

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

Inhaltsverzeichnis

A.	Vorbemerkungen	9
I.	Berichtsauftrag gemäß § 10 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)	9
II.	Berichte zur Pflegeversicherung an den Deutschen Bundestag in den Jahren 2007 bis 2010	9
III.	Ziele und Konzeption der Pflegeversicherung	10
B.	Wichtige gesetzgeberische Maßnahmen seit dem Vierten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung vom 17. Januar 2008 (BT-Drs. 16/7772)	12
I.	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl. I 2007 Nr. 11 S. 378)	12
II.	Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28. Mai 2008 (BGBl. I 2008 Nr. 20 S. 874)	13
III.	Gesetz über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz - PflegeZG) vom 28. Mai 2008 (BGBl. I 2008 Nr. 20 S. 874, 896)	13
1.	Kurzzeitige Arbeitsverhinderung	13
2.	Pflegezeit	13
IV.	Gesetz zur Förderung von Familien und haushaltsnahen Dienstleistungen (Familienleistungsgesetz - FamLeistG) vom 22. Dezember 2008 (BGBl. I 2008 Nr. 64 S. 2955)	14
V.	Gesetz zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen (Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung) vom 16. Juli 2009 (BGBl. I 2009 Nr. 43 S. 1959)	15
VI.	Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus vom 30. Juli 2009 (BGBl. I 2009 Nr. 50 S. 2495)	15
VII.	Gesetz zur Regelung von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- oder Betreuungsleistungen (Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz - WBVG) vom 29. Juli 2009 (BGBl. I 2009 Nr. 48 S. 2319)	15
VIII.	Gesetz zur Änderung des Erb- und Verjährungsrechts vom 24. September 2009 (BGBl. I 2009 Nr. 63 S. 3142)	16
IX.	Verordnung über zwingende Arbeitsbedingungen für die Pflegebranche (Pflegearbeitsbedingungenverordnung - PflegeArbbV) vom 15. Juli 2010 (BAnz. 2010 Nr.110 S. 2571)	16
C.	Umsetzung und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung	18
I.	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz	18

1.	Ziele	18
2.	Wichtige Aspekte des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes	18
2.1	Pflegeberatung	18
2.1.1	Umsetzung des Anspruchs auf Pflegeberatung durch die Pflegekassen	19
2.1.2	Umsetzung des Anspruchs auf Pflegeberatung im Rahmen der privaten Pflege-Pflichtversicherung	21
2.1.2.1	Organisation der Pflegeberatung	21
2.1.2.2	Umsetzung der Pflegeberatung im Einzelnen	21
2.1.2.3	Ergebnisse einer im März 2011 durchgeführten Umfrage	22
2.1.3	Beratungsangebote in den Ländern Sachsen und Sachsen-Anhalt	23
2.2	Aufbau von Pflegestützpunkten	24
2.2.1	Aufbau von Pflegestützpunkten in den einzelnen Bundesländern und deren Förderung durch den GKV-Spitzenverband	25
2.2.2	Einbindung der privaten Pflege-Pflichtversicherung in Pflegestützpunkte	26
2.3	Qualität	26
2.4	Niedrigschwellige Betreuungsangebote, Ehrenamt, Selbsthilfe	26
2.5	Zusätzliche Betreuung in vollstationären Einrichtungen	29
2.6	Gesamtversorgungsverträge	31
2.7	Verträge mit Einzelpflegekräften	32
2.8	Rückstufungen in eine niedrigere Pflegestufe	33
2.9	Zahlungen von Krankenkassen für nicht zeitgerecht erbrachte Rehabilitationsleistungen	33
2.10	Verträge zur Integrierten Versorgung	34
2.11	Ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen	34
2.12	Pflegezeit	35
3.	Überblick über die Ergebnisse der Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“	35
II.	Pflegevorhaben in der 17. Legislaturperiode	38
1.	Neuregelungen im Zusammenhang mit dem Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze (Infektionsschutzgesetz) vom 28. Juli 2011 (BGBl I 2011 Nr. 41 S. 1622)	38
2.	Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen	39
3.	Weiterentwicklung der Pflegeversicherung	39
D.	Stand der Pflegeversicherung	43
I.	Übersicht zu den Leistungen der Pflegeversicherung	43
II.	Anzahl und Struktur der Leistungsempfänger	46
1.	Soziale Pflegeversicherung	46
1.1	Zahl der Leistungsempfänger	46
1.2	Leistungsempfänger nach Pflegestufen	46
1.3	Leistungsempfänger nach Leistungsarten	47

1.4	Leistungsempfänger nach Alter und Geschlecht	48
2.	Private Pflege-Pflichtversicherung	48
2.1	Zahl der Leistungsempfänger	48
2.2	Leistungsempfänger nach Pflegestufen	48
2.3	Leistungsempfänger nach Alter und Geschlecht	49
III.	Finanzielle Situation der Pflegeversicherung	49
1.	Soziale Pflegeversicherung	49
1.1	Finanzentwicklung	49
1.2	Ausgabenstruktur	51
2.	Private Pflege-Pflichtversicherung	51
2.1	Finanzentwicklung	52
2.2	Struktur der Aufwendungen	52
IV.	Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die MEDICPROOF GmbH	53
1.	Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung	53
1.1	Rechtliche Grundlagen	54
1.2	Wichtige Änderungen der Begutachtungs-Richtlinien (BRi)	54
1.2.1	Pflegebedarfsfeststellung bei Kindern/Evaluierung	55
1.2.2	Präventive Maßnahmen/Therapien/Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	55
1.2.3	Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	56
1.2.4	Härtefall-Richtlinien (HRi)	56
1.3	Ergebnisse der Begutachtung der Medizinischen Dienste	56
1.3.1	Begutachtungen für die soziale Pflegeversicherung	57
1.3.2	Pflegestufenempfehlungen der Medizinischen Dienste	57
1.4	Berücksichtigung psychisch Kranker, geistig Behinderter und demenziell Erkrankter im Begutachtungsgeschehen der Medizinischen Dienste (Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz)	58
1.5	Dauer des Begutachtungsverfahrens	58
1.6	Widersprüche gegen das Begutachtungsergebnis, Klagen	59
2.	Zahl der Pflegefachkräfte und der Ärzte beim MDK	60
3.	Qualitätssicherung innerhalb des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung	61
3.1	Richtlinien zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung und dazugehörige Prüfanleitung	61
3.2	Ergebnisse der MDK-Qualitätsprüfungen von Pflegegutachten 2010	61
4.	Begutachtung durch die MEDICPROOF GmbH	62
4.1	Ärzte führen Begutachtungen durch	62
4.1.1	Zahl der Pflegefachkräfte und der Ärzte	62
4.2	Zahl und Art der Begutachtungen	62
4.3	Aufteilung der Gutachten nach Auftragsstypen	63

