Beheizen der Wohnung	hauswirtschaftliche Versorgung	90,00		3,16
13	Reinigung im unmittelbaren Wohnbereich der Wohnung	hauswirtschaftliche Versorgung	150,00		5,27
14	Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung	hauswirtschaftliche Versorgung	360,00		12,64
15	Einkaufen	hauswirtschaftliche Versorgung	150,00		5,27
16	Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht Essen auf Rädern)	hauswirtschaftliche Versorgung	270,00		9,48
17	Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen	hauswirtschaftliche Versorgung	60,00		2,11
18	Erstbesuch oder Wechsel der Pflegestufe		450,00		15,80
19	Mitteilung an die Pflegekasse		50,00		1,76
20	Wege-/Hausbesuchspauschale		100,00		3,51
21	Zuschläge		30,00		1,05

Quelle: VdAK/AEV

noch Anlage 4

Rheinland-Pfalz 2007			
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Betrag in Euro
1	Kleine Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	11,50
2	Große Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	16,11
3	Große Morgen-/Abendtoilette mit Vollbad	Grundpflege	20,71
4	Vollbad	Grundpflege	13,81
5	Hilfe bei Ausscheidungen	Grundpflege	4,61
6	Lagern/Betten	Grundpflege	4,61
7	Mobilisation	Grundpflege	7,14
8	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	Grundpflege	11,50
9	Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG)	Grundpflege	2,31
10	Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung	Grundpflege	2,66
11	Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung	Grundpflege	16,05
12	Beheizen der Wohnung (Voraussetzung: Befeuerung mit Holz, Kohle, Öl)	hauswirtschaftliche Versorgung	2,58
13	Vollständiges Ab- und Beziehen eines Bettes	hauswirtschaftliche Versorgung	2,58
14	Reinigung der Wohnung – Grundreinigung	hauswirtschaftliche Versorgung	46,76
15	Reinigung der Wohnung – Unterhaltsreinigung	hauswirtschaftliche Versorgung	5,21
16	Waschen der Wäsche und Kleidung	hauswirtschaftliche Versorgung	5,21
17	Bügeln	hauswirtschaftliche Versorgung	7,79
18	Einkaufen	hauswirtschaftliche Versorgung	6,49
19	Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht bei Essen auf Rädern)	hauswirtschaftliche Versorgung	11,70
20	Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (auch bei Essen auf Rädern)	hauswirtschaftliche Versorgung	2,58
21	Erstbesuch	hauswirtschaftliche Versorgung	26,82

Quelle: VdAK/AEV

noch Anlage 4

Saarland 2007					
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Punktzahl	Punktwert	Betrag in Euro
1	Kleine Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	350,00	0,0408	14,28
2	Große Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	550,00		22,44
3	Lagern	Grundpflege	100,00		4,08
4	Mobilisation	Grundpflege	150,00		6,12
5	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	Grundpflege	250,00		10,20
6	Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG)	Grundpflege	100,00		4,08
7	Darm- und Blasenentleerung	Grundpflege	100,00		4,08
8	Darm- und Blasenentleerung	Grundpflege	200,00		8,16
9	Hilfestellung zum Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	Grundpflege	70,00		2,86
10	Begleitung bei Aktivitäten außerhalb der Wohnung	Grundpflege	600,00		24,48
11	Beheizen der Wohnung	hauswirtschaftliche Versorgung	100,00		4,08
12	Reinigung der Wohnung	hauswirtschaftliche Versorgung	100,00		4,08
13	Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung	hauswirtschaftliche Versorgung	60,00		2,45
14	Großer Einkauf	hauswirtschaftliche Versorgung	360,00		14,69
15	Kleiner Einkauf	hauswirtschaftliche Versorgung	100,00		4,08
16	Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht bei Essen auf Rädern)	hauswirtschaftliche Versorgung	300,00		12,24
17	Zubereitung einer sonstigen warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen	hauswirtschaftliche Versorgung	100,00		4,08
18	Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI				16,00
19	Erstbesuch		600,00	0,0408	24,48

Quelle: VdAK/AEV

noch Anlage 4

Sachsen 2007					
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Punktzahl	Punktwert	Betrag in Euro
1	Kleine Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	250,00	0,0361	9,03
2	Kleine Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	200,00		7,22
3	Große Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	450,00		16,25
4	Große Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	400,00		14,44
5	Lagern/Betten	Grundpflege	100,00		3,61
6	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	Grundpflege	250,00		9,03
7	Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG)	Grundpflege	80,00		2,89
8	Darm- und Blasenentleerung	Grundpflege	100,00		3,61
9	Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	Grundpflege	70,00		2,53
10	Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	Grundpflege	600,00		21,66
11	Beheizen der Wohnung	hauswirtschaftliche Versorgung	100,00		3,61
12	Reinigung der Wohnung	hauswirtschaftliche Versorgung	90,00		3,25
13	Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung	hauswirtschaftliche Versorgung	360,00		13,00
14	Einkaufen	hauswirtschaftliche Versorgung	150,00		5,42
15	Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht bei Essen auf Rädern)	hauswirtschaftliche Versorgung	270,00		9,75
16	Zubereitung eine sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen	hauswirtschaftliche Versorgung	60,00		2,17
16a	Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit (Essen auf Rädern – gefroren) in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen	hauswirtschaftliche Versorgung	90,00		3,25
17	Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI für Pflegestufe I und II				15,50
17	Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI für Pflegestufe I und II				23,00
18	Erstbesuch			23,00	
19	Zuschlag für das Altenpflegeausgleichsverfahren			0,41	

Quelle: VdAK/AEV

noch Anlage 4

Sachsen-Anhalt 2007					
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Punktzahl	Punktwert	Betrag in Euro
1	Kleine Morgen- oder Abendtoilette	Grundpflege	250,00	0,0372	9,30
2	Kleine Morgen- oder Abendtoilette	Grundpflege	200,00		7,44
3	Große Morgen- oder Abendtoilette	Grundpflege	450,00		16,74
4	Große Morgen- oder Abendtoilette	Grundpflege	400,00		14,88
5	Haare waschen im Bett	Grundpflege	160,00		5,95
6	Lagern/Betten	Grundpflege	100,00		3,72
7	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	Grundpflege	250,00		9,30
8	Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG)	Grundpflege	100,00		3,72
9	Darm- und Blasenentleerung	Grundpflege	110,00		4,09
10	Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	Grundpflege	80,00		2,98
11	Begleitung von Aktivitäten	Grundpflege	600,00		22,32
12	Beheizen der Wohnung	hauswirtschaftliche Versorgung	90,00		3,35
13	Reinigung des genutzten Wohnraumes (je Tag)	hauswirtschaftliche Versorgung	90,00		3,35
13	Reinigung des genutzten Wohnraumes (Wochenpauschale)	hauswirtschaftliche Versorgung	450,00		16,74
14	Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung	hauswirtschaftliche Versorgung	360,00		13,39
15	Wechseln der Bettwäsche	hauswirtschaftliche Versorgung	80,00		2,98
16	Kleiner Einkauf	hauswirtschaftliche Versorgung	90,00		3,35
17	Großer Einkauf	hauswirtschaftliche Versorgung	150,00		5,58
18	Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht bei Essen auf Rädern)	hauswirtschaftliche Versorgung	270,00		10,04
19	Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen	hauswirtschaftliche Versorgung	80,00		2,98
20	Erstbesuch		500,00		18,60
21	Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI – Pflegestufe 1			16,00	
21	Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI – Pflegestufe 2			16,00	
21	Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI – Pflegestufe 3			26,00	

Quelle: VdAK/AEV

noch Anlage 4

Schleswig-Holstein 2007					
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Punktzahl	Punktwert	Betrag in Euro
1	Kleine Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	270,00	0,0410	11,07
2	Kleine Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	230,00		9,43
3	Große Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	440,00		18,04
4	Große Morgen-/Abendtoilette	Grundpflege	380,00		15,58
5	Lagern/Betten	Grundpflege	110,00		4,51
6	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	Grundpflege	270,00		11,07
6a	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme einer Zwischenmahlzeit	Grundpflege	100,00		4,10
7	Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG)	Grundpflege	200,00		8,20
8	Darm- und Blasenentleerung	Grundpflege	120,00		4,92
8a	Darm- und Blasenentleerung (Kleine Hilfen)	Grundpflege	60,00		2,46
9	Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	Grundpflege	120,00		4,92
10	Begleitung bei Aktivitäten	Grundpflege	600,00		24,60
12	Reinigung der Wohnung	hauswirtschaftliche Versorgung	100,00		4,10
13	Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung	hauswirtschaftliche Versorgung	50,00		2,05
13a	Wechseln der Bettwäsche	hauswirtschaftliche Versorgung	55,00		2,26
14	Einkaufen	hauswirtschaftliche Versorgung	60,00		2,46
15	Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht Essen auf Rädern)	hauswirtschaftliche Versorgung	270,00		11,07
16	Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen	hauswirtschaftliche Versorgung	80,00		3,28
17	Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI – Pflegestufe 1				16,00
17	Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI – Pflegestufe 1				16,00
17	Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI – Pflegestufe 1			20,45	

