

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Fünfter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Inhaltsverzeichnis

| | Seite |
|---|-------|
| A. Vorbemerkungen | 9 |
| I. Berichtsauftrag gemäß § 10 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) | 9 |
| II. Berichte zur Pflegeversicherung an den Deutschen Bundestag in den Jahren 2007 bis 2010 | 9 |
| III. Ziele und Konzeption der Pflegeversicherung | 10 |
| B. Wichtige gesetzgeberische Maßnahmen seit dem Vierten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung vom 17. Januar 2008 (Bundestagsdrucksache 16/7772) | 10 |
| I. Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl. I 2007 Nr. 11 S. 378) | 10 |
| II. Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28. Mai 2008 (BGBl. I 2008 Nr. 20 S. 874) | 11 |
| III. Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz – PflegeZG) vom 28. Mai 2008 (BGBl. I 2008 Nr. 20 S. 874, 896) | 11 |
| 1. Kurzzeitige Arbeitsverhinderung | 11 |
| 2. Pflegezeit | 11 |

| | Seite |
|---|-------|
| IV. Gesetz zur Förderung von Familien und haushaltsnahen Dienstleistungen (Familienleistungsgesetz – FamLeistG) vom 22. Dezember 2008 (BGBl. I 2008 Nr. 64 S. 2955) | 11 |
| V. Gesetz zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen (Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung) vom 16. Juli 2009 (BGBl. I 2009 Nr. 43 S. 1959) | 12 |
| VI. Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus vom 30. Juli 2009 (BGBl. I 2009 Nr. 50 S. 2495) | 12 |
| VII. Gesetz zur Regelung von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen (Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz – WBVG) vom 29. Juli 2009 (BGBl. I 2009 Nr. 48 S. 2319) | 12 |
| VIII. Gesetz zur Änderung des Erb- und Verjährungsrechts vom 24. September 2009 (BGBl. I 2009 Nr. 63 S. 3142) | 12 |
| IX. Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche (Pflegearbeitsbedingungenverordnung – PflegeArbbV) vom 15. Juli 2010 (BAnz. 2010 Nr. 110 S. 2571) | 12 |
| C. Umsetzung und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung | 13 |
| I. Pflege-Weiterentwicklungsgesetz | 13 |
| 1. Ziele | 13 |
| 2. Wichtige Aspekte des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes | 13 |
| 2.1 Pflegeberatung | 13 |
| 2.1.1 Umsetzung des Anspruchs auf Pflegeberatung durch die Pflegekassen | 14 |
| 2.1.2 Umsetzung des Anspruchs auf Pflegeberatung im Rahmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung | 15 |
| 2.1.2.1 Organisation der Pflegeberatung | 15 |
| 2.1.2.2 Umsetzung der Pflegeberatung im Einzelnen | 15 |
| 2.1.2.3 Ergebnisse einer im März 2011 durchgeführten Umfrage | 15 |
| 2.1.3 Beratungsangebote in den Ländern Sachsen und Sachsen-Anhalt | 16 |
| 2.2 Aufbau von Pflegestützpunkten | 16 |
| 2.2.1 Aufbau von Pflegestützpunkten in den einzelnen Bundesländern und deren Förderung durch den GKV-Spitzenverband | 17 |
| 2.2.2 Einbindung der privaten Pflege-Pflichtversicherung in Pflegestützpunkte | 18 |
| 2.3 Qualität | 18 |
| 2.4 Niedrigschwellige Betreuungsangebote, Ehrenamt, Selbsthilfe | 18 |
| 2.5 Zusätzliche Betreuung in vollstationären Einrichtungen | 19 |
| 2.6 Gesamtversorgungsverträge | 21 |
| 2.7 Verträge mit Einzelpflegekräften | 21 |
| 2.8 Rückstufungen in eine niedrigere Pflegestufe | 22 |

| | Seite |
|---|-----------|
| 2.9 Zahlungen von Krankenkassen für nicht zeitgerecht erbrachte Rehabilitationsleistungen | 22 |
| 2.10 Verträge zur Integrierten Versorgung | 22 |
| 2.11 Ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen | 22 |
| 2.12 Pflegezeit | 23 |
| 3. Überblick über die Ergebnisse der Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ | 23 |
| II. Pflegevorhaben in der 17. Legislaturperiode | 24 |
| 1. Neuregelungen im Zusammenhang mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze (Infektionsschutzgesetz) vom 28. Juli 2011 (BGBl I 2011 Nummer 41 S. 1622) | 24 |
| 2. Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen | 25 |
| 3. Weiterentwicklung der Pflegeversicherung | 25 |
| D. Stand der Pflegeversicherung | 27 |
| I. Übersicht zu den Leistungen der Pflegeversicherung | 27 |
| II. Anzahl und Struktur der Leistungsempfänger | 29 |
| 1. Soziale Pflegeversicherung | 29 |
| 1.1 Zahl der Leistungsempfänger | 29 |
| 1.2 Leistungsempfänger nach Pflegestufen | 29 |
| 1.3 Leistungsempfänger nach Leistungsarten | 30 |
| 1.4 Leistungsempfänger nach Alter und Geschlecht | 30 |
| 2. Private Pflege-Pflichtversicherung | 30 |
| 2.1 Zahl der Leistungsempfänger | 30 |
| 2.2 Leistungsempfänger nach Pflegestufen | 30 |
| 2.3 Leistungsempfänger nach Alter und Geschlecht | 30 |
| III. Finanzielle Situation der Pflegeversicherung | 31 |
| 1. Soziale Pflegeversicherung | 31 |
| 1.1 Finanzentwicklung | 31 |
| 1.2 Ausgabenstruktur | 31 |
| 2. Private Pflege-Pflichtversicherung | 32 |
| 2.1 Finanzentwicklung | 32 |
| 2.2 Struktur der Aufwendungen | 32 |
| IV. Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die MEDICPROOF GmbH | 32 |

| | Seite |
|---|-----------|
| 1. Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung | 32 |
| 1.1 Rechtliche Grundlagen | 33 |
| 1.2 Wichtige Änderungen der Begutachtungs-Richtlinien (BRi) | 33 |
| 1.2.1 Pflegebedarfsfeststellung bei Kindern/Evaluierung | 33 |
| 1.2.2 Präventive Maßnahmen/Therapien/Leistungen zur medizinischen Rehabilitation | 34 |
| 1.2.3 Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz | 34 |
| 1.2.4 Härtefall-Richtlinien (HRI) | 34 |
| 1.3 Ergebnisse der Begutachtung der Medizinischen Dienste | 34 |
| 1.3.1 Begutachtungen für die soziale Pflegeversicherung | 34 |
| 1.3.2 Pflegestufenempfehlungen der Medizinischen Dienste | 35 |
| 1.4 Berücksichtigung psychisch Kranker, geistig Behinderter und demenziell Erkrankter im Begutachtungsgeschehen der Medizinischen Dienste (Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz) | 35 |
| 1.5 Dauer des Begutachtungsverfahrens | 36 |
| 1.6 Widersprüche gegen das Begutachtungsergebnis, Klagen | 36 |
| 2. Zahl der Pflegefachkräfte und der Ärzte beim MDK | 36 |
| 3. Qualitätssicherung innerhalb des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung | 37 |
| 3.1 Richtlinien zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung und dazugehörige Prüfanleitung | 37 |
| 3.2 Ergebnisse der MDK-Qualitätsprüfungen von Pflegegutachten 2010 | 37 |
| 4. Begutachtung durch die MEDICPROOF GmbH | 37 |
| 4.1 Ärzte führen Begutachtungen durch | 37 |
| 4.1.1 Zahl der Pflegefachkräfte und der Ärzte | 38 |
| 4.2 Zahl und Art der Begutachtungen | 38 |
| 4.3 Aufteilung der Gutachten nach Auftragsstypen | 38 |
| 4.4 Berücksichtigung psychisch Kranker, geistig Behinderter und demenziell Erkrankter im Begutachtungsgeschehen (Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz) | 39 |
| 4.5 Bearbeitungszeiten | 39 |
| 4.6 Einwendungen | 39 |
| 4.7 Qualitätsprüfungen innerhalb von MEDICPROOF – Ergebnisqualität/Qualitätskontrollen | 39 |
| 5. Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs | 40 |
| V. Vergütung ambulanter und stationärer Pflegeleistungen | 41 |
| 1. Ambulante Pflege | 41 |
| 2. Teilstationäre Pflege | 41 |

| | Seite |
|---|-----------|
| 3. Kurzzeitpflege | 42 |
| 4. Vollstationäre Dauerpflege | 43 |
| VI. Auswirkungen der Pflegeversicherung im Bereich der Sozialhilfe | 43 |
| 1. Inanspruchnahme von Sozialhilfe | 43 |
| 2. Ausgabenentwicklung | 46 |
| VII. Entwicklung der Pflegeinfrastruktur | 48 |
| 1. Ambulanter Bereich | 48 |
| 1.1 Anzahl der Pflegedienste und Beschäftigtenstruktur | 48 |
| 1.2 Ambulante Pflegedienste nach Trägern | 48 |
| 2. Vollstationärer Bereich | 49 |
| 2.1 Anzahl der Pflegeheime und Beschäftigtenstruktur | 49 |
| 2.2 Pflegeheime nach Trägern | 49 |
| VIII. Investitionsförderung in den Ländern | 49 |
| IX. Finanzhilfen für Investitionen in Pflegeeinrichtungen im Beitrittsgebiet (Artikel 52 Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG) | 49 |
| X. Entwicklung des Arbeitsmarkts für Pflegekräfte | 51 |
| 1. Auswirkungen der Pflegeversicherung auf den Arbeitsmarkt | 51 |
| 2. Ausbildungssituation | 51 |
| 2.1 Entwicklung der Altenpflegeausbildung | 51 |
| 2.2 Finanzierung der Ausbildungsvergütung in der Altenpflege | 52 |
| 2.3 Zukünftige Entwicklung der Personal- und Ausbildungssituation in der Altenpflege | 52 |
| 2.4. Förderung von Umschulungsmaßnahmen in der Altenpflege | 53 |
| XI. Qualitätssicherung in der Pflege | 53 |
| 1. Initiativen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der pflegerischen Versorgung | 53 |
| 1.1 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (§ 113 SGB XI) | 53 |
| 1.2 Förderung von Expertenstandards | 54 |
| 1.3 Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege (§ 113a SGB XI) | 54 |
| 1.4 Schiedsstelle Qualitätssicherung (§ 113b SGB XI) | 54 |
| 2. Qualitätsprüfungen in der Pflege | 55 |
| 2.1 Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinien-QPR) vom 30. Juni 2009 ... | 55 |

| | Seite | |
|--------------|--|----|
| 2.2 | Pflege-Transparenzvereinbarungen | 55 |
| 2.3 | Ergebnisse von Qualitätsprüfungen | 55 |
| 2.4 | Bericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) über die Entwicklung der Pflegequalität auf der Grundlage der vom Medizinischen Dienst der Kran- kenversicherung (MDK) durchgeführten Qualitätsprüfungen | 56 |
| 3. | Besondere Initiativen der MDK-Gemeinschaft: Grundsatz- stellungen zu besonderen Themen | 56 |
| 4. | Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) an den Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen | 56 |
| XII. | Rehabilitation vor Pflege | 56 |
| 1. | Rechtslage bei Rehabilitationsleistungen | 56 |
| 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 | 56 |
| XIII. | Pflegeversicherung im Ausland | 57 |
| 1. | Bezug von Pflegegeld im Ausland | 57 |
| 2. | Urteile des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) | 58 |
| 2.1 | Urteil des EuGH vom 16. Juli 2009 in der Rechtssache – C-208/07 (Chamier-Glisczinski) | 58 |
| 2.2 | Urteil des EuGH vom 30. Juni 2011 in der Rechtssache C-388/09 (da Silva Martins) | 58 |
| 2.3 | Vertragsverletzungsverfahren vor dem EuGH (C-562/10) | 59 |
| 3. | Zahlen zur Pflegebegutachtung im Ausland | 59 |
| 3.1 | Begutachtungsverfahren | 59 |
| 3.2 | Anzahl der Begutachtungen der Pflegekassen bei Pflegebedürftigen mit Wohnsitz in EU- und EWR-Staaten | 59 |
| 4. | Private Pflegeversicherung | 60 |
| XIV. | Demografische Entwicklung und langfristige Finanzentwicklung | 60 |
| E. | Ausgewählte Forschungsaktivitäten und Modellvorhaben | 61 |
| I. | Leuchtturmprojekt Demenz | 61 |
| II. | Ausblick auf die Zukunftswerkstatt Demenz des Bundesministeriums für Gesundheit | 62 |
| 1. | Regionale Demenznetzwerke | 62 |
| 2. | Unterstützung der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz | 62 |

| | Seite |
|--|-------|
| III. Modellprogramm zur „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“ | 62 |
| 1. Förderschwerpunkt „Werkstatt Pflegestützpunkte“ | 62 |
| 2. Förderschwerpunkt „Translation von Modellergebnissen“ | 63 |
| 3. „Aus kritischen Ergebnisse lernen“ Online Berichts- und Lernsystem für die Altenpflege | 63 |
| 4. Forschungsprojekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ | 63 |
| 5. Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ | 64 |
| IV. Trägerübergreifendes Persönliches Budget | 65 |
| V. Pflege im Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung | 65 |
| VI. Pflege im Programm „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“ der Bundesregierung | 66 |
| 1. Forschungsschwerpunkt „Anwendungsorientierte Pflegeforschung“ | 66 |
| 2. Forschungsschwerpunkt „Gesundheit im Alter“ | 66 |
| 3. Forschungsschwerpunkt „Versorgungsnahe Forschung – Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“ | 66 |
| 4. Forschung zu Pflege und Versorgung in den Kompetenznetzen ... | 67 |
| VII. Weitere Projekte der Bundesregierung zur Verbesserung von Pflege und Lebensqualität für Menschen mit Demenz | 67 |
| Übersicht über den Anhang | |
| Anhang 1 Übersicht zum Stand der Einrichtung von Pflegestützpunkten in den Ländern nach § 92c des Elften Buches Sozialgesetzbuch | 69 |
| Anhang 2 Übersicht über die inhaltlichen Schwerpunkte der Investitionsprogramme der Länder nach Artikel 52 PflegeVG | 75 |
| Übersicht über die Anlagen 1 bis 10 | |
| Anlage 1 Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegestufen | 79 |
| Anlage 2 Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten (errechnet aus Leistungstagen) | 80 |
| Anlage 3 Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung | 81 |
| Anlage 4 Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Ländern (Stand: 1. Januar 2011) | 82 |
| Anlage 5 Pflegesatzniveau in den Ländern (Stand: 1. Januar 2011) | 104 |
| Anlage 6 Zugelassene Pflegeeinrichtungen Ende 2009 (Statistik nach § 109 SGB XI) | 108 |
| Anlage 7 Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen | 109 |

| | Seite |
|--|-------|
| Anlage 8 Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG (Förderung und Förderquoten) | 111 |
| Anlage 8a Länderangaben über die verausgabten Mittel zur Investitionskostenförderung für zugelassene Pflegeeinrichtungen je Jahr im Berichtszeitraum | 128 |
| Anlage 9 Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte für demenziell Erkrankte (Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote und Modellvorhaben im Jahre 2010) | 137 |
| Anlage 10 Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte für demenziell Erkrankte (Versorgungsangebote in den Ländern) | 138 |
| Übersicht über die Grafiken 1 bis 6 | |
| Grafik 1 Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger im ambulanten Bereich zum Jahresende nach Pflegestufen | 143 |
| Grafik 2 Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger im stationären Bereich zum Jahresende nach Pflegestufen | 144 |
| Grafik 3 Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger zum Jahresende nach Pflegestufen – ambulant und stationär – | 145 |
| Grafik 4 Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen in den Jahren 2004 bis 2010 – ambulant – | 146 |
| Grafik 5 Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen in den Jahren 2004 bis 2010 – stationär – | 147 |
| Grafik 6 Pflegebedürftige nach Leistungsarten im Jahresdurchschnitt .. | 148 |

A. Vorbemerkungen**I. Berichtsauftrag gemäß § 10 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI)**

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat den gesetzlichen Auftrag, ab dem Jahr 2011 im Abstand von vier Jahren den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland zu berichten. Nachdem im Januar 2008 der Vierte Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (Bundestagsdrucksache 16/7772) abgegeben wurde, wird nunmehr – entsprechend dem gesetzlichen Auftrag – der Fünfte Bericht dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat vorgelegt.

Er gibt einen 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 2007 bis 2010.

II. Berichte zur Pflegeversicherung an den Deutschen Bundestag in den Jahren 2007 bis 2010

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

- „Seniorinnen und Senioren in Deutschland“ (Bundestagsdrucksache 16/10155)
- „Umsetzung des neuen Pflegebegriffs (gemäß dem Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs)“ (Bundestagsdrucksache 17/3012)
- „Personenzentrierte und ganzheitliche Form des Betreuungsrechts“ (Bundestagsdrucksache 17/5323)
- „Altersarmut in Deutschland“ (Bundestagsdrucksache 17/6317)

Antworten der Bundesregierung zu Kleinen Anfragen sind nachfolgend aufgelistet:

- „Illegale Beschäftigung in Privathaushalten mit Pflegebedürftigen“ (Bundestagsdrucksache 16/2278)
- „Freiheit für bürgerschaftliches Engagement“ (Bundestagsdrucksache 16/4545)
- „Verordnungen und Verwaltungsvorschriften“ (Bundestagsdrucksache 16/4741)
- „Ausgestaltung des Modellprojektes „Werkstatt Pflegestützpunkte und Pflegeberater“ und der darin vorgesehenen Modell-Pflegestützpunkte“ (Bundestagsdrucksache 16/8665)
- „Sicherung tariflich vereinbarter Arbeitsbedingungen des öffentlichen Dienstes und qualitativer Standards der Altenpflege in kommunalen Pflegeeinrichtungen“ (Bundestagsdrucksache 16/10470)

- „Behinderungsbedingte Armutsrisiken“ (Bundestagsdrucksache 16/12145)
- „Alt und behindert – Auswirkungen des demografischen Wandels auf das Leben von Menschen mit Behinderungen“ (Bundestagsdrucksache 16/12877)
- „Stand und Zukunft der Ausbildung in den Pflegeberufen“ (Bundestagsdrucksache 16/13818)
- „Verkürzung des Zivildienstes“ (Bundestagsdrucksache 17/352 und Bundestagsdrucksache 17/545)
- „Umsetzung der Leistungsform Persönliches Budget“ (Bundestagsdrucksache 17/406)
- „Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Bedarf an Betreuung oder Pflege kranker und älterer Familienmitglieder“ (Bundestagsdrucksache 17/650)
- „Stand und Umsetzung der medizinischen Rehabilitation“ (Bundestagsdrucksache 17/1827)
- „Umsetzung des Förderprogramms für zusätzliches Pflegepersonal in den Krankenhäusern“ (Bundestagsdrucksache 17/2086)
- „Stand des Aufbaus von Pflegestützpunkten nach § 92c des Elften Buches Sozialgesetzbuch“ (Bundestagsdrucksache 17/2291)
- „Umsetzungsstand des Fünften Altenberichts „Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft – Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen“ (Bundestagsdrucksache 17/2552)
- „Bericht über die Lage von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen“ (Bundestagsdrucksache 17/2595)
- „Herstellung umfassender Barrierefreiheit“ (Bundestagsdrucksache 17/2649)
- „Mindestlohn in der Pflegebranche“ (Bundestagsdrucksache 17/2844)
- „Arbeit der Allianz zur Beratung der Bundesregierung in Fragen des Arbeitskräftebedarfs“ (Bundestagsdrucksache 17/3295)
- „Entwicklung des ehrenamtlichen Engagements und die nationale Engagementstrategie“ (Bundestagsdrucksache 17/3133)
- „Transparenz der Pflegequalität“ (Bundestagsdrucksache 17/3372)
- „Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche und Kontrolle des Pflegemindestlohns“ (Bundestagsdrucksache 17/4133)
- „Entwicklung und Inanspruchnahme der Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz“ (Bundestagsdrucksache 17/4135)
- „Fakten und Positionen der Bundesregierung zum sogenannten Fachkräftemangel“ (Bundestagsdrucksache 17/4784)

- „Nationale Engagementstrategie der Bundesregierung“ (Bundestagsdrucksache 17/4296)
- „Weiterförderung der Mehrgenerationenhäuser“ (Bundestagsdrucksache 17/4646)
- „Aussetzung des Zivildienstes und Einführung eines Bundesfreiwilligendienstes“ (Bundestagsdrucksache 17/5079)
- „Altersgerechtes Umbauen und Wohnen“ (Bundestagsdrucksache 17/5853)

III. Ziele und Konzeption der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung hat im Berichtszeitraum 2007 bis 2010 keine Änderungen ihrer grundlegenden Zielsetzungen und Strukturen erfahren. Insoweit wird auf die Ausführungen der bisherigen Berichte verwiesen. Es sollen hier lediglich die tragenden Grundsätze kurz angeführt werden.

Die Pflegeversicherung wird 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 der sozialen Pflegeversicherung an. Wer in einer privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert ist, muss eine private Pflege-Pflichtversicherung abschließen.

Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Regelleistungen der Pflegeversicherung ist ein Grad von mindestens erheblicher Pflegebedürftigkeit.

Die Leistungen sind an dem Prinzip „ambulant vor stationär“ ausgerichtet. Die Pflegeversicherung ist keine Vollversicherung, die alle Kosten im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit übernimmt. Ihr Leistungsangebot trägt dazu bei, die mit der Pflegebedürftigkeit verbundenen persönlichen und finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen abzumildern.

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

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.

Im Einzelfall kann es vorkommen, dass Pflegebedürftige und ihre unterhaltspflichtigen Angehörigen Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, die nicht das gesamte Pflegerisiko abdecken, und sie auch nicht über genügend Eigenmittel verfügen, um die verbleibenden Kosten für einen notwendigen und angemessenen Pflege- und Be-

treuungsbedarf zu tragen. Dann können sie zur individuellen Bedarfsdeckung die Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen. Die Einführung der Pflegeversicherung hat allerdings dazu geführt, dass die pflegebedingte Sozialhilfe („Hilfe zur Pflege“) wesentlich weniger als vorher in Anspruch genommen wurde.

B. Wichtige gesetzgeberische Maßnahmen seit dem Vierten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung vom 17. Januar 2008 (Bundestagsdrucksache 16/7772)

I. Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl. I 2007 Nr. 11 S. 378)

Es wurden bereits mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) mit Wirkung vom 1. April 2007 sowohl im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) als auch im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) Regelungen getroffen, die wichtig für die pflegerische Versorgung sind.

Zu nennen ist hier beispielsweise die Einbindung von Pflegediensten, Pflegeheimen und auch Pflegekassen in die integrierte Versorgung nach den §§ 140a ff SGB V.

Für die Pflege ist weiter von Bedeutung, dass der Anspruch auf ambulante und stationäre Rehabilitation von einer Ermessensleistung in eine Pflichtleistung umgewandelt wurde.

Zur Verbesserung des Übergangs zwischen Akutversorgung im Krankenhaus, Rehabilitation und Pflege wurde insbesondere im Zusammenhang mit der Entlassung aus dem Krankenhaus ein Anspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement eingeführt.

Außerdem erhalten Bewohner in neuen Wohnformen (z. B. Wohngemeinschaften) Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Sie wurden damit den Patienten in privaten Haushalten gleichgestellt. Ferner können seitdem erstmalig auch Heimbewohner mit einem besonders hohen behandlungspflegerischen Bedarf (beispielsweise Wachkomapatienten, Dauerbeatmete) häusliche Krankenpflege nach dem SGB V in Anspruch nehmen.

Neu eingeführt wurde des Weiteren ein Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Um den Hilfsmittelanspruch in Pflegeheimen klarzustellen, wurden insbesondere für die Fälle Regelungen getroffen, in denen eine Teilhabe der Versicherten am gemeinschaftlichen Leben innerhalb einer Einrichtung kaum noch möglich ist.

Für die Sicherstellung der Anschlussversorgung nach einem stationären Krankenhausaufenthalt wurden Regelungen zur Verordnungsfähigkeit von häuslicher Krankenpflege aus dem Krankenhaus heraus getroffen.

Ferner wurde für Hospize und Pflegedienste geregelt, wie mit Betäubungsmitteln zu verfahren ist, die nicht mehr gebraucht werden.

Auch die Förderung durch die Krankenkassen von ambulanten Hospizdiensten, die eine qualifizierte ehrenamtliche Sterbegleitung in Pflegeheimen erbringen, wurde normiert.

Aufgrund der Neuregelungen des GKV-WSG wurden zudem zahlreiche Folgeänderungen im SGB XI notwendig.

II. Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28. Mai 2008 (BGBl. I 2008 Nr. 20 S. 874)

Durch dieses Gesetz wurde die Pflegeversicherung noch besser auf die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen ausgerichtet. Dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird seither stärker als bisher Rechnung getragen. Die wichtigsten Aspekte des Gesetzes werden unter Punkt C. I. 2. im Einzelnen ausgeführt.

III. Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz – PflegeZG) vom 28. Mai 2008 (BGBl. I 2008 Nr. 20 S. 874, 896)

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (siehe oben unter Punkt II.) wurde zugleich eine Pflegezeit für Beschäftigte verankert. Diese ist im Pflegezeitgesetz näher geregelt, das am 1. Juli 2008 in Kraft getreten ist. Die Pflegezeitregelungen basieren auf zwei Säulen:

1. Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

Bei akut auftretenden Pflegesituationen haben Beschäftigte das Recht, bis zu zehn Arbeitstagen der Arbeit fernzubleiben, um für einen nahen Angehörigen eine bedarfsgerechte Pflege zu organisieren oder die sofortige pflegerische Versorgung des Angehörigen sicherzustellen (sogenannte kurzzeitige Arbeitsverhinderung). Das Recht, der Arbeit fernzubleiben, ist auf Akutfälle begrenzt und steht jedem Beschäftigten unabhängig von der Anzahl der beim Arbeitgeber beschäftigten Personen zu.

2. Pflegezeit

Daneben haben Beschäftigte, die in häuslicher Umgebung einen pflegebedürftigen Angehörigen pflegen oder in der letzten Phase des Lebens begleiten wollen, Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung für längstens sechs Monate (sogenannte Pflegezeit). Die Beschäftigten können zwischen vollständiger und teilweiser Freistellung von der Arbeit wählen. Der Anspruch auf Pflegezeit besteht nicht gegenüber Arbeitgebern mit in der Regel fünfzehn oder weniger Beschäftigten. Bei Inanspruchnahme der Pflegezeit darf der Arbeitgeber das Beschäftigungsverhältnis von der Ankündigung bis zur Beendigung der Pflegezeit nicht kündigen.

Während der Pflegezeit ist die notwendige soziale Absicherung der Pflegeperson gewährleistet. Bei einer teil-

weisen Freistellung von der Arbeitsleistung bleibt die soziale Absicherung aufgrund der weiteren Beschäftigung bestehen, soweit es sich um eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung handelt. In allen übrigen Fällen wird sie von der Pflegeversicherung finanziert:

- Für die Kranken- und Pflegeversicherung gewährt die Pflegeversicherung, wenn keine anderweitige Absicherung, insbesondere durch eine Familienversicherung, besteht, einen Beitragszuschuss zu einer freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung oder zu einer Versicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen einschließlich der damit in Zusammenhang stehenden Pflege-Pflichtversicherung. Dieser Zuschuss ist so bemessen, dass er in der Regel den tatsächlich zu zahlenden Beitrag für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung abdeckt.
- In der Rentenversicherung sind Zeiten der nicht erwerbsmäßigen häuslichen Pflege eines Pflegebedürftigen grundsätzlich Pflichtbeitragszeiten, soweit die häusliche Pflege mindestens 14 Stunden wöchentlich beträgt. Die Pflegeversicherung zahlt für diese Zeiten Beiträge in Abhängigkeit von der Pflegestufe und dem Umfang der Pflegetätigkeit. Dies gilt auch, wenn eine Beschäftigung ausgeübt wird, allerdings nur, wenn die Erwerbstätigkeit 30 Stunden in der Woche nicht übersteigt (z. B. bei teilweiser Freistellung und Pflege).
- In der Arbeitslosenversicherung besteht die Pflichtversicherung für die Dauer der Pflegezeit fort. Die notwendigen Beiträge werden von der Pflegeversicherung übernommen.

IV. Gesetz zur Förderung von Familien und haushaltsnahen Dienstleistungen (Familienleistungsgesetz – FamLeistG) vom 22. Dezember 2008 (BGBl. I 2008 Nr. 64 S. 2955)

Mit dem Familienleistungsgesetz ist die Steuerermäßigung bei Aufwendungen für Pflege- und Betreuungsleistungen gemäß § 35a Absatz 2 Satz 2 Einkommensteuergesetz (EStG) mit Wirkung zum 1. Januar 2009 erheblich ausgeweitet worden. Während pflegebedingte Aufwendungen bis zu diesem Zeitpunkt lediglich bis zu einem Höchstbetrag von 6 000 Euro jährlich durch einen direkten Abzug von der Steuerschuld in Höhe von 20 Prozent (also bis zu 1 200 Euro) berücksichtigt werden konnten, wird nunmehr bei maximal begünstigten Aufwendungen für häusliche Pflege- und Betreuungsleistungen von 20 000 Euro im Jahr eine Steuerermäßigung von bis zu 4 000 Euro (das entspricht 20 Prozent von 20 000 Euro) gewährt. Dies bedeutet eine Verbesserung der steuerlichen Förderung um mehr als das Dreifache.

Privathaushalte als Auftrag- und Arbeitgeber werden mit dieser Erhöhung stärker steuerlich entlastet. Dies kommt Familien zugute, in denen ein pflegebedürftiger häuslich gepflegt und betreut wird. Durch die steuerliche Förderung der Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf

werden Familien unterstützt und die häusliche Pflege gestärkt.

V. Gesetz zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen (Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung) vom 16. Juli 2009 (BGBl. I 2009 Nr. 43 S. 1959)

Seit dem 1. Januar 2010 können sowohl gesetzlich Versicherte als auch privat Versicherte die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung in voller Höhe steuerlich geltend machen.

VI. Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus vom 30. Juli 2009 (BGBl. I 2009 Nr. 50 S. 2495)

Seit dem 5. August 2009 können behinderte Pflegebedürftige während einer Krankenhausbehandlung auf ihre gewohnten Pflegekräfte zurückgreifen. Diese werden dann als sogenannte Assistenzpflegekräfte tätig und der Kostenträger zahlt während der Dauer der stationären Krankenhausbehandlung die entsprechenden Leistungen weiter. Dadurch soll vermieden werden, dass es zu Versorgungsbrüchen mit negativen Folgen für die Betroffenen kommt und die vertrauten Betreuungspersonen auch in dieser kritischen Situation zur Verfügung stehen. Zugleich wird dem Krankenhauspersonal die Pflege von Menschen mit Behinderungen erleichtert.

VII. Gesetz zur Regelung von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen (Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz – WBVG) vom 29. Juli 2009 (BGBl. I 2009 Nr. 48 S. 2319)

Durch die erste Stufe der Föderalismusreform im Jahr 2006 ist die Zuständigkeit für den ordnungsrechtlichen Teil des Heimrechts auf die Länder übergegangen (Artikel 74 Absatz 1 Nummer 7 Grundgesetz – GG). Bis die Länder eigene Gesetze erlassen haben, gilt das Heimgesetz allerdings uneingeschränkt fort (Artikel 125a Absatz 1 GG). Im Berichtszeitraum haben insgesamt elf Länder von dieser Gesetzgebungskompetenz Gebrauch gemacht und die ordnungsrechtlichen Vorschriften des Heimgesetzes durch landesrechtliche Regelungen ersetzt.

Der Bund ist hingegen auch weiterhin für die zivilrechtlichen Regelungen auf dem Gebiet des Heimrechts zuständig (Artikel 74 Absatz 1 Nummer 1 GG). Am 1. Oktober 2009 ist das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) in Kraft getreten, das die zivilrechtlichen Vorschriften des Heimgesetzes abgelöst hat.

Das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz stärkt die Rechte älterer, pflegebedürftiger und behinderter Menschen, wenn sie Verträge abschließen, in denen die Überlassung von Wohnraum mit der Erbringung von Pflege- oder Betreuungsleistungen verknüpft ist. Sie haben seit dem 1. Oktober 2009 einen Anspruch darauf, rechtzeitig vor Vertragsschluss von der Einrichtung über den wesent-

lichen Inhalt des Leistungsangebots in leicht verständlicher Sprache mündlich und schriftlich informiert zu werden. Ist dies nicht der Fall, können sie den Vertrag jederzeit ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Außerdem ist ein sogenanntes Probewohnen möglich, d. h. innerhalb der ersten zwei Wochen können die Verbraucher jederzeit kündigen. Ferner muss die Einrichtung eine Anpassung des Vertrags anbieten, wenn sich der Pflege- und/oder Betreuungsbedarf ändert. Das Gesetz dient als modernes Verbraucherschutzgesetz der Verwirklichung des in Artikel 1 der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen beschriebenen Anspruchs auf Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe.

VIII. Gesetz zur Änderung des Erb- und Verjährungsrechts vom 24. September 2009 (BGBl. I 2009 Nr. 63 S. 3142)

Mit dem Gesetz zur Änderung des Erb- und Verjährungsrechts wurde § 2057a Absatz 1 Satz 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), der eine Honorierung von familiären Pflegeleistungen im Rahmen des Erbrechts vorsieht, zum 1. Januar 2010 neu gefasst. Während Pflegeleistungen von Abkömmlingen des Erblassers bisher nur dann im Rahmen der Erbauseinandersetzung Berücksichtigung fanden, wenn sie unter Verzicht auf berufliches Einkommen erbracht wurden, wird nunmehr auf diese Voraussetzung verzichtet. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass auch derjenige eine wichtige und anzuerkennende Aufgabe erfüllt, der sowohl pflegt als auch einer Berufstätigkeit nachgeht.

Mit der Neufassung des § 2057a Absatz 1 Satz 2 BGB ist ein weiterer wichtiger Beitrag zur Unterstützung pflegender Angehöriger und somit zur Stärkung der häuslichen Pflege geleistet worden.

IX. Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche (Pflegearbeitsbedingungenverordnung – PflegeArbbV) vom 15. Juli 2010 (BAnz. 2010, Nr. 110, S. 2571)

Seit dem 1. August 2010 gilt in der Pflegebranche ein Mindestlohn nach dem Arbeitnehmer-Entsendegesetz. Grundlage für die Festsetzung von untersten Lohngrenzen für Pflegekräfte war eine Kommissionsempfehlung, die seitens des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung umgesetzt wurde („Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche – PflegeArbbV“).

Die Verpflichtung zur Zahlung von Mindestentgelten gilt in Betrieben und selbständigen Betriebsabteilungen, die überwiegend ambulante, teilstationäre oder stationäre Pflegeleistungen für Pflegebedürftige erbringen („betrieblicher Geltungsbereich“). Innerhalb der Pflegebetriebe gilt der Mindestlohn für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die überwiegend Grundpflege nach § 14 Absatz 4 Nummer 1 bis 3 SGB XI ausüben („persönlicher Geltungsbereich“).

Mindestlohn in der Pflegebranche

| | Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein | Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen |
|---------------|---|---|
| ab 01.08.2010 | 8,50 € | 7,50 € |
| ab 01.01.2012 | 8,75 € | 7,75 € |
| ab 01.07.2013 | 9,00 € | 8,00 € |

Der Pflege-Mindestlohn ist ein Baustein im Rahmen vielfältiger Maßnahmen der Bundesregierung zur Aufwertung der Pflege insgesamt. Die Mindestentgelte in Höhe von zunächst 7,50 Euro/Std. (Ostdeutschland ohne Berlin) und 8,50 Euro/Std. (Westdeutschland inklusive Berlin) sollen der Gefahr einer abwärts gerichteten Lohnentwicklung und damit einem Wettbewerb zu Lasten der Beschäftigten, der Qualität der Pflege und der Pflegebedürftigen begegnen. Die Mindestentgelte steigen bis zum Jahr 2013 in zwei Schritten auf dann 8,00 Euro/Std. (Ost) und 9,00 Euro/Std. (West) an. Dies ist gerade auch vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung bedeutsam, um die Attraktivität des Pflegeberufs in Konkurrenz zu anderen Branchen und Berufen um potenzielle Arbeitskräfte zu steigern.

C. Umsetzung und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

I. Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

1. Ziele

Die seit dem 1. Januar 1995 bestehende Pflegeversicherung hat ein hohes Maß an Akzeptanz erreicht. Ihre Leistungen tragen dazu bei, dass viele Pflegebedürftige, wie es ihrem Wunsch entspricht, zu Hause gepflegt werden können, oft durch Angehörige. Um diesen Vorrang der häuslichen Pflege weiterhin sicherzustellen und die Pflegebedürftigen sowie ihre Angehörigen zu entlasten, wurden mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz die Leistungsbeträge angehoben. Außerdem wurde der allgemeine Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf von Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen besser berücksichtigt. Das Fallmanagement wurde verstärkt, in dem für Pflegebedürftige ein individueller Anspruch auf umfassende Pflegeberatung auch in Pflegestützpunkten eingeführt wurde. Es wurde zugleich der Auf- und Ausbau wohnortnaher Versorgungsstrukturen gefördert und den Pflegebedürftigen eine quartierbezogene, an ihren Bedürfnissen ausgerichtete Pflege ermöglicht.

2. Wichtige Aspekte des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes

2.1 Pflegeberatung

Seit dem 1. Januar 2009 haben alle Versicherten, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten, einen Anspruch auf

individuelle Beratung und Hilfestellung gegenüber ihrer Pflegekasse. Ebenso haben alle Versicherten, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben und bei denen erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht, einen Anspruch auf Pflegeberatung. Dieser besteht jedoch nicht nur gegenüber den Pflegekassen, sondern auch gegenüber den privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Deren Leistungsangebot muss nach Art und Umfang gleichwertig mit den Leistungen der Pflegekassen sein.

Der Anspruch auf umfassende Pflegeberatung gemäß § 7a SGB XI ist im Sinne eines individuellen Fallmanagements zu verstehen, das von der Feststellung und systematischen Erfassung des Hilfebedarfs über die Erstellung eines individuellen Versorgungsplans mit allen erforderlichen Leistungen bis hin zur Überwachung der Durchführung des Versorgungsplans reicht.

Ziel der Pflegeberatung ist es, die Versorgungssituation des Pflegebedürftigen durch passgenaue und aufeinander abgestimmte Hilfen zu verbessern und insbesondere zur Stärkung der häuslichen Versorgung entsprechend dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ einen maßgeblichen Beitrag zu leisten. Dazu koordinieren und steuern die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater in Abstimmung mit den übrigen Beteiligten die Gesamtheit der im individuellen Fall erforderlichen Hilfs- und Unterstützungsleistungen. Dies sind einerseits Leistungen auf der Grundlage des SGB XI und andererseits angrenzende Leistungen nach anderen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften, wie z. B. Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V und Leistungen nach dem SGB XII.

Als Sachwalter der Interessen der Hilfebedürftigen stellen die Pflegeberaterinnen und -berater sicher, dass die Pflegeberatung unabhängig und neutral durchgeführt wird.

Im Hinblick auf die Sicherstellung des Beratungsangebotes sind die Pflegekassen verpflichtet, eine entsprechende Anzahl qualifizierter Pflegeberaterinnen und -berater vorzuhalten, so dass die Aufgaben zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können. Der GKV-Spitzenverband hat Empfehlungen zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater formuliert, die neben dem zeitlichen Umfang der Qualifizierung auch deren Inhalte konkretisieren.

Die Pflegekassen können die mit der Pflegeberatung verbundenen Aufgaben selbst wahrnehmen oder auf Dritte übertragen. Sofern Pflegestützpunkte in den Bundesländern eingerichtet sind, muss die Beratung auch dort vorgehalten werden und eine Abstimmung mit den anderen, am Betrieb des Pflegestützpunkts beteiligten Akteuren, wie etwa den Kommunen, vorgenommen werden.

Vor dem Hintergrund, dass mit der Einführung des Anspruchs auf Pflegeberatung in der Pflegeversicherung ein neues Instrument zur Unterstützung der Hilfebedürftigen geschaffen wurde, hat der GKV-Spitzenverband gemäß § 7a Absatz 7 SGB XI den Auftrag erhalten, dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2011 einen unter wissenschaftlicher Begleitung zu erstellenden Bericht vorzulegen. Ziel des Berichts ist, aus den ersten Praxiserfahrungen weitere Hinweise für die Ausgestaltung der Pflegeberatung zu erhalten. Die nachfolgenden Ausführungen beruhen auf diesem Bericht.

2.1.1 Umsetzung des Anspruchs auf Pflegeberatung durch die Pflegekassen

Grundlage für die Evaluation waren die Auswertung der Strukturen der Pflegeberatung in den 16 Bundesländern, eine schriftliche Kurzbefragung aller Pflegekassen, eine telefonische Befragung von 1 000 Pflegehaushalten sowie Fallstudien.

Laut Evaluationsbericht haben die Kassen je nach Aufbau, Versichertenstruktur und Größe unterschiedliche Beratungen implementiert, nämlich entweder bundeseinheitlich oder regional ausgerichtet. Zum Teil hätten die Pflegekassen ihr eigenes Angebot in die Pflegestützpunkte integriert, zum Teil gäbe es ein unabhängiges Angebot oder die Pflegeberatung sei an Dritte als Kooperationspartner delegiert worden.

Die Qualifikation der Pflegeberaterinnen und -berater habe zum 30. Juni 2011 ganz überwiegend den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Absatz 3 Satz 3 SGB XI zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29. August 2008 (insbesondere 400 Stunden Weiterbildung) entsprochen.

Ergebnisse der knapp 1 000 telefonischen Befragungen von Pflegehaushalten sind nach der Studie folgende:

- 45 Prozent (= 450 Haushalte) haben sich schon einmal beraten lassen. Davon haben 15 Prozent ein meist längerfristiges Fallmanagement benötigt (sogenannte Fallmanagementkunden). Überwiegend hat es sich dabei um Haushalte mit Pflegebedürftigen der Pflegestufen II und III oder um demenziell Erkrankte gehandelt, die teilweise Pflegestufe 0 haben. Die restlichen 30 Prozent haben eine ausführliche Beratung, aber kein Fallmanagement benötigt (sogenannte Beratungskunden).
- 42 Prozent (= 420 Haushalte) haben sich kurz informiert (sogenannte Informationskunden).
- 13 Prozent (= 130 Haushalte) haben keinen Beratungsbedarf.

Von den 450 erstgenannten Haushalten (also den Fallmanagement- und Beratungsklienten) haben nach der Studie nahezu 90 Prozent gewusst, dass es eine Beratungsstelle am Wohnort bzw. in der Nähe (= Wohnumfeld) gibt. Unter Beachtung von Doppelnennungen sind dies:

- in 71 Prozent der Fälle der ambulante Pflegedienst,
- in 63 Prozent der Fälle eine stationäre Betreuungseinrichtung,
- in 57 Prozent der Fälle die Pflege- und Krankenkassen,
- in 53 Prozent der Fälle die Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände,
- in nur 32 Prozent der Fälle die kommunalen Einrichtungen.

Beratungen in der häuslichen Umgebung werden der Studie zufolge dagegen zu 70 Prozent von Pflege- und Krankenkassen wahrgenommen.

An den Beratungen nehmen in der Regel die privaten (Haupt-) Pflegepersonen und 81 Prozent der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe I teil, während es in der Pflegestufe II nur noch 74 Prozent und in der Pflegestufe III nur noch 57 Prozent der Pflegebedürftigen sind.

Seit der Einführung des Anspruchs auf Pflegeberatung nach § 7a SGB XI wird nach den Ergebnissen der Studie mehr Beratung, insbesondere mehr ausführliche Beratung, in Anspruch genommen (im Vergleich zu vorher eine Steigerung um 32 Prozent).

Über die Möglichkeit der Beratung sind die meisten Betroffenen (59 Prozent) von den Pflege- und Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung informiert worden. Rund 50 Prozent haben davon durch Broschüren und den Hausarzt erfahren, 4 Prozent über ambulante Dienste oder Freunde. Am besten informiert seien die „Neukunden“, also diejenigen, die nach der Einführung des § 7a SGB XI pflegebedürftig wurden.

Inhalt der Beratung ist neben der Erstellung eines Versorgungsplans die Unterstützung bei der Einholung von Genehmigungen, die Benennung von Ansprechpartnern und die Herstellung entsprechender Kontakte. Über 40 Prozent der Beratenen haben sich über niedrigschwellige Betreuungsangebote oder sonstige Unterstützungsangebote (z. B. Selbsthilfegruppen) informiert, 39 Prozent über sonstige Sozialleistungen (wie Wohngeld und Grundsicherung).

Die Ratsuchenden hätten in der Regel keine ausreichende Kenntnis von den Pflegestützpunkten im Besonderen und allgemein vom Beratungsangebot.

Den ambulanten Diensten sei zu 90 Prozent Neutralität und den Kranken- und Pflegekassen zu 85 Prozent Neutralität der Beratung von den Betroffenen bescheinigt.

Ein wichtiges Ergebnis sei auch, dass von den Beratenen nur 25 Prozent der privaten Pflegepersonen mit der Pflege gut zurechtkommen, 56 Prozent im Großen und Ganzen, 18 Prozent nur unter Schwierigkeiten und 1 Prozent gar nicht.

Vor dem Hintergrund, dass eine (bereits kurz nach Inkraft-Treten der Neuregelungen) durchgeführte Studie von TNS Infratest zu divergierenden Ergebnissen kommt, bedarf es vertiefter Untersuchungen (siehe unter Punkt C. I. 3.).

2.1.2 Umsetzung des Anspruchs auf Pflegeberatung im Rahmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung

Der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. hat am 17. Juni 2008 die Gesellschaft COMPASS Private Pflegeberatung GmbH gegründet. Diese soll die Umsetzung des gesetzlichen Anspruchs auf Pflegeberatung entsprechend § 7a SGB XI für alle Mitgliedsunternehmen sicherstellen. Die nachfolgenden Ausführungen basieren auf einem von COMPASS vorgelegten Bericht.

2.1.2.1 Organisation der Pflegeberatung

Die Pflegeberatung wird in Form einer telefonischen Beratung und einer Beratung vor Ort durchgeführt. Die telefonische Pflegeberatung ist unter einer bundesweit einheitlichen und kostenfreien Telefonnummer zu erreichen und wird laut Auskunft von COMPASS von zur Zeit 14 Pflegeberaterinnen und -beratern durchgeführt. Der Schwerpunkt der Pflegeberatung durch COMPASS liege jedoch auf der Beratung in der häuslichen Umgebung. So könne der Pflegeberater frühzeitig Einblick in die häusliche Pflegesituation nehmen und effektiver beraten. Die aufsuchende Pflegeberatung werde von 21 Teams mit derzeit 170 festangestellten Mitarbeitern geleistet.

2.1.2.2 Umsetzung der Pflegeberatung im Einzelnen

Durchführung der Pflegeberatung

Nach Angaben von COMPASS richtet sich die Pflegeberatung nicht nur an pflegebedürftige Versicherte, sondern auch an deren Angehörige und gesetzliche Betreuer sowie an von Pflegebedürftigkeit bedrohte oder allgemein ratsuchende Personen. Hintergrund sei die Überlegung, dass viele Pflegebedürftige nicht mehr in der Lage seien, ihren Hilfebedarf zu erkennen und zu beschreiben, und dass sich nach der Praxiserfahrung von COMPASS in mehr als 60 Prozent der Fälle pflegende Angehörige oder das soziale Umfeld an die Pflegeberatung wenden. Während die telefonische Pflegeberatung sowohl gesetzlich als auch privat Versicherten offenstehe, sei die aufsuchende Pflegeberatung privat Versicherten vorbehalten.

Leistungsspektrum

Das Leistungsspektrum der COMPASS Pflegeberatung reicht nach dem Bericht von einem allgemeinen Kurz-Informationsgespräch (rund 30 Prozent des telefonischen Beratungsaufkommens) bis hin zu einer längerfristigen Begleitung komplexer Pflegesituationen, entweder telefonisch oder vor Ort. Bei rund einem Viertel der Anrufe veranlassten die Pflegeberater nach Angaben von COMPASS eine Beratung vor Ort. Ebenso könne bei knapp einem

Viertel aller Beratungsfälle der Beratungszyklus nach einem Beratungsgespräch abgeschlossen werden, während es sich bei rund drei Viertel der Fälle um komplexere Beratungssituationen bis hin zum Fallmanagement handele. Insgesamt sind im Jahr 2010 rund 63 000 Gespräche telefonisch und persönlich vor Ort geführt worden, wobei im Vergleich zum Vorjahr die Zahl der Gespräche vor Ort diejenigen in der zentralen telefonischen Beratung überstiegen habe. Laut COMPASS erfolgt die Pflegeberatung unabhängig und neutral, ausschließlich orientiert am Bedarf der Betroffenen.

Qualifizierung der Pflegeberaterinnen und -berater

Durchgeführt werde die Pflegeberatung von Beraterinnen und Beratern, die zu 93 Prozent über eine pflegefachliche Grundausbildung verfügten. Ein Drittel von ihnen habe darüber hinaus ein Studium im Gesundheits- und/oder Sozialbereich absolviert und ein Fünftel eine Weiterbildung zum Case-Manager. Die auf die Grundqualifikation aufbauende Weiterbildung zum Pflegeberater berücksichtige die Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29. August 2008 und werde gleichzeitig dem gewählten Konzept der aufsuchenden Pflegeberatung gerecht.

2.1.2.3 Ergebnisse einer im März 2011 durchgeführten Umfrage

In Zusammenarbeit mit dem Institut für Qualität und Case Management an der Hochschule Bremen hat COMPASS im März 2011 eine stichprobenartige und anonyme Befragung von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen, die die Pflegeberatung durch COMPASS bereits in Anspruch genommen haben, durchgeführt. Laut Angaben von COMPASS ist Ziel dieser Befragung gewesen, ein differenziertes Bild zu den Erwartungen an die Pflegeberatung und zu den mit der Pflegeberatung gemachten Erfahrungen zu erhalten. Bei 1 000 angesprochenen Personen konnten 436 Fragebögen ausgewertet werden.

Die Befragung habe ergeben, dass für die Pflegebedürftigen und ihre pflegenden Angehörigen allgemeine Fragen zur Pflege (75,5 Prozent) sowie Fragen und Unterstützung bei Antragstellung und Begutachtung durch MEDICPROOF (66,3 Prozent) im Mittelpunkt der Beratungsgespräche stünden. Weitere wichtige Themenfelder seien Hilfsmittel sowie wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, die Entlastung pflegender Angehöriger und in diesem Kontext auch die Verhinderungspflege, die Finanzierbarkeit der Pflegesituation sowie teilstationäre und stationäre Pflege.

Die zentrale telefonische Pflegeberatung sei eine wichtige Anlaufstelle für die Betroffenen. Gut 52 Prozent der Befragten hätten sie bereits genutzt. Knapp 47 Prozent machten davon keinen Gebrauch, sondern würden sich direkt an den Pflegeberater vor Ort wenden. Insgesamt empfänden ca. 99 Prozent der Befragten die telefonische Pflegeberatung als „hilfreich“ bzw. „sehr hilfreich“.

Sowohl die pflegenden Angehörigen (rund 50 Prozent) als auch die Pflegebedürftigen selbst (knapp 70 Prozent) nutzen die aufsuchende Pflegeberatung vor Ort. Damit werde die aufsuchende Pflegeberatung häufiger in Anspruch genommen als die telefonische Beratung. Alle, die die aufsuchende Pflegeberatung bereits in Anspruch genommen hätten, empfänden den Hausbesuch des Pflegeberaters als „hilfreich“ oder „sehr hilfreich“. Von den Ratsuchenden, die die aufsuchende Pflegeberatung bislang noch nicht genutzt hätten, gäben 60 Prozent an, dass dieses Angebot ihren Bedürfnissen entgegenkommen würde; 40 Prozent würden eine Beratung im häuslichen Umfeld hingegen „eher störend“ finden. 72 Prozent der Befragten bezeichneten die Gesprächsatmosphäre als „sehr vertrauensvoll“ oder „vertrauensvoll“ und 86 Prozent als „sehr freundlich“ oder „freundlich“.

Insgesamt ist die Mehrheit der befragten Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen nach dem Bericht mit dem Beratungsgespräch sehr zufrieden.

2.1.3 Beratungsangebote in den Ländern Sachsen und Sachsen-Anhalt

Die Länder Sachsen und Sachsen-Anhalt haben keine Pflegestützpunkte errichtet (zum Aufbau von Pflegestützpunkten siehe unter C. I. 2.2). Für Versicherte bestehen in Sachsen und Sachsen-Anhalt vielmehr die folgenden Beratungsangebote. Die nachfolgenden Ausführungen beruhen auf Informationen der zuständigen Ministerien der Länder.

Sachsen

Um den Anforderungen der §§ 7a und 92c SGB XI gerecht zu werden, hätten sich das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz gemeinsam mit Vertretern der Pflegekassen und ihrer Verbände, der kommunalen Spitzenverbände sowie Verbänden der Leistungserbringer darauf verständigt, vor Ort, in den Kommunen und Landkreisen eine vernetzte Pflegeberatung zu implementieren.

Dazu sei die „Kooperationsvereinbarung zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur in Sachsen auf der Grundlage des § 15 SGB I in Verbindung mit § 8 Absatz 2 SGB XI“ geschlossen worden. Man habe sich darauf geeinigt, die bestehenden Beratungsstrukturen zu nutzen und in dauerhaft funktionierende Netzwerke einzubinden.

In den entstehenden Netzwerken würden neben den Pflegeberaterinnen und Pflegeberatern der Pflegekassen sowie den Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern der Kommunen die verschiedenen Akteure im medizinischen, pflegerischen und sozialen Bereich unter Einbindung sozialer sowie bürgerschaftlicher Initiativen und Selbsthilfevereinigungen oder Selbsthilfeorganisationen vor Ort zusammenwirken.

Neben den regionalen Netzwerken ist nach dem Bericht aus Sachsen für alle Fragen rund um die Pflege zudem

unter Federführung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz ein Internetportal Pflegenetz (PflegeN) eingerichtet worden. Das PflegeN übe eine Lotsenfunktion aus und unterstütze die Hilfesuchenden bei der Suche nach regionalen und überregionalen Ansprechpartnern.

Im Rahmen der von 2009 bis 2010 in drei Regionen Sachsens mit jeweils unterschiedlichen Versorgungsstrukturen durchgeführten Modellprojekten „Vernetzte Pflegeberatung“ erfolgten nach Aussage des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz ca. 50 Prozent der Beratungen im häuslichen Umfeld. Von diesen würden 85 Prozent auf die individuelle Pflegeberatung der Pflegekassen nach § 7a SGB XI und 15 Prozent auf die kommunalen Beratungen entfallen.

Sachsen-Anhalt

Das Land Sachsen-Anhalt habe mit den Kosten- und Leistungsträgern am 6. Oktober 2010 eine Landesrahmenvereinbarung zur vernetzten Pflegeberatung unterzeichnet. Diese Landesrahmenvereinbarung enthalte unter anderem eine Öffnungsklausel, die es ermögliche, dass in den Kommunen weitergehende Kooperationsvereinbarungen geschlossen werden könnten, die die jeweiligen Besonderheiten vor Ort berücksichtigen würden.

Mit allen Kommunen im Land Sachsen-Anhalt seien bereits Kooperationsvereinbarungen geschlossen worden. Somit sei das Konzept der vernetzten Pflegeberatung zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten im ganzen Land Sachsen-Anhalt umgesetzt worden.

Im Land Sachsen-Anhalt gibt es nach Angabe des Landes flächendeckend 159 Beratungsstellen in 42 Orten. Die vorhandenen Beratungsstrukturen der Kranken- und Pflegekassen und der Kommunen werden genutzt.

Für die Pflegeberatung würden die in den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes vom 31. August 2008 genannten Berufsgruppen eingesetzt, insbesondere Sozialversicherungsfachangestellte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Heilpädagoginnen und Heilpädagogen, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie Altenpflegerinnen und Altenpfleger.

2.2 Aufbau von Pflegestützpunkten

Nach § 92c SGB XI werden zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten Pflegestützpunkte eingerichtet. Voraussetzung für diesen Aufbau ist, dass die Bundesländer die Errichtung von Pflegestützpunkten bestimmt haben. Diese Bestimmungen liegen nicht in allen Bundesländern vor. Die Länder Sachsen und Sachsen-Anhalt haben keine Pflegestützpunkte errichtet. Zum Beratungsangebot in diesen beiden Ländern wird auf die Ausführungen unter C. I. 2.2 verwiesen.

2.2.1 Aufbau von Pflegestützpunkten in den einzelnen Bundesländern und deren Förderung durch den GKV-Spitzenverband

Der Aufbau von Pflegestützpunkten ist eine Möglichkeit, mit der wohnortnahe Beratungs- und Unterstützungsstrukturen institutionalisiert worden sind. Im Rahmen der aus der Anschubfinanzierung verfügbaren Mittel in Höhe von 60 Mio. Euro konnten diese bis zum 30. Juni 2011 entsprechend dem jeweiligen Bedarf mit einem Zuschuss von bis zu 45 000 Euro gefördert werden. Bei nachhaltiger Einbeziehung von Selbsthilfegruppen, ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen und Organisationen war eine Erhöhung der Förderung um bis zu 5 000 Euro je Pflegestützpunkt möglich. Dazu stellten die Pflegestützpunkte beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV-Spitzenverband) Förderanträge.

Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über das Fördergeschehen.

Zwei Drittel der Pflegestützpunkte haben zusätzliche Fördermittel zur nachhaltigen Einbindung von Selbsthilfegruppen, ehrenamtlich Engagierten, kirchlichen sowie sonstigen religiösen und gesellschaftlichen Trägern und Organisationen beantragt und erhalten.

Weitere Informationen zu Pilot-Pflegestützpunkten, deren Auf- und Ausbau im Rahmen eines Modellvorhabens begleitet wurde, sind dem Abschlussbericht des Kuratoriums Deutsche Altershilfe unter dem Titel: „Was leisten Pflegestützpunkte – Konzeption und Umsetzung“ (im Internet unter www.kda.de) zu entnehmen (siehe auch unter Punkt E. III. 1.).

Eine detaillierte Übersicht zum Stand der Einrichtung von Pflegestützpunkten ist entsprechend der Informationen

Förderung von Pflegestützpunkten Stand: 30. Juni 2011

| Bundesland | max. Fördersumme nach Königsteiner Schlüssel | Anzahl möglicher Pflegestützpunkte bei voller Inanspruchnahme der Fördergelder (Annahme 50.000 € je Pflegestützpunkt) | Fördersumme bewilligter und neu eingegangener Anträge (Hochrechnung auf Basis der durchschnittl. Fördersumme je Pflegestützpunkt im Land) | Anzahl geförderter Pflegestützpunkte einschl. Anträge in Prüfung |
|------------------------|--|---|---|--|
| Baden-Württemberg | 7.641.306 € | 153 | 1.920.000 € | 48 |
| Bayern | 8.956.866 € | 179 | 250.000 € | 6 |
| Berlin | 2.983.950 € | 60 | 1.157.203 € | 25 |
| Brandenburg | 1.892.412 € | 38 | 800.000 € | 20 |
| Bremen | 565.848 € | 11 | 150.000 € | 3 |
| Hamburg | 1.508.340 € | 30 | 360.000 € | 9 |
| Hessen | 4.396.092 € | 88 | 760.000 € | 21 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 1.274.694 € | 25 | - | 0 |
| Niedersachsen | 5.577.984 € | 112 | 877.333 € | 21 |
| Nordrhein-Westfalen | 12.854.826 € | 257 | 1.745.513 € | 46 |
| Rheinland-Pfalz | 2.886.570 € | 58 | 2.886.570 € | 135 |
| Saarland | 749.442 € | 15 | 350.000 € | 7 |
| Sachsen* | 3.169.158 € | 63 | - | 0 |
| Sachsen-Anhalt* | 1.819.812 € | 36 | - | 0 |
| Schleswig-Holstein | 1.989.216 € | 40 | 475.042 € | 11 |
| Thüringen | 1.733.484 € | 35 | 45.000 € | 1 |
| Gesamt | 60.000.000 € | 1.200 | 11.776.661 € | 353 |

* Sachsen und Sachsen-Anhalt haben sich gegen die Errichtung von Pflegestützpunkten entschieden
(Quelle: Spitzenverband Bund der Pflegekassen)

der zuständigen Ministerien der Länder dem Anhang 1 zu entnehmen.

2.2.2 Einbindung der privaten Pflege-Pflichtversicherung in Pflegestützpunkte

Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung betreiben, haben von der Möglichkeit des § 7a Absatz 5 Satz 3 SGB XI Gebrauch gemacht und stellen über die COMPASS Private Pflegeberatung GmbH ein flächendeckendes Angebot für telefonische und aufsuchende Pflegeberatung zur Verfügung, wobei die telefonische Pflegeberatung jedermann kostenlos zur Verfügung steht. Sie beteiligen sich deshalb nicht am Aufbau und Betrieb der Pflegestützpunkte nach § 92c SGB XI und nutzen auch nicht die Pflegeberaterinnen und Pflegeberater der Pflegekassen nach § 7a Absatz 5 Satz 1 SGB XI.

2.3 Qualität

Auch im Bereich der Qualitätssicherung wurden neue Instrumente geschaffen. Hierzu wird auf die detaillierten Ausführungen unter Punkt D. XI. verwiesen.

2.4 Niedrigschwellige Betreuungsangebote, Ehrenamt, Selbsthilfe

Die nachfolgenden Ausführungen beruhen auf einer Abfrage bei den einzelnen Bundesländern sowie dem GKV-Spitzenverband.

Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das am 1. Juli 2008 in Kraft getreten ist, wurde der Betreuungsbetrag von 460 Euro jährlich auf bis zu 100 Euro (Grundbetrag) bzw. 200 Euro (erhöhter Betrag) monatlich, also auf bis zu 1 200 Euro bzw. 2 400 Euro angehoben. Zudem hat sich der Kreis der Leistungsberechtigten um Versicherte mit der Pflegestufe 0 erweitert. Im Berichtszeitraum 2007 bis 2010 sind die Ausgaben für niedrigschwellige Betreuungsangebote stetig gestiegen von ca. 30 Mio. Euro im Jahr 2007 auf ca. 280 Mio. Euro im Jahr 2010.

Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte soll die Infrastruktur von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten für Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf ausgebaut werden. Ziel ist eine gemeinsame Förderung der Infrastruktur durch die soziale und private Pflege-Pflichtversicherung auf der einen und die Länder und Kommunen auf der anderen Seite. Dabei bleibt die Steuerungsverantwortung für die Vorhaltung einer ausreichenden pflegerischen Infrastruktur grundsätzlich bei den Ländern und Kommunen. Diese lassen auch die niedrigschwelligen Betreuungsangebote auf der Grundlage einer gemeinsamen Empfehlung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und ihrer jeweiligen Rechtsverordnung zur Umsetzung der Empfehlungen zu.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde der Förderbetrag von insgesamt 20 Mio. Euro auf 50 Mio. Euro, jeweils paritätisch finanziert durch die Pflegeversicherung

und die Länder oder Kommunen, erhöht. Das Fördervolumen konnte in den Jahren 2008 bis 2010 kontinuierlich gesteigert werden, der zur Verfügung stehende Förderbetrag wurde aber nicht ausgeschöpft. So wurden für die Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote, Ehrenamt und Selbsthilfe durch die soziale Pflegeversicherung (ohne Modellprojekte und Anteil der privaten Pflege-Pflichtversicherung und der Länder) im Jahr 2008 insgesamt rund 5,2 Mio. Euro, im Jahr 2009 insgesamt rund 6,5 Mio. Euro und im Jahr 2010 insgesamt rund 7 Mio. Euro ausgegeben.

Zur Darstellung der länderspezifischen Besonderheiten liegen die Berichte aus Bayern, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen vor.

Bayern

„Um die pflegenden Angehörigen zu entlasten und die häusliche Versorgung zu stärken, fördert das Bayerische Sozialministerium rund 340 niedrigschwellige Betreuungsangebote (227 Betreuungsgruppen und 111 Helferkreise) sowie 145 Angehörigengruppen (Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige). Zuletzt wurden im Rahmen dieser Angebote rund 260 000 Einsatzstunden ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer geleistet. Bei allen Maßnahmen stellen der Umgang mit demenzkranken Menschen und ihre Betreuung und Versorgung einen zentralen Aspekt dar. Demenz ist eine Krankheit, die durch ihre Eigenart und ihren Verlauf auch das menschliche Umfeld des Betroffenen empfindlich trifft. Dies sind vor allem die pflegenden und betreuenden Angehörigen. Seit 1998 werden im Rahmen des „Bayerischen Netzwerk Pflege“ „Fachstellen für pflegende Angehörige“, die die Angehörigen beraten und unterstützen, gefördert. Mittlerweile gibt es in Bayern 110 Angehörigenfachstellen.“

Berlin

„Nachdem Mitte 2010 die Eckpunkte der Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen nach §§ 45c und d SGB XI feststanden, wurde zunächst auf der Basis der Landshaushaltsordnung (LHO) ab 1. Oktober 2010 mit der Förderung der neu zu entwickelnden ehrenamtlichen Strukturen und der Selbsthilfe (§ 45d SGB XI) begonnen. Je Bezirk wird seitdem eine Unterstützungsstelle für den Auf- und Ausbau von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen oder Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen gefördert. Die zwölf Unterstützungsstellen mit der Kurzbezeichnung „Kontaktstelle PflegeEngagement“ haben die Aufgabe, abhängig von Bedarf, Nachfrage und Ressourcen, kleinere wohnortnahe Selbsthilfe- und Ehrenamtsstrukturen für betreuende und pflegende Angehörige nicht nur für die speziellen Zielgruppen nach § 45a SGB XI, sondern für alle Pflegebedürftigen, die in der eigenen Wohnung, in der Häuslichkeit oder in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft leben, zu entwickeln oder zu unterstützen. Sie vermitteln oder stellen Hilfen, Räume, sowie Ausstattung bereit und zahlen Aufwandsentschädigungen für ehrenamtlich Tätige. Es handelt sich hierbei vor allem um gruppenorientierte Angebote, Besuchs-, Begleit- und Alltagshilfs-

dienste. Um die anstehenden Aufgaben in ihrer Komplexität besser bewältigen zu können und den Projektträgern mehr Beratung und fachliche Begleitung zukommen zu lassen, wird ebenfalls seit Oktober 2010 das gesamtstädtisch ausgerichtete Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung gefördert. Die Förderung erfolgt nicht im Rahmen eines Modellprojektes, sondern wurde als dauerhaftes Angebot nach § 45c SGB XI konzipiert und anerkannt. Hauptschwerpunkte der Arbeit des Kompetenzzentrums sind sowohl die Qualitätssicherung als auch die Herstellung von Transparenz. Besonderes Kennzeichen all dieser Projekte ist, dass die Betreuung von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern – unter pflegefachlicher Anleitung – durchgeführt wird. Vor diesem Hintergrund übernimmt das Kompetenzzentrum im Rahmen von Qualitätsmanagement unter anderem die Unterstützung bei Qualifizierungsmaßnahmen in Form von Basisschulungen, Fortbildungsmaßnahmen, Erfahrungsaustauschen und Fachdiskussionen als wichtige Bausteine für eine optimale Betreuung des Personenkreises. Außerdem entwickelt es Instrumentarien, die Qualifizierungserfordernisse und sonstige Qualitätsstandards erheben. Damit die Betroffenen und Ratsuchenden eine leicht zugängliche und einheitliche Information über die Projekte erhalten können, wird vom Kompetenzzentrum eine Datenbank oder Internetplattform eingerichtet und gepflegt, die über alle Projekte aktuell informiert und mit wichtigen Internetseiten, wie beispielsweise zum Hilfelotsen oder zum Pflegeportal des Landes Berlin verlinkt ist.“

Mecklenburg-Vorpommern

„Im Bereich der Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte für demenziell Erkrankte (Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote und Modellvorhaben) sind zum Jahreswechsel 2010/11 die Landesverordnungen vom Dezember 2009 zur Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungsangebote nach § 45b Absatz 3 SGB XI und zur Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote und Modellvorhaben nach § 45c Absatz 6 SGB XI ausgelaufen und durch die Landesverordnung über niedrigschwellige Betreuungsangebote, ehrenamtliche Strukturen und Selbsthilfe sowie Modellvorhaben zur Erprobung neuer Versorgungsstrukturen (Betreuungsangebotelandsverordnung) vom 16. Dezember 2010 (GVBl. S. 805) zur Förderung von Maßnahmen nach §§ 45b bis 45d SGB XI ersetzt worden.“

Nordrhein-Westfalen

„Die Weiterentwicklung erfolgt auf der Basis der „Verordnung über niedrigschwellige Hilfe- und Betreuungsangebote für Pflegebedürftige“, die gegenüber 2007 um Regelungen zu Einzelfallbetreuung im Rahmen der Nachbarschaftshilfe und zu weiteren Gruppen ehrenamtlich tätiger Personen sowie Selbsthilfegruppen erweitert worden ist. Die Verordnung sieht keine regelhafte Förderung der zugelassenen niedrigschwelligen Angebote vor. Diese refinanzieren sich ausschließlich aus den Stundenätzen, die den Demenzerkrankten für erbrachte Leistungen

in Rechnung gestellt werden. Die Fördermittel der öffentlichen Hand und der nordrhein-westfälischen Pflegekassen werden in der Hauptsache mit dem Ziel der Stärkung der Demenz-Infrastruktur durch die Landesinitiative Demenzservice verwendet. Dazu zählen aktuell 13 Demenz-Servicezentren, das Dialog- und Transferzentrum Demenz, 32 Agenturen für Wohnberatung, die Koordinierungsstellen der Landesinitiative, die Landesstelle Pflegenden Angehörige sowie die wissenschaftliche Begleitung der Landesinitiative.“

2.5 Zusätzliche Betreuung in vollstationären Einrichtungen

Mit der Einführung des § 87b SGB XI wird es vollstationären Pflegeeinrichtungen ermöglicht, zusätzliche sozialversicherungspflichtig beschäftigte Betreuungskräfte für die Betreuung von Bewohnern mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung einzustellen und die Aufwendungen hierfür durch Vergütungszuschläge refinanziert zu bekommen. Ziel der Neuregelung ist die Verbesserung der Betreuung demenziell erkrankter Bewohner vollstationärer Pflegeeinrichtungen. Die Vergütungszuschläge werden zwischen den Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarungen vereinbart und von der Pflegekasse getragen.

Bis Dezember 2010 wurden über 9 000 Vereinbarungen abgeschlossen. Damit hatten ca. 80 Prozent aller zugelassenen Pflegeheime Vergütungszuschläge vereinbart. Im Dezember 2009 waren nach der Pflegestatistik ca. 16 000 Personen und damit ca. 3 Prozent der insgesamt 621 000 Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen als Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI tätig. Laut der von TNS Infratest Sozialforschung durchgeführten Repräsentativerhebung stieg die Anzahl hochgerechnet auf ca. 25 000 Personen bis Juni 2010.

Nachfolgend ist die Anzahl der abgeschlossenen Vereinbarungen nach Bundesländern aufgeführt:

| Bundesland | Anzahl der abgeschlossenen Vereinbarungen |
|------------------------|---|
| Baden-Württemberg | 1 026 |
| Bayern | 1 347 |
| Berlin | 274 |
| Brandenburg | 297 |
| Bremen | 88 |
| Hamburg | 128 |
| Hessen | 584 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 206 |
| Niedersachsen | 1 248 |
| Nordrhein-Westfalen | 1 746 |
| Rheinland-Pfalz | 366 |

| Bundesland | Anzahl der abgeschlossenen Vereinbarungen |
|--------------------|---|
| Saarland | 124 |
| Sachsen | 597 |
| Sachsen-Anhalt | 351 |
| Schleswig-Holstein | 516 |
| Thüringen | 279 |
| Gesamt | 9 177 |

(Quelle: Spitzenverband Bund der Pflegekassen)

Eine Übersicht über die Höhe der vereinbarten Vergütungszuschläge in den Ländern gibt die nachfolgende Tabelle.

Nach § 87b Absatz 3 SGB XI hat der GKV-Spitzenverband am 19. August 2008 die Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen (Betreuungskräfte-Richtlinien) beschlossen. Diese wurden nach Genehmigung durch das BMG wirksam.

Auf der Grundlage der Richtlinien hat die Bundesagentur für Arbeit (BA) in einer breit angelegten Initiative für ca. 11 000 Personen die Kosten der durchzuführenden Qualifizierungsmaßnahmen übernommen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen hat im April 2011 eine Evaluation der Betreuungskräfte-Richtlinien durch das IGES-Institut GmbH aus Berlin in Auftrag gegeben. Ziele der Evaluation waren unter anderem die Aufgabenbereiche und Qualifikationen der zusätzlichen Betreuungskräfte zu untersuchen.

Die im September 2011 übermittelten Ergebnisse der Evaluation belegen nach Auffassung des Spitzenverbandes

| Bundesland | Höhe des Vergütungszuschlages im Monat |
|------------------------|--|
| Baden-Württemberg | 101,91 € bis 121,68 € im Durchschnitt 115,29 € |
| Bayern | 39,55 € bis 122,90 € im Durchschnitt 107,99 € |
| Berlin | bis 31. Dezember 2009: 101,29 € ab 1. Januar 2010: 102,80 € |
| Brandenburg | 100 € |
| Bremen | 106,76 € |
| Hamburg | 103,43 € bis 108,80 € im Durchschnitt 105,03 € |
| Hessen | 100 € |
| Mecklenburg-Vorpommern | 93,33 € |
| Niedersachsen | 1. Oktober 2008 – 31. Dezember 2008: 97,65 € 1. Januar 2009 – 31. Dezember 2009: 97,34 € 1. Januar 2010 – 31. Dezember 2010: 99,17 € |
| Nordrhein-Westfalen | 1. Oktober 2008 – 30. Juni 2010: 100 € ab 1. Juli 2010: 103,50 € |
| Rheinland-Pfalz | 100,08 € |
| Saarland | 105 € |
| Sachsen | 49,58 € bis 97,34 € im Durchschnitt 86,70 € |
| Sachsen-Anhalt | 90 € |
| Schleswig-Holstein | 61,14 € bis 114,08 € im Durchschnitt 99,78 € |
| Thüringen | 81,53 € bis 98,26 € im Durchschnitt 86,39 € |

(Quelle: Spitzenverband Bund der Pflegekassen)

des Bund der Pflegekassen, dass die neue Tätigkeit im Sinne der gesetzlichen Vorgaben umgesetzt werde. Die Qualifizierungsmaßnahme und deren Inhalt würden sowohl von den zusätzlichen Betreuungskräften, als auch von den stationären Pflegeeinrichtungen als eine gute Vorbereitung für diese Tätigkeit angesehen und sie seien damit sehr zufrieden. Besonders die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen werde positiv bewertet.

Kritisch wird von den Autoren der Evaluation auf die regelhafte Einbindung von Betreuungskräften in das Waschen und Ankleiden der Bewohner hingewiesen. Auch werfe die Tatsache, dass ein nicht unerheblicher Anteil von als Ergotherapeuten, Kranken- oder Altenpfleger qualifizierten Personen als zusätzliche Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI tätig ist, eine Reihe kritischer Fragen auf. Besonders herauszustellen sei aber, dass der Einsatz der zusätzlichen Betreuungskräfte den Pflegekräften mehr Zeit für die pflegerischen Tätigkeiten verschaffe. Die Bewohner würden nicht nur von den zusätzlichen Betreuungsaktivitäten profitieren, sondern würden auch die Entlastung des Zeitdrucks der Pflegekräfte deutlich spüren.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen wird aufgrund der Erkenntnisse der Evaluation die Praxis und Betreuungskräfte-Richtlinien prüfen.

2.6 Gesamtversorgungsverträge

Seit dem 1. Juli 2008 besteht die Möglichkeit, für mehrere Pflegeeinrichtungen eines Einrichtungsträgers einen Gesamtversorgungsvertrag abzuschließen. Die Neuregelung soll dem Bürokratieabbau dienen und die Einrichtungen von unnötigem Verwaltungsaufwand entlasten. Durch Gesamtversorgungsverträge kann der Personaleinsatz zwischen den örtlich und organisatorisch verbundenen Pflegeeinrichtungen flexibilisiert werden und damit das Leistungsspektrum effizienter an den Bedarf vor Ort angepasst werden. Insbesondere soll dadurch ermöglicht werden, dass die „Verbundeinrichtungen“ bei Beibehaltung des Prinzips der wirtschaftlichen Selbständigkeit der einzelnen Einrichtungen unter der ständigen Verantwortung nur einer ausgebildeten Pflegefachkraft stehen.

Die Anzahl der bis Mitte 2011 abgeschlossenen Gesamtversorgungsverträge in den Bundesländern mit Rege-

lungsschwerpunkten ergibt sich aus der untenstehenden Tabelle.

2.7 Verträge mit Einzelpflegekräften

Die Möglichkeiten sind für die Pflegekassen erleichtert worden, mit einzelnen Pflegekräften Verträge zur Sicherstellung der häuslichen Pflege, Betreuung und der hauswirtschaftlichen Versorgung Pflegebedürftiger abzuschließen. Die Versorgung durch Einzelpersonen ist nun bereits auch schon dann möglich, wenn sie besonders wirksam und wirtschaftlich ist oder den besonderen Wünschen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe entspricht. Die erweiterten Vertragsmöglichkeiten sollen insbesondere dazu dienen, eine wirtschaftliche und sachgerechte Versorgung von Pflegebedürftigen in Wohn- und Hausgemeinschaften zu ermöglichen. Ferner sollen diese Verträge mit Einzelpflegekräften helfen, den Wünschen der pflegebedürftigen Menschen nach einer geschlechts-, religions- oder kulturspezifischen Pflege Rechnung zu tragen.

Diese Verträge mit einzelnen Pflegekräften müssen auch Regelungen zur Qualität und Qualitätssicherung der Leistungserbringung beinhalten. Ferner müssen die von den einzelnen Pflegekräften erbrachten Leistungen dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechen und anerkannte Expertenstandards (§ 113b SGB XI) anzuwenden.

Der folgenden Übersicht ist die Anzahl der abgeschlossenen Verträge der Pflegekassen mit Einzelpflegekräften zu entnehmen:

| Kassenart | Anzahl der Verträge |
|------------------------------|---------------------|
| Ersatzkassen | 88 |
| Allgemeine Ortskrankenkassen | 103 |
| Betriebskrankenkassen* | 4 |
| Innungskrankenkassen | 5 |
| Knappschaft-Bahn-See | 1 |

* Informationen liegen nur für die Betriebskrankenkassen-Landesverbände Bayern und Baden-Württemberg sowie für die Bahn-Betriebskrankenkasse vor.

(Quelle: Spitzenverband Bund der Pflegekassen)

| Bundesland | Anzahl der Verträge | Regelungsschwerpunkte |
|-------------------|---------------------|--|
| Baden-Württemberg | 60 | Verbindung von Einrichtungen der teilstationären Pflege mit vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der ambulanten Pflege mit Tagespflegeeinrichtungen |
| Bayern | 2 | Verbindung von teil- und vollstationärer Pflege |
| Niedersachsen | 5 | Verbindung von Einrichtungen der teilstationären Pflege mit vollstationären Pflegeeinrichtungen |
| Sachsen | 3 | Verbindung von Einrichtungen der teilstationären Pflege mit vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der ambulanten Pflege und Tagespflegeeinrichtungen |

(Quelle: Spitzenverband Bund der Pflegekassen)

2.8 Rückstufungen in eine niedrigere Pflegestufe

Nach § 87a Absatz 4 SGB XI sollen stationäre Pflegeeinrichtungen einen finanziellen Anreiz erhalten, wenn es ihnen gelingt, dass Pflegebedürftige durch eine aktivierende Pflege oder rehabilitative Maßnahmen für mindestens sechs Monate in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft werde. Die Pflegeeinrichtungen erhalten in diesen Fällen von der Pflegekasse einen Anerkennungsbetrag in Höhe von 1 536 Euro. Dieser Betrag entspricht der Differenz zwischen den Leistungsbeträgen der Pflegestufe I und II für die Dauer von sechs Monaten.

Nachfolgend ist die Anzahl der Rückstufungen bis Mitte 2011 je Kassenart aufgeführt:

| Kassenart | Anzahl der Rückstufungen |
|----------------------------------|--------------------------|
| Ersatzkassen | 519 |
| Allgemeine Ortskrankenkassen | 692 |
| Betriebskrankenkassen* | 106 |
| Innungskrankenkassen | 61 |
| Knappschaft-Bahn-See | 74 |
| Landwirtschaftliche Krankenkasse | 25 |

* Informationen liegen nur für die Betriebskrankenkassen-Landesverbände Bayern und Baden-Württemberg sowie für die Bahn Betriebskrankenkasse vor

(Quelle: Spitzenverband Bund der Pflegekassen)

Aus der Finanzstatistik der sozialen Pflegeversicherung lässt sich für den Zeitraum von Mitte 2008 bis Mitte 2011 eine etwas höhere Zahl von rund 2 200 Rückstufungen mit Zahlung eines Anerkennungsbetrages errechnen.

2.9 Zahlungen von Krankenkassen für nicht zeitgerecht erbrachte Rehabilitationsleistungen

Seit dem 1. Juli 2008 besteht die Verpflichtung der Krankenkassen zur Zahlung von 3 072 Euro an die Pflegekassen, wenn binnen sechs Monaten nach der Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung notwendige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht erbracht worden sind. Die Regelung steht im Kontext mit § 31 SGB XI, wonach die Pflegekassen die Pflegebedürftigen und – mit deren Einwilligung – auch den Arzt über das Vorliegen der Voraussetzungen für eine medizinische Rehabilitation informieren müssen. Beide Regelungen zusammen sollen bewirken, dass die Möglichkeiten der Rehabilitation besser ausgeschöpft werden.

Vor dem Hintergrund des Inkrafttretens des § 40 SGB V am 1. Juli 2008 und der Sechs-Monats-Frist, innerhalb derer die Krankenkasse die Empfehlungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung umsetzen sollte, konnten frühestens im Jahr 2009 Zahlungen anfallen. Eine

statistische Auswertung hat erstmals für das Jahr 2010 valide Zahlen ergeben. Danach seien lediglich in sechs Fällen Zahlungen von einer Krankenkasse an die Pflegekasse geleistet worden. Insofern stellte sich nach Einschätzung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen die Frage nach der Sinnhaftigkeit dieser Regelung.

2.10 Verträge zur Integrierten Versorgung

Durch die Neuregelung des § 92b SGB XI ist es den Pflegekassen möglich, integrierte Versorgungsverträge mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen und weiteren Vertragspartnern (z. B. zugelassene Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser oder Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen) abzuschließen. Integrierte Versorgungsformen sollen die Grenzen der gesetzlichen Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung überwinden und die Möglichkeiten einer intensiven Verzahnung der unterschiedlichen Leistungssysteme verbessern. Die Versorgungsqualität soll so nachhaltig verbessert werden. Damit es nicht zu Kostenverlagerungen zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung kommt, dürfen in den Pflegevergütungen keine Aufwendungen berücksichtigt werden, die nicht der Finanzierungszuständigkeit der sozialen Pflegeversicherung unterliegen.

Nach Informationen des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen haben bis Mitte 2011 die Allgemeinen Ortskrankenkassen 28 und die Betriebskrankenkassen-Landesverbände Baden-Württemberg, Bayern und die Bahn-Betriebskrankenkasse einen Vertrag nach § 92b SGB XI abgeschlossen. Zu berücksichtigen ist, dass eine Vielzahl von Verträgen zur integrierten Versorgung der Krankenkassen mit Pflegeeinrichtungen auf der Basis der §§ 140a ff SGB V ohne Beteiligung der Pflegekassen (§ 92b SGB XI) existieren und deshalb hier nicht mit aufgeführt werden.

2.11 Ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen

Durch den 2008 neu eingefügten § 119b SGB V wurde stationären Pflegeeinrichtungen einzeln oder gemeinsam die Möglichkeit eröffnet, bei entsprechendem Bedarf Kooperationsverträge mit geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern zu schließen oder – falls solche Verträge nicht zustande kommen – „Heimärzte“ anzustellen.

Von Seiten der Leistungserbringer wird jedoch immer noch berichtet, dass die ärztliche Versorgung von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen unzureichend ist. Die Kritik bezieht sich vor allem auf die fachärztlichen (unter anderem HNO-Facharzt, Psychiater) und zahnärztlichen Kontaktraten, die auffallend niedrig seien.

Zwar werden vereinzelt in verschiedenen Initiativen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten zur Sicherstellung der haus- und insbesondere auch fachärztlichen Betreuung der Pflegeheimbewohner angestrebt. Das Engagement der Ärzte sei in der Regel jedoch mit Forderungen nach einer zusätzlichen Vergütung verbunden. Auch seien die Pflegeheime daran interessiert, eine Gegenfinanzierung für ihren im Zusammenhang mit der ärztlichen

Versorgung bestehenden Koordinierungsaufwand zu erreichen. In diesem Zusammenhang scheint auch die durch § 119b SGB V ermöglichte Anstellung von Heimärzten weder für Ärzte noch für Pflegeheime derzeit das Modell der Wahl zu sein.

In verschiedenen jüngeren Initiativen wie dem „Stuttgarter Modell“, sowie einigen bereits laufenden Versorgungskonzepten (z. B. geriatrische Praxisverbände der KV Bayern, Berliner Pflegeheimmodell) sind die Krankenkassen als Vertragspartner mit eingeschlossen. Im Rahmen von Verträgen z. B. zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73c SGB V oder der integrierten Versorgung nach § 140a SGB V wird eine bessere ärztliche Versorgung in Pflegeheimen angestrebt.

2.12 Pflegezeit

Hierzu wird auf die Ausführungen unter Punkt B. III verwiesen.

3. Überblick über die Ergebnisse der Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“

Das BMG hat im November 2009 das Marktforschungsinstitut TNS Infratest Sozialforschung mit der Durchführung einer umfassenden, wissenschaftlichen Studie zu den Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes beauftragt. Ziel war es, detaillierte Erkenntnisse zur Umsetzung der gesetzlichen Regelungen zu gewinnen und konkrete Hinweise für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung abzuleiten. Zur Realisierung dieses Ziels führte TNS Infratest Sozialforschung in der Zeit von Ende 2009 bis Mitte 2010 repräsentative Erhebungen in Privathaushalten (Befragungen von 3 653 Haushalten, in denen mindestens eine pflegebedürftige Person lebte, und danach detaillierte Interviews mit 1 500 Haushalten), ambulanten Pflegediensten (759 Interviews) und vollstationären Altenpflegeeinrichtungen (422 Interviews mit Heimleitungen und 2 470 Interviews mit den Hauptpflegekräften der Heimbewohnerinnen oder Heimbewohnern) durch. Die wichtigsten Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

Zufriedenheit mit den Pflegeleistungen

Nach den Ergebnissen der Repräsentativerhebung ist mit 66 Prozent die große Mehrheit der Pflegehaushalte mit dem generellen Umfang und der Höhe der Leistungen zufrieden, wobei der Anteil im Vergleich zu den Ergebnissen einer gleichartigen Studie aus dem Jahr 1998 rückläufig ist.

Beachtet werden muss allerdings, dass trotz der erstmaligen stufenweisen Anhebung der Leistungsbeträge etwa ein Drittel der Pflegebedürftigen mit der Höhe der Leistungen generell weniger zufrieden oder unzufrieden ist. Die vorliegenden Befunde weisen hierbei vor allem darauf hin, dass aus Sicht der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen insbesondere das Pflegegeld für die häusliche Betreuung nach wie vor als zu niedrig eingeschätzt wird.

Pflegeberatung und Pflegestützpunkte

Beratungsangebote von Pflegekassen oder von Pflegediensten hat die Mehrheit der Pflegehaushalte schon einmal genutzt. Eine individuelle und umfassende Pflegeberatung im Sinne der neuen gesetzlichen Regelung (§ 7a SGB XI) hatten bis Frühjahr 2010 allerdings erst 10 Prozent der Pflegebedürftigen nach eigener Auskunft in Anspruch genommen. In rund der Hälfte der Fälle habe die Pflegeberatung die Pflegesituation verbessert, und 85 Prozent der Beratenen waren mit der Beratung sehr zufrieden oder zufrieden. Der überwiegenden Mehrheit der Pflegebedürftigen war der seit 1. Januar 2009 bestehende Rechtsanspruch allerdings noch nicht bekannt. 11 Prozent der Pflegehaushalte haben bereits Pflegestützpunkte genutzt, um sich beraten zu lassen. Die noch recht geringe Inanspruchnahme dürfte wesentlich darauf zurückzuführen sein, dass sich ein flächendeckendes Netz an Pflegestützpunkten erst im Aufbau befindet. Die Ergebnisse differieren von den Ergebnissen einer Studie, die im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes in Auftrag gegeben worden ist (siehe unter Punkt C. I. 2.2.1) Dies resultiert im Wesentlichen aus den unterschiedlichen Erhebungszeiträumen und einem in der Infratest-Studie vermutlich enger gefassten Begriff der Pflegeberatungen nach § 7a SGB XI.

Pflegezeitgesetz

Ein weiterer Schwerpunkt des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zielt auf die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Sowohl die neu eingeführte kurzzeitige Freistellung von der Arbeit bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen als auch die Pflegezeit von bis zu einem halben Jahr wurden allerdings bislang von Hauptpflegepersonen kaum in Anspruch genommen. Seit dem In-Kraft-Treten zum 1. Juli 2008 bis zum Erhebungszeitpunkt haben etwa 9 000 Hauptpflegepersonen ihre Erwerbsarbeit kurzfristig aufgrund des Eintritts von Pflegebedürftigkeit bei einem Angehörigen unterbrochen. Die neue Pflegezeit haben in diesem Zeitraum etwa 18 000 Hauptpflegepersonen von den insgesamt etwa 480 000 Anspruchsberechtigten genutzt. Etwa jeweils die Hälfte der Anspruchsberechtigten gab an, dass eine Freistellung oder die Pflegezeit nicht zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung erforderlich gewesen sei. Über die Hälfte der anspruchsberechtigten Pflegehaushalte gab allerdings gleichzeitig an, dass ihnen nicht bekannt gewesen sei, dass ein entsprechender Anspruch überhaupt bestehe.

Anhebung der zusätzlichen Leistungsbeträge für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Von den Pflegebedürftigen mit durch den MDK festgestellter erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nahmen im Frühjahr 2010 37 Prozent die ihnen zustehenden und im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes nochmals aufgestockten Leistungen in Anspruch. Die Ansprüche werden demnach im Bereich der häuslichen Pflege bei weitem noch nicht ausgeschöpft. (Hinweis: Die Inanspruchnahme steigt aktuell kontinuierlich an). Niedrigschwellige Betreuungsangebote werden lediglich

von 22 Prozent der Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz genutzt. In mehr als der Hälfte der Fälle wurde als Grund für die Nichtinanspruchnahme niedrigschwelliger Betreuungsangebote genannt, dass die pflegebedürftige Person nicht von Fremden betreut werden möchte. Dies dürfte auch ein wesentliches Argument für die grundsätzliche Nichtinanspruchnahme von Leistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz sein. Als weiterer Grund für die Nichtinanspruchnahme niedrigschwelliger Betreuungsangebote wurde genannt, dass die bestehenden Angebote nicht den Bedürfnissen entsprechen. Grundsätzlich befürworten jedoch 83 Prozent der Pflegehaushalte den Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote und 79 Prozent die Förderung des nachbarschaftlichen und ehrenamtlichen Engagements.

Inanspruchnahme von Heilmitteln und Rehabilitationsleistungen

22 Prozent der ambulant versorgten Pflegebedürftigen hat der MDK im Rahmen der Begutachtung Heilmittel empfohlen. 4 Prozent der Pflegebedürftigen erhielten Empfehlungen für ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, 5 Prozent der Pflegebedürftigen solche für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen. Die Mehrheit von ihnen hat die Heilmittel und Maßnahmen entsprechend der Empfehlung in Anspruch genommen. 41 Prozent derjenigen, denen der MDK keine Heilmittel und Rehabilitationsleistungen empfohlen hat, sind der Meinung, dass entsprechende Maßnahmen notwendig sind. Hier wäre es wichtig, die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen darüber zu informieren, wo sie entsprechende Anträge stellen können.

In zum Teil weit über 80 Prozent der vollstationären Pflegeeinrichtungen werden unter anderem Krankengymnastik und Bewegungstherapie, Kraft- und Balance-Training, Gedächtnis- und Orientierungstraining sowie Kontinenz- oder Toilettentraining angeboten. 86 Prozent der Pflegebedürftigen haben in den letzten zwölf Monaten Heilmittel erhalten. Entsprechende Empfehlungen vom MDK oder einer Ärztin oder einem Arzt haben 55 Prozent der Pflegebedürftigen erhalten. Die Empfehlungen wurden überwiegend und auch vergleichsweise zeitnah umgesetzt. Komplexe und aufeinander abgestimmte (ambulante oder stationäre) Rehabilitationsmaßnahmen werden allerdings nach wie vor nur einer kleinen Minderheit der Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen verordnet.

Verbesserung der Leistungen der Tages- und Nachtpflege

Teilstationäre Pflegeleistungen werden trotz ausgeweiteter Kombinationsmöglichkeiten mit anderen Leistungen der Pflegeversicherung (150 Prozent-Regelung) auch weiterhin nur von relativ wenigen Pflegebedürftigen genutzt. Für diesen Personenkreis sind die Leistungen aber ein wesentlicher und notwendiger Bestandteil des häuslichen Pflegearrangements. Hinweis: Die Empfängerzahl steigt allerdings kontinuierlich an.

Medizinische und pflegerische Versorgung im Heim

Üblicherweise erfolgt die medizinische Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner durch niedergelassene Ärzte. Zwei Drittel der Einrichtungen nehmen ggf. zusätzlich einen gerontopsychiatrischen Konsiliardienst in Anspruch. Die im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vorgesehene Möglichkeit, die ärztliche Versorgung auch durch Kooperationsvereinbarungen mit niedergelassenen Haus- und/oder Fachärzten sicherzustellen, wurde bislang erst von einer Minderheit der Einrichtungen genutzt.

Bezüglich der pflegerischen Versorgung kann festgehalten werden, dass mit den verschiedenen Expertenstandards im Bereich der Pflege inzwischen bundesweit anerkannte Qualitätsstandards vorliegen, die nach Auskunft der Einrichtungsleitungen in so gut wie allen vollstationären Pflegeeinrichtungen Anwendung finden.

Gleichgeschlechtliche Pflege

Sofern Pflegebedürftige, die Sach- oder Kombinationsleistungen in Anspruch nehmen, eine gleichgeschlechtliche Pflege wünschen, wird dies in der Regel von den ambulanten Pflegediensten berücksichtigt. In einzelnen Fällen wurden Pflegebedürftige jedoch auch trotz ihres Wunsches nach gleichgeschlechtlicher Pflege überwiegend von Personen des anderen Geschlechts gepflegt.

In der vollstationären Pflege werden 73 Prozent der Pflegebedürftigen, die eine gleichgeschlechtliche Pflege wünschen, ausschließlich durch Angehörige ihres Geschlechts gepflegt. Zum Teil lässt sich eine gleichgeschlechtliche Pflege jedoch nicht ausschließlich, sondern nur überwiegend realisieren. Eine überwiegende Pflege durch Pflegekräfte des anderen Geschlechts ist die Ausnahme.

II. Pflegevorhaben in der 17. Legislaturperiode

1. Neuregelungen im Zusammenhang mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze (Infektionsschutzgesetz) vom 28. Juli 2011 (BGBl I 2011 Nr. 41 S. 1622)

Mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 28. Juli 2011 sind weitere Neuregelungen zur Qualitätssicherung in der Pflege aufgenommen worden:

Die Weiterentwicklung der Transparenzvereinbarungen ist Aufgabe der Vereinbarungspartner. Die Partner der Pflege-Transparenzvereinbarungen mussten bisher ihre Entscheidungen einstimmig fassen. Erfahrungen hatten gezeigt, dass ein Mechanismus zur Konfliktlösung notwendig ist. Mit der Einführung einer Schiedsstellenlösung ist ein wirksamer Konfliktlösungsmechanismus geschaffen worden, der die Weiterentwicklung der Pflege-Transparenzvereinbarungen und damit eine Verbesserung der Qualität in Pflegeeinrichtungen ermöglicht.

Zudem ist die Beteiligung der privaten Pflegeversicherung an den Qualitätsprüfungen gesetzlich geregelt worden. Die Landesverbände der Pflegekassen haben danach jährlich zehn Prozent der Prüfaufträge an den Prüfdienst der privaten Pflegeversicherung zu vergeben.

Dabei ist sichergestellt, dass sich der Prüfdienst bei den Qualitätsprüfungen an den geltenden Richtlinien und Verfahren zu orientieren hat. So wird die unter Qualitätssicherungsgesichtspunkten zwingend notwendige bundesweite Einheitlichkeit des Prüfgeschehens gewährleistet.

2. Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Die Generalversammlung der Vereinten Nationen hatte am 13. Dezember 2006 das „Übereinkommen der vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ („UN-Behindertenrechtskonvention“) angenommen. Deutschland hat dieses Übereinkommen im Februar 2009 ratifiziert, damit ist es seit dem 26. März 2009 für Deutschland verbindlich.

Die UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet alle Vertragsstaaten zur „dauerhaften Durchführung wirksamer Kampagnen zur Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit“, um so zu mehr Aufgeschlossenheit gegenüber den Rechten von Menschen mit Behinderung beizutragen (Artikel 8). Im Juni 2011 wurden durch den 1. Staatenbericht eine Bestandsaufnahme nicht nur der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in Deutschland, sondern auch von Maßnahmen, die die Bundesregierung, Länder und andere Institutionen zur Umsetzung der Konvention ergriffen haben bzw. noch ergreifen werden, vorgestellt. Der Nationale Aktionsplan, den die Bundesregierung ebenfalls im Juni 2011 zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention vorgelegt hat, umfasst darauf aufbauend rund 200 Einzelmaßnahmen und soll in den kommenden zehn Jahren systematisch weiterentwickelt werden. Auch in Ländern und Kommunen gibt es bereits eine Vielzahl von Aktionsplänen bzw. sind Aktionspläne in Vorbereitung. Es ist erkennbar, dass der die Konvention prägende Gedanke der Inklusion auf allen Ebenen ein wichtiger Maßstab bei der Weiterentwicklung der Strukturen und Systeme in den Bereichen Prävention, Gesundheit, Pflege und Rehabilitation geworden ist. So setzt sich beispielsweise die Bundesregierung u. a. für eine wohnortnahe, barrierefreie und flächendeckende Versorgung mit Präventions-, Gesundheits-, Rehabilitationsleistungen und Pflegedienstleistungen für Menschen mit und ohne Behinderungen ein. An Stelle eines bloßen Nebeneinanders wird dafür sowohl die Verzahnung aller Akteure und Leistungen als auch die Information und Beratung über bestehende Angebote angestrebt.

3. Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Die Bundesregierung hat am 16. November 2011 die nachfolgenden Eckpunkte zur Umsetzung des Koalitionsvertrages für die Pflegereform vorgelegt.

Handlungsbedarf

Die Altersstruktur unserer Gesellschaft verändert sich. Es gibt immer mehr ältere Menschen und immer mehr Hochbetagte. Damit steigt auch die Zahl der Pflegebedürftigen weiter an. Heute sind ca. 2,4 Millionen Menschen pflegebedürftig. In wenigen Jahrzehnten steigt die Zahl auf über 4 Millionen. 1,4 Millionen Menschen sind an Demenz erkrankt. Auch ihre Zahl wird deutlich ansteigen. Gleichzeitig sinkt die Zahl der Erwerbsfähigen und damit auch das Potential zur Gewinnung der für die Versorgung notwendigen Pflegekräfte. Hinsichtlich der Versorgungssituation Demenzkranker ist festzustellen, dass sich ihr spezieller Hilfebedarf, der sich auf Betreuung und Anleitung richtet, nicht adäquat in den Leistungen der Pflegeversicherung widerspiegelt. Um diese Probleme zu bewältigen, ist eine Reform unumgänglich.

Ziele

Die Pflegeversicherung soll deshalb mit folgender Zielsetzung weiterentwickelt werden:

- Pflegebedürftige brauchen bedarfsgerechte Leistungen, die ihnen ein Leben in Würde ermöglichen. Insbesondere soll den Bedürfnissen der Demenzkranken besser entsprochen werden.
- Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ soll weiter gestärkt werden.
- Pflegenden Angehörige und Familien sollen mehr Unterstützung erfahren.
- Die Finanzierung der Pflege soll – insbesondere in Anbetracht des demographischen Wandels – auf eine nachhaltigere Grundlage gestellt werden.
- Die Attraktivität des Pflegeberufs soll gesteigert werden.

Pflegebedürftigkeit neu definieren

Die besonderen Bedürfnisse von Demenzkranken können mit der bisherigen verrichtungsbezogenen Beurteilung der Pflegebedürftigkeit nicht angemessen erfasst werden. Deshalb ist ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff erforderlich.

Die vorliegenden Vorarbeiten bilden eine wichtige Grundlage. Die noch offenen Fragen, die insbesondere die Umsetzung betreffen, sind schnellstmöglich zu klären und ein Zeitplan für die Umsetzungsschritte zu erstellen. Die Arbeiten zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff werden im Laufe dieser Wahlperiode abgeschlossen. Dazu erhält der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs einen Auftrag.

Bessere Leistungen für Pflegebedürftige

Die Leistungen für Pflegebedürftige werden vor allem in folgenden Punkten verbessert:

- Im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erhalten Demenzkranke kurzfristig verbesserte Leistungen.

- Betreuungsleistungen, die insbesondere für Demenzkranke erforderlich sind, werden Bestandteil der Leistungen der Pflegeversicherung.
- Die Leistungen der Pflegeversicherung werden flexibler ausgestaltet. Pflegebedürftige sollen zwischen Leistungspaketen und Zeiteinheiten frei wählen können, deren inhaltliche Ausgestaltung sie mit dem Pflegedienst vereinbaren können.
- Die Rehabilitation wird gestärkt, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu reduzieren. Jeder Pflegebedürftige erhält im Zuge der Antragsstellung ein eigenständiges Gutachten über seine individuelle Rehabilitationsfähigkeit.
- Dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ entsprechend werden neue Wohnformen durch die Gewährung einer zweckgebundenen Pauschale für die Beschäftigung einer Kraft, die für die Organisation und Sicherstellung der Pflege in der Wohngruppe sorgt, gefördert.
- Es wird ein zeitlich befristetes Initiativprogramm zur Förderung ambulanter Wohngruppen aufgelegt.
- Die medizinische Versorgung in den Heimen wird verbessert.
- Die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen wird servicefreundlicher gestaltet. Eine fristgerechte Begutachtung und Leistungsentcheidung der Pflegekassen wird sichergestellt.
- Die Beratung von Pflegebedürftigen wird verbessert, z. B. durch das verbindliche Angebot von Beratungen im häuslichen Umfeld.
- Zum Bürokratieabbau wird ein eigenes Maßnahmenpaket vorgelegt.

Pflegende Angehörige und Familien werden entlastet

Die Verbesserungen der Leistungen – insbesondere für Demenzkranke – sind auch eine Erleichterung für pflegende Angehörige und Familien. Darüber hinaus werden weitere Maßnahmen eingeleitet:

- Die Möglichkeiten zwischenzeitlicher Unterbrechungen der Pflege eines Angehörigen zuhause werden ge-

stärkt. Pflegende müssen sich leichter als bisher eine „Auszeit“ nehmen können.

- Pflegende Angehörige sollen erleichterte Möglichkeiten zur Rehabilitation bekommen, ggf. auch in Einrichtungen gemeinsam mit der Pflege und Betreuung ihres zu pflegenden Angehörigen.
- Rentenrechtliche Berücksichtigung bei Pflege von gleichzeitig mehreren Pflegebedürftigen.
- Förderung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen auch für pflegende Angehörige.

Verbesserung der Pflege- und Arbeitsbedingungen in der Pflege

Die Verbesserung der Rahmenbedingungen – insbesondere im Leistungsrecht – werden sich auch positiv auf die Arbeitsbedingungen auswirken.

Mit der angestrebten einheitlichen Berufsausbildung in der Krankenpflege, Altenpflege und Kinderkrankenpflege wird der Beruf insgesamt attraktiver.

Es wird eine Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive in der Altenpflege vorbereitet.

Die Finanzierung der Pflegeversicherung wird auf eine nachhaltigere Grundlage gestellt

Der Beitragssatz der Pflegeversicherung wird zum 1. Januar 2013 um 0,1 Beitragssatzpunkte angehoben, d. h., dass der sozialen Pflegeversicherung rund 1,1 Mrd. Euro zusätzlich zur Verfügung stehen. Damit können die vorgesehenen Leistungsverbesserungen vollständig finanziert werden. Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung bleiben allein aus Beitragsmitteln finanziert. Auf die Rücklage wird nicht zugegriffen.

Daneben ist die private Vorsorge ein wichtiger Baustein für die persönliche Absicherung in der Zukunft. Die Menschen werden dabei unterstützt und die freiwillige private Vorsorge für Leistungen bei Pflegebedürftigkeit wird zusätzlich zum heutigen System der kapitalgedeckten Altersvorsorge ebenfalls ab dem 1. Januar 2013 steuerlich gefördert.

D. Stand der Pflegeversicherung**I. Übersicht zu den Leistungen der Pflegeversicherung****Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2011 an die Pflegeversicherung im Überblick**

| | | Pflegestufe I Erheblich Pflegebedürftige | Pflegestufe II Schwerpflege- bedürftige | Pflegestufe III Schwerstpflege- bedürftige (in Härtefällen) | |
|---|---|--|--|--|---------------------------|
| Häusliche Pflege | Pflegesachleistung bis zu € monatlich | 384 | 921 | 1.432 (1.918) | |
| | bis 30.06.2008 | 420 | 980 | 1.470 (1.918) | |
| | vom 01.07.2008 bis 31.12.2009 | 440 | 1.040 | 1.510 (1.918) | |
| | ab 01.01.2010 ab 01.01.2012 | 450 | 1.100 | 1.550 (1.918) | |
| | Pflegegeld € monatlich | | | | |
| | bis 30.06.2008 | 205 | 410 | 665 | |
| | vom 01.07.2008 bis 31.12.2009 | 215 | 420 | 675 | |
| | ab 01.01.2010 | 225 | 430 | 685 | |
| | ab 01.01.2012 | 235 | 440 | 700 | |
| | Pflegevertretung ¹ – durch nahe Angehörige – durch sonstige Personen | Pflegeaufwendun- gen für bis zu 4 Wochen im Ka- lenderjahr bis zu € bis 30.06.2008 | 205 ¹ 1.432 | 410 ¹ 1.432 | 665 ¹ 1.432 |
| vom 01.07.2008 bis 31.12.2009 | | 215 ¹ 1.470 | 420 ¹ 1.470 | 675 ¹ 1.470 | |
| ab 01.01.2010 | | 225 ¹ 1.510 | 430 ¹ 1.510 | 685 ¹ 1.510 | |
| ab 01.01.2012 | | 235 ¹ 1.550 | 440 ¹ 1.550 | 700 ¹ 1.550 | |
| Kurzzeitpflege | | Pflegeaufwendun- gen bis zu € im Jahr bis 30.06.2008 | 1.432 | 1.432 | 1.432 |
| | | vom 01.07.2008 bis 31.12.2009 | 1.470 | 1.470 | 1.470 |
| | | ab 01.01.2010 | 1.510 | 1.510 | 1.510 |
| | | ab 01.01.2012 | 1.550 | 1.550 | 1.550 |
| Teilstationäre Tages- und Nachtpflege ² | Pflegeaufwendun- gen bis zu € mo- natlich | | | | |
| | bis 30.06.2008 | 384 | 921 | 1.432 | |
| | vom 01.07.2008 bis 31.12.2009 | 420 ² | 980 ² | 1.470 ² | |
| | ab 01.01.2010 | 440 ² | 1.040 ² | 1.510 ² | |
| | ab 01.01.2012 | 450 ² | 1.100 ² | 1.550 ² | |

noch Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2011 an die Pflegeversicherung im Überblick

| | | Pflegestufe I Erheblich Pflegebedürftige | Pflegestufe II Schwerpflege- bedürftige | Pflegestufe III Schwerstpflege- bedürftige (in Härtefällen) |
|---|---|---|--|--|
| Ergänzende Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf ³ | Leistungsbetrag bis zu € jährlich bis 30.06.2008 seit 01.07.2008 | 460 2.400 ³ | 460 2.400 ³ | 460 2.400 ³ |
| Vollstationäre Pflege | Pflegeaufwendungen pauschal € monatlich bis 30.06.2008 | 1.023 | 1.279 | 1.432 (1.688) |
| | vom 01.07.2008 bis 31.12.2009 | 1.023 | 1.279 | 1.470 (1.750) |
| | ab 01.01.2010 | 1.023 | 1.279 | 1.510 (1.825) |
| | ab 01.01.2012 | 1.023 | 1.279 | 1.550 (1.918) |
| Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen | Pflegeaufwendungen in Höhe von | 10 % des Heimentgelts, höchstens 256 € monatlich | | |
| Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind | Aufwendungen bis zu € monatlich | 31 | | |
| Technische Pflegehilfsmittel und sonstige Pflegehilfsmittel | Aufwendungen in Höhe von | 100 % der Kosten, unter best. Voraussetzungen ist jedoch eine Zuzahlung von 10 %, höchstens 25 € je Pflegehilfsmittel zu leisten. Techn. Pflegehilfsmittel werden vorrangig leihweise, also unentgeltlich und somit zuzahlungsfrei zur Verfügung gestellt | | |
| Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes | Aufwendungen in Höhe von bis zu | 2.557 € je Maßnahme, unter Berücksichtigung einer angemessenen Eigenbeteiligung | | |
| Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen ⁴ | je nach Umfang der Pflegetätigkeit bis zu € monatlich (Beitrittsgebiet) | 135,59 (118,87) | 271,17 (237,74) | 406,76 (356,61) |
| Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit | € monatlich (Beitrittsgebiet) | 7,67 (6,72) | | |
| Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit | bis zu € monatlich Krankenversicherung Pflegeversicherung | 132,01 16,61 | | |

¹ Auf Nachweis werden den nahen Angehörigen notwendige Aufwendungen (Verdienstausschlag, Fahrkosten usw.) bis zum Höchstbetrag für sonstige Personen erstattet.

² Neben dem Anspruch auf Tagespflege bleibt ein hälftiger Anspruch auf die jeweilige ambulante Pflegesachleistung oder das Pflegegeld erhalten.

³ Abhängig von der persönlichen Pflegesituation auf der Grundlage der dauerhaften und regelmäßigen Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen nach § 45a Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 13 SGB XI werden bis zu 1 200 Euro (Grundbetrag) bzw. bis zu 2 400 Euro (erhöhter Betrag) gewährt. Auch Versicherte mit der so genannten „Pflegestufe 0“ können diese Leistungen erhalten.

⁴ Bei wenigstens 14 Stunden Pflegetätigkeit pro Woche, wenn die Pflegeperson keine Beschäftigung von über 30 Stunden nachgeht und sie noch keine Vollrente wegen Alters bezieht.

Weitere Maßnahmen der Pflegeversicherung zugunsten der Versicherten

| | Zur Stärkung der Pflege bei | |
|--|-----------------------------|------------------------|
| | häuslicher Versorgung | stationärer Versorgung |
| Hilfestellung durch wohnortnahe Pflegestützpunkte | x | x |
| Individuelle Pflegeberatung (Case Management) | x | x |
| Übermittlung von | | |
| – Leistungs- und Preisvergleichslisten über zugelassene Pflegeeinrichtungen | x | x |
| – Leistungs- und Preisvergleichslisten über niedrigschwellige Betreuungsangebote | x | x |
| – Informationen zu Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen | x | x |
| – Informationen über Integrierte Versorgungsverträge/Teilnahme an der Integrierten Versorgung im Einzugsbereich des Antragstellers | x | |
| Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen | x | |
| Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung bei Versorgung von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf | | x |
| Förderung von aktivierenden und rehabilitativen Maßnahmen durch Bonuszahlungen an Pflegeeinrichtungen für deutliche Reduzierung des Hilfebedarfs | | x |
| Förderung der Versorgungsstrukturen für Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf | x | |
| Förderung des Auf- und Ausbaus ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe | x | x |

II. Anzahl und Struktur der Leistungsempfänger

Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen sowie ihre Verteilung auf Leistungsarten und Pflegestufen sind die zentralen Bestimmungsfaktoren für die Höhe und Entwicklung der Ausgaben der Pflegeversicherung. Derzeit gibt es in der sozialen und privaten Pflegeversicherung rund 2,42 Millionen Pflegebedürftige, von denen rund 1,67 Millionen ambulante Leistungen und 0,75 Millionen vollstationäre Leistungen erhalten. Im Folgenden werden die Entwicklungen in den letzten Jahren für die soziale und die private Pflegeversicherung jeweils getrennt analysiert.

1. Soziale Pflegeversicherung

1.1 Zahl der Leistungsempfänger

Nach der Geschäftsstatistik der Pflegekassen erhielten Ende 2010 rund 1,58 Millionen Pflegebedürftige ambulante und rund 0,71 Millionen stationäre Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Unter den Empfängern der stationären Leistungen waren auch rund 81 000 Empfänger stationärer Leistungen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen.

Aufgrund der demografischen Entwicklung nimmt die Zahl der Pflegebedürftigen seit Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich zu. Nachdem der Anstieg in den

ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung noch durch Nachholeffekte überzeichnet war, hat er sich nach 2002 stark abgeflacht (plus 1 Prozent im Durchschnitt der Jahre 2003 bis 2006). In den Jahren 2007 bis 2009 ist der Anstieg mit durchschnittlich mehr als 4 Prozent aufgrund einer Verbesserung der Datenerfassung deutlich überzeichnet. Im Jahr 2010 betrug der Anstieg rund 2,4 Prozent.

1.2 Leistungsempfänger nach Pflegestufen

Von den ambulant Pflegebedürftigen waren Ende 2010 967 973 Personen (= 61,3 Prozent) der Pflegestufe I 471 609 Personen (= 29,9 Prozent) der Pflegestufe II 138 262 Personen (= 8,8 Prozent) der Pflegestufe III zugeordnet.

1 918 Pflegebedürftige (= 1,4 Prozent der Pflegebedürftigen in Pflegestufe III) waren als Härtefall anerkannt.

Von den vollstationär versorgten Pflegebedürftigen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen oder vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen waren Ende 2010

290 759 Personen (= 41,0 Prozent) in Pflegestufe I

279 055 Personen (= 39,3 Prozent) in Pflegestufe II

140.141 Personen (= 19,7 Prozent) in Pflegestufe III.

Im stationären Bereich waren 5 531 Pflegebedürftige (= 3,9 Prozent der Pflegebedürftigen der Pflegestufe III) als Härtefall anerkannt.

Einen Überblick über die Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen und ihrer Verteilung auf die Pflegestufen geben Anlage 1 sowie die Grafiken 1 bis 5. Danach ist sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich der Anteil der der Pflegestufe I zugeordneten Pflegebedürftigen weiter gestiegen. Ursache dafür könnte sein, dass die Pflegebedürftigen oder ihre Angehörigen frühzeitiger – bei noch nicht so schwerer Pflegebedürftigkeit – Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung stellen.

1.3 Leistungsempfänger nach Leistungsarten

Innerhalb der Leistungsarten hat weiterhin das Pflegegeld die größte Bedeutung. Im Jahresdurchschnitt 2010 wählten 44,8 Prozent diese Leistungsart, gefolgt von vollstationärer Pflege (26,5 Prozent), Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung (13,3 Prozent) sowie ausschließlich Pflegesachleistung (7,8 Prozent). Die Leistungsarten häusliche Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege sowie Tages- und Nachtpflege haben entsprechend ihrem Charakter als zeitlich befristete oder ergänzende Leistungen nur ein geringes Gewicht. Dies ist aber nicht mit einer geringfügigen Inanspruchnahme gleichzusetzen. Hinter den jeweils unter 50 000 Personen liegenden Empfängerzahlen im Jahresdurchschnitt (fiktive Ganzjahresempfänger) verbergen sich jeweils zwischen 100 000 und 600 000 Fälle.

Im Berichtszeitraum ist der Anteil der Empfänger von Pflegegeld weiter leicht um etwa 0,5 Prozent pro Jahr zurückgegangen. Ebenfalls rückläufig war der Bezug von ausschließlich Pflegesachleistung zugunsten eines entsprechenden Anstiegs der Kombinationsleistung. Zum Stillstand gekommen ist der langjährige Trend in Richtung vollstationärer Versorgung. Der sich in der Zeitreihe (Anlage 2) abzeichnende Anteilrückgang dürfte allerdings durch die verbesserte Erfassung der Leistungsempfänger im ambulanten Bereich überzeichnet sein. Den stärksten relativen Zuwachs verzeichnet die Inanspruchnahme der häuslichen Verhinderungspflege, die sich in den letzten vier Jahren auf 2 Prozent in etwa verdoppelt hat.

1.4 Leistungsempfänger nach Alter und Geschlecht

Pflegebedürftigkeit tritt überwiegend in den hohen Altersgruppen auf. So waren Ende 2010 rund 45,5 Prozent der ambulant versorgten Pflegebedürftigen und rund 62,2 Prozent der stationär versorgten Pflegebedürftigen über 80 Jahre alt.

Die Mehrzahl der Pflegebedürftigen sind aufgrund der höheren Lebenserwartung Frauen (65,3 Prozent). Allerdings steigt der Anteil der Männer seit Jahren kontinuierlich leicht an (im Berichtszeitraum von 33,3 Prozent Ende 2006 auf 34,7 Prozent Ende 2010). Die unterschiedlichen Möglichkeiten der Pflege durch (Ehe-)Partner spiegelt

sich darin wider, dass der Frauenanteil bei den stationär versorgten Pflegebedürftigen mit 72,7 Prozent deutlich höher ist als im ambulanten Bereich mit 61,9 Prozent.

2. Private Pflege-Pflichtversicherung

2.1. Zahl der Leistungsempfänger

Nach der Geschäftsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung bezogen Ende 2010 rund 99 000 Pflegebedürftige ambulante und rund 43 000 Pflegebedürftige stationäre Leistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Die Empfänger von stationären Leistungen der Hilfe für behinderte Menschen werden nicht separat ausgewiesen. Ihre Zahl dürfte im Vergleich zu den entsprechenden Leistungsempfängern der sozialen Pflegeversicherung von untergeordneter Bedeutung sein.

Aufgrund der im Vergleich zu den Versicherten der sozialen Pflegeversicherung schwächeren Besetzung der höheren Altersgruppen ist der Anteil der Pflegebedürftigen an den Versicherten mit rund 1,5 Prozent derzeit nur etwa halb so hoch wie in der sozialen Pflegeversicherung. Allerdings wachsen in den letzten Jahren kontinuierlich stärker besetzte Versichertengruppen in die Altersgruppen mit einem höheren Pflegerisiko hinein. Entsprechend ist der durchschnittliche Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen in der Regel höher als in der sozialen Pflegeversicherung (im Berichtszeitraum wurde diese demografisch bedingte Entwicklung allerdings durch eine Bestandskorrektur überlagert). Der hierin zum Ausdruck kommende Prozess der Annäherung der Risikostrukturen wird sich noch über eine Reihe von Jahren erstrecken.

2.2. Leistungsempfänger nach Pflegestufen

Die Pflegebedürftigen verteilten sich Ende 2010 wie folgt auf die Pflegestufen:

| | ambulant | stationär |
|-----------------|----------|-----------|
| Pflegestufe I | 54,2 % | 32,9 % |
| Pflegestufe II | 34,2 % | 43,1 % |
| Pflegestufe III | 11,5 % | 24,0 % |

Wie schon bisher haben in der privaten Pflege-Pflichtversicherung die höheren Pflegestufen ein größeres Gewicht als in der sozialen Pflegeversicherung. Die Ursachen hierfür dürften hauptsächlich im höheren Durchschnittsalter der Pflegebedürftigen sowie einer tendenziell wohl etwas späteren Antragstellung liegen.

2.3 Leistungsempfänger nach Alter und Geschlecht

In der privaten Pflege-Pflichtversicherung ist ein noch höherer Anteil der Pflegebedürftigen über 80 Jahre alt als in der sozialen Pflegeversicherung. Ende 2010 waren es im ambulanten Bereich 53,3 Prozent und im stationären Bereich 76,2 Prozent. Im Zeitablauf sind die Anteile relativ konstant.

Auch in der privaten Pflege-Pflichtversicherung ist aufgrund der höheren Lebenserwartung die Mehrheit der Pflegebedürftigen weiblich (51,7 Prozent im ambulanten und 68,6 Prozent im stationären Bereich). Allerdings liegen die Anteile entsprechend dem geringeren Anteil an der Versichertengemeinschaft insgesamt (rund 40 Prozent im Vergleich zu 53 Prozent in der sozialen Pflegeversicherung) unter denen in der sozialen Pflegeversicherung.

Eine Aufteilung der Pflegebedürftigen nach Leistungsarten geht aus den Daten der privaten Pflege-Pflichtversicherung nicht hervor.

III. Finanzielle Situation der Pflegeversicherung

1. Soziale Pflegeversicherung

Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung wird im Folgenden anhand der Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung dargestellt, da sie den für die Beurteilung der Liquiditätssituation wichtigen tatsächlich vorhandenen Mittelbestand ohne Forderungen und Verpflichtungen ausweisen.

1.1 Finanzentwicklung

In den ersten Jahren nach ihrer Einführung konnte die soziale Pflegeversicherung aufgrund des drei Monate vor Beginn der Leistungsgewährung einsetzenden Beitragsinzugs und des zunächst bestehenden Antragsstaus einen Mittelbestand von rund 5 Mrd. Euro aufbauen. In den Jahren ab 1999 ergaben sich trotz moderatem Ausgabenanstieg infolge konjunkturbedingt schwacher Einnahmewachse jeweils Defizite. Nur 2006 war infolge des Vorziehens der Fälligkeit der Beiträge ein Überschuss zu verzeichnen. Im Berichtszeitraum verlief die Finanzentwicklung wie folgt:

Im Jahr 2007 betrug die

| | |
|-----------|-------------------------|
| Einnahmen | 18,02 Mrd. Euro und die |
| Ausgaben | 18,34 Mrd. Euro. |

Entsprechend ergab sich ein Defizit von 0,32 Mrd. Euro.

Der Mittelbestand sank auf 3,18 Mrd. Euro.

Bereinigt um den Einmaleffekt der früheren Beitragsfälligkeit im Jahr 2006 ergab sich infolge der besseren Konjunkturentwicklung ein Beitragsanstieg von 1,9 Prozent. Dem stand allerdings auch ein im Vergleich zu den Vorjahren etwas stärkerer Ausgabenanstieg von 1,7 Prozent gegenüber.