4.4	Berücksichtigung psychisch Kranker, geistig Behinderter und demenziell Erkrankter im Begutachtungsgeschehen (Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz)	64
4.5	Bearbeitungszeiten	64
4.6	Einwendungen	64
4.7	Qualitätsprüfungen innerhalb von MEDICPROOF - Ergebnisqualität / Qualitätskontrollen	65
5.	Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs	66
V.	Vergütung ambulanter und stationärer Pflegeleistungen	68
1.	Ambulante Pflege	68
2.	Teilstationäre Pflege	68
3.	Kurzzeitpflege	69
4.	Vollstationäre Dauerpflege	70
VI.	Auswirkungen der Pflegeversicherung im Bereich der Sozialhilfe	71
1.	Inanspruchnahme von Sozialhilfe	71
2.	Ausgabenentwicklung	73
VII.	Entwicklung der Pflegeinfrastruktur	76
1.	Ambulanter Bereich	76
1.1	Anzahl der Pflegedienste und Beschäftigtenstruktur	76
1.2	Ambulante Pflegedienste nach Trägern	76
2.	Vollstationärer Bereich	77
2.1	Anzahl der Pflegeheime und Beschäftigtenstruktur	77
2.2	Pflegeheime nach Trägern	77
VIII.	Investitionsförderung in den Ländern	78
IX.	Finanzhilfen für Investitionen in Pflegeeinrichtungen im Beitrittsgebiet (Artikel 52 Pflege-Versicherungsgesetz - PflegeVG)	78
X.	Entwicklung des Arbeitsmarkts für Pflegekräfte	81
1.	Auswirkungen der Pflegeversicherung auf den Arbeitsmarkt	81
2.	Ausbildungssituation	82
2.1	Entwicklung der Altenpflegeausbildung	82
2.2	Finanzierung der Ausbildungsvergütung in der Altenpflege	83
2.3	Zukünftige Entwicklung der Personal- und Ausbildungssituation in der Altenpflege	84
2.4.	Förderung von Umschulungsmaßnahmen in der Altenpflege	84
XI.	Qualitätssicherung in der Pflege	85
1.	Initiativen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der pflegerischen Versorgung	85
1.1	Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (§ 113 SGB XI)	85

1.2	Förderung von Expertenstandards	86
1.3	Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege (§ 113a SGB XI)	87
1.4	Schiedsstelle Qualitätssicherung (§ 113b SGB XI)	87
2.	Qualitätsprüfungen in der Pflege	88
2.1	Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinien-QPR) vom 30. Juni 2009	88
2.2	Pflege-Transparenzvereinbarungen	88
2.3	Ergebnisse von Qualitätsprüfungen	89
2.4	Bericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) über die Entwicklung der Pflegequalität auf der Grundlage der vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) durchgeführten Qualitätsprüfungen	90
3.	Besondere Initiativen der MDK-Gemeinschaft: Grundsatzstellungen zu besonderen Themen	90
4.	Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) an den Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen	90
XII.	Rehabilitation vor Pflege	90
1.	Rechtsslage bei Rehabilitationsleistungen	90
2.	Empfehlungen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zu Heil- und Hilfsmitteln bei Erstbegutachtungen durch den MDK und Versorgungssituation mit Heil- und Hilfsmitteln zum Zeitpunkt von Erstbegutachtungen	91
XIII.	Pflegeversicherung im Ausland	92
1.	Bezug von Pflegegeld im Ausland	92
2.	Urteile des Europäischen Gerichtshofs (EuGH)	93
2.1	Urteil des EuGH vom 16. Juli 2009 in der Rechtssache - C-208/07 (Chamier-Glisczinski)	93
2.2	Urteil des EuGH vom 30. Juni 2011 in der Rechtssache C-388/09 (da Silva Martins)	94
2.3	Vertragsverletzungsverfahren vor dem EuGH (C-562/10)	95
3.	Zahlen zur Pflegebegutachtung im Ausland	95
3.1	Begutachtungsverfahren	95
3.2	Anzahl der Begutachtungen der Pflegekassen bei Pflegebedürftigen mit Wohnsitz in EU- und EWR-Staaten	96
4.	Private Pflegeversicherung	97
XIV.	Demografische Entwicklung und langfristige Finanzentwicklung	97
E.	Ausgewählte Forschungsaktivitäten und Modellvorhaben	99
I.	Leuchtturmprojekt Demenz	99

II.	Ausblick auf die Zukunftswerkstatt Demenz des Bundesministeriums für Gesundheit	100
1.	Regionale Demenznetzwerke	100
2.	Unterstützung der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz	101
III.	Modellprogramm zur „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“	101
1.	Förderschwerpunkt „Werkstatt Pflegestützpunkte“	102
2.	Förderschwerpunkt „Translation von Modellergebnissen“	102
3.	„Aus kritischen Ergebnisse lernen“ Online Berichts- und Lernsystem für die Altenpflege	103
4.	Forschungsprojekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“	103
5.	Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“	104
IV.	Trägerübergreifendes Persönliches Budget	106
V.	Pflege im Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung	107
VI.	Pflege im Programm „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“ der Bundesregierung	108
1.	Forschungsschwerpunkt „Anwendungsorientierte Pflegeforschung“	108
2.	Forschungsschwerpunkt „Gesundheit im Alter“	108
3.	Forschungsschwerpunkt „Versorgungsnahe Forschung - Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“	109
4.	Forschung zu Pflege und Versorgung in den Kompetenznetzen	109
VII.	Weitere Projekte der Bundesregierung zur Verbesserung von Pflege und Lebensqualität für Menschen mit Demenz	109
	<u>Übersicht über den Anhang:</u>	112
<u>Anhang 1</u>	Übersicht zum Stand der Einrichtung von Pflegestützpunkten in den Ländern nach § 92c des Elften Buches Sozialgesetzbuch	113
<u>Anhang 2</u>	Übersicht über die inhaltlichen Schwerpunkte der Investitionsprogramme der Länder nach Artikel 52 PflegeVG	122
	<u>Übersicht über die Anlagen 1 bis 10:</u>	127
<u>Anlage 1</u>	Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegestufen	128
<u>Anlage 2</u>	Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten (errechnet aus Leistungstagen)	129
<u>Anlage 3</u>	Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung	130

<u>Anlage 4</u>	Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Ländern (Stand: 1.1.2011)	131
<u>Anlage 5</u>	Pflegesatzniveau in den Ländern (Stand: 1.1.2011)	153
<u>Anlage 6</u>	Zugelassene Pflegeeinrichtungen Ende 2009 (Statistik nach § 109 SGB XI)	157
<u>Anlage 7</u>	Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen	158
<u>Anlage 8</u>	Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG (Förderung und Förderquoten)	160
<u>Anlage 8a</u>	Länderangaben über die verausgabten Mittel zur Investitionskosten- förderung für zugelassene Pflegeeinrichtungen je Jahr im Berichtszeit- raum	177
<u>Anlage 9</u>	Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskon- zepte für demenziell Erkrankte (Förderung niedrigschwelliger Betreu- ungsangebote und Modellvorhaben im Jahre 2010)	180
<u>Anlage 10</u>	Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskon- zepte für demenziell Erkrankte (Versorgungsangebote in den Ländern)	187
<u>Übersicht über die Grafiken 1 bis 6:</u>		191
<u>Grafik 1</u>	Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger im ambulanten Bereich zum Jahresende nach Pflegestufen	192
<u>Grafik 2</u>	Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger im stationären Bereich zum Jahresende nach Pflegestufen	192
<u>Grafik 3</u>	Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger zum Jahresende nach Pflegestufen - ambulant und stationär -	193
<u>Grafik 4</u>	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen in den Jahren 2004 bis 2010 - ambulant -	194
<u>Grafik 5</u>	Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen in den Jahren 2004 bis 2010 - stationär -	195
<u>Grafik 6</u>	Pflegebedürftige nach Leistungsarten im Jahresdurchschnitt	196

A. Vorbemerkungen

I. Berichtsauftrag gemäß § 10 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI)

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

Er gibt einen Überblick und Detailinformationen über die Situation der Pflegeversicherung, insbesondere über die Zahl der Leistungsbezieher sowie die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Pflegeinfrastruktur und andere Bereiche der pflegerischen Versorgung und Betreuung in den Jahren 2007 bis 2010.

