

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulf Fink, Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid), Dr. Wolf Bauer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU  
– Drucksache 14/3444 –**

### **Zukunft der sozialen Pflegeversicherung**

In der Koalitionsvereinbarung zwischen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 20. Oktober 1998 sind unter Ziffer IV/7 – Pflegeversicherung stabilisieren und – Ziffer VII/2 – Politik für ältere Menschen – eine Reihe von Verbesserungen in der Pflege und im Heimgesetz angekündigt worden. Angesichts der in den Jahren 1998/1999 in zahlreichen Einzelfällen aus fast allen Bundesländern bekannt gewordenen Missstände und Mängel in Pflegeheimen hat die Bundesgesundheitsministerin im August 1999 einen Gesetzentwurf zur Verbesserung der Pflegequalität angekündigt, der bis Herbst 1999 vorgelegt werden sollte.

Nach Mitteilungen aus dem Bundesversicherungsamt haben im Jahr 1999 erstmals die Ausgaben der Pflegeversicherung die Einnahmen überstiegen, so dass die Rücklage in Anspruch genommen werden musste.

#### **Vorbemerkung**

Sowohl die Fragestellungen als auch der Umfang der Kleinen Anfrage geben Anlass zu folgenden Anmerkungen:

1. Die Bundesregierung sieht in der Pflegeversicherung einen wichtigen Baustein bei der Absicherung des Pflegerisikos, der vielen Menschen bereits geholfen hat und auch weiterhin helfen wird.

Festzustellen ist allerdings auch, dass es nach wie vor Schwächen bei der Ausgestaltung und Durchführung der Pflegeversicherung gibt.

Bei Einführung der Pflegeversicherung Anfang 1995 wurden Schwächen und Zukunftsrisiken, die auch Gegenstand der Kleinen Anfrage sind, bewusst in Kauf genommen und in der Folgezeit auch unter Berücksichtigung der aus der Umsetzung gewonnenen Erfahrungen nicht abgestellt. Vor diesem Hintergrund mutet es merkwürdig an, wenn in der Kleinen Anfrage die

---

*Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 8. Juni 2000 übermittelt.*

*Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.*

Verantwortung der CDU/CSU für die Rahmenbedingungen und die Ausgestaltung der Pflegeversicherung, deren Defizite und insbesondere deren engen Finanzrahmen einfach verschwiegen wird.

Demgegenüber hat die Regierungskoalition von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ihren festen Willen, die Pflegeversicherung voranzubringen, in der Koalitionsvereinbarung vom 20. Oktober 1998 deutlich gemacht. Dort heißt es im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung wörtlich:

„7. Pflegeversicherung stabilisieren

Angesichts der Veränderungen im Altersaufbau unserer Gesellschaft ist für die neue Bundesregierung die Sicherung einer menschenwürdigen und ganzheitlichen Pflege ein wichtiges Zukunftsthema. Die neue Bundesregierung setzt sich zum Ziel, die Qualität der Pflege und Betreuung zu erhalten und angesichts begrenzter Finanzspielräume weiter zu verbessern.

Dazu werden folgende Maßnahmen ergriffen:

- die Rücklage der Pflegeversicherung wird vorrangig für die dauerhafte Stabilisierung des Beitragssatzes verwandt. Die Bildung eines Teilkapitalstocks wird angestrebt;
- die bereits in der 13. Wahlperiode vereinbarten maßvollen Leitungsverbesserungen werden umgesetzt; zugleich wird geprüft, wie die Betreuung Demenzkranker bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und ob „Arbeitgebermodelle“ berücksichtigt werden können;
- die vorhandene sozialrechtliche Abgrenzung und Aufgabenteilung zwischen der Pflegeversicherung einerseits und der Krankenversicherung bzw. dem Sozialhilferecht andererseits werden überprüft und gegebenenfalls neu geregelt;
- die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege durch die Krankenversicherung wird angestrebt.“

Bereits unmittelbar nach der Regierungsübernahme hat die neue Bundesregierung auch im Bereich der Pflegeversicherung gehandelt und mit der sofortigen Umsetzung der Koalitionsvereinbarung begonnen. Sie hat u. a. im Rahmen eines 4. SGB XI-Änderungsgesetzes sofortige Leistungsverbesserungen im Bereich der ambulanten und teilstationären Pflege sowie in der Kurzzeitpflege eingeführt, die von der alten Bundesregierung zwar als notwendig und sinnvoll angesehen wurden, jedoch innerhalb der Koalition von CDU/CSU und F.D.P. nicht mehrheitsfähig waren.

Zur weiteren Umsetzung der Koalitionsvereinbarung vom 20. Oktober 1998 werden in Kürze ein Gesetzentwurf „zur Qualitätssicherung und Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz)“ unter Federführung des Bundesgesundheitsministeriums sowie eine Novelle des Heimgesetzes unter Federführung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vorgelegt. Darüber hinaus werden gegenwärtig im Bundesministerium für Gesundheit Leistungsverbesserungen im Bereich der teilstationären Pflege im Zusammenhang mit der angestrebten Verbesserung der Situation von geistig Behinderten, psychisch Kranken und demenzkranken alten Menschen in der Pflegeversicherung geprüft.

Dies alles zeigt, dass sich die Regierung von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN den Erfahrungen aus der Umsetzung der Pflegeversicherung stellt, die Pflegeversicherung weiterentwickelt und innerhalb der vorgegebenen Rahmenbedingungen alle Anstrengungen unternimmt, die Pflegeversicherung voranzubringen, um sie besser auf die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegebedürftigen sowie ihrer Angehörigen abzustellen.

2. Mit neunzig Fragen, die die Zuständigkeiten der Bundesministerien für Gesundheit, für Arbeit und Sozialordnung, für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie der Bundesländer, der Städte und Kommunen betreffen, hat die Anfrage einen solchen Umfang, dass innerhalb der Frist eine tiefergehende Beantwortung vieler Fragen nicht möglich war. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Bundesregierung ohnehin zu den in der Anfrage angesprochenen Bereichen im Rahmen des Zweiten Berichts über die Pflegeversicherung, der gemäß § 10 Abs. 4 SGB XI bis Ende des Jahres 2000 vorzulegen ist, Stellung nehmen wird.

### **I. Allgemeines**

1. Wann wird die Bundesregierung die angekündigten Gesetze für Verbesserungen in der Pflege in den Deutschen Bundestag einbringen, insbesondere
- zur besseren Betreuung von Demenzkranken,
  - zur Neuregelung der sozialrechtlichen Abgrenzung zwischen Pflegeversicherung, Krankenversicherung und Sozialhilfe,
  - zur Finanzierung der Behandlungspflege durch die gesetzliche Krankenversicherung,
  - zur Verbesserung der Pflegequalität,
  - zur Novellierung des Heimgesetzes, verbunden mit der Aktualisierung der Rechtsverordnungen und einer Anpassung von Qualitätsstandards?

Es wird auf die Vorbemerkung sowie auf die Antworten zu den Fragen 18 bis 21 verwiesen.

2. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass angesichts der im Jahr 1999 erstmals entstandenen Defizite in der Pflegeversicherung es zwingend erforderlich ist, eine Gesamtanalyse der wichtigsten Probleme der Pflegeversicherung durchzuführen, um eine tragfähige Grundlage für weitere gesetzgeberische Schritte zu erhalten?

Es wird auf die Vorbemerkung verwiesen.

### **II. Zu den Zahlen der Pflegeversicherung am 31. Dezember 1999**

3. Wie hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen seit 1995
- insgesamt,
  - in der häuslichen Pflege,
  - in der teilstationären Pflege,
  - in der vollstationären Pflege
- entwickelt?

Zum jeweiligen Stichtag am Jahresende werden die Pflegebedürftigen nur nach ambulant (häusliche Pflege einschließlich teilstationärer Pflege und Kurzzeitpflege) und stationär getrennt erfasst. Die Entwicklung ist der folgenden Übersicht zu entnehmen:

Jahresende	Anzahl der Pflegebedürftigen (in Tsd.)				
	1995	1996	1997	1998	1999
ambulant	1 061	1 162	1 198	1 227	1 280
stationär <sup>1)</sup>	–	385	463	511	546
insgesamt	1 061	1 547	1 661	1 738	1 826

<sup>1)</sup> Darunter ab 1998 ca. 55 000 Behinderte in Heimen.

Angaben zur teilstationären Pflege (Tages- oder Nachtpflege) sind der Tabelle zu Frage 7 (Anlage 1) zu entnehmen.

4. Wie hat sich die Zahl der seit 1995 abgelehnten Anträge
- insgesamt,
  - bei der Pflegestufe I,
  - bei der Pflegestufe II,
  - bei der Pflegestufe III
- entwickelt?

Die Entwicklung der Anträge und deren Ablehnung ergibt sich aus folgender Tabelle:

Jahr	im Jahr gestellte Neuanträge <sup>1)</sup> – insgesamt	im Jahr erledigte Anträge insgesamt	davon <sup>2)</sup>						
			abgelehnt	bewilligt	davon in v. H.				
					Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	Pflegestufe III Härtefall	nach § 43a SGB XI
1995	2 132 330	1 924 589	383 074	1 519 845	30,0	59,9	10,1	0,1	—
1996	1 254 267	1 267 096	324 253	899 521	42,6	37,3	19,8	0,2	—
1997	924 591	968 327	245 497	685 298	48,4	35,2	14,1	0,2	2,0
1998	864 520	868 685	214 642	618 405	51,7	34,9	12,6	0,2	0,6
1999 <sup>3)</sup>	898 222	877 641	209 608	637 912	53,2	34,2	12,1	0,2	0,4

<sup>1)</sup> 1995 einschließlich rd. 600 000 Schwerpflegebedürftige, die ohne Begutachtung aus den Pflegeleistungen der Krankenversicherung in die Pflegestufe I übernommen wurden.

<sup>2)</sup> Zur Beantwortung der Frage wurde auf den Ausweis der „auf sonstige Art erledigten“ Anträge verzichtet.

<sup>3)</sup> Vorläufig.

5. Wie hat sich die Zahl der Neuanträge seit 1995
- insgesamt,
  - in der Pflegestufe I,
  - in der Pflegestufe II,
  - in der Pflegestufe III
- entwickelt?

Es wird auf Spalte 2 der Tabelle in der Antwort zu Frage 4 verwiesen.

6. Wie hat sich die Zahl der Anträge auf Höherstufung seit 1995
- insgesamt,
  - von der Pflegestufe I in die Pflegestufe II,
  - von der Pflegestufe II in die Pflegestufe III
- entwickelt?

Angaben zu den Höherstufungsanträgen liegen der Bundesregierung nicht vor, da sie statistisch nicht separat erfasst werden.

7. Wie hat sich die Zahl der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung in häuslicher Pflege im Jahr 1999 entwickelt?
- a) Wie viele Leistungsempfänger gibt es insgesamt?  
Wie viele sind davon in
- Stufe I,
  - Stufe II,
  - Stufe III?
- Wie viele sind Härtefälle?
- b) Wie hoch ist die Zahl der Empfänger von Pflegegeld insgesamt?  
Wie viele sind davon
- in Stufe I,
  - in Stufe II,
  - in Stufe III?
- Wie viele sind Härtefälle?
- c) Wie hoch ist die Zahl der Empfänger von Pflegesachleistungen insgesamt?  
Wie viele sind davon
- in Stufe I,
  - in Stufe II,
  - in Stufe III?
- Wie viele sind Härtefälle?

- d) Wie viele sind Empfänger von kombinierten Pflegesachleistungen im Pflegegeld?

Wie viele sind davon

- in Stufe I,
- in Stufe II,
- in Stufe III?

Wie viele sind Härtefälle?

Jahresdurchschnittliche Zahlen zu den Fragen 7 bis 9 sind der Tabelle in der Anlage 1 zu entnehmen. Stichtagsangaben zur Gesamtzahl der Pflegebedürftigen ergeben sich aus der Antwort zu Frage 3.

8. Wie groß ist die Zahl der Leistungsempfänger in teilstationärer Pflege insgesamt?

Wie viele sind davon

- in Stufe I,
- in Stufe II,
- in Stufe III?

Wie viele sind Härtefälle?

Es wird auf die Antwort zu Frage 7 verwiesen.

9. Wie viele Leistungsempfänger gibt es in vollstationärer Pflege insgesamt?

Wie viele sind davon

- in Stufe I,
- in Stufe II,
- in Stufe III?

Wie viele sind Härtefälle?

Es wird auf die Antwort zu Frage 7 verwiesen.

10. Wie prognostiziert die Bundesregierung die Weiterentwicklung der in den Fragen 1, 5 bis 7 erfragten Zahlen bis zum Jahr 2010?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass die Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2010 entsprechend der demographischen Entwicklung um bis zu 340 000 Personen steigen wird. Über die zukünftige Zahl von Neu- und Höherstufungsanträgen liegen keine Schätzungen vor.

11. Wie beurteilt die Bundesregierung die Qualität der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)?
  - a) Wie hoch ist die Zahl der Widersprüche gegen die Einstufung?
  - b) Welchen Erfolg haben Widersprüche?
  - c) Welchen Erfolg haben Klagen gegen die Einstufung?

Die Ergebnisse des Abschlussberichtes der MDK-internen und MDK-übergreifenden Qualitätssicherungsprüfungen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuch belegen, dass die Gutachtenqualität sowie das Qualitätsbewusstsein bei allen Medizinischen Diensten der Krankenkassen (MDK) ein hohes Niveau erreicht haben.

Zu a): Nach dem Pflegebericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände aus dem Jahre 1998 (1999 liegt noch nicht vor) wurden im Berichtszeitraum ca. 81 000 Widersprüche im ambulanten und ca. 12 000 Widersprüche im stationären Bereich registriert.