Im Jahr 2008 hatte die soziale Pflegeversicherung

| | |
|-----------------------|---------------------------|
| Einnahmen in Höhe von | 19,77 Mrd. Euro, |
| Ausgaben in Höhe von | 19,14 Mrd. Euro und somit |
| einen Überschuss von | 0,63 Mrd. Euro. |

Der Mittelbestand erhöhte sich dadurch auf 3,81 Mrd. Euro.

Der Einnahmeanstieg von 9,7 Prozent resultierte aus der Beitragssatzanhebung um 0,25 Prozentpunkte zur Jahresmitte im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes. Aber auch beitragsatzbereinigt betrug der Anstieg der Beitragseinnahmen 2,4 Prozent, worin sich die bis Herbst 2008 sehr gute Konjunktorentwicklung widerspiegelte. Die Ausgabenentwicklung verlief angesichts der Anhebung der Leistungsbeträge sowie weiterer Leistungsverbesserungen zur Jahresmitte 2008 mit einem Anstieg von 4,4 Prozent relativ moderat. Einige der Leistungsverbesserungen sind erst mit Verzögerung in größerem Umfang in Anspruch genommen worden.

In 2009 standen

| | |
|---------------|-----------------|
| Einnahmen von | 21,31 Mrd. Euro |
| Ausgaben von | 20,33 Mrd. Euro |

gegenüber, so dass der Überschuss 0,99 Mrd. Euro betrug.

Entsprechend stieg der Mittelbestand auf 4,80 Mrd. Euro.

Der Einnahmeanstieg von 7,8 Prozent resultierte aus der erstmalig ganzjährigen Geltung des höheren Beitragssatzes. Bereinigt um diesen Effekt stiegen die Beitragseinnahmen um 1,5 Prozent. Dies war zwar weniger als im Vorjahr. Angesichts der tiefen Wirtschaftskrise hätte die Entwicklung aber auch deutlich schlechter ausfallen können. Auf der Ausgabenseite machten sich die Mitte 2008 eingeführten Leistungsverbesserungen im Jahr 2009 stärker bemerkbar. Insbesondere bei den Leistungsverbesserungen für Demenzzranke kam es zu deutlichen Zuwächsen, die maßgeblich zum Gesamtanstieg von 6,2 Prozent beitrugen.

Im Jahr 2010 schließlich betrugen die

| | |
|----------------|-----------------------------------|
| Einnahmen | 21,78 Mrd. Euro, die |
| Ausgaben | 21,45 Mrd. Euro, so dass sich ein |
| Überschuss von | 0,34 Mrd. Euro ergab. |

Der Mittelbestand betrug Ende 2010 5,13 Mrd. Euro.

Während sich die Nachwirkungen der Wirtschaftskrise auf die Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung bei einem Anstieg um 2,2 Prozent in sehr engen Grenzen hielten, wirkte sich auf der Ausgabenseite die zweite Stufe der Anhebung der Leistungsbeträge deutlich aus. Der Ausgabenanstieg gegenüber dem Vorjahr betrug 5,5 Prozent.

1.2 Ausgabenstruktur

Aus der Ausgabenstruktur lassen sich die bedeutendsten Kostenfaktoren für die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung ableiten.

Von den Gesamtausgaben des Jahres 2010 entfielen wie schon in den Vorjahren rund 95 Prozent auf die Leistungsausgaben und rund 5 Prozent auf die Verwaltungskosten einschließlich der Kosten des Medizinischen Dienstes. Bei den Leistungsausgaben ist vom Volumen her die vollstationäre Pflege mit einem Anteil von 46,8 Prozent am bedeutendsten. Gleichwohl ist ihr Gewicht infolge der auf die

Stärkung der ambulanten Versorgung ausgerichteten Reform Mitte 2008 leicht gesunken (zum Vergleich 2007: 50,6 Prozent). Danach kommen Pflegegeld (22,8 Prozent) und Pflegesachleistung (14,2 Prozent). Vergleicht man nur die Ausgaben für Pflegegeld und Pflegesachleistung, so ergibt sich ein Verhältnis von 62 : 38. Hier hat sich in den letzten Jahren der Trend zur Sachleistung nicht fortgesetzt. Berücksichtigt man allerdings die übrigen Sachleistungen wie häusliche Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege oder Tages- und Nachtpflege, die im Zeitablauf deutliche Ausgabenanstiege ausweisen, so ist der Pflegegeldanteil nach wie vor rückläufig. Allerdings fallen diese und andere Leistungsarten vom Volumen her jeweils nicht besonders ins Gewicht.

2. Private Pflege-Pflichtversicherung

Auskunft über die Finanzentwicklung in der privaten Pflege-Pflichtversicherung geben – neben den Angaben des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. – 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 2007 betrug die

| | |
|-----------|------------------------|
| Einnahmen | 2,98 Mrd. Euro und die |
| Ausgaben | 2,56 Mrd. Euro. |

Entsprechend ergab sich ein Überschuss von 0,43 Mrd. Euro.

Im Jahr 2008 betrug die

| | |
|-----------|------------------------|
| Einnahmen | 3,87 Mrd. Euro und die |
| Ausgaben | 3,49 Mrd. Euro. |

Entsprechend ergab sich ein Überschuss von 0,38 Mrd. Euro.

Im Jahr 2009 betrug die

| | |
|-----------|------------------------|
| Einnahmen | 3,22 Mrd. Euro und die |
| Ausgaben | 2,88 Mrd. Euro. |

Entsprechend ergab sich ein Überschuss von 0,34 Mrd. Euro.

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 Einnah-

men, als auch in den Aufwendungen enthalten ist und diese in den einzelnen Jahren stark schwankt.

Der Aufbau der Alterungsrückstellungen schreitet zügig voran. Seit Einführung der privaten Pflege-Pflichtversicherung 1995 wurden bis Ende 2010 insgesamt rund 21,5 Mrd. Euro Alterungsrückstellungen gebildet.

2.2 Struktur der Aufwendungen

Bei den Leistungsausgaben der privaten Pflege-Pflichtversicherung ergeben sich ähnliche Entwicklungen wie in der sozialen Pflegeversicherung.

Innerhalb der Leistungsausgaben war 2010 nach wie vor die vollstationäre Pflege am bedeutendsten (45,4 Prozent), gefolgt von Pflegegeld (22,5 Prozent) und Pflegesachleistung (16,5 Prozent). 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 im Berichtszeitraum mit durchschnittlich 5 Prozent nur unwesentlich stärker gestiegen als in der sozialen Pflegeversicherung.

IV. Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die MEDICPROOF GmbH

Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit werden gesetzlich Versicherte durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und privat Versicherte durch das Tochterunternehmen des Verbandes der privaten Krankenversicherung – MEDICPROOF GmbH – begutachtet.

1. Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung prüfen im Auftrag der Pflegekassen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Im Rahmen dieser Prüfung wird auch festgestellt, ob und in welchem Maße die Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt ist und z. B. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation notwendig und zumutbar sind. Auf der Grundlage der Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung entscheidet die Pflegekasse über Leistungsanspruch und Leistungsgewährung. Die Begutachtung erfolgt grundsätzlich als körperliche Untersuchung im Wohnbereich des Versicherten durch eine Pflegefachkraft oder einen Arzt des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung. Das gilt für Anträge auf häusliche (ambulante Leistungen) und vollstationäre Pflege gleichermaßen.

Auf eine körperliche Untersuchung wird nur dann ausnahmsweise verzichtet, wenn:

- eine persönliche Untersuchung des Antragstellers im Wohnbereich nicht möglich (insbesondere, wenn der Antragsteller vor der persönlichen Befunderhebung verstorben ist) oder nicht zumutbar (z. B. bei stationä-

rer Hospizversorgung oder ambulanter Palliativpflege) ist oder

- bereits aufgrund einer eindeutigen Aktenlage feststeht, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind, welche Pflegestufe vorliegt, ob und ggf. in welchem Maß eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt und ob und in welchem Umfang geeignete therapeutische oder rehabilitative Leistungen in Betracht kommen.

Die Begutachtung erfolgt dann nach Aktenlage.

Die folgende vom GKV-Spitzenverband übermittelte Tabelle zeigt die durchgeführten Begutachtungen nach beantragter Leistung und Untersuchungsort im Jahr 2010:

| Durchgeführte Begutachtungen | ambulant 1.011.519 | stationär 306.729 |
|--|-----------------------|----------------------|
| davon in Prozent: | | |
| In Privatwohnungen (ambulant) | 87,6 | - |
| in Pflegeeinrichtungen (stationär) | - | 63,0 |
| nach Aktenlage | 10,1 | 15,9 |
| Sonstiges (z. B. Krankenhaus, stationäre Rehabilitationseinrichtung) | 2,4 | 21,1 |

Der überwiegende Teil der Begutachtungen fand nach diesen Zahlen im Wohnbereich der Antragsteller statt. Im Vergleich zu den Angaben für 2006 im Vierten Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung ist die Zahl der Begutachtungen nach Aktenlage zurückgegangen. Stattdessen ist die Anzahl der Begutachtungen im Krankenhaus und in stationären Rehabilitationseinrichtungen angestiegen.

1.1 Rechtliche Grundlagen

Gesetzliche Grundlage für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz sowie die Zuordnung zu den Pflegestufen bilden die §§ 14, 15 und 45a SGB XI. Die Umsetzung der rechtlichen Vorgaben erfolgt auf der Grundlage der durch

den GKV-Spitzenverband nach §§ 17, 45a und 53a SGB XI beschlossenen Richtlinien zur Sicherstellung einer einheitlichen Rechtsanwendung. Dies sind die:

- Pflegebedürftigkeits-Richtlinien (PflRi) vom 7. November 1994, geändert durch Beschlüsse vom 21. Dezember 1995, 22. August 2001 und 11. Mai 2006,
- Begutachtungs-Richtlinien (BRi) vom 8. Juni 2009,
- Härtefall-Richtlinien (HRi) vom 10. Juli 1995, geändert durch Beschlüsse vom 19. Oktober 1995, 3. Juli 1996 und 28. Oktober 2005 (befristet bis zum 31. Dezember 2012) und die

- Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs vom 22. März 2002, geändert durch Beschlüsse vom 11. Mai 2006 und 10. Juni 2008.

1.2 Wichtige Änderungen der Begutachtungs-Richtlinien (BRi)

Die BRi wurden aufgrund der Rechtsänderungen durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz mit Wirkung ab 8. Juni 2009 aktualisiert.

Die Änderungen beziehen sich insbesondere auf die Neuregelungen zu

- den eingeführten Bearbeitungs- und Begutachtungsfristen gemäß § 18 Absatz 3 SGB XI, der seit dem 1. Juli 2008 vorzunehmenden Abstufung (erheblich eingeschränkt oder in erhöhtem Maße eingeschränkt) bei der Feststellung der Einschränkung der Alltagskompetenz gemäß § 45b SGB XI,
- der im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit zu treffenden Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 18 Absatz 6 SGB XI,
- der Durchführung der Begutachtung von Kindern durch besonders geschulte Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Kinderarzt gemäß § 18 Absatz 7 SGB XI,
- der Möglichkeit der Empfehlung einer befristeten Leistungszusage nach § 33 Absatz 1 Satz 5 SGB XI und
- der Möglichkeit der Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI bei einer Pflegebedürftigkeit unterhalb der Pflegestufe I.

1.2.1 Pflegebedarfsfeststellung bei Kindern/Evaluierung

Die Pflegebedarfsfeststellung bei Kindern wurde in den BRi am 11. Mai 2006 geändert. Es werden unter anderem:

- nur noch der krankheits- oder behinderungsbedingte Mehrbedarf für die jeweiligen Verrichtungen erfasst und dokumentiert,
- die Einzeltatbestände entsprechend den in § 14 Absatz 4 SGB XI aufgeführten Verrichtungen des täglichen Lebens dargestellt und
- der Pflegeaufwand eines gesunden Kindes in einer Tabelle differenzierter als bisher aufgeführt.

Die Wirkung der differenzierteren Kriterien bei der Begutachtung von Kindern wurde bis zum 31. Dezember 2009 im Auftrag des BMG durch den GKV-Spitzenverband evaluiert. Es sollte geprüft werden, inwieweit sich durch die Neufassung der Kinderbegutachtung Verbesserungen, Verschlechterungen oder keine Veränderungen ergeben haben. Die Evaluation erfolgte zum einen in Form eines Statistikvergleichs der Begutachtungsergebnisse vor und nach der Richtlinienänderung und beruht

zum anderen auf einer Stellungnahme der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung. Als Ergebnis der Evaluation hat der GKV-Spitzenverband festgehalten, dass

- die Akzeptanz der Eltern nach Erläuterung des Verfahrens deutlich zugenommen hat,
- in der Summe keine Verschiebungen in der Pflegestufenzuordnung (bezogen auf die Gesamtzahl) feststellbar sind und
- das jetzige Verfahren von den befragten Gutachtern als nachvollziehbarer, transparenter, einfacher und zur Feststellung des pflegerischen Hilfebedarfs bei Kindern wesentlich flexibler beschrieben wird.

Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass sich das neue Verfahren zur Pflegebedarfsfeststellung bei der Ermittlung der Pflegezeit von Kindern in der täglichen Praxis bewährt hat.

1.2.2 Präventive Maßnahmen/Therapien/Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

In der Regel wird die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch Pflegefachkräfte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung durchgeführt, die mit den ärztlichen Gutachtern eng zusammenarbeiten. Für die weiteren Feststellungen z. B. zum Umfang des Rehabilitationsbedarfes wurden zur Qualifizierung der Pflegefachkräfte themenbezogene Fortbildungen durchgeführt. Eine adäquate Erhebung des Rehabilitationsbedarfes und -potenzials sowie die sachgerechte Empfehlung entsprechender Maßnahmen würden nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes dadurch gewährleistet. Kommt die begutachtende Pflegefachkraft auf der Grundlage der erhobenen Informationen zu der Einschätzung, dass eine Rehabilitationsindikation bestehen könnte, wird ein Arzt des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung einbezogen, der zu der Einschätzung der Pflegefachkraft zur Notwendigkeit einer medizinischen Rehabilitationsleistung Stellung nimmt (siehe BRi vom 8. Juni 2009, D 6.3, S. 90). Im Rahmen der Gesamtbetrachtung stellt dann der ärztliche Gutachter auf der Grundlage der von der Pflegefachkraft erfassten Informationen die Rehabilitationsindikation fest und gibt eine Zuweisungsempfehlung ab (siehe unter Punkt D. XII.).

1.2.3 Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Das Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ist Bestandteil der BRi. 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 sind die in § 45a Absatz 2 SGB XI genannten Kriterien und die Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs. Dabei sind die Änderungen durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz zur Differenzierung zwischen der Einschränkung der Alltagskompetenz in erheblichem oder erhöhtem Maße nach § 45b SGB XI genauso berücksichtigt wie die Möglichkeit der Leistungsgewährung nach § 45a Absatz 1 Satz 2 SGB XI, wenn die Beeinträchtigungen die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer Pflegestufe noch nicht erfüllen.

1.2.4 Härtefall-Richtlinien (HRI)

Die Härtefall-Richtlinien sind letztmalig zum 28. Oktober 2005 vor dem Hintergrund der Maßgaben des Bundessozialgerichts zur Beachtung der in § 36 Absatz 4 SGB XI und § 43 Absatz 3 SGB XI festgelegten Härtefallquoten von 3 Prozent im häuslichen und 5 Prozent im stationären Bereich angepasst worden. Die HRI wurden vom BMG bis zum 31. März 2009 befristet. Gleichzeitig sollte evaluiert werden, ob die in § 36 Absatz 4 SGB XI und § 43 Absatz 3 SGB XI genannten Quoten im Wesentlichen erreicht wurden. Da die gesetzlich festgelegten Härtefallquoten weiterhin unterschritten werden, sind die HRI vom BMG nicht entfristet, sondern zunächst bis zum 31. Dezember 2012, verlängert worden.

1.3 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 des Spitzenverbandes Bund der Krankenversicherung e. V. (MDS) gemäß § 53a Absatz 1 Nummer 3 SGB XI regelmäßig auf der Grundlage der von den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung zur Verfügung gestellten Daten zusammenfassende Statistiken und Berichte erstellt.

Zur Entwicklung des Begutachtungsgeschehens können nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes im Wesentlichen folgende Aussagen getroffen werden:

1.3.1 Begutachtungen für die soziale Pflegeversicherung

Im Berichtszeitraum 2007 bis 2010 habe die Anzahl der jährlichen Begutachtungen zwischen rund 1,3 Millionen und rund 1,5 Millionen betragen. Nach einer Steigerung in den Jahren 2008 und 2009 hätten die Auftragszahlen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich im Jahr 2010 etwa wieder das Niveau des Jahres 2008 erreicht. Anders verhalte es sich für die Begutachtungen von Antragsstellern, die Leistungen zur Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI) beantragt haben. Nach einem Absinken der Anzahl der Begutachtungen von 9 480 im Jahr 2007 um insgesamt ca. 1 500 in den Jahren 2007 und 2008 sei die Anzahl der Begutachtungen im Jahr 2010

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Anzahl: | | | | |
| ambulant | 1.006.009 | 1.097.693 | 1.160.818 | 1.092.413 |
| stationär | 319.765 | 332.578 | 349.095 | 332.247 |
| § 43a SGB XI | 9.480 | 8.702 | 8.005 | 8.501 |
| Gesamt: | 1.335.254 | 1.438.973 | 1.517.918 | 1.433.161 |

wieder auf 8 501 Begutachtungen angestiegen. Im Vergleich zu 2007 seien aber im Jahr 2010 insgesamt etwa 10 Prozent weniger Begutachtungen durchgeführt worden.

In der Tabelle oben ist das Begutachtungsvolumen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung in den Jahren 2007 bis 2010 für die Pflegeversicherung nach Leistungsarten dargestellt.

1.3.2 Pflegestufenempfehlungen der Medizinischen Dienste

Im Vergleich zu ambulanten Erstbegutachtungen sei bei stationären Erstbegutachtungen häufiger Pflegebedürftigkeit festgestellt worden. Darüber hinaus sei der Anteil der höheren Pflegestufen II und III fast dreimal so hoch wie in der ambulanten Pflege gewesen. Im Jahr 2010 seien bei den ambulanten Erstbegutachtungen gut zwei Drittel der Begutachteten pflegebedürftig gewesen. Die Gutachter hätten in 50,8 Prozent die Pflegestufe I, in 12,5 Prozent die Pflegestufe II und in 2,6 Prozent die Pflegestufe III empfohlen.

Bei den stationären Erstbegutachtungen hätten die Gutachter im Jahr 2010 in 16,1 Prozent der Fälle „nicht erheblich pflegebedürftig“ im Sinne des SGB XI, in 48,2 Prozent der Fälle die Pflegestufe I, in 28,6 Prozent der Fälle die Pflegestufe II und in 6,2 Prozent der Fälle die Pflegestufe III festgestellt. Für die Jahre 2007 bis 2009 seien die Ergebnisse der Pflegestufenempfehlungen nahezu identisch gewesen, so dass sich seit dem letzten Berichtszeitraum keine wesentlichen Änderungen ergeben hätten.

Dass bei Erstantragstellern auf stationäre Leistungen häufiger und in höherem Maße Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde als bei Erstantragstellern auf ambulante Leistungen,

könne darauf zurückgeführt werden, dass die Pflege in einer vollstationären Einrichtung vor allem dann in Anspruch genommen werde, wenn Pflegepersonen im häuslichen Umfeld nicht zur Verfügung stünden oder wenn der erforderliche Pflegeaufwand von ihnen nicht mehr erbracht werden könne.

1.4 Berücksichtigung psychisch Kranker, geistig Behinderter und demenziell erkrankter Menschen im Begutachtungsgeschehen der Medizinischen Dienste (Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz)

Nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes waren im Jahr 2010 insgesamt 29,7 Prozent der Antragsteller auf ambulante Leistungen Personen mit erheblich oder in erhöhtem Maße eingeschränkter Alltagskompetenz. Dabei habe sich gezeigt, dass sich der Anteil dieser Personengruppe mit zunehmender Pflegestufe erhöhe. So habe der Anteil dieser Personengruppe in der Pflegestufe III 61,3 Prozent der Antragsteller und der Anteil derjenigen, die keiner der Pflegestufen I bis III angehörten, 14 Prozent der Antragsteller betragen.

Ein vergleichbares Ergebnis sei im stationären Bereich festgestellt worden. Insgesamt sei hier der Anteil der Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz mit 57,3 Prozent der Antragsteller höher als der Anteil der Personen ohne erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (42,7 Prozent) gewesen.

Die nachfolgende Tabelle gibt die Verteilung der differenzierten Ergebnisse des PEA-Assessments nach Pflegestufen im ambulanten Bereich aus dem Jahr 2010 wieder:

| Pflegestufen-Empfehlung | Ambulant | | |
|--------------------------------|---------------------|-------------------------|--------------------------------|
| | nicht eingeschränkt | erheblich eingeschränkt | in erhöhtem Maße eingeschränkt |
| nicht pflegebedürftig | 86,0 | 10,5 | 3,5 |
| Stufe I | 74,0 | 16,4 | 9,6 |
| Stufe II | 57,6 | 23,0 | 19,4 |
| Stufe III | 38,7 | 27,8 | 33,5 |
| insgesamt Antragsteller | 70,3 | 17,4 | 12,3 |

Bei der Ermittlung des Bedarfs an zusätzlichem Betreuungspersonal für demenziell erkrankte Pflegeheimbewohner nach § 87b SGB XI sei ein vergleichbares Ergebnis im stationären Bereich festgestellt worden. Insgesamt sei hier der Anteil der Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz mit 57,3 Prozent der Antragssteller höher als der Anteil der Personen ohne erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (42,7 Prozent) gewesen.

1.5 Dauer des Begutachtungsverfahrens

Nach § 18 Absatz 3 SGB XI soll dem Antragsteller spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse mitgeteilt werden. Eine Begutachtung innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der Pflegekasse ist erforderlich, wenn

- sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in der stationären Rehabilitation befindet und Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist oder die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde,
- sich der Antragsteller in einem Hospiz befindet oder
- ambulant palliativ versorgt wird.

Eine Begutachtung innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrages bei der Pflegekasse ist erforderlich, wenn der Antragsteller sich in häuslicher Umgebung befindet, ohne palliativ versorgt zu werden, und die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde.

Die nachfolgende vom GKV-Spitzenverband übermittelte Tabelle weist die Erledigungsdauer bei Erstgutachten im Jahr 2010 differenziert nach der beantragten Leistung und der Dauer aus:

| Durchgeführte Erstbegutachtungen | ambulant 602.379 | stationär 114.563 |
|--|---------------------|----------------------|
| davon in Prozent | | |
| bis unter 4 Wochen | 68,0 | 83,0 |
| 4 bis unter 8 Wochen | 29,1 | 16,1 |
| 8 bis unter 12 Wochen | 2,6 | 0,9 |
| 12 Wochen und mehr | 0,3 | 0,1 |
| Durchschnittliche Dauer in Kalendertagen | 23,8 | 16,4 |

Nach diesen Angaben haben sich im Vergleich zu den im Vierten Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung für das Jahr 2006 dargestellten Gutachtenlaufzeiten die Bearbeitungszeiten erheblich reduziert. In 2010 betrug die durchschnittliche Dauer der Begutachtung in Kalendertagen für den ambulanten Be-

reich 23,8 und für den stationären Bereich 16,4 Tage. Im Jahr 2006 hatte die durchschnittliche Dauer der Begutachtung für den ambulanten Bereich noch 40,9 und für den stationären Bereich noch 30,9 Tage betragen. Dabei wurden im ambulanten Bereich nur 30,3 Prozent und im stationären Bereich 56,8 Prozent der Begutachtungen in einem Zeitraum von bis zu vier Wochen durchgeführt. In 2010 haben sich diese Anteile im ambulanten Bereich mehr als verdoppelt und sind auch im stationären Bereich um 26 Prozent gestiegen.

1.6 Widersprüche gegen das Begutachtungsergebnis, Klagen

Laut GKV-Spitzenverband betrug im Jahr 2010 der Anteil der Widerspruchsbegutachtungen im ambulanten Bereich 7,4 Prozent und im stationären Bereich 4,2 Prozent an allen durchgeführten Begutachtungen. Die Quote der Widerspruchsbegutachtungen sei damit im ambulanten Bereich fast doppelt so hoch wie im stationären Bereich.

In 65,7 Prozent der Widerspruchsbegutachtungen im ambulanten Bereich hätten die Gutachter im Jahr 2010 die Begutachtungsempfehlungen des Vorgutachtens bestätigt, in 34,2 Prozent der Widerspruchsbegutachtungen sei eine andere Begutachtungsempfehlung ausgesprochen worden. Im stationären Bereich kämen die Gutachter vergleichsweise häufiger zu einer Änderung der Begutachtungsempfehlung in der Widerspruchsbegutachtung (46,3 Prozent). In 53,7 Prozent der Widerspruchsbegutachtungen hätten die Gutachter die Empfehlung des Vorgutachtens bestätigt. Dieses Ergebnis ähnelte dem der Wiederholungsbegutachtung.

Bei der Beurteilung der Ergebnisse der Widerspruchsbegutachtungen sei zu berücksichtigen, dass zwischen der Erstbegutachtung und dem Widerspruch in der Regel mehrere Wochen vergingen, in denen sich der Hilfebedarf erheblich verändert haben könne und eine höhere Pflegestufe rechtfertige.

2. Zahl der Pflegefachkräfte und der Ärzte beim MDK

Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung werden nach § 18 Absatz 7 SGB XI durch Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Im Jahr 2010 beschäftigten nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung in Vollzeitäquivalente umgerechnet bundesweit 1 924 Ärzte/Ärztinnen und 1 743 Pflegefachkräfte.

Nach den Begutachtungs-Richtlinien können die Begutachtungen durch einen Arzt, eine Pflegefachkraft und eine andere geeignete Fachkraft entweder als Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder als externe Gutachter durchgeführt werden. Der vom Gesetzgeber gewünschten Zusammenarbeit beider Professionen tragen die Begutachtungs-Richtlinien Rechnung, indem die Auswertung des Besuches sowie die endgültige Abfassung des Pflegegutachtens in Kooperation beider Berufsgruppen erfolgen.

Wie der GKV-Spitzenverband berichtet, habe sich bereits im Jahr 2006 im Vergleich zu 2003 gezeigt, dass in den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung vermehrt Pflegefachkräfte die Pflegebegutachtungen durchführten. Diese Tendenz habe sich auch in dem Berichtszeitraum von 2007 bis 2010 fortgeführt. Im Jahr 2007 seien 69,2 Prozent aller ambulanten Begutachtungen und 78,4 Prozent aller stationären Begutachtungen von Pflegefachkräften des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung durchgeführt worden. Im Jahr 2010 sei der Anteil der durch Pflegefachkräfte durchgeführten Begutachtungen im ambulanten Bereich auf 74,1 Prozent und im stationären Bereich auf 82,2 Prozent angestiegen. Das Verhältnis der Begutachtungen, die durch Ärzte oder Pflegefachkräfte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung durchgeführt wurden, sei regional unterschiedlich ausgeprägt. Dies gelte gleichermaßen für den Einsatz von externen Gutachtern. Bundesweit seien im ambulanten Bereich 20,5 Prozent und im stationären Bereich 11,5 Prozent aller Begutachtungen durch externe Gutachter durchgeführt worden.

Die Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegefachkräften spiegele sich auch in den MDK-übergreifenden Arbeits- und Projektgruppen wider. In diesen beteiligten sich beide Berufsgruppen an der konzeptionellen Weiterentwicklung des Begutachtungsverfahrens und der Erarbeitung von Vorschlägen zur Weiterentwicklung des SGB XI. Es würden zudem für beide Berufsgruppen vom MDS berufsspezifische und -übergreifende Qualifikationsmaßnahmen durchgeführt.

3. Qualitätssicherung innerhalb des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

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

Die Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung erfolgt auf der Grundlage der Richtlinien zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung vom 23. September 2004, die am 1. Januar 2005 in Kraft getreten sind. Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sind verpflichtet, die Begutachtung auf einem hohen Qualitätsniveau durchzuführen und eine einheitliche Begutachtungspraxis auf der Grundlage der Begutachtungs-Richtlinien sicherzustellen.

Gegenstand der Prüfung sind dabei alle Gutachten aus dem ambulanten und stationären Bereich, einschließlich der Gutachten von Kindern. Die Prüfungen erfolgen im monatlichen oder vierteljährlichen Rhythmus auf der Grundlage randomisierter Stichprobenziehungen. In vielen Medizinischen Diensten der Krankenversicherung wird dazu ein EDV-System, das sogenannte KQP-Verfahren (Kontinuierliche Qualitätsprüfung) eingesetzt, das die Auswahl der zu prüfenden Gutachten per Zufall trifft. Aus dem Pool der bereits durch den MDK intern geprüften Gutachten

werden quartalsweise 24 Pflegegutachten an den MDS geschickt und per Zufallsauswahl an Prüfgutachter anderer Medizinischer Dienste der Krankenversicherung weitergeleitet. Die Ergebnisse werden vom MDS zusammengeführt.

Die Schwerpunkte der Prüfungen zielen auf die inhaltliche Bewertung der Pflegebegutachtung. Die Prüfung umfasst die Bereiche

- Transparenz,
- Kompetenz und
- Nachvollziehbarkeit.

In den Prüfbereichen „Transparenz“ und „Kompetenz“ werden die gutachterlichen Aussagen über alle Punkte des Gutachtens zusammenfassend bewertet.

Im Prüfbereich „Nachvollziehbarkeit“ wird die Schlüssigkeit der Ableitung des dokumentierten Hilfebedarfs aus den Angaben zu Schädigungen/Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen, des dokumentierten Zeitaufwands sowie die korrekte und vollständige Anwendung der „Richtlinie zur Feststellung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs“ bewertet. Die Prüfbereiche werden dabei einer vierstufigen Bewertung unterzogen.

3.2 Ergebnisse der MDK-Qualitätsprüfungen von Pflegegutachten 2010

Auf der Grundlage der Richtlinien zur Qualitätssicherung der Begutachtungen und Beratung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung gingen nach Auskunft des GKV-Spitzenverbandes im Jahr 2010 insgesamt 8 126 Pflegegutachten in die interne Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ein. MDK-übergreifend seien im Jahr 2010 insgesamt 1 392 Gutachten geprüft worden. Bei fast allen Prüffragen sei zu gut 95 Prozent ein hoher Standard in der Qualität der Pflegebegutachtungen erreicht worden.

4. Begutachtung durch die MEDICPROOF GmbH

Aufgrund der Verpflichtung der privaten Krankenversicherungsunternehmen, „für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sowie für die Zuordnung zu einer Pflegestufe dieselben Maßstäbe wie in der sozialen Pflegeversicherung anzulegen“ (§ 23 Absatz 6 SGB XI), bilden die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungsrichtlinien – BRi)“ auch die Grundlage für die Gutachtenerstellung in der privaten Pflege-Pflichtversicherung.

4.1. Ärzte führen Begutachtungen durch

Aufgrund einer entsprechenden Regelung in den Versicherungsverträgen werden nach Mitteilung der MEDICPROOF GmbH mit der Feststellung von Eintritt, Umfang und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit ausschließlich Ärzte beauftragt. Darin unterschieden sich die Vorgaben

zur Begutachtung in der privaten Pflege-Pflichtversicherung von denen der sozialen Pflegeversicherung, wo zunehmend Pflegefachkräfte in das Begutachtungsverfahren eingebunden sind. Allerdings bestehe in der privaten Pflege-Pflichtversicherung die Möglichkeit einer ergänzenden pflegefachlichen Stellungnahme, wenn es darum gehe, neben den Feststellungen im ärztlichen Gutachten noch relevante pflegerische Sachverhalte zur Qualität der Versorgung aufzuzeigen. Dafür halte MEDICPROOF ein bundesweites Netz von Pflegefachkräften vor. Vor Vertragsabschluss würden alle Gutachter von MEDICPROOF geschult und in regelmäßigen Intervallen in den spezifischen Belangen der Pflegeversicherung fortgebildet.

4.1.1 Zahl der Pflegefachkräfte und der Ärzte

Mit Stand vom 1. Dezember 2010 waren nach Angaben von MEDICPROOF insgesamt 855 freie Mitarbeiter für MEDICPROOF tätig: 779 Ärzte (90 Prozent) und 76 Pflegefachkräfte (10 Prozent). Die Zahl der externen Gutachter richte sich jeweils nach dem regionalen Aufkommen von Begutachtungen.

4.2. Zahl und Art der Begutachtungen

Nach Auskunft von MEDICPROOF wurden zusammen mit den zum Ende des Jahres 2009 noch nicht erledigten Aufträgen 2010 insgesamt 120 895 Aufträge bearbeitet. Das entspreche einem Anstieg von 3,6 Prozent (im Vorjahr 4,5 Prozent). Bei 100 701 Aufträgen sei es um die Feststellung von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes und um die Zuordnung einer Pflegestufe aufgrund einer Untersuchung im Wohnbereich der versicherten Personen gegangen. Weitere 20.194 Aufträge hätten Beurteilungen, die als Ergänzung zu einem Standardgutachten durchgeführt wurden, wie z. B. eigen-

ständige Pflegehilfsmittelgutachten oder Gutachten zur Bewertung der Alltagskompetenz, aber auch Stellungnahmen zu Einspruchs- und Sozialgerichtsverfahren oder ergänzende pflegefachliche Stellungnahmen umfasst. Auch Gutachten, die nicht mit einer persönlichen Inaugenscheinnahme des Antragstellers verbunden waren und bei denen es nicht um eine dauerhafte Pflegestufenzuordnung ging, würden in diese Gruppe fallen. Hierzu gehörten Stellungnahmen zur Pflegebedürftigkeit nach Aktenlage bei Verstorbenen, vorläufige Entscheidungen über den Leistungsrahmen vor Entlassung eines Antragstellers aus stationärer Krankenhausbehandlung oder die Fälle, in denen die Pflegeperson Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz in Anspruch nehmen wollte. Auch die Einsätze von Pflegefachkräften zur Schulung von ehrenamtlich tätigen Pflegepersonen gehörten dazu. 6 312 Aufträge seien Ende 2010 noch nicht erledigt gewesen.

4.3 Aufteilung der Gutachten nach Auftragsarten

Bei 34,5 Prozent aller durchgeführten Gutachten handelte es sich nach Angaben von MEDICPROOF um die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Zuordnung einer Pflegestufe nach Erstanträgen. 32,2 Prozent der Gutachten seien aufgrund einer von den Versicherten angezeigten Veränderung des Pflegeaufwands oder der Pflegesituation erfolgt und bei 13,0 Prozent der Aufträge habe es sich um reine Wiederholungsgutachten auf Initiative der Versicherungen gehandelt. Die Zahl der eigenständigen Beurteilungen der Alltagskompetenz habe im Jahr 2010 bei 2 222 gelegen.

Die nachfolgenden Tabellen geben die Zahl der verschiedenen Arten der Gutachten und die inhaltlichen Schwerpunkte wieder:

| Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit | | | |
|--|----------------|----------------|----------------|
| Erstgutachten | Folgegutachten | | Zweitgutachten |
| | Veränderungen | Wiederholungen | |
| 41.770 | 38.959 | 15.729 | 4.243 |
| 34,5 % | 32,2 % | 13,0 % | 3,5 % |

| Andere gutachterliche Entscheidungen | | | | |
|--|----------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--|
| Stellungnahmen nach Aktenlage bei Verstorbenen | Pflegehilfsmittelgutachten | „Vorab-Einstufungen“ nach Aktenlage | Beurteilung der Alltagskompetenz | Pflegefachliche Stellungnahmen und Schulung pflegender Angehöriger |
| 2.926 | 6.857 | 7.953 | 2.222 | 204 |
| 2,4 % | 5,7 % | 6,6 % | 1,8 % | 0,2 % |

(Quelle: MEDICPROOF)

4.4 Berücksichtigung psychisch Kranker, geistig Behinderter und demenziell Erkrankter im Begutachtungsgeschehen (Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz)

Nach Angaben von MEDICPROOF habe sich gezeigt, dass der Anteil der Personen, bei denen keine Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt wurde, mit zunehmender Pflegestufe geringer wird. In der Gruppe der begutachteten Personen, bei denen der Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung unterhalb der Pflegestufe I liegt, betrage der Anteil 82 Prozent. In der Pflegestufe I liege der Anteil der Personen, deren Alltagskompetenz nicht erheblich oder in erhöhtem Maße eingeschränkt ist, bei 73 Prozent, in der Pflegestufe II bei 59 Prozent und in der Pflegestufe III bei 44 Prozent.

Im stationären Bereich falle der Anteil der Personen, bei denen die Alltagskompetenz nicht erheblich eingeschränkt sei, dagegen mit insgesamt 34 Prozent noch geringer aus.

Die Verteilung der Personen mit erheblich oder in erhöhtem Maße eingeschränkter Alltagskompetenz auf die einzelnen Pflegestufen 2010 ergibt sich aus der untenstehenden Tabelle.

4.5 Bearbeitungszeiten

Die durchschnittliche Zeitspanne zwischen dem Datum der Auftragserfassung und dem der Gutachtenrückmeldung lag laut MEDICPROOF im Jahr 2010

- im Bereich der ambulanten Begutachtungen bei 21 Tagen wie

- im Bereich der stationären Begutachtungen bei 18 Tagen.

Insgesamt 77 Prozent der Aufträge hätten innerhalb von vier Wochen erledigt werden können.

4.6 Einwendungen

Im ambulanten Bereich sei es bei 4,3 Prozent der erfolgten Begutachtungen zu Einsprüchen durch die Versicherten oder ihre Bevollmächtigten gekommen. Im Bereich der vollstationären Pflege habe der Anteil bei 2,8 Prozent gelegen. Die höchste Einspruchsrate sei mit 6,3 Prozent im Bereich der Kinderbegutachtung festzustellen gewesen.

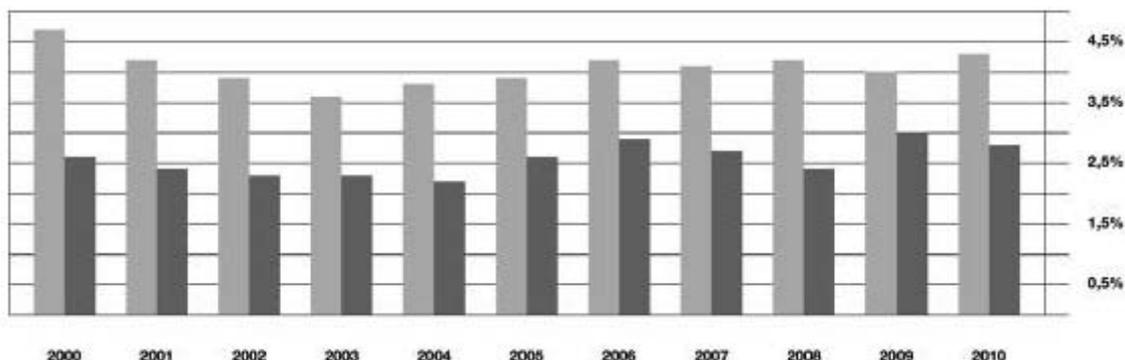
Der Prozentsatz der Einwendungen sei 2010 nicht signifikant von den Vorjahren abgewichen, wie auch die nachfolgende Tabelle zu den Einwendungen 2000 bis 2010 im Vergleich zeigt (siehe Abbildung unten).

4.7 Qualitätsprüfungen innerhalb von MEDICPROOF – Ergebnisqualität/ Qualitätskontrollen

MEDICPROOF berichtet, dass über die durch die Bearbeitungssoftware sichergestellte formale Qualitätskontrolle, wie die Vollständigkeit des Gutachtens, hinaus eine Sichtung aller zurückkommenden Gutachten durch die Mitarbeiter der Auftragsbearbeitung erfolge. In diesem Arbeitsschritt würden anhand eines internen Kriterienkatalogs bestimmte gutachterliche Aussagen identifiziert und einer zusätzlichen Plausibilitätsprüfung durch hauptamtlich tätige Ärzte unterzogen. Darüber hinaus werde täglich eine Stichprobe von mindestens einem Prozent der

| Pflegestufe | nicht eingeschränkt | erheblich eingeschränkt | in erhöhtem Maße eingeschränkt |
|-----------------------|---------------------|-------------------------|--------------------------------|
| nicht pflegebedürftig | 82 % | 11 % | 7% |
| I | 73 % | 13 % | 14 % |
| II | 59 % | 16 % | 25 % |
| III | 44 % | 17% | 39 % |

Einwendungen 2000 bis 2010 im Vergleich



eingegangenen Gutachten einer standardisierten Qualitätskontrolle unterzogen. Ebenso würden alle Gutachten von neu hinzugekommenen freien Mitarbeitern sowie die Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei Kindern, alle Gutachten mit der Feststellung eines außergewöhnlich hohen Pflegeaufwands („Härtefälle“) und Gutachten mit besonderen Empfehlungen zur Pflegehilfsmittelversorgung und für Wohnumfeldverbesserungen systematisch geprüft. Der Anteil der Gutachten, die auf diese Weise einer besonderen Qualitätsprüfung unterliegen, mache im Durchschnitt etwa 20 Prozent der erledigten Aufträge aus.

Bei Plausibilitätsmängeln würden die Gutachten zur Überarbeitung an die freien Mitarbeiter zurückgeschickt. Auf Schwachstellen, die sich nicht auf das Begutachtungsergebnis auswirken, würden die Gutachter schriftlich hingewiesen. Generell auffallende Schwierigkeiten in der Begutachtung gingen in den internen Kriterienkatalog bei der Eingangskontrolle ein und würden zum Anlass für die Überarbeitung von Schulungskonzepten und Informationsstrategien genommen.

Insgesamt entsprächen die Pflegegutachten der MEDICPROOF GmbH den Qualitätsanforderungen, die auch für den MDK gelten. Sie seien transparent und nachvollziehbar in ihrer Darstellung und ließen die Kompetenz der Gutachter erkennen.

5. Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

Der gegenwärtige gesetzliche Begriff der Pflegebedürftigkeit und seine praktische Umsetzung waren immer wieder Gegenstand der fachlichen und der allgemeinen öffentlichen Diskussion. Nach Ansicht von Kritikern würden wesentliche Aspekte wie Kommunikation und soziale Teilhabe ausgeblendet und der Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung, insbesondere bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (z. B. Demenz), zu wenig berücksichtigt. Defizite bei der Versorgung pflegebedürftiger Menschen seien auf den zu engen, somatisch ausgerichteten Begriff der Pflegebedürftigkeit im SGB XI zurückzuführen.

Das Bundesministerium für Gesundheit berief vor diesem Hintergrund im November 2006 den „Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ ein, um eine breit abgesicherte Diskussion unter Einbeziehung der Pflegewissenschaft und aller in der Pflege Tätigen zu ermöglichen und Alternativen zur geltenden Regelung erarbeiten zu lassen.

Der Beirat hielt bis Mai 2009 zwanzig Sitzungen ab; seine 32 Mitglieder vertraten alle in der Pflege relevanten Gruppen und Positionen. Den Vorsitz im Beirat führte bis April 2008 Wilhelm Schmidt, Vorsitzender der Arbeiterwohlfahrt (AWO) und des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge; ihm folgte Dr. h. c. Jürgen Gohde, Vorstandsvorsitzender des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA). In seinem Bericht vom Januar 2009 und seinem Umsetzungsbericht vom Mai 2009 legte der Beirat Vorschläge für einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren sowie

Empfehlungen zu deren Umsetzung vor. Der Beirat verabschiedete seinen ersten Bericht einstimmig; in der Schlussabstimmung zum zweiten Bericht gab es eine Enthaltung und eine Gegenstimme.

Parallel zur Erarbeitung eines neuen Begutachtungsverfahrens befasste sich der Beirat mit einem Vorschlag für eine Neufassung der §§ 14 bis 16 SGB XI, der von einer Arbeitsgruppe des Beirats unter Vorsitz von Prof. Dr. Udsching (Vorsitzender Richter am Bundessozialgericht) ausgearbeitet worden war. Der Textvorschlag ist im Abschlussbericht des Beirats enthalten.

In der Beiratsarbeit wurden wesentliche Schritte auf der Grundlage pflegewissenschaftlicher Arbeiten vollzogen; dabei ging es um:

- Internationale Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten (Institut für Pflegewissenschaften der Universität Bielefeld);
- Entwicklung eines neuen Begutachtungsassessments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit (Institut für Pflegewissenschaften der Universität Bielefeld und MDK Westfalen-Lippe);
- Erprobung und Evaluation der Eignung und Verlässlichkeit des neu entwickelten Begutachtungsinstruments mit wissenschaftlichen Methoden auf Grundlage empirischen Datenmaterials (Universität Bremen und MDS).

Die Berichte des Beirats stehen als Download auf der Internetseite des BMG unter <http://www.bmg.bund.de/pflege/wer-ist-pflegebeduerftig/pflegebeduerftigkeit.html> und die wissenschaftlichen Arbeiten unter http://www.gkv-spitzenverband.de/_8_Pflegebeduerftigkeitsbegriff.gkvnet zur Verfügung.

Erster Beiratsbericht (Januar 2009)

Im Bericht vom 26. Januar 2009 wurden die Arbeitsschritte des Beirats und die wissenschaftlichen Ergebnisse zusammenfassend dargestellt und ausgewertet sowie auf dieser Grundlage Empfehlungen zur Überarbeitung des derzeitigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsverfahrens ausgesprochen.

Der Beirat empfiehlt einen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der alle körperlichen, geistigen und psychischen Beeinträchtigungen (z. B. Demenz) umfasst, und die Übernahme des dazu erarbeiteten neuen Begutachtungsverfahrens. Im Unterschied zum jetzigen Begutachtungsverfahren ist dabei der Maßstab zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit nicht die erforderliche Zeit für pflegerische Verrichtungen, sondern der Grad der Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen. Das neue Instrument zielt auf eine umfassende Berücksichtigung von Pflegebedürftigkeit und vermeide die Reduzierung von Pflegebedürftigkeit auf Hilfebedarf bei bestimmten Alltagsverrichtungen. Dadurch schaffe das neue Verfahren mehr Gerechtigkeit. Als weitere Veränderungen und Vorteile gegenüber dem derzeitigen Begutachtungsverfahren werden in den Beiratsberichten unter anderem die Möglichkeit zu einer verbesserten Begutachtung

von pflegebedürftigen Kindern und eine breitere Erfassung von Präventions- und Rehabilitationsbedarf genannt. Nach Auffassung des Beirats würden das neue Begutachtungsverfahren und der ihm zugrunde liegende neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zu einer veränderten Betrachtung des pflegebedürftigen Menschen und damit auch zu einer besseren Pflege führen.

Der Beirat empfiehlt fünf sogenannte „Bedarfsgrade“ an Stelle der bisherigen drei Pflegestufen. Dabei sei nicht nur die Zahl, sondern auch Definition und inhaltlicher Bezug der Bedarfsgrade unterschiedlich zu den heutigen „Pflegestufen“ und eine Gleichsetzung der Abstufungen nicht möglich. Die Benennung der Bedarfsgrade reicht von „geringer“ über „erhebliche“, „schwere“ und „schwerste Pflegebedürftigkeit“ bis zu „besonderen Bedarfskonstellationen“. Zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit werden die Ergebnisse aus sechs (von insgesamt acht) Modulen zusammengeführt und in einem Punktwert zusammengefasst, der je nach Höhe zur Zuordnung in einen der fünf Bedarfsgrade der Pflegebedürftigkeit führt. Jedes Modul umfasst eine Gruppe artverwandter Aktivitäten, Fähigkeiten oder einen Lebensbereich und enthält mehrere Unterpunkte („Items“ oder „Merkmale“), zu denen der Gutachter eine Einschätzung liefert. Der Beirat verweist auch auf die Notwendigkeit gesetzlicher Anpassungen in leistungsrechtlichen Vorschriften, Auswirkungen auf andere Sozialleistungssysteme und die finanziellen Auswirkungen in der Pflegeversicherung.

Umsetzungsbericht (Mai 2009)

In den Beratungen zu seinem zweiten Bericht (Umsetzungsbericht) nahm der Beirat geringfügige Änderungen bei den Modulen vor und empfahl hierzu eine Anhebung des Eingangsschwellenwertes. Er enthielt sich aber weitergehender Änderungen, um eine Gefährdung der Balance von körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen zu vermeiden.

In seinem Umsetzungsbericht stellte der Beirat ausgewählte Szenarien vor, die die bisherigen Leistungsbeträge im neuen System anwenden, untersuchte aber auch Szenarien,

in denen neue Leistungsbeträge gesetzt werden. Auf der Grundlage der Szenarien stellte der Beirat mit wissenschaftlicher Beratung unterschiedliche Kostenwirkungen einschließlich von Bestandschutzaufwendungen dar und bewertete die Szenarien sowohl unter pflegefachlichen als auch finanziellen und sozialpolitischen Gesichtspunkten. Der Beirat empfahl insbesondere Regelungen zum Bestandsschutz und zur Weiterführung der niedrigschwelligen Versorgung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach Ziel und Inhalt.

Ohne die Problematik abschließend zu behandeln, befasste sich der Beirat auch mit Fragen der leistungsrechtlichen und konzeptionellen Verbindung von Pflegeversicherungsleistungen, insbesondere mit der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe. Der Beirat empfahl, die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit der Diskussion um neue Strukturen der Leistungserbringung zu verbinden.

V. Vergütung ambulanter und stationärer Pflegeleistungen

1. Ambulante Pflege

Die Übersicht in Anlage 4 gibt einen Überblick über die in den Ländern geltenden Vereinbarungen mit Stand 1. Januar 2011. Sie basieren auf dem Leistungskomplexsystem. Darüber hinaus wurden in einigen Ländern Zeiteinheiten vereinbart, auf die in den Übersichten hingewiesen wird. Die Vergütungsvereinbarungen werden in der Regel für einen längeren Zeitraum abgeschlossen und sind daher nicht an ein Kalenderjahr geknüpft.

2. Teilstationäre Pflege

Der nachfolgenden Tabelle können die gewichteten durchschnittlichen Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung für die Jahre 2003 bis 2009 auf Basis der Pflegestatistik nach § 109 SGB XI entnommen werden. Das Pflegesatzniveau teilstationärer Pflegeeinrichtungen in den Ländern mit Stand 1. Januar 2011 ist der Übersicht in Anlage 5 zu entnehmen.

Tagespflege

| | Durchschnittliche Pflegesätze pro Person und Monat in € | | | |
|-----------------|---|-------|-------|-------|
| | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 |
| Pflegestufe I | 1.064 | 1.094 | 1.064 | 1.057 |
| Pflegestufe II | 1.246 | 1.246 | 1.246 | 1.277 |
| Pflegestufe III | 1.429 | 1.459 | 1.459 | 1.481 |

| | Pflegesätze einschließlich der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung durchschnittlich pro Person und Monat in € | | | |
|-----------------|---|-------|-------|-------|
| | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 |
| Pflegestufe I | 1.398 | 1.429 | 1.398 | 1.412 |
| Pflegestufe II | 1.581 | 1.581 | 1.581 | 1.632 |
| Pflegestufe III | 1.763 | 1.794 | 1.794 | 1.835 |

Nachtpflege

| | Durchschnittliche Pflegesätze pro Person und Monat in € | | | |
|-----------------|--|-------------|-------------|-------------|
| | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 |
| Pflegestufe I | 790 | 1.003 | 1.034 | 872 |
| Pflegestufe II | 1.064 | 1.216 | 1.186 | 1.137 |
| Pflegestufe III | 1.338 | 1.398 | 1.368 | 1.333 |

| | Pflegesätze einschließlich der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung durchschnittlich pro Person und Monat in € | | | |
|-----------------|--|-------------|-------------|-------------|
| | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 |
| Pflegestufe I | 1.186 | 1.459 | 1.429 | 1.167 |
| Pflegestufe II | 1.459 | 1.672 | 1.581 | 1.432 |
| Pflegestufe III | 1.733 | 1.854 | 1.763 | 1.628 |

Für die Jahre 2003 bis 2009 zeigt sich, dass im Berichtszeitraum die Höhe der gewichteten durchschnittlichen Pflegesätze einschließlich der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung bei der Nachtpflege gesunken sind. Vergleicht man die Anzahl der Pflegebedürftigen im Jahr 2009, die Leistungen der Nachtpflege in Anspruch genommen haben, lässt sich feststellen, dass deren Anteil im Vergleich zu 2007 um 26 Prozent gesunken ist.

3. Kurzzeitpflege

Die gewichteten durchschnittlichen Pflegesätze sowie Entgelte für Verpflegung und Unterkunft für die Jahre 2003 bis 2009 sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen. Eine Übersicht über das Pflegesatzniveau der Solitäreinrichtungen in den Ländern mit Stand 1. Januar 2011 ist ebenfalls der Übersicht in Anlage 5 zu entnehmen.

Insgesamt erfolgte seit dem Vierten Bericht zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung in dem Berichtszeitraum ein Anstieg der Höhe der durchschnittlichen Pflegesätze sowie der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung.

| | Durchschnittliche Pflegesätze pro Person und Monat in € | | | |
|-----------------|--|-------------|-------------|-------------|
| | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 |
| Pflegestufe I | 1.490 | 1.459 | 1.490 | 1.521 |
| Pflegestufe II | 1.824 | 1.854 | 1.854 | 1.926 |
| Pflegestufe III | 2.219 | 2.250 | 2.250 | 2.334 |

| | Pflegesätze einschließlich der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung durchschnittlich pro Person und Monat in € | | | |
|-----------------|--|-------------|-------------|-------------|
| | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 |
| Pflegestufe I | 2.098 | 2.067 | 2.098 | 2.150 |
| Pflegestufe II | 2.432 | 2.462 | 2.462 | 2.555 |
| Pflegestufe III | 2.827 | 2.858 | 2.858 | 2.962 |

4. Vollstationäre Dauerpflege

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Entwicklung der gewichteten durchschnittlichen Pflegesätze sowie Entgelte für Verpflegung und Unterkunft für die Jahre 2003 bis 2009. Anlage 5 enthält ebenfalls die Übersicht über das Pflegesatzniveau der vollstationären Pflegeeinrichtungen in den Ländern mit Stand 1. Januar 2011.

| | Durchschnittliche Pflegesätze pro Person und Monat in € | | | |
|-----------------|---|-------|-------|-------|
| | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 |
| Pflegestufe I | 1.246 | 1.277 | 1.307 | 1.362 |
| Pflegestufe II | 1.672 | 1.702 | 1.733 | 1.792 |
| Pflegestufe III | 2.098 | 2.128 | 2.158 | 2.249 |

| | Pflegesätze einschließlich der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung durchschnittlich pro Person und Monat in € | | | |
|-----------------|---|-------|-------|-------|
| | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 |
| Pflegestufe I | 1.824 | 1.854 | 1.915 | 1.979 |
| Pflegestufe II | 2.250 | 2.280 | 2.341 | 2.410 |
| Pflegestufe III | 2.675 | 2.706 | 2.766 | 2.866 |

Im Vergleich zu den gewichteten durchschnittlichen Pflegesätzen und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung in der teilstationären Pflege und Kurzzeitpflege erfolgte in der vollstationären Pflege ein deutlich höherer Anstieg der durchschnittlichen Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung.

VI. Auswirkungen der Pflegeversicherung im Bereich der Sozialhilfe

1. Inanspruchnahme von Sozialhilfe

Sofern im Einzelfall Leistungen der Pflegeversicherung erbracht werden, die nicht das gesamte Pflegerisiko abdecken, 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 Deutschland um 231 000 (minus 51 Prozent) auf 222 000 (siehe nachfolgende Tabelle zur Anzahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege am Jahresende). 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 2009 betrug die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege 299 000. Dies bedeutet, dass in Deutschland insgesamt die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege innerhalb und außerhalb von Einrichtungen Ende des Jahres

2009 um 154 000 und somit rund 34 Prozent niedriger lag als 15 Jahre zuvor Ende 1994.

Bei der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen waren die Empfängerzahlen nach Einführung der Pflegeversicherung um gut zwei Drittel zurückgegangen (1994: 189 000, 1999: 56 600). 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. Bis Ende 2009 stieg die Zahl dieser Leistungsempfänger dann auf 76 800.

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 Prozent) auf 187 000. Seitdem stiegen die Empfängerzahlen an (plus 37 000). Am Jahresende 2009 wurde 224 000 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 geschätzt.

Empfänger von Hilfe zur Pflege am Jahresende

| Jahr | Insgesamt ¹ | 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 |
| 2007 ³ | 262.359 | 62.394 | 200.914 |
| 2008 | 284.899 | 67.544 | 218.406 |
| 2009 | 299.321 | 76.801 | 223.600 |

¹ Mehrfachzählungen wurden – soweit erkennbar – ausgeschlossen

² Ab 2001 erfolgt nur noch eine Erfassung für Deutschland insgesamt

³ ohne Bremen

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

Die Sozialhilfestatistik gibt darüber Auskunft, in wie vielen Fällen von den Trägern der Sozialhilfe zusätzlich zu den Pflegeleistungen eines Sozialversicherungsträgers auch Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) (bis 31. Dezember 2004: Bundessozialhilfegesetz – BSHG) gewährt wurde. Diese Zahlen sind allerdings im Gegensatz zu den Angaben in der Tabelle über die Anzahl der Leistungsempfänger nur für das gesamte Berichtsjahr verfügbar.

Wurden 1994 von den Trägern der Sozialhilfe im Verlauf des Jahres insgesamt noch 563 400 Personen Leistungen der Hilfe zur Pflege gewährt, so waren es 1998 nur noch 289 300 Personen. Die Zahl derer, die zusätzlich zur Hilfe zur Pflege Pflegeleistungen eines Sozialversicherungsträ-

gers erhalten, ist im selben Zeitraum von 96 000 auf 107 000 Personen angestiegen. Bis zum Jahr 2009 stieg die Zahl der Personen, die im Laufe des Jahres Hilfe zur Pflege erhielten auf 392 200 an. Davon erhielten 257 900 gleichzeitig Pflegeleistungen eines Sozialversicherungsträgers. Diese Zahl hat sich damit gegenüber 1998 mehr als verdoppelt.

Die Zahlen zeigen, dass noch immer ein Teil der Empfänger von Hilfe zur Pflege (rund 34 Prozent) 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.

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 |

n o c h Empfänger/-innen von Hilfe zur Pflege außerhalb und innerhalb von Einrichtungen während des Jahres

| Jahr | gewährte Hilfen | |
|--------|-----------------|---|
| | insgesamt | darunter mit zusätzlichen Pflegeleistungen eines Sozialversicherungsträgers |
| 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 |
| 2007** | 351.437 | 217.976 |
| 2008 | 397.110 | 242.229 |
| 2009 | 392.192 | 257.934 |

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

** Für die Berichtsjahre 1995 und 2007 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:

Diese Entwicklung ist zum einen durch einen deutlichen Ausgabenrückgang (minus 70 Prozent) im Bereich der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen von rund 8,4 Mrd. Euro (1995) auf rund 2,45 Mrd. Euro (2000) geprägt. Bis 2004 war ein leichter Anstieg auf 2,6 Mrd. Euro zu verzeichnen. Im Jahr 2009 wurden für diesen Bereich ebenfalls rund 2,6 Mrd. Euro aufgewendet.

Auffällig ist zum anderen der starke Ausgabenanstieg bei der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen. In den ersten drei Jahren mit Inkraft-Treten der ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung 1995 gingen die Ausgaben außerhalb von Einrichtungen stark zurück. Bereits 1998 begann ein kontinuierlicher Ausgabenanstieg. 2004

entsprachen die Ausgaben mit 540 Mio. Euro in diesem Bereich nahezu denen des Jahres 1995. Im Jahr 2009 wurden für die Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen insgesamt 737 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 Prozent) zurückgegangen. Bis 2009 sind sie dann von Jahr zu Jahr wieder leicht um insgesamt 15 Prozent auf 3,3 Mrd. Euro gestiegen. Somit wurden in dem von der Sozialhilfestatistik erfassten Ausgabenbereich der Hilfe zur Pflege im Jahr 2009 von den Trägern der Sozialhilfe rund 5,7 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.

Brutto-Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege

| Jahr | Insgesamt | In Einrichtungen | Außerhalb von Einrichtungen | Davon (Sp. 3) | |
|-----------------------------------|---------------|------------------|--------------------------------|---------------|------------------------------|
| | | | | Pflegegeld | sonstige Hilfe zur Pflege |
| € | | | | | |
| Früheres Bundesgebiet | | | | | |
| 1991 | 5.652.432.664 | 4.990.992.392 | 661.440.272 | 496.998.409 | 164.441.862 |
| 1992 | 6.458.493.170 | 5.806.982.165 | 651.511.005 | 467.968.497 | 183.542.507 |
| 1993 | 7.033.473.013 | 6.326.869.228 | 706.603.785 | 497.703.798 | 208.899.971 |
| 1994 | 7.455.418.558 | 6.711.725.794 | 743.692.764 | 512.132.788 | 231.559.977 |
| 1995 | 7.330.038.693 | 6.831.672.267 | 498.366.426 | 253.189.445 | 245.176.981 |
| 1996 | 5.958.140.297 | 5.583.587.362 | 374.552.936 | 133.910.679 | 240.642.257 |
| 1997 | 3.116.169.574 | 2.756.296.655 | 359.872.919 | 122.567.569 | 237.305.350 |
| 1998 | 2.755.720.397 | 2.386.708.092 | 369.012.305 | 117.319.325 | 251.692.980 |
| 1999 | 2.674.465.050 | 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* | - | - | - | - | - |
| 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 |

noch Brutto-Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege

| Jahr | Insgesamt | In Einrichtungen | Außerhalb von Einrichtungen | Davon (Sp. 3) | |
|------|---------------|------------------|-----------------------------|---------------|---------------------------|
| | | | | Pflegegeld | sonstige Hilfe zur Pflege |
| 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 |
| 2007 | 3.216.623.620 | 2.572.971.428 | 643.652.192 | 121.466.610 | 522.185.574 |
| 2008 | 3.261.691.449 | 2.576.869.807 | 684.821.642 | 119.539.285 | 565.282.354 |
| 2009 | 3.334.085.824 | 2.597.028.496 | 737.057.328 | 108.338.485 | 628.718.841 |

* 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 Pflege-Versicherungsgesetz maßgeblich mitbestimmt wurde (siehe auch unter Punkt D. IX.).