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

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

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

Antworten der Bundesregierung zu Kleinen Anfragen sind nachfolgend aufgelistet:

- „Illegale Beschäftigung in Privathaushalten mit Pflegebedürftigen“ (BT-Drs. 16/2278)
- „Freiheit für bürgerschaftliches Engagement“ (BT-Drs. 16/4545)
- „Verordnungen und Verwaltungsvorschriften“ (BT-Drs. 16/4741)
- „Ausgestaltung des Modellprojektes „Werkstatt Pflegestützpunkte und Pflegeberater“ und der darin vorgesehenen Modell-Pflegestützpunkte“ (BT-Drs. 16/8665)
- „Sicherung tariflich vereinbarter Arbeitsbedingungen des öffentlichen Dienstes und qualitativer Standards der Altenpflege in kommunalen Pflegeeinrichtungen“ (BT-Drs. 16/10470)
- „Behinderungsbedingte Armutsrisiken“ (BT-Drs. 16/12145)
- „Alt und behindert - Auswirkungen des demografischen Wandels auf das Leben von Menschen mit Behinderungen“ (BT-Drs. 16/12877)
- „Stand und Zukunft der Ausbildung in den Pflegeberufen“ (BT-Drs. 16/13818)
- „Verkürzung des Zivildienstes“ (BT-Drs. 17/352 und BT-Drs. 17/545)
- „Umsetzung der Leistungsform Persönliches Budget“ (BT-Drs. 17/406)

- „Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei Bedarf an Betreuung oder Pflege kranker und älterer Familienmitglieder“ (BT-Drs. 17/650)
- „Stand und Umsetzung der medizinischen Rehabilitation“ (BT-Drs. 17/1827)
- „Umsetzung des Förderprogramms für zusätzliches Pflegepersonal in den Krankenhäusern“ (BT-Drs. 17/2086)
- „Stand des Aufbaus von Pflegestützpunkten nach § 92c des Elftes Buches Sozialgesetzbuch“ (BT-Drs. 17/2291)
- „Umsetzungsstand des Fünften Altenberichts „Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft - Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen“ (BT-Drs. 17/2552)
- „Bericht über die Lage von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen“ (BT-Drs. 17/2595)
- „Herstellung umfassender Barrierefreiheit“ (BT-Drs. 17/2649)
- „Mindestlohn in der Pflegebranche“ (BT-Drs. 17/2844)
- „Arbeit der Allianz zur Beratung der Bundesregierung in Fragen des Arbeitskräftebedarfs“ (BT-Drs. 17/3295)
- „Entwicklung des ehrenamtlichen Engagements und die nationale Engagementstrategie“ (BT-Drs. 17/3133)
- „Transparenz der Pflegequalität“ (BT-Drs. 17/3372)
- „Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche und Kontrolle des Pflegemindestlohns“ (BT-Drs. 17/4133)
- „Entwicklung und Inanspruchnahme der Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz“ (BT-Drs. 17/4135)
- „Fakten und Positionen der Bundesregierung zum so genannten Fachkräftemangel“ (BT-Drs. 17/4784)
- „Nationale Engagementstrategie der Bundesregierung“ (BT-Drs. 17/4296)
- „Weiterförderung der Mehrgenerationenhäuser“ (BT-Drs. 17/4646)
- „Aussetzung des Zivildienstes und Einführung eines Bundesfreiwilligendienstes“ (BT-Drs. 17/5079)
- „Altersgerechtes Umbauen und Wohnen“ (BT-Drs. 17/5853)

III. Ziele und Konzeption der Pflegeversicherung

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

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

Es gilt der Grundsatz: Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, gehört der sozialen Pflegeversicherung an. Wer in einer privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert ist, muss eine private Pflege-Pflichtversicherung

abschließen.

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

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

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

Durch ihre Beitrags- bzw. Prämienzahlungen erwerben die Versicherten einen Rechtsanspruch darauf, dass sie Hilfe erhalten, wenn sie einmal pflegebedürftig werden. Dabei spielt die wirtschaftliche Lage des Versicherten keine Rolle, denn die Leistungen der Pflegeversicherung werden einkommens- und vermögensunabhängig erbracht.

Im Einzelfall kann es vorkommen, dass Pflegebedürftige und ihre unterhaltspflichtigen Angehörigen Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, die nicht das gesamte Pflegerisiko abdecken, und sie auch nicht über genügend Eigenmittel verfügen, um die verbleibenden Kosten für einen notwendigen und angemessenen Pflege- und Betreuungsbedarf zu tragen. Dann können sie zur individuellen Bedarfsdeckung die Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen. Die Einführung der Pflegeversicherung hat allerdings dazu geführt, dass die pflegebedingte Sozialhilfe („Hilfe zur Pflege“) wesentlich weniger als vorher in Anspruch genommen wurde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Kurzzeitige Arbeitsverhinderung

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

2. Pflegezeit

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

Während der Pflegezeit ist die notwendige soziale Absicherung der Pflegeperson gewährleistet. Bei einer teilweisen Freistellung von der Arbeitsleistung bleibt die soziale Absicherung aufgrund der weiteren Beschäftigung bestehen, soweit es sich um eine sozialversicherungspflichtige Be-

schäftigung handelt. In allen übrigen Fällen wird sie von der Pflegeversicherung finanziert:

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

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

Mit dem Familienleistungsgesetz ist die Steuerermäßigung bei Aufwendungen für Pflege- und Betreuungsleistungen gemäß § 35a Absatz 2 Satz 2 Einkommensteuergesetz (EStG) mit Wirkung zum 1. Januar 2009 erheblich ausgeweitet worden. Während pflegebedingte Aufwendungen bis zu diesem Zeitpunkt lediglich bis zu einem Höchstbetrag von 6.000 € jährlich durch einen direkten Abzug von der Steuerschuld in Höhe von 20 % (also bis zu 1.200 €) berücksichtigt werden konnten, wird nunmehr bei maximal begünstigten Aufwendungen für häusliche Pflege- und Betreuungsleistungen von 20.000 € im Jahr eine Steuerermäßigung von bis zu 4.000 € (das entspricht 20 % von 20.000 €) gewährt. Dies bedeutet eine Verbesserung der steuerlichen Förderung um mehr als das Dreifache.