Zu b): In den Jahren 1997 und 1998 betrug der Anteil von Widerspruchsgutachten weniger als 7 v. H. des gesamten Auftragsvolumens. Im Jahr 1998 führten von den Widersprüchen rd. 40 v. H. bei der Wiederholungsbegutachtung zur Empfehlung einer höheren Pflegestufe. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass im Rahmen der Zweitbegutachtung auch die zwischenzeitliche Entwicklung und der Zeitpunkt eventueller Änderungen der Pflegesituation gegenüber dem Erstgutachten zu benennen und zu würdigen sind. Da Pflegebedürftigkeit regelmäßig kein unveränderbarer Zustand, sondern ein Prozess ist, kann sich zwischen dem Zeitpunkt der Erstbegutachtung und der Zweitbegutachtung im Rahmen eines Widerspruchs der Hilfebedarf erhöht haben und somit eine höhere Pflegestufe rechtfertigen.

Der Anteil von Widersprüchen von unter 7 v. H. am gesamten Auftragsingang kann als Indiz für die Qualität der Begutachtung und die Akzeptanz der Pflegegutachten herangezogen werden.

Zu c): Die Sozialgerichtsstatistiken enthalten keine separaten Angaben über Klagen, die sich gegen die Einstufung richten.

12. Welche Konsequenzen beabsichtigt die Bundesregierung aus den Erkenntnissen zu Frage 9 zu ziehen?

Die Qualitätsprüfungen werden in den nächsten Jahren kontinuierlich weiterentwickelt und sollen sich insbesondere auf die Festlegung von inhaltlichen Schwerpunkten und einheitlichen Prüfkriterien für die MDK-interne und MDK-übergreifende bundesweite Qualitätsprüfung der Pflegebegutachtung konzentrieren.

13. Wie viele Leistungserbringer sind in den einzelnen Ländern absolut und aufgeschlüsselt nach dem Verhältnis der Einwohnerzahl zugelassen für die
- ambulante Pflege,
  - teilstationäre Pflege,
  - vollstationäre Pflege?

Zum 1. Januar 2000 haben die Pflegekassen nach Angaben des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen (VdAK/AEV) insgesamt rd. 12 800 ambulante, 2 400 teilstationäre und 8 600 stationäre Pflegeeinrichtungen zur Versorgung ihrer Versicherten nach § 72 SGB XI zugelassen. Bundesweit kommen damit auf je 100 000 Einwohner 16 ambulante Dienste, 3 teilstationäre und 10 vollstationäre Einrichtungen. Ihre Verteilung auf die Länder ist den Tabellen in den Anlagen 2 und 3 zu entnehmen.

### III. Zur Finanzsituation in der sozialen Pflegeversicherung

14. Wie haben sich Einnahmen und Ausgaben im Jahr 1999 entwickelt?

Die bisherige Finanzentwicklung ist der beigefügten Tabelle in der Anlage 4 zu entnehmen.

15. Wie schätzt die Bundesregierung die Entwicklung von Einnahmen und Ausgaben im Jahr 2000, insbesondere unter Berücksichtigung der im Jahr 1999 beschlossenen Veränderungen auf der Beitrags- und Leistungsseite, ein?

Die Bundesregierung bedient sich zur Abschätzung der Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung eines Prognosemodells, das mit Einführung der Pflegeversicherung 1995 konzipiert wurde und in regelmäßigen Abständen an die aktuelle Entwicklung angepasst wurde und wird. Die derzeitige Finanzschätzung geht für das Jahr 2000 unter Berücksichtigung der Rechtsänderungen des Jahres 1999 von einem Anstieg der Einnahmen um rd. 400 Mio. DM und einem Anstieg der Ausgaben um rd. 900 Mio. DM aus. In den nächsten Jahren werden sich vorübergehend Defizite in einer Größenordnung von bis zu 0,7 Mrd. DM einstellen. Aufgrund des mittelfristig zu erwartenden schnelleren Anstiegs der Einnahmen werden die Defizite wieder zurückgehen und ab Mitte des Jahrzehnts wieder von Überschüssen abgelöst.

Die Modellrechnung wird derzeit unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Mittelfristigen Finanzplanung vom Mai 2000 aktualisiert. Das Ergebnis der Aktualisierung wird in Kürze dem Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages vorgelegt.

16. Wie haben sich die Überschüsse und Rücklagen seit 1995 entwickelt?

Es wird auf die Antwort zu Frage 14 verwiesen.

17. Wie prognostiziert die Bundesregierung die Entwicklung der Überschüsse und Rücklagen bis zum Jahr 2010?

Es wird auf die Antwort zu Frage 15 verwiesen.

#### **IV. Verhältnis der tatsächlichen Kosten der Pflege zu den Leistungen der Pflegeversicherung**

18. Hält die Bundesregierung den derzeitigen Leistungskatalog der Pflegeversicherung für
- sachgerecht,
  - zu eng,
  - zu weit?
19. Welche Leistungen fehlen nach Auffassung der Bundesregierung?
20. Welche Leistungen sind nach Auffassung der Bundesregierung verzichtbar?
21. Welche Leistungen könnten nach Auffassung der Bundesregierung abgesenkt werden?

Angesichts des engen Finanzrahmens ist der Leistungskatalog der Pflegeversicherung im Grundsatz sachgerecht ausgestaltet.

Aus Fachkreisen sind in den vergangenen Monaten Stimmen laut geworden, die Leistungspauschale bei stationärer Pflege sei in der Pflegestufe I mit 2 000 DM monatlich zu hoch festgelegt. Dem Bundesministerium für Gesundheit liegt derzeit allerdings noch nicht ausreichend aussagekräftiges Datenmaterial vor, das die Richtigkeit dieser Aussage bestätigen könnte.

Die derzeitige Regelung des § 43 Abs. 5 SGB XI über die stationären Pflegeleistungen läuft zum 31. Dezember 2001 aus. Der Gesetzgeber wird daher im Jahr 2001 über die Frage zu entscheiden haben, wie die Anschlussregelung für den Zeitraum ab 1. Januar 2002 sachgerecht auszugestalten ist, ob es weiterhin Leistungspauschalen geben soll und wenn ja, ob eine andere Spreizung der Leistungsbeträge dem tatsächlichen Versorgungsaufwand in den stationären Pflegeeinrichtungen angemessener Rechnung tragen würde. Dabei wird auch über die Frage der Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen zu entscheiden sein.

22. Wie hoch sind die Pflegevergütungen, die den Pflegebedürftigen bei häuslicher Pflege von den ambulanten Diensten monatlich in Rechnung gestellt werden (durchschnittliche Beträge in allen Ländern, Höchstbeträge, Mindestbeträge)
- in Stufe I,
  - in Stufe II,
  - in Stufe III?

Ein Vergleich der im ambulanten Bereich monatlich dem Pflegebedürftigen in Rechnung gestellten Vergütungen ist pauschal nicht möglich. Das gegenwärtig angewandte Abrechnungssystem der ambulanten Vergütung nach § 89 SGB XI beruht in den einzelnen Ländern weitgehend auf den bundeseinheitlichen Emp-

fehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen für ein Raster von so genannten Leistungskomplexen oder -modulen. Die Pflegebedürftigen haben die Möglichkeit, die unterschiedlichen Leistungsmodule so zusammenzustellen und bei den Pflegediensten abzurufen, dass sie auf ihre individuelle Versorgungssituation zugeschnitten sind. Die von den Pflegebedürftigen zu entrichtenden Entgelte hängen somit maßgeblich davon ab, welche Leistungsmodule in welcher Häufigkeit abgerufen werden.

Angaben zur durchschnittlichen Höhe der Pflegevergütung nach Pflegestufen sind im Bereich der ambulanten Versorgung – anders als im stationären Bereich – daher nicht aussagekräftig. Hinzu kommt, dass in den Ländern einzelne Leistungen oder Leistungskomplexe unterschiedlich definiert sind. Außerdem kann der Pflegebedürftige auch mehr Leistungen – als von der Pflegeversicherung für die jeweilige Stufe vorgesehen – beziehen, allerdings auf eigene Kosten.

23. Wie hoch sind die Pflegevergütungen, die den Pflegebedürftigen bei teilstationärer Pflege in Rechnung gestellt werden (durchschnittliche Beträge, Höchstbeträge, Mindestbeträge)
- in Stufe I,
  - in Stufe II,
  - in Stufe III?

Für den Bereich der teilstationären Pflege liegen zur aktuellen Vergütungssituation nur unvollständige Angaben vor, die eine umfassende Auswertung nicht zulassen.

Nach einer Erhebung des Institutes Infratest aus dem Jahr 1998 betragen im teilstationären Bereich die durchschnittlichen monatlichen Gesamtentgelte in den alten Bundesländern 2 823 DM und in den neuen Bundesländern 2 103 DM. Danach ergibt sich folgende Struktur der Entgelte bei teilstationären Angeboten (Durchschnittsangaben pro Monat; Tagessätze x 30):

Pflugesätze	Bundesgebiet West		Bundesgebiet Ost	
	Tagespflege	Nachtpflege	Tagespflege	Nachtpflege
Pflegestufe I	1 802 DM	1 794 DM	1 197 DM	973 DM
Pflegestufe II	2 230 DM	2 268 DM	1 878 DM	1 974 DM
Pflegestufe III	2 639 DM	2 757 DM	2 220 DM	2 738 DM
Unterkunft und Verpflegung	617 DM	539 DM	429 DM	639 DM

24. Wie hoch sind die Pflegevergütungen, die den Pflegebedürftigen bei vollstationärer Pflege für Pflege, Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten in Rechnung gestellt werden (durchschnittliche Beträge, Höchstbeträge, Mindestbeträge)
- in Stufe I,
  - in Stufe II,
  - in Stufe III?

Eine Auswertung der Pflugesätze und der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung für das Jahr 1999 für vollstationäre Pflegeeinrichtungen (ohne gesondert

berechenbare Investitionskosten und ohne Zusatzleistungen) des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen (VdAK/AEV) zeigt folgende Ergebnisse und Durchschnittswerte auf Monatsbasis:

<b>Pflegesätze</b>	<b>alte Bundesländer</b>	<b>neue Bundesländer</b>
Pflegeklasse I	1 880 DM bis 2 343 DM	1 535 DM bis 1 897 DM
Pflegeklasse II	2 518 DM bis 3 169 DM	2 139 DM bis 2 391 DM
Pflegeklasse III	3 151 DM bis 4 274 DM	2 884 DM bis 3 386 DM
<b>Entgelt für Unterkunft und Verpflegung</b>	867 DM bis 1 375 DM	809 DM bis 943 DM

Weitere Einzelheiten zur Höhe der in den einzelnen Bundesländern vereinbarten Pflegesätze im vollstationären Bereich im Jahre 1999 sind der Tabelle in der Anlage 5 zu entnehmen.

Die Investitionskostenbelastung richtet sich nach der jeweiligen landesrechtlichen Ausgestaltung. Sie kann von Land zu Land differieren und je nach Landesrecht auch individuell von Heimbewohner zu Heimbewohner unterschiedlich sein. Nähere Angaben hierzu wird der Zweite Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung enthalten.

25. Welche sonstigen Vergütungen werden von den Pflegebedürftigen in stationärer Pflege darüber hinaus verlangt?

Der Pflegebedürftige kann auf eigene Kosten vom Pflegeheim angebotene Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI in Anspruch nehmen.

26. Wie hoch ist der Anteil der Pflegebedürftigen gegliedert nach Pflegestufen, die neben den Leistungen der Pflegeversicherung noch Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen müssen, um die Kosten der Pflegebedürftigkeit zu decken
- bei häuslicher Pflege,
  - bei teilstationärer Pflege,
  - bei vollstationärer Pflege?
27. Wie hat sich der Anteil der Sozialhilfeempfänger im Sinne der Frage 9 von 1995 bis zum Jahr 2000 entwickelt?
28. Wie schätzt die Bundesregierung die künftige Entwicklung des Anteils der Sozialhilfeempfänger im Sinne der Frage 9 ein?

Zur Beantwortung der Fragen ist zunächst Folgendes anzumerken:

Im Sinne der Fragestellung sind die Fragen 26 und 27 nur eingeschränkt mit den Daten der amtlichen Sozialhilfestatistik zu beantworten. Die Gesamtzahl der Empfänger von Pflegeversicherungsleistungen wird in der Sozialhilfestatistik nicht erhoben. Diese Zahl ergibt sich aus der Statistik der sozialen Pflegeversicherung.

Die amtliche Sozialhilfestatistik enthält jedoch Angaben über die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege nach BSHG, die auch Leistungen eines Sozial-

versicherungsträgers erhalten. Diese schließen sowohl Leistungen der gesetzlichen Pflege- als auch der Krankenversicherung ein. Sie werden nicht getrennt nach Leistungsträgern erfasst.

Aufgrund dieser Einschränkungen kann eine genauere Einschätzung der künftigen Entwicklung im Sinne der Frage 28 nicht vorgenommen werden.

Allerdings dürfte von folgender Sachlage auszugehen sein: Ob und in welchem Umfang Veränderungen bei der pflegebedingten Sozialhilfeabhängigkeit eintreten werden, hängt von der Entgeltentwicklung bei den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie dem künftigen Leistungsniveau der Pflegeversicherung ab. Ohne eine Dynamisierung der Leistungen unter Berücksichtigung der Entgeltentwicklung muss mit einer Zunahme des Anteils der Sozialhilfeempfänger gerechnet werden.

Im Übrigen werden die Fragen wie folgt beantwortet:

Die Sozialhilfestatistik erfasst die Personen, die ergänzend zu Pflegeleistungen eines Sozialversicherungsträgers Hilfe zur Pflege erhalten. Diese Angaben sind der nachstehenden Tabelle zu entnehmen. Diese Daten liegen bis einschließlich 1998 vor:

Empfänger/-innen von Hilfe zur Pflege außerhalb und innerhalb  
von Einrichtungen während des Jahres  
Zeitreihe 1994 bis 1998

Jahr	gewährte Hilfen		
	insgesamt	dar. mit zusätzlichen Pflegeleistungen eines Sozialversicherungsträgers	
	Anzahl	Anzahl	in v. H.