Die in der Folge dargestellten Angaben beruhen im Wesentlichen auf dem Bericht „Pflegestatistik 2009 – Deutschlandergebnisse“ des Statistischen Bundesamtes. Einleitend ist festzustellen, dass die Anzahl der Pflegeeinrichtungen auch im Berichtszeitraum weiter angestiegen ist (vergleiche Anlage 6).

1. Ambulanter Bereich

1.1 Anzahl der Pflegedienste und Beschäftigtenstruktur

In der Bundesrepublik Deutschland waren am 15. Dezember 2009 rund 12 000 ambulante Pflegedienste zugelassen, die insgesamt 555 000 Pflegebedürftige betreuten. Die Anzahl der ambulanten Dienste ist seit 2005 um 9,6 Prozent 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 25,7 Prozent auf ca. 269 000 Beschäftigte an, während die

Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen um 17,6 Prozent zunahm. 87,5 Prozent der Beschäftigten waren weiblich. Rund die Hälfte des Personals (48,1 Prozent) war teilzeitbeschäftigt. Mehr als jeder vierte Beschäftigte (26,8 Prozent) arbeitete Vollzeit; 60 000 waren geringfügig beschäftigt (22,5 Prozent) und 2 100 junge Männer (0,8 Prozent) leisteten in den ambulanten Pflegediensten ihren Zivildienst. Die restlichen Arbeitskräfte (1,7 Prozent) 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 50,2 Prozent die Hauptgruppe. Der prozentual stärkste Beschäftigungszuwachs erfolgte im Berichtszeitraum bei den Altenpflegehelferinnen und -helfern (plus 71 Prozent) und bei den examinierten Altenpflegerinnen und -pflegern (plus 45 Prozent) (vgl. Anlage 7).

1.2 Ambulante Pflegedienste nach Trägern

Von den insgesamt 12 000 zugelassenen ambulanten Pflegediensten befand sich die Mehrzahl in privater Trägerschaft (7 400 = 61,5 Prozent); der Anteil der freigemeinnützigen Träger war mit 36,9 Prozent etwas niedriger. Öffentliche Träger hatten – entsprechend dem Vorrang der anderen Träger nach dem SGB XI – einen geringen Anteil (1,6 Prozent). Im Berichtszeitraum hat der Anteil der privaten Träger weiter zugenommen.

Im Schnitt betreute ein Pflegedienst 46 Pflegebedürftige. Die privaten Dienste waren kleiner. Hier wurden durchschnittlich 35 Pflegebedürftige von einem ambulanten Dienst betreut. Die Pflegedienste unter freigemeinnütziger

Trägerschaft versorgten dagegen im Durchschnitt jeweils 64 Pflegebedürftige.

2. Vollstationärer Bereich

2.1 Anzahl der Pflegeheime und Beschäftigtenstruktur

Bundesweit gab es im Dezember 2009 rund 11 600 zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeeinrichtungen (rund 1 200 mehr als im Jahr 2005). Die Zahl der Pflegeheime mit vollstationärer Dauerpflege belief sich auf rund 10 400 Einrichtungen. Insgesamt wurden 717 000 Pflegebedürftige in Pflegeheimen betreut.

Die Pflegeheime halten insgesamt ca. 845 000 stationäre Pflegeplätze vor, wovon ca. 808 000 auf den Bereich der vollstationären Dauerpflege entfallen. Von diesen sind wiederum rund 31 000 flexibel auch für Kurzzeitpflege nutzbar. Die übrigen gut 37 000 Plätze sind allein für Kurzzeit-, Tages- oder Nachtpflege vorgesehen.

Gegenüber 2005 hat sich die Platzzahl um rund 88 000 oder 11,6 Prozent erhöht.

In den Heimen waren insgesamt 621 000 Personen beschäftigt. Das sind 75 000 Personen (13,7 Prozent) mehr als noch 2005. Für die Versorgung der Pflegebedürftigen ist insbesondere das Personal des Bereichs Pflege und Betreuung wichtig. Hier waren 66,5 Prozent bzw. 413 000 Personen tätig. Die Mehrzahl der Beschäftigten (84,6 Prozent) war weiblich. Rund ein Drittel (33,3 Prozent) der Beschäftigten arbeitete Vollzeit. Teilzeitkräfte machten 49,7 Prozent der Beschäftigten aus; 9,8 Prozent waren geringfügig beschäftigt. Auszubildende, Praktikantinnen/Praktikanten, Schülerinnen/Schüler und Helferinnen/Helfer im freiwilligen sozialen Jahr stellten 6,1 Prozent der Beschäftigten. 6 900 junge Männer (1,1 Prozent) 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 32,9 Prozent bzw. 13,2 Prozent. Ursache dafür ist, dass der hauswirtschaftliche Tätigkeitsbereich naturgemäß eine deutlich größere Bedeutung hat. Der stärkste prozentuale Beschäftigungszuwachs fand bei den Altenpflegehelferinnen und -helfern statt (plus 69,0 Prozent). Mit deutlichem Abstand folgen die examinierten Altenpfleger/innen (plus 15,6 Prozent).

2.2 Pflegeheime nach Trägern

Von den im Dezember 2009 nach dem SGB XI zugelassenen voll- bzw. teilstationären Pflegeheimen befand sich die Mehrzahl (6 400 = 54,8 Prozent) in freigemeinnütziger Trägerschaft. Der Anteil der Privaten lag mit 39,9 Prozent deutlich niedriger. Öffentliche Träger haben mit 5,4 Prozent den geringsten Anteil. Im Zeitablauf hat sich der Anteil der privaten Träger leicht erhöht. Bei etwa jedem fünften Heim war neben dem Pflegebereich auch ein Altenheim oder betreutes Wohnen organisatorisch an-

geschlossen. Dort werden hauptsächlich alte Menschen betreut, die keine Leistungen nach dem SGB XI erhalten.

Im Schnitt betreute ein Pflegeheim 64 Pflegebedürftige. Auch im stationären Bereich betreiben die privaten Träger eher kleine Einrichtungen. Im Mittel wurden in den privaten Heimen 55 Pflegebedürftige betreut. In Häusern freigemeinnütziger Träger waren es 70 Pflegebedürftige und in den öffentlichen Heimen 79 Pflegebedürftige.

VIII. Investitionsförderung in den Ländern

Grundlage der Investitionsförderung nach § 9 SGB XI ist das jeweilige Landesrecht. Im Dritten und Vierten 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. Zur Höhe der Investitionsförderung enthält die Anlage 8a ausführliche Hinweise, soweit sie von den Ländern übermittelt wurden.

In engem Zusammenhang mit der Investitionsförderung steht die Möglichkeit der Einrichtungsträger, den Pflegebedürftigen nach Maßgabe des § 82 Absatz 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 ungewichtete Angaben.

IX. Finanzhilfen für Investitionen in Pflegeeinrichtungen im Beitrittsgebiet (Artikel 52 Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG)

Mit In-Kraft-Treten der Pflegeversicherung im Jahre 1995 wurde den Bundesländern die Aufgabe der Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur übertragen. Insbesondere in den neuen Bundesländern und im Ostteil Berlins bestand zu diesem Zeitpunkt bereits akuter Handlungsbedarf, da praktisch der gesamte Bestand der ca. 85 000 Pflegeplätze auf Grundlage der Bedarfszahlen entweder neu gebaut oder von Grund auf saniert werden musste. In beiden Fällen lagen die Kosten bei ca. 75 000 Euro pro Pflegeplatz. Ein Aufschub dieser notwendigen Investitionen war nicht möglich, denn der Bestand an Pflegeplätzen erfüllte in den wenigsten Fällen die Kriterien der Heimmindestbauverordnung. Diesen

Nachholbedarf über die bestehende Regelfinanzierung hinaus erkannte auch der Gesetzgeber bei der Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes an.

Da die neuen Bundesländer und das Land Berlin finanziell nicht in der Lage waren, diese Aufgabe alleine und aus eigenen Kräften zu bewältigen, gewährte der Bund zur zügigen und nachhaltigen Verbesserung der Qualität der ambulanten, teil- und vollstationären Versorgung der Bevölkerung und zur Anpassung an das Versorgungsniveau im übrigen Bundesgebiet den Ländern Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen zeitlich befristet in den Jahren 1995 bis 2002 Finanzhilfen in Höhe von jährlich rund 409 Mio. Euro, insgesamt also rund 3,3 Mrd. Euro, zur Förderung von Investitionen in Pflegeeinrichtungen; im Land Berlin durften die Finanzhilfen nur für Maßnahmen im östlichen Teil eingesetzt werden.

Die Finanzhilfen wurden den Bundesländern vom BMG nach ihrer Einwohnerzahl zugewiesen, dabei durfte für das Land Berlin nur die Einwohnerzahl im östlichen Teil zugrunde gelegt werden.

Die jährlichen Finanzhilfen für Investitionen verteilten sich jährlich wie folgt:

| Bundesland | Betrag in € |
|------------------------|-----------------------|
| Berlin (Ost) | 33.745.206,00 |
| Brandenburg | 66.263.313,60 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 48.674.903,20 |
| Sachsen | 121.022.579,70 |
| Sachsen-Anhalt | 72.961.225,70 |
| Thüringen | 66.365.571,80 |
| Gesamt | 409.032.800,00 |

Die Finanzhilfen durften ausschließlich zur Finanzierung von Investitionsmaßnahmen im Sinne von Artikel 52 PflegeVG verwandt werden; d. h. zur Herstellung, Anschaffung, Wiederbeschaffung, Ergänzung, Instandhaltung oder Instandsetzung der für den Betrieb von Pflegeeinrichtungen notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter. Auch die Erstausrüstung der Pflegeeinrichtungen mit den betriebsnotwendigen Wirtschaftsgütern war möglich. Die Zuwendungsempfänger waren verpflichtet, das erschlossene, lastenfreie Grundstück mit in die Förderung einzubringen.

Die Finanzhilfen betragen bis zu 80 Prozent der öffentlichen Förderung eines Vorhabens; die neuen Bundesländer stellten sicher, dass wenigstens 20 Prozent der öffentlichen Investitionsmittel aus Mitteln des Landes oder der Gemeinden oder Gemeindeverbände aufgebracht wurden.

Der Bund richtete bei der Bundeskasse gemäß Artikel 52a PflegeVG Verwahrkonten ein, auf die er die Jahresraten zur eigenen Bewirtschaftung durch die neuen Bundesländer übertrug. Die neuen Bundesländer waren er-

mächtigt, die Bundeskasse zur Auszahlung der benötigten Finanzhilfen anzuweisen, sobald die Bundesmittel zur anteiligen Begleichung fälliger Zahlungen benötigt wurden. Die Verwahrkonten wurden zum 31. Dezember 2008 geschlossen, die abgerechneten Summen je Land betragen:

| Bundesland | Betrag in € |
|------------------------|---------------------------|
| Berlin | 268.831.439,18 € |
| Brandenburg | 497.831.146,44 € |
| Mecklenburg-Vorpommern | 385.200.199,62 € |
| Sachsen | 966.251.837,59 € |
| Sachsen-Anhalt | 583.690.811,57 € |
| Thüringen | 530.755.247,15 € |
| Gesamt: | 3.232.560.681,55 € |

Die neuen Bundesländer stellten ihre Investitionsprogramme erstmals zum 1. Oktober 1994 auf, in denen neben den Investitionsvorhaben nach Art und Zahl auch die Höhe der Finanzhilfen des Bundes, des jeweiligen Landes sowie eventuelle Eigen- und Fremdmittel der geförderten Pflegeeinrichtungen selbst aufgeführt waren. Über die Sicherstellung der zweckentsprechenden Verwendung der Finanzhilfen war das Einvernehmen mit dem BMG herzustellen. Um den neuen Ländern einen sofortigen Baubeginn zu ermöglichen, konnten die zum 1. Oktober 1994 aufgestellten Investitionsprogramme auch Maßnahmen enthalten, die bereits nach dem 1. Juni 1994 begonnen wurden.

Die Investitionsprogramme der neuen Bundesländer enthalten insgesamt 1 025 Einzelprojekte, die alle fertig gestellt und in Betrieb genommen wurden. Für 993 Projekte liegen bereits geprüfte Verwendungsnachweise vor, die restlichen 32 Projekte befinden sich derzeit allesamt im Widerspruchs- oder Klageverfahren.

Mit der Umsetzung des Programms wurde insgesamt eine leistungsfähige und wirtschaftliche Struktur aufgebaut, die sowohl hinsichtlich der baulichen Gegebenheiten, als auch hinsichtlich ihrer Ausstattung gute Rahmenbedingungen für die Pflege und Betreuung bietet und damit wesentlich zur Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner beiträgt.

Damit wurde die Zielsetzung des Programms, die Qualität der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern und an das Versorgungsniveau im übrigen Bundesgebiet anzupassen, vollständig erreicht. Insgesamt hat das Programm einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der pflegerischen Versorgungsstruktur in den neuen Bundesländern geleistet. Es handelt sich um ein herausragendes Beispiel für das effektive und kooperative Zusammenwirken von Bund und Ländern und ist damit Ausdruck der föderalen Solidargemeinschaft der Bundesrepublik Deutschland.

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit wurde unter dem Titel „Aufbau einer

modernen Pflegeinfrastruktur in den neuen Bundesländern – Investitionsprogramm nach Artikel 52 Pflege-Versicherungsgesetz“ eine Broschüre mit den einzelnen Investitionsprogrammen, den Abschlussberichten der Bundesländer sowie ausgewählten Beispielprojekten herausgegeben (Bestellnummer: BMG-G-07014, <http://www.bmg.bund.de>).

Eine Übersicht über die inhaltlichen Schwerpunkte der Investitionsprogramme der Länder ist in Anhang 2 enthalten. Sie beruht im wesentlichen auf Angaben aus den Ländern.

X. Entwicklung des Arbeitsmarkts für Pflegekräfte

1. Auswirkungen der Pflegeversicherung auf den Arbeitsmarkt

Seit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 sind im Bereich der Langzeitpflege viele neue Arbeitsplätze entstanden.

Bis 1999 konnten allerdings die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf dem Arbeitsmarkt nicht isoliert betrachtet werden. Zweckmäßigste Datengrundlage für diesen Zeitraum war der Mikrozensus. Der erfasste Personenkreis umfasste die abhängig Beschäftigten im Sozialwesen im pflegerischen und hauswirtschaftlichen Beruf. In diesem Bereich außerhalb des Krankenhauswesens dürfte sich der Einfluss der Pflegeversicherung am ehesten 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 Beschäftigtenzahl in zugelassenen Pflegeeinrichtungen erfasst werden. Die Statistiken zeigen, dass sich die Zahl der Beschäftigten auch nach der Einführungsphase der Pflegeversicherung weiterhin kontinuierlich erhöht hat. In den letzten zehn Jahren (letzter Erhebungsstichtag Ende 2009) ist die Zahl um rund 265 000 gestiegen. Dabei war der Anstieg im stationären Bereich mit rund 180 000 absolut höher als im ambulanten Bereich mit rund 85 000.

Prozentual gesehen liegt er dagegen im ambulanten Bereich (plus 46 Prozent) etwas höher als im stationären Bereich (plus 41 Prozent). Der Beschäftigungszuwachs der alle zwei Jahre erhobenen Statistik lag zwischen 1999 und 2007 jeweils bei 6 Prozent bis 7 Prozent. Zwischen 2007 und 2009 hat sich der Anstieg sogar nochmals auf 10 Prozent beschleunigt.

Damit sind im Bereich der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung etwa 435 000 zusätzliche Arbeitsplätze entstanden. In wieweit durch die Pflegeversicherung auch in anderen Bereichen (z. B. bei Herstellern von Hilfsmitteln u. ä.) Arbeitsplätze geschaffen worden sind, ist statistisch nicht erfassbar. Es ist aber davon auszugehen, dass Sekundäreffekte bestehen.

2. Ausbildungssituation

2.1 Entwicklung der Altenpflegeausbildung

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes lag die Gesamtzahl der Schülerinnen und Schüler in der Altenpflegeausbildung in den Schuljahren 2006/2007, 2007/2008, 2008/2009 konstant bei rund 42 000 (Die Zahlen aus Hessen, Bremen, Hamburg werden in der Bundesstatistik nicht erfasst). Im Schuljahr 2009/2010 stieg die Zahl der Auszubildenden auf den Spitzenwert von 46 174.

Die mit dem Altenpflegegesetz verbundenen Ziele, die Altenpflegeausbildung auf der Grundlage bundesweit einheitlicher Standards qualifiziert und attraktiv auszugestalten, sind erreicht worden. Es ist insbesondere gelungen, die Altenpflegeausbildung bundesweit als Erstausbildung zu etablieren. Der Anteil der Umschulungen betrug in 2010 noch rund 22 Prozent. An den Altenpflegeschulen wurde der handlungsorientierte Unterricht umgesetzt; das Lernfeldkonzept hat sich im Schulalltag bewährt. Positive Entwicklungen zeichnen sich weiterhin bezüglich der Umsetzung der Theorie-Praxis-Verzahnung durch intensivierte Zusammenarbeit zwischen den Altenpflegeschulen und den Ausbildungsbetrieben ab. Ferner haben viele Pflegeeinrichtungen in den letzten Jahren ihr Engagement im Bereich der Altenpflegeausbildung weiter verstärkt. Dies gilt insbesondere für vollstationäre Einrichtungen. Es

Übersicht über die Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen

| | ambulant | stationär | gesamt | Veränderung gegenüber dem Vorzeitraum | |
|------|----------|-----------|---------|---------------------------------------|-------|
| | | | | absolut | in % |
| 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 |
| 2007 | 236.162 | 573.545 | 809.707 | 49.003 | 6,4 |
| 2009 | 268.891 | 621.392 | 890.283 | 80.576 | 10,0 |

(Quelle: Statistisches Bundesamt)

zeichnet sich aber ein zunehmendes Interesse ambulanter Dienste an der Schaffung von Ausbildungsplätzen ab. Nach wie vor besteht ein hoher Informations- und Beratungsbedarf der Pflegeeinrichtungen in Bezug auf die rechtlichen und fachlichen Anforderungen an die Ausbildung. Oftmals wird deutlich, dass die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter die ihnen zukommende Schlüsselfunktion in der Ausbildung nicht adäquat wahrnehmen können.

Im Berichtszeitraum wurden auf Bundes- und Länderebene vielfältige Initiativen eingeleitet und umgesetzt. Sie sind auf die Gewinnung junger Menschen für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers ausgerichtet, unterstützen die Altenpflegeausbildung und tragen zur Attraktivitätssteigerung des Ausbildungsberufs bei.

Hierzu gehören gesetzliche Neuregelungen wie

- die Aufnahme einer Modellklausel in das Altenpflegegesetz zur Erprobung der Übertragung bestimmter ärztlicher Aufgaben auf Pflegefachkräfte,
- die Erweiterung der Zugangsvoraussetzungen zur Altenpflegeausbildung für Schüler/innen um eine andere abgeschlossene zehnjährige allgemeine Schulbildung,
- die Aufnahme der Altenpflegeausbildung in die Arbeitsförderung nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III) im Rahmen der Neuausrichtung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) fördert darüber hinaus eine Vielzahl von Projekten und Maßnahmen, wie etwa:

- das Beratungsprojekt „Servicenetzenwerk Altenpflegeausbildung“ zur Förderung der Ausbildungskompetenz und Ausbildungsbereitschaft von Pflegeeinrichtungen (www.altenpflegeausbildung.net);
- die Studie zu Berufsverläufen von Altenpflegerinnen und Altenpflegern;
- die Fachkampagne „Berufsfeld: Moderne Altenpflege“;
- das Projekt „Entwicklung von Qualifizierungsbausteinen im Rahmen der Einstiegsqualifizierung für die Altenpflegeausbildung gemäß SGB III“;
- das Projekt „Modell einer gestuften und modularisierten Altenpflegequalifizierung“;
- die Entwicklung eines onlinegestützten Selbstevaluationsinstruments „QEK Altenpflegeausbildung“, das Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit eröffnet, Qualität, Ertrag und Kosten ihrer Altenpflegeausbildung zu bewerten;
- die Erarbeitung von Informationsmaterialien zur Altenpflegeausbildung für unterschiedliche Zielgruppen;
- die Erstellung eines Handbuchs „Die praktische Altenpflegeausbildung“ für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen.

2.2 Finanzierung der Ausbildungsvergütung in der Altenpflege

Nach dem Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1690), das zuletzt durch Artikel 12b des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) geändert worden ist, hat der Träger der praktischen Ausbildung der Schülerin oder dem Schüler eine angemessene Ausbildungsvergütung zu zahlen (§ 17 Absatz 1 AltPflG). Die Kosten sind in den Pflegesätzen berücksichtigungsfähig (§ 24 AltPflG, § 82a SGB XI). Als problematisch erwies sich, dass eine Reihe von Pflegeeinrichtungen Ausbildungsverträge abschloss, aber keine angemessene Ausbildungsvergütung im Sinne der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zahlte. Die Länder wirken im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die Umsetzung des Altenpflegegesetzes gezielt darauf hin, dass die Angemessenheit der Vergütungssätze gewahrt wird. Auch bedurfte es einer gesetzlichen Klarstellung im Altenpflegegesetz, dass Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAFöG-Leistungen) keinen Vorrang vor der Ausbildungsvergütung haben (§ 17 Absatz 1 AltPflG).

Gemäß § 25 AltPflG 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. Von dieser Möglichkeit haben die Länder Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz Gebrauch gemacht. In Nordrhein-Westfalen und im Saarland wird derzeit die Einführung eines Umlageverfahrens vorbereitet.

2.3 Zukünftige Entwicklung der Personal- und Ausbildungssituation in der Altenpflege

Die Altenpflege gehört zu den personalintensivsten Dienstleistungsbranchen in Deutschland. Seit dem Jahr 2007 ist die Anzahl der Beschäftigten in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen von rund 810 000 auf rund 890 000 im Jahr 2009 gestiegen. Dies stellt einen Anstieg von ca. 10 Prozent innerhalb von zwei Jahren dar. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird der Personalbedarf an Fachkräften weiter steigen. Zugleich stehen dem Arbeitsmarkt aber immer weniger junge Erwerbstätige zur Verfügung. Um Rekrutierungsprobleme zu überwinden und die Personalsituation in dem zukunftssträchtigen Berufs- und Beschäftigungsfeld der Altenpflege zu verbessern, bedarf es – aufbauend auf vielfältigen Maßnahmen und Initiativen – gemeinsamer Anstrengungen aller Verantwortungsträger. Die Bundesregierung hat daher eine Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege gestartet, die gemeinsam von Bund, Ländern und Verbänden getragen werden soll. Ziel der Offensive ist es, möglichst konkrete Maßnahmen zur Stärkung der Ausbildung und Weiterbildung sowie zur Steigerung der Attraktivität des Berufs- und Beschäftigungsfeldes der Altenpflege zu vereinbaren.

Des Weiteren will die Bundesregierung die Pflegeausbildungen (Kranken-, Alten- und Kinderkrankenpflege) mo-

dem weiterentwickeln und in einem neuen Berufsgesetz zusammenführen. Anliegen ist es, einen einheitlichen Pflegeberuf zu schaffen, der den veränderten Versorgungsstrukturen Rechnung trägt, der den aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen besser gerecht wird und der vielfältige berufliche Entwicklungsmöglichkeiten eröffnet. Dabei sind die Ergebnisse des Modellvorhabens „Pflegeausbildung in Bewegung“ des BMFSFJ eine wichtige Grundlage für die politischen Entscheidungen über Inhalte und Strukturen einer neuen Ausbildung. Im März 2010 wurde eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ auf Fachebene eingesetzt, die noch in 2011 Eckpunkte für ein neues Berufsgesetz vorlegen soll.

2.4 Förderung von Umschulungsmaßnahmen in der Altenpflege

Die BA hat durch die Förderung der Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen in der Altenpflege einen wichtigen Beitrag zur Deckung des Fachkräftebedarfs geleistet. In 2007 und 2008 lag die Zahl der Neueintritte in Umschulungen (Altenpflegerinnen und Altenpfleger und Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer) jeweils bei ca. 3 280. Im Jahr 2009 stieg diese Zahl deutlich auf rund 6 750, im Jahr 2010 auf ca. 9 000 Neueintritte an.

Vom 1. Juni 2006 bis zum 31. Dezember 2008 galt für die Altenpflegeausbildung im Rahmen der dreijährigen Umschulungsmaßnahmen folgende Rechtslage in Hinblick auf die Finanzierung des dritten Umschulungsjahres:

- Umschulungsmaßnahmen wurden in den ersten beiden Jahren von der BA gefördert (§ 85 Absatz 2 Satz 3 SGB III). Im dritten Jahr der Maßnahme hatte der Träger der praktischen Ausbildung neben der Zahlung einer angemessenen Ausbildungsvergütung (§ 17 AltPflG) die sonstigen Leistungen nach § 79 Absatz 1 Nummer 2 bis 4 SGB II (Fahrtkosten, Kosten für auswärtige Unterbringung und Verpflegung sowie Kinderbetreuungskosten) zu erstatten (§ 17 Absatz 1a AltPflG).
- Diese sonstigen Leistungen waren – ebenso wie die Ausbildungsvergütung – in der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen berücksichtigungsfähig (§§ 17 Absatz 1a, 24 AltPflG, § 82a SGB XI).

Für Eintritte in Umschulungsmaßnahmen zur Altenpflegerin und zum Altenpfleger galt vom 1. Januar 2009 bis zum 31. Dezember 2010 eine Sonderregelung (Konjunkturpaket II). Diese sah die Vollfinanzierung der Umschulungsmaßnahme zur Altenpflegerin und zum Altenpfleger durch die BA vor.

XI. Qualitätssicherung in der Pflege

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

Die Qualität der pflegerischen Versorgung ist für pflegebedürftige Menschen ein wesentlicher Faktor. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurden Maßnahmen

ergriffen, um die Qualitätsentwicklung in der Pflege voranzutreiben. Diese Maßnahmen stützen sich auf die:

- Qualitätsentwicklung durch Verankerung von Expertenstandards,
- stärkere Anerkennung des internen Qualitätsmanagements und Transparenz der Ergebnisse (aus Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder aus Zertifizierungen),
- externe Qualitätssicherung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

1.1 Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (§ 113 SGB XI)

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde die Pflegeselbstverwaltung gesetzlich beauftragt,

- eine Vereinbarung nach § 113 Absatz 1 SGB XI (Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung) zu treffen,
- für die Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege und in der vollstationären Pflege zu sorgen,
- die Anforderungen an die Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation von Prüfinstitutionen und unabhängigen Sachverständigen nach § 114 Absatz 4 SGB XI zu regeln sowie
- die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren nach § 114 Absatz 4 SGB XI sicherzustellen.

Der GKV-Spitzenverband, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene haben entsprechende Maßstäbe und Grundsätze nach § 113 SGB XI vereinbart. Diese Vereinbarungen lösen die gemeinsamen Grundsätze nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 10. März 1995 und die gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe in der vollstationären Pflege vom 7. März 1995 ab.

Die neuen Maßstäbe und Grundsätze sind – auf der Grundlage des Schiedsspruchs der Schiedsstelle Qualitätssicherung Pflege nach § 113b SGB XI vom 27. Mai 2011 – zum 1. Juni 2011 in Kraft getreten und im Bundesanzeiger veröffentlicht worden. Sie sind für alle zugelassenen vollstationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie für alle Pflegekassen und deren Verbände verbindlich. Die Maßstäbe und Grundsätze bilden die Basis für alle vertraglichen Regelungen. Mit der Neuregelung wurden wesentliche Aspekte inhaltlich weiterentwickelt. In der vollstationären Pflege wurden

- die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement festgelegt,
- die Anforderungen an die Fort- und Weiterbildung aller in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiter definiert,

- die Regelungen zur Pflegedokumentation präzisiert,
- die Anforderungen an die soziale Betreuung in einem eigenen Kapitel detailliert geregelt
- der Bereich Unterkunft und Verpflegung detailliert geregelt und
- die Kriterien der Ergebnisqualität differenzierter erläutert.

In der ambulanten Pflege wurden

- die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement festgelegt,
- die Anforderungen an die Fort- und Weiterbildung aller in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiter definiert,
- die Regelungen zur Pflegedokumentation präzisiert und
- die Kriterien der Ergebnisqualität differenziert erläutert.

In der Anlage des Schiedspruchs der neuen Maßstäbe und Grundsätze sind für die „Zertifizierung der Maßstäbe und Grundsätze“ die Anforderungen an die Zuverlässigkeit, Unabhängigkeit und Qualifikation von Prüfinstitutionen und unabhängigen Sachverständigen nach § 114 Absatz 4 SGB XI sowie die methodische Verlässlichkeit der von ihnen eingesetzten Zertifizierungs- und Prüfverfahren definiert. Zur einheitlichen Umsetzung werden auf Bundesebene durch den GKV-Spitzenverband Empfehlungen erarbeitet.

1.2 Förderung von Expertenstandards

Expertenstandards als Ergebnis eines fachlich organisierten und konsensorientierten Diskussionsprozesses stellen ein ausgesprochen wichtiges Instrument der internen Qualitätsentwicklung in der Pflege dar. 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. Das Instrument des Expertenstandards vermittelt aber auch Unterstützung, Sicherheit und praktische Expertise im Pflegealltag.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat zwischen 2000 und 2008 sieben Expertenstandards zu den Themen „De-kubitusprophylaxe“, „Entlassungsmanagement“, „Schmerzmanagement bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen“, „Sturzprophylaxe“, „Kontinenzförderung“, „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ und „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ finanziell gefördert. Diese Expertenstandards wurden durch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) als bundesweiter Zusammenschluss von Fachex-

perten in der Pflege erarbeitet. Die Erarbeitung dieser Expertenstandards erfolgte im Rahmen einer Projektförderung.

1.3 Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege (§ 113a SGB XI)

Mit In-Kraft-Treten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Jahr 2008 wurde die Entwicklung und die Aktualisierung von Expertenstandards als ein wesentliches Instrument der Qualitätsentwicklung in den institutionellen Rahmen und den rechtlichen Zusammenhang des SGB XI gestellt. Damit sind die Vertragspartner auf Grundlage des neuen § 113 SGB XI für die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich.

Um die methodische und pflegfachliche Qualität und die Transparenz des Verfahrens zur Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards sicherzustellen, wurde im ersten Schritt von den Vertragspartnern eine Verfahrensordnung gemäß § 113a Absatz 2 SGB XI vereinbart. Die Bestimmung der Themen zur Entwicklung von Expertenstandards soll unter Hinzuziehung externen wissenschaftlichen Sachverständigen vorgenommen werden.

1.4 Schiedsstelle Qualitätssicherung (§ 113b SGB XI)

Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde erstmals das Instrument einer Schiedsstelle für bestimmte Qualitätsfragen auf Bundesebene geschaffen. Durch diese nach fachlichen Gesichtspunkten gebildete, unabhängige Instanz können etwaige Konflikte zwischen den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI ziel- und ergebnisorientiert behandelt und sachgerechte Lösungen erreicht werden.

Der GKV-Spitzenverband und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen haben gemäß § 113b Absatz 1 SGB XI eine Schiedsstelle Qualitätssicherung eingerichtet. Die Schiedsstelle besteht aus je zehn Vertretern des GKV-Spitzenverbandes und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Ziel der Schiedsstelle ist es, bei Nichtzustandekommen einer Einigung der Vertragspartner nach § 113 Absatz 3 SGB XI die Konflikte zwischen den Vertragspartnern sachgerecht und ergebnisorientiert zu lösen. Die Rechtsgrundlage für das aktive Vorgehen der Schiedsstelle ist in einer Geschäftsordnung nach § 113b Absatz 3 SGB XI geregelt.

Die Schiedsstelle Qualitätssicherung wurde im Oktober 2009 zu nicht konsentierten Positionen bei der Erarbeitung der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI durch die Vertragsparteien angerufen. Ein Schiedspruch wurde im Mai 2011 gesprochen (siehe auch Punkt D. XI. 1.4).

2. Qualitätsprüfungen in der Pflege

2.1 Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinien-QPR) vom 30. Juni 2009

Mit In-Kraft-Treten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Jahr 2008 wurde das System der Qualitätssicherung auf eine neue gesetzliche Grundlage gestellt. Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien mussten daher angepasst werden. Der GKV-Spitzenverband hat unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. die Qualitätsprüfungs-Richtlinien nach § 114 Absatz 7 SGB XI mit Stand 30. Juni 2009 erarbeitet und erlassen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Richtlinien genehmigt.

Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien sind verbindliche Grundlage der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung für Prüfungen nach den §§ 114 ff. SGB XI in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen und haben die bis dahin geltenden Prüfgrundlagen aus dem Jahr 2005 abgelöst. In die neuen Richtlinien wurden, neben den gesetzlichen Regelungen zur Durchführung der Qualitätsprüfungen nach § 114a SGB XI (unter anderem jährlicher Prüfturnus, Inhalt der unangemeldeten Regelprüfungen), die Pflege-Transparenzvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a SGB XI eingearbeitet.

Seit dem 1. Juli 2009 werden die Prüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung auf der Grundlage der neuen Qualitätsprüfungs-Richtlinien durchgeführt.

2.2 Pflege-Transparenzvereinbarungen

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurden die notwendigen gesetzlichen Regelungen für mehr Transparenz über die Qualität in der Pflege in einem neuen § 115 Absatz 1a SGB XI eingeführt. Durch diese Regelung haben Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erstmals die Möglichkeit, sich einen Eindruck über die Qualität eines für sie interessanten Pflegeheims oder ambulanten Pflegedienstes zu verschaffen, vorhandene Angebote zu vergleichen und selbstbestimmt eine Entscheidung zu treffen. Dies hat die Qualitätsdiskussion in der Pflege vorangebracht und ist auch aus verbraucherpolitischer Sicht ein wichtiger Schritt.

Auf Basis dieser gesetzlichen Neuregelung haben die Vertragspartner am 17. Dezember 2008 die Pflege-Transparenzvereinbarung für die stationäre Pflege (PTVS) und am 29. Januar 2009 die Pflege-Transparenzvereinbarung für die ambulante Pflege (PTVA) vereinbart. Seit Anfang Dezember 2009 stellen die Landesverbände der Pflegekassen sicher, dass die Pflege-Transparenzvereinbarungen verständlich, übersichtlich und vergleichbar im Internet sowie in Form von Pflege-Transparenzberichten veröffentlicht werden.

Um frühzeitig mögliche Schwachstellen identifizieren zu können, bestand bereits bei der Entwicklung zwischen den Partnern der Vereinbarung Einvernehmen, die Pflege-Transparenzvereinbarungen und deren praktische Umsetzung wissenschaftlich auszuwerten. Diese mehrstufige Evaluation erstreckte sich von Herbst 2009 bis Mitte 2010. Die Evaluation der Pflege-Transparenzkriterien wurde von einem Beirat aus Wissenschaftlern, Verbraucherschützern, Bundes- und Landesministerien sowie dem Deutschen Pflegerat begleitet. Zwischenzeitlich liegen der Abschlussbericht zu dem Projekt sowie die Empfehlungen des Beirats vor. Der Bericht enthält wesentliche Hinweise für die Anwendung sowie für die Weiterentwicklung der Vereinbarungen.

Die Transparenzvereinbarungen und ihre Weiterentwicklung sind nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz Aufgabe der Selbstverwaltung in der Pflege. Diese Entscheidung des Gesetzgebers, die Kriterien der Veröffentlichung und der Bewertungssystematik dem Sachverstand der Vereinbarungspartner zu überlassen, ist sachgerecht.

Als Schlussfolgerung der im November 2010 gescheiterten Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner wurde mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 28. Juli 2011 (BGBl. Teil I Nummer 41 S. 1629) durch Ergänzung des § 115 Absatz 1a SGB XI als Konfliktlösungsmechanismus zur Weiterentwicklung der Transparenzvereinbarungen die Möglichkeit zur Anrufung der Schiedsstelle nach § 113b SGB XI geschaffen.

2.3 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

Zur Sicherstellung der einheitlichen und qualitätsgesicherten Annahme, Aufbereitung und Veröffentlichung der Transparenzdaten gemäß den Pflege-Transparenzvereinbarungen wurde eine DatenClearingStelle (DCS) eingerichtet. Hierfür wurde zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Bundesverbänden der Pflegekassen zu Mitte 2009 ein Fachkonzept entwickelt und abgestimmt. Dieses bildet auch die Grundlage für die Datenaufbereitung und -lieferung der Transparenzdaten aus gleichwertigen Prüfungen gemäß § 114 Absatz 4 SGB XI.

Die DCS hat ihre Tätigkeit am 2. November 2009 unter der Federführung des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) aufgenommen. Den Landesverbänden der Pflegekassen, den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung und den geprüften Pflegeeinrichtungen steht damit eine länderübergreifende IT-Lösung zur Verfügung, die eine schnelle und unbürokratische Veröffentlichung der Daten aus den Transparenzberichten sicherstellt.

Bis Ende des Jahres 2010 wurden von der DCS über 16 000 Transparenzberichte entgegen genommen und fast 14 000 Berichte veröffentlicht. Die DCS gibt monatlich eine aktualisierte Übersicht über die veröffentlichten Berichte und die Notenspektren aus dem vollstationären und ambulanten Bereich heraus.

Mit Stand vom 5. September 2011 wurden knapp 30 000 Berichte erstellt und über 26 000 Berichte veröffentlicht.

2.4 Bericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) über die Entwicklung der Pflegequalität auf der Grundlage der vom MDK durchgeführten Qualitätsprüfungen

Der MDS ist gesetzlich beauftragt (§ 114a Absatz 6 SGB XI) alle drei Jahre einen Bericht zur „Qualität in der ambulanten und stationären Pflege“ vorzulegen. Bisherige Berichte wurden 2004 und 2007 veröffentlicht. Der dritte Bericht ist dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den zuständigen Landesministerien bis zum 31. Dezember 2011 vorzulegen. Damit liegt dieser eigenständige Fachbericht der Selbstverwaltung zeitgleich mit dem Fünften Bericht der Bundesregierung vor und kann diesen ergänzen.

3. Besondere Initiativen der MDK-Gemeinschaft: Grundsatzstellungen zu besonderen Themen

Die Gemeinschaft der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung erarbeitet zu bestimmten Schwerpunktthemen in unregelmäßigen Abständen sogenannte Grundsatzstellungen. Bisher sind in den Jahren von 2001 bis 2005 die Grundsatzstellungen zu den Themen „De-kubitusprophylaxe und -therapie“, „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen“ und „Pflegeprozess und Dokumentation“ erschienen. Im Berichtszeitraum wurde die Grundsatzstellung „Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen“ erarbeitet und veröffentlicht. Die Grundsatzstellung „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen“ wird derzeit überarbeitet und voraussichtlich Ende 2011 veröffentlicht. Die Grundsatzstellungen stoßen, nach Auskunft des GKV-Spitzenverbandes, auf eine große Nachfrage bei den Fachpflegekräften ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen.

4. Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV) an den Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen

Am 4. August 2011 ist das „Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze“ in Kraft getreten, dass auch die Beteiligung der privaten Pflegeversicherung an den Qualitätsprüfungen in der Pflege gesetzlich regelt. Die Landesverbände der Pflegekassen haben danach jährlich 10 Prozent der Prüfaufträge an den Prüfdienst der privaten Pflegeversicherung zu vergeben. Somit entfällt die zehn prozentige Kostenbeteiligung der privaten Krankenversicherung e. V. an den Qualitätsprüfungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen.

XII. Rehabilitation vor Pflege

1. Rechtslage bei Rehabilitationsleistungen

Nach den §§ 5 und 31 SGB XI gilt der Grundsatz „Prävention und Rehabilitation vor und in der Pflege“. Zu dessen Umsetzung ist im geltenden Recht die Pflicht der Pflegekassen festgeschrieben, die rechtzeitige Einleitung geeig-

netter und zumutbarer rehabilitativer Maßnahmen durch den zuständigen Träger zu veranlassen. Um den Grundsatz „Prävention und Rehabilitation vor und in der Pflege“ stärker mit Leben zu füllen, wurde mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz der Bereich Rehabilitation und Prävention in der Begutachtung konkretisiert.

Nach § 18 Absatz 6 SGB XI muss der MDK in jedem Gutachten Aussagen dazu treffen, ob und welche geeigneten und zumutbaren Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation im Einzelfall geboten sind. Die Ergebnisse dieser Prüfung sind der Pflegekasse im Rahmen der Stellungnahme mitzuteilen. Die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches wurden entsprechend überarbeitet und am 13. Juli 2009 vom BMG in der Fassung vom 8. Juni 2009 genehmigt.

Darüber hinaus wurden die Pflegekassen in § 31 Absatz 3 SGB XI verpflichtet, die Versicherten und mit deren Einwilligung den zuständigen Rehabilitationsträger sowie den Hausarzt über die Empfehlungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu unterrichten. Sofern der Versicherte einwilligt, wird damit unmittelbar das Verfahren zur Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme in Gang gesetzt (siehe auch unter Punkt D. IV. 1.2.2).

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

Nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes wurden im Rahmen der Erstbegutachtung von Pflegebedürftigkeit durch den MDK im Jahr 2010 in rund 3 Prozent der Fälle anlässlich einer Erstbegutachtung Empfehlungen zu physikalischen Therapien vorgeschlagen. In den Pflegestufen II und III sei der Anteil der Empfehlungen doppelt so hoch gewesen. In rund 2 Prozent der Fälle (nicht Pflegebedürftige und Pflegestufe I) und in rund 5 Prozent der Fälle (Pflegestufe II und III) sei eine Ergotherapie empfohlen worden. Der Anteil der Empfehlungen zur Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie betrage 2 Prozent der Fälle.

Der GKV-Spitzenverband weist daraufhin, dass bei der Versorgungssituation zum Zeitpunkt der Erstbegutachtung mit zunehmender Pflegestufe der Anteil der Versorgung mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation steige. So sei zum Zeitpunkt der Erstbegutachtung jeder Sechste der nicht Pflegebedürftigen und der Pflegebedürftigen der Pflegestufe I bei Pflegebedürftigen der Stufe II und III hingegen jeder Vierte mit physikalischen Therapien versorgt gewesen. Mit einer Ergotherapie seien rund 3 Prozent der nicht Pflegebedürftigen und Pflegebedürftigen der Pflegestufe I versorgt gewesen. In der Pflegestufe II und III habe der Anteil 6 Prozent betragen. In 3 Prozent der Fälle sei zum Zeitpunkt der Erstbegutachtung eine Versorgung mit Stimm-, Sprech- und Sprachtherapien gegeben gewesen.

Die nachfolgenden vom GKV-Spitzenverband übermittelten Tabellen weisen die Anzahl gutachterlicher Emp-

fehlungen der Medizinischen Dienste zur medizinischen Rehabilitation bei Erstbegutachtungen im häuslichen und

stationären Bereich im Jahr 2010 differenziert nach Leistungsart und Leistungsort aus:

Begutachtungsempfehlungen aus dem häuslichen Bereich

| Ort | Leistungsarten | nicht pflegebedürftig | Pflegestufe I | Pflegestufe II | Pflegestufe III |
|--------------------|---------------------------------------|-----------------------|----------------|----------------|-----------------|
| ambulant | geriatriische Rehabilitation | 237 | 686 | 280 | 28 |
| | indikationsspezifische Rehabilitation | 349 | 687 | 190 | 16 |
| stationär | geriatriische Rehabilitation | 504 | 933 | 337 | 28 |
| | indikationsspezifische Rehabilitation | 619 | 1.124 | 281 | 21 |
| Gesamt (N=) | | 196.889 | 284.888 | 57.734 | 8.032 |

Begutachtungsempfehlungen aus dem stationären Bereich

| Ort | Leistungsarten | nicht pflegebedürftig | Pflegestufe I | Pflegestufe II | Pflegestufe III |
|--------------------|---------------------------------------|-----------------------|---------------|----------------|-----------------|
| ambulant | geriatriische Rehabilitation | 22 | 110 | 84 | 8 |
| | indikationsspezifische Rehabilitation | 12 | 90 | 56 | 6 |
| stationär | geriatriische Rehabilitation | 47 | 142 | 104 | 8 |
| | indikationsspezifische Rehabilitation | 52 | 140 | 62 | 6 |
| Gesamt (N=) | | 16.923 | 45.541 | 23.203 | 4.406 |

Nach diesen Angaben empfehlen die Gutachter der Medizinischen Dienste bei Erstbegutachtungen (häusliche Begutachtungen) insbesondere bei Pflegestufe I stationäre geriatriische und indikationsspezifische Rehabilitationen.

Hinsichtlich der Fortbildung der Gutachter des Medizinischen Dienstes weist der GKV-Spitzenverband darauf hin, dass im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Fortbildungsmaßnahmen (Präsenz- und Multiplikatorenseminare) des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Medizinischen Dienste das Thema Rehabilitation und Pflege einen hohen Stellenwert habe. Auch stehe bei der seit Beginn der Pflegeversicherung durchgeführten Qualitätssicherung der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit das Thema im Fokus.

XIII. Pflegeversicherung im Ausland

1. Bezug von Pflegegeld im Ausland

Mit der solidarisch finanzierten sozialen Pflegeversicherung wird vorrangig das Ziel verfolgt, alle in Deutschland lebenden und dort krankenversicherten Personen (Deutsche und Ausländer) entsprechend gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit abzusichern. Bei längerem Aufenthalt des Pflegebedürftigen im Ausland kann die Leistung der Pflegeversicherung nicht ins Ausland exportiert werden (Territorialitätsprinzip). Dies gilt unabhängig davon, ob die Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung bei Verzug

ins Ausland endet oder fortgesetzt wird. In der sozialen Pflegeversicherung ruhen die Leistungen nach § 34 Absatz 1 Nummer 1 SGB XI, solange sich Leistungsempfänger im Ausland aufhalten.

Um pflegebedürftigen Menschen einen Auslandsurlaub zu ermöglichen, ohne gleichzeitig voll auf die Leistungen der deutschen Pflegeversicherung verzichten zu müssen, sieht das SGB XI vor, dass bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt von bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr das Pflegegeld weitergezahlt werden kann. Dieser Leistungsanspruch entsteht mit jedem Kalenderjahr neu. Daraus folgt, dass ein am 31. Dezember eines Jahres bestehender oder an diesem Tag endender oder ein vor dem 31. Dezember abgelaufener Leistungsanspruch bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen ab dem 1. Januar des Folgejahres für sechs Wochen weiterbesteht oder wieder auflebt.

Eine Ausnahme gilt bei Aufenthalt im Bereich der Europäischen Union (EU) und des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR), da der Europäische Gerichtshof (EuGH) mit dem Molenaar-Urteil vom 5. März 1998 entschieden hat, dass es sich bei dem Pflegegeld EU-rechtlich um eine „Geldleistung bei Krankheit“ handle und es nach der Verordnung (EWG) 1408/71 oder nunmehr der Nachfolge-Verordnung (EG) 883/2004, von dem Staat, in dem man versichert ist, in andere Staaten der EU zu exportieren ist, wohingegen Sachleistungen auch nach dieser Ent-

scheidung nicht exportiert werden. Somit ist in diesen Ländern kein Pflegesachleistungsbezug möglich.

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 (2010 waren es 1 875 Begutachtungen) und der Annahme, dass eine durchschnittliche Pflegedauer von drei bis vier Jahren angenommen werden kann und nicht jede Begutachtung zur Anerkennung einer erheblichen Pflegebedürftigkeit führt, dürfte sich deren Anzahl auf schätzungsweise 5 000 Leistungsempfänger belaufen.

2. Urteile des Europäischen Gerichtshofs (EuGH)

Im Berichtszeitraum sind drei Verfahren vor dem EuGH von besonderer Bedeutung für die Pflegeversicherung:

2.1. Urteil des EuGH vom 16. Juli 2009 in der Rechtssache C-208/07 (Chamier-Glisczynski)

Die Ehefrau des Klägers des Ausgangsverfahrens, die in Deutschland in der sozialen Pflegeversicherung versichert war, wurde in einem Pflegeheim in Österreich gepflegt. Die Pflegekasse hatte die Bewilligung von Pflegesachleistungen für die stationäre Pflege bei dauerndem Aufenthalt im Ausland abgelehnt. Der EuGH hat diese Entscheidung der Pflegekasse mit dem genannten Urteil vom 16. Juli 2009 bestätigt. Er hat aufgrund eines Vorabentscheidungsersuchens des Bayerischen Landessozialgerichts entschieden, dass sich ein Anspruch auf Pflegesachleistungsexport weder aus der Verordnung der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft (Verordnung (EWG)) 1408/71 noch in Fällen eines dauerhaften Aufenthalts in einem anderen Mitgliedsstaat aus dem Primärrecht (Artikel 18 des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft-EG-Allgemeiner Freizügigkeitsgrundsatz; Artikel 39 EG: Arbeitnehmerfreizügigkeit; Artikel 49 EG: Dienstleistungsfreiheit) ergibt. Der EuGH hat damit den Anspruch auf Übernahme der Kosten für einen Aufenthalt in einem Pflegeheim in anderen Mitgliedstaaten der EU verneint. Das EuGH-Urteil enthält keine Hinweise darauf, wie dies bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt bei Geltendmachung eines Anspruchs auf Erstattung von Kosten für stationäre oder ambulante Pflegesachleistungen zu beurteilen ist (siehe dazu auch unter Punkt D. XIII. 3.).

Das Urteil des EuGH ist bedeutend für Deutsche in anderen Ländern der EU (sowie des EWR), die trotz Wohnsitz in anderen Ländern der EU – z. B. auf Grund des Bezugs einer Rente aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung – in Deutschland pflegeversichert sind. Entsprechend der bisherigen Praxis kann in diesen Fällen nur das Pflegegeld gezahlt werden.

2.2 Urteil des EuGH vom 30. Juni 2011 in der Rechtssache C-388/09 (Da Silva Martins)

Herr Da Silva Martins war zunächst in seinem Heimatland Portugal und dann lange Jahre in Deutschland ansässig und sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Seit 1974

war er bei der Bank-Betriebskrankenkasse (BKK) krankenversichert und ab Einführung der sozialen Pflegeversicherung 1995 bei der dortigen Pflegekasse auch pflegeversichert. Seit 1996 bezieht er eine deutsche Altersrente und seit 2000 zusätzlich eine portugiesische Altersrente. Er bezog seit 2001 Pflegesachleistungen der Pflegestufe I nach § 36 SGB XI. Aufgrund eines zunächst als vorübergehend bezeichneten Aufenthalts in Portugal erhielt er das Pflegegeld der Pflegestufe I. Nachdem die Pflegekasse erfahren hat, dass Herr Da Silva Martins sich dauerhaft in Portugal aufhält, hat sie die Zahlung des Pflegegeldes eingestellt und bereits gezahltes Pflegegeld zurück gefordert.

Diese Entscheidung wurde vom EuGH nicht bestätigt. Er hat mit dem genannten Urteil vom 30. Juni 2011 aufgrund eines Vorabentscheidungsersuchens des Bundessozialgerichts (BSG) entschieden, zum einen müsse die Möglichkeit des Abschlusses einer freiwilligen Weiterversicherung nach § 26 SGB XI eingeräumt werden. Zum anderen könne bei Abschluss einer freiwilligen Weiterversicherung dann auch ein Anspruch auf Export des Pflegegeldes durch die deutsche Pflegeversicherung bestehen. Zwar sei der Kläger des Ausgangsfalls grundsätzlich dem System der sozialen Sicherheit eines einzigen Mitgliedsstaates zugeordnet, hier sei Herr Da Silva Martins als Doppelrentner dem portugiesischen System zugeordnet, dennoch fände dieser Grundsatz keine Anwendung, da es sich bei der deutschen Pflegeversicherung um eine Pflichtversicherung handle und die Ausnahme des Artikel 15 Absatz 1 der Verordnung (EWG) 1408/71, wonach die dort aufgeführten Bestimmungen nicht für die freiwillige Versicherung und die freiwillige Weiterversicherung gelten, somit einschlägig sei. Einer freiwilligen Weiterversicherung – und damit einer doppelten Beitragszahlung – stehe auch nicht entgegen, dass im vorliegenden Fall im selben Zeitraum im portugiesischen System der sozialen Sicherheit eine Pflichtversicherung bestehe, da die versicherten Risiken nicht identisch seien (in Portugal das Risiko der Krankheit und in Deutschland das Risiko der Pflegebedürftigkeit).

Die Exportierbarkeit der Leistungen in den Wohnsitzstaat begründet der EuGH mit einer Auslegung des Artikel 28 der Verordnung (EWG) 1408/71 im Lichte der mit der Verordnung verfolgten Zwecke – insbesondere Herstellung größtmöglicher Freizügigkeit für Wanderarbeitnehmer – unter Berücksichtigung der Besonderheit der Leistungen, die das Risiko der Pflegebedürftigkeit betreffen, gegenüber Leistungen bei Krankheit im eigentlichen Sinne. Im vorliegenden Fall, in dem eine Rente sowohl von Deutschland als auch Portugal gewährt werde und die Möglichkeit einer freiwilligen Weiterversicherung der deutschen Pflegeversicherung bestehe, sei daher von der deutschen Pflegeversicherung das Pflegegeld weiter zu zahlen, wenn das portugiesische Recht keine Leistungen vorsehe, die das spezifische Risiko der Pflegebedürftigkeit betreffen. Letzteres habe nun das BSG zu prüfen. Wenn das portugiesische Recht Geldleistungen für das Risiko der Pflegebedürftigkeit vorsehe, die geringer als die Leistungen der deutschen Pflegeversicherung seien, habe die deutsche Pflegeversicherung den Unterschiedsbetrag, also ein anteiliges Pflegegeld, zu gewähren.

2.3. Vertragsverletzungsverfahren vor dem EuGH (C-562/10)

Mit der o. g. Rechtssache Chamier-Glisczinski (siehe oben unter Punkt D. XIII. 2.1) hat der EuGH entschieden, dass die Pflegeversicherung bei dauernden Aufenthalt in anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) die Kosten für Inanspruchnahme von stationären Pflegesachleistungen nicht erstatten muss.

Nun geht es bei einem – noch nicht entschiedenen von der EU-Kommission angestrebten Vertragsverletzungsverfahren – um die Frage, ob die Kosten für die Inanspruchnahme ambulanter Pflegesachleistungen bei einem vorübergehenden Aufenthalt in anderen Ländern der EU erstattet werden müssen oder ob nur ein Anspruch auf das Pflegegeld der deutschen Pflegeversicherung besteht, was in der Praxis nicht in Frage gestellt wird.

3. Zahlen zur Pflegebegutachtung im Ausland

3.1 Begutachtungsverfahren

Die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI wird auch in den Ländern des EWR nach den in

der Bundesrepublik Deutschland für die Gutachter der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung verbindlichen Begutachtungs-Richtlinien durchgeführt. Die Konferenz der Geschäftsführer der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung haben die Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten für die Begutachtung in diesen europäischen Ländern innerhalb der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung aufgeteilt. In einigen EWR-Ländern, wie z. B. Polen, ist die Zuständigkeit auf mehrere Medizinische Dienste der Krankenversicherung verteilt.

3.2 Anzahl der Begutachtungen der Pflegekassen bei Pflegebedürftigen mit Wohnsitz in EU- und EWR-Staaten

Die Anzahl der jährlichen Begutachtungen von Pflegebedürftigkeit im gesamten Raum der EWR hat sich nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes in der Zeit zwischen 2007 und 2010 weitgehend stabil gehalten, mit einer leicht (ca. 5 Prozent) fallenden Tendenz zu 2010 hin. Bei ca. 1,5 Millionen Begutachtungen von Pflegebedürftigkeit pro Jahr im Inland hätten die knapp 2 000 Begutachtungen über alle EWR-Staaten einen Anteil von 0,1 Prozent eingenommen.

Durchgeführte Begutachtungen im EWR Ausland 2007 bis 2010

| EWR-Pflegebegutachtungen 2007 bis 2010 | | | | | |
|--|------|------|------|------|-------------|
| EWR-Länder | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2007 – 2010 |
| Belgien | 59 | 56 | 56 | 50 | 221 |
| Bulgarien | 0 | 3 | 2 | 4 | 9 |
| Dänemark | 1 | 6 | 2 | 13 | 22 |
| Estland | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Finnland | 3 | 2 | 0 | 0 | 5 |
| Frankreich | 113 | 118 | 106 | 87 | 424 |
| Griechenland | 299 | 331 | 229 | 237 | 1.096 |
| Großbritannien | 15 | 9 | 8 | 12 | 44 |
| Irland | 1 | 3 | 3 | 4 | 11 |
| Island | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Italien | 111 | 132 | 117 | 116 | 476 |
| Lettland | 1 | 7 | 1 | 1 | 10 |
| Liechtenstein | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Litauen | 1 | 3 | 3 | 3 | 10 |
| Luxemburg | 2 | 1 | 3 | 5 | 11 |
| Malta | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| Niederlande | 22 | 34 | 31 | 26 | 113 |
| Norwegen | 0 | 3 | 2 | 4 | 9 |
| Österreich | 478 | 614 | 501 | 522 | 2.115 |
| Polen | 44 | 81 | 46 | 48 | 219 |

| EWR-Pflegebegutachtungen 2007 bis 2010 | | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| EWR-Länder | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2007 – 2010 |
| Portugal | 87 | 84 | 62 | 51 | 284 |
| Rumänien | 1 | 6 | 5 | 6 | 18 |
| Schweden | 20 | 18 | 9 | 9 | 56 |
| Schweiz | 27 | 29 | 30 | 30 | 116 |
| Slowakei | 1 | 9 | 7 | 9 | 26 |
| Slowenien | 17 | 38 | 21 | 21 | 97 |
| Spanien | 620 | 744 | 505 | 569 | 2.438 |
| Tschechien | 11 | 30 | 22 | 12 | 75 |
| Ungarn | 30 | 50 | 42 | 36 | 158 |
| Zypern | 1 | 1 | 2 | 0 | 4 |
| Gesamt | 1.968 | 2.413 | 1.815 | 1.875 | 8.071 |

4. Private Pflegeversicherung

Im Berichtszeitraum 2010 wurden nach Angaben von MEDICPROOF 278 Auslandsgutachten erstellt. 51 Prozent dieser Begutachtungen hätten in den direkt angrenzenden Nachbarländern Frankreich, Luxemburg, Belgien, Tschechien, Polen, Österreich, Schweiz und Dänemark stattgefunden. Ein weiterer Schwerpunkt habe – wie in den Jahren zuvor – im Mittelmeerraum gelegen, wobei auf Spanien, einschließlich der Balearen und der Kanarischen Inseln, rund 17 Prozent entfallen seien. 4 Prozent der Begutachtungen hätten in Italien stattgefunden, die verbleibenden 28 Prozent hätten sich auf die übrigen Länder des EWR verteilt.

XIV. Demografische Entwicklung und langfristige Finanzentwicklung

Die demografische Entwicklung in Deutschland ist im Wesentlichen durch zwei Grundtendenzen geprägt, die erhebliche Auswirkungen auf die Pflegeversicherung und die pflegerische Versorgung haben:

- kontinuierliche Zunahme der Lebenserwartung sowie
- dauerhaft niedrige Geburtenrate.

Die zwölfte koordinierte Bevölkerungsvorausschätzung des Statistischen Bundesamtes geht von einem deutlichen Anstieg der Lebenserwartung der Menschen in der Zukunft aus. Die Lebenserwartung von Neugeborenen im Jahr 2060 wird bei Männern auf 85,0 Jahre und bei

Frauen auf 89,2 Jahre geschätzt. Dies ist ein Zuwachs von 7,8 oder 6,8 Jahren gegenüber heute. Die für die Pflegeversicherung noch wichtigere verbleibende Lebenserwartung von 65-jährigen Männern und Frauen wird sich bis 2060 um etwa fünf Jahre auf 22,3 und 25,5 Jahre verlängern.

Entsprechend der längeren Lebenserwartung steigt die Zahl der älteren Menschen absolut und in Verbindung mit einer abnehmenden Zahl von Geburten auch ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung. Bei einem unterstellten langfristigen Wanderungssaldo¹ von durchschnittlich 200 000 Personen jährlich steigt die Zahl der über 65-Jährigen bis zum Jahr 2060 von 16,8 Millionen Ende 2008 auf 22,9 Mio. Menschen; ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung steigt von 20 Prozent auf 32 Prozent.