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

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

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

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

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

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

Durch die erste Stufe der Föderalismusreform im Jahr 2006 ist die Zuständigkeit für den ordnungsrechtlichen Teil des Heimrechts auf die Länder übergegangen (Artikel 74 Absatz 1 Nummer 7 Grundgesetz - GG). Bis die Länder eigene Gesetze erlassen haben, gilt das Heimgesetz allerdings uneingeschränkt fort (Artikel 125a Absatz 1 GG). Im Berichtszeitraum haben insgesamt 11 Länder von dieser Gesetzgebungskompetenz Gebrauch gemacht und die ordnungsrechtlichen Vorschriften des Heimgesetzes durch landesrechtliche Regelungen ersetzt.

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

Das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz stärkt die Rechte älterer, pflegebedürftiger und behinderter Menschen, wenn sie Verträge abschließen, in denen die Überlassung von Wohnraum mit der Erbringung von Pflege- oder Betreuungsleistungen verknüpft ist. Sie haben seit dem 1. Oktober 2009 einen Anspruch darauf, rechtzeitig vor Vertragsschluss von der Einrichtung über den wesentlichen Inhalt des Leistungsangebots in leicht verständlicher Sprache mündlich und schriftlich informiert zu werden. Ist dies nicht der Fall, können sie den Vertrag jederzeit ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Außerdem ist ein sogenanntes Probewohnen möglich, d.h. innerhalb der ersten zwei Wochen können die Verbraucher jederzeit kündigen. Ferner muss die Einrichtung eine Anpassung des Vertrags anbieten, wenn sich der Pflege- und/oder Betreuungsbedarf ändert. Das Gesetz dient als modernes Verbraucherschutzgesetz der Verwirklichung des in

Artikel 1 der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen beschriebenen Anspruchs auf Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe.

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

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

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

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

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

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

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

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

C. Umsetzung und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

I. Pflege-Weiterentwicklungsgesetz

1. Ziele

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

2. Wichtige Aspekte des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes

2.1 Pflegeberatung

Seit dem 1. Januar 2009 haben alle Versicherten, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten, einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung gegenüber ihrer Pflegekasse. Ebenso haben alle Versicherten, die einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben und bei denen erkennbar ein Hilfe- und Beratungsbedarf besteht, einen Anspruch auf Pflegeberatung. Dieser besteht jedoch nicht nur gegenüber den Pflegekassen, sondern auch gegenüber den privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Deren Leistungsangebot muss nach Art und Umfang gleichwertig mit den Leistungen der Pflegekassen sein.

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

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

gen nach dem SGB XII.

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

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

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

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

2.1.1 Umsetzung des Anspruchs auf Pflegeberatung durch die Pflegekassen

Grundlage für die Evaluation waren die Auswertung der Strukturen der Pflegeberatung in den 16 Bundesländern, eine schriftliche Kurzbefragung aller Pflegekassen, eine telefonische Befragung von 1.000 Pflegehaushalten sowie Fallstudien.

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

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

Ergebnisse der knapp 1.000 telefonischen Befragungen von Pflegehaushalten sind nach der Studie folgende:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.2.1 Organisation der Pflegeberatung

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

2.1.2.2 Umsetzung der Pflegeberatung im Einzelnen

Durchführung der Pflegeberatung

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

lefonische Pflegeberatung sowohl gesetzlich als auch privat Versicherten offenstehe, sei die aufsuchende Pflegeberatung privat Versicherten vorbehalten.

Leistungsspektrum

Das Leistungsspektrum der COMPASS Pflegeberatung reicht nach dem Bericht von einem allgemeinen Kurz-Informationsgespräch (rund 30 % des telefonischen Beratungsaufkommens) bis hin zu einer längerfristigen Begleitung komplexer Pflegesituationen, entweder telefonisch oder vor Ort. Bei rund einem Viertel der Anrufe veranlassten die Pflegeberater nach Angaben von COMPASS eine Beratung vor Ort. Ebenso könne bei knapp einem Viertel aller Beratungsfälle der Beratungszyklus nach einem Beratungsgespräch abgeschlossen werden, während es sich bei rund drei Viertel der Fälle um komplexere Beratungssituationen bis hin zum Fallmanagement handele. Insgesamt sind im Jahr 2010 rund 63.000 Gespräche telefonisch und persönlich vor Ort geführt worden, wobei im Vergleich zum Vorjahr die Zahl der Gespräche vor Ort diejenigen in der zentralen telefonischen Beratung überstiegen habe. Laut COMPASS erfolgt die Pflegeberatung unabhängig und neutral, ausschließlich orientiert am Bedarf der Betroffenen.

Qualifizierung der Pflegeberaterinnen und -berater

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

2.1.2.3 Ergebnisse einer im März 2011 durchgeführten Umfrage

In Zusammenarbeit mit dem Institut für Qualität und Case Management an der Hochschule Bremen hat COMPASS im März 2011 eine stichprobenartige und anonyme Befragung von Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen, die die Pflegeberatung durch COMPASS bereits in Anspruch genommen haben, durchgeführt. Laut Angaben von COMPASS ist Ziel dieser Befragung gewesen, ein differenziertes Bild zu den Erwartungen an die Pflegeberatung und zu den mit der Pflegeberatung gemachten Erfahrungen zu erhalten. Bei 1.000 angesprochenen Personen konnten 436 Fragebögen ausgewertet werden.

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

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

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

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

2.1.3 Beratungsangebote in den Ländern Sachsen und Sachsen-Anhalt

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

Sachsen

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

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

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

Neben den regionalen Netzwerken ist nach dem Bericht aus Sachsen für alle Fragen rund um die Pflege zudem unter Federführung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz ein Internetportal Pflegenetz (PflegeN) eingerichtet worden. Das PflegeN übe eine Lotsenfunktion aus und unterstütze die Hilfesuchenden bei der Suche nach regionalen und überregionalen Ansprechpartnern.

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

Sachsen-Anhalt

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

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

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

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

2.2 Aufbau von Pflegestützpunkten

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

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

Der Aufbau von Pflegestützpunkten ist eine Möglichkeit, mit der wohnortnahe Beratungs- und Unterstützungsstrukturen institutionalisiert worden sind. Im Rahmen der aus der Anschubfinanzierung verfügbaren Mittel in Höhe von 60 Mio. € konnten diese bis zum 30. Juni 2011 entsprechend dem jeweiligen Bedarf mit einem Zuschuss von bis zu 45.000 € gefördert werden. Bei nachhaltiger Einbeziehung von Selbsthilfegruppen, ehrenamtlicher und sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiten Personen und Organisationen war eine Erhöhung der Förderung um bis zu 5.000 € je Pflegestützpunkt möglich. Dazu stellten die Pflegestützpunkte beim Spitzenverband Bund der Pflegekassen (GKV-Spitzenverband) Förderanträge.

Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über das Fördergeschehen:

Förderung von Pflegestützpunkten				
Stand: 30.06.2011				
Bundesland	max. Fördersumme nach Königsteiner Schlüssel	Anzahl möglicher Pflegestützpunkte bei voller Inanspruchnahme der Fördergelder (Annahme 50.000 € je Pflegestützpunkt)	Fördersumme bewilligter und neu eingegangener Anträge (Hochrechnung auf Basis der durchschnittl. Fördersumme je Pflegestützpunkt im Land)	Anzahl geförderter Pflegestützpunkte einschl. Anträge in Prüfung
Baden-Württemberg	7.641.306 €	153	1.920.000 €	48
Bayern	8.956.866 €	179	250.000 €	6
Berlin	2.983.950 €	60	1.157.203 €	25
Brandenburg	1.892.412 €	38	800.000 €	20
Bremen	565.848 €	11	150.000 €	3
Hamburg	1.508.340 €	30	360.000 €	9
Hessen	4.396.092 €	88	760.000 €	21
Mecklenburg-Vorpommern	1.274.694 €	25	-	0
Niedersachsen	5.577.984 €	112	877.333 €	21
Nordrhein-Westfalen	12.854.826 €	257	1.745.513 €	46
Rheinland-Pfalz	2.886.570 €	58	2.886.570 €	135
Saarland	749.442 €	15	350.000 €	7
Sachsen*	3.169.158 €	63	-	0
Sachsen-Anhalt*	1.819.812 €	36	-	0
Schleswig-Holstein	1.989.216 €	40	475.042 €	11
Thüringen	1.733.484 €	35	45.000 €	1
Gesamt	60.000.000 €	1.200	11.776.661 €	353
*Sachsen und Sachsen-Anhalt haben sich gegen die Errichtung von Pflegestützpunkten entschieden				
(Quelle: Spitzenverband Bund der Pflegekassen)				

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

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

Eine detaillierte Übersicht zum Stand der Einrichtung von Pflegestützpunkten ist entsprechend der Informationen der zuständigen Ministerien der Länder dem **Anhang 1** zu entnehmen.

2.2.2 Einbindung der privaten Pflege-Pflichtversicherung in Pflegestützpunkte

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

2.3 Qualität

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

2.4 Niedrigschwellige Betreuungsangebote, Ehrenamt, Selbsthilfe

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

Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das am 1. Juli 2008 in Kraft getreten ist, wurde der Betreuungsbetrag von 460 € jährlich auf bis zu 100 € (Grundbetrag) bzw. 200 € (erhöhter Betrag) monatlich, also auf bis zu 1.200 € bzw. 2.400 € angehoben. Zudem hat sich der Kreis der Leistungsberechtigten um Versicherte mit der Pflegestufe 0 erweitert. Im Berichtszeitraum 2007 bis 2010 sind die Ausgaben für niedrigschwellige Betreuungsangebote stetig gestiegen von ca. 30 Mio. € im Jahr 2007 auf ca. 280 Mio. € im Jahr 2010.

Zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte soll die Infrastruktur von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten für Menschen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf ausgebaut werden. Ziel ist eine gemeinsame Förderung der Infrastruktur durch die soziale und private Pflege-Pflichtversicherung auf der einen und die Länder und Kom-

munen auf der anderen Seite. Dabei bleibt die Steuerungsverantwortung für die Vorhaltung einer ausreichenden pflegerischen Infrastruktur grundsätzlich bei den Ländern und Kommunen. Diese lassen auch die niedrigschwelligen Betreuungsangebote auf der Grundlage einer gemeinsamen Empfehlung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. und ihrer jeweiligen Rechtsverordnung zur Umsetzung der Empfehlungen zu.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde der Förderbetrag von insgesamt 20 Mio. € auf 50 Mio. € jeweils paritätisch finanziert durch die Pflegeversicherung und die Länder oder Kommunen, erhöht. Das Fördervolumen konnte in den Jahren 2008 bis 2010 kontinuierlich gesteigert werden, der zur Verfügung stehende Förderbetrag wurde aber nicht ausgeschöpft. So wurden für die Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote, Ehrenamt und Selbsthilfe durch die soziale Pflegeversicherung (ohne Modellprojekte und Anteil der privaten Pflege-Pflichtversicherung und der Länder) im Jahr 2008 insgesamt rund 5,2 Mio. €, im Jahr 2009 insgesamt rund 6,5 Mio. € und im Jahr 2010 insgesamt rund 7 Mio. € ausgegeben.

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

Bayern

„Um die pflegenden Angehörigen zu entlasten und die häusliche Versorgung zu stärken, fördert das Bayerische Sozialministerium rund 340 niedrigschwellige Betreuungsangebote (227 Betreuungsgruppen und 111 Helferkreise) sowie 145 Angehörigengruppen (Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige). Zuletzt wurden im Rahmen dieser Angebote rund 260.000 Einsatzstunden ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer geleistet. Bei allen Maßnahmen stellen der Umgang mit demenzkranken Menschen und ihre Betreuung und Versorgung einen zentralen Aspekt dar. Demenz ist eine Krankheit, die durch ihre Eigenart und ihren Verlauf auch das menschliche Umfeld des Betroffenen empfindlich trifft. Dies sind vor allem die pflegenden und betreuenden Angehörigen. Seit 1998 werden im Rahmen des „Bayerischen Netzwerk Pflege“ „Fachstellen für pflegende Angehörige“, die die Angehörigen beraten und unterstützen, gefördert. Mittlerweile gibt es in Bayern 110 Angehörigenfachstellen.“

Berlin

„Nachdem Mitte 2010 die Eckpunkte der Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen nach §§ 45c und d SGB XI feststanden, wurde zunächst auf der Basis der Landeshaushaltsordnung (LHO) ab 1. Oktober 2010 mit der Förderung der neu zu entwickelnden ehrenamtlichen Strukturen und der Selbsthilfe (§ 45d SGB XI) begonnen. Je Bezirk wird seitdem eine Unterstützungsstelle für den Auf- und Ausbau von Gruppen ehrenamtlich tätiger sowie sonstiger zum bürgerschaftlichen Engagement bereiter Personen oder Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen gefördert. Die zwölf Unterstützungsstellen mit der Kurzbezeichnung „Kontaktstelle PflegeEngagement“ haben die Aufgabe, abhängig von Bedarf, Nachfrage und Ressourcen, kleinere wohnortnahe Selbsthilfe- und Ehrenamtsstrukturen für betreuende und pflegende Ange-