Früheres Bundesgebiet

1994 *)	436 327	76 557	17,5
1995 **)	456 394	71 881	15,7
1996	338 550	87 555	25,9
1997	276 676	83 526	30,2
1998	247 958	87 601	35,3

Neue Länder und Berlin-Ost

1994 *)	127 125	19 508	15,3
1995 **)	117 242	15 080	12,9
1996	87 815	29 245	33,3
1997	51 604	23 258	45,1
1998	41 314	19 413	47,0

Deutschland

1994 *)	563 452	96 065	17,0
1995 **)	573 636	86 961	15,2
1996	426 365	116 800	27,4
1997	328 280	106 784	32,5
1998	289 299	107 014	37,0

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

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

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

Rund 1,84 Millionen Pflegebedürftige erhielten 1998 Leistungen der Pflegeversicherung. Lediglich 107 014 davon benötigten zusätzlich Hilfe zur Pflege nach dem BSHG. Es ist davon auszugehen, dass die weit überwiegende Zahl dieser Empfänger von Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen gepflegt wird. Dies bedeutet, dass weniger als ein Viertel der rund 0,49 Millionen stationär Pflegebedürftigen (ohne Behinderte) mit Leistungen der Pflegeversicherung zusätzlich Hilfe zur Pflege nach dem BSHG erhielt.

Eine tiefergehende Gliederung nach häuslicher, teil- bzw. vollstationärer Pflege und Pflegestufen ist auf Grundlage der amtlichen Sozialhilfestatistik nicht möglich.

29. Wie beurteilt die Bundesregierung die sehr unterschiedliche Höhe der Gesamtheimentgelte, die trotz im Wesentlichen gleicher Leistungen in demselben Land/in derselben Region und für dieselbe Pflegestufe verlangt werden – beispielsweise in Frankfurt/Main zwischen 8 593 DM und 5 706 DM monatlich für Stufe III oder in Kassel für die Stufe III zwischen 6 361 DM und 4 790 DM monatlich oder im Landkreis Limburg zwischen 6 296 DM und 4 174 DM oder 3 197 DM monatlich, ebenfalls für Stufe III – hinsichtlich
- der Heimentgelte insgesamt,
  - der Einzelbestandteile der Heimentgelte
    - für Pflegeleistungen,
    - für Unterkunft und Verpflegung,
    - für Investitionskosten?

Nach der gesetzlichen Vorgabe des § 84 Abs. 2 SGB XI müssen die Pflegesätze in einem Pflegeheim leistungsgerecht sein. Das führt dazu, dass die Entgelte aus der Natur der Sache heraus von Einrichtung zu Einrichtung differieren.

Bis zum 31. Dezember 1997 basierten die Versorgungs- und Vergütungsstrukturen der Pflegeeinrichtungen noch auf Vergütungssystemen, die nicht an die Pflege- und Leistungsstrukturen der Pflegeleistungsstrukturen nach dem SGB XI angepasst waren. Es ist davon auszugehen, dass diese „Vergangenheitswerte“ über die Übergangsregelung des bis Ende 1997 geltenden Artikel 49a Pflege-Versicherungsgesetz in die danach nach den Regelungen des 8. Kapitels SGB XI neu verhandelten Pflegesätze eingegangen sind.

30. Steht nach Auffassung der Bundesregierung die Vereinbarung von Vergütungssätzen von 6 600 DM monatlich und mehr mit den gesetzlichen Bemessungsvorgaben in § 80 SGB XI in Einklang?
31. Wenn ja, welche Folgerungen gedenkt die Bundesregierung aus dieser Vergütungshöhe im Verhältnis zu den Leistungen der Pflegeversicherung zu ziehen?

Die gesetzlichen Bemessungsgrundsätze in § 84 SGB XI geben keine festen Beträge vor, bis zu denen Pflegevergütungen zulässig sind. Sie bestimmen lediglich, dass die Vergütungssätze leistungsgerecht zu sein haben und dem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen müssen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Vor diesem Hintergrund ist eine generelle und pauschale Aussage über die Zulässigkeit eines Vergütungssatzes, ohne Berücksichtigung der heimindividuellen Leistungs-, Versorgungs- und Belegungs-

strukturen nicht möglich. Die Angemessenheit der Vergütungen kann nur von den Vertragspartnern im Einzelfall beurteilt werden. Dabei können Pflegeheimvergleiche nützlich sein.

32. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, um nicht gerechtfertigte Unterschiede zwischen den Pflegevergütungen zu überwinden und zu einer nach den Leistungen angemessenen Vergütungshöhe zu kommen?

Aus Sicht der Bundesregierung lassen sich Unterschiede zwischen den Pflegevergütungen durch eine verbesserte Leistungstransparenz aufklären. Hierzu werden unter anderem die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen, die der Entwurf eines Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG) vorsieht, beitragen.

In den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sollen einrichtungsindividuelle Vereinbarungen – insbesondere über die Leistungsstrukturen und Belegungsstrukturen einschließlich des hierfür erforderlichen Sach- und Personalaufwandes – getroffen werden. Diese Angaben werden die Grundlage für einen Pflegeheimvergleich bilden, aus dem künftig auf fachlich fundierter Basis bundesweit Hinweise für unterschiedlich hohe Pflegesätze gewonnen werden können.

#### **V. Zum Begriff der Pflegebedürftigkeit und zum Personenkreis der Pflegebedürftigen**

33. Teilt die Bundesregierung die von verschiedenen Seiten geäußerte Kritik an der in § 14 SGB XI enthaltenen Definition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit?
34. Wenn ja, welche Anforderungen sind nach Auffassung der Bundesregierung unrichtig, was müsste geändert werden?
35. Teilt die Bundesregierung die von verschiedenen Seiten geäußerte Kritik an den zeitlichen Anforderungen an die drei Pflegestufen des § 15 SGB XI?  
Wenn ja, welche Änderungen hält die Bundesregierung für notwendig?

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist seit dem Gesetzgebungsverfahren und der Einführung der Pflegeversicherung Gegenstand der Kritik. Trotz wiederholter Aufforderungen aus Fachkreisen und von den damaligen Oppositionsparteien SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hat es die frühere Bundesregierung unter Führung von CDU/CSU und F.D.P. unterlassen, Änderungen an dem Begriff der Pflegebedürftigkeit, insbesondere zur Verbesserung der Situation dementiell Erkrankter, vorzunehmen.

Im Ersten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung vom 19. Dezember 1997 (BT-Drucksache 13/9528) hat die frühere Bundesregierung unter B.II.3.1. Begriff der Pflegebedürftigkeit und unter C.IV.3 Berücksichtigung psychisch Kranker, geistig Behinderter und Dementer eingehend dargelegt, weshalb sie eine Änderung des Pflegebegriffs ablehnt. Sie hat zur Begründung unter B.II.3.1. Begriff der Pflegebedürftigkeit u. a. ausgeführt:

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

Des Weiteren heißt es im Ersten Bericht zur Entwicklung der Pflegeversicherung unter C.IV.3 Berücksichtigung psychisch Kranker, geistig Behinderter und Dementer:

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

- Eine allgemeine Beaufsichtigung ließe sich nicht auf den Personenkreis der psychisch Kranken und geistig Behinderten beschränken, sondern müsste alle somatisch Kranken und Behinderten einbeziehen, vor allem kranke Kinder. Damit wäre eine erhebliche Erweiterung des bisher im Pflegeversicherungsrecht geltenden Begriffs der Pflegebedürftigkeit und eine kaum abschätzbare Erhöhung der Kosten der Pflegeversicherung verbunden, die aus einem Beitragssatz von 1,7 v. H. nicht mehr finanziert werden könnten.
- Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder einer angeborenen bzw. erworbenen geistigen Behinderung (Demenz) haben einen sehr unterschiedlichen Hilfebedarf. Dieser kann sich z. B. bei Krankheitsbeginn auf gelegentliche Erinnerungen zur Durchführung der regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens beschränken, bei fortgeschrittenem Krankheitsstadium aber zahlreiche Hilfeleistungen unterschiedlicher Art am Tag und in der Nacht notwendig machen. Der pauschale Begriff der „allgemeinen Beaufsichtigung“ ist nicht geeignet, diesen unterschiedlichen Hilfebedarf zu beschreiben und steht somit in Widerspruch zu dem klar geregelten Begriff der Pflegebedürftigkeit und den Pflegestufen der §§ 14, 15 SGB XI.“

Die neue Bundesregierung hat sich diese ablehnende Haltung nicht zu Eigen gemacht und prüft derzeit, wie die Situation Dementer im Rahmen der Pflegeversicherung verbessert werden kann. Insoweit wird auf die Vorbemerkung verwiesen. Allerdings muss in diesem Zusammenhang auf den engen Finanzrahmen der Pflegeversicherung hingewiesen werden. Der Teilsicherungscharakter der Pflegeversicherung wird grundsätzlich auch in diesem Bereich nicht verändert werden können.

36. Wird nach Auffassung der Bundesregierung den pflegerischen Bedürfnissen bestimmter Personengruppen, beispielsweise den Dementen oder psychisch Kranken, bei der Einstufung ausreichend Rechnung getragen?

Die überarbeiteten Begutachtungsrichtlinien vom 1. Juni 1997 berücksichtigen noch mehr als die frühere Begutachtungsanleitung die Besonderheiten bei der Begutachtung von psychisch kranken und geistig behinderten Menschen.

Stellt man die Erstantragsteller mit der Diagnose einer dementiellen Erkrankung den somatisch Erkrankten gegenüber und betrachtet den für diese beiden

Gruppen jeweils ermittelten Hilfebedarf bei den in § 14 SGB XI abschließend aufgelisteten Verrichtungen des täglichen Lebens, so wird nach dem Pflegebericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände 1998 der durch die Demenzerkrankung verursachte höhere Pflege- und Unterstützungsbedarf als erhöhter zeitlicher Hilfebedarf für diese Personengruppe bereits heute in der Begutachtung in hohem Maße berücksichtigt. Bezogen auf die vom Gesetzgeber abschließend aufgezählten Verrichtungen des täglichen Lebens bildet sich damit der erhöhte Versorgungsaufwand der Dementen bereits heute pflegestufenrelevant im Gutachten ab. Im Übrigen wird auf die Antwort zu den Fragen 33 bis 35 verwiesen.

#### **VI. Zu den Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen**

37. Wie haben die einzelnen Bundesländer die Finanzierung der Investitionskosten geregelt
- hinsichtlich der Erstinvestitionen,
  - hinsichtlich der Ersatzinvestitionen,
  - hinsichtlich der Instandhaltung und Instandsetzung?
38. Wie wirken sich die unterschiedlichen Regelungen in den einzelnen Ländern auf die von den Pflegebedürftigen zu zahlenden Entgelte aus?

Mit Einführung der Pflegeversicherung wurde die Verantwortung zur Aufrechterhaltung einer angemessenen Versorgungsinfrastruktur nach § 9 SGB XI den Ländern übertragen.

Die Länder wurden gebeten, sowohl zum aktuellen Rechtsstand als auch zu den Auswirkungen dieser Regelungen für den Zweiten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung Stellung zu nehmen. Der Bericht wird gemäß § 10 Abs. 4 SGB XI Ende dieses Jahres den gesetzgebenden Körperschaften vorgelegt.

39. Wie beurteilt die Bundesregierung die Investitionsregelungen der Länder insgesamt, insbesondere vor dem Hintergrund
- der tatsächlichen Entlastung der Länder und Sozialhilfeträger in Höhe von ca. 10 Mrd. DM durch die Pflegeversicherung,
  - der Zielvorstellung, die Pflegebedürftigen mit Hilfe der Pflegeversicherung weitgehend unabhängig von der Inanspruchnahme von Leistungen der Sozialhilfe zu machen?
40. Wie würde sich der Anteil der Sozialhilfeempfänger verändern, wenn die Länder entsprechend dem dualen Finanzierungsprinzip die Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen in vollem Umfang übernommen hätten?

Bei der Einführung der Pflegeversicherung bestand Einvernehmen darin, dass es im föderalen Interesse liegt, wenn die Länder der Verantwortung für die Planung und auch für die Strukturförderung der pflegerischen Versorgung erhalten, um besser auf die Landesgegebenheiten eingehen zu können (vgl. § 9 SGB XI). Bewusst wurde hier auf eine Bundeszuständigkeit und -verantwortlichkeit verzichtet.

Die Landesregelungen sind so gestaltet, dass Pflegebedürftige weiterhin in unterschiedlichem Umfang über die Pflegeentgelte Investitionskosten selbst auf-

bringen müssen. In einigen Ländern werden diese Belastungen durch ein so genanntes Pflegewohngeld als eine neben der Objektförderung bestehende besondere Form der Investitionsförderung abgemildert.

In welchem Umfang sich die Zahl der Sozialhilfeempfänger in stationären Pflegeeinrichtungen vermindern würde, wenn die Pflegebedürftigen vollständig von den Investitionskosten entlastet würden, ist nur schwer abschätzbar. Nach einer 1998 vorgelegten Studie von Heinz Rothgang und Anke Vogler „Die Auswirkungen der zweiten Stufe der Pflegeversicherung auf die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen – eine empirische Untersuchung im Land Bremen –“ hätte eine vollständige Investitionsförderung die Zahl der pflegebedürftigen Hilfeempfänger im Land Bremen um zusätzlich 17,2 v. H. gesenkt.

Zur Vorbereitung des Zweiten Berichts über die Entwicklung der Pflegeversicherung sind die Länder aufgefordert, unter anderem auch über den „Entlastungseffekt“ und über den Einsatz der Einsparungen der Sozialhilfe für die Investitionsfinanzierung zu berichten.

## VII. Rehabilitation vor Pflege

41. Wie hoch ist der Anteil der Pflegebedürftigen, bei denen der MDK bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 Abs. 1 SGB XI Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation für notwendig hält, um Pflegebedürftigkeit zu beseitigen, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten?