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko der Pflegebedürftigkeit stark an. Während von der Bevölkerung unter 60 Jahren derzeit nur 0,8 Prozent pflegebedürftig sind, sind von den 60- bis 80-jährigen bereits 4,7 Prozent und von den über 80-jährigen schon 29,0 Prozent pflegebedürftig. Unter der Annahme einer konstanten altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit – d. h. der Wahrscheinlichkeit, in einem bestimmten Alter pflegebedürftig zu sein –, könnte sich für die soziale Pflegeversicherung in etwa folgende Entwicklung ergeben:

¹ Überschuss der Zuzüge aus dem Ausland ins Inland gegenüber den Fortzügen ins Ausland

| Jahr | 2010 | 2020 | 2030 | 2040 | 2050 |
|------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Pflegebedürftige in Mio. | 2,2 | 2,7 | 3,2 | 3,6 | 4,2 |
| Bevölkerung in Mio. | 81,5 | 80,4 | 79,0 | 76,8 | 73,6 |
| Anteil der Pflegebedürftigen | 2,7 % | 3,4 % | 4,1 % | 4,7 % | 5,7 % |

Zwischen 2050 und 2060 ergibt sich in diesem Szenario für die Zahl der Pflegebedürftigen ein absolutes Maximum von etwa 4,5 Millionen. Anschließend sinkt die Anzahl allmählich wieder, da dann die geburtenstarken Jahrgänge bis etwa 1970 durch deutlich (etwa 1/3) schwächer besetzte ersetzt werden. Gleichwohl ergibt sich, infolge der vermutlich weiter steigenden Lebenserwartung, nicht ein entsprechend starker Rückgang der Pflegebedürftigen.

Eine steigende Lebenserwartung kann jedoch auch damit einhergehen, dass sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Durchschnitt in ein höheres Lebensalter verschiebt. In diesem Fall würde der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen merklich schwächer ausfallen als oben angegeben. Aus der Entwicklung der Pflegebedürftigenzahl in den letzten Jahren lassen sich keine gesicherten Erkenntnisse über die längerfristige Entwicklung der altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit gewinnen.

Die seit mehr als 30 Jahren relativ konstante Geburtenrate von 1,4 Kindern je Frau führt in den nächsten Jahrzehnten dazu, dass die jüngeren Generationen zahlenmäßig kleiner sind als heute. Damit schrumpft sowohl das Potenzial der Kinder, die ihre Eltern pflegen können, als auch das „Reservoir“ aus dem künftig professionelle Pflegekräfte gewonnen werden können. Gleichzeitig sinkt trotz gegenläufiger Effekte, infolge sinkender Arbeitslosigkeit und steigender Erwerbsbeteiligung von Frauen und älteren Menschen, langfristig die Zahl der erwerbstätigen Beitragszahler, die höhere Beiträge zahlen als die Rentner.

Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung ist in den kommenden Jahren maßgeblich von den Auswirkungen der Leistungsverbesserungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes geprägt. Entsprechend ergeben sich in den kommenden Jahren voraussichtlich wieder Defizite. Der Beitragssatz von gegenwärtig 1,95 Prozent reicht rechnerisch vermutlich bis Ende 2015 aus um die dem geltenden Recht entsprechenden Leistungen zu finanzieren. Langfristig müsste der Beitragssatz angesichts der demografischen Entwicklung deutlich steigen.

Vor diesem Hintergrund beabsichtigt die Bundesregierung die Einführung einer steuerlichen Förderung von freiwilligen privaten Pflege-Zusatzversicherungen.

E. Ausgewählte Forschungsaktivitäten und Modellvorhaben

Der Bundesregierung ist, insbesondere vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung älterer Menschen ein besonderes Anliegen. Bei der Suche nach Lösungen sind wissenschaftliche Erkenntnisse als Beratungsgrundlage sehr hilfreich. Daher hat die Bundesregierung sowohl im Rahmenprogramm Gesundheitsforschung als auch in der jeweiligen Ressortforschung des BMG und des BMFSFJ entsprechende Förderschwerpunkte aufgelegt. Während aber der Fokus im Rahmenprogramm Gesundheitsforschung auf der allgemeinen Forschungsförderung liegt, geht es in der Ressortforschung darum, Erkenntnisse für die Vorbereitung, Begleitung und Umset-

zung politischer Entscheidungen in der Pflege zu erhalten. Besonders das für die Setzung der rechtlichen Rahmenbedingungen für die soziale Pflegeversicherung verantwortliche BMG will im Rahmen seiner Ressortforschung wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse über die Wirkung von Rahmenbedingungen und ihre Optimierungsmöglichkeiten erhalten.

Im Folgenden werden ausgewählte Forschungsprojekte und Modellvorhaben des BMG im Besonderen und der Bundesregierung im Allgemeinen dargestellt.

I. Leuchtturmprojekt Demenz

Die Versorgung und Betreuung von demenziell erkrankten Menschen ist der Bundesregierung ein besonderes Anliegen. Demenziell erkrankte Menschen sollen ein menschenwürdiges Leben führen können und die bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung erhalten.

Vor diesem Hintergrund und aufgrund der immer älter werdenden Gesellschaft förderte die Bundesregierung in den Jahren 2008 bis 2009 das „Leuchtturmprojekt Demenz“ mit rund 12 Mio. Euro. Im Rahmen einer öffentlichen Ausschreibung hat das BMG unter Hinzuziehung von externen Experten aus 126 Förderanträgen die 29 besten ausgewählt. Es handelte sich um Projekte mit Vorbildwirkung für eine bessere Betreuung und Versorgung von demenziell erkrankten Menschen. Folgende Themen- und Arbeitsfelder wurden bearbeitet:

- Therapie- und Pflegemaßnahmen,
- Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen,
- Evaluation von Versorgungsstrukturen,
- Sicherung einer evidenzbasierten Versorgung und
- Evaluation und Ausbau zielgruppenspezifischer Qualifizierung.

Die einzelnen Leuchtturmprojekte waren flächendeckend in der gesamten Bundesrepublik verteilt.

Die Leuchtturmprojekte umfassten verschiedenste Teilprojekte, die mit den unterschiedlichsten Forschungsmethoden bearbeitet wurden. Eine Reihe Projekte haben regionale Versorgungsnetzwerke für Demenzzranke und ihre Angehörigen auf- oder ausgebaut und deren Nutzen für die Betroffenen erforscht. Andere Projekte haben beispielsweise nicht-medikamentöse Ansätze zur Therapie und Versorgung von Menschen mit Demenz erprobt und deren Wirksamkeit in großen Studien untersucht. Weitere Projekte befassten sich mit dem herausfordernden Verhalten von Demenzzranke, also mit Verhaltensweisen, die durch die Erkrankung hervorgerufen werden und oftmals sowohl für die professionellen Pflegekräfte, als auch für die Angehörigen eine Belastung darstellen. Die Leuchtturmprojekte untersuchten hierbei neue Möglichkeiten, wie Pflegekräfte und Angehörige herausforderndem Verhalten am besten begegnen.

Bei aller individuellen Vielfalt hat sich im Projektverlauf ein reger und fruchtbarer Erfahrungsaustausch zwischen

den Leuchtturmprojekten entwickelt, der sowohl Gemeinsamkeiten und Synergien, aber auch vergleichbare Probleme in der Forschungsarbeit zutage brachte. Auf Basis dieses Austauschs haben sich vier thematische Schwerpunkte ergeben, anhand derer eine Broschüre erarbeitet und veröffentlicht wurde. Inhaltlich gegliedert ist diese in folgende Themenkomplexe:

- (1) Nicht-medikamentöse Maßnahmen: Wirksamkeit, Nutzen, Stellenwert,
- (2) Was hilft den Angehörigen?,
- (3) Erfolgsfaktoren in der stationären Pflege von Menschen mit Demenz und
- (4) Koordinierung der ambulanten Versorgung – Netzwerke und andere Möglichkeiten.

Die Broschüre kann kostenlos beim Bundesministerium für Gesundheit angefordert oder von der Homepage heruntergeladen werden.

II. **Ausblick auf die Zukunftswerkstatt Demenz des Bundesministeriums für Gesundheit**

Das Förderprogramm „Zukunftswerkstatt Demenz des Bundesministeriums für Gesundheit“ ist für eine Dauer von maximal vier Jahren vorgesehen. Es ist darauf ausgerichtet, bisher gewonnene Erkenntnisse aus dem Leuchtturmprojekt Demenz, wo notwendig, zu ergänzen und das vorhandene Wissen adäquat in der Routineversorgung umzusetzen.

Für die Unterstützung der Umsetzung erfolgreicher Modellprojekte und Initiativen besteht besonderer Handlungsbedarf in den Bereichen: „Regionale Demenznetzwerke“ und „Unterstützung der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz“.

1. **Regionale Demenznetzwerke**

Die regionalen Demenznetzwerke arbeiten derzeit unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen, z. B. im urbanen oder ländlichen Raum, in Bezug auf Anzahl und Art der Kooperationspartner oder strukturelle Anbindung und nutzen unterschiedliche Formen der Kooperation. Die Vernetzung dieser unterschiedlichen Versorgungsstrukturen soll verbessert werden, um eine effiziente, langfristige Versorgung der Demenzkranken sicherzustellen, die auf deren Bedürfnissen ausgerichtet ist.

2. **Unterstützung der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz**

Die Mehrzahl der Menschen mit Demenz wird von ihren Angehörigen zu Hause gepflegt und betreut. Dies bedeutet für die betroffenen Angehörigen eine hohe psychische und physische Belastung. Die bestehenden Entlastungsangebote werden bisher zu wenig wahrgenommen. Ziel ist es daher, die Akzeptanz der bestehenden Angebote zu fördern, um die Lebensqualität der Demenzkranken und ihrer Angehörigen zu verbessern.

III. **Modellprogramm zur „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“**

Das Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger des BMG erhält seit 1991 regelmäßig Bundesmittel. Bis heute sind etwa 600 Einzelprojekte mit unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten gefördert worden. Thematisch ist das Modellprogramm breit angelegt und bietet viel Spielraum für Initiativanträge aus der Praxis. Von Anfang an verstand sich das Modellprogramm als Wegbereiter und Katalysator einer neu auszurichtenden Pflegeinfrastruktur, deren konzeptionelle Bausteine unter der gesundheits- und sozialpolitischen Prämisse „ambulant vor stationär“ und „Prävention und Rehabilitation vor und während der Pflege“ stehen.

Aufgabe des Modellprogramms ist es, Versorgungslücken zu schließen, bestehende Angebote zu modernisieren und zukunftsweisende Pflege- und Versorgungsangebote zu entwickeln. In einer ersten Modellphase ging es vor allem darum, Bausteine für eine stärker ambulant ausgerichtete Pflegeinfrastruktur zu etablieren, um danach den Schwerpunkt auf die qualitative Weiterentwicklung, die zielgruppenspezifische Ausdifferenzierung, das Empowerment der Betroffenen und auf neue Wohnformen für Pflegebedürftige zu legen.

Heute gehören Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen oder auch kleine, auf Wohnqualität und teilstationäre Angebote eingestellte Heime, die sich zur Gemeinde hin öffnen oder ambulant betreute Wohnformen wie selbstverständlich zur Angebotsstruktur. Qualitative Verbesserungen wurden vor allem in der Versorgung von Menschen mit Demenz erzielt, es sind Rehabilitations- und Präventionsangebote für Pflegebedürftige entwickelt und Grundlagen für nationale Expertenstandards erarbeitet worden.

Eine gute Infrastruktur allein reicht jedoch nicht aus, um im Einzelfall immer die angemessenen Hilfe- und Pflegearrangements zu gewährleisten. Betroffene und ihre Angehörigen müssen auch in die Lage versetzt werden, die richtige Auswahl und die richtigen Entscheidungen zu treffen. Ihre Bedarfslagen, so die Ergebnisse und Erfahrungen aus den Modellerprobungen, sind häufig so komplex, dass sie dazu professioneller Unterstützung bedürfen. An dieser Problemstellung setzt die Idee der „Pflegestützpunkte“ an, die mit dem im Juli 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eingeführt wurden. In der zurückliegenden Modellphase (2007 bis 2010) waren die Begleitung der Einführung der Pflegestützpunkte und die Infratest-Studie zu den Wirkungen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes zentrale Förderschwerpunkte im Modellprogramm. Darüber hinaus sind noch einzelne Projekte gefördert worden, die im Bereich Pflegequalität angesiedelt sind oder die Translation der im Modellprogramm erarbeiteten Erfahrungen und Ergebnisse zum Ziel haben.

1. **Förderschwerpunkt „Werkstatt Pflegestützpunkte“**

Das Bundesministerium für Gesundheit förderte von November 2007 bis Juni 2010 die Einführung und Erpro-

bung von 16 Pilot-Pflegestützpunkten in 15 Bundesländern. Mit der Durchführung des Vorhabens wurde das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) beauftragt. Ziel des Modellvorhabens war es, die 16 Pilot-Pflegestützpunkte auf ihrem Weg zum regulären Betrieb gemäß § 92c SGB XI zu begleiten und dabei Instrumente zu entwickeln, die für den flächendeckenden Aufbau und Betrieb genutzt werden können.

In seinem Abschlussbericht kommt das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) zu dem Ergebnis, dass eine flächendeckende Einführung der Pflegestützpunkte einen wesentlichen Beitrag zur Stabilisierung häuslicher Pflegearrangements leisten kann, ihre Einführung aber unbedingt mit der Einführung eines Qualitätssicherungssystems verbunden sein sollte.

2. Förderschwerpunkt „Translation von Modellergebnissen“

In der Modellphase zwischen 2007 und 2010 hat das BMG zwei Tagungen gefördert sowie eine verbraucherfreundliche „Übersetzung“ von Expertenstandards, die im Rahmen des Modellprogramm erarbeitet worden sind.

- a) Fachtagung: „Sturzprävention – Vom Wissen zum Handeln“ (Juni 2007)

Vorbereitet und veranstaltet wurde die Tagung vom Netzwerk „Prevention of Falls Network Europe (ProFaNet)“ gemeinsam mit der Robert-Bosch-Klinik in Stuttgart. Die EU-Kommission unterstützt das Netzwerk und wertet es sogar als herausragendes Beispiel europäischer Zusammenarbeit. Ziel der Tagung war es, die gesundheitspolitische Bedeutung der Sturzprävention (BMG-Modellprojekte Ulm/Stuttgart 1998-2001/2002-2005) aufzuzeigen und die vorhandenen Erkenntnisse Betroffenen sowie Leistungsträgern und Leistungserbringern zu vermitteln. An der Fachtagung, die in den Räumlichkeiten der Robert-Bosch-Stiftung stattfand, nahmen etwa 120 Teilnehmer aus 25 EU-Ländern teil.

- b) Fachkongress: „Pflege 2030: Chancen und Herausforderungen“ (Juli 2009)

Der Fachkongress ist vom iso-Institut Saarbrücken in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit inhaltlich vorbereitet und in dessen Räumlichkeiten in Berlin veranstaltet worden. Der Kongress befasste sich mit zwei Themenschwerpunkten. Zum einen sind beispielgebende Projekte zum Thema „Bürgerschaftliches Engagement – Beitrag und Chancen der Kommunen“ vorgestellt und diskutiert worden. Im zweiten Themenschwerpunkt ging es um die Effektivität der Pflegestützpunkte und ihre weiteren Entwicklungsmöglichkeiten. Als praktisches Beispiel hat der Pilot-Pflegestützpunkt in Bremen seine Arbeit und die ersten Erfahrungen präsentiert und das KDA stellte die Ergebnisse der Evaluationsstudie „Werkstatt Pflegestützpunkte“ vor. An der Tagung nahmen rund 170 Vertreter aus der Politik und der Wissenschaft sowie der Leistungsträger und -erbringer teil (Tagungsdokumentation ISBN 978-3-935084-28-4).

- c) Verbraucherfreundliche Darstellung von Expertenstandards in der Pflege

Seit 1999 arbeitet das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) an der Entwicklung nationaler Expertenstandards. Die nationalen Expertenstandards basieren auf wissenschaftlichen Grundlagen. In der Regel wird dazu eine umfassende Literaturanalyse der nationalen und internationalen Fachliteratur betrieben. Dabei bezieht sich die Recherche vorrangig auf evidenzbasierte Studien und auf die praktische Expertise von Fachkräften. Der wissenschaftliche Anspruch bei der Entwicklung der nationalen Pflegestandards dient der Förderung der Pflegequalität und richtet sich an Fachkräfte in der Kranken- und Altenpflege. Zum Ergebnistransfer gehört aber auch, dass Betroffene von den Forschungsergebnissen profitieren. Deshalb ist im Jahr 2007 unter Federführung der Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten (BIVA) e. V. in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Osnabrück (Sitz der DNQP) die Erarbeitung einer verbraucherfreundlichen Darstellung der vom DNQP entwickelten und konsentierten Standards zur Sturz- und Dekubitusprophylaxe gefördert worden.

3. „Aus kritischen Ereignissen lernen“ Online-Berichts- und Lernsystem für die Altenpflege

Mit dem Aufbau eines Online-Berichtssystems wurde die Möglichkeit geschaffen, dass in der Altenpflege Tätige anonym und nicht rückverfolgbar im Internet über kritische Ereignisse in ihrem Pflegealltag berichten können. Das KDA, das das Projekt durchführt, gibt ebenso wie andere Online-Nutzer fachliche Hinweise zu den angesprochenen Ereignissen und Problemen. Durch die freie Zugänglichkeit können auch Dritte wichtige Hinweise für den Umgang mit kritischen Situationen im Pflegealltag erhalten. Das System stellt eine wichtige Ergänzung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements dar.

4. Forschungsprojekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“

Das Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ wurde in der Zeit von Dezember 2008 bis November 2010 gemeinsam von dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und dem Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik (ISG) durchgeführt. Das Projekt wurde gemeinsam von BMG und BMFSFJ gefördert. In dem Projekt wurde erstmalig in Deutschland ein Indikatorensystem erarbeitet, das verlässliche Aussagen zur Ergebnisqualität der Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen ermöglicht.

Mit diesen Ergebnissen leistet das Projektergebnis einen wichtigen Beitrag für die vergleichende Beurteilung und

Darstellung von Ergebnisqualität und zur Erfassung von Aspekten der Lebensqualität.

Die Ergebnisse des Projektes sollen in verschiedenen Bereichen verwendbar sein. Die Qualitätsindikatoren sollen sich sowohl bei externen Qualitätsprüfungen, als auch im internen Qualitätsmanagement der Einrichtungen nutzen lassen und einen Vergleich der Qualität zwischen Einrichtungen ermöglichen. Zugrunde liegt dabei ein Verständnis von Ergebnisqualität, das gesundheitliche Aspekte und die Selbständigkeit der Bewohner ebenso wie soziale Aspekte der Lebensqualität einschließt. Von den Projektnehmern ist ein Indikatorensystem erarbeitet worden, das verlässliche Aussagen zur Ergebnisqualität der Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen erstmalig ermöglicht.

In einer zehnmonatigen Praxisphase wurden die Indikatoren und Instrumente in 46 teilnehmenden Einrichtungen (27 freigemeinnützige, 5 kommunale, 14 private) erprobt.

Im Verlauf des Projekts wurden gesundheitsbezogene Indikatoren und Instrumente zur Erfassung nicht gesundheitsbezogener Aspekte der Lebensqualität in insgesamt fünf Bereichen entwickelt und erprobt:

- Erhalt und Förderung der Selbständigkeit (5 Indikatoren),
- Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen (6 Indikatoren),
- Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen (4 Indikatoren),
- Wohnen und hauswirtschaftliche Versorgung (4 Indikatoren),
- Tagesgestaltung und soziale Beziehungen (10 Indikatoren).

Der Ansatz der Qualitätsentwicklung und der Prüfung der Qualität nach der durch die Projektnehmer vorgeschlagenen Systematik stellt eine deutliche Weiterentwicklung gegenüber dem heutigen System der Qualitätsprüfungen dar.

Im Rahmen einer Fachtagung wurden am 14. Dezember 2010 der Fachöffentlichkeit wichtige Projektergebnisse mit positiver Resonanz der Teilnehmer vorgestellt. Wichtige Hinweise und Diskussionsergebnisse der Tagung wurden in den Abschlussbericht, der im Juni 2011 durch BMG und BMFSFJ veröffentlicht wurde, aufgenommen.

Das Projektergebnis bildet eine gute Grundlage, um mit allen Beteiligten zu überlegen, wie die Ergebnisqualität der Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen besser abgebildet und wie die Ergebnisse in die Praxis gebracht werden können. Eine einfache Übertragung auf das heutige System ist aber nicht möglich, nicht zuletzt weil auch in den Pflegeheimen selbst die erforderlichen Voraussetzungen, z. B. der Umgang mit einer an den Qualitätsindikatoren orientierten kontinuierlichen Dokumentationsweise, die sich in den teilnehmenden Einrichtungen bewährt hat, erst geschaffen werden müssten.

5. Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“

Mit der 2009 in Auftrag gegebenen Studie wurden die Auswirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes in der Praxis untersucht, um Erkenntnisse über die Wirksamkeit der einzelnen Maßnahmen sowie die Einschätzungen der Betroffenen zu erhalten. Dazu wurden sowohl Haushalte mit Pflegebedürftigen als auch ambulante und stationäre Einrichtungen befragt.

Während einzelne Ergebnisse schon bei den Ausführungen unter Punkt C. I. 3. dargestellt sind, wird im Folgenden auf Basis des Abschlussberichts noch die besondere Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in der Pflege wiedergegeben.

Einen wesentlichen Schwerpunkt der Studie bildete die Frage, ob Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund hinreichende Informationen über das Leistungsangebot der Pflegeversicherung haben sowie eine angemessene und auf die kulturellen Besonderheiten eingehende Pflege erhalten. Spiegelbildlich dazu wurde auch der Anteil der professionell Pflegenden mit Migrationshintergrund erhoben.

Pflegebedürftige in Privathaushalten

Acht Prozent der Pflegebedürftigen in Privathaushalten haben einen Migrationshintergrund. Für 68 Prozent von ihnen ist Deutsch die Muttersprache. Entsprechend sind die Sprachbarrieren bei der Informationsbeschaffung meistens gering. Auffällig ist die im Vergleich zu Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund noch einmal größere Distanz zur Nutzung professioneller Pflege. Dass kulturelle und religiöse Belange bei ambulanten Pflegediensten nicht berücksichtigt werden, ist dabei verhältnismäßig selten von Bedeutung.

Der mit 17 Prozent überdurchschnittlich hohe Anteil von Migrantinnen und Migranten in der Gruppe derjenigen, die keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, weist darauf hin, dass es unter den Migrantinnen und Migranten eine Gruppe gibt, für die die Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung mit Schwierigkeiten verbunden ist.

87 Prozent der Pflegebedürftigen ohne Migrationshintergrund, die Leistungen ambulanter Pflegedienste nutzen, werden ausschließlich und weitere 11 Prozent überwiegend von Pflegekräften mit derselben Muttersprache gepflegt. 2 Prozent werden jeweils zur Hälfte von Pflegekräften mit derselben und einer anderen Muttersprache gepflegt. Auch dort, wo Nicht-Muttersprachler einbezogen sind, finden sich keine Hinweise auf gravierende Probleme.

Ambulante Pflegedienste

Nach Angaben der ambulanten Pflegedienste haben etwa 7 Prozent der betreuten Pflegebedürftigen einen Migrationshintergrund. Hierbei gibt jeder zweite Dienst an, gar keine Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund zu betreuen. 33 Prozent der Dienste, die Pflegebedürftige mit

Migrationshintergrund betreuen, können eine überwiegend muttersprachliche Pflege sicherstellen. 62 Prozent der ambulanten Dienste, die Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund betreuen, haben hingegen angegeben, dass diese Gruppe überwiegend durch Pflegekräfte betreut wird, die nicht deren Muttersprache sprechen. Da der weitaus größte Teil der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund jedoch bereits seit vielen Jahren und häufig als Spätaussiedler in Deutschland lebt, kann davon ausgegangen werden, dass der größere Teil von ihnen sich hinreichend gut in Deutsch verständigen kann.

11 Prozent der Pflegekräfte haben nach Angaben der ambulanten Pflegedienste einen Migrationshintergrund. Daher stellt sich die Frage nach einer muttersprachlichen Betreuung auch für Pflegebedürftige ohne Migrationshintergrund. Wenngleich 95 Prozent der Dienste angegeben haben, dass diese Gruppe überwiegend durch Pflegekräfte betreut wird, deren Muttersprache Deutsch ist oder die sehr gut Deutsch sprechen, so gibt es auf der anderen Seite auch 3 Prozent der ambulanten Pflegedienste, bei denen diese Gruppe überwiegend durch Pflegekräfte betreut wird, deren Muttersprache nicht Deutsch ist bzw. die nicht sehr gut Deutsch sprechen.

Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Rund 9 Prozent der Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen haben einen Migrationshintergrund. Für die Mehrheit von ihnen ist Deutsch ihre Muttersprache, so dass es mit dem deutschsprachigen Pflegepersonal keine Verständigungsschwierigkeiten gibt. Hierbei wird der größere Teil der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund durch eine Pflegekraft betreut, die denselben kulturellen bzw. religiösen Hintergrund hat. Die Daten weisen aber auch darauf hin, dass es – wenngleich wenige – Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund gibt, deren Deutschkenntnisse für eine umfassende Verständigung mit dem deutschsprachigen Pflegepersonal nicht ausreichen und die nicht mindestens durch eine Pflegekraft betreut werden, die ihre Muttersprache spricht. Diese Situation kann zu Missverständnissen führen und die Versorgung beeinträchtigen, und sie dürfte in der Regel für die pflegebedürftige Person belastend sein. Ziel sollte es sein, dass in allen vollstationären Pflegeeinrichtungen für die Pflegebedürftigen mindestens eine Pflegekraft zur Verfügung steht, die ihre Muttersprache spricht.

Pflegebedürftige, deren Muttersprache Deutsch ist, werden mehrheitlich und in der Regel durch mindestens eine Pflegekraft betreut, die dieselbe Muttersprache spricht. Bei einem kleineren Teil sind allerdings auch hin und wieder Pflegekräfte mit einer anderen Muttersprache tätig. Überwiegend sprechen diese Pflegekräfte so gut Deutsch, dass es keine Verständigungsprobleme gibt. Die Daten weisen allerdings darauf hin, dass es unter den Pflegekräften, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, einige wenige gibt, deren Deutschkenntnisse für eine problemlose Verständigung nicht ausreichen. Ziel sollte es sein, dass alle Pflegekräfte über gute Deutschkenntnisse

verfügen und bei Bedarf entsprechende Deutschkurse besuchen.

IV. Trägerübergreifendes Persönliches Budget

Im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes hat der Deutsche Bundestag in der 16. Legislaturperiode einen Entschließungsantrag für Modellprojekte zum trägerübergreifenden Persönlichen Budget (Bundestagsdrucksache 16/8525 Nummer 5, Bundesratsdrucksache 210/08) verabschiedet. In dem Entschließungsantrag fordert der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auf, dafür Sorge zu tragen, dass im Rahmen von Modellprojekten die Inanspruchnahme von Leistungen in Form eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets auch in der Pflegeversicherung unter Aufhebung der bisherigen Gutscheinelösung gemäß § 35a SGB XI, bei Gewährung der ambulanten Sachleistungsbeträge als Budgetleistung und auch bei nicht zugelassenen Einzelpflegekräften vertieft erprobt wird, wobei insbesondere zu prüfen ist,

- welche Personen aus dem Kreis der pflegebedürftigen Menschen als Budgetnehmer/-innen in Frage kommen und wie groß dieser Kreis ist,
- ob und wie sichergestellt werden kann, die finanzielle Belastung der Pflegeversicherung wirksam zu begrenzen,
- welche rechtlichen Auswirkungen einschließlich des Europarechts eine Änderung des geltenden § 35a SGB XI hätte.

Der GKV-Spitzenverband der Pflegekassen führt gemäß § 8 Absatz 3 SGB XI ein entsprechendes Modellprojekt „Budgets in der sozialen Pflegeversicherung“ durch. Das Projekt ist am 1. April 2010 gestartet. Das Projekt ist vorbehaltlich der Ergebnisse für einen Zeitraum von 4,5 Jahren geplant. Das Vorhaben beinhaltet vier Phasen. In der Phase 1 erfolgten sowohl eine Literaturrecherche als auch Experteninterviews zu Erfahrungen und Erkenntnissen zu Persönlichen Budgets im nationalen und internationalen Kontext. Resultierend aus den Ergebnissen der Phase 1 wurden im Anschluss in Phase 2 Strategien und Handlungsempfehlungen zur praktischen Implementierung von „Budgets in der sozialen Pflegeversicherung“ dargestellt. Der GKV-Spitzenverband der Pflegekassen hat die 1. und 2. Phase des Modellprojektes „Budgets in der sozialen Pflegeversicherung“ an das IGES Institut GmbH in Berlin vergeben. Ende April 2011 legte das IGES Institut einen Endbericht für Phase 1 und 2 vor.

V. Pflege im Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung

Ende 2010 hat die Bundesregierung das neue Rahmenprogramm Gesundheitsforschung gestartet, welches die Grundlage für die Forschungsförderung in den kommenden Jahren darstellt. Der Schwerpunkt liegt auf denjenigen Krankheiten, die besonders viele Menschen betreffen, den sogenannten Volkskrankheiten. Ferner stellt das

Regierungsprogramm folgende Aktionsfelder in den Mittelpunkt: Individualisierte Medizin, Präventions- und Ernährungsforschung, Versorgungsforschung, Gesundheitswirtschaft und Internationale Kooperation. Insbesondere in der Säule der Versorgungsforschung werden Projekte aus dem Bereich der Pflegeforschung gefördert.

Im Zuge des Rahmenprogramms Gesundheitsforschung gründet die Bundesregierung auch die Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung, um die universitäre und außer-universitäre Forschung zu einigen besonders bedeutsamen Volkskrankheiten zu bündeln und die Anwendung ihrer Ergebnisse zu beschleunigen. Das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) wurde im Jahr 2009 als erstes Deutsches Zentrum der Gesundheitsforschung gegründet. Ziel des DZNE ist die umfassende Aufklärung der Ursachen von neurodegenerativen Erkrankungen sowie die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen und innovativen Therapien. Das DZNE hat ein Kernzentrum in Bonn und deutschlandweit acht weitere Partnerstandorte.

Der DZNE-Standort Witten hat einen thematischen Schwerpunkt im Bereich der Versorgungsforschung bei Patienten mit Demenz. Ziel ist es, evidenzbasierte Versorgungsstrategien für demenzkranke Menschen zu entwickeln. Um das zu erreichen, arbeiten die drei Forschergruppen Versorgungsstrukturen, Versorgungsinterventionen sowie Wissenszirkulation und Implementierungsforschung interdisziplinär zusammen.

Dieser Forschungszweig ist unter Berücksichtigung des demografischen Wandels und den sich daraus ergebenden Kosten für das Gesundheitssystem von größter Bedeutung. In den Jahren 2009 und 2010 wurde der DZNE-Standort Witten, über die Förderung im Rahmen des Leuchtturmprojektes Demenz hinaus, mit ca. 1,98 Mio. Euro seitens des Bundes und mit ca. 0,22 Mio. Euro seitens des Landes Nordrhein-Westfalen nach dem 90 : 10 Finanzierungsschlüssel der Helmholtz-Zentren gefördert.

VI. 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 Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) die Pflegeforschung von 2004 bis 2006 mit 3,8 Mio. Euro gefördert. Zwischen 2007 und 2010 wurden für diesen Förderschwerpunkt erneut 6,7 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Damit werden drei Pflegeforschungsverbände unterstützt, die in rund elf unterschiedlichen Projekten Wissensgrundlagen zur Fundierung und Verbesserung des Pflegegeschehens schaffen und neue Pflegekonzepte empirisch im Versorgungsalltag überprüfen.

Auch in der Pflege sind Veränderungen und Fortschritt auf Forschung angewiesen. Neben herkömmlichem Erfahrungswissen sind wissenschaftlich abgesicherte Instrumente erforderlich, um den steigenden Ansprüchen der Pflegebedürftigen und den Anforderungen eines modernen Gesundheitssystems gerecht zu werden. Mit den Forschungsaktivitäten im Förderschwerpunkt werden zum einen Pflegekonzepte und -methoden erprobt, die eine bedarfsgerechte und angemessene pflegerische Versorgung zum bestmöglichen Nutzen für den Patienten gewährleisten. Zum anderen werden auch Vorzüge und Schwächen der Pflegeinfrastruktur in 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. Seit 2007 werden hier im Rahmen des Regierungsprogramms zur Gesundheitsforschung rund 32 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Damit werden sechs bundesweite Forschungsverbände mit einer Vielzahl an Partnern für insgesamt sechs Jahre unterstützt. Im Mittelpunkt der rund 30 Einzelprojekte stehen dabei geriatrische und pharmakologische Aspekte bei Mehrfacherkrankungen von älteren Menschen sowie die Erprobung von präventiven und pflegerischen Maßnahmen zur Stärkung von Gesundheit und Autonomie im Alter.

3. Forschungsschwerpunkt „Versorgungsnaher Forschung – Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“

Kranken- und Altenpflege sind wesentliche Bestandteile des deutschen Versorgungssystems. Für dessen Weiterentwicklung leistet die Versorgungsforschung einen wichtigen Beitrag. Versorgungsbezogene Forschungsansätze fördert das BMBF seit 2006 auch gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Bund, den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen auf Bundesebene und dem Verband der privaten Krankenversicherung. Das Leitthema ist „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“. 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 und Angehörige dazu einen wesentlichen Beitrag. Im Jahr 2009 wurde eine zweite Förderrunde ausgeschrieben, so dass knapp 21 Mio. Euro für insgesamt sechs Jahre für nunmehr 75 Projekte zur Verfügung stehen.

4. **Forschung zu Pflege und Versorgung in den Kompetenznetzen**

In den 17 Kompetenznetzen in der Medizin, die durch das BMBF seit 1999 gefördert werden, 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 13 Prozent 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“.

VII. **Weitere Projekte der Bundesregierung zur Verbesserung von Pflege und Lebensqualität für Menschen mit Demenz**

Die Unterstützung der Arbeit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, die pflegende Angehörige informiert, berät und damit zur Entlastung pflegender Angehöriger beiträgt, wurde und wird fortgeführt. Insbesondere zu nennen sind:

- das Alzheimer Telefon als Hilfe-Hotline für Angehörige und Betroffene (seit 2002),
- das Handbuch zur zielgruppenspezifischen Sensibilisierung und Schulung verschiedener Bevölkerungsgruppen einer Kommune (Polizei, Feuerwehr, Banken, Einzelhandel usw.) zum Umgang mit demenziell erkrankten Mitbürgern,
- das im Anschluss an den „Schülerwettbewerb Alzheimer & You“ erstellte Manual zur nachhaltigen Wissensvermittlung im schulischen Unterricht.

Diese Maßnahmen tragen nachweislich zur Sensibilisierung und zum Abbau von Berührungspunkten bei.

Folgende, im letzten Berichtszeitraum begonnene Forschungs- und Praxisprojekte wurden fortgeführt bzw. abgeschlossen und neue Projekte begonnen.

Abgeschlossen wurden:

- Bereitstellung und Implementierung eines wissenschaftlich basierten Instrumentariums (H.I.L.DE) zur Erfassung von Lebensqualität demenzkranker Menschen auch in späten Stadien der Erkrankung.
- Entwicklung, Erprobung und Implementierung eines Qualitätssicherungssystems für stationäre Einrichtungen mit spezialisierter Demenztbetreuung (IQM Demenz).
- Entwicklung eines Instruments zur Erfassung der Belastung pflegender Angehöriger sowie zur Evaluierung von Entlastungsangeboten (LEANDER).
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz: Entwicklung von bundesweit anerkannten Kriterien zur Gewährleistung von Bewohnerschutz und Qualität.
- Transfer von Projektergebnissen zur Reduzierung von Fixierungen in Heimen „ReduFix Praxis.“ Über Multiplikatorenschulungen des Pflegepersonals stationärer Einrichtungen entstanden regionale Kompetenznetzwerke mit der Zielsetzung eines bundesweiten lernenden Netzwerks.
- 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).

Demenzkrankungen sind eines der wichtigsten gesundheits- und gesellschaftspolitischen Themen der Zukunft. Deshalb hat das BMFSFJ im Jahr 2009 die Initiative „Wissens- und Hilfenetzwerk im Umgang Demenz“ mit folgenden Elementen gestartet:

- Internetportal Wegweiser Demenz (www.wegweiser-demenz.de) bietet für verschiedene Nutzergruppen leicht verständliche Informationen zur Krankheit, zu Hilfe- und Betreuungsangeboten sowie zu Ansprechpartnern und fördert über Foren und einen Weblog den interaktiven Austausch. Kernstück ist die Adressdatenbank „Hilfe in meiner Nähe“
- Kooperation zwischen regionalen Alzheimer Gesellschaften und Mehrgenerationenhäusern (MGH) mit dem Ziel der Erweiterung der Angebot der MGH als generationenübergreifende Begegnungsstätte für Demenzkranke und ihre Angehörigen.
- Überprüfung und Weiterentwicklung von Maßnahmen zur Entlastung und Unterstützung pflegender Angehöriger unter Einbeziehung der Erfahrungen anderer Länder. Die Schwerpunkte liegen auf Prävention und Früherkennung von Konfliktpotenzialen (PURFAM: Potenziale und Risiken in der familialen Pflege demenzkranker Menschen).
- Initiierung einer Allianz für Menschen mit Demenz, die zur Verbesserung der Lebenssituation Erkrankter

und ihrer pflegenden Angehörigen gemeinsam Verantwortung übernehmen, Verantwortliche zusammenführen, die Krankheit weiter erforschen und den Umgang mit ihr enttabuisieren will.

Zudem werden weitere Modellprojekte mit Schwerpunkt Demenz gefördert wie:

- Entwicklung eines Leitfadens zur Erfassung von palliativen Bedürfnissen von Menschen mit Demenz, ihrer Angehörigen und des Pflegepersonals (erster Schritt: Erfassung von Bedürfnissen schwerstkranker und sterbender Menschen in Heimen bereits abgeschlossen).

- Einrichtung und Evaluierung von „Kompetenzzentren für gehörlose Menschen im Alter – insbesondere für Menschen mit Demenz.

- Unterstützung modellhafter, stadtteilorientierter, in Alltagsgestaltung und Überschaubarkeit besonders an der Situation Demenzkranker orientierter Wohnangebote durch Baukostenzuschüsse für Pflege-Wohngemeinschaften und für den Umbau stationärer Einrichtungen.

Hinzu kommt eine Vielzahl von Initiativen und Projekten vor allem von Ländern, Stiftungen und vom GKV-Spitzenverband.

Übersicht über den Anhang

| | Seite |
|--|-------|
| Anhang 1: Übersicht zum Stand der Einrichtung von Pflegestützpunkten in den Ländern nach § 92c des Elften Buches Sozialgesetzbuch | 69 |
| Anhang 2: Übersicht über die inhaltlichen Schwerpunkte der Investitionsprogramme der Länder nach Artikel 52 PflegeVG | 75 |

Anhang 1**Übersicht zum Stand der Einrichtung von Pflegestützpunkten in den Ländern nach § 92c des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

Die nachfolgenden Angaben beruhen auf Mitteilungen aus den zuständigen Ministerien der Länder.

Baden-Württemberg

„In Baden-Württemberg sind 48 Pflegestützpunkte, in 42 von 44 Stadt- und Landkreisen, errichtet. Die jeweiligen Pflegestützpunkte werden durch einen kommunalen Träger als geschäftsführender Träger und allen Pflege- und Krankenkassen als weitere Träger gemeinsam getragen. Die personelle Ausstattung der baden-württembergischen Pflegestützpunkte ist von den Trägern des Pflegestützpunktes so zu bemessen, dass eine durchgängige personelle Präsenz mindestens einer Fachkraft, feste Öffnungszeiten von Montag bis Freitag und in begründeten Fällen aufsuchende Beratung und andere hilfebezogene Aufgaben im Vor- und Umfeld der Pflege geleistet werden können. Die hohen Anforderungen an die in den baden-württembergischen Pflegestützpunkten tätigen Personen erfordern qualifiziertes Personal. Dies setzt eine fachspezifische Qualifikation voraus, beispielsweise durch ein abgeschlossenes Studium (z. B. Sozialpädagogik, Sozialarbeit) oder eine abgeschlossene Berufsausbildung als Pflegefachkraft oder als Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialversicherungsfachangestellter mit der jeweiligen Zusatzqualifikation. Fehlende Qualitätsanforderungen sind entsprechend den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Absatz 3 Satz 3 SGB XI zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29. August 2008 von den Pflegestützpunktmitarbeiterinnen und Pflegestützpunktmitarbeitern zu erfüllen. Ferner haben die Träger der Pflegestützpunkte sicherzustellen, dass die im Pflegestützpunkt tätigen Personen ihre Kenntnisse durch geeignete Weiterbildungsmaßnahmen vertiefen können. Da die überwiegende Zahl der baden-württembergischen Pflegestützpunkte im Jahr 2010 ihren Betrieb aufgenommen haben, können zum jetzigen Zeitpunkt noch keine aussagefähigen Angaben zur Anzahl der Beratungen bzw. zur Auslastung der Pflegestützpunkte getroffen werden. Die Landesverbände der Pflege- und Krankenkassen haben mit den Kommunalen Landesverbänden vereinbart, dass die Frage der Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte hin zu einem sukzessi-

ven Aufbau eines flächendeckenden Netzes erst nach Abschluss der im Jahr 2011 begonnenen zweijährigen wissenschaftlichen Evaluation beantwortet werden kann.“

Bayern

„Zum Stichtag 31. Dezember 2010 gab es in Bayern zwei Pflegestützpunkte: Neben dem Modell-Pflegestützpunkt in Nürnberg wurde am 17. Dezember 2010 ein Pflegestützpunkt in Coburg offiziell eröffnet. Ab Juli 2011: Pflegestützpunkt Neuburg-Schrobenhausen (Geriatrizentrum Neuburg) Neuburg.“

Angaben zum Pflegestützpunkt Coburg*Trägerschaft*

Kranken- und Pflegekassen, Stadt Coburg, Landkreis Coburg

Zahl der eingesetzten Beratungskräfte im Pflegestützpunkt und deren Qualifikation

0,4 Mitarbeiterin der AOK Bayern: Sozialversicherungsfachangestellte, Pflegeberaterin

0,6 Mitarbeiterin des MdK Bayern für die anderen Kranken- und Pflegekassen: Intensiv-Krankenschwester, Pflegeberaterin

0,8 Mitarbeiterin der Stadt Coburg: Sozialversicherungsfachangestellte, Verwaltungsfachangestellte (frühere Geschäftsführerin der BKK der Stadt Coburg)

0,2 Mitarbeiter des Landkreises Coburg: Verwaltungsbeamter gehobener Dienst

Anzahl der Beratungen zum Stichtag 31. Dezember 2010

30

Auslastung

Der Pflegestützpunkt Coburg ist zunächst montags bis freitags halbtags besetzt und wird bedarfsgerecht nach und nach bis hin zur Ganztagesbesetzung ausgebaut werden.

Angaben zum Pflegestützpunkt Nürnberg*Trägerschaft*

Von Juli 2008 bis Dezember 2010 Pilot-Pflegestützpunkt bei zapf in Trägerschaft der Nürnberger Pflegeleistungsanbieter, Kooperationspartner Stadt Nürnberg, Bezirk Mittelfranken, AOK Bayern, Praxisnetz Nürnberg-Süd und Klinikum Nürnberg. Ab 3. Januar 2011 Regel-Pflegestützpunkt.

Zahl der eingesetzten Beratungskräfte im Pflegestützpunkt und deren Qualifikation

Vier Beratungskräfte bei zapf (in Teilzeit, insgesamt 2,2 Vollzeit-Stellen):

Betriebswirtin/Heimleitung Altenpflege, Sozialpädagogin, Pflegefachkraft, Verwaltungsinspektorin AOK

Anzahl der Beratungen zum Stichtag 31. Dezember 2010

2650

Auslastung

Auslastung an der Kapazitätsgrenze, Kooperation mit Fachberatungsstellen, Hausbesuche nur eingeschränkt möglich.“

Berlin

„Anfang Mai 2009 wurde zwischen den Landesverbänden der Pflege- und Krankenkassen und dem Land Berlin ein Landesrahmenvertrag gemäß § 92c Absatz 8 SGB XI zur Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte abgeschlossen.

Der Landesrahmenvertrag regelt für alle Pflegestützpunkte in Berlin die Ausgestaltung der gemeinsamen Trägerschaft durch die Pflege- und Krankenkassen und durch das Land. Er schafft damit die Grundlage für eine Beteiligung des Landes und regelt in diesem Zusammenhang die Integration der Berliner Koordinierungsstellen Rund ums Alter in die Pflegestützpunkte. Angesichts der umfassenden Aufgaben der Pflegestützpunkte gemäß § 92c Absatz 1 SGB XI sind grundsätzliche Vereinbarungen über die Aufgabenerfüllung der Vertragspartner aber auch Regelungen über eine Aufgabenabgrenzung unter den Vertragspartnern und zur inneren Organisationsstruktur getroffen worden. Zur gleichmäßigen Entwicklung der Pflegestützpunkte im Land Berlin haben sich die Vertragspartner in dem Vertrag auf die Bildung eines gemeinsamen Steuerungsgremiums und eines Fachbeirates verständigt. Ferner haben sich die Vertragspartner auf eine Finanzierung der Pflegestützpunkte geeinigt.

Seit dem Sommer 2009 arbeiten zunächst 26 Pflegestützpunkte, verteilt auf alle Berliner Bezirke. Zwölf ehemalige „Koordinierungsstellen Rund ums Alter“ wurden zu Pflegestützpunkten und 14 Pflegestützpunkte wurden von

den Pflege- und Krankenkassen neu errichtet. In den ehemaligen „Koordinierungsstellen Rund ums Alter“ sind ausnahmslos Diplom-Sozialpädagoginnen und -pädagogen beschäftigt, die teilweise über Zusatzqualifikationen (hier insbesondere: Casemanagement-Ausbildung) verfügen. Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung der Ratsuchenden durch Pflegeberaterinnen und Pflegeberater entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter mit den jeweils erforderlichen Zusatzqualifikationen. Die Sicherstellung der Erfüllung der Qualifikationsanforderungen des Personals bis 30. Juni 2011 hat die jeweils entsendende Pflege- und Krankenkasse übernommen. Bis Ende 2011 soll die Zahl der Pflegestützpunkte auf 36 erweitert werden.

Eine zuverlässige Aussage zur Höhe der Beratungen kann bisher nicht getroffen werden, da es auch im Land Berlin noch keine Klarheit zum Begriff Beratung gibt. Über die Frage, ob es tatsächlich zu einer Erweiterung der bisherigen Anzahl der Pflegestützpunkte kommen wird oder ob es nicht sinnvoller ist, einer qualitativen Weiterentwicklung der vorhandenen Pflegestützpunkte den Vorrang zu geben, wird zur Zeit diskutiert. Eine Entscheidung in dieser Frage wird es jedoch frühestens nach einer Evaluation geben.“

Brandenburg

„Zur Qualifikation der in den Pflegestützpunkten eingesetzten Beratungskräfte können keine abschließenden Angaben getroffen werden. Die bei den Pflegekassen beschäftigten Pflegeberaterinnen und Pflegeberater verfügen über die erforderliche fachliche Qualifikation, beispielsweise durch ein abgeschlossenes Studium (z. B. Sozialpädagogik, Sozialarbeit) oder eine abgeschlossene Berufsausbildung als Pflegefachkraft oder als Sozialversicherungsfachangestellte/r mit der jeweiligen Zusatzqualifikation. Die Anforderungen nach den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Absatz 3 Satz 3 SGB XI zur Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29. August 2008 werden erfüllt.“

| Lfd. Nr. | Stand des Pflegestützpunktes | Pflegestützpunkt offiziell eröffnet | Beratungskräfte laut Konzeption |
|----------|------------------------------|-------------------------------------|--|
| 1 | Neuruppin | 18.05.2009 | 1,0 Vollzeitkraft (VK) Kordinatorin 1,0 VK Pflegeberaterin |
| 2 | Erkner | 03.07.2009 | 1,0 VK Kordinatorin 1,0 VK Pflegeberaterin |
| 3 | Eisenhüttenstadt | 31.07.2009 | 1,0 VK Kordinatorin 1,0 VK Pflegeberaterin |
| 4 | Werder | 23.09.2009 | 1,0 VK Sozialarbeiterin 1,0 VK Pflegeberaterin |
| 5 | Lübben | 23.10.2009 | 1,0 VK Sozialarbeiterin 1,0 VK Pflegeberaterin |

noch Brandenburg

| Lfd. Nr. | Stand des Pflegestützpunktes | Pflegestützpunkt offiziell eröffnet | Beratungskräfte laut Konzeption |
|----------|------------------------------|-------------------------------------|---|
| 6 | Schwedt | 04.11.2009 | 0,5 VK Sozialarbeiterin 0,75 VK Büroassistentin 1,0 VK Pflegeberaterin |
| 7 | Oranienburg | 08.12.2009 | 0,75 VK Sozialarbeiterin 0,75 VK Pflegeberaterin |
| 8 | Senftenberg | 08.01.2010 | 0,75 VK Sozialarbeiterin 1,0 VK Pflegeberaterin |
| 9 | Potsdam | 14.01.2010 | 1,0 VK Sozialarbeiterin 1,0 VK Pflegeberaterin |
| 10 | Luckenwalde | 05.02.2010 | 1,0 VK Sozialarbeiterin 1,0 VK Pflegeberaterin |
| 11 | Cottbus | 10.02.2010 | 1 x 0,85 VK Sozialarbeiterin 1 x 0,73 VK Sozialarbeiterin 2 x 0,85 VK Pflegeberaterin |
| 12 | Forst | 01.03.2010 | 0,83 VK Sozialarbeiterin 1,66 VK Pflegeberaterin |
| 13 | Herzberg | 26.03.2010 | 0,75 VK Sozialarbeiterin 1,0 VK Pflegeberaterin |
| 14 | Eberswalde | 12.04.2010 | 4 x 0,25 VK Sozialarbeiterin 1,0 VK Pflegeberaterin |
| 15 | Brandenburg | 31.05.2010 | 1,0 VK Sozialarbeiterin 1,0 VK Pflegeberaterin |
| 16 | Perleberg | 30.07.2010 | 0,75 VK Sozialarbeiterin 0,75 VK Pflegeberaterin |

Bremen

„Es gibt drei Pflegestützpunkte im Land Bremen in gemeinsamer Trägerschaft der Kranken- und Pflegekassen, des Landes Bremen und der beiden Städte Bremen und Bremerhaven. In jedem Pflegestützpunkt werden zwei

Beratungskräfte eingesetzt, jeweils eine Person für Kassen und Sozialbehörden, plus Vertretungen nach Bedarf. Im Jahr 2010 gab es insgesamt 5 700 Beratungen in den drei Pflegestützpunkten. Die drei Pflegestützpunkte sind damit nicht voll ausgelastet.“

Hamburg

Pflegestützpunkte in Hamburg
– Stand der Errichtung zum 31. Dezember 2010 –

| Anzahl Pflegestützpunkte | Trägerschaft | Zahl der eingesetzten Betreuungskräfte | Qualifikation | Anzahl der Beratungen |
|--------------------------|---|--|--|-----------------------|
| 9** | Gemeinsame Trägerschaft der GKV und der Stadt Hamburg | 32 | Sozialversicherungsfachangestellte, Pflegefachkräfte, Diplom-Sozialpädagogen, Diplom- Sozialarbeiter Diplom-Gesundheitswirte, Diplom- Pflegewirte | 8.021* |

* Zahl der Erstkontakte, nicht Beratungen

** Davon ein Spezialpflegestützpunkt für Kinder und Jugendliche
(Quelle: Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg)

Hessen

„Die Landesregierung hat mit der Allgemeinverfügung vom 8. Dezember 2008 die Bestimmung über die Einrichtung von Pflegestützpunkten nach § 92c Absatz 1 Satz 1 SGB XI getroffen. Es ist demnach zunächst ein Pflegestützpunkt in jeder Gebietskörperschaft (Landkreis oder kreisfreien Stadt) einzurichten. Dies erfordert die Einrichtung von mindestens 26 Pflegestützpunkten in Hessen. Die Umsetzung der Allgemeinverfügung erfolgt unter der Federführung der Pflegekassen und Krankenkassen mit Beteiligung der Kommunen. Hierzu wurde der Rahmenvertrag für die Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte am 1. Mai 2009 zwischen den Landesverbänden der Pflege- und Krankenkassen und den Kommunalen Spitzenverbänden abgeschlossen. [...] [Die erforderliche Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter richtet sich nach dem quantitativen und qualitativen Bedarf der Beratungs- und Unterstützungstätigkeiten in den Pflegestützpunkten. In der Aufbauphase beläuft sich die Personalgrundausstattung auf max. 2 Vollzeitstellen, paritätisch besetzt durch die Mitarbeiter der Kassen und Mitarbeiter der Träger der Sozialhilfe.]¹

Auf der Grundlage der Vorgaben des Rahmenvertrags werden die Pflegestützpunkte in den einzelnen Gebietskörperschaften (Landkreise und kreisfreie Städte) vereinbart. Die Träger der Pflegestützpunkte sind immer die Landesverbände der Pflegekassen in Hessen und die jeweils örtlichen Sozialhilfeträger. Bis zum 31. Dezember 2011 haben 13 Pflegestützpunkte in Hessen ihren Betrieb aufgenommen. Zur Anzahl der Beratungen und Auslastung der Pflegestützpunkte liegen keine detaillierten Angaben vor. Dies wird erst mit der Stellungnahme zum Sechsten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung möglich sein.

[...] Die Landesregierung unterstützt die Arbeit der Pflegestützpunkte durch die Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte. Nach einem Ausschreibungsverfahren wurde im Dezember 2009 dem Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK) an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität der Zuschlag erteilt. Die wissenschaftliche Begleitung umfasst ein Finanzvermögen in Höhe von 352 563 Euro und einen Zeitraum von Dezember 2009 bis Ende Februar 2012 (Abschlussbericht).“

Mecklenburg-Vorpommern

„Nach der Allgemeinverfügung des Ministeriums für Soziales und Gesundheit vom 11. August 2010 waren bis zum 31. März 2011 in jedem Landkreis und in jeder kreisfreien Stadt mindestens ein Pflegestützpunkt nach § 92c SGB XI zu errichten, wobei die Pflegekassen auf eine Beteiligung der Landkreise und kreisfreien Städte hinwirken sollten. Bis zum Stichtag 31. Dezember 2010 war aber noch kein Pflegestützpunkt im Land Mecklenburg-Vorpommern errichtet. Die Beteiligung eines Landkreises

oder einer kreisfreien Stadt an einem Pflegestützpunkt (bis August 2011 wurden drei Pflegestützpunkte errichtet) wird vom Land nach Maßgabe der Finanzzuweisungsverordnung vom 11. November 2010 gefördert.“

Niedersachsen

„In Niedersachsen waren am Stichtag 31. Dezember 2010 20 Pflegestützpunkte errichtet.

Durch den niedersächsischen Weg befinden sich sämtliche Pflegestützpunkte in gemeinsamer Trägerschaft der Kommunalen Gebietskörperschaften und der Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen. Die Ansiedlung der Pflegestützpunkte erfolgt wettbewerbsneutral in den Räumlichkeiten der jeweiligen kommunalen Gebietskörperschaft.

Insgesamt verfügten die niedersächsischen Pflegestützpunkte am 31. Dezember 2010 über 56 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Überwiegend setzten die Pflegestützpunkte Diplom-Sozialarbeiterinnen und -Sozialarbeiter, Diplom-Sozialpädagoginnen und Diplom-Sozialpädagogen oder Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen zur Beratung ein (31 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter). Unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern befindet sich auch examiniertes Pflegepersonal (elf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Krankenschwestern und Krankenschwester/Altenpfleger) oder Verwaltungsfachkräfte (zehn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) mit Weiterbildung/Qualifikation zur Pflegeberatung/Sozialberatung, drei Gerontologen und eine Gesundheitswissenschaftlerin sowie Kombinationen aus den genannten Berufen.

Aussagen zu der Beratungsdichte sind im ersten Jahr der niedersächsischen Pflegestützpunkte nur bedingt möglich. Die Stützpunkte eröffneten im Laufe des Jahres 2010 nach und nach, teilweise erst im Dezember 2010. Auch die Öffentlichkeitsarbeit konnte daher nur allmählich einsetzen. Darüber hinaus ist die Zählweise der Beratungen und der Kontakte noch nicht vereinheitlicht.

Die Gesamtzahl der mitgeteilten Beratungen liegt unter diesen Voraussetzungen für das Jahr 2010 bei insgesamt 10 758 Beratungen durch die Pflegestützpunkte.

Die Frage zur Auslastung kann nicht global beantwortet werden, da die Bandbreite der Beratungsleistung stark differiert: Von drei Beratungen (für einen Monat) bis zu 2 800 Kontakten (für zehn Monate). Insofern ergibt sich ein überaus heterogenes Bild in den einzelnen Berichten. Je intensiver der Pflegestützpunkt die Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit betreibt, desto häufiger ist eine Inanspruchnahme von Beratungen zu verzeichnen.

Es fehlen hierbei noch die Jahresberichte der Landkreise Cuxhaven, Osterode und Salzgitter; daher beziehen sich die Angaben auf 17 Rückmeldungen der bis zum 31. Dezember tätigen Pflegestützpunkte in Niedersachsen.“

Nordrhein-Westfalen

„Zur Errichtung von Pflegestützpunkten ist eine Rahmenvereinbarung zwischen Land, Pflegekassen und den Kom-

¹ § 7 Absatz 1 des Rahmenvertrags für die Arbeit und Finanzierung der Pflegestützpunkte im Lande Hessen

munalen Spitzenverbänden im Frühjahr 2009 geschlossen worden.

Die Pflegestützpunkte werden aktuell evaluiert. Eine Darstellung und Bewertung der Pflegestützpunkte wird nach Vorliegen der Ergebnisse möglich sein.“

Rheinland-Pfalz

„Pflegestützpunkte mit integrierter Pflegeberatung sind wichtige Ansätze, um pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen umfassend zu helfen und den Grundsatz „ambulant vor stationär“ umzusetzen. Sie sind ein wesentlicher Bestandteil des örtlichen Beratungssettings.

In Rheinland-Pfalz wurden zum 1. Januar 2009 135 Pflegestützpunkte eingerichtet. Träger der Pflegestützpunkte sind die Pflegekassen und Krankenkassen (Kostenträgergruppe) und die nach Landesrecht bestimmten Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und für die Gewährung der Hilfe zur Pflege nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (Kostenträgergruppe). In Rheinland-Pfalz sind die nach Landesrecht bestimmten Stellen die Landkreise und kreisfreien Städte und das Land.

Die 135 Pflegestützpunkte wurden auf der Grundlage der Verträge wohnortnah – für durchschnittlich 1 : 30 000 Einwohnerinnen und Einwohner – eingerichtet und mit insgesamt bis zu 202,5 Vollzeitstellen ausgestattet. Die Fachkräfte verfügen über eine entsprechende Qualifikation als Altenpflegerin oder Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialversicherungsfachangestellter oder haben ein Studium der Sozialen Arbeit abgeschlossen.

Da der Begriff der „Beratungen“ durchaus unterschiedlich interpretiert werden kann und ggf. nicht die gleichen Sachverhalte abbildet, sehen wir vorerst von einer Meldung dieser Zahl ab.“

Saarland

„Träger der Pflegestützpunkte sind der jeweilige Gemeindeverband und die im Saarland vertretenen Kranken- und Pflegekassen. Es erfolgt eine Drittelfinanzierung von Land, Gemeindeverbände sowie Kranken- und Pflegekassen.“

Pflegestützpunkte im Saarland

| Lfd. Nr. | Pflegestützpunkt | Anzahl der Beratungskräfte | Mitarbeiter nach Qualifikationen |
|----------|--|----------------------------|---|
| 1 | Saarbrücken (Regionalverband Saarbrücken) | 3,5 | 2 Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter 2 Pflegefachkräfte |
| 2 | Völklingen (Regionalverband Saarbrücken) | 3 | 1 Sozialversicherungsfachangestellter 1 Sozialarbeiterin 1 Pflegefachkraft |
| 3 | Sulzbach (Regionalverband Saarbrücken) | 3 | 1 Pflegefachkraft 1 Sozialpädagogin 1 Sozialarbeiterin |
| 4 | Merzig (Landkreis Merzig-Wadern) | 3 | 2 Sozialversicherungsfachangestellte 1 Sozialpädagogin |
| 5 | Neunkirchen (Landkreis Neunkirchen) | 4,5 | 2 Pflegefachkräfte 1 Pädagogin 2 Sozialversicherungsfachangestellte |
| 6 | Saarlouis (Landkreis Saarlouis) | 6 | 2 Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter 1 Krankenkassenfachwirtin 4 Pflegefachkräfte |
| 7 | Homburg (Saarpfalz-Kreis) | 5 | 4 Pflegefachkräfte 1 Sozialpädagogin 1 Pädagogin |
| 8 | St. Wendel (Landkreis St. Wendel) | 4 | 2 Pflegefachkräfte 2 Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen |

(Quelle: Ministerium für Arbeit, Familie, Prävention, Soziales und Sport, Saarland)

Schleswig-Holstein**Pflegestützpunkte in Schleswig-Holstein
– Stand der Errichtung zum 31. Dezember 2010**

| | |
|---------------------------------------|---|
| Anzahl | 10 |
| Trägerschaft | alle in gemeinsamer Trägerschaft der Pflege- und Krankenkassen und des jeweiligen Kreises bzw. der kreisfreien Stadt |
| Zahl der eingesetzten Beratungskräfte | insgesamt 23, mindestens 2 je Pflegestützpunkt (Voll- und Teilzeitkräfte) |
| Qualifikation der Beratungskräfte | Pflegefachkraft, Diplom-Sozialpädagogin und Diplom-Sozialpädagoge, Diplom-Sozialarbeiterin und Diplom-Sozialarbeiter, Pflegewissenschaftlerin und Pflegewissenschaftler mit dem Abschluss Bachelor of Arts (B.A.), Ärztin und oder Arzt, Psychologin und Psychologe |
| Anzahl der Beratungen | rund 8.000* (die Zahl der Kontakte ist etwa viermal so hoch) |
| Auslastung | Nach den Angaben sind die Pflegestützpunkte voll ausgelastet, teilweise auch überlastet |

* Zwei Pflegestützpunkte haben erst im Laufe des Jahres (zum 1. Juli und 1. September 2009 ihre Arbeit aufgenommen)
(Quelle: Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit, Schleswig-Holstein)

Thüringen

„Mit Ausnahme eines Modell-Stützpunktes – ohne Beteiligung der Pflegekassen – war in Thüringen zum Stichtag 31. Dezember 2010 kein Pflegestützpunkt im Sinne des § 92c SGB XI in Betrieb.“

Anhang 2

Übersicht über die inhaltlichen Schwerpunkte der Investitionsprogramme der Länder nach Artikel 52 PflegeVG

Berlin

Auf Berlin (Ost) entfallen 53 Einzelprojekte mit einem Investitionsvolumen von rund 406 Mio. Euro, womit insgesamt 5 976 vollstationäre Pflegeplätze, 84 teilstationäre Pflegeplätze und 80 Kurzzeitpflegeplätze errichtet wurden. Alle 53 Projekte sind bauseitig fertig gestellt und in Betrieb, für 51 Projekte liegen geprüfte Verwendungsnachweise vor.