hörige nicht nur für die speziellen Zielgruppen nach § 45a SGB XI, sondern für alle Pflegebedürftigen, die in der eigenen Wohnung, in der Häuslichkeit oder in einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft leben, zu entwickeln oder zu unterstützen. Sie vermitteln oder stellen Hilfen, Räume, sowie Ausstattung bereit und zahlen Aufwandsentschädigungen für ehrenamtlich Tätige. Es handelt sich hierbei vor allem um gruppenorientierte Angebote, Besuchs-, Begleit- und Alltagshilfsdienste. Um die anstehenden Aufgaben in ihrer Komplexität besser bewältigen zu können und den Projektträgern mehr Beratung und fachliche Begleitung zukommen zu lassen, wird ebenfalls seit Oktober 2010 das gesamtstädtisch ausgerichtete Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung gefördert. Die Förderung erfolgt nicht im Rahmen eines Modellprojektes, sondern wurde als dauerhaftes Angebot nach § 45c SGB XI konzipiert und anerkannt. Hauptschwerpunkte der Arbeit des Kompetenzzentrums sind sowohl die Qualitätssicherung als auch die Herstellung von Transparenz. Besonderes Kennzeichen all dieser Projekte ist, dass die Betreuung von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern - unter pflegefachlicher Anleitung - durchgeführt wird. Vor diesem Hintergrund übernimmt das Kompetenzzentrum im Rahmen von Qualitätsmanagement unter anderem die Unterstützung bei Qualifizierungsmaßnahmen in Form von Basisschulungen, Fortbildungsmaßnahmen, Erfahrungsaustauschen und Fachdiskussionen als wichtige Bausteine für eine optimale Betreuung des Personenkreises. Außerdem entwickelt es Instrumentarien, die Qualifizierungserfordernisse und sonstige Qualitätsstandards erheben. Damit die Betroffenen und Ratsuchenden eine leicht zugängliche und einheitliche Information über die Projekte erhalten können, wird vom Kompetenzzentrum eine Datenbank oder Internetplattform eingerichtet und gepflegt, die über alle Projekte aktuell informiert und mit wichtigen Internetseiten, wie beispielsweise zum Hilfelotsen oder zum Pflegeportal des Landes Berlin verlinkt ist.“

Mecklenburg-Vorpommern

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

Nordrhein-Westfalen

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

fälischen Pflegekassen werden in der Hauptsache mit dem Ziel der Stärkung der Demenz-Infrastruktur durch die Landesinitiative Demenzservice verwendet. Dazu zählen aktuell 13 Demenz-Servicezentren, das Dialog- und Transferzentrum Demenz, 32 Agenturen für Wohnberatung, die Koordinierungsstellen der Landesinitiative, die Landesstelle Pflegende Angehörige sowie die wissenschaftliche Begleitung der Landesinitiative.“

2.5 Zusätzliche Betreuung in vollstationären Einrichtungen

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

Bis Dezember 2010 wurden über 9.000 Vereinbarungen abgeschlossen. Damit hatten ca. 80 % aller zugelassenen Pflegeheime Vergütungszuschläge vereinbart. Im Dezember 2009 waren nach der Pflegestatistik ca. 16.000 Personen und damit ca. 3 % der insgesamt 621.000 Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen als Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI tätig. Laut der von TNS Infratest Sozialforschung durchgeführten Repräsentativerhebung stieg die Anzahl hochgerechnet auf ca. 25.000 Personen bis Juni 2010.

Nachfolgend ist die Anzahl der abgeschlossenen Vereinbarungen nach Bundesländern aufgeführt:

Bundesland	Anzahl der abgeschlossen Vereinbarungen
Baden-Württemberg	1026
Bayern	1347
Berlin	274
Brandenburg	297
Bremen	88
Hamburg	128
Hessen	584
Mecklenburg-Vorpommern	206
Niedersachsen	1248
Nordrhein-Westfalen	1746
Rheinland-Pfalz	366
Saarland	124
Sachsen	597
Sachsen-Anhalt	351
Schleswig-Holstein	516
Thüringen	279
Gesamt	9.177

(Quelle: Spitzenverband Bund der Pflegekassen)

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

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

(Quelle: Spitzenverband Bund der Pflegekassen)

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

Auf der Grundlage der Richtlinien hat die Bundesagentur für Arbeit (BA) in einer breit angelegten Initiative für ca. 11.000 Personen die Kosten der durchzuführenden Qualifizierungsmaßnahmen übernommen.

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

Die im September 2011 übermittelten Ergebnisse der Evaluation belegen nach Auffassung des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, dass die neue Tätigkeit im Sinne der gesetzlichen Vorgaben umgesetzt werde. Die Qualifizierungsmaßnahme und deren Inhalt würden sowohl von den zusätzlichen Betreuungskräften, als auch von den stationären Pflegeeinrichtungen als eine gute Vorbereitung für diese Tätigkeit angesehen und sie seien damit sehr zufrieden. Besonders die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen werde positiv bewertet.

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

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

2.6 Gesamtversorgungsverträge

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

Die Anzahl der bis Mitte 2011 abgeschlossenen Gesamtversorgungsverträge in den Bundesländern mit Regelungsschwerpunkten ergibt sich aus der folgenden Tabelle:

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

(Quelle: Spitzenverband Bund der Pflegekassen)

2.7 Verträge mit Einzelpflegekräften

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

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

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

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

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

(Quelle: Spitzenverband Bund der Pflegekassen)

2.8 Rückstufungen in eine niedrigere Pflegestufe

Nach § 87a Absatz 4 SGB XI sollen stationäre Pflegeeinrichtungen einen finanziellen Anreiz erhalten, wenn es ihnen gelingt, dass Pflegebedürftige durch eine aktivierende Pflege oder rehabilitative Maßnahmen für mindestens sechs Monate in eine niedrigere Pflegestufe oder von erheblicher zu nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit zurückgestuft werde. Die Pflegeeinrichtungen erhalten in diesen Fällen von der Pflegekasse einen Anerkennungsbetrag in Höhe von 1.536 €. Dieser Betrag entspricht der Differenz zwischen den Leistungsbeträgen der Pflegestufe I und II für die Dauer von sechs Monaten.

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

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

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

(Quelle: Spitzenverband Bund der Pflegekassen)

Aus der Finanzstatistik der sozialen Pflegeversicherung lässt sich für den Zeitraum von Mitte 2008 bis Mitte 2011 eine etwas höhere Zahl von rund 2.200 Rückstufungen mit Zahlung eines Anerkennungsbetrages errechnen.

2.9 Zahlungen von Krankenkassen für nicht zeitgerecht erbrachte Rehabilitationsleistungen

Seit dem 1. Juli 2008 besteht die Verpflichtung der Krankenkassen zur Zahlung von 3.072 € an die Pflegekassen, wenn binnen sechs Monaten nach der Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung notwendige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht erbracht worden sind. Die Regelung steht im Kontext mit § 31 SGB XI, wonach die Pflegekassen die Pflegebedürftigen und - mit deren Einwilligung - auch den Arzt über das Vorliegen der Voraussetzungen für eine medizinische Rehabilitation informieren müssen. Beide Regelungen zusammen sollen bewirken, dass die Möglichkeiten der Rehabilitation besser ausgeschöpft werden.

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

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

2.10 Verträge zur Integrierten Versorgung

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

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

2.11 Ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen

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

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

Zwar werden vereinzelt in verschiedenen Initiativen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten zur Sicherstellung der haus- und insbesondere auch fachärztlichen Betreuung der Pflegeheimbewohner angestrebt. Das Engagement der Ärzte sei in der Regel jedoch mit Forderungen nach einer zusätzlichen Vergütung verbunden. Auch seien die Pflegeheime daran interessiert, eine Gegenfinanzierung für ihren im Zusammenhang mit der ärztlichen Versorgung bestehenden Koordinierungsaufwand zu erreichen. In diesem Zusammenhang scheint auch die durch § 119b

SGB V ermöglichte Anstellung von Heimärzten weder für Ärzte noch für Pflegeheime derzeit das Modell der Wahl zu sein.