Quelle: VdAK/AEV

noch Anlage 4

Thüringen 2007					
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Punktzahl	Punktwert	Betrag in Euro
1	Erstbesuch	Grundpflege	600,00	0,0350	21,00
2	Kleine Morgen-/Abendtoilette I	Grundpflege	180,00		6,30
3	Kleine Morgen-/Abendtoilette II	Grundpflege	200,00		7,00
4	Kleine Morgen-/Abendtoilette III	Grundpflege	250,00		8,75
5	Große Morgen-/Abendtoilette I	Grundpflege	340,00		11,90
6	Große Morgen-/Abendtoilette II	Grundpflege	400,00		14,00
7	Große Morgen-/Abendtoilette III	Grundpflege	450,00		15,75
8	Spezielle Lagerung bei Bettlägerigkeit oder Immobilität	Grundpflege	100,00		3,50
8a	Spezielle Lagerung bei Bettlägerigkeit oder Immobilität	Grundpflege	150,00		5,25
9	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme – Hauptmahlzeit	Grundpflege	250,00		8,75
10	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme – sonst. Mahlzeit	Grundpflege	100,00		3,50
11	Sondenernährung bei implantierter Magensonde (PEG)	Grundpflege	150,00		5,25
12	Erweiterte Hilfe/Unterstützung bei Ausscheidungen	Grundpflege	100,00		3,50
12a	Erweiterte Hilfe/Unterstützung bei Ausscheidungen	Grundpflege	150,00		5,25
13	Kleine Hilfe/Unterstützung bei Ausscheidungen	Grundpflege	40,00		1,40
14	Hilfestellung bei Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	Grundpflege	70,00		2,45
15	Begleitung bei Aktivitäten	Grundpflege	600,00		21,00
16	Beheizen der Wohnung (Ofenheizung)	hauswirtschaftliche Versorgung	90,00		3,15
17	Reinigung der Wohnung (täglich)	hauswirtschaftliche Versorgung	90,00		3,15
17	Reinigung der Wohnung (wöchentlich)	hauswirtschaftliche Versorgung	500,00		17,50
18	Waschen/Pflege der Wäsche und Kleidung	hauswirtschaftliche Versorgung	360,00	12,60	
19	Wechseln der Bettwäsche	hauswirtschaftliche Versorgung	50,00	1,75	
20	Vorratseinkauf	hauswirtschaftliche Versorgung	150,00	5,25	

noch Anlage 4

Thüringen 2007					
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Punktzahl	Punktwert	Betrag in Euro
21	Besorgung	hauswirtschaftliche Versorgung	90,00		3,15
22	Zubereitung einer Hauptmahlzeit	hauswirtschaftliche Versorgung	270,00		9,45
23	Zubereitung einer sonst. Mahlzeit	hauswirtschaftliche Versorgung	70,00		2,45
24	Pflegeeinsatz gem. § 37 Abs. 3 SGB XI – Pflegestufe 1				16,00
24	Pflegeeinsatz gem. § 37 Abs. 3 SGB XI – Pflegestufe 2				16,00
24	Pflegeeinsatz gem. § 37 Abs. 3 SGB XI – Pflegestufe 3				26,00

Quelle: VdAK/AEV

Anlage 5

Pflegesatzniveau in den Ländern (Stand: 1. November 2007)

Teilstationäre Pflegeeinrichtungen					
Landesvertretung Landesbereichsvertretung	Pflegestufe I pro Tag	Pflegestufe II pro Tag	Pflegestufe III pro Tag	UuV pro Tag	Investitions- kosten (Bewohner) pro Tag
Baden-Württemberg	31,66 Euro	43,31 Euro	51,23 Euro	6,61 Euro	5,58 Euro
Bayern	26,73 Euro	35,51 Euro	43,69 Euro	8,09 Euro	4,76 Euro
Berlin	61,44 Euro	63,43 Euro	67,03 Euro	9,24 Euro	5,86 Euro
Brandenburg	21,85 Euro	31,53 Euro	45,30 Euro	9,16 Euro	2,76 Euro
Bremen	36,07 Euro	41,92 Euro	47,78 Euro	8,65 Euro	– Euro
Hamburg	46,03 Euro	48,03 Euro	49,94 Euro	12,32 Euro	1,63 Euro
Hessen	37,44 Euro	40,86 Euro	44,29 Euro	12,02 Euro	8,02 Euro
Mecklenburg-Vorpommern	23,39 Euro	33,07 Euro	43,25 Euro	7,72 Euro	2,49 Euro
Niedersachsen	32,96 Euro	40,58 Euro	47,80 Euro	13,13 Euro	8,86 Euro
Nordrhein-Westfalen	41,42 Euro	43,44 Euro	45,45 Euro	14,92 Euro	4,93 Euro
Rheinland-Pfalz	28,39 Euro	31,63 Euro	37,94 Euro	10,60 Euro	1,91 Euro
Saarland	31,45 Euro	38,24 Euro	46,36 Euro	11,99 Euro	6,94 Euro
Sachsen	21,37 Euro	29,52 Euro	33,77 Euro	5,55 Euro	4,31 Euro
Sachsen-Anhalt	17,13 Euro	32,34 Euro	44,73 Euro	11,27 Euro	0,84 Euro
Schleswig-Holstein	31,15 Euro	36,87 Euro	42,37 Euro	10,14 Euro	6,92 Euro
Thüringen	19,14 Euro	31,02 Euro	37,61 Euro	9,54 Euro	5,63 Euro
Westfalen-Lippe	40,23 Euro	42,19 Euro	44,18 Euro	15,82 Euro	5,09 Euro
Durchschnitt Bund	32,23 Euro	39,03 Euro	45,45 Euro	10,40 Euro	4,50 Euro

Quelle: VdAK/AEV

noch Anlage 5

Kurzzeitpflege (nur Solitäreinrichtungen)					
Landesvertretung Landesbereichsvertretung	Pflegestufe I pro Tag	Pflegestufe II pro Tag	Pflegestufe III pro Tag	UuV pro Tag	Investitions- kosten (Bewohner) pro Tag
Baden-Württemberg	47,68 Euro	57,31 Euro	71,67 Euro	17,68 Euro	9,14 Euro
Bayern	54,42 Euro	66,26 Euro	74,98 Euro	16,42 Euro	7,23 Euro
Berlin	70,39 Euro	74,04 Euro	77,68 Euro	14,70 Euro	8,52 Euro
Brandenburg	39,70 Euro	50,77 Euro	69,17 Euro	15,84 Euro	8,94 Euro
Bremen	43,81 Euro	61,38 Euro	73,09 Euro	21,68 Euro	– Euro
Hamburg	62,20 Euro	71,19 Euro	89,30 Euro	25,89 Euro	3,05 Euro
Hessen	43,52 Euro	60,73 Euro	78,02 Euro	17,06 Euro	13,52 Euro
Mecklenburg-Vorpommern	46,88 Euro	64,77 Euro	86,12 Euro	15,91 Euro	6,31 Euro
Niedersachsen	46,75 Euro	57,04 Euro	67,13 Euro	17,98 Euro	11,04 Euro
Nordrhein-Westfalen	52,35 Euro	69,78 Euro	84,36 Euro	23,50 Euro	3,19 Euro
Rheinland-Pfalz	39,46 Euro	51,25 Euro	68,47 Euro	20,83 Euro	6,70 Euro
Saarland	40,88 Euro	55,41 Euro	72,26 Euro	20,47 Euro	15,28 Euro
Sachsen	34,87 Euro	45,42 Euro	60,87 Euro	14,44 Euro	7,07 Euro
Sachsen-Anhalt	51,41 Euro	51,41 Euro	51,41 Euro	14,98 Euro	2,40 Euro
Schleswig-Holstein	57,50 Euro	65,19 Euro	72,80 Euro	16,19 Euro	8,83 Euro
Thüringen	31,99 Euro	43,22 Euro	54,74 Euro	16,95 Euro	7,43 Euro
Westfalen-Lippe	51,94 Euro	71,51 Euro	85,58 Euro	27,49 Euro	– Euro
Durchschnitt Bund	47,99 Euro	59,80 Euro	72,80 Euro	18,71 Euro	6,98 Euro