Mit Schreiben vom 13. Mai 2009 wurden von Berlin Bundesmitteln in Höhe von 268 831 439,18 Euro abgerechnet.

Bei der Umsetzung des Programms wurde nach Angaben des Landes dem Umbau und der Modernisierung bestehender Einrichtungen Vorrang vor neu zu errichtenden Pflegeeinrichtungen eingeräumt, denn anders als in den Flächenländern war die Frage geeigneter, verfügbarer und lastenfreier Grundstücke für Neubauten im Land Berlin wesentlich schwieriger zu lösen.

Neben der geringen Verfügbarkeit geeigneter Grundstücke für Neubauten im Land Berlin waren die Kosten für eine Sanierung vorhandener Einrichtungen deutlich geringer als für Neubauten, so dass für mehr pflegebedürftige Bewohner bezahlbare, auch den Sozialhilfeträger entlastende Plätze eingerichtet werden konnten. Die Stabilisierung der zwischenzeitlich erreichten Trägervielfalt im Land Berlin war ein weiterer Grund, vorrangig den Bestand der Pflegeeinrichtungen zu erhalten und zu entwickeln.

Die Nachfrage der nach Artikel 52 PflegeVG geförderten Einrichtungen ist im Durchschnitt deutlich besser als bei allen anderen Pflegeeinrichtungen in Berlin. Dies wird deutlich am Anteil der Artikel 52 PflegeVG-Einrichtungen, der am Stichtag 15. Dezember 2005 eine Auslastung von 100 Prozent erreichte.

Während nach Landesangaben im Landesdurchschnitt 20 Prozent aller Einrichtungen eine Vollbelegung von 100 Prozent am Erfassungstichtag erreichten, waren es bei den Artikel 52 PflegeVG-Einrichtungen doppelt so viele, nämlich rund 40 Prozent.

Brandenburg

Auf Brandenburg entfallen 180 Einzelprojekte mit einem Gesamtinvestitionsvolumen von rund 679,6 Mio. Euro, womit 9 033 vollstationäre Pflegeplätze, 732 teilstationäre Pflegeplätze und 484 Kurzzeitpflegeplätze errichtet wurden. Alle 180 Projekte sind bauseitig fertig gestellt und in Betrieb. Zum 19. Februar 2009 hat Brandenburg die Verwendungsnachweisprüfung für alle Projekte abgeschlossen.

Mit Schreiben vom 13. Mai 2009 wurden von Brandenburg Bundesmittel in Höhe von 497 831 146,44 Euro abgerechnet.

In Brandenburg wurde die Zielstellung auf die teilstationäre und vollstationäre Versorgung der Bevölkerung beschränkt. Wesentliche landesspezifische Zielstellungen der Förderung waren:

- Bereitstellung eines bedarfsgerechten Angebots an teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen unter Berücksichtigung des Vorrangs der ambulanten Pflege,
- Schaffung einer ortsnahen und wirtschaftlichen Versorgungsstruktur,
- Trägervielfalt und ein ausgewogenes Verhältnis von gemeinnützigen und privaten Trägern und
- Schaffung vernetzter Betreuungsangebote durch eine zusätzliche Landesförderung von betreutem Wohnen im Heim. Nach Angaben des Landes wurde darauf geachtet, dass zu fördernde Einrichtungen ihren Standort in der Ortsmitte haben sollen statt in einer Randlage „auf der grünen Wiese“. Festgelegt wurde, dass Einrichtungen in der Regel 60 bis 120 Pflegeplätze vorhalten sollen und kleinere Heime nur im Verbundsystem eines Trägers förderbar sind.

Des Weiteren wurden die über die Heimmindestbauverordnung hinausgehende Standards zum Neu- und Umbau von Pflegeheimen im Land Brandenburg angewendet:

- Fläche von Einbettzimmern 16 m², von Zweibettzimmern 26 m²,
- Ausstattung der Bewohnerzimmer mit Sanitärzelle,
- Gemeinschaftsräume ca. 3,2 m² pro Bewohnerin und Bewohner,
- Einbettzimmer für mindestens 50 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner,
- Keine Mehrbettzimmer ab 3 Personen.

Mecklenburg-Vorpommern

Auf Mecklenburg-Vorpommern entfallen 127 Einzelprojekte mit einem Investitionsvolumen von rund 530 Mio. Euro, womit 7 331 vollstationäre Pflegeplätze, 261 teilstationäre Pflegeplätze und 25 Kurzzeitpflegeplätze errichtet wurden. Alle 127 bewilligten Projekte sind in Betrieb, für 122 Projekte liegen geprüfte Verwendungsnachweise vor.

Mit Schreiben vom 6. Dezember 2010 wurden Bundesmittel in Höhe von 385 200 199,62 Euro abgerechnet.

Für Mecklenburg-Vorpommern wurde in der Richtlinie zur Vergabe von Landesmitteln für die Sanierung sowie Neu-, Um- und Erweiterungsbauten von Einrichtungen der Altenhilfe festgelegt, dass mindestens 75 Prozent der zuwendungsfähigen Ausgaben aus Bundesmitteln und 20 Prozent aus Landesmitteln als öffentliche Förderung gewährt werden. 5 Prozent waren durch die Gemeinden oder Gemeindeverbände bereit zu stellen. Bei der Erstellung des Investitionsprogramms gemäß Artikel 52 PflegeVG für Mecklenburg-Vorpommern fanden nach Angaben des Landes unter anderem folgende allgemeine Vorgaben des SGB XI vorrangig Beachtung.

Pflegeeinrichtungen sollen die Pflegebedürftigen entsprechend dem allgemeinen anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnis pflegen, versorgen und betreuen (§ 11 Absatz 1 SGB XI).

Der Vielfalt der Träger von Pflegeeinrichtungen ist Rechnung zu tragen, auf deren Selbständigkeit, Selbstverständnis und Unabhängigkeit ist zu achten. Freigemeinnützige und private Träger haben Vorrang gegenüber öffentlichen Trägern (§ 11 Absatz 2 SGB XI).

Weiterhin wurde bei der Pflegeplanung verstärkt Wert gelegt auf:

- die Schaffung einer gemeindenahen, ortsnahen Versorgungsstruktur,
- die Schaffung vernetzter Betreuungsangebote (betreutes Wohnen, ambulante Dienste, teilstationäre und stationäre Pflege),
- kleinere Einrichtungen unter Beachtung des Wohngruppenprinzips.

Sachsen

Auf Sachsen entfallen 332 Einzelprojekte mit einem Investitionsvolumen von rund 1 450 Mio. Euro, womit 20 418 vollstationäre Pflegeplätze, 1 022 teilstationäre Pflegeplätze und 626 Kurzzeitpflegeplätze errichtet wurden. Alle 332 bewilligten Projekte sind in Betrieb, für 307 Projekte liegen geprüfte Verwendungsnachweise vor.

Von Sachsen wurden mit Schreiben vom 10. März 2011 Bundesmittel in Höhe von 966 251 837,59 Euro abgerechnet.

So ist für über 22 000 Pflegebedürftige in Sachsen eine deutliche Verbesserung ihres Wohnumfeldes erreicht worden. Auch die Pflegekräfte erfahren damit eine erhebliche Verbesserung ihrer räumlichen Arbeitsbedingungen. Damit wurde der Zielsetzung des Artikels 52 PflegeVG, die Qualität der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung in Sachsen nachhaltig zu verbessern und an das Versorgungsniveau im übrigen Bundesgebiet anzupassen, vollständig entsprochen.

Damit möglichst viele pflegebedürftige Menschen in den Genuss geförderter Pflege- und Betreuungsangebote kommen konnten, hat Sachsen die Träger an den Investitionskosten beteiligt. Die Pflegebedürftigen der geförderten Einrichtungen werden mit bis zu 20 Prozent der Kosten der geförderten Investitionsmaßnahme belastet. Damit war es nach Angaben des Landes in Sachsen möglich, eine deutlich größere Anzahl von Fördervorhaben zu realisieren, als dies bei einer Vollfinanzierung aus öffentlichen Mitteln möglich gewesen wäre.

In Sachsen betrug die öffentliche Förderung einschließlich des kommunalen Finanzierungsanteils bei

- vollstationären Pflegeeinrichtungen 80 Prozent,
- teilstationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege 90 Prozent und

- Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen 100 Prozent

der als zuwendungsfähig anerkannten Aufwendungen.

Im Rahmen des Förderprogramms entstanden Einrichtungen in ganz unterschiedlicher Größe. In den Bewertungskriterien wurde die Empfehlung ausgesprochen, dass Altenpflegeheime eine Größe von 60 bis 80 Plätzen aufweisen sollten, da in dieser Größenordnung ein wirtschaftlich selbständiger Betrieb gewährleistet werden könne.

Altenpflegeheime mit einer Kapazität von mehr als 80 Plätzen wurden unter der Maßgabe akzeptiert, dass ein entsprechend größerer örtlicher Bedarf gegeben war, der Standort der Einrichtung von seinem Bebauungsumfeld (mehrgeschossige Bebauung) dies zuließ und das Ziel einer wohnortnahen Versorgung in pluraler Trägerschaft nicht in Frage gestellt wurde.

Für den Betrieb von Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen waren im Jahr 1996 in einer Bekanntmachung des Landespflegeausschusses bereits Kriterien für eine leistungsfähige Einrichtungsgröße vorgelegt worden. So wurde empfohlen, dass Kurzzeitpflegeeinrichtungen mit einer Anbindung an Pflegeeinrichtungen gemäß § 71 SGB XI eine Größe von zehn bis zwölf Plätzen aufweisen sollten, bei Solitäreinrichtungen wurde eine Einrichtungsgröße von 20 bis 24 Plätzen angeregt. Tagespflegeeinrichtungen sollten eine Platzzahl von zwölf in der Regel nicht unterschreiten. Im Einzelfall wurden jedoch auch abweichende Konzeptionen zugelassen.

Sachsen-Anhalt

Auf Sachsen-Anhalt entfallen 173 Einzelprojekte mit einem Investitionsvolumen von rund 729 Mio. Euro, womit 9 546 vollstationäre Pflegeplätze, 441 teilstationäre Pflegeplätze und 134 Kurzzeitpflegeplätze errichtet wurden. Alle 173 bewilligten Projekte sind in Betrieb, für alle Projekte liegen geprüfte Verwendungsnachweise vor. Insgesamt sind von Sachsen-Anhalt Bundesmittel in Höhe von 583 690 811,57 Euro abgerufen worden.

Für die Auswahl der Projekte wurden in Sachsen-Anhalt nach Angaben des Landes folgende Schwerpunkte vorgegeben:

- Schaffung einer gemeindenahen, ortsnahen Versorgungsstruktur, Trägervielfalt,
- Kapazitäten zwischen 50 und maximal 80 Plätzen, bei größeren Einrichtungen schrittweiser Abbau der Kapazitäten,
- Schaffung vernetzter Betreuungsangebote (Pflege und Wohnungen),
- Ausbau, Modernisierung vorhandener Standorte,
- Schaffung von Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen in Abhängigkeit vom Nachfrageverhalten in Verbindung mit ambulantem Dienst entsprechend dem Grundsatz ambulant vor stationär und

- Ausbau des Betreuungsangebotes für spezielle Zielgruppen, z. B. demenziell erkrankte Menschen.

Um neue Entwurfsideen zu erhalten, die den veränderten Bedürfnissen an eine moderne Pflegeeinrichtung gerecht werden, sind auf Initiative der Bauverwaltung des Landes 17 Projekte einem Architektenwettbewerb unterstellt worden. Dadurch ergab sich nach Angaben des Landes die Chance, die besten Ideen für die vorgesehene Bauaufgabe am jeweiligen Ort auszuwählen. An verschiedensten Standorten im ländlichen und städtischen Umfeld konnte auf diesem Wege auch der Stellenwert, den das Land Pflegeeinrichtungen als Wohnstätten beimisst, verdeutlicht werden. Neben der Entwicklung individueller Wohnformen für das Alter sei zugleich ein wichtiger Beitrag zur Baukultur geleistet worden. Das Ministerium für Bau und Verkehr des Landes Sachsen-Anhalt hat diese 17 Projekte in einer gesonderten Broschüre von April 2006 vorgestellt.

Thüringen

Auf Thüringen entfallen 160 Einzelprojekte mit einem Investitionsvolumen von rund 728 Mio. Euro, womit 10 156 vollstationäre Pflegeplätze, 177 teilstationäre Pflegeplätze und 65 Kurzzeitpflegeplätze errichtet wurden. Alle 160 bewilligten Projekte sind in Betrieb und die verwaltungsmäßige Verwendungsnachweisprüfung ist abgeschlossen.

Mit Schreiben vom 20. Dezember 2010 wurden Bundesmittel in Höhe von 530 755 247,15 Euro abgerechnet.

So ist nach Angaben des Landes für über 10 000 Pflegebedürftige in Thüringen eine deutliche Verbesserung ihres Wohnumfeldes erreicht worden.

Zur Umsetzung des Investitionsprogramms erstellte Thüringen insgesamt vier Landespflegepläne. Diese wurden jeweils im Einvernehmen mit den Landkreisen und kreisfreien Städten, den Landesverbänden der Pflegekassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und nach Anhörung des Landespflegeausschusses erstellt.

Aus baulicher Sicht sollten Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege über mindestens zwölf Pflegeplätze verfügen und vollstationäre Einrichtungen mindestens 60 bis 120 Pflegeplätze aufweisen.

Der Anteil der Pflegeplätze in Einzelzimmern an der Gesamtplatzzahl der Einrichtung sollte 80 Prozent nicht unterschreiten. Die Größe der Einzelzimmer sollte ohne Einbeziehung des Sanitärraums 16 m², die Größe der Doppelzimmer ohne Einbeziehung des Sanitärraums 22 m² nicht unterschreiten.

Die Plätze verfügen nach Angaben des Landes über einen modernen Standard in Bau und Ausstattung, der den heutigen Anforderungen gerecht wird. Gleichzeitig werden die Pflegebedürftigen auf diesen Plätzen nur mit geringen Investitionsaufwendungen belastet.

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. Januar 2011)
- Anlage 5 Pflegesatzniveau in den Ländern (Stand: 1. Januar 2011)
- Anlage 6 Zugelassene Pflegeeinrichtungen Ende 2009
(Statistik nach § 109 SGB XI)
- Anlage 7 Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen
- Anlage 8 Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG
- Anlage 8a Länderangaben über die verausgabten Mittel zur Investitionskostenförderung für zugelassene Pflegeeinrichtungen je Jahr im Berichtszeitraum
- Anlage 9 Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte für demenziell Erkrankte (Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote und Modellvorhaben im Jahre 2010)
- 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 | zusam- men | Pflege- stufe I | Pflege- stufe II | Pflege- stufe III | zusam- men | Pflege- stufe I | Pflege- stufe II | Pflege- stufe III | zusam- men |
| 1995 | - | - | - | 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 |
| 2007 ²⁾ | 804.628 | 426.855 | 126.718 | 1.358.201 | 273.090 | 266.222 | 131.772 | 671.084 | 1.077.718 | 693.077 | 258.490 | 2.029.285 |
| 2008 ²⁾ | 861.575 | 439.605 | 131.354 | 1.432.534 | 274.925 | 273.016 | 133.010 | 680.951 | 1.136.500 | 712.621 | 264.364 | 2.113.485 |
| 2009 ²⁾ | 932.434 | 468.806 | 138.334 | 1.537.574 | 282.236 | 277.164 | 138.247 | 697.647 | 1.214.670 | 743.970 | 276.581 | 2.235.221 |
| 2010 | 967.973 | 471.609 | 138.262 | 1.577.844 | 290.759 | 279.055 | 140.141 | 709.955 | 1.258.732 | 750.664 | 278.403 | 2.287.799 |

¹⁾ stationäre Leistungen erst ab 1.7.1996 eingeführt

²⁾ Anstieg 2007, 2008 und 2009 im ambulanten Bereich infolge verbesserter Erfassung überzeichnet

b) in Prozent

| Jahr | ambulant | | | | stationär ¹⁾ | | | | insgesamt | | | |
|--------------------|--------------------|---------------------|----------------------|---------------|-------------------------|---------------------|----------------------|---------------|--------------------|---------------------|----------------------|---------------|
| | Pflege- stufe I | Pflege- stufe II | Pflege- stufe III | zusam- men | Pflege- stufe I | Pflege- stufe II | Pflege- stufe III | zusam- men | Pflege- stufe I | Pflege- stufe II | Pflege- stufe III | zusam- men |
| 1995 | - | - | - | 100,0 | - | - | - | - | - | - | - | 100,0 |
| 1996 | 43,8 | 43,7 | 12,6 | 100,0 | 29,1 | 42,3 | 28,6 | 100,0 | 40,1 | 43,3 | 16,6 | 100,0 |
| 1997 | 47,5 | 40,6 | 11,9 | 100,0 | 34,5 | 41,0 | 24,5 | 100,0 | 43,9 | 40,7 | 15,4 | 100,0 |
| 1998 | 50,3 | 38,5 | 11,3 | 100,0 | 36,7 | 41,2 | 22,1 | 100,0 | 46,3 | 39,3 | 14,5 | 100,0 |
| 1999 | 52,2 | 36,9 | 10,9 | 100,0 | 37,4 | 41,5 | 21,1 | 100,0 | 47,8 | 38,3 | 14,0 | 100,0 |
| 2000 | 54,1 | 35,6 | 10,4 | 100,0 | 37,6 | 41,8 | 20,6 | 100,0 | 49,0 | 37,5 | 13,5 | 100,0 |
| 2001 | 55,3 | 34,6 | 10,1 | 100,0 | 37,9 | 42,0 | 20,1 | 100,0 | 49,8 | 36,9 | 13,2 | 100,0 |
| 2002 | 56,3 | 33,8 | 9,9 | 100,0 | 38,4 | 41,6 | 20,0 | 100,0 | 50,6 | 36,3 | 13,1 | 100,0 |
| 2003 | 57,2 | 33,1 | 9,6 | 100,0 | 38,8 | 41,4 | 19,8 | 100,0 | 51,3 | 35,8 | 12,9 | 100,0 |
| 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 |
| 2007 ²⁾ | 59,2 | 31,4 | 9,3 | 100,0 | 40,7 | 39,7 | 19,6 | 100,0 | 53,1 | 34,2 | 12,7 | 100,0 |
| 2008 ²⁾ | 60,1 | 30,7 | 9,2 | 100,0 | 40,4 | 40,1 | 19,5 | 100,0 | 53,8 | 33,7 | 12,5 | 100,0 |
| 2009 ²⁾ | 60,6 | 30,4 | 9,0 | 100,0 | 40,5 | 39,7 | 19,8 | 100,0 | 54,3 | 33,3 | 12,4 | 100,0 |
| 2010 | 61,3 | 29,9 | 8,8 | 100,0 | 41,0 | 39,3 | 19,7 | 100,0 | 55,0 | 32,8 | 12,2 | 100,0 |

¹⁾ stationäre Leistungen erst ab 1.7.1996 eingeführt

²⁾ Anstieg 2007, 2008 und 2009 im ambulanten Bereich infolge verbesserter Erfassung überzeichnet

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Anlage 2

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

a) absolut

| Jahr | Leistungsart | | | | | | | | |
|--------------------|--------------|--------------------|----------------------|----------------|------------------------|-----------------|-----------------------|--|-----------|
| | Pflegegeld | Pflegesachleistung | Kombinationsleistung | Urlaubs-pflege | Tages- und Nachtpflege | Kurzzeit-pflege | Vollstationäre Pflege | Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen | insgesamt |
| 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 |
| 2007 | 988.294 | 184.280 | 217.724 | 22.834 | 17.027 | 13.613 | 588.827 | 71.517 | 2.102.116 |
| 2008 | 1.009.122 | 182.191 | 244.425 | 30.120 | 20.166 | 15.202 | 600.389 | 73.974 | 2.175.590 |
| 2009 | 1.034.561 | 179.795 | 284.670 | 33.779 | 28.895 | 16.542 | 613.746 | 79.457 | 2.271.445 |
| 2010 | 1.053.632 | 181.865 | 312.689 | 45.491 | 34.463 | 19.964 | 621.949 | 80.210 | 2.347.263 |

b) in Prozent

| Jahr | Leistungsart | | | | | | | | |
|--------------------|--------------|--------------------|----------------------|----------------|------------------------|-----------------|-----------------------|--|-----------|
| | Pflegegeld | Pflegesachleistung | Kombinationsleistung | Urlaubs-pflege | Tages- und Nachtpflege | Kurzzeit-pflege | Vollstationäre Pflege | Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen | insgesamt |
| 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 |
| 2007 | 46,9 | 8,8 | 10,4 | 1,1 | 0,8 | 0,6 | 28,0 | 3,4 | 100,0 |
| 2008 | 46,4 | 8,4 | 11,2 | 1,4 | 0,9 | 0,7 | 27,6 | 3,4 | 100,0 |
| 2009 | 45,5 | 7,9 | 12,5 | 1,5 | 1,3 | 0,7 | 27,0 | 3,5 | 100,0 |
| 2010 | 44,9 | 7,7 | 13,3 | 1,9 | 1,5 | 0,7 | 26,5 | 3,4 | 100,0 |

¹⁾ Abweichungen in den Summen durch Rundungen

²⁾ Einschließlich Mehrfachzählungen durch den gleichzeitigen Bezug mehrerer Leistungen

³⁾ 2. Halbjahr wegen Beginn der stationären Leistungen ab 1.7.96

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Anlage 3

Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung¹⁾

| Bezeichnung | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | 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 | 17,86 | 19,61 | 21,19 | 21,64 |
| 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 | 14,44 | 15,91 | 16,11 | 16,49 |
| 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 | 3,42 | 3,71 | 5,07 | 5,15 |
| 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 | 0,16 | 0,16 | 0,12 | 0,14 |
| 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 | 18,02 | 19,77 | 21,31 | 21,78 |
| 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 | 17,45 | 18,20 | 19,33 | 20,43 |
| 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 | 4,03 | 4,24 | 4,47 | 4,67 |
| 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 | 2,47 | 2,60 | 2,75 | 2,91 |
| 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 | 0,24 | 0,29 | 0,34 | 0,40 |
| 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 | 0,09 | 0,11 | 0,15 | 0,18 |
| Zusätzliche Betreuungsleistungen | | | | | | | | 0,00 | 0,01 | 0,02 | 0,02 | 0,03 | 0,03 | 0,06 | 0,19 | 0,28 |
| 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 | 0,24 | 0,27 | 0,31 | 0,34 |
| 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 | 0,86 | 0,87 | 0,88 | 0,88 |
| 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 | 0,41 | 0,46 | 0,44 | 0,44 |
| 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 | 8,83 | 9,05 | 9,29 | 9,56 |
| 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 | 0,24 | 0,24 | 0,25 | 0,26 |
| Stationäre Vergütungszuschläge | | | | | | | | | | | | | | 0,00 | 0,21 | 0,45 |
| Pflegeberatung | | | | | | | | | | | | | | 0,01 | 0,03 | 0,07 |
| 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 | 0,27 | 0,28 | 0,31 | 0,30 |
| 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 | 0,62 | 0,65 | 0,68 | 0,71 |
| 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 | 0,00 | 0,00 | 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 | 18,34 | 19,14 | 20,33 | 21,45 |
| Liquidität | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Überschuss der Einnahmen | 3,44 | 1,18 | 0,80 | 0,13 | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | 0,45 | --- | 0,63 | 0,99 | 0,34 |
| Überschuss der Ausgaben | --- | --- | --- | --- | 0,03 | 0,13 | 0,06 | 0,38 | 0,69 | 0,82 | 0,36 | --- | 0,32 | --- | --- | --- |
| 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 | 3,18 | 3,81 | 4,80 | 5,13 |
| 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 | 2,06 | 2,33 | 2,78 | 2,87 |

¹⁾ Werte der amtlichen Statistik wurden von DM in € umgerechnet

²⁾ Abweichungen in den Summen durch Rundungen

²⁾ 1995 einschließlich Vorlaufkostenerstattung an die Krankenkassen

(Quelle: Bundesministerium für Gesundheit)

Anlage 4

**Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Ländern
(Stand: 1. Januar 2011)**

| Baden-Württemberg 2011 | | | | | | | |
|------------------------|--|--------------------------------|-------------------------|----------------------------------|---------------------|-------------|----------------------------|
| Nr. | Leistungskomplexe | Kategorie | Fachkraft | hauswirtschaftliche Fachkraft | ergänzende Hilfe | ZDL, FSJ | Einheit |
| | | | Beträge jeweils in Euro | | | | |
| 1 | Große Toilette | Grundpflege | 22,97 | 19,69 | 15,75 | 8,12 | |
| 2 | Kleine Toilette | Grundpflege | 15,33 | 13,16 | 10,53 | 5,39 | |
| 3 | Transfer / An-/Auskleiden | Grundpflege | 8,29 | 7,10 | 5,68 | 2,91 | |
| 4 | Hilfen beim Ausscheiden (Darm- und Blasenentleerung, Hilfe bei Erbrechen) | Grundpflege | 10,19 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| 5 | Einfache Hilfen bei Ausscheidungen (Darm und Blasenentleerung, Hilfe bei Erbrechen) | Grundpflege | 0,00 | 8,74 | 6,99 | 3,60 | |
| 6 | Spezielles Lagern | Grundpflege | 5,10 | 4,36 | 3,49 | 0,00 | |
| 7 | Mobilisation | Grundpflege | 5,10 | 4,36 | 3,49 | 0,00 | |
| 8 | Einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme | Grundpflege | 5,10 | 4,36 | 3,49 | 0,00 | |
| 9 | Umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme | Grundpflege | 5,10 | 15,31 | 3,49 | 0,00 | |
| 10 | Verabreichen von Sondennahrung mittels Spritze, Schwerkraft oder Pumpe | Grundpflege | 15,69 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | |
| 11 | Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung (keine Spaziergänge, nicht zu kulturellen Veranstaltungen) | Grundpflege | 7,65 | 0,00 | 5,26 | 2,71 | 1/4 stündlich (15 Minuten) |
| 12 | Zubereitung einer einfachen Mahlzeit | hauswirtschaftliche Versorgung | 11,25 | 11,03 | 8,76 | 4,49 | |
| 13 | Essen auf Rädern/stationärer Mittagstisch | hauswirtschaftliche Versorgung | 2,44 | 22,06 | 2,44 | 2,44 | |
| 14 | Zubereitung einer (i.d.R. warmen) Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen | hauswirtschaftliche Versorgung | 22,50 | 22,06 | 17,53 | 9,01 | |
| 15 | Einkauf/Besorgung | hauswirtschaftliche Versorgung | 6,75 | 6,62 | 5,26 | 2,71 | 1/4 stündlich (15 Minuten) |
| 16 | Waschen, Bügeln, Putzen | hauswirtschaftliche Versorgung | 6,75 | 6,62 | 5,26 | 2,71 | 1/4 stündlich (15 Minuten) |
| 17 | Vollständiges Ab- und Beziehen des Bettes | hauswirtschaftliche Versorgung | 4,49 | 4,40 | 3,49 | 1,77 | |
| 18 | Beheizen (Befeuerung mit Holz, Kohle, Öl) | hauswirtschaftliche Versorgung | 6,75 | 6,62 | 5,26 | 2,71 | |

(Quelle: Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek))

noch Anlage 4

| Bayern 2011 - Vereinbarung mit einzelnen Diensten | | | | | |
|---|---|--------------------------------|-----------|-----------|----------------|
| Nr. | Leistungskomplexe | Kategorie | Punktzahl | Punktwert | Betrag in Euro |
| 1a | Komplexgebühr (1a1 - 1a7) | Grundpflege | 350 | 0,0448 | 15,68 |
| 1a 1 | Hilfe beim Aufsuchen/Verlassen des Bettes, An-/Ablegen von Körperersatzstücken | Grundpflege | 50 | | 2,24 |
| 1a 2 | An-/Auskleiden | Grundpflege | 50 | | 2,24 |
| 1a 3 | Teilwaschen | Grundpflege | 100 | | 4,48 |
| 1a 4 | Mund- und Zahnpflege oder Prothesenpflege | Grundpflege | 50 | | 2,24 |
| 1a 5 | Rasieren | Grundpflege | 50 | | 2,24 |
| 1a 6 | Kämmen | Grundpflege | 50 | | 2,24 |
| 1a 7 | Hautpflege | Grundpflege | 50 | | 2,24 |
| 1b | Haar- und/oder Nagelpflege | Grundpflege | 50 | | 2,24 |
| 2a | Zuschlag zu LK 1a | Grundpflege | 150 | | 6,72 |
| 2b | Ganzkörperwäsche bzw. baden oder duschen als alleinige Leistung | Grundpflege | 250 | | 11,20 |
| 3 | Lagern/ Mobilisieren | Grundpflege | 100 | | 4,48 |
| 4a | Hilfe bei der Nahrungsaufnahme | Grundpflege | 250 | | 11,20 |
| 4b | Verabreichen von Sondennahrung | Grundpflege | 80 | | 3,58 |
| 5a | Hilfe bei der Darm-/ Blasenentleerung | Grundpflege | 70 | | 3,14 |
| 5b | Stomaversorgung | Grundpflege | 50 | | 2,24 |
| 6 | Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung | Grundpflege | 70 | | 3,14 |
| 7 | Begleitung bei Aktivitäten | Grundpflege | 600 | | 26,88 |
| 8 | Beheizen der Wohnung | hauswirtschaftliche Versorgung | 90 | | 4,03 |
| 9 | Kleine hauswirtschaftliche Versorgung | hauswirtschaftliche Versorgung | 50 | 2,24 | |
| 10 | Große hauswirtschaftliche Versorgung | hauswirtschaftliche Versorgung | 250 | 11,20 | |
| 11 | Waschen der Wäsche und der Kleidung | hauswirtschaftliche Versorgung | 300 | 13,44 | |
| 12 | Einkaufen | hauswirtschaftliche Versorgung | 150 | 6,72 | |
| 13 | Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen | hauswirtschaftliche Versorgung | 270 | 12,10 | |
| 14 | Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen | hauswirtschaftliche Versorgung | 90 | 4,03 | |
| 15 | Pflegeeinsatz nach § 37 Absatz 3 SGB XI | | | 16,25 | |
| 16 a | Erstbesuch | | 600 | 26,88 | |
| 16 b | Anpassung der Pflegeplanung | | 200 | 8,96 | |
| 17 | Pflegekraft (nur bei Pflegestufe III und Härtefälle) – Stundensatz | | | 29,40 | |
| 18 | Zivildienstleistender, FSJ, Praktikant/-in (PS III und Härtefall) – Stundensatz | | | 10,20 | |
| 19 | Betreuungsleistungen im Rahmen des Poolmodells (§ 36 SGB XI) – Stundensatz | | | 16,32 | |

(Quelle: vdek)

noch Anlage 4

| Bayern 2011 - Vereinbarung mit Verbänden der Wohlfahrtspflege | | | | | |
|---|--|--------------------------------|-----------|-----------|----------------|
| Nr. | Leistungskomplexe | Kategorie | Punktzahl | Punktwert | Betrag in Euro |
| 1a | Lagern | Grundpflege | 50 | 0,0442 | 2,21 |
| 1b | Hilfe beim An- und Auskleiden | Grundpflege | 50 | | 2,21 |
| 1c | An- und Ablegen von Körperersatzstücken sowie von Stützkorsetten | Grundpflege | 40 | | 1,77 |
| 1d | Mundpflege und Zahnpflege oder Zahnprothesenpflege | Grundpflege | 50 | | 2,21 |
| 1e | Rasieren einschließlich Gesichtspflege | Grundpflege | 50 | | 2,21 |
| 1f | Kämmen | Grundpflege | 20 | | 0,88 |
| 1g | Haarwäsche | Grundpflege | 100 | | 4,42 |
| 1h | Nagelpflege / Fingernägel schneiden | Grundpflege | 40 | | 1,77 |
| 1i | Nagelpflege / Fußnägel schneiden | Grundpflege | 50 | | 2,21 |
| 1k | Hautpflege | Grundpflege | 50 | | 2,21 |
| 1l | Entsorgung von Ausscheidungen oder Inkontinenzartikeln | Grundpflege | 20 | | 0,88 |
| 2a | Teilkörperwäsche | Grundpflege | 90 | | 3,98 |
| 2b | Ganzkörperwäsche | Grundpflege | 250 | | 11,05 |
| 3 | Transfer | Grundpflege | 40 | | 1,77 |
| 4a | Mundgerechtes Herrichten der Nahrung und Getränke | Grundpflege | 50 | | 2,21 |
| 4b | Hilfe beim Essen und Trinken incl. mundgerechtes Herrichten der Nahrung | Grundpflege | 250 | | 11,05 |
| 4c | Hilfe beim Trinken als alleinige Leistung | Grundpflege | 30 | | 1,33 |
| 4d | Verabreichung von Sondennahrung | Grundpflege | 80 | | 3,54 |
| 5 | Hilfe bei Darm- und Blasenentleerung / Ausscheidungen | Grundpflege | 100 | | 4,42 |
| 6 | Hilfestellung beim Verlassen und/oder Wiederaufsuchen der Wohnung | Grundpflege | 70 | | 3,09 |
| 7 | Begleitung bei Aktivitäten | Grundpflege | 600 | | 26,52 |
| 8 | Beheizen der Wohnung | hauswirtschaftliche Versorgung | 90 | | 3,98 |
| 9 | Hauswirtschaftliche Versorgung (Stundensatz) | hauswirtschaftliche Versorgung | | | 16,32 |
| 10a | Wechseln der Bettwäsche | hauswirtschaftliche Versorgung | 80 | | 3,54 |
| 10b | Bettenmachen/Wechseln von Teilen der Bettwäsche | hauswirtschaftliche Versorgung | 50 | | 2,21 |
| 11a | Waschen der Wäsche und der Kleidung des Pflegebedürftigen | hauswirtschaftliche Versorgung | 300 | | 13,26 |
| 11b | Einräumen der Wäsche und Kleidung des Pflegebedürftigen | hauswirtschaftliche Versorgung | 50 | | 2,21 |
| 12a | Vorratseinkauf | hauswirtschaftliche Versorgung | 200 | | 8,84 |
| 12b | Besorgung | hauswirtschaftliche Versorgung | 50 | | 2,21 |
| 13 | Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen | hauswirtschaftliche Versorgung | 300 | | 13,26 |
| 14 | Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen | hauswirtschaftliche Versorgung | 100 | | 4,42 |
| 15a | Erstbesuch | | 600 | | 26,52 |
| 15b | Änderung der Pflegeplanung | | 200 | | 8,84 |
| 16 | Alternativer Stundensatz - Grundpflege | Grundpflege | | 29,40 | |

(Quelle: vdek)

noch Anlage 4

| Bayern 2011 - 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 | 0,0448 | 2,24 |
| 1a2 | Hilfe beim An- / oder Auskleiden | Grundpflege | 50 | | 2,24 |
| 1a3 | Teilwaschen | Grundpflege | 100 | | 4,48 |
| 1a4 | Mund- und Zahnpflege oder Zahnprothesenpflege | Grundpflege | 50 | | 2,24 |
| 1a5 | Rasieren | Grundpflege | 50 | | 2,24 |
| 1a6 | Kämmen | Grundpflege | 50 | | 2,28 |
| 1a7 | Hautpflege | Grundpflege | 50 | | 2,33 |
| 1b | Haar- und/oder Nagelpflege | Grundpflege | 50 | | 2,37 |
| 2a | Zuschlag zu LK 1a | Grundpflege | 150 | | 6,72 |
| 2b | Ganzkörperwäsche als alleinige Leistung | Grundpflege | 250 | | 11,20 |
| 3 | Lagern/Mobilisierung | Grundpflege | 100 | | 4,48 |
| 4a | Hilfe bei der Nahrungsaufnahme | Grundpflege | 250 | | 11,20 |
| 4b | Verabreichung von Sondennahrung | Grundpflege | 80 | | 3,58 |
| 5a | Hilfe bei der Darm- / Blasenentleerung | Grundpflege | 70 | | 3,14 |
| 5b | Stomaversorgung | Grundpflege | 50 | | 2,24 |
| 6 | Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung | hauswirtschaftliche Versorgung | 70 | | 3,14 |
| 7 | Begleitung bei Aktivitäten (keine Spaziergänge etc.) | hauswirtschaftliche Versorgung | 600 | | 26,88 |
| 8 | Beheizen der Wohnung | hauswirtschaftliche Versorgung | 90 | | 4,03 |
| 9 | Kleine hauswirtschaftliche Versorgung | hauswirtschaftliche Versorgung | 50 | 2,24 | |
| 10 | Große hauswirtschaftliche Versorgung | hauswirtschaftliche Versorgung | 250 | 11,20 | |
| 11 | Waschen der Wäsche und der Kleidung | hauswirtschaftliche Versorgung | 300 | 13,44 | |
| 12 | Einkaufen | hauswirtschaftliche Versorgung | 150 | 6,72 | |
| 13 | Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen | hauswirtschaftliche Versorgung | 270 | 12,10 | |
| 14 | Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen | hauswirtschaftliche Versorgung | 90 | 4,03 | |
| 15 | Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI - Pflegestufe I | | | | 15,70 |
| 15 | Pflegeeinsatz nach § 37 Absatz 3 SGB XI - Pflegestufe II | | | | 15,70 |
| 15 | Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI - Pflegestufe III | | | | 20,93 |
| 16a | Erstbesuch | | 600 | | 26,88 |
| 16b | Änderung der Pflegeplanung | | 200 | | 8,96 |
| 17 | Alternativer Stundensatz Grundpflege (§ 4 Absatz 3) | Grundpflege | | | 28,30 |
| 18 | Alternativer Stundensatz Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung | Grundpflege u. hauswirtschaftliche Versorgung | | | 9,41 |

(Quelle: vdek)

noch Anlage 4

| Berlin 2011 | | | | | |
|-------------|---|--------------------------------|-----------|-----------|----------------|
| Nr. | Leistungskomplexe | Kategorie | Punktzahl | Punktwert | Betrag in Euro |
| 1 | Erweiterte kleine Körperpflege | Grundpflege | 300 | 0,0420 | 12,60 |
| 2 | Kleine Körperpflege | Grundpflege | 200 | | 8,40 |
| 3a | Erweiterte große Körperpflege (ohne Baden) | Grundpflege | 450 | | 18,90 |
| 3b | Erweiterte große Körperpflege (mit Baden) | Grundpflege | 600 | | 25,20 |
| 4 | Große Körperpflege | Grundpflege | 400 | | 16,80 |
| 5 | Lagern/Betten | Grundpflege | 100 | | 4,20 |
| 6 | Hilfe bei der Nahrungsaufnahme | Grundpflege | 250 | | 10,50 |
| 7a | Darm- und Blasenentleerung beinhaltet insbesondere: Hilfen/Unterstützung bei der Blasen- und/oder Darmentleerung einschl. Entsorgung von Ausscheidungen | Grundpflege | 80 | | 3,36 |
| 7b | Darm- und Blasenentleerung beinhaltet insbesondere: 1. An-/Auskleiden, 2. Hilfen/Unterstützung bei der Blasen- und/oder Darmentleerung, z.B. Inkontinenzversorgung, zur Toilette bringen, Entsorgung von Ausscheidungen, 3. Intimpflege | Grundpflege | 200 | | 8,40 |
| 8 | Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung | Grundpflege | 70 | | 2,94 |
| 9 | Begleitung außer Haus | Grundpflege | 600 | | 25,20 |
| 10 | Beheizen der Wohnung | hauswirtschaftliche Versorgung | 120 | | 5,04 |
| 11a | Aufräumen der Wohnung, Trennung/Entsorgung des Abfalls, Spülen/Aufräumen | hauswirtschaftliche Versorgung | 90 | | 3,78 |
| 11b | Reinigung der Wohnung, Trennung/Entsorgung des Abfalls, Reinigung Bad, Toilette, Küche, Wohn/Schlafbereich, Staubsaugen/Nassreinigung, Spülen/ Staubwischen | hauswirtschaftliche Versorgung | 270 | | 11,34 |
| 12 | Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung | hauswirtschaftliche Versorgung | 480 | | 20,16 |
| 13 | Einkaufen | hauswirtschaftliche Versorgung | 240 | | 10,08 |
| 14 | Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht bei warmen Essen auf Rädern) | hauswirtschaftliche Versorgung | 270 | | 11,34 |
| 15 | Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (u.a. auch bei Essen auf Rädern) | hauswirtschaftliche Versorgung | 90 | | 3,78 |
| 16a | Erstbesuch | Grundpflege | 700 | | 29,40 |
| 16b | Folgebesuch | Grundpflege | 300 | | 12,60 |
| 17a | Einsatzpauschale, Montags bis Freitags zwischen 6 und 22 Uhr (nicht in Zeiten von 17 b) | | 65 | 2,73 | |
| 17b | Einsatzpauschale, Montags bis Freitags zwischen 22 und 6 Uhr, an Wochenenden sowie an gesetzlichen Feiertagen (nicht in Zeiten von 17 a) | | 130 | 5,46 | |
| 19a | Versorgung und Betreuung in Wohngemeinschaften von an Demenz erkrankten Pflegebedürftigen (Tagessatz) | | 1857 | 77,99 | |
| 19b | Versorgung und Betreuung in Wohngemeinschaften von an Demenz erkrankten Pflegebedürftigen (Halbtagesatz) | | 928 | 38,98 | |

(Quelle: vdek)

noch Anlage 4

| Brandenburg 2011 | | | | | |
|------------------|--|--------------------------------|-----------|-----------|----------------|
| Nr. | Leistungskomplexe | Kategorie | Punktzahl | Punktwert | Betrag in Euro |
| 1 | Kleine Körperpflege | Grundpflege | 200 | 0,0344 | 6,88 |
| 2 | Große Körperpflege | Grundpflege | 400 | | 13,76 |
| 3 | Unterstützung bei Ausscheidungen – Kleine Hilfe | Grundpflege | 100 | | 3,44 |
| 4 | Unterstützung bei Ausscheidungen - Erweiterte Hilfe | Grundpflege | 150 | | 5,16 |
| 5 | Lagern/Betten | Grundpflege | 150 | | 5,16 |
| 6 | Haarewaschen | Grundpflege | 150 | | 5,16 |
| 7 | Hilfe bei der Nahrungsaufnahme | Grundpflege | 250 | | 8,60 |
| 8 | Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG) | Grundpflege | 180 | | 6,19 |
| 9 | Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung | Grundpflege | 80 | | 2,75 |
| 10 | Begleitung bei Aktivitäten | Grundpflege | 600 | | 20,64 |
| 11 | Beheizen der Wohnung (Ofenheizung) | hauswirtschaftliche Versorgung | 120 | 0,0316 | 3,79 |
| 12 | Grundreinigung der Wohnung | hauswirtschaftliche Versorgung | 480 | | 15,17 |
| 13 | Teilreinigung der Wohnung | hauswirtschaftliche Versorgung | 160 | | 5,06 |
| 14 | Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung | hauswirtschaftliche Versorgung | 480 | | 15,17 |
| 15 | Wechseln der Bettwäsche | hauswirtschaftliche Versorgung | 50 | | 1,58 |
| 16 | Vorratseinkauf | hauswirtschaftliche Versorgung | 240 | | 7,58 |
| 17 | Besorgung | hauswirtschaftliche Versorgung | 80 | | 2,53 |
| 18 | Kochen einer Hauptmahlzeit | hauswirtschaftliche Versorgung | 240 | | 7,58 |
| 19 | Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit | hauswirtschaftliche Versorgung | 100 | | 3,16 |
| 20 | Erstbesuch | | | | |

(Quelle: vdek)

noch Anlage 4

| Brandenburg 2011 - LIGA | | | | | |
|-------------------------|---|--------------------------------|-----------|-----------|----------------|
| Nr. | Leistungskomplexe | Kategorie | Punktzahl | Punktwert | Betrag in Euro |
| 1 | Kleine Körperpflege | Grundpflege | 160 | 0,0395 | 6,32 |
| 2 | Große Körperpflege | Grundpflege | 320 | | 12,64 |
| 3 | Unterstützung bei Ausscheidungen - kleine Hilfe | Grundpflege | 80 | | 3,16 |
| 4 | Unterstützung bei Ausscheidungen - Erweiterte Hilfe | Grundpflege | 105 | | 4,15 |
| 5 | Hilfe beim Aufsuchen und Verlassen des Bettes | Grundpflege | 30 | | 1,19 |
| 6 | Lagern / Mobilisierung | Grundpflege | 80 | | 3,16 |
| 7 | Haarewaschen | Grundpflege | 120 | | 4,74 |
| 8 A | Hilfe bei Nahrungsaufnahme | Grundpflege | 180 | | 7,11 |
| 8 B | Hilfe bei Nahrungsaufnahme bei Poolteilnehmern | Grundpflege | 144 | | 5,69 |
| 9 | Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG) | Grundpflege | 100 | | 3,95 |
| 10 | Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung | Grundpflege | 70 | | 2,77 |
| 11A | Begleitung bei Aktivitäten bis zu 15 Minuten | Grundpflege | 120 | | 4,74 |
| 11B | Begleitung bei Aktivitäten bis zu 15 Minuten bei Poolteilnehmern | Grundpflege | 96 | 3,79 | |
| 11C | Begleitung bei Aktivitäten bis zu 30 Minuten | Grundpflege | 240 | 9,48 | |
| 11D | Begleitung bei Aktivitäten bis zu 30 Minuten bei Pool-Teilnehmern | Grundpflege | 192 | 7,58 | |
| 11E | Begleitung bei Aktivitäten bis zu 45 Minuten | Grundpflege | 360 | 14,22 | |
| 11F | Begleitung bei Aktivitäten bis zu 45 Minuten bei Pool-Teilnehmern | Grundpflege | 288 | 11,38 | |
| 11 G | Begleitung bei Aktivitäten bis zu 60 Minuten | Grundpflege | 480 | 18,96 | |
| 11H | Begleitung bei Aktivitäten bis zu 60 Minuten bei Pool-Teilnehmern | Grundpflege | 384 | 15,17 | |
| 12 | Betreuungsleistungen gem. § 36 Absatz 1 Satz 5 SGB XI nach Zeiteinheiten: bis zu 10 Minuten | Grundpflege | 80 | 3,16 | |
| 13A | Beheizen der Wohnung | hauswirtschaftliche Versorgung | 80 | 0,0345 | 2,76 |
| 13B | Beheizen der Wohnung bei Pool-Teilnehmern | hauswirtschaftliche Versorgung | 64 | | 2,21 |
| 14A | Reinigen der Wohnung bis zu 15 Minuten | hauswirtschaftliche Versorgung | 120 | | 4,14 |
| 14B | Reinigen der Wohnung bis zu 15 Minuten bei Pool-Teilnehmern | hauswirtschaftliche Versorgung | 96 | | 3,31 |
| 14C | Reinigen der Wohnung bis zu 30 Minuten | hauswirtschaftliche Versorgung | 240 | | 8,28 |
| 14D | Reinigen der Wohnung bis zu 30 Minuten bei Pool-Teilnehmern | hauswirtschaftliche Versorgung | 192 | | 6,62 |
| 14E | Reinigen der Wohnung bis zu 45 Minuten | hauswirtschaftliche Versorgung | 360 | | 12,42 |
| 14F | Reinigen der Wohnung bis zu 45 Minuten bei Pool-Teilnehmern | hauswirtschaftliche Versorgung | 288 | | 9,94 |
| 14 G | Reinigen der Wohnung bis zu 60 Minuten | hauswirtschaftliche Versorgung | 480 | | 16,56 |
| 14H | Reinigen der Wohnung bis zu 60 Minuten bei Pool-Teilnehmern | hauswirtschaftliche Versorgung | 384 | | 13,25 |
| 15A | Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung bis 15 Minuten | hauswirtschaftliche Versorgung | 120 | | 4,14 |
| 15B | Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung bis 30 Minuten | hauswirtschaftliche Versorgung | 240 | | 8,28 |
| 15C | Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung bis 45 Minuten | hauswirtschaftliche Versorgung | 360 | 12,42 | |

noch Anlage 4

| | | | | | |
|-----|--|--------------------------------|-----|--|-------|
| 16 | Wechseln der Bettwäsche | hauswirtschaftliche Versorgung | 50 | | 1,73 |
| 17A | Vorratseinkauf | hauswirtschaftliche Versorgung | 200 | | 6,90 |
| 17B | Vorratseinkauf bei Pool-Teilnehmern | hauswirtschaftliche Versorgung | 160 | | 5,52 |
| 18A | Besorgung | hauswirtschaftliche Versorgung | 60 | | 2,07 |
| 18B | Besorgung bei Poolteilnehmern | hauswirtschaftliche Versorgung | 48 | | 1,66 |
| 19A | Kochen einer Hauptmahlzeit | hauswirtschaftliche Versorgung | 240 | | 8,28 |
| 19B | Kochen einer Hauptmahlzeit bei Pool-Teilnehmern | hauswirtschaftliche Versorgung | 192 | | 6,62 |
| 20A | Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit | hauswirtschaftliche Versorgung | 65 | | 2,24 |
| 20B | Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit bei Pool-Teilnehmern | hauswirtschaftliche Versorgung | 52 | | 1,79 |
| 21 | Volle Wegepauschale (nur SGB-XI-Leistungsbezug) - je Einsatz | | | | 3,12 |
| 22 | Anteilige Wegepauschale (nur SGB-XI-Leistungsbezug) und 2 bis 6 Versicherte unter einer Adresse - je Einsatz | | | | 1,17 |
| 23 | Minimalwegpauschale (nur SGB-XI-Leistungsbezug) und Betriebssitz des Pflegedienstes entspricht Versichertenadresse oder 7 oder mehr Versicherte unter einer Adresse - je Einsatz | | | | 0,78 |
| 24 | Häufige Wegepauschale (SGB V - und SGB XI-Leistungsbezug - analog LK 21) - je Einsatz | | | | 1,56 |
| 25 | Häufige Wegepauschale (SGB V -und SGB XI-Leistungsbezug - analog LK 22) - je Einsatz | | | | 0,59 |
| 26 | Häufige Wegepauschale (SGB V - und SGB XI-Leistungsbezug - analog LK 23) - je Einsatz | | | | 0,39 |
| 27 | Erstbesuch | | | | 23,40 |

(Quelle: vdek)

noch Anlage 4

| Bremen 2011 - Landesliste | | | | | | |
|---------------------------|--|--------------------------------|-----------|-----------|---------------------|------------|
| Nr. | Leistungskomplexe | Kategorie | Punktzahl | Punktwert | Betrag in Euro | Einheit |
| 1 | Kleine Morgen-/Abendtoilette | Grundpflege | 250 | 0,0402 | 10,05 | je Einsatz |
| 2 | Kleine Morgen-/Abendtoilette | Grundpflege | 200 | | 8,04 | |
| 3 | Große Morgen-/Abendtoilette | Grundpflege | 450 | | 18,09 | |
| 4 | Große Morgen-/Abendtoilette | Grundpflege | 400 | | 16,08 | |
| 5 | Lagern/Betten | Grundpflege | 100 | | 4,02 | |
| 6 | Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung | Grundpflege | 100 | | 4,02 | |
| 7 | Hilfe bei der Nahrungsaufnahme | Grundpflege | 250 | | 10,05 | |
| 8 | Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG) | Grundpflege | 100 | | 4,02 | |
| 9 | Darm- und Blasenentleerung | Grundpflege | 100 | | 4,02 | |
| 10 | Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung | Grundpflege | 70 | | 2,81 | |
| 11 | Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung | Grundpflege | 600 | | 24,12 | |
| 12 | Beheizen der Wohnung | hauswirtschaftliche Versorgung | 90 | 3,62 | je Tag | |
| 13 | Reinigung der Wohnung | hauswirtschaftliche Versorgung | 90 | 3,62 | | |
| 14 | Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung | hauswirtschaftliche Versorgung | 50 | 2,01 | | |
| 15 | Einkaufen | hauswirtschaftliche Versorgung | 50 | 2,01 | je Einsatz | |
| 16 | Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht bei "Essen auf Rädern") | hauswirtschaftliche Versorgung | 270 | 10,85 | | |
| 17 | Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen | hauswirtschaftliche Versorgung | 60 | 2,41 | | |
| 19 | Erstbesuch | | 600 | 24,12 | 1/4 Stunde (15 min) | |
| 25 | Betreuungsleistungen bei gemeinschaftlicher Inanspruchnahme (Pooling) nach § 36 Absatz 1 Satz 5 SGB XI | | 80 | 3,22 | | |
| 30 | Folgebesuch nach Krankenhausaufenthalt bzw. Höherstufung | | 300 | 12,06 | | je Einsatz |

(Quelle: vdek)

| Bremen 2011 - ISB - individuelle Schwerstbehindertenbetreuung | | | | |
|---|--|--|----------------|-----------|
| Nr. | Leistungskomplexe | Kategorie | Betrag in Euro | Einheit |
| 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 und hauswirtschaftliche Versorgung | 20,54 | je Stunde |

(Quelle: vdek)

noch Anlage 4

| Hamburg 2011 | | | | | | |
|--------------|--|--------------------------------|-----------|-----------|----------------|------------|
| Nr. | Leistungskomplexe | Kategorie | Punktzahl | Punktwert | Betrag in Euro | Einheit |
| 1 | Kleine Morgen-/Abendtoilette | Grundpflege | 250 | 0,0434 | 10,85 | je Einsatz |
| 2 | Kleine Morgen-/Abendtoilette | Grundpflege | 200 | | 8,68 | |
| 3 | Große Morgen-/Abendtoilette | Grundpflege | 450 | | 19,53 | |
| 4 | Große Morgen-/Abendtoilette | Grundpflege | 400 | | 17,36 | |
| 5 | Lagern/Betten/Bewegungsaktivierung/ Transfer, Beinhaltet immer zwei Verrichtungen: 1. Bett machen/richten, 2. Lagern/Mobilisierung, 3. Transfer mobilitätseingeschränkter Pflegebedürftiger innerhalb der Wohnung, je Einsatz 1x abrechenbar | Grundpflege | 100 | 4,34 | | |
| 6 | Hilfe bei der Nahrungsaufnahme | Grundpflege | 250 | 10,85 | | |
| 7 | Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG) | Grundpflege | 200 | 8,68 | | |
| 8a | Darm- und Blasenentleerung | Grundpflege | 50 | 2,17 | | |
| 8b | Darm- und Blasenentleerung | Grundpflege | 150 | 6,51 | | |
| 9 | Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung | Grundpflege | 100 | 4,34 | | |
| 10 | Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung | Grundpflege | 600 | 26,04 | | |
| 11 | Beheizen der Wohnung (Ofenheizung) | hauswirtschaftliche Versorgung | 100 | 4,34 | je Einsatz | |
| 12 | Reinigung der Wohnung | hauswirtschaftliche Versorgung | 500 | 21,70 | je Woche | |
| 13a | Wechseln der Bettwäsche | hauswirtschaftliche Versorgung | 60 | 2,60 | | |
| 13b | Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung insbesondere: Wechseln der Wäsche, Pflege der Wäsche und Kleidung (z.B. auch Bügeln, Ausbessern), Einräumen der Wäsche | hauswirtschaftliche Versorgung | 400 | 17,36 | je Woche | |
| 13c | Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung bei hochgradiger Verwirrtheit und gleichzeitiger absoluter Harn- und/oder Stuhlinkontinenz insbesondere: Wechseln der Wäsche, Pflege der Wäsche und Kleidung (z.B. auch Bügeln, Ausbessern), Einräumen der Wäsche | hauswirtschaftliche Versorgung | 400 | 17,36 | je Tag | |
| 14a | Einkauf/Vorratskauf | hauswirtschaftliche Versorgung | 350 | 15,19 | je Woche | |
| 14b | Kleine Besorgung | hauswirtschaftliche Versorgung | 60 | 2,60 | | |
| 15a | Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht bei Essen auf Rädern) | hauswirtschaftliche Versorgung | 270 | 11,72 | je Tag | |
| 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 | 15,19 | | |
| 16 | Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen | hauswirtschaftliche Versorgung | 80 | 3,47 | je Einsatz | |
| 17a | Erstbesuch insbesondere: Anamnese, Pflegeplanung | | 900 | 39,06 | | |

noch Anlage 4

| | | | | | | |
|-----|---|--|-----|--|---------------|------------|
| 17b | Besuch zur Aktualisierung der Pflege bei gravierender nicht nur vorübergehender Veränderung des Pflegezustands insbesondere: Überarbeitung der Pflegeanamnese, Aktualisierung/Überarbeitung der Pflegeplanung | | 500 | | 21,70 | |
| 18a | Wegepauschale (nicht abrechnungsfähig für Einsätze in Einrichtungen des Betreuten Wohnens, die von trägereigenen Pflegediensten erfolgen) | | 60 | | 2,60 | je Einsatz |
| 18b | Wegepauschale bei gleichzeitiger Erbringung von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege und/oder bei Erbringung von Leistungen bei mehreren Personen in einem Haushalt | | 30 | | 1,30 | |
| 18c | Wegepauschale je Hausbesuch/je Person nur abrechnungsfähig für Einsätze in Einrichtungen des Betreuten Wohnens, die von trägereigenen Pflegediensten erfolgen | | 21 | | 0,91 | |
| 19 | Zuschläge Wochenende/Feiertage/ungünstige Zeiten (22.00 - 06.00 Uhr) in Prozent | | 10 | | | |
| 20 | Bericht gem. § 12 Rahmenvertrag | | 150 | | 6,51 | |
| 99a | Beratungsbesuch § 37 Absatz 3 Satz 6 SGB XI (Stufe 0) einschl. Wegegebühr, Vergütung zu dem in § 37 SGB XI genannten Höchstbetrag, Pflegestufenabhängiger Wert | | | | 21,00 - 31,00 | je Einsatz |
| 99b | Beratungsbesuch § 37 Absatz 3 SGB XI (Stufe 1) einschl. Wegegebühr, Vergütung zu dem in § 37 SGB XI genannten Höchstbetrag - Pflegestufenabhängiger Wert | | | | 21,00 - 31,00 | |
| 99c | Beratungsbesuch § 37 Absatz 3 SGB XI (Stufe 2) einschl. Wegegebühr, Vergütung zu dem in § 37 SGB XI genannten Höchstbetrag - Pflegestufenabhängiger Wert | | | | 21,00 - 31,00 | |
| 99d | Beratungsbesuch § 37 Absatz 3 SGB XI (Stufe 3) einschl. Wegegebühr, Vergütung zu dem in § 37 SGB XI genannten Höchstbetrag - Pflegestufenabhängiger Wert | | | | 21,00 - 31,00 | |

(Quelle: vdek)

noch Anlage 4

| Hessen 2011 (M3, M4) | | | | | | |
|----------------------|--|--------------------------------|-----------|-----------|----------------------------|-----------|
| Nr. | Leistungskomplexe | Kategorie | Punktzahl | Punktwert | Betrag in Euro | Einheit |
| 1 | Kleine Körperpflege (Wertespanne) | Grundpflege | 260-400 | 0,0470 | 12,22 - 18,80 | |
| 2 | Große Körperpflege mit Ganzkörperwäsche/Dusche (Wertespanne) | Grundpflege | 370-510 | | 17,39 - 23,97 | |
| 3 | Große erweiterte Körperpflege (Wertespanne) | Grundpflege | 470-610 | | 22,09 - 28,67 | |
| 4 | Spezielle Lagerung bei Bettlägerigkeit/Immobilität | Grundpflege | 100 | | 4,70 | |
| 5 | Umfangreiche Hilfe und Unterstützung bei Ausscheidungen | Grundpflege | 150 | | 7,05 | |
| 6 | Hilfe bei der Nahrungsaufnahme - einfache Hilfen (Zwischenmahlzeit) | Grundpflege | 100 | | 4,70 | |
| 7 | Hilfe bei der Nahrungsaufnahme - umfangreiche Hilfen (Hauptmahlzeit) | Grundpflege | 250 | | 11,75 | |
| 8 | Enterale Ernährung über Sonde | Grundpflege | 150 | | 7,05 | |
| 9 | Hilfestellung beim Aufstehen und Zubettgehen | Grundpflege | 100 | | 4,70 | |
| 10 | Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung | Grundpflege | 120 | | 5,64 | |
| 11 | Mobilisation in der Wohnung | Grundpflege | 120 | | 5,64 | |
| 12 | Begleitung bei Aktivitäten | Grundpflege | 150 | 7,05 | 1/4 stündlich (15 Minuten) | |
| 13 | Hauswirtschaftliche Versorgung | hauswirtschaftliche Versorgung | 50 | 0,0254 | 1,27 | 5 Minuten |
| 16 | Erstgespräch durch eine Pflegefachkraft | | 900 | | 22,86 | |
| 17 | Folgegespräch bei Änderung der Pflegestufe | | 300 | | 7,62 | |
| 18 | Beratungseinsatz gemäß § 37 Absatz 3 SGB XI Pflegestufenabhängiger Wert - Wert der Pflegestufe 1 | | | | 21,00 | |
| 18 | Beratungseinsatz gemäß § 37 Absatz 3 SGB XI Pflegestufenabhängiger Wert - Wert der Pflegestufe 2 | | | | 21,00 | |
| 18 | Beratungseinsatz gemäß § 37 Absatz 3 SGB XI Pflegestufenabhängiger Wert - Wert der Pflegestufe 3 | | | | 31,00 | |
| 19 | Hausbesuchspauschale | | | | 4,76 | |
| 20 | Erhöhte Hausbesuchspauschale | | | | 9,52 | |
| 21 | Einsatz einer 2. Pflegekraft in Prozent | | 100% | | | |