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

2.12 Pflegezeit

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

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

Das BMG hat im November 2009 das Marktforschungsinstitut TNS Infratest Sozialforschung mit der Durchführung einer umfassenden, wissenschaftlichen Studie zu den Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes beauftragt. Ziel war es, detaillierte Erkenntnisse zur Umsetzung der gesetzlichen Regelungen zu gewinnen und konkrete Hinweise für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung abzuleiten. Zur Realisierung dieses Ziels führte TNS Infratest Sozialforschung in der Zeit von Ende 2009 bis Mitte 2010 repräsentative Erhebungen in Privathaushalten (Befragungen von 3.653 Haushalten, in denen mindestens eine pflegebedürftige Person lebte, und danach detaillierte Interviews mit 1.500 Haushalten), ambulanten Pflegediensten (759 Interviews) und vollstationären Altenpflegeeinrichtungen (422 Interviews mit Heimleitungen und 2.470 Interviews mit den Hauptpflegekräften der Heimbewohnerinnen oder Heimbewohnern) durch. Die wichtigsten Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

Zufriedenheit mit den Pflegeleistungen

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

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

Pflegeberatung und Pflegestützpunkte

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

Pflegezeitgesetz

Ein weiterer Schwerpunkt des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zielt auf die Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Sowohl die neu eingeführte kurzzeitige Freistellung von der Arbeit bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen als auch die Pflegezeit von bis zu einem halben Jahr wurden allerdings bislang von Hauptpflegepersonen kaum in Anspruch genommen. Seit dem In-Kraft-Treten zum 1. Juli 2008 bis zum Erhebungszeitpunkt haben etwa 9.000 Hauptpflegepersonen ihre Erwerbsarbeit kurzfristig aufgrund des Eintritts von Pflegebedürftigkeit bei einem Angehörigen unterbrochen. Die neue Pflegezeit haben in diesem Zeitraum etwa 18.000 Hauptpflegepersonen von den insgesamt etwa 480.000 Anspruchsberechtigten genutzt. Etwa jeweils die Hälfte der Anspruchsberechtigten gab an, dass eine Freistellung oder die Pflegezeit nicht zur Sicherstellung der häuslichen Versorgung erforderlich gewesen sei. Über die Hälfte der anspruchsberechtigten Pflegehaushalte gab allerdings gleichzeitig an, dass ihnen nicht bekannt gewesen sei, dass ein entsprechender Anspruch überhaupt bestehe.

Anhebung der zusätzlichen Leistungsbeträge für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Von den Pflegebedürftigen mit durch den MDK festgestellter erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nahmen im Frühjahr 2010 37 % die ihnen zustehenden und im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes nochmals aufgestockten Leistungen in Anspruch. Die Ansprüche werden demnach im Bereich der häuslichen Pflege bei weitem noch nicht ausgeschöpft. (Hinweis: Die Inanspruchnahme steigt aktuell kontinuierlich an). Niedrigschwellige Betreuungsangebote werden lediglich von 22 % der Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Alltagskompetenz genutzt. In mehr als der Hälfte der Fälle wurde als Grund für die Nichtinanspruchnahme niedrig-

schwelliger Betreuungsangebote genannt, dass die pflegebedürftige Person nicht von Fremden betreut werden möchte. Dies dürfte auch ein wesentliches Argument für die grundsätzliche Nichtinanspruchnahme von Leistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz sein. Als weiterer Grund für die Nichtinanspruchnahme niedrigschwelliger Betreuungsangebote wurde genannt, dass die bestehenden Angebote nicht den Bedürfnissen entsprächen. Grundsätzlich befürworten jedoch 83 % der Pflegehaushalte den Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote und 79 % die Förderung des nachbarschaftlichen und ehrenamtlichen Engagements.

Inanspruchnahme von Heilmitteln und Rehabilitationsleistungen

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

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

Verbesserung der Leistungen der Tages- und Nachtpflege

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

Medizinische und pflegerische Versorgung im Heim

Üblicherweise erfolgt die medizinische Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner durch niedergelassene Ärzte. Zwei Drittel der Einrichtungen nehmen ggf. zusätzlich einen gerontopsychiatrischen Konsiliardienst in Anspruch. Die im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vorgesehene Möglichkeit, die ärztliche Versorgung auch durch Kooperationsvereinbarungen mit niedergelas-

senen Haus- und/oder Fachärzten sicherzustellen, wurde bislang erst von einer Minderheit der Einrichtungen genutzt.

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

Gleichgeschlechtliche Pflege

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

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

II. Pflegevorhaben in der 17. Legislaturperiode

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

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

Handlungsbedarf

Die Altersstruktur unserer Gesellschaft verändert sich. Es gibt immer mehr ältere Menschen und immer mehr Hochbetagte. Damit steigt auch die Zahl der Pflegebedürftigen weiter an. Heute sind ca. 2,4 Millionen Menschen pflegebedürftig. In wenigen Jahrzehnten steigt die Zahl auf über 4 Millionen. 1,4 Millionen Menschen sind an Demenz erkrankt. Auch ihre Zahl wird deutlich ansteigen. Gleichzeitig sinkt die Zahl der Erwerbsfähigen und damit auch das Potential zur Gewinnung der für die Versorgung notwendigen Pflegekräfte. Hinsichtlich der Versorgungssituation Demenzkranker ist festzustellen, dass sich ihr spezieller Hilfebedarf, der sich auf Betreuung und Anlei-

tung richtet, nicht adäquat in den Leistungen der Pflegeversicherung widerspiegelt. Um diese Probleme zu bewältigen, ist eine Reform unumgänglich.

Ziele

Die Pflegeversicherung soll deshalb mit folgender Zielsetzung weiterentwickelt werden:

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

Pflegebedürftigkeit neu definieren

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

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

Bessere Leistungen für Pflegebedürftige

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

- Im Vorgriff auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erhalten Demenzkranke kurzfristig verbesserte Leistungen.
- Betreuungsleistungen, die insbesondere für Demenzkranke erforderlich sind, werden Bestandteil der Leistungen der Pflegeversicherung.
- Die Leistungen der Pflegeversicherung werden flexibler ausgestaltet. Pflegebedürftige sollen zwischen Leistungspaketen und Zeiteinheiten frei wählen können, deren inhaltliche Ausgestaltung sie mit dem Pflegedienst vereinbaren können.
- Die Rehabilitation wird gestärkt, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu reduzieren. Jeder Pflegebedürftige erhält im Zuge der Antragsstellung ein eigenständiges Gutachten über seine individuelle Rehabilitationsfähigkeit.

- Dem Grundsatz "ambulant vor stationär" entsprechend werden neue Wohnformen durch die Gewährung einer zweckgebundenen Pauschale für die Beschäftigung einer Kraft, die für die Organisation und Sicherstellung der Pflege in der Wohngruppe sorgt, gefördert.
- Es wird ein zeitlich befristetes Initiativprogramm zur Förderung ambulanter Wohngruppen aufgelegt.
- Die medizinische Versorgung in den Heimen wird verbessert.
- Die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen wird servicefreundlicher gestaltet. Eine fristgerechte Begutachtung und Leistungsentscheidung der Pflegekassen wird sichergestellt.
- Die Beratung von Pflegebedürftigen wird verbessert, z. B. durch das verbindliche Angebot von Beratungen im häuslichen Umfeld.
- Zum Bürokratieabbau wird ein eigenes Maßnahmenpaket vorgelegt.