Quelle: VdAK/AEV

noch Anlage 5

Vollstationäre Dauerpflege					
Landesvertretung Landesbereichsvertretung	Pflegestufe I pro Tag	Pflegestufe II pro Tag	Pflegestufe III pro Tag	UuV pro Tag	Investitions- kosten (Bewohner) pro Tag
Baden-Württemberg	44,75 Euro	57,70 Euro	73,68 Euro	19,36 Euro	11,75 Euro
Bayern	47,74 Euro	59,65 Euro	68,65 Euro	16,88 Euro	9,83 Euro
Berlin	46,03 Euro	63,23 Euro	75,48 Euro	16,30 Euro	10,08 Euro
Brandenburg	35,01 Euro	45,69 Euro	64,01 Euro	15,96 Euro	8,07 Euro
Bremen	35,73 Euro	57,02 Euro	71,22 Euro	21,79 Euro	13,70 Euro
Hamburg	42,83 Euro	60,62 Euro	78,57 Euro	22,01 Euro	13,89 Euro
Hessen	41,44 Euro	58,06 Euro	75,24 Euro	17,34 Euro	13,55 Euro
Mecklenburg-Vorpommern	35,12 Euro	46,97 Euro	61,41 Euro	15,50 Euro	7,79 Euro
Niedersachsen	39,21 Euro	51,52 Euro	63,87 Euro	16,34 Euro	15,49 Euro
Nordrhein-Westfalen	43,04 Euro	59,85 Euro	76,59 Euro	26,80 Euro	11,37 Euro
Rheinland-Pfalz	39,39 Euro	51,31 Euro	71,07 Euro	20,77 Euro	11,18 Euro
Saarland	39,31 Euro	54,07 Euro	72,14 Euro	20,48 Euro	17,22 Euro
Sachsen	34,29 Euro	44,97 Euro	61,14 Euro	14,58 Euro	8,70 Euro
Sachsen-Anhalt	36,74 Euro	48,66 Euro	57,39 Euro	15,86 Euro	7,15 Euro
Schleswig-Holstein	40,86 Euro	52,91 Euro	64,59 Euro	19,71 Euro	14,10 Euro
Thüringen	32,18 Euro	44,23 Euro	60,69 Euro	18,33 Euro	7,09 Euro
Westfalen-Lippe	41,28 Euro	58,44 Euro	76,02 Euro	26,11 Euro	13,26 Euro
Durchschnitt Bund	39,70 Euro	53,82 Euro	68,93 Euro	19,07 Euro	11,42 Euro

Quelle: VdAK/AEV

Anlage 6

Zugelassene Pflegeeinrichtungen Ende 2005 (Statistik nach § 109 SGB XI)

Land	ambulante Pflege- einrichtungen	stationäre Pflege- einrichtungen	und zwar nach Art der Leistung*		
			vollstationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	teilstationäre Pflege
Baden-Württemberg	974	1 228	1 137	274	345
Bayern	1 710	1 544	1 387	166	204
Berlin	422	350	279	33	54
Brandenburg	509	320	274	99	90
Bremen	116	86	81	10	11
Hamburg	324	179	164	23	14
Hessen	802	649	600	96	146
Mecklenburg-Vorpommern	397	245	209	11	40
Niedersachsen	1 047	1 349	1 273	64	102
Nordrhein-Westfalen	2 039	2 008	1 804	224	268
Rheinland-Pfalz	372	421	394	106	173
Saarland	121	130	124	42	46
Sachsen	913	648	534	119	127
Sachsen-Anhalt	467	365	323	38	48
Schleswig-Holstein	387	626	599	196	48
Thüringen	377	277	232	28	63
Insgesamt	10 977	10 424	9 414	1 529	1 779

Einrichtungen Ende 2003*	10 619	9 743	8 775	1 603	1 720
Einrichtungen Ende 2001*	10 594	9 165	8 331	1 436	1 428
Einrichtungen Ende 1999*	10 820	8 859	8 073	1 621	1 297

* Pflegeheime mit mehreren Pflegeangeboten sind hier mehrfach berücksichtigt
Quelle: Statistisches Bundesamt

Anlage 7

Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen

I. Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen

- a) Im ambulanten Bereich sind die Beschäftigten der verschiedenen Qualifikationsstufen überwiegend in folgenden Tätigkeitsbereichen eingesetzt:

Berufsabschluss	Personal insgesamt	Davon nach dem überwiegenden Tätigkeitsbereich				
		Pflege-dienst-leistung	Grund-pflege	hauswirt-schaft-liche Ver-sorgung	adminis-trativer Bereich	sonst. Bereich
Altenpfleger/-in	36 484	2 418	32 252	271	584	959
Altenpflegehelfer/-in	5 010	73	4 386	405	43	103
Krankenschwester/-pfleger	71 425	9 793	56 061	623	1 892	3 056
Krankenpflegehelfer/-in	8 698	37	7 819	641	93	108
Fachhochschul/- Hochschul-abschluss	658	300	112	17	179	50
sonstiger Berufsabschluss	74 685	1 126	38 397	22 053	8 459	4 650
ohne Berufsabschluss oder noch in Ausbildung	17 347	6	8 946	5 843	416	2 136
gesamt	214 307	13 753	147 973	29 853	11 666	11 062

Quelle: Statistisches Bundesamt; Stand Ende 2005

- b) Im stationären Bereich sind die Beschäftigten der verschiedenen Qualifikationsstufen überwiegend in folgenden Tätigkeitsbereichen eingesetzt:

Berufsabschluss	Personal insgesamt	Davon nach dem überwiegenden Tätigkeitsbereich				
		Pflege-dienst-leistung	Grund-pflege	hauswirt-schaft-liche Ver-sorgung	adminis-trativer Bereich	sonst. Bereich
Altenpfleger/-in	122 333	118 593	1 475	163	1 876	226
Altenpflegehelfer/-in	16 527	16 175	204	95	35	18
Krankenschwester/-pfleger	61 238	57 875	745	157	2 263	198
Krankenpflegehelfer/-in	18 563	18 149	206	150	38	20
Fachhochschul/- Hochschul-abschluss	1 633	549	176	20	815	73
sonstiger Berufsabschluss	74 685	1 126	2 798	22 053	8 459	4 650
ohne Berufsabschluss oder noch in Ausbildung	113 156	161 649	14 646	77 708	16 690	16 321
gesamt	546 397	374 116	20 253	100 346	30 176	21 506

Quelle: Statistisches Bundesamt; Stand Ende 2005

c) Beschäftigten in den verschiedenen Einrichtungen:

Beschäftigungsverhältnis	ambulant	stationär	gesamt
Personal insgesamt	214 307	546 397	760 704
Vollzeit	56 354	208 201	264 555
Teilzeitbeschäftigte über 50 vom Hundert	68 141	162 385	230 526
unter 50 vom Hundert	35 040	78 485	113 525
geringfügig Beschäftigte	47 957	55 238	103 195
Praktikant/in, Schüler/in, Auszubildende/r	3 530	31 623	35 153
Helfer/-in im freiwilligen sozialen Jahr	703	4 003	4 706
Zivildienstleistende	2 582	6 462	9 044

Quelle: Statistisches Bundesamt; Stand Ende 2005

II. Tabellen zur Entwicklung der Beschäftigung in der Langzeitpflege

a) ambulanter Bereich

Beruf	1999	2001	2003	2005	Veränderung 2005/1999	
					Absolut	in vom Hundert
Altenpfleger	25 456	28 179	31 757	36 484	+ 11 028	+ 43,3
Helfer in der Altenpflege	3 869	4 419	4 816	5 010	+ 1 141	+ 29,5
Krankenpfleger	62 528	62 029	68 593	77 734	+ 15 206	+ 24,3
Helfer in der Krankenpflege	10 243	9 565	9.678	8 698	– 1 545	– 15,1
sonstige in der Pflege Tätige	81 686	85 375	86.053	86 381	+ 4 695	+ 5,7
insgesamt	183 782	189 567	200 897	214 307	+ 30 525	+ 16,6

b) stationärer Bereich

Beruf	1999	2001	2003	2005	Veränderung 2005/1999	
					Absolut	in vom Hundert
Altenpfleger	83 705	96 700	110 208	122 333	+ 38 628	+ 46,1
Helfer in der Altenpflege	12 755	14 642	14 662	16 527	+ 3 772	+ 29,6
Krankenpfleger	50 181	52 459	58 935	65 002	+ 14.821	+ 29,5
Helfer in der Krankenpflege	21 027	20 405	18 994	18 563	– 2 464	– 11,7
sonstige in der Pflege Tätige	273 272	291 162	308 050	323 972	+ 50 700	+ 18,6
insgesamt	440 940	475 368	510 857	546 397	+ 105 457	+ 23,9