(Quelle: vdek)

noch Anlage 4

| Hessen 2011 - Zeitvergütung | | | |
|-----------------------------|------------------------|-----------|----------------|
| Nr. | Leistungskomplex | Einheit | Betrag in Euro |
| 1 | Bereich Grundpflege | je Stunde | 28,62 |
| 2 | Bereich Hauswirtschaft | je Stunde | 17,00 |

(Quelle: vdek)

| Mecklenburg-Vorpommern 2011 | | | | | |
|-----------------------------|--|--------------------------------|-----------|-----------|----------------|
| Nr. | Leistungskomplexe | Kategorie | Punktzahl | Punktwert | Betrag in Euro |
| 1 | Kleine Morgen-/Abendtoilette | Grundpflege | 240 | 0,0368 | 8,83 |
| 2 | Große Morgen-/Abendtoilette | Grundpflege | 400 | | 14,72 |
| 3 | Teilkörperpflege | Grundpflege | 140 | | 5,15 |
| 4 | Ganzkörperpflege | Grundpflege | 300 | | 11,04 |
| 5 | Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes | Grundpflege | 50 | | 1,84 |
| 6 | Lagern/Betten/Mobilisieren | Grundpflege | 130 | | 4,78 |
| 7 | Hilfe bei der Nahrungsaufnahme | Grundpflege | 250 | | 9,20 |
| 8 | Sondenernährung | Grundpflege | 300 | | 11,04 |
| 9 | Darm- und Blasenentleerung | Grundpflege | 50 | | 1,84 |
| 10 | Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung | Grundpflege | 70 | | 2,58 |
| 11 | Begleitung bei Aktivitäten | Grundpflege | 600 | | 22,08 |
| 12 | Beheizen der Wohnung | hauswirtschaftliche Versorgung | 90 | | 3,31 |
| 13 | Reinigung im unmittelbaren Wohnbereich der Wohnung | hauswirtschaftliche Versorgung | 150 | | 5,52 |
| 14 | Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung | hauswirtschaftliche Versorgung | 360 | | 13,25 |
| 15 | Einkaufen | hauswirtschaftliche Versorgung | 150 | | 5,52 |
| 16 | Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht Essen auf Rädern) | hauswirtschaftliche Versorgung | 270 | | 9,94 |
| 17 | Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen | hauswirtschaftliche Versorgung | 60 | | 2,21 |
| 18 | Erstbesuch | | 450 | | 16,56 |
| 19 | Zuschläge | | 30 | | 1,10 |
| 20 | Einsatz 2. Pflegekraft (Aufschlag in %) | | 100% | | |

(Quelle: vdek)

noch Anlage 4

| Niedersachsen - Niedersächsischer Leistungskatalog 2011 | | | | |
|---|--------------------------------|------------|------------|--------------------------------------|
| Leistungskomplexe | Kategorie | Punkt-zahl | Punkt-wert | Betrag in € |
| Erstbesuch | undefiniert | 600,00 | 0,0383 | 22,98 |
| Folgebesuch | undefiniert | 300,00 | | 11,49 |
| Kleine Pflege | Grundpflege | 220,00 | | 8,43 |
| Große Pflege I | Grundpflege | 360,00 | | 13,79 |
| Große Pflege II | Grundpflege | 450,00 | | 17,24 |
| Kämmen und Rasieren | Grundpflege | 70,00 | | 2,68 |
| Hilfen beim An- bzw. Ausziehen von Kompressionsstrümpfen/-strumpfhose ab Klasse II | Grundpflege | 65,00 | | 2,49 |
| Hilfen bei Aufsuchen und Verlassen des Bettes im Zusammenhang mit der Körperpflege | Grundpflege | 50,00 | | 1,92 |
| Hilfen beim Aufsuchen und Verlassen des Bettes | Grundpflege | 100,00 | | 3,83 |
| Spezielle Lagerung bei Immobilität im Zusammenhang mit der Körperpflege | Grundpflege | 100,00 | | 3,83 |
| Spezielle Lagerung bei Immobilität | Grundpflege | 200,00 | | 7,66 |
| Einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme | Grundpflege | 100,00 | | 3,83 |
| Umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme | Grundpflege | 300,00 | | 11,49 |
| Nahrungszufuhr durch Verabreichung von Sondenkost | Grundpflege | 100,00 | | 3,83 |
| Ergänzende Hilfe bei Ausscheidungen im Zusammenhang mit der Körperpflege | Grundpflege | 80,00 | | 3,06 |
| Umfangreiche Hilfe bei Ausscheidungen | Grundpflege | 200,00 | | 7,66 |
| Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung | Grundpflege | 80,00 | | 3,06 |
| Begleitung bei Aktivitäten | Grundpflege | 600,00 | | 22,98 |
| Hauswirtschaftliche Versorgung | hauswirtschaftliche Versorgung | 80,00 | | 3,06 |
| Pflegeeinsatz gem. § 37 Absatz 3 SGB XI (Einsatzpauschale) Stufe I | | | | |
| Pflegeeinsatz gem. § 37 Absatz 3 SGB XI (Einsatzpauschale) Stufe II | | | | 21,00 |
| Pflegeeinsatz gem. § 37 Absatz 3 SGB XI (Einsatzpauschale) Stufe III | | | | 31,00 |
| Wegepauschale - Besuche zwischen 6.01 Uhr und 20.00 Uhr | | | | Leistungserbringer (LE)- individuell |
| erhöhte (verdoppelte) Wegepauschale - Besuch zwischen 20.01 Uhr und 6.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen | | | | LE- individuell |
| halbe Wegepauschale - Besuch zwischen 6.01 Uhr und 20.00 Uhr bei gleichzeitiger Erbringung von Leistungen nach SGB V | | | | LE- individuell |
| halbe erhöhte Wegepauschale zwischen 20.01 Uhr und 6.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen bei gleichzeitiger Erbringung von Leistungen nach SGB V | | | | LE- individuell |
| Wegegeld für Leistungen durch Pflegedienste, deren Sitz der Wohneinrichtung räumlich unmittelbar zugeordnet ist (Wegegeld bei Leistungen des Betreuten Wohnens) | | | | LE- individuell |
| Wegegeld für Leistungen durch externe Pflegedienste, die zeitlich zusammenhängend mehr als zwei Pflegebedürftige nacheinander in derartigen Wohneinrichtungen pflegen (Wegegeld bei Leistungen des Betreuten Wohnens) | | | | LE- individuell |

Quelle: vdek

noch Anlage 4

| Nordrhein-Westfalen 2011 - LK 30 | | | | | |
|----------------------------------|---|--------------------------------|-----------|-----------|------------------|
| Nr. | Leistungskomplexe | Kategorie | Punktzahl | Punktwert | Betrag in Euro |
| 1 | Ganzwaschung | Grundpflege | 410 | 0,0416 | 17,06 |
| 2 | Teilwaschung | Grundpflege | 220 | | 9,15 |
| 3 | Ausscheidungen | Grundpflege | 100 | | 4,16 |
| 4 | Selbständige Nahrungsaufnahme | Grundpflege | 100 | | 4,16 |
| 5 | Hilfe bei der Nahrungsaufnahme | Grundpflege | 250 | | 10,40 |
| 6 | Sondenernährung bei implantierter Magensonde (PEG) | Grundpflege | 100 | | 4,16 |
| 7 | Lagern/Betten | Grundpflege | 100 | | 4,16 |
| 8 | Mobilisation (Mindesteinsatzdauer 15 Minuten) | Grundpflege | 180 | | 7,49 |
| 9 | Behördengänge und Arztbesuche | undefiniert | 360 | | 14,98 |
| 10 | Beheizen des Wohnbereichs | hauswirtschaftliche Versorgung | 60 | | 2,50 |
| 11 | Einkaufen | hauswirtschaftliche Versorgung | 150 | | 6,24 |
| 12 | Zubereiten von warmen Speisen | hauswirtschaftliche Versorgung | 150 | | 6,24 |
| 13 | Reinigung der Wohnung | hauswirtschaftliche Versorgung | 540 | | 22,46 |
| 14 | Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung | Grundpflege | 360 | | 14,98 |
| 15 | Hausbesuchspauschale | | | | LE - individuell |
| 15a | erhöhte Hausbesuchspauschale | | | | LE - individuell |
| 16 | Erstgespräch (vor Aufnahme der Pflege) | | 500 | 0,0416 | 20,80 |
| 17 | Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 SGB XI (Stufe 1) | | | | 21,00 |
| 17a | Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 SGB XI (Stufe 2) | | | | 21,00 |
| 17b | Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 SGB XI (Stufe 3) | | | | 31,00 |
| 17c | Beratungsbesuch nach § 37 Absatz 3 Satz 6 SGB XI (Stufe 0) | | | | 21,00 |
| 18 | Große Grundpflege mit Lagern/Betten und selbständiger Nahrungsaufnahme | Grundpflege | 610 | 0,0416 | 25,38 |
| 19 | Große Grundpflege | Grundpflege | 450 | | 18,72 |
| 20 | Kleine Grundpflege mit Lagern/Betten und selbständiger Nahrungsaufnahme | Grundpflege | 450 | | 18,72 |
| 21 | Kleine Grundpflege | Grundpflege | 290 | | 12,06 |
| 22 | Große hauswirtschaftliche Versorgung | hauswirtschaftliche Versorgung | 760 | | 31,62 |
| 23 | Große Grundpflege mit Lagern/Betten | Grundpflege | 520 | | 21,63 |
| 24 | Große Grundpflege mit Lagern/Betten und Hilfe bei der Nahrungsaufnahme | Grundpflege | 740 | | 30,78 |
| 25 | Kleine Grundpflege mit Lagern/Betten | Grundpflege | 350 | | 14,56 |
| 26 | Kleine Grundpflege mit Lagern/Betten und Hilfe bei der Nahrungsaufnahme | Grundpflege | 580 | | 24,13 |
| 27 | Kleine pflegerische Hilfestellung 1 | Grundpflege | 100 | | 4,16 |
| 28 | Kleine pflegerische Hilfestellung 2 | Grundpflege | 100 | | 4,16 |
| 29 | Kleine pflegerische Hilfestellung 3 | Grundpflege | 170 | | 7,07 |
| 30 | Kleine pflegerische Hilfestellung 4 | Grundpflege | 80 | | 3,33 |

(Quelle: vdek)

noch Anlage 4

| Rheinland-Pfalz 2011 | | | |
|-----------------------------|--|--------------------------------|-----------------------|
| Nr. | Leistungskomplexe | Kategorie | Betrag in Euro |
| 1 | Kleine Morgen-/Abendtoilette | Grundpflege | 13,32 - 13,39 |
| 2 | Große Morgen-/Abendtoilette | Grundpflege | 18,65 - 18,74 |
| 3 | Große Morgen-/Abendtoilette mit Vollbad | Grundpflege | 23,99 - 24,11 |
| 4 | Vollbad | Grundpflege | 16,00 - 16,08 |
| 5 | Hilfe bei Ausscheidungen | Grundpflege | 5,34 - 5,37 |
| 6 | Lagern/Betten | Grundpflege | 5,34 - 5,37 |
| 7 | Mobilisation | Grundpflege | 8,27 - 8,31 |
| 8 | Hilfe bei der Nahrungsaufnahme | Grundpflege | 13,32 - 13,39 |
| 9 | Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG) | Grundpflege | 2,67 - 2,68 |
| 10 | Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung | Grundpflege | 3,07 - 3,08 |
| 11 | Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung | Grundpflege | 18,58 - 18,68 |
| 12 | Beheizen der Wohnung (Voraussetzung: Befuerung mit Holz, Kohle, Öl) | hauswirtschaftliche Versorgung | 2,96 - 2,97 |
| 13 | Vollständiges Ab- und Beziehen eines Bettes | hauswirtschaftliche Versorgung | 2,96 - 2,97 |
| 14 | Reinigung der Wohnung - Grundreinigung | hauswirtschaftliche Versorgung | 53,54 - 53,82 |
| 15 | Reinigung der Wohnung - Unterhaltsreinigung | hauswirtschaftliche Versorgung | 5,97 - 6,00 |
| 16 | Waschen der Wäsche und Kleidung | hauswirtschaftliche Versorgung | 5,97 - 6,00 |
| 17 | Bügeln | hauswirtschaftliche Versorgung | 8,92 - 8,96 |
| 18 | Einkaufen | hauswirtschaftliche Versorgung | 7,43 - 7,46 |
| 19 | Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht bei Essen auf Rädern) | hauswirtschaftliche Versorgung | 13,41 - 13,47 |
| 20 | Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (auch bei Essen auf Rädern) | hauswirtschaftliche Versorgung | 2,96 - 2,97 |
| 21 | Erstbesuch | | 30,71 - 30,87 |

(Quelle: vdek)

noch Anlage 4

| Saarland 2011 | | | | | |
|---------------|---|--------------------------------|-----------|-----------|----------------|
| Nr. | Leistungskomplexe | Kategorie | Punktzahl | Punktwert | Betrag in Euro |
| 1 | Kleine Morgen-/Abendtoilette | Grundpflege | 360 | 0,0351 | 12,64 |
| 2 | Große Morgen-/Abendtoilette | Grundpflege | 570 | 0,0351 | 20,01 |
| 3 | Lagern | Grundpflege | 100 | 0,0351 | 3,51 |
| 4 | Lagern als alleinige Leistung | Grundpflege | 200 | 0,0351 | 7,02 |
| 5 | Mobilisation | Grundpflege | 150 | 0,0351 | 5,27 |
| 6 | Mobilisation als alleinige Leistung | Grundpflege | 200 | 0,0351 | 7,02 |
| 7 | Hilfe bei der Nahrungsaufnahme | Grundpflege | 250 | 0,0351 | 8,78 |
| 8 | Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG) | Grundpflege | 100 | 0,0351 | 3,51 |
| 9 | Darm- und Blasenentleerung | Grundpflege | 100 | 0,0351 | 3,51 |
| 10 | Darm- und Blasenentleerung | Grundpflege | 200 | 0,0351 | 7,02 |
| 11 | Hilfestellung zum Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung | Grundpflege | 70 | 0,0351 | 2,46 |
| 12 | Begleitung bei Aktivitäten außerhalb der Wohnung | Grundpflege | 600 | 0,0351 | 21,06 |
| 13 | Hauswirtschaftliche Verrichtungen (je 15 Min.) | hauswirtschaftliche Versorgung | 135 | 0,0351 | 4,74 |
| 15 | Erstbesuch / Folgebesuch | undefiniert | 600 | 0,0351 | 21,06 |

Quelle: vdek

noch Anlage 4

| Sachsen 2011 | | | | | |
|--------------|--|--------------------------------|-----------|-----------|----------------|
| Nr. | Leistungskomplexe | Kategorie | Punktzahl | Punktwert | Betrag in Euro |
| 1 | Kleine Morgen-/Abendtoilette | Grundpflege | 250 | 0,0355 | 8,88 |
| 2 | Kleine Morgen-/Abendtoilette | Grundpflege | 200 | | 7,10 |
| 3 | Große Morgen-/Abendtoilette | Grundpflege | 450 | | 15,98 |
| 4 | Große Morgen-/Abendtoilette | Grundpflege | 400 | | 14,20 |
| 5 | Lagern/Betten | Grundpflege | 100 | | 3,55 |
| 6 | Hilfe bei der Nahrungsaufnahme | Grundpflege | 250 | | 8,88 |
| 7 | Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG) | Grundpflege | 80 | | 2,84 |
| 8 | Darm- und Blasenentleerung | Grundpflege | 100 | | 3,55 |
| 9 | Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung | Grundpflege | 70 | | 2,49 |
| 10 | Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung | Grundpflege | 600 | | 21,30 |
| 11 | Beheizen der Wohnung | hauswirtschaftliche Versorgung | 100 | | 3,55 |
| 12 | Reinigung der Wohnung | hauswirtschaftliche Versorgung | 90 | | 3,20 |
| 13 | Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung | hauswirtschaftliche Versorgung | 360 | | 12,78 |
| 14 | Einkaufen | hauswirtschaftliche Versorgung | 150 | | 5,33 |
| 15 | Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht bei Essen auf Rädern) | hauswirtschaftliche Versorgung | 270 | | 9,59 |
| 16 | Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen | hauswirtschaftliche Versorgung | 60 | | 2,13 |
| 16a | Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit (Essen auf Rädern - gefroren) in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen | hauswirtschaftliche Versorgung | 90 | | 3,20 |
| 17 | Pflegeeinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI für Pflegestufe I und II | | | | |
| 17a | Pflegeeinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI für Pflegestufe III | | | | LE-individuell |
| 18 | Erstbesuch | | | | LE-individuell |

(Quelle: vdek)

noch Anlage 4

| Sachsen 2011 - LIGA | | | | | |
|---------------------|--|--------------------------------|-----------|-----------|----------------|
| Nr. | Leistungskomplexe | Kategorie | Punktzahl | Punktwert | Betrag in Euro |
| 1 | Kleine Morgen-/Abendtoilette | Grundpflege | 250 | 0,0377 | 9,43 |
| 2 | Kleine Morgen-/Abendtoilette | Grundpflege | 200 | | 7,54 |
| 3 | Große Morgen-/Abendtoilette | Grundpflege | 450 | | 16,97 |
| 4 | Große Morgen-/Abendtoilette | Grundpflege | 400 | | 15,08 |
| 5 | Lagern/Betten | Grundpflege | 100 | | 3,77 |
| 6 | Hilfe bei der Nahrungsaufnahme | Grundpflege | 250 | | 9,43 |
| 7 | Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG) | Grundpflege | 80 | | 3,02 |
| 8 | Darm- und Blasenentleerung | Grundpflege | 100 | | 3,77 |
| 9 | Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung | Grundpflege | 70 | | 2,64 |
| 10 | Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung | Grundpflege | 600 | | 22,62 |
| 11 | Beheizen der Wohnung | hauswirtschaftliche Versorgung | 100 | | 3,77 |
| 12 | Reinigung der Wohnung | hauswirtschaftliche Versorgung | 90 | | 3,39 |
| 13 | Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung | hauswirtschaftliche Versorgung | 360 | | 13,57 |
| 14 | Einkaufen | hauswirtschaftliche Versorgung | 150 | | 5,66 |
| 15 | Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht bei Essen auf Rädern) | hauswirtschaftliche Versorgung | 270 | | 10,18 |
| 16 | Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen | hauswirtschaftliche Versorgung | 60 | | 2,26 |
| 16a | Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit (Essen auf Rädern - gefroren) in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen | hauswirtschaftliche Versorgung | 90 | | 3,39 |
| 17 | Erstbesuch | | | | 24,30 |

(Quelle: vdek)

noch Anlage 4

| Sachsen-Anhalt 2011 | | | | | |
|---------------------|--|--------------------------------|-----------|-----------|----------------|
| Nr. | Leistungskomplexe | Kategorie | Punktzahl | Punktwert | Betrag in Euro |
| 1 | Kleine Morgen- oder Abendtoilette | Grundpflege | 250 | 0,0376 | 9,40 |
| 2 | Kleine Morgen- oder Abendtoilette | Grundpflege | 200 | | 7,52 |
| 3 | Große Morgen- oder Abendtoilette | Grundpflege | 450 | | 16,92 |
| 4 | Große Morgen- oder Abendtoilette | Grundpflege | 400 | | 15,04 |
| 5 | Haare waschen im Bett | Grundpflege | 160 | | 6,02 |
| 6 | Lagern/Betten | Grundpflege | 100 | | 3,76 |
| 7 | Hilfe bei der Nahrungsaufnahme | Grundpflege | 250 | | 9,40 |
| 8 | Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG) | Grundpflege | 100 | | 3,76 |
| 9 | Darm- und Blasenentleerung | Grundpflege | 110 | | 4,14 |
| 10 | Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung | Grundpflege | 80 | | 3,01 |
| 11 | Begleitung von Aktivitäten | Grundpflege | 600 | | 22,56 |
| 12 | Beheizen der Wohnung | hauswirtschaftliche Versorgung | 90 | | 3,38 |
| 13 | Reinigung des genutzten Wohnraumes | hauswirtschaftliche Versorgung | 90 | | 3,38 |
| 14 | Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung | hauswirtschaftliche Versorgung | 360 | | 13,54 |
| 15 | Wechseln der Bettwäsche | hauswirtschaftliche Versorgung | 80 | | 3,01 |
| 16 | Kleiner Einkauf | hauswirtschaftliche Versorgung | 90 | | 3,38 |
| 17 | Großer Einkauf | hauswirtschaftliche Versorgung | 150 | | 5,64 |
| 18 | Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht bei Essen auf Rädern) | hauswirtschaftliche Versorgung | 270 | | 10,15 |
| 19 | Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen | hauswirtschaftliche Versorgung | 80 | | 3,01 |
| 20 | Erstbesuch | | 500 | | 18,80 |
| 21 | Pflegeeinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI Pflegestufenabhängiger Wert - Wert der Pflegestufe I | | | | 21,00 |
| 21 | Pflegeeinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI Pflegestufenabhängiger Wert - Wert der Pflegestufe II | | | | 21,00 |
| 21 | Pflegeeinsätze nach § 37 Absatz 3 SGB XI Pflegestufenabhängiger Wert - Wert der Pflegestufe III | | | | 31,00 |

(Quelle: vdek)

noch Anlage 4

| Schleswig-Holstein 2011 | | | | | |
|-------------------------|--|--------------------------------|-----------|-----------|----------------|
| Nr. | Leistungskomplexe | Kategorie | Punktzahl | Punktwert | Betrag in Euro |
| 1 | Kleine Morgen-/ Abendtoilette | Grundpflege | 270 | 0,0432 | 11,66 |
| 2 | Kleine Morgen-/ Abendtoilette | Grundpflege | 230 | | 9,94 |
| 3 | Große Morgen-/ Abendtoilette | Grundpflege | 440 | | 19,01 |
| 4 | Große Morgen-/ Abendtoilette | Grundpflege | 380 | | 16,42 |
| 5 | Lagern/Betten | Grundpflege | 110 | | 4,75 |
| 6 | Hilfe bei der Nahrungsaufnahme | Grundpflege | 270 | | 11,66 |
| 6a | Hilfe bei der Nahrungsaufnahme einer Zwischenmahlzeit | Grundpflege | 100 | | 4,32 |
| 7 | Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG) | Grundpflege | 200 | | 8,64 |
| 8 | Darm- und Blasenentleerung | Grundpflege | 120 | | 5,18 |
| 8a | Darm- und Blasenentleerung (Kleine Hilfen) | Grundpflege | 60 | | 2,59 |
| 9 | Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung | Grundpflege | 120 | | 5,18 |
| 10 | Begleitung bei Aktivitäten | Grundpflege | 600 | | 25,92 |
| 12 | Reinigung der Wohnung | hauswirtschaftliche Versorgung | 100 | | 4,32 |
| 13 | Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung | hauswirtschaftliche Versorgung | 50 | | 2,16 |
| 13a | Wechseln der Bettwäsche | hauswirtschaftliche Versorgung | 55 | | 2,38 |
| 14 | Einkaufen | hauswirtschaftliche Versorgung | 60 | | 2,59 |
| 15 | Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht Essen auf Rädern) | hauswirtschaftliche Versorgung | 270 | 11,66 | |
| 16 | Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen | hauswirtschaftliche Versorgung | 80 | 3,46 | |

(Quelle: vdek)

noch Anlage 4

| Thüringen 2011 | | | | | |
|----------------|---|--------------------------------|-----------|-----------|----------------|
| Nr. | Leistungskomplexe | Kategorie | Punktzahl | Punktwert | Betrag in Euro |
| 1 | Erstbesuch | Grundpflege | 600 | 0,0355 | 21,30 |
| 2 | Kleine Morgen-/Abendtoilette I | Grundpflege | 180 | | 6,39 |
| 3 | Kleine Morgen-/Abendtoilette II | Grundpflege | 200 | | 7,10 |
| 4 | Kleine Morgen-/Abendtoilette III | Grundpflege | 250 | | 8,88 |
| 5 | Große Morgen-/Abendtoilette I | Grundpflege | 340 | | 12,07 |
| 6 | Große Morgen-/Abendtoilette II | Grundpflege | 400 | | 14,20 |
| 7 | Große Morgen-/Abendtoilette III | Grundpflege | 450 | | 15,98 |
| 8 | Spezielle Lagerung bei Bettlägerigkeit oder Immobilität | Grundpflege | 100 | | 3,55 |
| 8a | Spezielle Lagerung bei Bettlägerigkeit oder Immobilität | Grundpflege | 150 | | 5,33 |
| 9 | Hilfe bei der Nahrungsaufnahme – Hauptmahlzeit | Grundpflege | 250 | | 8,88 |
| 10 | Hilfe bei der Nahrungsaufnahme - sonst. Mahlzeit | Grundpflege | 100 | | 3,55 |
| 11 | Sondenernährung bei implantierter Magensonde (PEG) | Grundpflege | 150 | | 5,33 |
| 12 | Erweiterte Hilfe/Unterstützung bei Ausscheidungen | Grundpflege | 100 | | 3,55 |
| 12a | Erweiterte Hilfe/Unterstützung bei Ausscheidungen | Grundpflege | 150 | | 5,33 |
| 13 | Kleine Hilfe/Unterstützung bei Ausscheidungen | Grundpflege | 40 | | 1,42 |
| 14 | Hilfestellung bei Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung | Grundpflege | 70 | | 2,49 |
| 15 | Begleitung bei Aktivitäten | Grundpflege | 600 | | 21,30 |
| 16 | Beheizen der Wohnung (Ofenheizung) | hauswirtschaftliche Versorgung | 90 | | 3,20 |
| 17 | Reinigung der Wohnung | hauswirtschaftliche Versorgung | 500 | | 17,75 |
| 18 | Waschen/Pflege der Wäsche und Kleidung | hauswirtschaftliche Versorgung | 360 | | 12,78 |
| 19 | Wechseln der Bettwäsche | hauswirtschaftliche Versorgung | 50 | | 1,78 |
| 20 | Vorratseinkauf | hauswirtschaftliche Versorgung | 150 | | 5,33 |
| 21 | Besorgung | hauswirtschaftliche Versorgung | 90 | | 3,20 |
| 22 | Zubereitung einer Hauptmahlzeit | hauswirtschaftliche Versorgung | 270 | 9,59 | |
| 23 | Zubereitung einer sonst. Mahlzeit | hauswirtschaftliche Versorgung | 70 | 2,49 | |
| 24 | Pflegeeinsatz gem. § 37 Absatz 3 SGB XI Pflegestufenabhängiger Wert - Wert der Pflegestufe 1 | | | | 21,00 |
| 24 | Pflegeeinsatz gem. § 37 Absatz 3 SGB XI Pflegestufenabhängiger Wert - Wert der Pflegestufe 2 | | | | 21,00 |
| 24 | Pflegeeinsatz gem. § 37 Absatz 3 SGB XI Pflegestufenabhängiger Wert - Wert der Pflegestufe 3 | | | | 31,00 |

(Quelle: vdek)

Anlage 5

Pflegesatzniveau in den Ländern (Stand: 1. Januar 2011)

| Teilstationäre Pflege | | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------|------------------------|--|
| Landesvertretung | Pflegestufe I pro Tag | Pflegestufe II pro Tag | Pflegestufe III pro Tag | UuV pro Tag | Unterkunft pro Tag | Verpflegung pro Tag | Investitionskosten (Bewohner) pro Tag |
| Beträge jeweils in € | | | | | | | |
| Baden- Württemberg | 32,61 | 43,48 | 51,09 | 6,94 | 4,10 | 3,71 | 6,03 |
| Bayern | 36,98 | 37,81 | 47,80 | 9,33 | 5,10 | 7,01 | 5,35 |
| Berlin | 51,72 | 53,71 | 57,23 | 9,21 | 5,31 | 3,82 | 6,16 |
| Brandenburg | 22,99 | 33,27 | 47,82 | 9,64 | 6,64 | 3,39 | 4,12 |
| Bremen | 29,84 | 35,81 | 41,78 | 9,43 | | | 9,88 |
| Hamburg | 42,32 | 44,25 | 46,18 | 12,69 | 8,59 | 4,63 | 1,86 |
| Hessen | 38,00 | 41,44 | 44,80 | 12,34 | 7,53 | 4,79 | 8,54 |
| Mecklenburg- Vorpommern | 24,60 | 34,35 | 44,63 | 9,14 | 4,50 | 4,76 | 3,09 |
| NRW | 42,29 | 44,34 | 46,39 | 16,38 | 9,53 | 7,65 | 6,41 |
| Niedersachsen | 32,80 | 39,12 | 44,96 | 12,24 | 8,77 | 3,89 | 10,06 |
| Nordrhein | 43,62 | 45,90 | 47,98 | 16,83 | 9,57 | 7,85 | 6,69 |
| Rheinland-Pfalz | 29,80 | 34,71 | 43,66 | 12,03 | 8,02 | 4,21 | 6,50 |
| Saarland | 33,52 | 41,02 | 49,72 | 12,40 | 6,38 | 6,59 | 6,08 |
| Sachsen | 22,70 | 30,95 | 35,27 | 6,18 | 4,40 | 2,71 | 4,53 |
| Sachsen-Anhalt | 18,13 | 33,18 | 45,33 | 11,58 | 7,04 | 4,69 | 4,03 |
| Schleswig- Holstein | 33,08 | 38,12 | 43,07 | 13,44 | 6,01 | 7,46 | 9,23 |
| Thüringen | 20,06 | 31,89 | 39,13 | 9,78 | 8,19 | 2,33 | 6,26 |
| Westfalen-Lippe | 41,24 | 43,11 | 45,14 | 16,02 | 9,48 | 7,37 | 6,29 |
| Durchschnitt Bund | 33,11 | 39,35 | 46,26 | 10,73 | 7,17 | 4,86 | 6,66 |

(Quelle: vdek)

noch Anlage 5

| Kurzzeitpflege (nur Solitäreinrichtungen) | | | | | | | |
|--|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--|
| Landesvertretung | Pflegestufe I pro Tag | Pflegestufe II pro Tag | Pflegestufe III pro Tag | UuV pro Tag | Unterkunft pro Tag | Verpflegung pro Tag | Investitionskosten (Bewohner) pro Tag |
| Beträge jeweils in € | | | | | | | |
| Baden- Württemberg | 47,99 | 58,28 | 73,38 | 18,27 | 11,98 | 9,99 | 11,19 |
| Bayern | 60,54 | 69,36 | 78,00 | 16,68 | 8,89 | 10,23 | 10,50 |
| Berlin | 69,05 | 74,00 | 78,49 | 15,12 | 9,84 | 5,38 | 12,13 |
| Brandenburg | 40,81 | 52,00 | 70,99 | 16,09 | 12,64 | 4,49 | 11,07 |
| Bremen | 48,96 | 58,68 | 67,19 | 21,95 | 13,25 | 8,83 | |
| Hamburg | 64,95 | 74,37 | 93,34 | 26,90 | 14,64 | 12,26 | 4,05 |
| Hessen | 44,78 | 63,59 | 80,61 | 17,85 | 10,90 | 7,27 | 13,86 |
| Mecklenburg- Vorpommern | 52,42 | 68,77 | 88,69 | 19,67 | 10,22 | 9,75 | 6,49 |
| NRW | 57,10 | 76,52 | 90,50 | 33,11 | 16,82 | 20,04 | 9,79 |
| Niedersachsen | 47,70 | 57,91 | 67,84 | 18,15 | 13,14 | 4,56 | 12,82 |
| Nordrhein | 56,14 | 73,63 | 88,60 | 33,34 | 16,74 | 19,43 | 11,06 |
| Rheinland-Pfalz | 46,31 | 54,64 | 68,50 | 22,02 | 14,38 | 7,74 | 9,24 |
| Saarland | 47,22 | 62,60 | 78,54 | 23,00 | 15,11 | 8,11 | 11,79 |
| Sachsen | 36,42 | 47,87 | 63,80 | 14,85 | 11,25 | 4,05 | 7,44 |
| Sachsen-Anhalt | 53,60 | 53,56 | 53,60 | 14,77 | 8,87 | 5,92 | 5,83 |
| Schleswig- Holstein | 69,75 | 79,29 | 88,87 | 18,73 | 9,16 | 8,55 | 12,71 |
| Thüringen | 34,17 | 46,57 | 60,72 | 18,29 | 14,57 | 3,91 | 8,73 |
| Westfalen-Lippe | 58,34 | 80,22 | 92,94 | 32,83 | 16,95 | 21,03 | 9,34 |
| Durchschnitt Bund | 49,11 | 61,54 | 74,52 | 20,54 | 13,11 | 9,73 | 10,30 |

(Quelle: vdek)

noch Anlage 5

| Kurzzeitpflege (incl. eingestreute Betten und separate Abteilung) | | | | | | | |
|---|--------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------|------------------------|--|
| Landesvertretung | Pflegestufe I pro Tag | Pflegestufe II pro Tag | Pflegestufe III pro Tag | UuV pro Tag | Unterkunft pro Tag | Verpflegung pro Tag | Investitionskosten (Bewohner) pro Tag |
| | Beträge jeweils in € | | | | | | |
| Baden-Württemberg | 46,76 | 60,40 | 77,24 | 20,40 | 11,64 | 9,57 | 12,53 |
| Bayern | 48,42 | 60,45 | 69,44 | 17,27 | 8,41 | 9,79 | 11,56 |
| Berlin | 69,05 | 74,00 | 78,49 | 15,12 | 9,84 | 5,38 | 12,13 |
| Brandenburg | 38,21 | 48,57 | 65,10 | 16,73 | 12,42 | 4,39 | 7,86 |
| Bremen | 38,68 | 57,03 | 69,76 | 22,03 | 13,21 | 8,81 | 16,10 |
| Hamburg | 41,13 | 59,51 | 78,15 | 22,28 | 12,18 | 10,56 | 15,48 |
| Hessen | 41,39 | 67,27 | 74,85 | 17,65 | 10,79 | 7,20 | 14,64 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 36,46 | 48,69 | 63,47 | 19,69 | 9,21 | 9,57 | 9,46 |
| NRW | 44,26 | 65,72 | 79,79 | 33,29 | 15,94 | 18,74 | 15,81 |
| Niedersachsen | 44,20 | 53,26 | 65,91 | 16,80 | 12,47 | 4,53 | 16,64 |
| Nordrhein | 45,62 | 70,97 | 81,22 | 35,94 | 16,24 | 19,76 | 15,82 |
| Rheinland-Pfalz | 43,96 | 55,06 | 73,55 | 22,16 | 14,49 | 7,81 | 12,99 |
| Saarland | 43,55 | 59,70 | 76,37 | 22,50 | 14,53 | 8,11 | 14,49 |
| Sachsen | 36,42 | 47,87 | 63,80 | 14,85 | 11,25 | 4,05 | 7,51 |
| Sachsen-Anhalt | 48,63 | 48,83 | 48,99 | 15,89 | 9,58 | 6,39 | 8,22 |
| Schleswig-Holstein | 40,88 | 53,12 | 64,80 | 21,15 | 10,76 | 10,40 | 14,80 |
| Thüringen | 32,73 | 45,01 | 59,71 | 18,66 | 15,14 | 3,99 | 9,21 |
| Westfalen-Lippe | 43,08 | 61,12 | 78,55 | 30,97 | 15,56 | 17,46 | 15,80 |
| Durchschnitt Bund | 44,22 | 58,58 | 71,32 | 21,75 | 12,73 | 10,05 | 13,66 |

(Quelle: vdek)

noch Anlage 5

| Vollstationäre Pflege | | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------|----------------|-----------------------|------------------------|--|
| Landesvertretung | Pflegestufe I pro Tag | Pflegestufe II pro Tag | Pflegestufe III pro Tag | UuV pro Tag | Unterkunft pro Tag | Verpflegung pro Tag | Investitionskosten (Bewohner) pro Tag |
| Beträge jeweils in € | | | | | | | |
| Baden- Württemberg | 46,70 | 60,46 | 77,37 | 20,40 | 11,64 | 9,56 | 12,37 |
| Bayern | 50,63 | 61,29 | 70,63 | 17,67 | 8,32 | 9,93 | 11,69 |
| Berlin | 48,84 | 66,70 | 79,47 | 20,23 | 11,19 | 8,84 | 11,34 |
| Brandenburg | 37,82 | 48,27 | 64,68 | 16,75 | 12,38 | 4,38 | 8,41 |
| Bremen | 36,61 | 58,58 | 73,22 | 22,21 | 13,33 | 8,89 | 16,28 |
| Hamburg | 40,88 | 59,38 | 78,01 | 22,22 | 12,14 | 10,55 | 15,49 |
| Hessen | 39,89 | 55,95 | 71,91 | 17,11 | 10,82 | 7,23 | 14,56 |
| Mecklenburg- Vorpommern | 34,76 | 46,94 | 61,32 | 19,58 | 9,03 | 9,80 | 8,45 |
| NRW | 43,80 | 61,66 | 79,74 | 34,27 | 16,07 | 19,66 | 15,95 |
| Niedersachsen | 39,84 | 52,75 | 64,99 | 16,54 | 12,47 | 4,53 | 16,24 |
| Nordrhein | 45,00 | 63,04 | 81,03 | 37,12 | 16,39 | 20,89 | 15,95 |
| Rheinland-Pfalz | 42,07 | 54,71 | 75,72 | 22,16 | 14,48 | 7,80 | 12,95 |
| Saarland | 42,70 | 59,32 | 76,26 | 22,70 | 14,60 | 8,18 | 15,30 |
| Sachsen | 34,87 | 45,94 | 62,30 | 14,88 | 11,22 | 3,99 | 9,61 |
| Sachsen-Anhalt | 36,57 | 48,50 | 57,76 | 15,98 | 9,62 | 6,42 | 8,36 |
| Schleswig- Holstein | 41,51 | 53,91 | 65,73 | 24,81 | 10,75 | 14,06 | 14,55 |
| Thüringen | 32,81 | 45,18 | 60,00 | 18,69 | 15,15 | 4,00 | 8,95 |
| Westfalen-Lippe | 42,50 | 60,17 | 78,34 | 31,18 | 15,54 | 17,61 | 15,95 |
| Durchschnitt Bund | 42,65 | 56,53 | 71,21 | 21,66 | 12,75 | 10,67 | 13,53 |

(Quelle: vdek)

Anlage 6

Zugelassene Pflegeeinrichtungen Ende 2009
(Statistik nach § 109 SGB XI) Übersicht über die zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI

| Anzahl der Einrichtungen | ambulante Pflegeeinrich- tungen | stationäre Pflegeeinrich- tungen | und zwar nach Art der Leistung ¹ | | |
|--------------------------|---------------------------------------|--|---|----------------|--------------------------|
| | | | vollstationäre Dauerpflege | Kurzzeitpflege | teilstationäre Pflege |
| Ende 2009 | 12.026 | 11.634 | 10.384 | 1.588 | 2.277 |
| Ende 2007 | 11.529 | 11.029 | 9.919 | 1.557 | 1.984 |
| Ende 2005 | 10.977 | 10.424 | 9.414 | 1.529 | 1.779 |
| Ende 2003 | 10.619 | 9.743 | 8.775 | 1.603 | 1.720 |
| Ende 2001 | 10.594 | 9.165 | 8.331 | 1.436 | 1.570 |
| Ende 1999 | 10.820 | 8.859 | 8.073 | 1.621 | 1.487 |

Ländergliederung 2009:

| Land | ambulante Pflegeeinrich- tungen | stationäre Pflegeeinrich- tungen | und zwar nach Art der Leistung ¹ | | |
|------------------------|---------------------------------------|--|---|----------------|--------------------------|
| | | | vollstationäre Dauerpflege | Kurzzeitpflege | teilstationäre Pflege |
| Baden-Württemberg | 999 | 1.466 | 1.363 | 268 | 437 |
| Bayern | 1.843 | 1.633 | 1.476 | 104 | 256 |
| Berlin | 505 | 378 | 299 | 31 | 66 |
| Brandenburg | 573 | 369 | 304 | 115 | 114 |
| Bremen ² | / | / | / | / | / |
| Hamburg | 345 | 187 | 166 | 71 | 20 |
| Hessen | 947 | 732 | 672 | 114 | 173 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 424 | 302 | 230 | 21 | 71 |
| Niedersachsen | 1.164 | 1.477 | 1.347 | 64 | 169 |
| Nordrhein Westfalen | 2.259 | 2.232 | 2.002 | 187 | 319 |
| Rheinland-Pfalz | 416 | 454 | 425 | 222 | 246 |
| Saarland | 114 | 137 | 131 | 65 | 47 |
| Sachsen | 997 | 729 | 588 | 119 | 146 |
| Sachsen-Anhalt | 511 | 438 | 388 | 29 | 61 |
| Schleswig-Holstein | 392 | 664 | 625 | 145 | 57 |
| Thüringen | 396 | 338 | 280 | 20 | 76 |
| Insgesamt | 12.026 | 11.634 | 10.384 | 1.588 | 2.277 |

¹ Pflegeheime mit mehreren Pflegeangeboten sind hier mehrfach berücksichtigt

Quelle: Statistisches Bundesamt

² Für Bremen sind geschätzte Daten im Deutschlandergebnis enthalten. Die Schätzung ist ausreichend genau für ein sinnvolles Deutschlandergebnis, aber nicht hinreichend genau für eine Beschreibung der Situation in Bremen.

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 | Davon nach dem überwiegenden Tätigkeitsbereich | | | | | |
|--|--|-----------------------|----------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------|
| | Personal insgesamt | Pflege-dienstlei-tung | Grund-pflege | hauswirt-schaftli-che Ver-sorgung | administ-rativer Bereich | sonst. Bereich |
| Altenpfleger/-in | 52 889 | 3 508 | 46 687 | 435 | 842 | 1 418 |
| Altenpflegehelfer/-in | 8 555 | 127 | 7 648 | 555 | 57 | 168 |
| Krankenschwester/-pfleger | 82 055 | 10 462 | 65 363 | 713 | 2 157 | 3 359 |
| Krankenpflegehelfer/-in | 11 704 | 49 | 10 304 | 1 057 | 110 | 183 |
| Fachhochschul-/Hochschulabschluss | 1 067 | 397 | 270 | 46 | 270 | 84 |
| sonstiger Berufsabschluss ohne Berufsabschluss oder noch in Ausbildung | 94 599 | 1 148 | 47 882 | 28 224 | 9 296 | 8 051 |
| gesamt | 268 891 | 15 695 | 187 710 | 36 602 | 13 161 | 15 723 |

Quelle: Statistisches Bundesamt; Stand Ende 2009

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

| Berufsabschluss | Davon nach dem überwiegenden Tätigkeitsbereich | | | | | |
|--|--|-------------------|--------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------|
| | Personal insgesamt | Pflege/Betreu-ung | soziale Betreu-ung | hauswirt-schaftli-che Ver-sorgung | administ-rativer Bereich | sonst. Bereich |
| Altenpfleger/-in | 141 306 | 135 833 | 1 777 | 261 | 2 466 | 335 |
| Altenpflegehelfer/-in | 27 926 | 26 756 | 343 | 222 | 61 | 77 |
| Krankenschwester/-pfleger | 59 054 | 54 522 | 859 | 484 | 2 544 | 239 |
| Krankenpflegehelfer/-in | 18 486 | 17 856 | 230 | 130 | 35 | 19 |
| Fachhochschul-/Hochschulabschluss | 2 639 | 1 002 | 211 | 19 | 1 300 | 82 |
| sonstiger Berufsabschluss ohne Berufsabschluss oder noch in Ausbildung | 255 498 | 104 911 | 18 948 | 73 785 | 25 486 | 5 788 |
| gesamt | 621 392 | 413 128 | 25 577 | 107 884 | 33 726 | 8 494 |

(Quelle: Statistisches Bundesamt; Stand Ende 2009)

noch Anlage 7

c) Beschäftigten in den verschiedenen Einrichtungen:

| Beschäftigungsverhältnis | ambulant | stationär | gesamt |
|--|----------------|----------------|---------|
| Personal insgesamt | 268 891 | 621 392 | 890 283 |
| Vollzeit | 71 964 | 207 126 | 279 090 |
| Teilzeitbeschäftigte über 50 % | 89 052 | 212 488 | 301 540 |
| unter 50 % | 40 279 | 96 154 | 136 433 |
| geringfügig Beschäftigte | 60 496 | 60 689 | 121 185 |
| Praktikant/in, Schüler/in, Auszubildende/r | 4 492 | 34 309 | 38 801 |
| Helfer/-in im freiwilligen sozialen Jahr | 545 | 3 697 | 4 242 |
| Zivildienstleistende | 2 062 | 6 928 | 8 990 |

(Quelle: Statistisches Bundesamt; Stand Ende 2009)

II. Tabellen zur Entwicklung der Beschäftigung in der Langzeitpflege

a) ambulanter Bereich

| Beruf | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 | Veränderung 2009/2003 | |
|----------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------------|-----------------|
| | | | | | Absolut | in vom Hundert. |
| Altenpfleger | 31 757 | 36 484 | 44 975 | 52 889 | 21 132 | 66,5 |
| Helfer in der Altenpflege | 4 816 | 5 010 | 6 077 | 8 555 | 3 739 | 77,6 |
| Krankenpfleger | 68 593 | 77 734 | 85 479 | 89 792 | 21 199 | 30,9 |
| Helfer in der Krankenpflege | 9 678 | 8 698 | 7 295 | 11 704 | 2 026 | 20,9 |
| sonstige in der Pflege Tätige | 86 053 | 86 381 | 92 336 | 105 951 | 19 898 | 23,1 |
| insgesamt | 200 897 | 214 307 | 236 162 | 268 891 | 67 994 | 33,8 |

b) stationärer Bereich

| Beruf | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 | Veränderung 2009/2003 | |
|----------------------------------|----------------|---------------|----------------|----------------|-----------------------|-----------------|
| | | | | | Absolut | in vom Hundert. |
| Altenpfleger | 110 208 | 122 333 | 133 927 | 141 306 | 31 098 | 28,2 |
| Helfer in der Altenpflege | 14 662 | 16 527 | 21 654 | 27 926 | 13 264 | 90,4 |
| Krankenpfleger | 58 935 | 65 002 | 65 515 | 63 067 | 4 132 | 7,0 |
| Helfer in der Krankenpflege | 18 994 | 18 563 | 21 654 | 18 486 | - 508 | - 2,7 |
| sonstige in der Pflege Tätige | 308 050 | 323 972 | 330 795 | 370 607 | 62 557 | 20,3 |
| insgesamt | 510 857 | 546397 | 573 545 | 621 392 | 110 535 | 21,6 |

Anlage 8

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG

| 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 (LPfIG) 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>Im Jahr 2010 wurde letztmals ein Jahresförderungsprogramm auf der Grundlage des Landesheimgesetzes in Höhe von rund 50 Mio. € aufgestellt. Im Jahr 2011 wurde erstmals ein Förderprogramm zur Förderung modellhafter und innovativer Projekte im Pflegebericht mit einem Bewilligungsrahmen in Höhe von 3,5 Mio. € aufgestellt.</p> | | | | Keine Förderung | |

(Quelle: Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg)

noch Anlage 8

| Länder | Förderung und Förderquoten | | | | | |
|---|--|--|--|----------------|--|---|
| | vollstationäre Pflegeeinrichtungen | | | | teilstationäre Pflegeeinrich- tungen | ambulante Pflegeein- richtungen |
| | Herstellung Erstausrüstung (Erst- investitionen) | Wiederbe- schaffung Ergänzung (Folge- investitionen) | Instandhal- tung Instand- setzung (Folge- investitio- nen) | „alte Last“ | | |
| Bayern Art. 74 Gesetz zur Ausführung der Sozialgesetze (AGSG) vom 8.12.2006 und §§ 68 bis 73 der Verordnung zur Ausführung der Sozialgesetze (AVSG) vom 2.12.2008 | Die staatliche Investitionskostenförderung wurde mit Ablauf des Jahres 2007 eingestellt. Die kommunale Investitionskostenförderung für bedarfsgerechte Pflegeeinrichtungen durch die Landkreise und kreisfreien Städte wurde unter den Vorbehalt des jeweiligen Kommunalhaushalts gestellt. Kommunale Festbetragsfinanzierung im Bereich Pflege von AIDS-Kranken nach § 72 Absatz 1 AVSG. Staatliche Anteilsfinanzierung im Bereich pflegebedürftige Behinderte in Höhe von bis zu 40 % der förderfähigen Aufwendungen nach § 72 Absatz 2 AVSG. | | | | Siehe vollstationäre Einrichtungen. | Kommunale Investitionsförderung bis zu 2.560 € je rechnerischer Vollzeitkraft (§ 72 Absatz 4 AVSG). |

(Quelle: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen)

noch Anlage 8

| Länder | Förderung und Förderquoten | | | | | | |
|---|---|---|---|-----------------------------------|--|------------------------------------|-------------------------------|
| | vollstationäre Pflegeeinrichtungen | | | | „alte Last“ | teilstationäre Pflegeeinrichtungen | ambulante Pflegeeinrichtungen |
| | Herstellung Erstausrüstung (Erstinvestitionen) | Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen) | Instandhaltung und Instandsetzung (Folgeinvestitionen) | | | | |
| Berlin 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) und Pflegeeinrichtungs-Förderungs-Verordnung (PflegEföVO) vom 19.9.1998 (GVBl. S. 269), zuletzt geändert durch Verordnung vom 8.6.2001 (GVBl. S. 195) | Einzelförderung, in der Regel anteilig an den förderfähigen Kosten (Festbetrag) einer Maßnahme (§ 5 LPflegEG) mit Baukostenhöchstwerten bei Neu- und Ersatzbauten 81.800 Euro pro Platz, bei sonstigen Herstellungsmaßnahmen 51.130 Euro, in Ausnahmefällen 58.800 Euro); nur bei Kurzzeitpflege: Platzbezogene Pauschalförderung mit 511 Euro pro Platz (§ 6 LPflegEG). | Als Einzelförderatbestand im LPflegEG nicht geregelt; nur bei Kurzzeitpflege: Platzbezogene Pauschalförderung mit 511 Euro pro Platz (§ 6 LPflegEG). | Einzelförderung, in der Regel anteilig an den förderfähigen Kosten (Festbetrag) einer Maßnahme (§ 5 LPflegEG); nur bei Kurzzeitpflege: Platzbezogene Pauschalförderung mit 511 Euro pro Platz (§ 6 LPflegEG) | Nein, im LPflegEG nicht geregelt. | Einzelförderung entsprechend der von vollstationären Pflegeeinrichtungen, jedoch lediglich mit hälftigen Baukostenhöchstwerten bzw. Beträgen (§ 5 Absatz 3 Satz 2 LPflegEG). Platzbezogene Pauschalförderung mit 511 Euro pro Platz (§ 6 LPflegEG). | Nein, im LPflegEG nicht geregelt. | |

(Quelle: Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, Berlin)

noch Anlage 8

| Länder | Förderung und Förderquoten | | | | | |
|---|--|--|---|----------------|--|---------------------------------------|
| | vollstationäre Pflegeeinrichtungen | | | | teilstationäre Pflegeeinrich- tungen | ambulante Pflegeein- richtungen |
| | Herstellung Erstausstatt- ung (Erst- investitionen) | Wiederbe- schaffung Ergänzung (Folge- investitionen) | Instandhal- tung Instand- setzung (Folge- investitionen) | „alte Last“ | | |
| Brandenburg Landespflegege- setz (PflegeG) vom 27.6.1995 in der Bekanntma- chung der Neu- fassung vom 11.5.1998 geän- dert durch Lan- despflegegesetz (LPflegeG) vom 29.6.2004 Pflegeinvesti- tionsverordnung (PflInvV) vom 13.3.1996 geän- dert durch VO vom 23.6.1997, zuletzt geändert durch VO vom 28.6.1999 | Auf der Grundlage des § 5 Absatz 2 PflegeG i.V.m. §§ 2; 3 Absatz 2 PflInvV wurden in den Jahren 1996 bis 2002 vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen mit 90 % Bundes- und Landesmitteln der zuwendungsfähigen Kosten gefördert. | | | | | |

(Quelle: Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie, Brandenburg)

noch Anlage 8

| Länder | Förderung und Förderquoten | | | | | |
|--|--|--|--|-----------------------|------------------------------------|---|
| | vollstationäre Pflegeeinrichtungen | | | | teilstationäre Pflegeeinrichtungen | ambulante Pflegeeinrichtungen |
| | Herstellung Erstaussstattung (Erstinvestitionen) | Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen) | Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen) | „alte Last“ | | |
| Bremen | Keine Förderung von vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen. Förderung von vollstationären Kurzzeitpflegeeinrichtungen und eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen | | | | | |
| <p>Bremisches Ausführungsgesetz zum Pflegeversicherungs-gesetz (Bre-mAGPfle-geVG, BremGBI. Nr. 16, S. 85) vom 26.3.1996, zu-letzt geändert am 28.3.2006 (BremGBI Nr. 20, S. 149)</p> <p>und</p> <p>Verordnung zur Durchführung des Bremischen Ausführungsgesetzes zum Pflege-versicherungs-gesetz (Bre-mAGPfle-geVGV) zuletzt geändert am 7.12.2005 (BremGBI Nr. 56, S. 605)</p> | Ja (Förderquote 100 %) | Ja (Förderquote 100 %) | Ja (Förderquote 100 %) | Ja (Förderquote 100%) | Ja (Förderquote 100 %) | Keine Regelförderung, nur Projektförderung innovativer Modellvorhaben |

(Quelle: Senat für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen, Bremen)

noch Anlage 8

| Länder | Förderung und Förderquoten | | | | | |
|---|---|--|--|-------------|--|--|
| | vollstationäre Pflegeeinrichtungen | | | | teilstationäre Pflegeeinrichtungen | ambulante Pflegeeinrichtungen |
| | Herstellung Erstausrüstung (Erstinvestitionen) | Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen) | Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen) | „alte Last“ | | |
| Hamburg Hamburgisches Landespflegegesetz (HmbLPG) vom 18.09.2007, zuletzt geändert durch Gesetz vom 22.7.2010 Hamburgisches Landesgesetz-Durchführungsverordnung, zuletzt geändert durch Verordnung vom 8.2.2011 | Investitionsaufwendungen von Pflegeeinrichtungen können nach Maßgabe verfügbarer Haushaltsmittel gefördert werden, wenn die Maßnahme zur qualitativen Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur beiträgt. Sie können auch gefördert werden, soweit in der Rahmenplanung gemäß § 2 HmbLPG eom zahlenmäßig nicht ausreichendes Angebot festgestellt wurde (§ 4 HmbLPG). | | | | Für zugelassene Pflegeeinrichtungen der Tages- und Nachtpflege sowie für zugelassene Einrichtungen der Kurzzeitpflege können die laufenden Investitionsaufwendungen im Sinne von § 82 Absatz 3 SGB XI durch Zuschüsse zu den anerkanntensfähigen Gesamtkosten gefördert werden. (§ 4 Absatz 2 HmbLPG). | siehe vollstationäre Pflegeeinrichtungen |

(Quelle: Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg)

noch Anlage 8

| Länder | Förderung und Förderquoten | | | | | |
|--|---|---|--|-------------|---|-------------------------------|
| | vollstationäre Pflegeeinrichtungen | | | | teilstationäre Pflegeeinrichtungen | ambulante Pflegeeinrichtungen |
| | Herstellung Erstausrüstung (Erstinvestitionen) | Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen) | Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen) | „alte Last“ | | |
| Hessen Verordnung über die Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen vom 02.5.1996 (GVBl. I S. 170) in der Fassung vom 31.5.2006 (GVBl. I S. 40) | 2006 - 2009: 75 % der zuwendungsfähigen Kosten; seit 2010: 70 % der zuwendungsfähigen Kosten. Davon ist die Hälfte jeweils ein verlorener Zuschuss und die andere Hälfte ein zinsloses Darlehen aus dem Hessischen Investitionsfonds A. | Als gesondert berechenbare Aufwendungen für die Wiederbeschaffung der Betriebs- und Geschäftsausstattung können 10 % des Wiederbeschaffungswertes geltend gemacht werden. | Als gesondert berechenbare Aufwendungen können bei Gebäuden 0,6 % vom Herstellungswert geltend gemacht werden. Als gesondert berechenbare Aufwendungen für die Instandhaltung und Instandsetzung können bei Betriebs- und Geschäftsausstattung 2,5 % des Wiederbeschaffungswertes geltend gemacht werden. | | 2006 - 2008: bis zu 90 % der zuwendungsfähigen Kosten. Aufgrund der Problematik der Wirtschaftlichkeit von Kurzzeit- und Tagespflege wurden oftmals Umwandlungen beantragt. Daher betrug 2009 die Förderquote 75 % und 2010 betrug sie 70 %. | Keine Förderung. |

(Quelle: Hessisches Sozialministerium)

noch Anlage 8

| Länder | Förderung und Förderquoten | | | | | | |
|--|---|--|--|--|-------------|---|--|
| | vollstationäre Pflegeeinrichtungen | | | | „alte Last“ | teilstationäre Pflegeeinrichtungen | ambulante Pflegeeinrichtungen |
| | Herstellung Erstausrüstung (Erstinvestitionen) | Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen) | Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen) | | | | |
| Mecklenburg-Vorpommern Landespflegegesetz (LPflegeG) vom 16.12.2003 (GVOBl. M-V S. 675), zuletzt geändert durch Gesetz vom 29.9.2010 (GVOBl. M-V S. 534) | | | | | | Pauschaler Landeszuschuss zu betriebsnotwendigen Aufwendungen gem. § 82 Absatz 2 Nr. 1 und 3 SGB XI, soweit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI besteht; Zuschusshöhe: 2,56 Euro je Tag und Platz, max. 516 Euro jährlich (§ 7 LPflegeG). | Förderung betriebsnotwendiger Aufwendungen nach § 82 Absatz 2 Nr. 1 und 3 SGB XI, soweit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI besteht, als freiwillige Leistung der Landkreise u. kreisfreien Städte (§ 6 Absatz 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). | | | | | | |

(Quelle: Ministerium für Soziales und Gesundheit, Mecklenburg-Vorpommern)

noch Anlage 8

| Länder | Förderung und Förderquoten | | | | | |
|---|--|---|--|-------------|---|--|
| | vollstationäre Pflegeeinrichtungen | | | | teilstationäre Pflegeeinrichtungen | ambulante Pflegeeinrichtungen |
| | Herstellung Erstausrüstung (Erstinvestitionen) | Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen) | Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen) | „alte Last“ | | |
| Niedersachsen Niedersächsisches Pflegegesetz (NPflegeG) vom 22.5.1996, zuletzt geändert durch Haushaltsbegleitgesetz vom 17.12.2010 | 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). Die Förderung erfolgt ausschließlich für solitäre Einrichtungen der Kurzzeitpflege. | | | | Vollförderung, außer das für Investitionen eingesetzte Fremdkapital macht mehr als 80 % der Investitionsaufwendungen aus (§ 10 NPflegeG) | Landeseinheitliche Investitionskostenpauschale (§ 9 NPflegeG) |
| Richtgrößen der Förderung der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen: | | | | | | |
| Durchführungsverordnung zum NPflegeG (DVO-NPflegeG) vom 20.6.1996, geändert durch Verordnung vom 2.11.2009 | Kurzzeitpflegeeinrichtungen: max. 76.700 Euro pro Platz (§§ 1 DVO-NPflegeG). | Max. 61.400 Euro pro Platz bei Einrichtungen der Kurzzeitpflege (§ 1 DVO-NPflegeG). | | | Teilstationäre Einrichtungen bei Herstellungs-/Anschaffungsmaßnahmen max. 30.700 Euro; bei Modernisierungs-/Umstrukturierungsmaßnahmen max. 20.500 Euro (§ 1 DVO-NPflegeG). | Investitionskostenzuschuss von 0,00254 Euro je Leistungskomplexpunktwert, im übrigen 1,51 Euro je abgerechnete Pflegeeinsatzstunde (§ 2 DVO-NPflegeG). |