Auswertungen der Gutachten der MDK zeigen, dass die Gutachter im Auftrag der Pflegekassen bei etwa 20 v. H. der Antragsteller Empfehlungen zu Einzelmaßnahmen in der Rehabilitation an die Pflegekassen abgeben, z. B. Krankengymnastik, Sprach- oder Beschäftigungstherapie.

42. In wie vielen Fällen sind die Krankenkassen oder andere Rehabilitations-träger den Vorschlägen des MDK gefolgt?

Der Bundesregierung liegen konkrete Informationen über die Genehmigungspraxis von Rehabilitationsleistungen durch die Kranken- und Pflegekassen nicht vor.

43. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation auch nach eingetretener Pflegebedürftigkeit sinnvoll und notwendig sind, und zwar sowohl bei häuslicher, teilstationärer und bei vollstationärer Pflege?

Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ gilt auch für den Personenkreis der bereits Pflegebedürftigen. Auch nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit bedarf es verstärkter Maßnahmen der Rehabilitation, um die Pflegebedürftigkeit zu mindern oder ggf. sogar zu überwinden.

44. Wie ist bei den Krankenkassen das Verfahren geregelt, um die Vorschläge des MDK auf Einleitung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation nach § 18 Abs. 1 SGB XI umzusetzen?

Der Bundesregierung liegen zum Verfahren bei den Kassen im Einzelnen keine näheren Angaben vor – jedenfalls ist nichts darüber bekannt, dass die Vor-

schläge des MDK nicht auch entsprechend den gesetzlichen Vorgaben umgesetzt würden. Kranken- und Pflegekassen haben das Verfahren im Sinne von § 18 Abs. 1 SGB XI in einem Gemeinsamen Rundschreiben aus 1996 geregelt. Eine zufriedenstellende Zusammenarbeit wird regelmäßig schon dadurch sichergestellt, dass die Pflegekasse bei der Krankenkasse so angesiedelt ist, dass der gleiche Sachbearbeiter sowohl für die Leistungen der Pflegeversicherung als auch für die der medizinischen Rehabilitation zuständig ist.

45. Hält die Bundesregierung das Verfahren für angemessen und sachgerecht?

Im Hinblick auf das unter Frage 44 Ausgeführte bestand keine Veranlassung für eine Änderung des derzeitigen Verfahrens.

46. Wie hoch ist der Anteil der Pflegeheime, in denen Leistungen der medizinischen Rehabilitation angeboten und auch durchgeführt werden?

Zu Pflegeheimen, die neben der Zulassung nach § 72 SGB XI auch nach § 111 SGB X zugelassen sind, liegen nach Angaben des VdAK/AEV zurzeit keine Erkenntnisse vor.

47. Wie beurteilt die Bundesregierung insgesamt die Versorgung der Pflegebedürftigen mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation, insbesondere, was ist nach ihrer Meinung erforderlich, um eine zumindest ausreichende Versorgung der Pflegebedürftigen mit derartigen Leistungen zu gewährleisten?

In Ergänzung zu dem unter der Antwort zur Frage 45 Ausgeführten ist hervorzuheben, dass bei Pflegebedürftigen eine Vielzahl von Reha-Leistungen regelmäßig bereits vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit erbracht worden ist.

48. Wie sollten Leistungen der medizinischen Rehabilitation
- bei häuslicher Pflege,
  - bei stationärer Pflege
- sichergestellt werden?

Durch die Gesundheitsreform 2000 ist der Stellenwert der Rehabilitation als einer vorrangigen Aufgabe im System der GKV weiter erhöht worden. So sind insbesondere die Zuzahlungen von 25 DM auf 17 DM in den alten und von 20 DM auf 14 DM in den neuen Ländern abgesenkt worden. Durch die Reform wird auch die bisherige Regeldauer von drei Wochen flexibilisiert. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben die Aufgabe übernommen, in Leitlinien einzelnen Indikationen Zeiträume zuzuordnen, die an die Stelle der dreiwöchigen Regeldauer treten. Außerdem ist durch die GKV-Reform 2000 in § 40 Abs. 1 SGB V eine neue Leistung ambulante Rehabilitation mit ganzheitlichem Ansatz eingeführt worden, die auch in wohnortnahen Einrichtungen von der Krankenversicherung erbracht werden kann.

Diese Maßnahmen stärken auch den Grundsatz „Rehabilitation vor Rente und Pflege“.

Zusammenfassend gilt: In der GKV erfolgt die Sicherstellung der Leistungen in der medizinischen Rehabilitation durch den in § 11 Abs. 2 SGB V geregelten Anspruch der Pflegebedürftigen oder von Pflegebedürftigkeit Bedrohten auf medizinische und ergänzende Leistungen der Rehabilitation, die erforderlich sind, um einer drohenden Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Im Übrigen ist anzumerken, dass die Pflegekassen die Aufgabe haben, den Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit durchzuführenden Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen und in Ausnahmefällen sogar ambulante Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten des zuständigen Rehabilitationsträgers vorläufig zu erbringen, wenn anderenfalls die sofortige Einleitung der Leistungen gefährdet und damit ein für den Rehabilitationserfolg schädlicher Zeitverlust eintreten würde (§ 32 SGB XI). Zudem verpflichtet das Gesetz die Pflegekassen, bei der Einleitung und Ausführung der Leistungen zur Pflege sowie bei Beratung, Auskunft und Aufklärung mit den Trägern der Rehabilitation eng zusammenzuarbeiten, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten (§ 31 SGB XI).

49. Hält die Bundesregierung es für notwendig, dass Leistungen der medizinischen Rehabilitation in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung aufgenommen werden, oder sieht die Bundesregierung sich in der Lage sicherzustellen, dass die Krankenkassen die nach § 18 Abs. 1 SGB XI notwendigen Rehabilitationsleistungen für Pflegebedürftige erbringen?

Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Pflege-Versicherungsgesetz ist auch über die Möglichkeit diskutiert worden, die Pflegeversicherung zum Träger der Rehabilitation von Pflegebedürftigen zu machen.

Dies ist verworfen worden, weil diese Reha-Leistungen mit dem Beitragssatz von 1,7 v. H. nicht finanzierbar sind. Zudem sollte die Zuständigkeit der Rehabilitation nicht noch weiter verzweigt werden, da sie ohnehin schon auf mehrere Träger verteilt ist, insbesondere auf die Renten-, die Kranken- und die Unfallversicherung.

### **VIII. Zur Qualität der Pflege**

50. Warum hat die Bundesregierung das für den Herbst 1999 angekündigte Gesetz zur Sicherung der Pflegequalität bisher nicht in den Deutschen Bundestag eingebracht?

Die Bundesregierung hat sich entschieden, im Interesse eines schlüssigen und ausgereiften Gesamtkonzepts, das auch die Abstimmung der Regelungen des Heimrechts mit den Regelungen des SGB XI beinhaltet, von der verfrühten Vorlage der jeweiligen Gesetzentwürfe abzusehen.

Außerdem hat die neue Bundesregierung bei der Vorbereitung des Gesetzgebungsvorhabens ähnlich wie auch die alte Bundesregierung auf den intensiven Dialog mit den unmittelbar Beteiligten zur Fortentwicklung der gesetzlichen Grundlagen zur Qualitätssicherung in der Pflege gesetzt. Durch die frühzeitige Einbeziehung der Beteiligten in die Vorbereitung gelang es, den Sachverstand der Fachöffentlichkeit in ein möglichst breit getragenes und diskutiertes Konzept für ein umfassendes Qualitätsmanagement in der Pflege einzubinden.

51. Was sind nach Auffassung der Bundesregierung die Ursachen für die in fast allen Ländern in Pflegeheimen bekannt gewordenen Mängel und Missstände?
52. Welche Maßnahmen sind nach Auffassung der Bundesregierung erforderlich,
  - um alsbald einen Überblick über das Ausmaß von Missständen und Mängeln zu gewinnen,
  - um den Missständen wirksam entgegenzutreten?

Die Bundesregierung ist der Überzeugung, dass die meisten Pflegedienste und Pflegeheime unter schwierigen Rahmenbedingungen die ihnen anvertrauten pflegebedürftigen Menschen bei großem persönlichen Einsatz der Mitarbeiter vorbildlich betreuen. Gleichwohl muss stets sichergestellt sein, dass Qualitäts- und Versorgungsmängel soweit wie möglich vermieden werden.

Sie ist sich mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen daher seit längerem darüber einig, dass unmittelbarer Handlungs- und Gesetzgebungsbedarf auf dem Feld der Leistungsqualität besteht. Die bekannt gewordenen Missstände in Pflegeeinrichtungen lassen sich zum Teil darauf zurückführen, dass die Vertragsinstrumente des SGB XI noch nicht optimal genutzt werden. Zum Teil sind Defizite im Bereich der Qualitätssicherung und -entwicklung erkennbar.

Insbesondere an diesen Punkten setzt der Referentenentwurf für das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz an und schlägt strukturelle Verbesserungen vor. Er hat unter anderem Anpassungen im Vertrags- und Vergütungsrecht sowie die Einführung neuer Instrumente zur Qualitätssicherung und -entwicklung zum Gegenstand.

Die vorgeschlagenen Anpassungen gelten sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Bereich.

53. Welche Erfahrungen sind mit dem Instrument der „Kontrollpflege“ im Sinne des § 37 Abs. 3 SGB XI bisher gemacht worden?

Reicht dieses Instrument aus, um die Qualität der häuslichen Pflege durch Angehörige zu gewährleisten oder sind sonstige Maßnahmen erforderlich, beispielsweise die Einbeziehung der behandelnden Ärzte?

Der in § 37 Abs. 3 SGB XI für Pflegegeldempfänger verpflichtend vorgeschriebene Pflegeeinsatz ist als wichtiges Instrument der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege vorgesehen worden. Die professionellen Pflegekräfte können nicht nur praktische Hilfen für die Pflgetätigkeit vermitteln, sondern auch über den möglichen Einsatz von Pflegehilfsmitteln, über sinnvolle Maßnahmen der Wohnungsanpassung, über Sicherheitsvorkehrungen im häuslichen Bereich und über mögliche Maßnahmen der Rehabilitation beraten. Außerdem kann die Pflegefachkraft, die bei einem Besuch im Haushalt des Pflegebedürftigen eine gesundheitliche Überforderung der Pflegeperson bemerkt, durch Beratung und Hilfestellung, durch Hinweise auf Pflegekurse, Tagespflege usw. auf eine Entlastung der Pflegeperson hinwirken und damit die häusliche Pflege weiterhin ermöglichen.

Die Pflegekassen sind nicht gesetzlich verpflichtet worden, die bei den Pflege-Pflichteinsätzen gewonnenen Erkenntnisse statistisch festzuhalten, so dass es für diesen Bereich derzeit kein gesichertes Datenmaterial gibt. Es liegen Hinweise vor, dass in Einzelfällen in den vergangenen Jahren der Pflege-Pflichtein-

satz nicht so durchgeführt wurde, dass er tatsächlich von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen als die gewünschte Bereicherung im Pflegealltag empfunden werden konnte. Hier ist jedoch zu berücksichtigen, dass mit dem 4. SGB XI-Änderungsgesetz zum 1. August 1999 eine entscheidende Änderung bei der Regelung über den Pflege-Pflichteinsatz vorgenommen wurde. Mit der Übertragung der Finanzierung der Einsätze auf die Pflegekassen wurden die Einsätze gleichzeitig zur Sachleistung im pflegeversicherungsrechtlichen Sinne gemacht. Damit haben die Pflegekassen die Möglichkeit erhalten, vertraglich auf die inhaltlichen Anforderungen an diese Einsätze stärker Einfluss zu nehmen. Die Bundesregierung geht davon aus, dass auf diese Weise noch stärker die Qualität der häuslichen Pflege gesichert werden kann.

Im Übrigen handelt es sich bei den Pflege-Pflichteinsätzen nicht um das einzige Instrument der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege. So ist bereits der Medizinische Dienst im Rahmen der Erstuntersuchung und aller Wiederholungsuntersuchungen im häuslichen Bereich des Pflegebedürftigen verpflichtet, auch zu prüfen, ob die Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist und welche Maßnahmen geeignet sind, die häusliche Pflegesituation zu verbessern. Der Qualitätssicherung bei häuslicher Pflege dient zudem die in § 45 SGB XI festgelegte Verpflichtung der Pflegekassen, für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierten Personen, Schulungskurse unentgeltlich anzubieten. In diesen Kursen sollen nicht nur Kenntnisse vermittelt oder vertieft werden, die zur Pflegetätigkeit in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen notwendig oder hilfreich sind, sie sollen vielmehr auch Unterstützung bei körperlichen und seelischen Belastungen sowie dem notwendigen Erfahrungsaustausch der Pflegepersonen untereinander dienen. Dabei kann die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden. In diesem Bereich ist ein zunehmendes Engagement der Pflegekassen zu beobachten.

54. Wie hoch sind die Kosten, die der Pflegeversicherung jetzt durch die Übernahme des Aufwandes für die Kontrollpflege entstehen?

Die Bundesregierung geht von jährlichen Mehrausgaben von 70 Mio. DM für die Pflegeversicherung aus.

55. Wie hat sich die Übernahme dieser Kosten auf die Pflegeversicherung ausgewirkt?

Über die tatsächlich entstandenen Mehrausgaben liegen noch keine Erkenntnisse vor, da seit Inkrafttreten der Neuregelung noch kein ganzes Kalenderjahr vergangen ist.

56. Wie steht die Bundesregierung dazu, die Kontrollpflege künftig dem MDK zu übertragen, nachdem die Pflegeversicherung jetzt schon die Kosten für diese Kontrollen zu tragen hat?