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>Baden-Württemberg</p> <p>Landespflegegesetz (LPfG) vom 11.9.1995 zuletzt geändert durch Gesetz vom 1.7.2004</p> <p>Pflegeheimförderverordnung (Pflegeheim FVO) vom 18.6.1996 zuletzt geändert durch Gesetz vom 1.7.2004</p>	<p>Zugelassene Pflegeeinrichtungen erhalten Zuschüsse, soweit sie nach der Kreispflegeplanung zur Sicherstellung der notwendigen Grundversorgung erforderlich sind und die zu fördernde Maßnahme den Grundsätzen und Zielen des Landespflegeplans entspricht. Voraussetzung einer Förderung ist insbesondere, dass das Fördervorhaben dem Ziel der Sicherstellung einer ortsnahen, gemeinde- und stadtteilbezogenen Versorgung mit überschaubaren Einrichtungsgrößen entspricht.</p> <p>Gefördert werden die Kosten von Investitionsmaßnahmen (Anschaffung, Herstellung, Erhaltung), außer den Kosten der Anschaffung oder Erhaltung von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen. Die Förderung erfolgt als Festbetragsförderung.</p> <p>Grundlagen für die Festlegung von Förderhöchstbeträgen bilden Förderquoten und Kostenrichtwerte:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Förderquote für Langzeitpflegeplätze beträgt 45 %, für Kurzzeitpflegeplätze 80 % sowie für Tages- und Nachtpflegeplätze 90 %. – Die Kostenrichtwerte für vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Nachtpflegeangebote betragen 76 176 Euro, für eigenständige Tagespflegeeinrichtungen 33 865 Euro und für integrierte Tagespflegeangebote 25 403 Euro pro Platz. (Die Werte beziehen sich auf den Indexstand Februar 1996 und werden mit der Entwicklung des Preisindex für Wohngebäude fortgeschrieben). <p>Die Förderung wird jeweils zu 2/3 vom Land und zu 1/3 vom Standortkreis getragen.</p> <p>Die Regelförderung wird noch bis zum Jahr 2010 fortgesetzt. Danach wird geprüft, ob und inwieweit modellhafte Projekte gefördert werden können.</p>				Keine Förderung	

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“		
Bayern Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze (AGSG) und Verordnung zur Ausführung des Elften Buches Sozialgesetzbuch Soziale Pflegeversicherung (AVPfleVG) vom 10.1.1995 (GVBl S. 3) geändert am 19.12.1995 (GVBl S. 884)	Aufgrund der bayernweit im Durchschnitt erreichten Bedarfsdeckung wurde die staatliche Investitionskostenförderung im Bereich der stationären Altenpflege mit Wirkung ab 1.1.2007 eingestellt. Die Kommunen können sich in diesem Bereich nach Maßgabe des jeweiligen Kommunalhaushalts an betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen bedarfsgerechter Einrichtungen beteiligen.					
	Gewährung von Festbeträgen durch die Kommunen bei der Pflege von AIDS-kranken Menschen – Richtwert sind bei Langzeitpflege 30 vom Hundert und bei Kurzzeitpflege 40 vom Hundert der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen (76 000 Euro/ 66 000 Euro) – Förderung der Kommune bis zu folgenden Höchstbeträgen: Langzeitpflege Neubau 23.010 Euro Umbau 15.340 Euro Kurzzeitpflege Neubau 26.590 Euro Umbau 13.290 Euro Erstausrüstung 2.560 Euro (§ 31 Abs. 1 AVPfleVG) In den Bereichen der Behindertenpflege und der Pflege für psychisch Kranke jeweils 40 vom Hundert der betriebsnotwendigen, förderfähigen Aufwendungen durch die Kommunen und den Freistaat Bayern.	Bei Modernisierungsmaßnahmen beträgt die Förderung 80 vom Hundert (40 vom Hundert Land, 40 vom Hundert Kommune) der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen (§ 31 Abs. 2 AVPfleVG)	nein	nein	Bei Modernisierungsmaßnahmen beträgt die Förderung 80 vom Hundert (40 vom Hundert Land, 40 vom Hundert Kommune) der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen (§ 31 Abs. 2 AVPfleVG)	100 vom Hundert Kommunalförderung bis zu 2.560 Euro je rechnerischer Vollzeitkraft (§ 31 Abs. 5 AVPfleVG)

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>Berlin</p> <p>Gesetz zur Planung und Finanzierung von Pflegeeinrichtungen (Landespflege-Einrichtungsgesetz – LPflegEG) vom 19.7.2002 (GVBl. S. 201), geändert durch Gesetz vom 19.12.2005 (GVBl. S. 792)</p> <p>und</p> <p>Pflegeeinrichtungs-Förderungs-Verordnung (PfleGEföVO) vom 19.9.1998 (GVBl. S. 269), zuletzt geändert durch Verordnung vom 8.6.2001 (GVBl. S. 195)</p>	<p>Einzelförderung, in der Regel anteilig an den förderfähigen Kosten (Festbetrag) einer Maßnahme (§ 5 LPflegEG) mit Baukostenhöchstwerten bei Neu- und Ersatzbauten 81.800 Euro pro Platz, bei sonstigen Herstellungsmaßnahmen 51.130 Euro, in Ausnahmefällen 58.800 Euro);</p> <p>nur bei Kurzzeitpflege: Platzbezogene Pauschalförderung mit 511 Euro pro Platz (§ 6 LPflegEG)</p>	<p>Als Einzelförderatbestand im LPflegEG nicht geregelt</p> <p>nur bei Kurzzeitpflege: Platzbezogene Pauschalförderung mit 511 Euro pro Platz (§ 6 LPflegEG)</p>	<p>Einzelförderung, in der Regel anteilig an den förderfähigen Kosten (Festbetrag) einer Maßnahme (§ 5 LPflegEG)</p> <p>nur bei Kurzzeitpflege: Platzbezogene Pauschalförderung mit 511 Euro pro Platz (§ 6 LPflegEG)</p>	<p>nein, im LPflegEG nicht geregelt</p>	<p>Einzelförderung entsprechend der von vollstationären Pflegeeinrichtungen, jedoch lediglich mit hälftigen Baukostenhöchstwerten bzw. Beträgen (§ 5 Abs. 3 Satz 2 LPflegEG)</p> <p>Platzbezogene Pauschalförderung mit 511 Euro pro Platz (§ 6 LPflegEG)</p>	<p>nein, im LPflegEG nicht geregelt</p>

noch Anlage 8

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

Länder	Förderung und Förderquoten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflege- einrichtungen	ambulante Pflege- einrichtungen
	Herstellung Erstausrüstung (Erst- investitionen)	Wieder- beschaffung Ergänzung (Folge- investitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folge- investitionen)	„alte Last“		
Brandenburg Landespflegege- setz (PflegeG) vom 27.6.1995 in der Bekanntmachung der Neufassung vom 11.5.1998 ge- ändert durch Lan- despflegegesetz (LPflegeG) vom 29.6.2004 Pflegeinvestitions- verordnung (PflInvV) vom 13.3.1996 geändert durch VO vom 23.6.1997, zuletzt geändert durch VO vom 28.6.1999	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 Kommun- en 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“		
Mecklenburg-Vorpommern Landespflegegesetz (LPflegeG) vom 16.12.2003, zuletzt geändert durch Gesetz vom 19.12.2005					Pauschaler Landeszuschuss zu betriebsnotwendigen Aufwendungen gem. § 82 Abs. 2 Nr. 1 u. 3 SGB XI, soweit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI besteht; Zuschusshöhe: 2,56 Euro je Tg. u. Platz, max. 516 Euro jährlich (§ 7 LPflegeG)	Förderung betriebsnotwendiger Aufwendungen nach § 82 Abs. 2 Nr. 1 u. 3 SGB XI, soweit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI besteht, als freiwillige Leistung der Landkreise u. kreisfreien Städte (§ 6 Abs. 1 LPflegeG)
Einzelförderung zur Verbesserung der pflegerischen Versorgungsstruktur oder zur Entwicklung und Erprobung neuartiger Maßnahmen, soweit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI besteht, als freiwillige Leistung des Landes (§ 8 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“		
<p>Niedersachsen</p> <p>Niedersächsisches Pflegegesetz (NPflegeG) vom 22.5.1996 geändert durch Gesetz vom 15.12.2006</p>	<p>Förderung in Höhe der Zinskosten für eingesetztes Fremdkapital, dieses wird nur bis zur Höhe von 80 vom Hundert der Richtgrößen bis zu einem in der DVO-NPflegeG festgelegten Höchstzinssatz berücksichtigt (§ 10 NPflegeG)</p> <p>Die Förderung erfolgt nur noch bei Kurzzeitpflegeeinrichtungen und bei eingestreuter Kurzzeitpflege in vollstationären Einrichtungen</p>				<p>Vollförderung, außer das für Investitionen eingesetzte Fremdkapital macht mehr als 80 vom Hundert der Investitionsaufwendungen aus (§ 10 NPflegeG)</p>	<p>landeseinheitliche Investitionskostenpauschale (§ 9 NPflegeG)</p>
<p>Durchführungsverordnung zum NPflegeG (DVO-NPflegeG) vom 20.6.1996 i. d. F. der Bek. v. 30.3.2005</p>	<p>Richtgrößen der Förderung der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen</p>					
	<p>Kurzzeitpflegeeinrichtungen und eingestreute Kurzzeitpflege in vollstationären Einrichtungen: max. 76.700 Euro pro Platz (§ 1 DVO-NPflegeG)</p>	<p>max. 61.400 Euro pro Platz bei Einrichtungen der Kurzzeitpflege und bei eingestreuter Kurzzeitpflege in vollstationären Einrichtungen (§ 1 DVO-NPflegeG)</p>			<p>teilstationäre Einrichtungen mit bei Herstellungs-/Anschaffungsmaßnahmen max. 30.700 Euro; bei Modernisierungs-/Umstrukturierungsmaßnahmen max. 20.500 Euro (§ 1 DVO-NPflegeG)</p>	<p>Investitionskostenzuschuss von 0,00317 Euro je Leistungskomplexpunktwert, im übrigen 1,89 Euro je abgerechnete Pflegeeinsatzstunde (§ 2 DVO-NPflegeG).</p>