(Quelle: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration)

noch Anlage 8

| Länder | Förderung und Förderquoten | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|---|
| | vollstationäre Pflegeeinrichtungen | | | | teilstationäre Pflegeeinrichtungen | ambulante Pflegeeinrichtungen |
| | Herstellung Erstaussstattung (Erstinvestitionen) | Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen) | Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen) | „alte Last“ | | |
| Nordrhein-Westfalen Gesetz zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen - PfGNW) zuletzt geändert durch das Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes vom 8.7.2003 Verordnung über die gesonderte Berechnung nicht geförderter Investitionsaufwendungen für Pflegeeinrichtungen nach dem Landespflegegesetz (GesBerVO) vom 15.10.2003 Verordnung über die allgemeinen Grundsätze der Förderung von Pflegeeinrichtungen nach dem Landespflegegesetz (AllgFörderPflegeVO) vom 15.10.2003 | Förderung betriebsnotwendiger Investitionsaufwendungen durch bewohnerorientierten Zuschuss an die Pflegeheime (Anspruchsberechtigte) für Aufwendungen nach § 82 Absatz 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 Absatz 3 und 4 SGB XI erhalten würden (Pflegewohngeld), 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). | Pauschal gem. GesBerVO. | Pauschal gem. GesBerVO. | vollstationär bewohnerorientierter Aufwendungszuschuss für Investitionskosten (Pflegewohngeld) § 12 PfG NW; Pflegeeinrichtungsförderverordnung (PfFEinrVO) teilstationär und Kurzzeitpflege bewohnerorientierter Aufwendungszuschuss für Investitionskosten (§ 11 PfG NW; Pflegeeinrichtungsförderverordnung (PfFEinrVO) auch für die bereits bei Einführung des PflegeVG bestehenden Einrichtungen. | Förderung betriebsnotwendiger Investitionsaufwendungen durch Aufwendungszuschuss tagesgenau für tatsächliche Belegungstage (§ 11 Absatz 1 und 2 PfGNW). | Pauschalförderung der ambulanten Pflegedienste nach § 10 Landespflegegesetz in Höhe von 2,15 Euro pro volle Leistungsstunde nach dem SGB XI (§§ 3 und 4 AmbPFFV). |
| Verordnung über die Förderung der Investitionen von Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie über den bewohnerorientierten Aufwendungszuschuss vollstationärer Dauerpflegeeinrichtungen (Pflegewohngeld) | Voraussetzung für Neubauförderung vollstationär (Sollvorschriften): Obergrenze 80 Plätze, ortsnahe Errichtung; 50 m² Nettogrundfläche pro Person; 80 % Einzelzimmer; anererkennungsfähige | | | | Voraussetzung für Neubau, Erweiterungs-, Umbau- und Modernisierungsbauförderung bei Tages- und Nachtpflege: Umfang 12 - 14 Plätze; 18 m² Nettogrundfläche pro Person; anererkennungsfähige Kosten 1.300 Euro pro m²; | |

noch Anlage 8

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|
| <p>- Pflegeeinrichtungsförderverordnung (PfiFEinrVO) 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>Kosten 1.705 Euro pro m² (ab 2008) AllgFörderPfle-geVO § 2.</p> | | | | <p>bei Kurzzeitpflege: 50 m² 1.705 Euro pro m² (ab 2008) GesBerVO § 3.</p> | |
|--|---|--|--|--|--|--|

(Quelle: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen)

noch Anlage 8

| Länder | Förderung und Förderquoten | | | | |
|--|---|--|---|---|----------------------------------|
| | vollstationäre Pflegeeinrichtungen | | | teilstationäre Pflegeeinrich- tungen | ambulante Pflegeeinrichtungen |
| | Herstellung Erstausstatt- ung (Erst- investitionen) | Wiederbe- schaffung Ergänzung (Folge- investitionen) | Instandhal- tung Instandset- zung (Folge- investitionen) | | |
| Rheinland- Pfalz | | | | | |
| Landesgesetz zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (LPflegeHG) vom 28.3.1995, zuletzt geändert 30.4.2003 Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur - LPflegeASG - vom 25.7.2005 | Mit Wirkung vom 01.05.2003 wurden die Vorschriften zur Förderung teilstationärer und stationärer Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz aufgehoben. Keine Förderung. | | | Mit Wirkung vom 1.1.2006 wurden die Vorschriften zur Förderung ambulanter Hilfen in Rheinland-Pfalz aufgehoben. Keine Förderung. | |

(Quelle: Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz)

noch Anlage 8

| Länder | Förderung und Förderquoten | | | | | |
|--|---|--|--|-------------|--|-------------------------------|
| | vollstationäre Pflegeeinrichtungen | | | | teilstationäre Pflegeeinrichtungen | ambulante Pflegeeinrichtungen |
| | Herstellung Erstausrüstung (Erstinvestitionen) | Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen) | Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen) | „alte Last“ | | |
| <p>Saarland</p> <p>Gesetz Nr. 1694 zur Planung und Förderung von Angeboten für hilfe-, betreuungs- oder pflegebedürftige Menschen im Saarland vom 1.7.2009. Rechtsverordnung über die Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen vom 16.1.1997 in der durch das 2. Haushaltsgesetz vom 9.7.2003 und Art. 4 Absatz 79 der Verordnung vom 24.1.2006 sowie durch das Gesetz vom 1.7.2009 geänderten Fassung</p> <p>Eine Neufassung der Rechtsverordnung wird voraussichtlich noch in 2011 erlassen</p> | <p>Langzeitpflegeeinrichtungen: Keine Förderung.</p> <p>Kurzzeitpflegeeinrichtungen: maximal 80 % der Kapitalaufwendungen (Zinsen/Tilgung) für förderfähige Investitionskosten (maximal 99.288 € pro Platz, Betrag wird gem. Preisindex für Wohngebäude fortschrieben) (§§ 4 und 5 der Rechtsverordnung).</p> <p>Förderfähige Investitionskosten: Erstinvestitionen, Folgeinvestitionen (nicht: Instandhaltung, Instandsetzung), „alte Last“.</p> | | | | <p>Wie Kurzzeitpflegeeinrichtungen (maximal 42.960 € pro Platz) (§§ 4 und 5 der Rechtsverordnung).</p> | <p>Keine Förderung.</p> |

(Quelle: Ministerium für Arbeit, Familie, Prävention, Soziales und Sport, Saarland)

noch Anlage 8

| Länder | Förderung und Förderquoten | | | | | |
|---|--|--|--|-------------|------------------------------------|-------------------------------|
| | vollstationäre Pflegeeinrichtungen | | | | teilstationäre Pflegeeinrichtungen | ambulante Pflegeeinrichtungen |
| | Herstellung Erstausrüstung (Erstinvestitionen) | Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen) | Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen) | „alte Last“ | | |
| Sachsen Im Freistaat Sachsen waren im Berichtszeitraum 2007 bis 2010 keine Ausführungsgesetze oder Verordnungen zum PflegeVG in Kraft | Durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz gab es im Berichtszeitraum keine Mittel zur Investitionskostenförderung für zugelassene Pflegeeinrichtungen. | | | | | |

(Quelle: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz)

noch Anlage 8

| Länder | Förderung und Förderquoten | | | | | |
|--|---|--|---|----------------|--|---------------------------------------|
| | vollstationäre Pflegeeinrichtungen | | | | teilstationäre Pflegeein- richtungen | ambulante Pflegeeinrich- tungen |
| | Herstellung Erstausstatt- ung (Erst- investitionen) | Wiederbe- schaffung Ergänzung (Folge- investitionen) | Instandhal- tung Instandset- zung (Folge- investitionen) | „alte Last“ | | |
| Sachsen- Anhalt Abschnitt 3 des Ausführungsge- setzes zum Pflle- geVG vom 07.8.1996 - För- derung - §§ 6 bis 8 wurden durch Artikel 1 des Gesetzes zur Änderung sozial- und gesundheits- rechtlicher Geset- ze vom 10.8.2007 (GVBl. LSA S. 306) mit Wirkung zum 21.8.2007 aufgehoben | Es wurden keine Mittel zur Investitionsförderung verausgabt. | | | | | |

(Quelle: Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt)

noch Anlage 8

| Länder | Förderung und Förderquoten | | | | | |
|--|--|--|--|-----------------|--|--|
| | vollstationäre Pflegeeinrichtungen | | | | teilstationäre Pflegeeinrichtungen | ambulante Pflegeeinrichtungen |
| | Herstellung Erstausrüstung (Erstinvestitionen) | Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen) | Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen) | „alte Last“ | | |
| Schleswig-Holstein Landespflegegesetz (LPflegeG) vom 10.2.1996, zuletzt geändert durch Gesetz vom 15.12.2005 Landespflegegesetzverordnung (LPflegeGVO) vom 19.6.1996, zuletzt geändert durch Verordnung vom 12.10.2005 Vereinbarung gem. § 6 Absatz 2 LPflegeG über die Gewährung pauschaler Zuschüsse an ambulante Pflegedienste zur Abgeltung laufender Aufwendungen im Sinne des § 82 Absatz 3 SGB XI | Bewohnerbezogene Investitionszuschüsse (Pflegewohnngeld) bis zu 15,35 € täglich, einkommens- und vermögensabhängig (§ 6 Absatz 4 LPflegeG, § 8 Absatz 1 LPflegeGVO). | Pflegewohnngeld | Pflegewohnngeld | Pflegewohnngeld | Bewohnerbezogene Investitionszuschüsse von 90 % der Investitionsaufwendungen, bis 10,23 € täglich bei teilstationärer Pflege, bei Kurzzeitpflege bis zu 15,34 € täglich; einkommensunabhängig (§ 6 Absatz 3 LPflegeG, § 7 LPflegeGVO). | Pauschale Investitionszuschüsse auf der Grundlage des SGB XI-Umsatzes (3 - 4 %). |

(Quelle: Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit, Schleswig-Holstein)

noch Anlage 8

| Länder | Förderung und Förderquoten | | | | | | |
|---|---|--|--|---------------------------------|---|---|-------------------------------|
| | vollstationäre Pflegeeinrichtungen | | | | „alte Last“ | teilstationäre Pflegeeinrichtungen | ambulante Pflegeeinrichtungen |
| | Herstellung Erstausrüstung (Erstinvestitionen) | Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen) | Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen) | | | | |
| <p>Thüringen</p> <p>Thüringer Gesetz zur Ausführung des Pflege-Versicherungsgesetzes (Thür AGPfleVG) vom 20.6.1996 in der Fassung vom 1.7.2005, zuletzt geändert durch Artikel I Zweites Änderungsgesetz vom 8.6.2010</p> <p>Thüringer Verordnung über die gesonderte Berechnung von Investitionsaufwendungen und die Gewährung bewohnerbezogener Aufwendungszuschüsse an Pflegeeinrichtungen vom 28.6.2005, geändert durch Verordnung vom 17.6.2010</p> | <p>Anteilige Förderung von Investitionsaufwendungen nach Maßgabe des Landeshaushalts, zur Zeit keine investive Förderung (§ 3 Thür AGPfleVG).</p> | <p>Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen - Investitionskostenumlage.</p> <p>Bewohnerbezogener Aufwendungszuschuss für Pflegebedürftige, die am 1.07.2005 in Pflegeeinrichtungen, denen das Land bis 30.06.2005 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, zur Zeit keine investive Förderung (§ 3 Thür AGPfleVG).</p> | <p>Verantwortlich sind die Landkreise und kreisfreien Städte.</p> | |

(Quelle: Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Thüringen)

Anlage 8a**Übersicht: Länderangaben über die verausgabten Mittel zur Investitionskostenförderung für zugelassene Pflegeeinrichtungen je Jahr im Berichtszeitraum****Bayern**

„Im Bereich der Pflege hat sich ein Markt gebildet. Der Bedarf an stationären Pflegeplätzen ist bayernweit im Durchschnitt gedeckt. Ein Abflauen der privaten Investitionstätigkeit ist nicht festzustellen. Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen und der angebotenen Pflegeplätze nimmt solide zu. Die staatliche Investitionskostenförderung wurde daher mit Ablauf des Jahres 2007 eingestellt. Die kommunale Investitionskostenförderung für bedarfsgerechte Pflegeeinrichtungen durch die Landkreise und kreisfreien Städte wurde unter den Vorbehalt des jeweiligen Kommunalhaushalts gestellt. Basierend auf dieser Ausgangslage sowie den oben geschilderten Annahmen und ohne Einbeziehung etwaiger strategischer Handlungsoptionen der Leistungserbringer kann der Fortbestand der jetzigen Pflegeeinrichtungen mit den nachfolgend dargestellten Maßnahmen gesichert werden:

Fortführung des Darlehensprogramms für die Modernisierung stationärer Pflegeeinrichtungen im Rahmen des Bayerischen Modernisierungsprogramms

Die Modernisierung von stationären Altenpflegeeinrichtungen wurde ab 1. Oktober 2007 in das bestehende Bayerische Modernisierungsprogramm für Mietwohnungen in Mehrfamilienhäusern einbezogen. Für dieses Programm wurden Staatsbürgschaften ausgesprochen. Im Bayerischen Modernisierungsprogramm geschieht die Förderung mit einem Kapitalmarktdarlehen der Bayerischen Landesbodenkreditanstalt, das mit Unterstützung der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) für die Dauer von zehn Jahren zinsverbilligt wird. Das Darlehensprogramm wurde gut angenommen. So wurden bis Ende des Jahres 2010 Darlehensmittel zur Modernisierung von Pflegeeinrichtungen in Höhe von rund 58,4 Mio. € bewilligt.

Verbesserung der Konditionen des Darlehensprogramms für Ersatzneubaumaßnahmen

Für Ersatzneubauten wurde ebenfalls ab dem 1. Oktober 2007 ein eigenständiges Programm aufgelegt. Die Förderung geschieht mit einem Kapitalmarktdarlehen der Bayerischen Landesbodenkreditanstalt, das - soweit möglich - mit Unterstützung der KfW für die Dauer von zehn Jahren zinsverbilligt wird. Um auch auf diesem Wege den Fortbestand an Pflegeplätzen im Wege des Ersatzneubaus älterer Pflegeeinrichtungen zu gewährleisten, hat die Bayerische Staatsregierung beschlossen, dieses Darlehensprogramm ab dem Jahr 2012 mit Staatsbürgschaften abzusichern, wodurch zinsgünstige Darlehenskonditionen ermöglicht werden."

(Quelle: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen)

noch Anlage 8a

Berlin**Berichtsraum 2007 - 2010****Verausgabte Mittel zur Investitionskostenförderung**

| Haushaltsjahr | Fördermittel in € für vollstationäre Pflegeeinrichtungen | | Trägerart |
|---------------|--|-----------|---------------------------|
| 2007 | 1.550.000 | | freigemeinnütziger Träger |
| 2008 | 2.045.000 | davon | |
| | | 803.640 | privater Träger |
| | | 1.241.360 | freigemeinnütziger Träger |
| 2009 | 3.810.000 | davon | |
| | | 2.365.000 | privater Träger |
| | | 778.682 | freigemeinnütziger Träger |
| 2010 | 4.504.000 | | private Träger |
| Gesamt | 11.909.000 | | |

| Verausgabe Mittel zur Investitionskostenförderung in € | | | | | | |
|--|------------------|----------------|----------------|------------------|----------------|----------------|
| Art der Träger | 2007 | | | 2008 | | |
| | LAP | KUP | TAP | LAP | KUP | TAP |
| freigemeinnützige | 1.550.000 | 91.781 | 302.001 | 1.241.360 | 116.545 | 338.238 |
| privat-gewerblich | - | 99.645 | 100.667 | 803.640 | 88.147 | 115.997 |
| öffentlich | - | - | - | - | - | 6.135 |
| Gesamt | 1.550.000 | 191.426 | 402.668 | 2.045.000 | 204.692 | 460.370 |

| Verausgabe Mittel zur Investitionskostenförderung in € | | | | | | |
|--|------------------|----------------|----------------|------------------|----------------|----------------|
| Art der Träger | 2009 | | | 2010 | | |
| | LAP | KUP | TAP | LAP | KUP | TAP |
| freigemeinnützige | 778.682 | 100.010 | 309.155 | - | 107.037 | 357.189 |
| privat-gewerblich | 2.365.000 | 123.662 | 123.747 | 4.245.358 | 117.955 | 171.827 |
| öffentlich | - | - | 6.135 | - | - | 6.135 |
| Gesamt | 3.143.682 | 223.672 | 439.037 | 4.245.358 | 224.992 | 535.151 |

LAP = vollstationäre Langzeitpflegeplätze

KUP = vollstationäre Kurzzeitpflegeplätze

TAP = teilstationäre Tagespflegeplätze

(Quelle: Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, Berlin)

noch Anlage 8a

Brandenburg

„Die Angaben über die verausgabten Mittel zur Investitionsförderung entfallen, da in den Jahren 2007 bis 2010 keine Förderung mehr erfolgte.“

(Quelle: Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie, Brandenburg)

Hamburg

Verausgabte Mittel zur Investitionskostenförderung (hier nach § 4 Absatz 2 HmbLPG für Tages- und Kurzzeitpflege):

| Tagespflege / Kurzzeitpflege in € | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--|----------------|----------------|----------------|------------------|
| Kurzzeitpflege | 154.000 | 295.000 | 267.000 | 252.000 |
| Tagespflege | 616.000 | 646.000 | 732.000 | 813.000 |
| Gesamtförderung | 770.000 | 941.000 | 999.000 | 1.065.000 |

(Quelle: Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg)

Hessen

Pro Haushaltsjahr standen im Berichtszeitraum 30.500.000,00 € zur Verfügung.

(Quelle: Hessisches Sozialministerium)

noch Anlage 8a

Mecklenburg-Vorpommern**Zuweisungen und Zuschüsse nach §§ 6 und 8 Landespflegegesetz**

| Jahr | § 6 (ambulante Pflegeeinrichtungen) in € | § 8 (teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen) in € | Gesamt in € |
|------|---|---|----------------|
| 2007 | 868.224,23 | 575.110,00 | 1.443.334,23 |
| 2008 | 332.146,00 | 725.230,00 | 1.057.376,00 |
| 2009 | 195.650,00 | 957.544,00 | 1.153.194,00 |
| 2010 | 87.797,00 | 1.104.299,00 | 1.192.096,00 |

| Jahr | § 6 (ambulante Pflegeeinrichtungen) in € | freigemeinnützig | privatgewerblich | öffentlich |
|------|---|------------------|------------------|------------|
| 2007 | 868.224,23 | 543.434,23 | 324.790,00 | |
| 2008 | 332.146,00 | 299.575,00 | 32.571,00 | |
| 2009 | 195.650,00 | 175.000,00 | 20.650,00 | |
| 2010 | 87.797,00 | - | 87.797,00 | |

| Jahr | § 8 (teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen) in € | freigemeinnützig | privatgewerblich | öffentlich |
|------|---|------------------|------------------|------------|
| 2007 | 575.110,00 | 490.580,00 | 84.530,00 | |
| 2008 | 725.230,00 | 109.141,00 | 616.089,00 | |
| 2009 | 957.544,00 | 272.780,00 | 684.764,00 | |
| 2010 | 1.104.299,00 | 1.048.799,00 | 55.500,00 | |

Pauschalförderung für teilstationäre Einrichtungen nach § 7 Landespflegegesetz

| Jahr | Fördersumme Gesamt in € | freigemeinnützig | privatgewerblich | öffentlich |
|------|-------------------------------|------------------|------------------|------------|
| 2007 | 271.687,84 | 229.945,28 | 41.742,56 | |
| 2008 | 306.661,60 | 242.803,20 | 63.858,40 | |
| 2009 | 425.655,98 | 311.743,98 | 113.912,00 | |
| 2010 | 459.863,45 | 329.100,83 | 130.762,62 | |

(Quelle: Ministerium für Soziales und Gesundheit, Mecklenburg-Vorpommern)

noch Anlage 8a

Niedersachsen

**Investitionsfolgekostenförderung nach dem Niedersächsischen Pflegegesetz
2007 bis 2010**

| <u>Haushalts- jahr</u> | <u>Ambulante Pflegeeinrichtungen</u> | <u>Förderung von teilstationären Ein- richtungen</u> | <u>Förderung der Kurzzeitpflege</u> | <u>Förderung der In- vestitionskosten insgesamt in €</u> |
|-----------------------------------|---|---|--|---|
| | (§ 9 NPflegeG) Betrag in € | (§ 10 NPflegeG) Betrag in € | (§ 10 NPflegeG) Betrag in € | |
| 2007 | 28.326.000 | 2.275.000 | 9.769.000 | 40.370.000 |
| 2008 | 27.438.815 | 2.300.326 | 10.720.050 | 40.459.191 |
| 2009 | 27.174.000 | 2.964.000 | 11.649.000 | 41.787.000 |
| 2010 | 23.741.000 | 4.352.805 | 13.372.000 | 41.465.800 |

(Quelle: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration)

noch Anlage 8a

Nordrhein-Westfalen**Angaben zur Investitionskostenförderung für zugelassene Pflegeeinrichtungen****„Angaben zur Investitionskostenförderung für zugelassene Pflegeeinrichtungen**

Mit dem Landespflegegesetz von 1996 ist die Investitionskostenförderung den Kommunen des Landes (als durch das Pflege-Versicherungsgesetz entlasteten Trägern der Sozialhilfe) übertragen worden bzw. von den überörtlichen Trägern der Kriegsopferfürsorge zu leisten.

Seit der Novelle des Landespflegegesetzes im Jahre 2003 erfolgt die Förderung ausschließlich über das Pflegewohngeld als bewohnerbezogene Investitionskostenförderung - gebunden an die finanzielle Bedürftigkeit des konkreten Pflegebedürftigen.

Da die Kommunen zu diesen Aufgaben dem Land nicht berichtspflichtig sind, liegen der Landesregierung aktuelle genaue Zahlen zur Förderung in diesem Bereich nicht vor.

Die letzt verfügbaren Zahlen zur Höhe der Investitionskostenförderung sind die des Evaluationsberichtes zum Landespflegegesetz von 2009. Danach betrug die Förderung in 2007

| | |
|---------------------------|-----------------|
| im stationären Bereich | rund 362 Mio. € |
| und im ambulanten Bereich | rund 49 Mio. €. |

Zu weiteren Aspekten: Es liegen dem Land keine Daten zu Trägerschaft etc. vor, die über die Bundes-Erhebung nach § 109 SGB XI vom 15.12.2009 hinausgehen würden. Es wird deshalb gebeten, die NRW betreffenden Daten aus dieser Bundeserhebung zu entnehmen."

(Quelle: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen)

noch Anlage 8a

Saarland

Investitionskostenförderung für zugelassene Pflegeeinrichtungen in €

| Jahr | Teilstationäre Pflege | freigemeinnützig | privatgewerblich | öffentlich |
|------|-----------------------|------------------|------------------|------------|
| 2007 | 270.158 | 224.096 | 46.062 | - |
| 2008 | 273.937 | 229.375 | 44.562 | - |
| 2009 | 278.417 | 234.112 | 44.305 | - |
| 2010 | 205.148 | 160.546 | 44.602 | - |

Die Förderbeträge für 2010 standen Mitte 2011 teilweise noch nicht endgültig fest.

| Jahr | Kurzzeitpflege | freigemeinnützig | privatgewerblich | öffentlich |
|------|----------------|------------------|------------------|------------|
| 2007 | 523.074 | 478.058 | 45.016 | - |
| 2008 | 601.497 | 556.866 | 44.631 | - |
| 2009 | 575.366 | 521.989 | 53.377 | - |
| 2010 | 391.068 | 342.540 | 48.528 | - |

Die Förderbeträge für 2010 standen Mitte 2011 teilweise noch nicht endgültig fest.

Ambulante Pflegedienste und vollstationäre Pflegeeinrichtungen werden nicht investiv gefördert.

(Quelle: Ministerium für Arbeit, Familie, Prävention, Soziales und Sport, Saarland)

Sachsen

„Durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz gab es im Berichtszeitraum keine Mittel zur Investitionskostenförderung für zugelassene Pflegeeinrichtungen.“

(Quelle: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz)

Sachsen-Anhalt

„Es wurden keine Mittel zur Investitionsförderung verausgabt.“

(Quelle: Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt)

noch Anlage 8a

Schleswig-Holstein

„Es folgt eine Übersicht der Aufwendungen des Landes für die Investitionskostenförderung von Pflegeeinrichtungen in den Jahren 2007-2010 des Landes Schleswig-Holstein. Eine Differenzierung nach Trägerart ist dabei nicht möglich, da dieses Merkmal in den Abrechnungen der Kreise und kreisfreien Städten nicht gesondert ausgewiesen wird.“

**Ausgaben (Landesanteil) für Investitionskostenförderung
an zugelassene Pflegeeinrichtungen in €**

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010* |
|--|---|---|---|---|
| Aufwendungen nach § 6 Abs. 2 LPflegeG - Investitionskostenpauschalen an ambulante Pflegedienste | 1.537.801,03 (3.943.079,57) | 1.540.850,14 (3.950.897,85) | 1.610.912,78 (4.130.545,64) | 1.662.170,49 (4.261.975,66) |
| Aufwendungen nach § 6 Abs. 3 LPflegeG - Bewohnerbezogene Zuschüsse an Pflegeeinrichtungen (Teilstationäre Pflege) | 259.400,49 (665.129,46) | 296.320,98 (759.797,38) | 324.425,87 (831.861,20) | 424.008,53 (1.087.201,37) |
| Aufwendungen nach § 6 Abs. 3 LPflegeG - Bewohnerbezogene Zuschüsse an Pflegeeinrichtungen (Kurzzeitpflege) | 760.774,13 (1.950.702,89) | 891.236,80 (2.285.222,56) | 1.173.806,37 (3.009.759,93) | 1.225.696,34 (3.142.811,13) |
| Aufwendungen nach § 6 Abs. 4 LPflegeG - Bewohnerbezogene Zuschüsse an vollstationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegewohngeld) | 13.541.497,41 (34.721.788,23) | 13.409.105,45 (34.382.321,67) | 13.182.251,37 (33.800.644,54) | 13.056.150,21 (33.477.308,23) |
| insgesamt | 16.099.473,06 | 16.137.513,37 | 16.291.396,39 | 16.368.025,56 |

(Klammerangaben = Höhe der Gesamtausgaben örtlicher Träger)

* nicht abschließend; teilweise wurden Vorjahreszahlen berücksichtigt, da die Abrechnungen der Kreise und kreisfreien Städte bis Mitte 2011 nicht vollständig vorlagen.

Eine Differenzierung nach Trägerart ist dabei nicht möglich, da dieses Merkmal in den Abrechnungen der Kreise und kreisfreien Städten nicht gesondert ausgewiesen wird.“

(Quelle: Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit, Schleswig-Holstein)

noch Anlage 8a

Thüringen

„Auf der Grundlage des Thüringer Gesetzes zur Ausführung des Pflege-Versicherungsgesetzes erfolgte in den Jahren 2007 bis 2010 keine Förderung stationärer Pflegeeinrichtungen aus Landeshaushaltsmitteln.“

(Quelle: Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Thüringen)

Anlage 9

**Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte für demenziell Erkrankte
(Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote und Modellvorhaben im Jahre 2010)**

| Bundesland | Förderung niedrigschwel- liger Betreu- ungsangebote | in Prozent zur Ge- samtför- derung | Förderung von Modellvorhaben | in Prozent zur Ge- samtför- derung | Förderung von Ehrenamt und Selbsthilfe | in Prozent zur Ge- samtför- derung | Gesamtbeitrag | Maximales Fördervolumen | In An- spruch- genom- mene För- dergelder |
|----------------------------|--|---|---------------------------------|---|--|---|----------------------|--|---|
| | € | % | € | % | € | % | € | in Euro nach Königsteiner Schlüssel 2010 | in Prozent |
| Baden-Württemberg | 1.766.616,87 | 89,20 | 66.500,00 | 3,40 | 147.299,53 | 7,40 | 1.980.416,40 | 3.200.900,00 | 61,87 |
| Bayern | 974.379,49 | 84,19 | 170.012,13 | 14,69 | 12.973,38 | 1,12 | 1.157.365,00 | 3.780.652,50 | 30,61 |
| Berlin | 604.074,00 | 79,83 | 44.539,00 | 5,89 | 108.044,55 | 14,28 | 756.657,55 | 1.256.782,50 | 60,21 |
| Brandenburg | 525.035,17 | 100,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 525.035,17 | 780.467,50 | 67,27 |
| Bremen | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 236.272,50 | 0,00 |
| Hamburg | 592.007,02 | 100,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 592.007,02 | 648.672,50 | 91,26 |
| Hessen | 874.000,00 | 66,69 | 288.250,00 | 22,00 | 148.250,00 | 11,31 | 1.310.500,00 | 1.801.365,00 | 72,75 |
| Mecklenburg- Vorpommern | 1.405,00 | 0,74 | 188.812,04 | 99,26 | 0,00 | 0,00 | 190.217,04 | 525.780,00 | 36,18 |
| Niedersachsen | 1.452.001,04 | 94,88 | 78.283,83 | 5,12 | 0,00 | 0,00 | 1.530.284,87 | 2.333.177,50 | 65,59 |
| Nordrhein-Westfalen | 1.300.127,02 | 83,22 | 262.236,00 | 16,78 | 0,00 | 0,00 | 1.562.363,02 | 5.330.317,50 | 29,31 |
| Rheinland-Pfalz | 325.181,32 | 70,72 | 134.610,00 | 29,28 | 0,00 | 0,00 | 459.791,32 | 1.203.915,00 | 38,19 |
| Saarland | 336.463,00 | 100,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 336.463,00 | 309.005,00 | 108,89 |
| Sachsen | 95.548,47 | 39,34 | 147.311,46 | 60,66 | 0,00 | 0,00 | 242.859,93 | 1.306.195,00 | 18,59 |
| Sachsen-Anhalt | 317.995,00 | 100,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 317.995,00 | 741.975,00 | 42,86 |
| Schleswig-Holstein | 210.800,00 | 61,86 | 64.600,00 | 38,14 | 0,00 | 0,00 | 275.400,00 | 836.332,50 | 32,93 |
| Thüringen | 119.384,54 | 80,90 | 28.179,56 | 19,10 | 0,00 | 0,00 | 147.564,10 | 708.190,00 | 20,84 |
| Gesamt | 9.495.017,94 | | 1.473.334,02 | | 416.567,46 | | 11.384.919,42 | 25.000.000,00 | |

Anmerkungen: Die Spalten 1-7 beruhen auf den Angaben der Länder. Die Spalten 8-9 wurden einheitlich an das maximale Fördervolumen auf der Grundlage des Königsteiner-Schlüssels für das Jahr 2010 ausgerichtet. Die Angabe Null in der Tabelle entspricht keiner Angabe. Der Gesamtbetrag bildet die Ausgaben für das Jahr 2010 ab. Dabei können auch Übertragungen aus dem Vorjahr beinhaltet sein.

Anlage 10

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

| Bundesland | Rechtsverordnung zur Anerkennung niedrigschwelliger Versorgungsangebote § 45b Absatz 3 Satz 2 SGB XI | Rechtsverordnung zur Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und Modellvorhaben § 45c Absatz 6 Satz 4 SGB XI | Anzahl der anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote § 45b Absatz 1 Satz 6 Nr. 4 Nr. 3 SGB XI | | Anzahl der zugelassenen amb. Pflegedienste mit besonderen Angeboten der allg. Betreuung § 45b Absatz 1 Satz 6 Nr. 4 SGB XI | Anzahl der geförderten niedrigschwelligen Betreuungsangebote (Projektförderung) § 45c Absatz 3 SGB XI | Anzahl der geförderten Modellvorhaben § 45c Absatz 4 SGB XI |
|-------------------|--|---|---|------------|--|---|---|
| | | | Anbieter | Angebote * | | | |
| Baden-Württemberg | Verordnung v. 02/2011 | Verordnung v. 02/2011 | 272 | 312 | 52 | 513 | 3 |
| | | | | | | | |
| Bayern | Verordnung v. 12/2008 | Verordnung v. 12/2008 | 648 | 724 | ca. 640 | 495 | 18 |
| | | | | | | | |

noch Anlage 10

| Bundesland | Rechtsverordnung zur Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungsangebote § 45b Absatz 3 Satz 2 SGB XI | Rechtsverordnung zur Förderung von niedrigschwiligen Betreuungsangeboten und Modellvorhaben § 45c Absatz 6 Satz 4 SGB XI | Anzahl der Anbieter | Angebote * | Anzahl der anerkannten niedrigschwiligen Betreuungsangebote § 45b Absatz 1 Satz 6 Nr. 4 Nr. 3 SGB XI | | Anzahl der zugelassenen ambulanten Pflegedienste mit besonderen Angeboten der allgemeinen Betreuung § 45b Absatz 1 Satz 6 Nr. 4 SGB XI | Anzahl der geförderten niedrigschwiligen Betreuungsangebote (Projektförderung) § 45c Absatz 3 SGB XI | Anzahl der geförderten Modellvorhaben § 45c Absatz 4 SGB XI |
|--------------------|---|--|---------------------|------------|--|---------------|--|--|---|
| | | | | | davon: | | | | |
| | | | | | Betreuungsgruppen | Heilferkreise | | | |
| Berlin | Verordnung vom 07/2003 | Verordnung vom 07/2003 | 111 | 156 | 85 | 21 | ca. 350 | 54 | 1 |
| | | | | | Heilferkreise | 44 | | | |
| | | | | | Tagesbetreuung | 6 | | | |
| | | | | | Einzelbetreuung | 2 | | | |
| | | | | | Vermittlungsagenturen | k.A. | | | |
| | | | | | Familienentlastende Dienste | 4 | | | |
| | | | | | Sonstiges | 180 | | | |
| Brandenburg | Verordnung vom 11/2002 in der Fassung vom 16.09.2009 | Rahmenvereinbarung vom 07/2003 in der Fassung vom 29.10.2009 | 128 | 379 | 4 | 159 | 439 | 92 | 0 |
| | | | | | Betreuungsgruppen | 26 | | | |
| | | | | | Heilferkreise | 0 | | | |
| | | | | | Tagesbetreuung | 0 | | | |
| | | | | | Einzelbetreuung | 0 | | | |
| | | | | | Vermittlungsagenturen | 14 | | | |
| | | | | | Familienentlastende Dienste | 0 | | | |
| | | | | | Sonstiges | 4 | | | |
| Bremen | Verordnung vom 04/2003 | Richtlinie zur Ausgestaltung und Durchführung der Projektförderung nach dem BremAGPflVG vom 1.08.2008 | k.A. | k.A. | 4 | k.A. | 79 | k.A. | k.A. |
| | | | | | Betreuungsgruppen | 7 | | | |
| | | | | | Heilferkreise | k.A. | | | |
| | | | | | Tagesbetreuung | k.A. | | | |
| | | | | | Einzelbetreuung | k.A. | | | |
| | | | | | Vermittlungsagenturen | k.A. | | | |
| | | | | | Familienentlastende Dienste | k.A. | | | |
| | | | | | Sonstiges | 17 | | | |
| Hamburg | Verordnung vom 05/2003 | Verordnung vom 05/2003 | 14 | 52 | 17 | 13 | 236 | 10 | 0 |
| | | | | | Betreuungsgruppen | 0 | | | |
| | | | | | Heilferkreise | 17 | | | |
| | | | | | Tagesbetreuung | 0 | | | |
| | | | | | Einzelbetreuung | 0 | | | |
| | | | | | Vermittlungsagenturen | 3 | | | |
| | | | | | Familienentlastende Dienste | 2 | | | |
| | | | | | Sonstiges | k.A. | | | |
| Hessen | Verordnung vom 12/2003 | Rahmenvereinbarung vom 12/2010 | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. | k.A. |
| | | | | | Betreuungsgruppen | k.A. | | | |
| | | | | | Heilferkreise | k.A. | | | |
| | | | | | Tagesbetreuung | k.A. | | | |
| | | | | | Einzelbetreuung | k.A. | | | |
| | | | | | Vermittlungsagenturen | k.A. | | | |
| | | | | | Familienentlastende Dienste | k.A. | | | |
| | | | | | Sonstiges | k.A. | | | |

noch Anlage 10

| Bundesland | Rechtsverordnung zur Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungsangebote § 45b Absatz 3 Satz 2 SGB XI | Rechtsverordnung zur Förderung von niedrigschwelligem Betreuungsangeboten und Modellvorhaben § 45c Absatz 6 Satz 4 SGB XI | Anzahl der anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote § 45b Absatz 1 Nr. 4 SGB XI | | Anzahl der anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote | | Anzahl der zugelassenen amb. Pflegedienste mit besonderen Angeboten der allg. Anleitung und Betreuung § 45b Absatz 1 Nr. 3 SGB XI | Anzahl der geförderten niedrigschwelligen Betreuungsangebote (Projektförderung) § 45c Absatz 3 SGB XI | Anzahl der geförderten Modellvorhaben § 45c Absatz 4 SGB XI |
|-------------------------------|---|---|--|------------|--|--------|---|---|---|
| | | | Anbieter | Angebote * | von | davon: | | | |
| Mecklenburg-Vorpommern | Verordnung vom 12/2010 | Verordnung vom 1206/2010 | 9 | 9 | Betreuungsgruppen | 1 | 523 | 1 | 5 |
| | | | | | Helferkreise | k.A. | | | |
| Niedersachsen | Verordnung vom 08/2002 | Verordnung vom 09/2004, Verlängerung bis 11/2008 | 352 | 904 | Betreuungsgruppen | 418 | k.A. | k.A. | k.A. |
| | | | | | Helferkreise | 438 | | | |
| | | | | | Tagesbetreuung | 20 | | | |
| | | | | | Einzelbetreuung | 28 | | | |
| | | | | | Vermittlungsagenturen | 0 | | | |
| | | | | | Familienlastende Dienste | 0 | | | |
| | | | | | Sonstiges | 0 | | | |
| | | | | | Betreuungsgruppen | k.A. | | | |
| | | | | | Helferkreise | 423 | | | |
| | | | | | Sonstiges | k.A. | | | |
| Nordrhein-Westfalen | Verordnung vom 07/2003 | Verordnung vom 07/2003 | k.A. | 1.503 | Betreuungsgruppen | 423 | k.A. | k.A. | k.A. |
| | | | | | Helferkreise | 252 | | | |
| | | | | | Tagesbetreuung | 100 | | | |
| | | | | | Einzelbetreuung | 160 | | | |
| | | | | | Vermittlungsagenturen | 100 | | | |
| | | | | | Familienlastende Dienste | 153 | | | |
| | | | | | Sonstiges | 310 | | | |
| | | | | | Betreuungsgruppen | 62 | | | |
| | | | | | Helferkreise | 113 | | | |
| | | | | | Sonstiges | 60 | | | |
| Rheinland-Pfalz | Verordnung vom 12/2002 | Verordnung vom 12/2003 | 155 | 235 | Betreuungsgruppen | 62 | 271 | 128 | 5 |
| | | | | | Helferkreise | 113 | | | |
| | | | | | Tagesbetreuung | 60 | | | |
| | | | | | Einzelbetreuung | k.A. | | | |
| | | | | | Vermittlungsagenturen | 0 | | | |
| | | | | | Familienlastende Dienste | 0 | | | |
| | | | | | Sonstiges | 0 | | | |
| | | | | | Betreuungsgruppen | 52 | | | |
| | | | | | Helferkreise | 13 | | | |
| | | | | | Sonstiges | 10 | | | |
| Saarland | Verordnung vom 6/2005 | Verordnung vom 6/2005 | 78 | 131 | Betreuungsgruppen | 52 | 98 | 32 | 0 |
| | | | | | Helferkreise | 13 | | | |
| | | | | | Tagesbetreuung | 10 | | | |
| | | | | | Einzelbetreuung | 32 | | | |
| | | | | | Vermittlungsagenturen | 0 | | | |
| | | | | | Familienlastende Dienste | 0 | | | |
| | | | | | Sonstiges | 9 | | | |
| | | | | | Betreuungsgruppen | 15 | | | |
| | | | | | Helferkreise | 13 | | | |
| | | | | | Sonstiges | 15 | | | |

noch Anlage 10

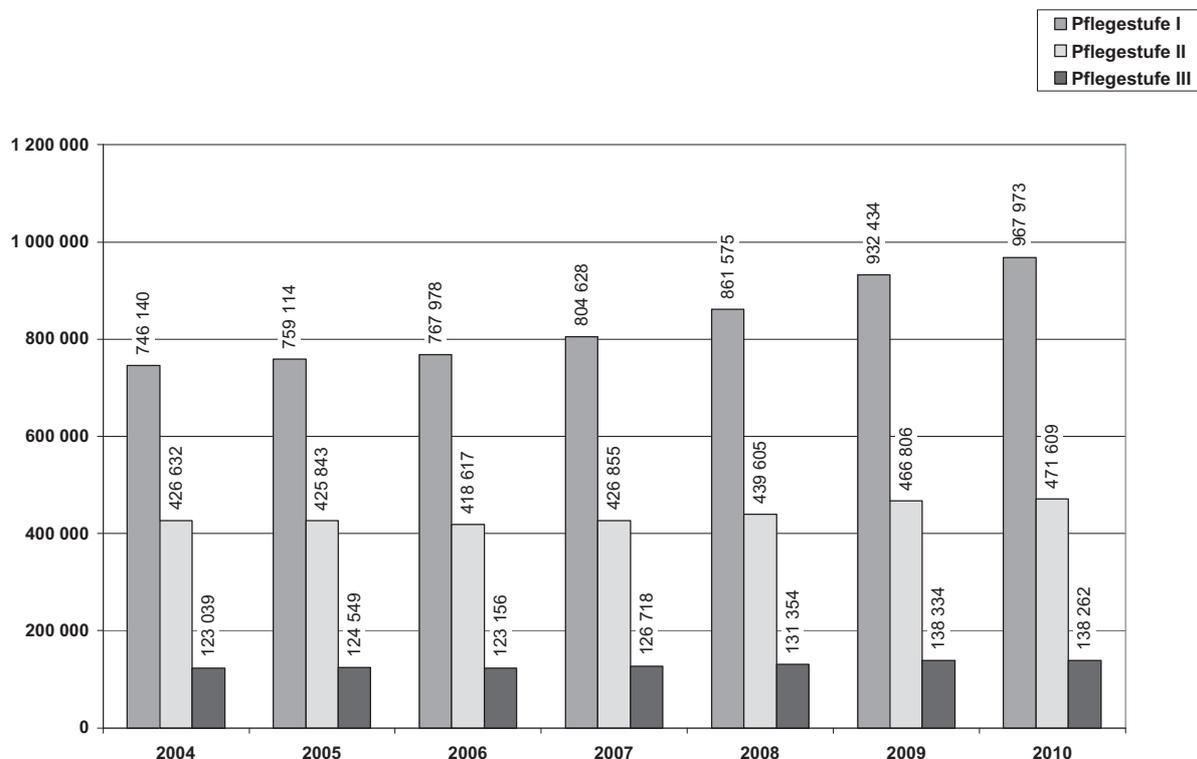
| Bundesland | Rechtsverordnung zur Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungsangebote § 45b Absatz 3 Satz 2 SGB XI | Rechtsverordnung zur Förderung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und Modellvorhaben § 45c Absatz 6 Satz 4 SGB XI | Anzahl der anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote § 45b Absatz 1 Nr. 4 SGB XI | | Anzahl der zugelassenen amb. Pflegedienste mit besonderen Angeboten der allg. Anleitung und Betreuung § 45b Absatz 1 Nr. 3 SGB XI | Anzahl der geförderten niedrigschwelligen Betreuungsangebote (Projektförderung) § 45c Absatz 3 SGB XI | Anzahl der geförderten Modellvorhaben § 45c Absatz 4 SGB XI |
|--------------------|---|---|--|--------------------------------|---|---|---|
| | | | Anbieter | Angebote * davon: | | | |
| Sachsen | Verordnung vom 07/2003 | Einzelförderung gemäß § 1 Absatz 1 Nr. 7 der Förderzuständigkeitsverordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz | 171 | Betreuungsgruppen..... | k.A. | 20 | 3 |
| | | | | Heiferkreise..... | k.A. | | |
| | | | | Tagesbetreuung..... | k.A. | | |
| | | | | Einzelbetreuung..... | k.A. | | |
| | | | | Vermittlungsagenturen..... | k.A. | | |
| | | | | Familientlastende Dienste..... | k.A. | | |
| | | | | Sonstiges..... | k.A. | | |
| Sachsen-Anhalt | Verordnung 03/2003, geändert durch Verordnung 12/2007 | Verordnung 03/2003, geändert durch Verordnung 12/2007 | 33 | Betreuungsgruppen..... | k.A. | 20 | 0 |
| | | | | Heiferkreise..... | k.A. | | |
| | | | | Tagesbetreuung..... | 17 | | |
| | | | | Einzelbetreuung..... | k.A. | | |
| | | | | Vermittlungsagenturen..... | 0 | | |
| | | | | Familientlastende Dienste..... | 16 | | |
| | | | | Sonstiges..... | k.A. | | |
| Schleswig-Holstein | Verordnung vom 12/2009 | Verordnung vom 12/2009 | 75 | Betreuungsgruppen..... | 78 | 85 | 1 |
| | | | | Heiferkreise..... | 14 | | |
| | | | | Tagesbetreuung..... | 9 | | |
| | | | | Einzelbetreuung..... | 6 | | |
| | | | | Vermittlungsagenturen..... | 1 | | |
| | | | | Familientlastende Dienste..... | 8 | | |
| | | | | Sonstiges..... | 15 | | |
| Thüringen | Verordnung vom 12/2003 | Verordnung vom 12/2003 | 83 | Betreuungsgruppen..... | 49 | 29 | 1 |
| | | | | Heiferkreise..... | 33 | | |
| | | | | Tagesbetreuung..... | 26 | | |
| | | | | Einzelbetreuung..... | 41 | | |
| | | | | Vermittlungsagenturen..... | 13 | | |
| | | | | Familientlastende Dienste..... | 50 | | |
| | | | | Sonstiges..... | 44 | | |

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 2004 bis 2010
– ambulant –
- Grafik 5 Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen in den Jahren 2004 bis 2010
– stationär –
- Grafik 6 Pflegebedürftige nach Leistungsarten im Jahresdurchschnitt

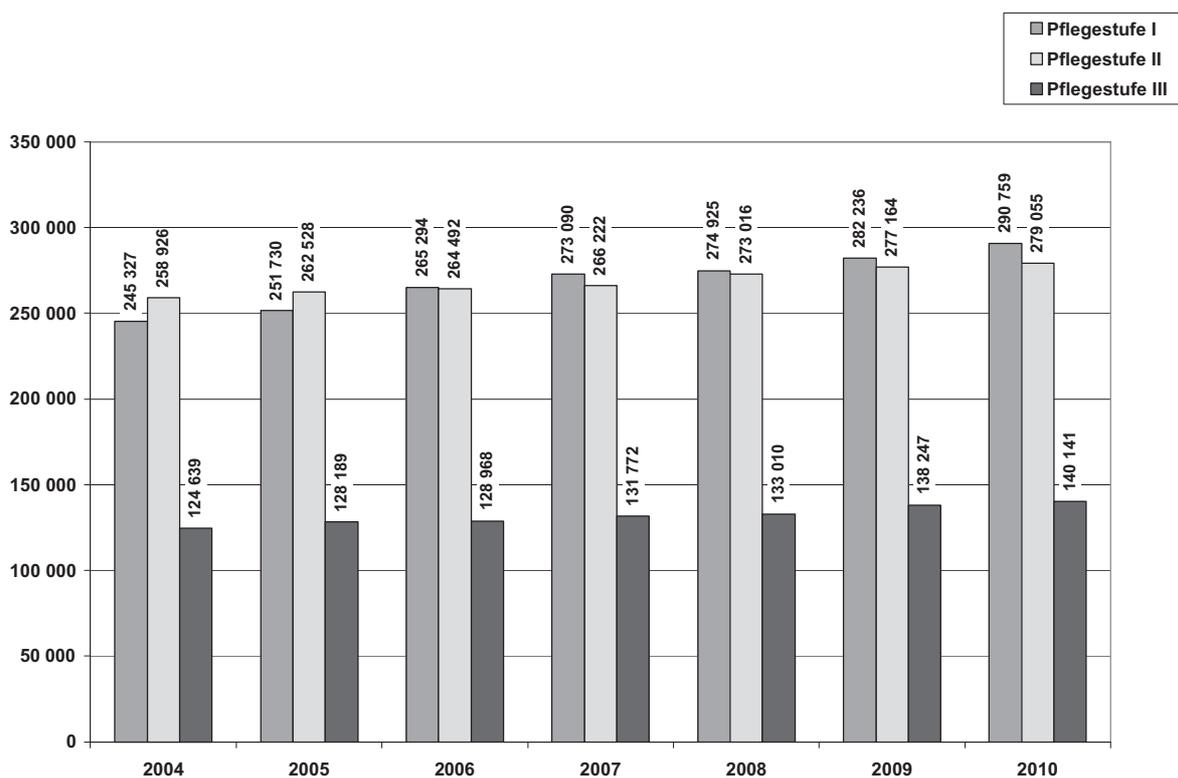
Grafik 1

Entwicklung der Leistungsempfänger im ambulanten Bereich zum Jahresende nach Pflegestufen



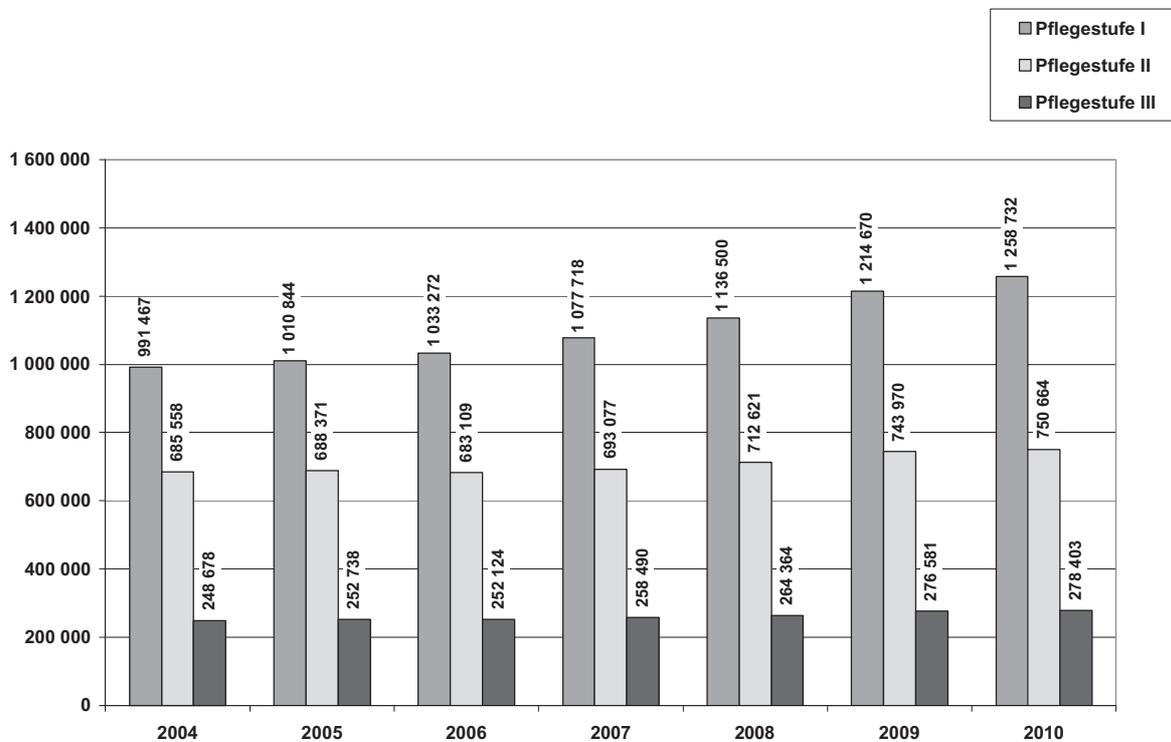
Grafik 2

Entwicklung der Leistungsempfänger im stationären Bereich zum Jahresende nach Pflegestufen



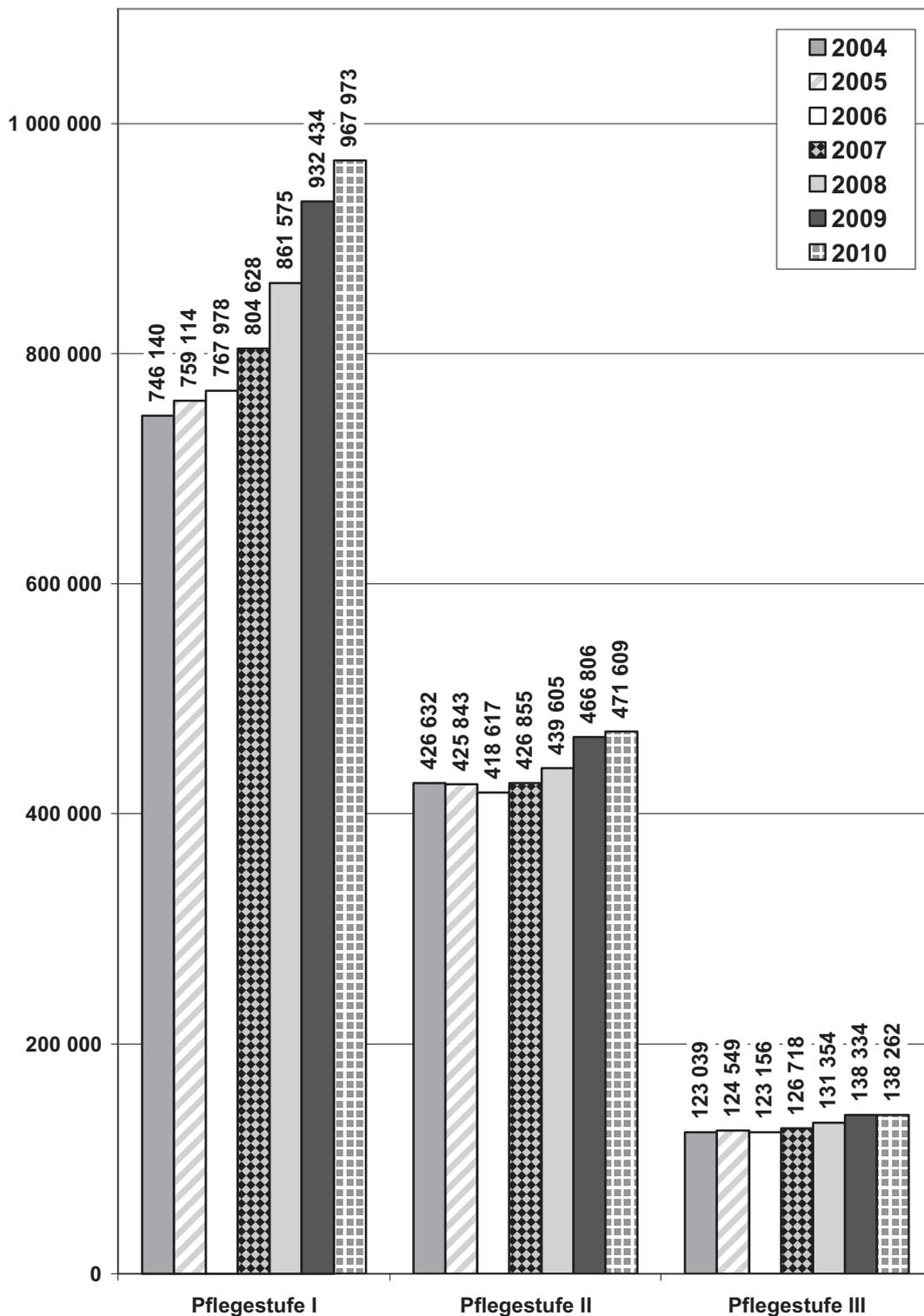
Grafik 3

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



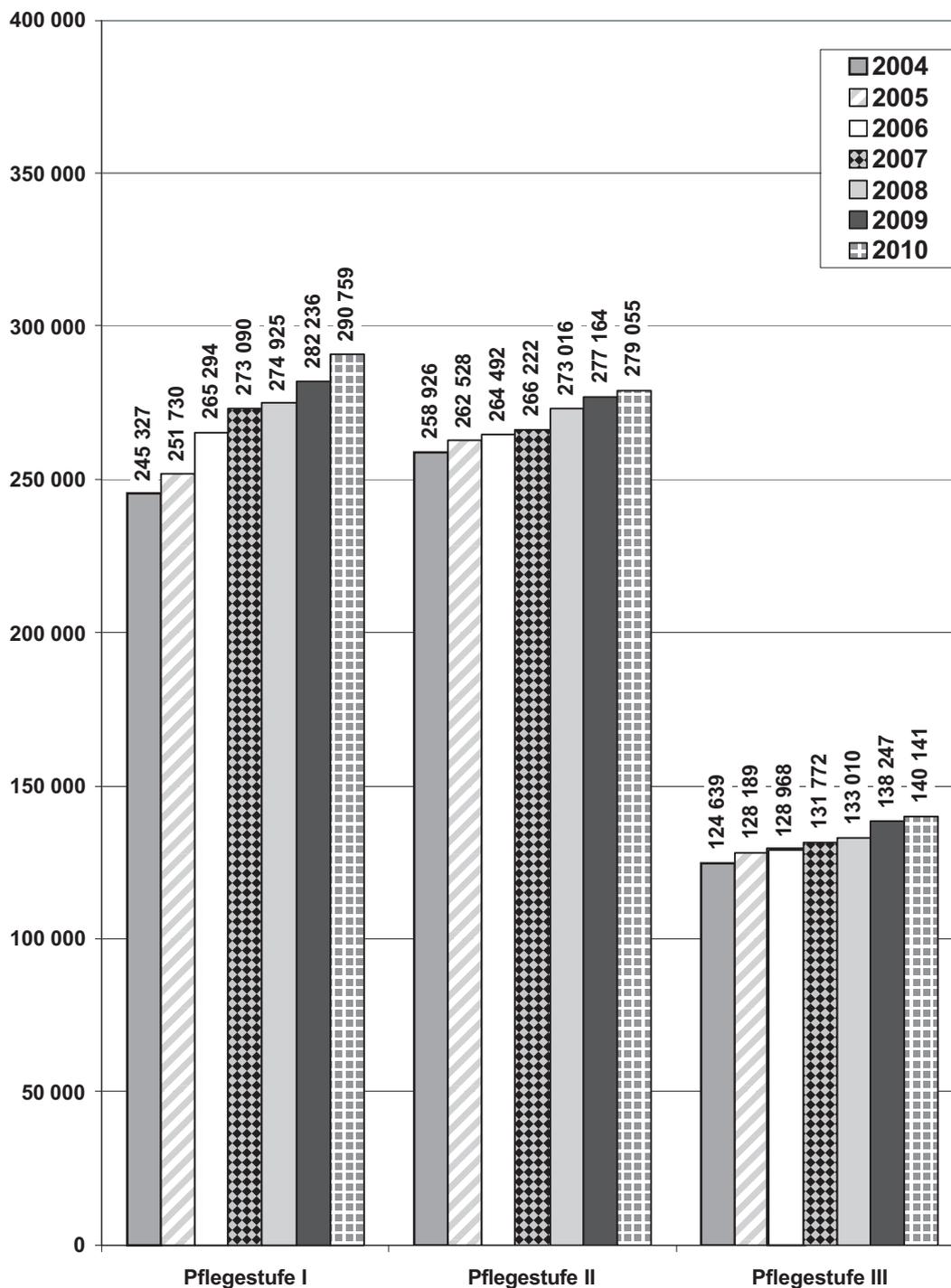
Grafik 4

Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen in den Jahren 2004 bis 2010
– ambulant –



Grafik 5

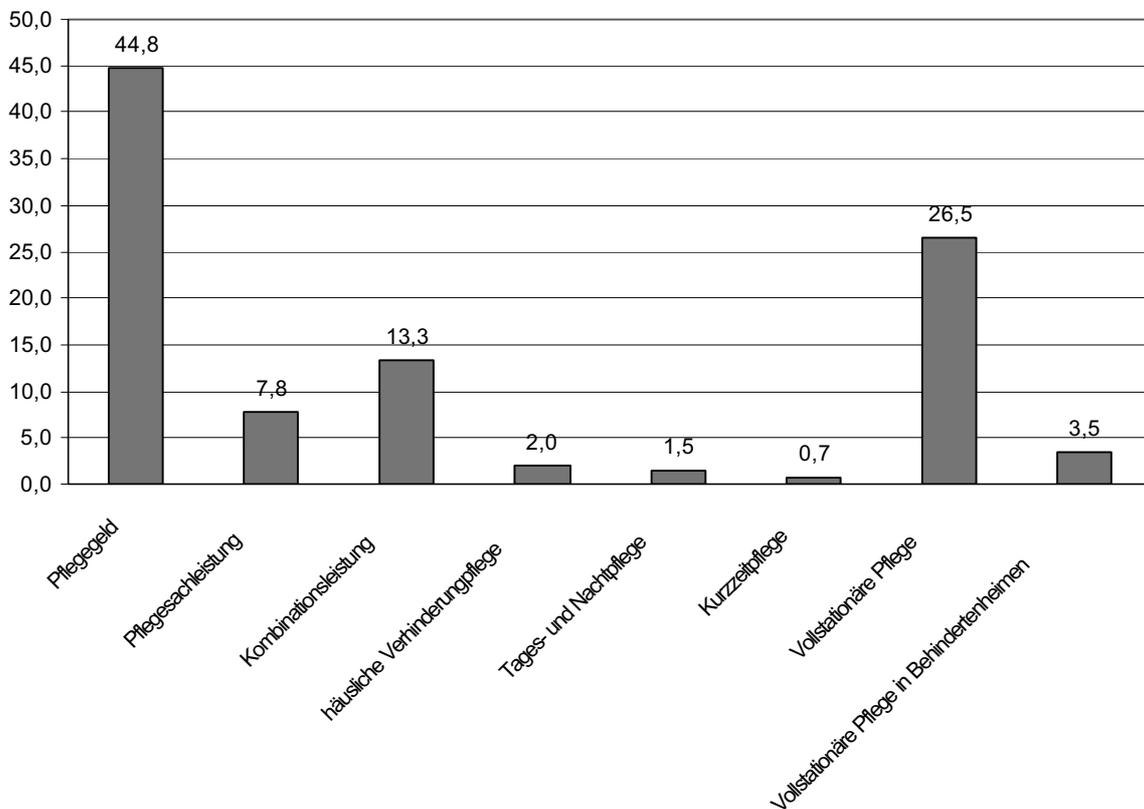
Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen in den Jahren 2004 bis 2010
 – stationär –



Grafik 6

Pflegebedürftige im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten 2010

Anteil in %



noch Grafik 6

Pflegebedürftige im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten 2006