Die Bundesregierung hält es nicht für sachgerecht, die Durchführung der Pflege-Pflichteinsätze dem Medizinischen Dienst zu übertragen. Die Pflegebedürftigen und ihre pflegenden Angehörigen sollten weiterhin das uneingeschränkte Recht haben, sich frei einen zugelassenen Pflegedienst auszusuchen,

den sie mit der Durchführung der Pflegeeinsätze beauftragen wollen. Wird dieses Wahlrecht eingeschränkt, gewinnt der Pflege-Pflichteinsatz verstärkt den Charakter eines Kontrolleinsatzes, und dies, obwohl er vorrangig der Beratung und Hilfestellung der pflegenden Angehörigen in pflegerischer Hinsicht dienen soll. Es gilt, den Beratungscharakter der einzelnen Einsätze zu betonen, wenn man die inzwischen weitgehend erreichte Akzeptanz dieser Einsätze nicht gefährden will.

57. Inwieweit ist die Vorschrift des § 72 Abs. 5 Satz 1 SGB XI in den einzelnen Ländern von den Pflegekassen umgesetzt worden?

Die Bundesregierung geht davon aus, dass die Pflegekassen die Vorschrift des § 72 Abs. 5 Satz 1 SGB XI („Preisvergleichsliste“) gesetzeseutsprechend umsetzen, gegenteilige Erkenntnisse sind nicht bekannt.

58. Wie wird die Qualität der von ambulanten Diensten erbrachten Pflegeleistungen sichergestellt?

Es wird auf die Antwort zu den Fragen 51 und 52 verwiesen.

59. a) Wie viele ambulante Einrichtungen sind insgesamt in den einzelnen Ländern vom MDK und/oder der Heimaufsicht einer externen Qualitätsprüfung unterzogen worden?

Wie viele Prüfungen waren davon

- turnusgemäße Prüfungen,
- anlassbezogene Prüfungen,
- unangemeldete Prüfungen,
- angemeldete Prüfungen?

- b) Wie viele stationäre Einrichtungen sind insgesamt in den einzelnen Ländern vom MDK und/oder der Heimaufsicht einer externen Qualitätsprüfung unterzogen worden?

Wie viele Prüfungen waren davon

- turnusgemäße Prüfungen,
- anlassbezogene Prüfungen,
- unangemeldete Prüfungen,
- angemeldete Prüfungen?

- c) Wie viele Erstuntersuchungen sind insgesamt in den einzelnen Ländern vom MDK und/oder der Heimaufsicht im Rahmen einer externen Qualitätsprüfung vollzogen worden?

Wie viele Prüfungen betrafen den ambulanten, wie viele den stationären Bereich?

- d) Wie viele Nachuntersuchungen gab es insgesamt in den einzelnen Ländern bei vom MDK und/oder der Heimaufsicht vorgenommenen externen Qualitätsprüfungen?

Wie viele Prüfungen betrafen den ambulanten, wie viele den stationären Bereich?

- e) Wie oft ist die Heimaufsicht, gegliedert nach den einzelnen Ländern, bei der vom MDK und/oder der Heimaufsicht durchgeführten externen Qualitätsprüfung beteiligt worden?
- f) Wie oft sind die Pflegekassen, gegliedert nach den einzelnen Ländern, bei der vom MDK und/oder der Heimaufsicht durchgeführten externen Qualitätsprüfung beteiligt worden?
- g) Welche Mängel sind bei
- der Pflegedokumentation,
  - dem Qualitätsmanagement,
  - der Arbeitsorganisation,
  - dem Leitbild/Konzept,
  - der Fachkraftquote,
  - der Fortbildung,
  - der Hygiene,
  - dem Personalschlüssel,
  - der Personalleitung,
  - den Pflegehilfsmitteln,
  - der Notfallausrüstung,
  - den baulichen Anforderungen
  - und der Pflegequalität
- festgestellt worden?

Nach Angaben des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) sind bis Ende 1999 ca. 4 000 Prüfungen nach § 80 SGB XI durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erfolgt. Rechnet man von der Gesamtzahl aller bisher durchgeführten Prüfungen die Nachuntersuchungen (Folge- oder Evaluationsprüfungen) ab, sind rund 3 540 Einrichtungen bereits einer Qualitätsprüfung durch den MDK unterzogen worden. Ausgehend von einer Grundgesamtheit von ca. 23 000 ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ist somit ein Anteil von knapp über 5 v. H. aller Pflegeeinrichtungen von einer Qualitätsprüfung erfasst worden. Soweit eine Auswertung des vorhandenen Datenmaterials möglich war, lassen sich zu den Einzelpunkten obiger Frage folgende Aussagen treffen:

Zu a):

Die MDK führen seit Ende 1996 Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI im ambulanten Bereich durch. Die Anzahl der durchgeführten Prüfungen in ambulanten Diensten ergibt sich aus der folgenden Tabelle:

<b>Prüfungen nach § 80 SGB XI ambulant</b>	
bis Ende 1998 gesamt	863
im Jahr 1999 gesamt	922
alle bis Ende 1999 durchgeführten Prüfungen	1 785

Eine vollständige Differenzierung der Qualitätsprüfungen nach Prüfungsarten ist ab dem Jahr 1999 möglich. Dabei ergibt sich folgende Verteilung:

<b>Prüfungen nach § 80 SGB XI ambulant differenziert nach Prüfungsart</b>		
<b>Prüfungsart</b>	<b>bis 1998</b>	<b>1999</b>
Anlassprüfungen		176
Stichprobenprüfungen		666
vergleichende Prüfungen		0
„Nachuntersuchungen“ (Evaluationsprüfungen)	31	79
sonstige		1
gesamt		<b>922</b>

Die MDK führen Qualitätsprüfungen entsprechend den „Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben nach § 80 SGB XI zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI“ angemeldet durch.

Vom Anwendungsbereich des Heimgesetzes werden ausschließlich Heime, d. h. stationäre Einrichtungen, erfasst. Ambulante Einrichtungen unterliegen nicht der Überwachung und Prüfung durch die Heimaufsicht.

Zu b):

Die MDK führen seit Ende 1996 Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI im stationären Bereich durch. Die Anzahl der durchgeführten Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen ergibt sich aus der folgenden Tabelle:

<b>Prüfungen nach § 80 SGB XI stationär</b>	
bis Ende 1998 gesamt	548
im Jahr 1999 gesamt	1 566
alle bis Ende 1999 durchgeführten Prüfungen	2 114

Dabei konzentrieren sich die Prüfungen auf vollständige Einrichtungen. Eigenständige Kurzzeitpflegeeinrichtungen und teilstationäre Einrichtungen wurden bisher nur in Einzelfällen überprüft.

Eine vollständige Differenzierung der Qualitätsprüfungen nach Prüfungsarten ist ab dem Jahr 1999 möglich. Dabei ergibt sich folgende Verteilung:

<b>Prüfungen nach § 80 SGB XI ambulant differenziert nach Prüfungsart</b>		
<b>Prüfungsart</b>	<b>bis 1998</b>	<b>1999</b>
Anlassprüfungen		642
Stichprobenprüfungen		665
vergleichende Prüfungen		0
„Nachuntersuchungen“ (Evaluationsprüfungen)	50	255
sonstige		3
gesamt		<b>1 566</b>

Die MDK führen Qualitätsprüfungen entsprechend den „Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben nach § 80 SGB XI zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen“ in aller Regel angemeldet durch.

Zu c) bis f):

Die Differenzierung zwischen Erst- und Nachuntersuchungen der durch den MDK durchgeführten Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI ergibt sich aus der folgenden Tabelle:

<b>Erstuntersuchungen</b>		<b>Nachuntersuchungen (Evaluationsprüfungen)</b>	
<b>ambulant</b>	<b>stationär</b>	<b>ambulant</b>	<b>stationär</b>
<b>1 679</b>	<b>1 859</b>	<b>110</b>	<b>305</b>

Aussagen dazu, wie oft die Heimaufsicht bzw. Mitarbeiter der Pflegekassen an den Qualitätsprüfungen beteiligt werden, können nicht getroffen werden. Die Kooperation der MDK mit der Heimaufsicht variiert zwischen den einzelnen Bundesländern erheblich. Dies ist insbesondere auf die in den Bundesländern sehr unterschiedlich organisierten und personell ausgestatteten Heimaufsichtsbehörden zurückzuführen.

Mitarbeiter der Heimaufsichtsbehörden sind bei Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI im stationären Bereich (regelmäßig oder vereinzelt) beteiligt in:

- Bayern,
- Hamburg,
- Mecklenburg-Vorpommern,
- Niedersachsen,
- Schleswig-Holstein,
- Thüringen.

Mitarbeiter der Pflegekassen sind bei Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI (regelmäßig oder vereinzelt) beteiligt in:

<b>ambulanter Bereich</b>	<b>stationärer Bereich</b>
– Bayern	– Bayern
– Berlin	– Berlin
– Bremen	– Bremen
– Hamburg	– Hamburg
– Hessen	– Niedersachsen
– Thüringen	– Thüringen
	– Westfalen-Lippe

Zu g):

Aus einer aktuell durchgeführten Umfrage in der MDK-Gemeinschaft kristallisierten sich aus einer vorgegebenen Liste folgende Qualitätsdefizite im Bereich

der stationären Pflege als wesentlich heraus. Die unten aufgeführten Defizite sind jeweils nach ihrer Rangfolge geordnet:

1. Mängel bei der Umsetzung des Pflegeprozesses/Pflegedokumentation
2. Pflegekonzept nicht umgesetzt
3. Defizit bei Fortbildung
4. Passivierende Pflege
5. Defizit bei Fachliteratur
6. Defizit im Bereich Dekubitusprophylaxe/-therapie
7. Defizite im Umgang mit Medikamenten
8. Defizite bei Ernährung/Flüssigkeitsversorgung
9. Pflegeleitbild liegt nicht vor
10. Pflegekonzept liegt nicht vor
11. Defizite bei Inkontinenzversorgung
12. Pflegedokumentation unvollständig/ungeeignet
13. Personalanzahl zu gering
14. Defizite bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen
15. verantwortliche Pflegefachkraft nicht ausreichend qualifiziert

Wie die folgende Tabelle zeigt, ergibt sich in der ambulanten Pflege eine ähnliche Rangfolge wie in der stationären Pflege. Allerdings ist festzustellen, dass pflegerische Qualitätsmängel in der häuslichen Versorgung Pflegebedürftiger durch professionelle ambulante Dienste z. T. durch pflegende Angehörige kompensiert werden können, während dieselben Qualitätsmängel im Heim direkte Auswirkungen auf die Ergebnisqualität haben, weil hier der intervenierende Schutz der Angehörigen häufig fehlt.

1. Mängel bei der Umsetzung des Pflegeprozesses/Pflegedokumentation
2. Defizit bei der Fortbildung
3. Defizit bei der Fachliteratur
4. Pflegekonzept nicht umgesetzt
5. Pflegeleitbild liegt nicht vor
6. verantwortliche Pflegefachkraft nicht ausreichend qualifiziert
7. Passivierende Pflege
8. Pflegekonzept liegt nicht vor
9. Pflegedokumentation unvollständig/ungeeignet
10. Defizit im Bereich Dekubitusprophylaxe/-therapie
11. Defizite bei Ernährung/Flüssigkeitsversorgung
12. stellv. PFK nicht ausreichend qualifiziert
13. Defizite bei Versorgung geronto-psychiatrisch beeinträchtigter Versicherter
14. Mängel in der räumlichen Ausstattung
15. Defizite bei Inkontinenzversorgung

#### **IX. Zum Heimgesetz**

60. Hält die Bundesregierung die in den Ländern sehr unterschiedlich organisierte Heimaufsicht für genügend wirksam?

Die Ausführung des Heimgesetzes ist nach der verfassungsmäßigen Kompetenzverteilung den Ländern zugewiesen. Diese bestimmen auch die für die Durchführung dieses Gesetzes zuständigen Behörden (§ 18 Abs. 1 Heimgesetz). Die Wirksamkeit der Heimaufsicht hängt nicht maßgeblich von ihrer Organisationsform ab. Der Bundesregierung liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die Länder ihren Aufgaben insgesamt nicht gerecht werden. Aufgrund aktueller Berichte in den Medien über Missstände in Pflegeeinrichtungen können Kontrolldefizite bei einzelnen Heimaufsichtsbehörden aber nicht ausge-

geschlossen werden. Deshalb hält es die Bundesregierung für erforderlich, die Heimaufsicht zu stärken und ihr Eingriffsinstrumentarium zu verbessern. In den Referentenentwurf zur Novellierung des Heimgesetzes sind entsprechende Regelungen aufgenommen worden (vgl. Antwort zu Frage 62).

61. Sind die Dienststellen der Heimaufsicht nach Auffassung der Bundesregierung personell ausreichend ausgestattet?

Wie viele Mitglieder einer Dienststelle der Heimaufsicht verfügen im Durchschnitt über medizinisch-pflegerisches Fachwissen?

Die Bundesregierung hat keine Erkenntnisse darüber, wie die jeweiligen Heimaufsichtsbehörden der Länder personell ausgestattet sind. Entsprechend § 18 Abs. 2 sollen mit der Durchführung des Heimgesetzes nur solche Personen beauftragt werden, die sich hierfür nach ihrer Persönlichkeit eignen und in der Regel entweder eine ihren Aufgaben entsprechende Ausbildung erhalten haben oder besondere berufliche Erfahrung besitzen. Weiterhin können die zuständigen Behörden, soweit ihnen eigenes Fachwissen fehlt, externe Sachverständige hinzuziehen.

Die Zuständigkeit der Länder zur Ausführung des Heimgesetzes beinhaltet auch die Verpflichtung, die mit der Ausführung beauftragten Behörden aufgabengerecht personell auszustatten.

62. Welche Maßnahmen zur Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Heimaufsicht hält die Bundesregierung
- auf Bundesebene,
  - auf Länderebene,
  - auf der regionalen Ebene
- für erforderlich?