**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 8.7.2003</p> <p>Verordnung über die gesonderte Berechnung nicht geförderter Investitionsaufwendungen für Pflegeeinrichtungen nach dem Landespflegegesetz (GesBerVO) vom 15.10.2003</p> <p>Verordnung über die allgemeinen Grundsätze der Förderung von Pflegeeinrichtungen nach dem Landespflegegesetz (AllgFörder-PflegeVO) vom 15.10.2003</p>	<p>Förderung betriebsnotwendiger Investitionsaufwendungen durch bewohnerorientierten Zuschuss an die Pflegeheime (Anspruchsberechtigte) 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), sofern die Bewohner vor Heimeinzug in NRW ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatten oder Verwandte bis zum 2. Grad vor Ort leben; höchstens bis zur Höhe der anererkennungsfähigen betriebsnotwendigen Kosten (85 250 Euro pro Platz Stand 2008)</p>	<p>Pauschal gem. GesBerVO</p>	<p>Pauschal gem. GesBerVO</p>	<p>vollstationär bewohnerorientierter Aufwendungszuschuss für Investitionskosten (Pfleghohngeld) § 12 PfG NW; Pflegeeinrichtungsförderverordnung (PflFEinrVO) 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 tagesgenau für tatsächliche Belegungstage § 11 Abs. 1 und 2 PfGNW</p>	<p>Pauschalförderung der ambulanten Pflegedienste nach § 10 Landespflegegesetz in Höhe von 2,15 Euro pro volle Leistungsstunde nach dem SGB XI (§§ 3 und 4 AmbPFFV)</p>

noch Anlage 8

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

Länder	Förderung und Förderquoten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflege- einrichtungen	ambulante Pflege- einrichtungen
	Herstellung Erstausrüstung (Erst- investitionen)	Wieder- beschaffung Ergänzung (Folge- investitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folge- investitionen)	„alte Last“		
<p>noch Nordrhein-Westfalen</p> <p>Verordnung über die Förderung der Investitionen von Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie über den bewohnerorientierten Aufwendungszuschuss vollstationärer Dauerpflegeeinrichtungen (Pflegewohngeld) – Pflegeeinrichtungsförderverordnung (PflFEinrVO) vom 15.10.2003</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 15.10.2003</p>	<p>Voraussetzung für Neubauförderung vollstationär (Sollvorschriften): Obergrenze 80 Plätze, ortsnahe Erriichtung; 50 m² Nettogrundfläche pro Person; 80 % Einzelzimmer; anerennungsfähige Kosten 1 705 Euro pro m² (ab 2008) AllgFörder-PflegeVO § 2</p>				<p>Voraussetzung für Neubau, Erweiterungs-, Umbau- und Modernisierungsbauförderung bei Tages- und Nachtpflege: Umfang 12 bis 14 Plätze; 18 m² Nettogrundfläche pro Person; anerennungsfähige Kosten 1 300 Euro pro m²;</p> <p>bei Kurzzeitpflege: 50 m² 1 705 Euro pro m² (ab 2008) 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 (Erstinvestitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen)		
Rheinland-Pfalz Landesgesetz zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (LPflegeHG) vom 28.3.1995, zuletzt geändert 30.4.2003					
	Mit Wirkung vom 1.5.2003 wurden die Vorschriften zur Förderung teilstationärer und stationärer Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz aufgehoben.			Mit Wirkung vom 1.1.2006 wurden die Vorschriften zur Förderung ambulanter Hilfen in Rheinland-Pfalz aufgehoben (Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur – LPflegeASG – vom 25.7.2005).	

noch Anlage 8

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

Länder	Förderung und Förderquoten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflege- einrichtungen	ambulante Pflege- einrichtungen
	Herstellung Erstausrüstung (Erst- investitionen)	Wieder- beschaffung Ergänzung (Folge- investitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folge- investitionen)	„alte Last“		
Sachsen-Anhalt Die §§ 6 bis 8 des Ausführungsgeset- zes zum Pflege- Versicherungsge- setz (PflegeV-AG) vom 7.8.1996 wur- den durch das Ge- setz zur Änderung sozial- und gesund- heitsrechtlicher Gesetzes vom 10.8.2007 mit Wirkung vom 21.8.2007 an aufgehoben.						

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 10.2.1996, zuletzt geändert durch Gesetz vom 15.12.2005</p> <p>Landespflegegesetzverordnung (LPflegeGVO) vom 19.06.1996, zuletzt geändert durch Verordnung vom 12.10.2005</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 vom Hundert der förderfähigen Investitionsaufwendungen (§ 5 LPflegeG, § 3 Abs. 2 LPflegeGVO) sowie Pflegegeld* bis zu 15,35 Euro 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 Pflegewohn-geld bis zu 15,35 Euro täglich, einkommens- und vermögensabhängig (§ 6 Abs. 4 LPflegeG, § 8 Abs. 1 LPflegeGVO)</p>	<p>bis zu 80 vom Hundert der förderfähigen Investitionsaufwendungen (§ 5 LPflegeG, § 3 Abs. 2 LPflegeGVO)</p> <p>bewohnerbezogene Investitions-kostenzuschüsse von 90 vom Hundert der Investitionsaufwendungen, bis 10,23 Euro täglich bei teilstationärer Pflege, bei Kurzzeitpflege bis 15,34 Euro täglich; einkommensunabhängig (§ 6 Abs. 3 LPflegeG, § 7 LPflegeGVO)</p>	<p>bis zu 80 vom Hundert der förderfähigen Investitionsaufwendungen (§ 5 LPflegeG, § 3 Abs. 2 LPflegeGVO)</p> <p>pauschale Investitions-kostenzuschüsse auf der Grundlage des SGB XI-Umsatzes (3–4 %)</p>

* nach dem BSG-Urteil B 3 P 1/03 R vom 24. Juli 2003 in der Rechtsform einer Sozialleistung eigener Art

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>Thüringen</p> <p>Thüringer Gesetz zur Ausführung des Pflege-Versicherungsgesetzes (Thür AG-PflegeVG) vom 20.6.1996 in der Fassung vom 1.7.2005</p> <p>Thüringer Verordnung über die gesonderte Berechnung von Investitionsaufwendungen und die Gewährung bewohnerbezogener Aufwendungszuschüsse an Pflegeeinrichtungen vom 28.6.2005</p>	<p>anteilige Förderung von Investitionsaufwendungen nach Maßgabe des Landeshaushalts, zurzeit keine investive Förderung (§ 3 Thür AG-PflegeVG)</p>	<p>Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen-Investitionskostenumlage Bewohnerbezogener Aufwendungszuschuss für Pflegebedürftige, die am 1.7.2005 in Pflegeeinrichtungen, denen das Land bis 30.6.2005 eine Förderung von Kapitaldienst- bzw. Nutzungsentgeltförderung gewährt hat, lebten</p>		<p>zur Zeit keine Förderung</p>	<p>anteilige Förderung von Investitionsaufwendungen nach Maßgabe des Landeshaushalts, zurzeit keine investive Förderung (§ 3 Thür AG-PflegeVG)</p>	<p>Verantwortlich sind die Landkreise und kreisfreien Städte</p>

Anlage 9

**Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte für demenziell Erkrankte
(Förderung niederschwelliger Betreuungsangebote und Modellvorhaben im Jahre 2006)**

Bundesland	Förderung niederschwelliger Betreuungsangebote in Euro	in vom Hundert der Gesamtförderung	Förderung von Modellvorhaben in Euro	In vom Hundert der Gesamtförderung	Gesamtbeitrag in Euro	Maximales Fördervolumen in Euro nach Königsteiner Schlüssel 2006	In Anspruch genommene Fördergelder in vom Hundert
Baden-Württemberg	889 318,99	89,21	107 562,50	10,79	996 881,49	1 278 485,00	77,97
Bayern	264 893,78	49,11	274 457,40	50,89	539 351,18	1 501 762,99	35,91
Berlin	306 457,81	100	–	0	306 457,81	495 573,00	61,84
Brandenburg	284 908,50	100	–	0	284 908,50	311 979,00	91,32
Bremen	–	0	95 450	100	95 450	93 717,00	101,84 ^{*1}
Hamburg	210 986,94	100	–	0	210 986,94	254 024,00	83,06
Hessen	492 207,69	76,94	147 549,53	23,06	639 757,22	723 009,00	88,49
Mecklenburg-Vorpommern	–	0	9 606,56	100	9 606,56	211 513,00	4,54
Niedersachsen	667 356,06	100	–	0	667 356,06	920 581,00	72,49
Nordrhein-Westfalen	928 960,00	54,86	764 494,29	45,14	1 693 454,29	2 163 710	78,27
Rheinland-Pfalz	241 138,32	59,52	163 977,36	40,48	405 115,68	476 721,00	84,98
Saarland	51 477,85	100	–	0	51 477,85	124 204,00	41,45
Sachsen	183 475,48	84,58	33 447,15	15,42	216 922,63	524 532,00	41,36
Sachsen-Anhalt	295 116,57	100	–	0	295 116,57	305 338,00	96,65
Schleswig-Holstein	113 550,34	61,86	70 000,00	38,14	183 550,34	326 523,00	56,21
Thüringen	101 632,32	100	–	0	101 632,32	288 329,00	35,25
Gesamt	5 031 480,65	75,12	1 666 544,79	24,88	6 698 025,44	10 000 000,00	66,98

^{*1} Budgetüberschreitung erklärt sich dahingehend, dass bei der Aufteilung zunächst der Königsteiner Schlüssel 2005 zugrunde gelegt wurde und notwendige Korrekturen jeweils im Folgejahr erfolgen.