Maßnahmen der Bundesregierung zur Verbesserung der Wirksamkeit und Leistungsfähigkeit der Heimaufsicht sind in dem Referentenentwurf zur Novellierung des Heimgesetzes berücksichtigt worden. Ziel ist es, durch Präzisierungen und Ergänzungen des bisherigen Gesetzeswortlautes das Instrumentarium der Heimaufsicht, das auch der Qualitätssicherung dient, zu stärken. Zu den Maßstäben gehören – neben der Erweiterung der Anforderungen an den Heimbetrieb – die Erhöhung der Prüfungsfrequenz und die Klarstellung, dass Prüfungen der Heime angemeldet oder auch unangemeldet erfolgen können. Im Vordergrund der Tätigkeit der Heimaufsicht steht jedoch nicht die Überwachung und Kontrolle, sondern die partnerschaftliche Beratung der Träger und Bewohner. Nach Überzeugung der Bundesregierung ist eine auf den konkreten Einzelfall zugeschnittene Beratung unter präventiven Gesichtspunkten effektiver als Kontrollen und Anordnungen.

Eine weitere wichtige Maßnahme des Entwurfs betrifft die Zusammenarbeit der Heimaufsichtsbehörden mit den beteiligten Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Trägern der Sozialhilfe. Diese Zusammenarbeit soll – auch auf Länderebene – durch die Bildung von Arbeitsgemeinschaften institutionalisiert werden. Die Beteiligten können so ihre Arbeit miteinander abstimmen und die erforderlichen Informationen austauschen und dadurch Doppelarbeit vermeiden und Synergieeffekte nutzen. Die vertrauens-

volle Zusammenarbeit soll im Ergebnis zu einer Verbesserung der Qualität der Betreuung einschließlich der Qualität der Pflege in den Heimen führen.

63. In wie vielen Fällen sind Pflegeheime auf Veranlassung der Heimaufsicht wegen offenkundig gewordener Missstände geschlossen worden?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

64. Sind die Rechtsgrundlagen zum wirksamen Einschreiten der Heimaufsicht bei erkannten Mängeln ausreichend?

Das geltende Heimgesetz bietet der Heimaufsicht ein breites Spektrum an Handlungsmöglichkeiten. Es reicht von der Beratung über Anordnungen und Beschäftigungsverboten bis hin zur Untersagung des Heimbetriebs (§§ 11, 12, 13 und 16 Heimgesetz). Die Rechtsgrundlagen zum wirksamen Einschreiten der Heimaufsicht werden im Rahmen der Novellierung des Heimgesetzes durch die Ausweitung ihrer Prüfungs- und Kontrollrechte nochmals verbessert. Voraussetzung für die Wirksamkeit des gesetzlichen Handlungsinstrumentariums der Heimaufsicht in der Praxis ist, dass bei der Ausführung des Heimgesetzes keine Vollzugsdefizite auftreten. Hier stehen die Länder in einer besonderen Verantwortung.

65. Haben sich die Heimbeiräte als ein ausreichend wirksames Instrument erwiesen, um die berechtigten Belange der Heimbewohner wahrzunehmen?

Die Heimbeiräte haben sich als ein wirksames Instrument zur Vertretung der Interessen der Heimbewohner bewährt. Die Bundesregierung wird die Mitwirkungsrechte der Heimbewohner im Zuge des beabsichtigten Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes und der Novellierung des Heimgesetzes deutlich ausbauen. Zukünftig bezieht sich z. B. die Mitwirkung auch auf die Sicherung einer angemessenen Qualität der Betreuung im Heim und hat der Heimbeirat das Recht, bei Erhöhungen des Entgelts Einsicht in die Kalkulationsunterlagen des Trägers zu nehmen.

66. Ist es nicht mit Blick auf die Abhängigkeit der Heimbeiräte erforderlich, unabhängige Personen oder Gremien, beispielsweise Ombudsleute, für jedes Heim zu bestellen?

Die Unabhängigkeit des Heimbeirats gegenüber dem Träger sichert die Heimmitwirkungsverordnung. Heimbeiräte sind als demokratisch legitimierte Organe lediglich den Heimbewohnern gegenüber verantwortlich, nicht dagegen den Heimträgern. Es würde der engagierten, an den Interessen der Heimbewohner orientierten Arbeit der Mehrzahl der Heimbeiräte nicht gerecht, sie als abhängig zu bezeichnen. Für die Arbeit der Heimbeiräte hat sich in der Praxis weniger die Notwendigkeit einer Unterstützung durch die Heimträger als Problem herauskristallisiert, sondern die in vielen Fällen auftretenden großen Schwierigkeiten bei der Bildung der Heimbeiräte. Die Bundesregierung wird die Bildung von Heimbeiräten und die Effizienz ihrer Tätigkeit durch deren Öffnung für

Dritte, die nicht im Heim wohnen, sicherstellen. Als passiv Wahlberechtigte kommen vorrangig Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen der Heimbewohner in Betracht.

67. Welche Möglichkeiten zur Intervention gegen Mängel und Missbräuche in der ambulanten Pflege stehen den Landesbehörden zur Verfügung?

Die Bundesregierung hat keine Kenntnis über die jeweiligen Interventionsmöglichkeiten der zuständigen Landesbehörden gegen Mängel und Missbräuche in der ambulanten Pflege. Auf der Grundlage des Heimgesetzes können die für die Heimaufsicht zuständigen Behörden der Länder bei Mängeln in der ambulanten Pflege aus den in der Antwort auf die Frage 59 a) dargelegten Gründen nicht tätig werden.

68. Beabsichtigt die Bundesregierung einzelne Regelungen des Heimgesetzes für die ambulante Pflegedienste entsprechend anwendbar zu machen?

Die Bundesregierung strebt an, für die ambulanten Pflegedienste Regelungen zu schaffen, die größere Transparenz bei den Verträgen, einen besseren Schutz der persönlichen Integrität, mehr Selbstbestimmung sowie einen besseren Schutz des Eigentums und des Vermögens der Nutzer gewährleisten.

69. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass die derzeitige Regelung mit der Fachkraftquote in der Heimpersonalverordnung eine ausreichende Gewähr für Qualität bietet?

Gemäß § 5 Abs. 1 der Heimpersonalverordnung dürfen betreuende Tätigkeiten nur durch Fachkräfte oder unter angemessener Beteiligung von Fachkräften wahrgenommen werden, wobei mindestens einer, bei mehr als 20 nicht pflegebedürftigen Bewohnern oder mehr als 4 pflegebedürftigen Bewohnern mindestens jeder zweite weitere Beschäftigte eine Fachkraft sein muss. Von den Anforderungen des Absatzes 1 kann mit Zustimmung der zuständigen Behörde abgewichen werden, wenn dies für eine fachgerechte Betreuung der Heimbewohner erforderlich oder ausreichend ist (§ 5 Abs. 2 Heimpersonalverordnung). Das geltende Recht ermöglicht damit eine flexible, einzelfallbezogene Handhabung der Fachkraftquote durch die Heimaufsicht. Sie leistet einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der Qualität und insbesondere der Pflegequalität. Die Fachkraftquote ist aber nur ein Element der differenzierten Ansätze zur Sicherung der Pflegequalität. Zu nennen sind hier vorrangig die sehr weitreichenden Regelungen der aktuellen Gesetzgebungsvorhaben der Bundesregierung zur Qualitätssicherung (Heimbewohnerschutzgesetz, Altenpflegegesetz, Pflege-Qualitätssicherungsgesetz). Außerdem erprobt das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend derzeit das in Kanada entwickelte Personalbemessungsverfahren Plaisir zur Messung der Pflegezeit und des Personalbedarfs in Pflegeheimen. Erste Ergebnisse des Projekts und der wissenschaftlichen Begleitung können voraussichtlich am 20. Juni 2000 in Berlin im Rahmen einer Fachtagung vorgestellt werden.

70. Ist es nicht erforderlich, im Interesse einer qualitativen Mindestsicherung für die Pflegeheime eine zahlenmäßige Personalausstattung vorzugeben?

Schon nach geltendem Recht ist der Heimträger verpflichtet, die Betreuung der Bewohner, auch soweit sie pflegebedürftig sind, zu gewährleisten. Hierzu gehört auch, dass die Zahl der Beschäftigten für die von ihnen ausgeübte Tätigkeit ausreicht (§ 6 Nr. 3 Heimgesetz). Auf Bundesebene werden in Zukunft gemäß § 80 Abs. 1 und 3 des Entwurfs eines Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes von den Spitzenverbänden der Pflegekassen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen einheitliche Grundsätze und Maßstäbe u. a. für eine leistungsfähige, qualitäts-gerechte und wirtschaftliche, am Versorgungsaufwand orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen vereinbart.

#### **X. Bessere Umsetzung der Pflegeversicherung, Abbau von Pflege-Bürokratie**

71. Wie beurteilt die Bundesregierung die sehr unterschiedliche Besetzung der Schiedsstellen mit bis zu 23 Mitgliedern?
72. Hält die Bundesregierung eine Verminderung der Zahl der Schiedsstellenmitglieder für erforderlich und ist sie bereit, eine entsprechende bundesgesetzliche Regelung vorzulegen?
73. Wie steht die Bundesregierung – im Interesse einer gewissen Einheitlichkeit – zu folgenden bundesgesetzlichen Vorgaben:
- Befähigung des Vorsitzenden zum Richteramt,
  - einheitliche Verfahrensgrundsätze, entweder nach dem SGB V oder gesetzlichen Vorgaben zur Ablehnung von Mitgliedern, insbesondere wegen Befangenheit,
  - Regelung der gerichtlichen Anfechtung der Schiedsstellenentscheidung?

Die Besetzung der Schiedsstellen ergibt sich aus den Vorgaben des Gesetzgebers zu den Mitgliedern der Schiedsstelle in § 76 Abs. 2 SGB XI sowie aus den in den Ländern auf der Grundlage des § 76 Abs. 5 SGB XI getroffenen Schiedsstellenverordnungen.

Das Gesetz gibt nur Grundanforderungen an die paritätische Besetzung der Schiedsstellen vor. Das Nähere über Bildung, Zusammensetzung und Geschäftsführung der Schiedsstellen regeln die Landesregierungen aufgrund der Verordnungsermächtigung nach § 76 Abs. 5 SGB XI in eigener Verantwortung. Sie haben demnach auch teilweise Regelungen über die Befähigung des Vorsitzenden zum Richteramt sowie Verfahrensgrundsätze getroffen. Was die Besetzung der Schiedsstellen angeht, variiert in den Bundesländern nach Erkenntnissen der Bundesregierung lediglich die Anzahl der Vertreter der Pflegekassen und der Vertreter der Pflegeeinrichtungen, aber nicht deren Verhältnis zueinander. Das geltende Recht schließt eine gerichtliche Anfechtung einer Schiedsstellenentscheidung über Vergütungen nach § 85 Abs. 5 SGB XI und § 89 Abs. 3 SGB XI nicht aus.

Vor diesem Gesamthintergrund wird derzeit für einen Eingriff in diese Regelungskompetenz der Länder keinen Handlungsbedarf gesehen.

74. Wie beurteilt die Bundesregierung die bisherige Arbeit der Pflegesatzkommissionen nach § 86 SGB XI?

Da die Pflegesatzkommissionen regional oder landesweit tätig sind, kann das Bundesministerium für Gesundheit in der Kürze der Zeit hierzu keine Angaben machen. Es bleibt der Zweite Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung nach § 10 Abs. 4 SGB XI abzuwarten, zu dessen Erstellung auch die Länder befragt werden.

75. Wie beurteilt die Bundesregierung die Erfahrungen mit den Rahmenverträgen und den Bundesempfehlungen nach § 75 SGB XI?  
Sollten die Rahmenverträge nicht in vollem Umfang schiedsstellenfähig sein?
76. Wie steht die Bundesregierung zu der in § 75 Abs. 5 SGB XI für die Bundesempfehlungen fehlenden Konfliktlösung, entweder durch eine Schiedsstellenentscheidung oder durch eine Rechtsverordnung der Bundesregierung?
77. Wie steht die Bundesregierung zur Frage der Verbindlichkeit der Bundesempfehlungen, insbesondere im Interesse der Vermeidung von Verwaltungsaufwand auf der regionalen Ebene?

Mit Einführung der Pflegeversicherung wurde die politische Entscheidung getroffen, das Recht der Selbstverwaltung aus Kosten- und Einrichtungsträgern zu stärken, die pflegerische Versorgung durch vertragliche Vereinbarungen zu gestalten. Die Pflegeselbstverwaltung hat diese Aufgabe wahrgenommen und bundesweit Rahmenempfehlungen sowie Rahmenverträge abgeschlossen. Aus Sicht der Bundesregierung sollte an diesen Instrumenten festgehalten werden.

Bereits das geltende Recht sieht in § 75 Abs. 3 SGB XI die Schiedsstellenfähigkeit der verbindlichen Rahmenverträge auf Landesebene vor. Da Rahmenvereinbarungen auf Bundesebene lediglich empfehlenden Charakter haben, wird eine Konfliktlösung durch eine Schiedsstelle nicht für erforderlich gehalten.

Vor dem Hintergrund der föderalen Struktur in der Bundesrepublik Deutschland hält die Bundesregierung eine Verbindlichkeit der Bundesempfehlungen nicht für sinnvoll und sieht derzeit keinen Anlass, die von der alten Bundesregierung eingeführten Regelungen insoweit anzupassen.

78. Hält die Bundesregierung es für erforderlich, dass das Vorliegen der Voraussetzungen zum Abschluss eines Versorgungsvertrages in bestimmten zeitlichen Abständen überprüft werden müsste?

Mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz ist die Einführung von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen als Bindeglied zwischen Versorgungsvertrag und Vergütungsvereinbarung beabsichtigt. Sie bieten einen flexiblen, effektiven Weg, den Versorgungsauftrag der Pflegeeinrichtung bei Bedarf (auf Verlangen ihres Trägers oder der Leistungsträger) zeitnah an die Entwicklung ihrer Belegungs- und Leistungsstruktur anzupassen, und zwar ohne jeweils den Versorgungsvertrag und damit die (für die wirtschaftliche Existenz lebensnotwendige) Zulassung des einzelnen Pflegeheims oder Pflegedienstes zum „Pflegemarkt“ in Frage zu stellen. Das ist insbesondere für die große Masse der Pflegeeinrichtungen wichtig, deren Versorgungsverträge (häufig ohne konkrete Definition

ihres Versorgungsauftrags) auf gesetzlichen Bestandsschutzregelungen (vgl. § 73 Abs. 3 und 4 SGB XI) beruhen. Eine Beendigung aller auf Bestandsschutz beruhenden Versorgungsverträge durch Gesetz wäre hinsichtlich sachlich und politisch problematisch, sehr verwaltungsaufwendig und konfliktträchtig.

79. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass die derzeitige Ausgestaltung des Pflegesatzverfahrens, insbesondere die Regelungen zur Parteieigenschaft bei den Pflegesatzvereinbarungen, in § 85 Abs. 2 SGB XI zu vereinfachen ist?
80. Wäre es nicht sinnvoll und auch einfacher, jeder Pflegekasse die Parteifähigkeit und die Vertretungsbefugnis für andere Kassen einzuräumen, statt jeweils mit großem Aufwand die 5-%-Quote zu ermitteln?

Der Referentenentwurf für das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz sieht eine Vereinfachung des Pflegesatzverfahrens nicht durch Änderungen der Regelungen über die Parteieigenschaft vor, sondern durch die Einführung eines vereinfachten Vergütungsverfahrens.

81. Kann der Grundsatz, dass Pflegesätze nur für die Zukunft vereinbart werden können, uneingeschränkt aufrechterhalten werden, beispielsweise auch für das Schiedsstellenverfahren?

Ja.

#### **XI. Zur privaten Pflegeversicherung**

82. Wie sehen die in Abschnitt III (Zur Finanzsituation in der sozialen Pflegeversicherung) für die soziale Pflegeversicherung gestellten Fragen für den Bereich der privaten Pflegeversicherung aus?

Finanzergebnisse der privaten Pflegeversicherung liegen der Bundesregierung für das Jahr 1999 noch nicht vor.

Aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungssysteme (Umlagesystem und Kapitaldeckungssystem) ist die Entwicklung von Überschüssen und Rücklagen bzw. Rückstellungen zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung nicht vergleichbar. In der privaten Pflegeversicherung wurde bisher der größte Teil der Einnahmen für den Aufbau des Kapitalstocks verwendet. Bis Ende 1998 wurden rd. 10 Mrd. DM den entsprechenden Rückstellungen zugeführt. Der danach verbleibende Überschuss ist der zu versteuernde Gewinn der Versicherungsunternehmen.

Nach Steuern verblieben den Versicherungsunternehmen bzw. ihren Anteilseignern in den Jahren 1995 bis 1998 folgende Überschüsse, die teilweise oder ganz thesauriert wurden:

1995	rd. 0,5 Mrd. DM
1996	rd. 0,1 Mrd. DM
1997	rd. 0,2 Mrd. DM
1998	rd. 0,2 Mrd. DM

Finanzschätzungen für die private Pflegeversicherung werden von der Bundesregierung nicht vorgenommen.

83. Welche Unterschiede ergeben sich zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung
- in der Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit gemessen an der Zahl der Versicherten,
  - in der Einstufung der Pflegebedürftigen,
  - in der Ablehnung von Anträgen auf Leistungen zur Pflegeversicherung?

In der sozialen Pflegeversicherung betrug der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtheit der Versicherten Ende 1998 2,4 v. H. in der privaten Pflege-Pflichtversicherung 1,2 v. H. Der große Unterschied ist wesentlich dadurch bedingt, dass in der privaten Pflege-Pflichtversicherung der Anteil der älteren Versicherten mit einem relativ hohen Pflegerisiko deutlich geringer ist als in der sozialen Pflegeversicherung.

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

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

Dennoch werden wie im Berichtsjahr 1998 in der privaten Pflege-Pflichtversicherung nicht nur weniger Leistungsanträge abgelehnt, sondern auch höhere Einstufungen bewilligt als in der sozialen Pflegeversicherung.

Der Vergleich mit der Auftragsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung (Tätigkeitsbericht; Stand 1998) bestätigt weiterhin, dass im ambulanten Bereich die Zuordnung zu den Pflegestufen eine relativ geringe Abweichung aufweist. Im stationären Bereich wurden jedoch durch die private Pflege-Pflichtversicherung durchschnittlich 10 v. H. weniger in der Pflegestufe I und 10 v. H. mehr in Pflegestufe II und III eingruppiert.

Die abweichenden Ablehnungsquoten und die höheren Einstufungen in der privaten Pflege-Pflichtversicherung rechtfertigen jedoch nicht die Schlussfolgerung, dass den privat Versicherten die Pflegeleistungen – entgegen den gesetzlichen Vorgaben – großzügiger bewilligt werden. Es erscheint eher plausibel, dass Pflichtversicherte tendenziell versuchen, sich länger selber zu helfen, und erst später Leistungsanträge zu stellen, die dann auch eher anerkannt werden.

84. Hält die Bundesregierung – angesichts der Zahl der dort Versicherten und der Bindungswirkungen des SGB XI und der von der Selbstverwaltung getroffenen Entscheidungen – die Beteiligung der Träger der privaten Pflegeversicherung an der Umsetzung der Pflegeversicherung, insbesondere in den Gremien auf der Bundesebene, für sachgerecht und ausreichend?

Nein. Hier besteht Nachbesserungsbedarf bei den bisherigen Regelungen.

85. Wie steht die Bundesregierung zu einer gleichberechtigten Mitwirkung der privaten Pflegeversicherung
- bei den Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 1 bis 4 SGB XI,
  - bei den Bundesempfehlungen nach § 75 Abs. 5 SGB XI,
  - beim Abschluss der Versorgungsverträge,
  - bei den Vergütungsvereinbarungen als Partei,
  - den Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen i. S. der §§ 79, 80 SGB XI,
  - bei der Information über die Zusatzleistungen (§ 88 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI)?

Die Bundesregierung hält eine angemessene Beteiligung der privaten Pflegeversicherung für wünschenswert und wird die bereits jetzt vorgesehene Einbindung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung in das Vertrags- und Vergütungsrecht des SGB XI mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz ausbauen und verbessern.

## **XII. Organisation der Pflege**

86. Hält die Bundesregierung die Konzeption der Pflegeversicherung nach dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung“ für richtig?

Ja.

87. Hält die Bundesregierung eine eigenständige Pflegeversicherung weiterhin für sachgerecht oder sollte die Pflegeversicherung in die gesetzliche Krankenversicherung integriert werden?

Die Bundesregierung hält eine eigenständige Pflegeversicherung für sachgerecht. Dies schließt jedoch nicht aus, dass im Rahmen der Diskussion über die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, die Zukunft der Pflege im Allgemeinen und die Ausgestaltung unseres Netzes der sozialen Sicherheit über eine Optimierung oder Veränderungen bei den bisherigen Rahmenbedingungen gesprochen werden kann. Es darf auch für den Bereich der Pflegeversicherung keine Denkverbote geben. Dies ist aus Sicht der Bundesregierung eine Selbstverständlichkeit.

88. Welche Vorteile und welche Nachteile hätte eine solche Lösung?

Eine Überführung der sozialen Pflegeversicherung in die GKV hätte nur dann Sinn, wenn die Vorteile dieser Integration die Nachteile einer Beendigung der seit 1995 bestehenden Pflegeversicherung überwiegen und damit auch die bestehenden Probleme im Verhältnis GKV/Pflegeversicherung zugunsten der Pflegebedürftigen einer Lösung zugeführt würden.

Eine Überführung der sozialen Pflegeversicherung hätte im Wesentlichen folgende Vorteile:

- Die organisatorische Aufteilung in Krankenkasse und Pflegekasse würde entfallen, d. h. bei der Gewährung von Versicherungsleistungen im Krankheits- und/oder Pflegefall käme alles aus einer Hand und einem Finanztopf.
- Das Verwaltungshandeln würde gegenüber den Versicherten ausschließlich unter dem Briefkopf „Krankenversicherung“ erfolgen, ohne dass allerdings der Umfang des Verwaltungshandelns nennenswert reduziert würde und damit Verwaltungskosten eingespart werden könnten.
- Die Mitarbeiter der Krankenkassen müssten ihre Sachbearbeitung nicht mehr in Tätigkeiten für die GKV und solche der Pflegeversicherung aufteilen.
- Der Überschuss der sozialen Pflegeversicherung käme den rd. 400 gesetzlichen Krankenkassen zugute.

Diesen Vorteilen einer Integration stünden vor allem folgende Nachteile gegenüber:

- Die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit würden künftig nicht nur aus finanziellen Gründen, sondern auch bei sich verändernden gesundheitspolitischen Ziel- und Weichenstellungen in einen Prioritätenstreit mit anderen Leistungen der GKV treten.
- Die Beseitigung der Eigenständigkeit der Pflegeversicherung würde sich für die große Mehrheit der Bevölkerung als ein Unternehmen darstellen, das allein dem Zweck dient, an den Milliardenüberschuss der Pflegeversicherung zu gelangen.
- Die vorrangige Nutzung des Überschusses der Pflegeversicherung als Demographiereserve und damit zur Stabilisierung des Beitragssatzes wäre nicht möglich. Der verfügbare Überschuss von rd. 5,7 Mrd. DM (liquide Mittel Ende 1999 in Höhe von 9,7 Mrd. DM abzüglich des gesetzlichen Betriebs- und Rücklagesolls von rd. 4 Mrd., DM) ginge der Pflegeversicherung verloren, ohne dass damit eine spürbare und dauerhafte Verbesserung der Finanzsituation der GKV verbunden wäre.
- Der bisherige bundeseinheitliche, nur vom Gesetzgeber veränderbare Beitragssatz von 1,7 v. H. könnte nicht weitergelten. Die Rahmenbedingungen für die Finanzierung der Pflegeleistungen würden sich erheblich verändern. Die Finanzierung würde künftig über den jeweiligen Beitragssatz der rd. 400 gesetzlichen Krankenkassen erfolgen müssen, was insbesondere unter dem Gesichtspunkt des Wettbewerbs der Krankenkassen nicht unproblematisch sein dürfte. Ein neues Finanzausgleichsverfahren unter den Kassen wäre notwendig, um einzelne Kassen mit hohem Anteil an Pflegebedürftigen (vor allem Ortskrankenkassen und Bundesknappschaft) nicht übermäßig zu belasten.

Zu lösen wären darüber hinaus zahlreiche rechtliche und technische Probleme bei der Integration der sozialen Pflegeversicherung in die GKV u. a.:

- Überführung des versicherten Personenkreises, beispielsweise
  - bei denjenigen Personen, die zwar gesetzlich krankenversichert sind, jedoch das Pflegerisiko ausnahmsweise nicht in der sozialen, sondern in der privaten Pflegeversicherung absichern konnten und abgesichert haben;
  - bei dem in § 21 SGB XI bezeichneten Personenkreis, der derzeit nicht in der Krankenversicherung versichert ist und zur Absicherung des Pflegerisikos der sozialen Pflegeversicherung zugewiesen wurde.

- Mit Aufgabe des bundeseinheitlichen Beitragssatzes würde die Diskussion über das Thema „Kompensation der Arbeitgeberbeiträge“ erneut Aktualität gewinnen, dies insbesondere im Hinblick auf den Sonderweg, den das Bundesland Sachsen gewählt hat.
- Der Teilkostentarif für Beihilfeberechtigte, den es ansonsten in der GKV nicht gibt.
- Die Aufnahme der gedeckelten Leistungen der Pflegeversicherung, die einen ergänzenden Sozialhilfebedarf nicht ausschließlichen, in den GKV-Leistungskatalog würden dort einen Fremdkörper darstellen, da das GKV-System weitestgehend ungedeckelte bedarfsdeckende Leistungen vorsieht.
- Die Aufnahme der Pflegeleistungen in den Leistungskatalog der Krankenversicherung birgt die Gefahr weiterer Forderungen nach Leistungsausweitungen in der GKV in sich. So wird es z. B. unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten schwieriger werden zu rechtfertigen, warum pflegende Angehörige, die die Grundpflege vornehmen, Pflegegeld erhalten, während pflegende Angehörige, die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in zeitlich gleichem Umfang erbringen, kein Pflegegeld erhalten können.
- Das Vertrags- und Vergütungsrecht nach dem SGB XI weist bei genauerer Analyse erhebliche Unterschiede zum Recht der Krankenversicherung auf. Bei einer Integration der Pflegeversicherung in die Krankenversicherung besteht die Gefahr, dass die spezifischen, auf den Pflegebereich zugeschnittenen bundes- und landesrechtlichen Vorschriften, aber auch die von der Pflege selbstverwaltung durch Verträge geschaffenen Regelungen grundlegend neu strukturiert werden müssten.

Durch eine Integration der sozialen Pflegeversicherung in die GKV würden im Übrigen auch Diskussions- und Problemfelder im Verhältnis GKV/Pflegeversicherung wie

- häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V,
- Hilfsmittelversorgung im Heim,
- medizinische Behandlungspflege im Heim,
- Reha vor Pflege

keiner abschließenden Lösung zugeführt. Bei den genannten Bereichen handelt es sich nicht um „Schnittstellenprobleme“, die man durch Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung vermeiden könnte. Es handelt sich vielmehr um Probleme bei der gesetzlichen Aufgabenbeschreibung und bei der Aufgabenwahrnehmung durch die Kassen unter den Bedingungen des Wettbewerbs der Kassen untereinander und dem Finanzdruck, der in den Kassen das (restriktive) Verhalten bei der Bewilligung von Leistungen mitbestimmt. Hieran würde sich bei einer Integration der Pflegeversicherung in die GKV voraussichtlich nichts ändern.

### **XIII. Zur künftigen Entwicklung**

89. Was gedenkt die Bundesregierung zu tun, wenn bei einem Beitragssatz von 1,7 % die zurzeit vorhandenen Überschüsse und Rücklagen spätestens bis zum Jahr 2006 aufgebraucht sein werden?