Anlage 10

Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte für demenziell Erkrankte
(Versorgungsangebote in den Ländern)

Bundesland	Rechtsverordnung zur Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungsangebote § 45b Abs. 3 Satz 2 SGB XI	Rechtsverordnung zur Förderung von niedrigschwelligem Betreuungsangeboten und Modellvorhaben § 45c Abs. 6 Satz 4 SGB XI	Anzahl der anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote § 45b Abs. 1 Nr. 4 SGB XI		Anzahl der anerkannten amb. Pflegedienste mit besonderen Angeboten der allg. Anleitung und Betreuung § 45b Abs. 1 Nr. 3 SGB XI	Anzahl der geförderten niedrigschwelligen Betreuungsangebote (Projektförderung) § 45c Abs. 3 SGB XI	Anzahl der geförderten Modellvorhaben § 45c Abs. 4 SGB XI
			Anbieter	Angebote*			
Baden-Württemberg	Verordnung v. 6/2002	Verordnung v. 4/2003	216	245	45	285	3
			davon:				
			Betreuungsgruppen 105 Helferkreise 71 Tagesbetreuung 2 Einzelbetreuung 7 Vermittlig.agenturen 4 Familienentl. Dienste 20 Sonstiges 36				
Bayern	Verordnung v. 12/2006	Verordnung v. 12/2006	335	497	164	141	11
			davon:				
			Betreuungsgruppen 65 Helferkreise 81 Tagesbetreuung 0 Einzelbetreuung 0 Vermittlig.agenturen 0 Familienentl. Dienste 255 Dorfhilfestationen 96 Sonstiges 0				
Berlin	Verordnung v. 7/2003	Verordnung v. 7/2003	89	147	128	24	0
			davon:				
			Betreuungsgruppen 53 Helferkreise 15 Tagesbetreuung 0 Einzelbetreuung 15 Vermittlig.agenturen 13 Familienentl. Dienste 5 Sonstiges 46				
Brandenburg	Verordnung v. 11/2002	Rahmenvereinb. v. 7/2003	82	168	282	3	0
			davon:				
			Betreuungsgruppen 76 Helferkreise 85 Tagesbetreuung 3 Einzelbetreuung 0 Vermittlig.agenturen 0 Familienentl. Dienste 4 Sonstiges 0				
Bremen	Verordnung v. 4/2003	Verordnung v. 4/2003	0	0	46	0	3
			davon:				
			Betreuungsgruppen 0 Helferkreise 0 Tagesbetreuung 0 Einzelbetreuung 0 Vermittlig.agenturen 0 Familienentl. Dienste 0 Sonstiges 0				

noch Anlage 10

Bundesland	Rechtsverordnung zur Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungsangebote § 45b Abs. 3 Satz 2 SGB XI	Rechtsverordnung zur Förderung von Betreuungsangeboten und Modellvorhaben § 45c Abs. 6 Satz 4 SGB XI	Anzahl der anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote § 45b Abs. 1 Nr. 4 SGB XI			Anzahl der anerkannten amb. Pflegedienste mit besonderen Angeboten der allg. Anleitung und Betreuung § 45b Abs. 1 Nr. 3 SGB XI	Anzahl der geförderten niedrigschwelligen Betreuungsangebote (Projektförderung) § 45c Abs. 3 SGB XI	Anzahl der geförderten Modellvorhaben § 45c Abs. 4 SGB XI
			Anbieter	Angebote*	davon:			
Hamburg	Verordnung v. 5/2003	Verordnung v. 5/2003	9	16	Betreuungsgruppen 7 Helferkreise 7 Tagesbetreuung 0 Einzelbetreuung 0 Vermittlg.agenturen 0 Familienntl. Dienste 2 Sonstiges 0	102	8	0
			122	172	Betreuungsgruppen 88 Helferkreise 0 Tagesbetreuung 0 Einzelbetreuung 77 Vermittlg.agenturen 0 Familienntl. Dienste 7 Sonstiges 0	0	65	11
Hessen	Verordnung v. 12/2003	Rahmenvereinb. v. 1/2007	18	18	Betreuungsgruppen 0 Helferkreise 0 Tagesbetreuung 0 Einzelbetreuung 0 Vermittlg.agenturen 0 Familienntl. Dienste 2 Sonstiges 16	248	0	1
			204	411	Betreuungsgruppen 153 Helferkreise 152 Tagesbetreuung 62 Einzelbetreuung 10 Vermittlg.agenturen 0 Familienntl. Dienste 34 Sonstiges 0	381	109	0
Mecklenburg-Vorpommern	Verordnung v. 12/2004	Verordnung v. 6/2006	259	265	Betreuungsgruppen 8 Helferkreise 8 Tagesbetreuung 0 Einzelbetreuung 1 Vermittlg.agenturen 0 Familienntl. Dienste 33 Sonstiges 215	1.414	108	77
Niedersachsen	Verordnung v. 8/2002	Verordnung v. 9/2004						
Nordrhein-Westfalen	Verordnung v. 7/2003	Verordnung v. 7/2003						

noch Anlage 10

Bundesland	Rechtsverordnung zur Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungsangebote § 45b Abs. 3 Satz 2 SGB XI	Rechtsverordnung zur Förderung von Betreuungsangeboten und Modellvorhaben § 45c Abs. 6 Satz 4 SGB XI	Anzahl der anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote § 45b Abs. 1 Nr. 4 SGB XI			Anzahl der anerkannten amb. Pflegedienste mit besonderen Angeboten der allg. Anleitung und Betreuung § 45b Abs. 1 Nr. 3 SGB XI	Anzahl der geförderten niedrigschwelligen Betreuungsangebote (Projektförderung) § 45c Abs. 3 SGB XI	Anzahl der geförderten Modellvorhaben § 45c Abs. 4 SGB XI
			Anbieter	Angebote*	davon:			
Rheinland-Pfalz	Verordnung v. 12/2002	Verordnung v. 12/2003	115	115	Betreuungsgruppen Helferkreise Tagesbetreuung Einzelbetreuung Vermittlg.agenturen Familienentl. Dienste Sonstiges	105	1	2
Saarland	nicht vorgesehen	nicht vorgesehen	24	24	Betreuungsgruppen Helferkreise Tagesbetreuung Einzelbetreuung Vermittlg.agenturen Familienentl. Dienste Sonstiges	66	11	0
Sachsen	Verordnung v. 7/2004	Verordnung v. 7/2004	0	0	Betreuungsgruppen Helferkreise Tagesbetreuung Einzelbetreuung Vermittlg.agenturen Familienentl. Dienste Sonstiges	434	36	2
Sachsen-Anhalt	Verordnung v. 3/2003	Verordnung v. 3/2003	0	0	Betreuungsgruppen Helferkreise Tagesbetreuung Einzelbetreuung Vermittlg.agenturen Familienentl. Dienste Sonstiges	158	58	0
Schleswig-Holstein	Verordnung v. 2/2003	Verordnung v. 2/2003	77	119	Betreuungsgruppen Helferkreise Tagesbetreuung Einzelbetreuung Vermittlg.agenturen Familienentl. Dienste Sonstiges	155	53	4

noch Anlage 10

Bundesland	Rechtsverordnung zur Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungsangebote § 45b Abs. 3 Satz 2 SGB XI	Rechtsverordnung zur Förderung von niedrigschwelliger Betreuungsangeboten und Modellvorhaben § 45c Abs. 6 Satz 4 SGB XI	Anzahl der anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote § 45b Abs. 1 Nr. 4 SGB XI			Anzahl der anerkannten amb. Pflegenden mit besonderen Angeboten der allg. Anleitung und Betreuung § 45b Abs. 1 Nr. 3 SGB XI	Anzahl der geförderten niedrigschwelligen Betreuungsangebote (Projektförderung) § 45c Abs. 3 SGB XI	Anzahl der geförderten Modellvorhaben § 45c Abs. 4 SGB XI
			Anbieter	Angebote*	davon:			
Thüringen	Verordnung v. 12/2003	Verordnung v. 12/2003	49	49	0 0 1 0 0 8 40	167	0	0