Es wird auf die Antworten zu den Fragen 15 und 17 verwiesen; danach geht die Bundesregierung nicht davon aus, dass der angesammelte Mittelbedarf bis zum

Jahre 2006 aufgebraucht sein wird. Im Übrigen wird zu dieser Frage auf die Gesetzesbegründung in den Gesetzentwürfen der Bundesregierung und der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz) aus dem Jahr 1993 – BR-Drucksache 505/93 und Drucksache 12/5262 und 12/5617 – und auf den Ersten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung vom 19. Dezember 1997 – Drucksache 13/9528 – hingewiesen.

In der Allgemeinen Begründung zu den Gesetzentwürfen heißt es unter C.VI. Finanzwirkungen in der mehrjährigen Betrachtung:

„Nach den Berechnungen wird der Beitragssatz von 1,7 % im Jahr 1996 aus demographischen Gründen im Laufe der Zeit steigen. Der Umlagebeitragssatz wird im Jahre 2010 etwa 1,9 % und im Jahre 2030 etwa 2,4 % betragen. Im gleichen Zeitraum steigt die Anzahl der Pflegebedürftigen in der hier getroffenen Abgrenzung des Versichertenkreises von rd. 1,5 Mio. in 1996 auf 1,8 Mio. im Jahre 2010 und weiter auf 2,0 Mio. im Jahre 2030. Wegen der Einbeziehung der Rentner liegt die Zahl der Beitragszahler im Jahre 2030 auf dem heutigen Niveau, nachdem sie bis etwa zum Jahr 2000 ansteigt und danach absinkt.“

Im Ersten Bericht zur Entwicklung der Pflegeversicherung vom 19. Dezember 1997, der unter der Verantwortung der damaligen CDU/CSU und F.D.P. geführten Bundesregierung erstellt wurde, wird unter C.XVI. Beitragssatz und Ausgabenentwicklung u. a. Folgendes ausgeführt:

„Die zu erwartende Entwicklung der Beiträge bis zum Jahr 2030 wurde sorgfältig analysiert. Wenn die Zahl der Pflegebedürftigen steigt und die Leistungen maßvoll den pflegerelevanten Entwicklungen angepasst werden sollen, reicht der Beitragssatz von 1,7 % nach der bisherigen Finanzschätzung auf lange Sicht nicht aus. Vor allem mit der Zunahme der Pflegebedürftigkeit wird der Beitragssatz steigen müssen, und zwar in Etappen nach und nach auf etwa 2,4 % im Jahre 2030. Das ist in 35 Jahren eine Steigerung um rd. 40 % ...“

90. Wird sie dann

- auf Leistungserhöhungen verzichten,
- den Beitragssatz erhöhen,
- sonstige Finanzquellen erschließen,
- Leistungskürzungen in Erwägung ziehen
- oder den Personenkreis der Pflegebedürftigen einschränken?

Es wird auf die Vorbemerkung sowie auf die Antworten zu den Fragen 15 bis 21 verwiesen.

## Anlage 1

<b>Soziale Pflegeversicherung (Deutschland) 1999</b>					
<b>Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen</b>					
<b>Jahresdurchschnitt 1999</b>					
<b>(Errechnet aufgrund der Leistungstagestatistik)</b>					
Leistungsart	Leistungsempfänger				Insgesamt
	Pflegestufen			Härtefälle	
	I	II	III		
<b>1) Anzahl der errechneten Leistungsempfänger</b>					
Pflegesachleistung	80.346	55.752	15.798	752	152.648
Pflegegeld f. selbstbeschaffte Pflegehilfen	530.594	359.361	92.923		982.877
Kombination von Geld- u. Sachleistung	68.521	85.002	38.626	407	192.556
Tages- und Nachtpflege	3.261	4.196	1.216		8.673
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	1.587	2.693	1.436		5.716
Kurzzeitpflege	2.822	3.137	1.187		7.146
<b>Ambulant (einschl. Mehrfachzählungen *)</b>	<b>687.131</b>	<b>510.141</b>	<b>151.186</b>	<b>1.159</b>	<b>1.349.616</b>
Stationäre Pflege	148.984	219.101	114.705	2.224	485.014
Stationäre Pflege in Behindertenheimen	44.596	5.793	3.469	16	53.875
<b>Stationäre Pflege insgesamt</b>	<b>193.580</b>	<b>224.894</b>	<b>118.174</b>	<b>2.240</b>	<b>538.889</b>
<b>Insgesamt (einschl. Mehrfachzählungen*)</b>	<b>880.711</b>	<b>735.035</b>	<b>269.360</b>	<b>3.399</b>	<b>1.888.505</b>
<b>2) Struktur der errechneten Leistungsempfänger nach Leistungsarten</b>					
Pflegesachleistung	4,3%	3,0%	0,8%	0,0%	8,1%
Pflegegeld f. selbstbeschaffte Pflegehilfen	28,1%	19,0%	4,9%	0,0%	52,0%
Kombination von Geld- u. Sachleistung	3,6%	4,5%	2,0%	0,0%	10,2%
Tages- und Nachtpflege	0,2%	0,2%	0,1%	0,0%	0,5%
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,3%
Kurzzeitpflege	0,1%	0,2%	0,1%	0,0%	0,4%
Stationäre Pflege	7,9%	11,6%	6,1%	0,1%	25,7%
Stationäre Pflege in Behindertenheimen	2,4%	0,3%	0,2%	0,0%	2,9%
<b>Insgesamt (einschl. Mehrfachzählungen*)</b>	<b>46,6%</b>	<b>38,9%</b>	<b>14,3%</b>	<b>0,2%</b>	<b>100,0%</b>
<b>3) Verhältnis der Empfänger von ambulanten und stationären Pflegeleistungen</b>					
<b>Ambulante Pflege</b>	<b>78%</b>	<b>69%</b>	<b>56%</b>	<b>34%</b>	<b>71%</b>
<b>Stationäre Pflege</b>	<b>22%</b>	<b>31%</b>	<b>44%</b>	<b>66%</b>	<b>29%</b>
<b>4) Verhältnis der Empfänger von Pflegesachleistung und Pflegegeld (nur ambulant)</b>					
Pflegesachleistung (einschl. 50 % Kombi)	17%	20%	24%	-	19%
Pflegegeld (einschl. 50 % Kombi)	83%	80%	76%	-	81%
*) Die Empfänger von Tages- und Nachtpflege, häuslicher Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson und von stationärer Pflege in Behindertenheimen können gleichzeitig noch eine weitere Leistung beziehen (i.d.R. Pflegegeld). Es kann daher zu Mehrfachzählungen kommen.					

## Anlage 2

<b>Zugelassene Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI*</b>			
<b>Bundesland</b>	ambulante Pflege	Teilstationäre Einrichtungen	Vollstationäre Pflege
Baden-Württemberg	1.278	264	1.058
Bayern	1.885	440	1.328
Berlin	348	35	269
Brandenburg	558	75	220
Bremen	116	11	73
Hamburg	419	12	154
Hessen	993	233	579
Mecklenburg-Vorpommern	418	28	180
Niedersachsen	1.120	271	1.116
Nordrhein-Westfalen	2.589	289	1.723
Rheinland-Pfalz	459	241	376
Saarland	173	111	112
Sachsen	970	104	384
Sachsen-Anhalt	539	88	232
Schleswig-Holstein	578	102	606
Thüringen	393	80	191
<b>Insgesamt</b>	<b>12.836</b>	<b>2.384</b>	<b>8.601</b>

**Quelle:**

\* VdAK, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, Stand 01.01.2000

## Anlage 3

Bundesland	Einwohnerzahl*	Zugelassene Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI** - je 100.000 Einwohner -		
		ambulante Pflege	Teilstationäre Einrichtungen	Vollstationäre Pflege
Baden-Württemberg	10.466.370	12	3	10
Bayern	12.140.717	16	4	11
Berlin	3.392.347	10	1	8
Brandenburg	2.596.192	21	3	8
Bremen	664.615	17	2	11
Hamburg	1.703.762	25	1	9
Hessen	6.048.817	16	4	10
Mecklenburg-Vorpommern	1.791.578	23	2	10
Niedersachsen	7.889.412	14	3	14
Nordrhein-Westfalen	17.994.485	14	2	10
Rheinland-Pfalz	4.032.389	11	6	9
Saarland	1.072.013	16	10	10
Sachsen	4.467.486	22	2	9
Sachsen-Anhalt	2.656.339	20	3	9
Schleswig-Holstein	2.774.350	21	4	22
Thüringen	2.452.015	16	3	8
<b>Insgesamt</b>	<b>82.142.887</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>10</b>

## Quellen:

\* Statistisches Bundesamt, letzter verfügbarer Stand 30.09.1999

\*\* VdAK, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, Stand 01.01.2000

## Anlage 4

**Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung**  
**Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung <sup>1)</sup>**

Bezeichnung	1995	1996	1997	1998	1999
	in Mrd. DM				
<b>Einnahmen</b>					
Beitragseinnahmen	16,26	23,27	30,84	30,90	31,54
davon					
1 Beiträge an Pflegekassen	13,40	19,25	25,55	25,50	26,06
2 Beiträge an den Ausgleichsfonds	2,85	4,02	5,30	5,39	5,48
Sonstige Einnahmen	0,18	0,27	0,33	0,40	0,38
<b>Einnahmen insgesamt</b>	<b>16,44</b>	<b>23,55</b>	<b>31,18</b>	<b>31,30</b>	<b>31,92</b>
<b>Ausgaben</b>					
Leistungsausgaben	8,64	20,05	28,05	29,47	30,41
davon					
1 Geldleistung	5,94	8,68	8,45	8,38	8,29
2 Pflegesachleistung	1,35	3,02	3,47	3,89	4,17
3 Pflegeurlaub	0,26	0,26	0,10	0,11	0,14
4 Tages-/Nachtpflege	0,02	0,05	0,07	0,09	0,10
5 Kurzzeitpflege	0,09	0,17	0,19	0,21	0,24
6 Soziale Sicherung der Pflegepersonen	0,60	1,81	2,32	2,26	2,21
7 Pflegemittel/ techn. Hilfen etc.	0,38	0,77	0,65	0,73	0,83
8 Vollstationäre Pflege	0,00	5,27	12,54	13,37	14,04
9 Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,00	0,01	0,26	0,43	0,39
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	0,44	0,47	0,45	0,47	0,46
Verwaltungsausgaben <sup>2)</sup>	0,62	0,71	1,08	1,09	1,08
Sonstige Ausgaben	0,01	0,01	0,02	0,03	0,02
<b>Ausgaben insgesamt</b>	<b>9,72</b>	<b>21,24</b>	<b>29,61</b>	<b>31,05</b>	<b>31,98</b>
<b>Liquidität</b>					
Überschuß der Einnahmen	6,72	2,30	1,57	0,25	
Überschuß der Ausgaben					0,06
./. Investitionsdarlehen an den Bund	1,10	---	---	---	---
Mittelbestand am Jahresende	5,62	7,92	9,50	9,75	9,68
in Monatsausgaben lt. Haushaltsplänen der Kassen	3,93	2,96	3,77	3,68	3,61

<sup>1)</sup> Abweichungen in den Summen durch Rundungen

<sup>2)</sup> 1995 einschließlich Vorlaufkostenerstattung an die Krankenkassen

## Anlage 5

**Vollstationäre Pflege**  
**Pflegesatzvereinbarungen in den Bundesländern in 1999\***

Bundesland	Zahl der vollstationären Pflegeeinr.	Durchschnitt der Pflegesätze in den einzelnen Pflegeklassen sowie des Entgelts für Unterkunft und Verpflegung - Monatsbasis -			
		Pflegeklasse I	Pflegeklasse II	Pflegeklasse III	Unterkunft und Verpflegung
<i>alte Bundesländer</i>					
Baden-Württemberg	1.058	2.343 DM	2.910 DM	3.739 DM	997 DM
Bayern	1.328	2.284 DM	2.945 DM	3.380 DM	914 DM
Berlin - Gruppenpf.sätze	200	2.130 DM	3.075 DM	3.751 DM	867 DM
Berlin - 8.Kapitel**	69	3.672 DM	4.650 DM	5.338 DM	963 DM
Bremen	73	1.987 DM	3.169 DM	3.976 DM	1.217 DM
Hamburg	152	2.178 DM	3.086 DM	4.096 DM	1.239 DM
Hessen	555	2.147 DM	2.995 DM	3.843 DM	975 DM
Niedersachsen	1.116	2.004 DM	2.616 DM	3.424 DM	965 DM
Nordrhein	953	2.069 DM	2.790 DM	4.063 DM	1.364 DM
Rheinland-Pfalz	386	2.042 DM	2.657 DM	3.678 DM	1.061 DM
Saarland	112	1.880 DM	2.616 DM	3.544 DM	1.044 DM
Schleswig-Holstein	606	1.960 DM	2.518 DM	3.151 DM	1.027 DM
Westfalen-Lippe	771	2.065 DM	2.883 DM	4.274 DM	1.375 DM
<b>Durchschnitt alte Bundesländer (ohne**)</b>	<b>7.379</b>	<b>2.091 DM</b>	<b>2.857 DM</b>	<b>3.743 DM</b>	<b>1.087 DM</b>
<i>neue Bundesländer</i>					
Brandenburg	220	1.897 DM	2.359 DM	3.386 DM	864 DM
Mecklenburg-Vorpommern	180	1.877 DM	2.387 DM	3.253 DM	836 DM
Sachsen	384	1.807 DM	2.314 DM	3.183 DM	809 DM
Sachsen-Anhalt	246	1.693 DM	2.391 DM	2.884 DM	833 DM
Thüringen	191	1.535 DM	2.139 DM	2.894 DM	943 DM
<b>Durchschnitt neue Bundesländer</b>	<b>1.221</b>	<b>1.762 DM</b>	<b>2.318 DM</b>	<b>3.120 DM</b>	<b>857 DM</b>
vollstat. Pflegeeinrichtungen insgesamt	8.600				

\* ungewichtet, ohne Anspruch auf Vollständigkeit

Quelle: VdAK, Siegburg; eigene Zusammenstellung

Stand: 31.12.1999