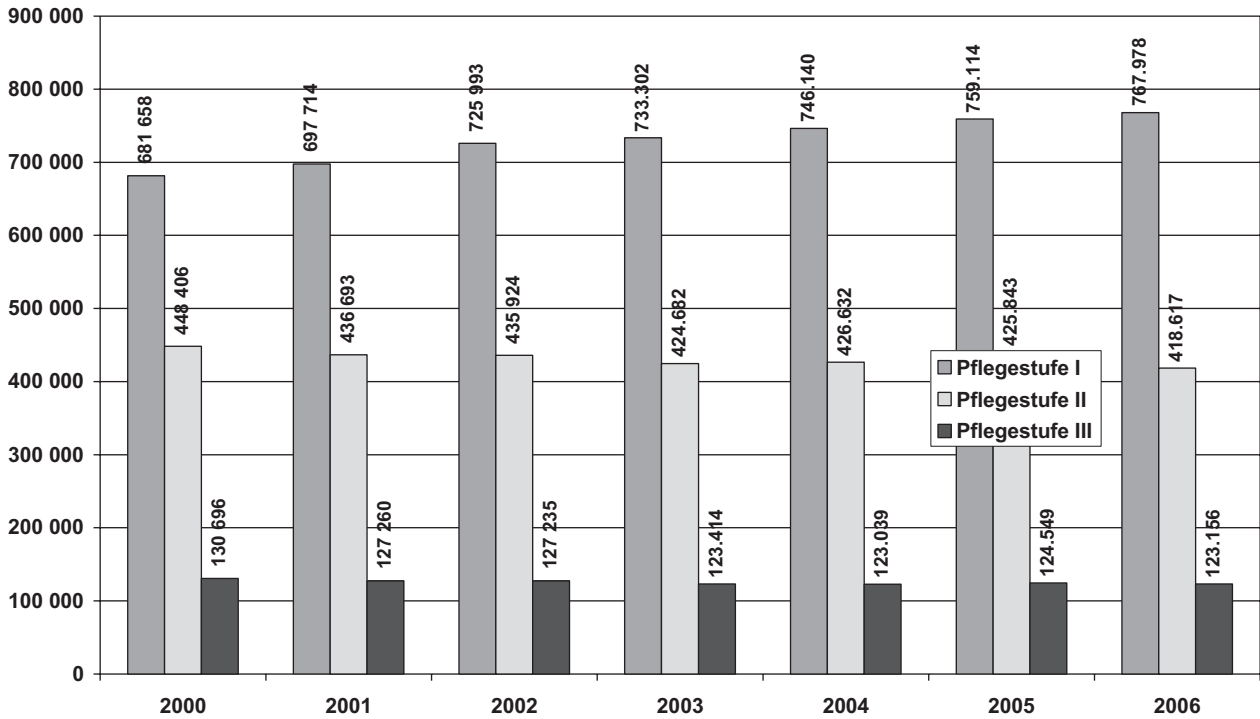
Quelle: VdAK/AEV

Übersicht über die Grafiken 1 bis 6

- Grafik 1 Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger im ambulanten Bereich zum Jahresende nach Pflegestufen
- Grafik 2 Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger im stationären Bereich zum Jahresende nach Pflegestufen
- Grafik 3 Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger zum Jahresende nach Pflegestufen
– ambulant und stationär –
- Grafik 4 Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen in den Jahren 2000 bis 2006
– ambulant –
- Grafik 5 Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen in den Jahren 2000 bis 2006
– stationär –
- Grafik 6 Entwicklung der Leistungsempfänger von Urlaubspflege, Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege (im Jahresdurchschnitt)

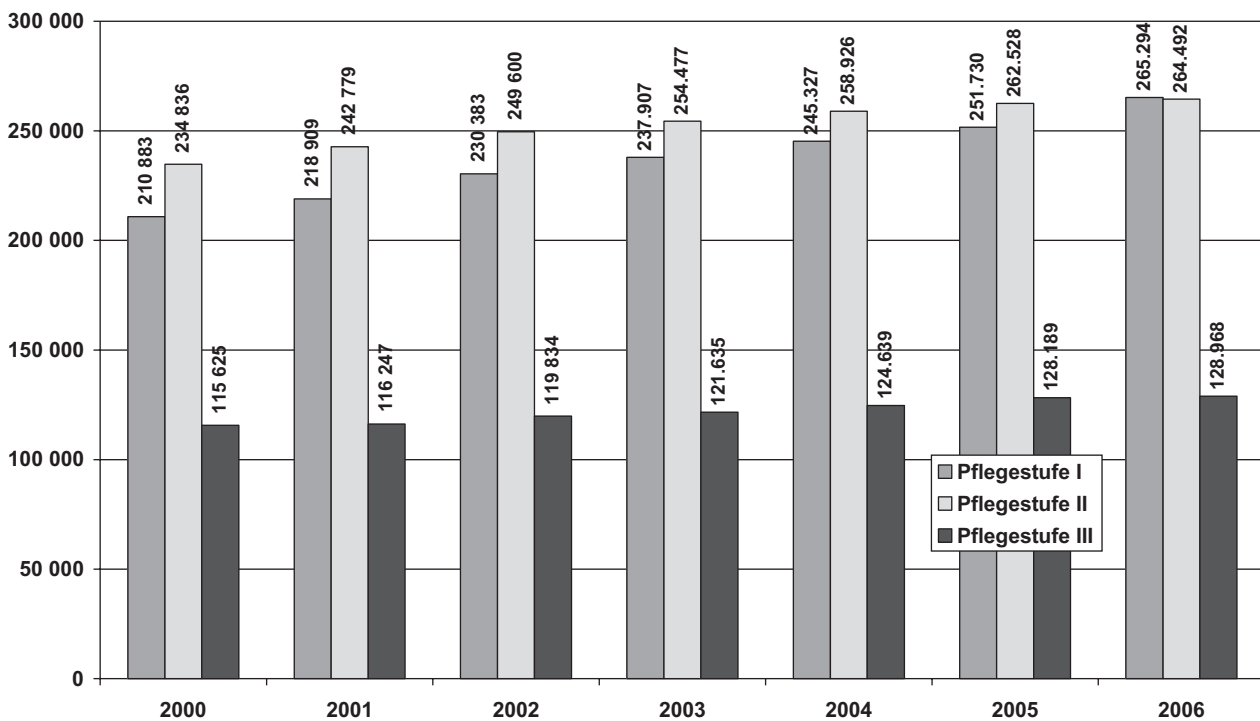
Grafik 1

Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger im ambulanten Bereich zum Jahresende nach Pflegestufen



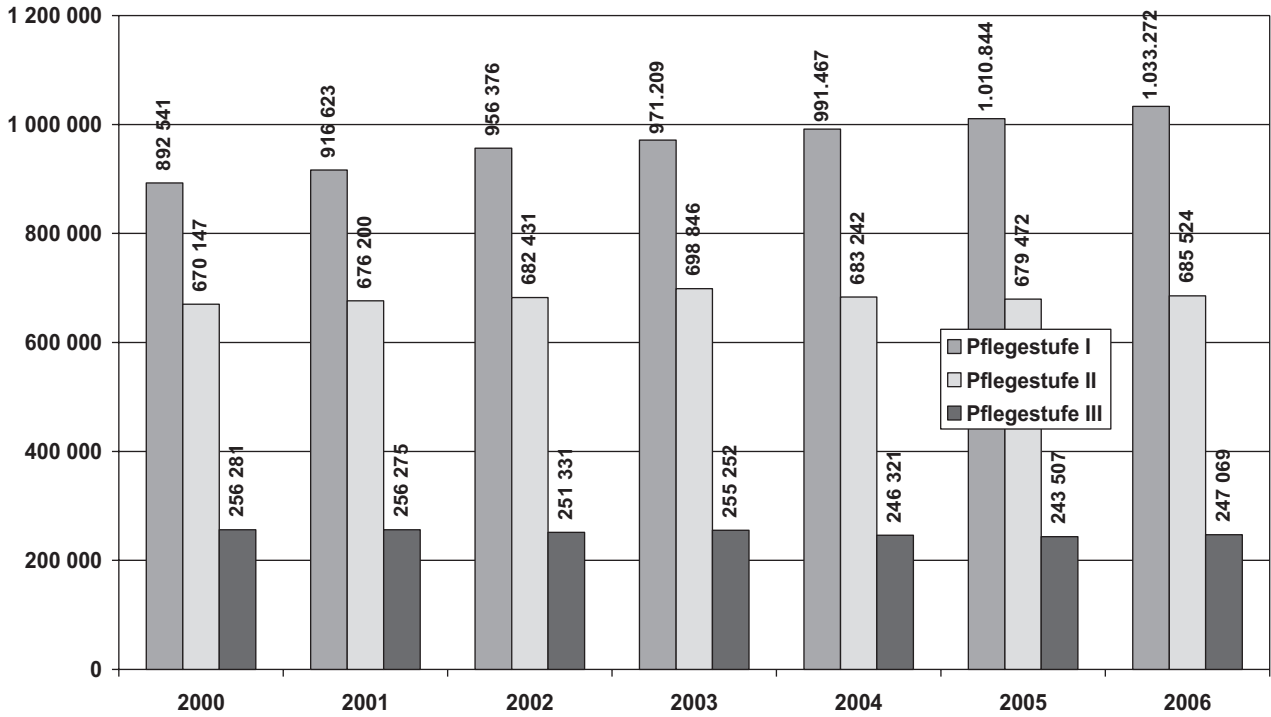
Grafik 2

Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger im stationären Bereich zum Jahresende nach Pflegestufen



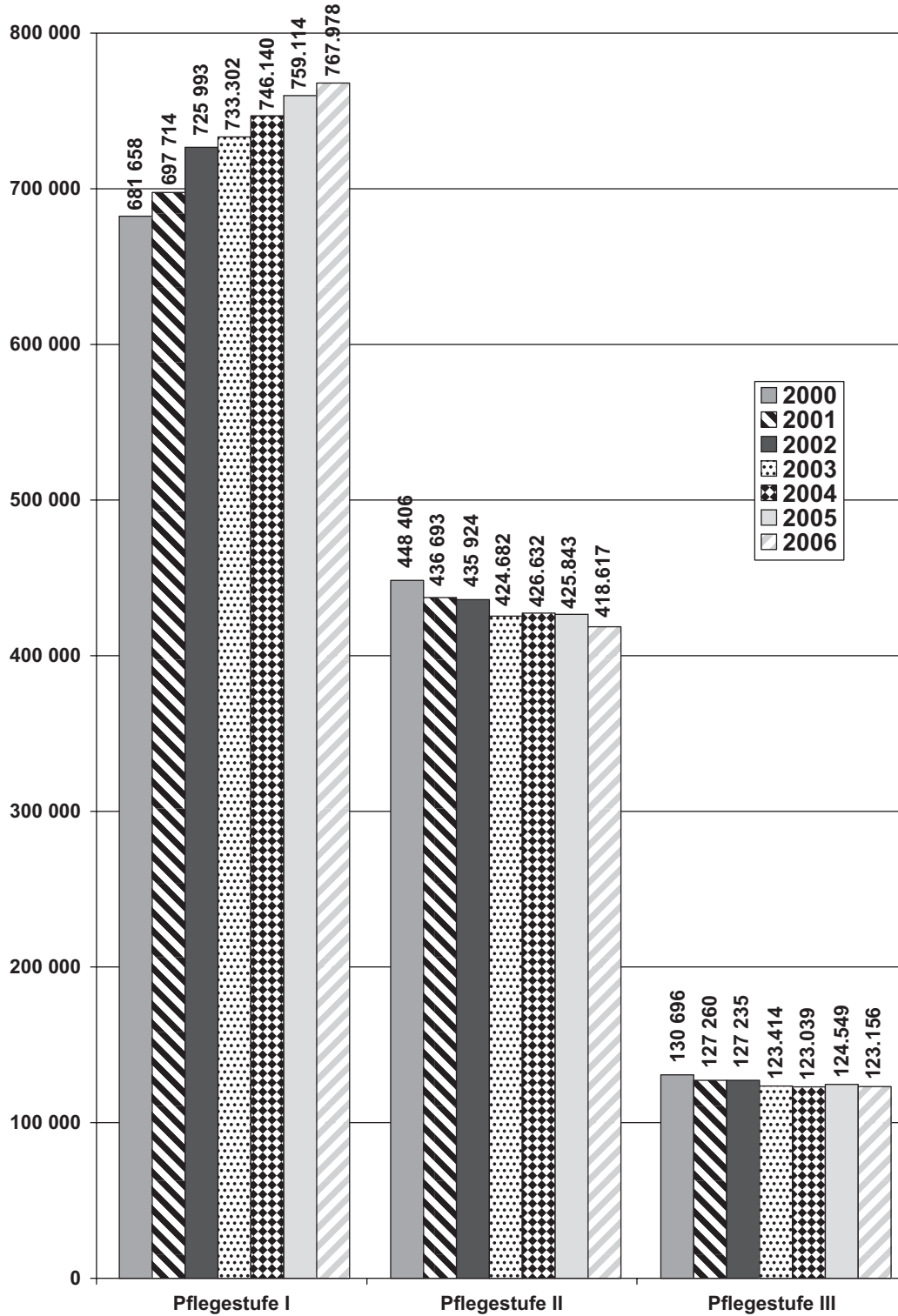
Grafik 3

**Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger zum Jahresende nach Pflegestufen
– ambulant und stationär –**



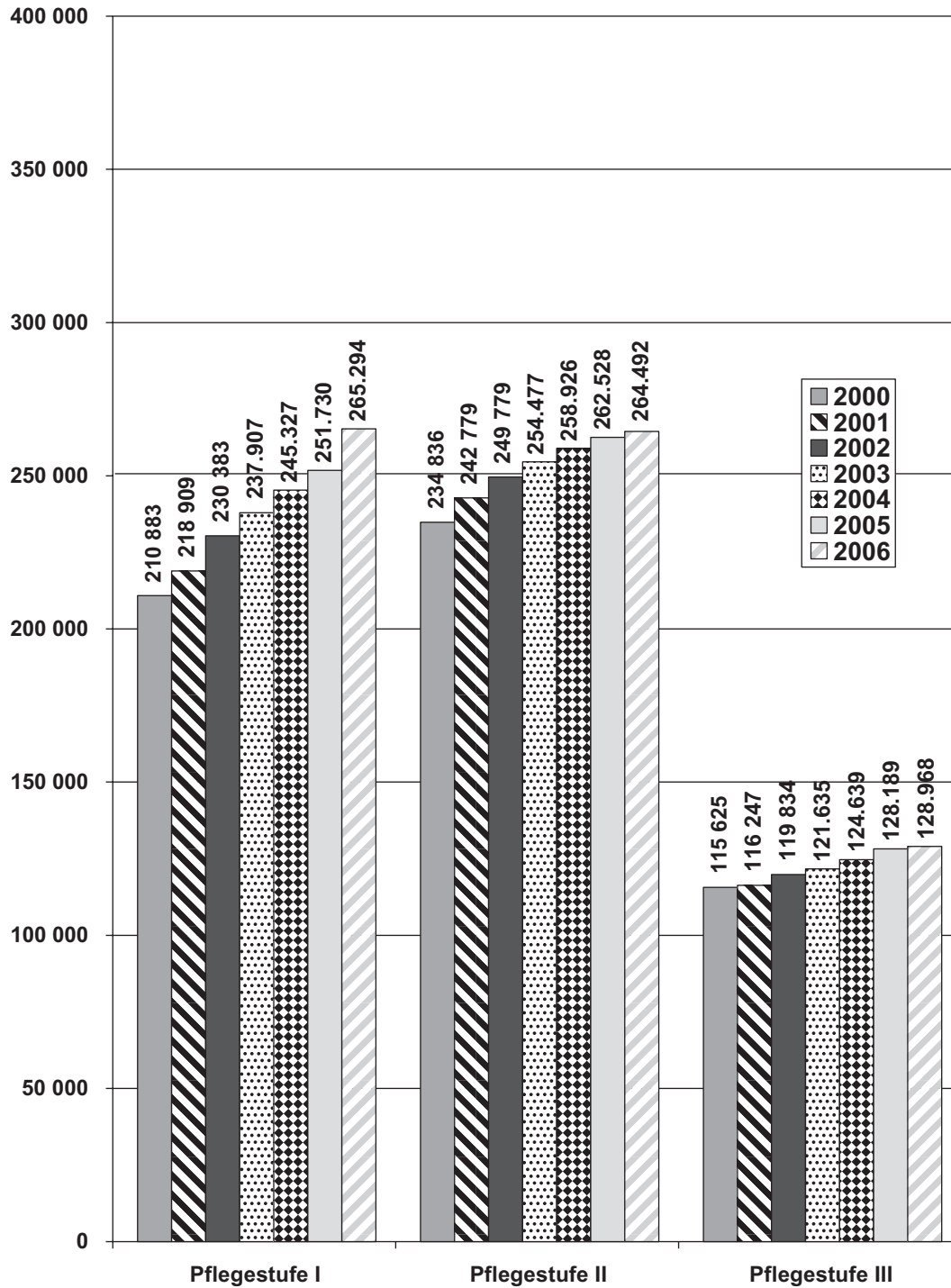
Grafik 4

Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen in den Jahren 2000 bis 2006
– ambulant –



Grafik 5

Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen in den Jahren 2000 bis 2006
- stationär -



Grafik 6

Entwicklung der Leistungsempfänger von Urlaubspflege, Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege im Jahresdurchschnitt