Pflegende Angehörige und Familien werden entlastet

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

- Die Möglichkeiten zwischenzeitlicher Unterbrechungen der Pflege eines Angehörigen zuhause werden gestärkt. Pflegende müssen sich leichter als bisher eine "Auszeit" nehmen können.
- Pflegende Angehörige sollen erleichterte Möglichkeiten zur Rehabilitation bekommen, ggf. auch in Einrichtungen gemeinsam mit der Pflege und Betreuung ihres zu pflegenden Angehörigen.
- Rentenrechtliche Berücksichtigung bei Pflege von gleichzeitig mehreren Pflegebedürftigen.
- Förderung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen auch für pflegende Angehörige.

Verbesserung der Pflege- und Arbeitsbedingungen in der Pflege

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

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

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

Die Finanzierung der Pflegeversicherung wird auf eine nachhaltigere Grundlage gestellt

Der Beitragssatz der Pflegeversicherung wird zum 1. Januar 2013 um 0,1 Beitragssatzpunkte angehoben, d. h., dass der sozialen Pflegeversicherung rund 1,1 Mrd. € zusätzlich zur Verfügung stehen. Damit können die vorgesehenen Leistungsverbesserungen vollständig finanziert werden.

Die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung bleiben allein aus Beitragsmitteln finanziert. Auf die Rücklage wird nicht zugegriffen.

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

D. Stand der Pflegeversicherung

I. Übersicht zu den Leistungen der Pflegeversicherung

Leistungsansprüche der Versicherten im Jahr 2011 an die Pflegeversicherung im Überblick

		Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
		Erheblich Pflegebedürftige	Schwerpflege- bedürftige	Schwerstpfle- gebedürftige (in Härtefällen)
Häusliche Pflege	Pflegesachleistung bis zu € monatlich bis 30.06.2008	384	921	1.432 (1.918)
	vom 01.07.2008 bis 31.12.2009	420	980	1.470 (1.918)
	ab 01.01.2010	440	1.040	1.510 (1.918)
	ab 01.01.2012	450	1.100	1.550 (1.918)
	Pflegegeld € monatlich bis 30.06.2008	205	410	665
	vom 01.07.2008 bis 31.12.2009	215	420	675
	ab 01.01.2010	225	430	685
	ab 01.01.2012	235	440	700
Pflegevertretung • durch nahe Angehörige • durch sonstige Personen	Pflegeaufwendungen für bis zu 4 Wochen im Kalenderjahr bis zu € bis 30.06.2008	205 ¹⁾ 1.432	410 ¹⁾ 1.432	665 ¹⁾ 1.432
	vom 01.07.2008 bis 31.12.2009	215 ¹⁾ 1.470	420 ¹⁾ 1.470	675 ¹⁾ 1.470
	ab 01.01.2010	225 ¹⁾ 1.510	430 ¹⁾ 1.510	685 ¹⁾ 1.510
	ab 01.01.2012	235 ¹⁾ 1.550	440 ¹⁾ 1.550	700 ¹⁾ 1.550
	• durch nahe Angehörige • durch sonstige Personen	215 ¹⁾ 1.470	420 ¹⁾ 1.470	675 ¹⁾ 1.470
	• durch nahe Angehörige • durch sonstige Personen	225 ¹⁾ 1.510	430 ¹⁾ 1.510	685 ¹⁾ 1.510
	• durch nahe Angehörige • durch sonstige Personen	235 ¹⁾ 1.550	440 ¹⁾ 1.550	700 ¹⁾ 1.550
	• durch nahe Angehörige • durch sonstige Personen	205 ¹⁾ 1.432	410 ¹⁾ 1.432	665 ¹⁾ 1.432

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

Kurzzeitpflege	Pflegeaufwendungen bis zu € im Jahr bis 30.06.2008	1.432	1.432	1.432
	vom 01.07.2008 bis 31.12.2009	1.470	1.470	1.470
	ab 01.01.2010	1.510	1.510	1.510
	ab 01.01.2012	1.550	1.550	1.550
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege[†]	Pflegeaufwendungen bis zu € monatlich bis 30.06.2008	384	921	1.432
	vom 01.07.2008 bis 31.12.2009	420²⁾	980²⁾	1.470²⁾
	ab 01.01.2010	440²⁾	1.040²⁾	1.510²⁾
	ab 01.01.2012	450²⁾	1.100²⁾	1.550²⁾
Ergänzende Leistungen für Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf[‡]	Leistungsbetrag bis zu € jährlich bis 30.06.2008	460	460	460
	seit 01.07.2008	2.400³⁾	2.400³⁾	2.400³⁾
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen pauschal € monatlich bis 30.06.2008	1.023	1.279	1.432 (1.688)
	vom 01.07.2008 bis 31.12.2009	1.023	1.279	1.470 (1.750)
	ab 01.01.2010	1.023	1.279	1.510 (1.825)
	ab 01.01.2012	1.023	1.279	1.550 (1.918)
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	Pflegeaufwendungen in Höhe von	10 % des Heimentgelts, höchstens 256 € monatlich		
Pflegehilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind	Aufwendungen bis zu € monatlich	31		

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

[‡] Abhängig von der persönlichen Pflegesituation auf der Grundlage der dauerhaften und regelmäßigen Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen nach § 45a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 13 SGB XI werden bis zu 1.200 € (Grundbetrag) bzw. bis zu 2.400 € (erhöhter Betrag) gewährt. Auch Versicherte mit der so genannten "Pflegestufe 0" können diese Leistungen erhalten.

Technische Pflegehilfsmittel und sonstige Pflegehilfsmittel	Aufwendungen in Höhe von	100 % der Kosten, unter best. Voraussetzungen ist jedoch eine Zahlung von 10 %, höchstens 25 € je Pflegehilfsmittel zu leisten. Techn. Pflegehilfsmittel werden vorrangig leihweise, also unentgeltlich und somit zuzahlungsfrei zur Verfügung gestellt		
Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes	Aufwendungen in Höhe von bis zu	2.557 € je Maßnahme, unter Berücksichtigung einer angemessenen Eigenbeteiligung		
Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für Pflegepersonen[§]	je nach Umfang der Pflgetätigkeit bis zu € monatlich (Beitrittsgebiet)	135,59 (118,87)	271,17 (237,74)	406,76 (356,61)
Zahlung von Beiträgen zur Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	€ monatlich (Beitrittsgebiet)	7,67 (6,72)		
Zuschüsse zur Kranken- und Pflegeversicherung für Pflegepersonen bei Pflegezeit	bis zu € monatlich Krankenversicherung Pflegeversicherung	132,01 16,61		

Weitere Maßnahmen der Pflegeversicherung zugunsten der Versicherten

	Zur Stärkung der Pflege bei	
	häuslicher Versorgung	stationärer Versorgung
Hilfestellung durch wohnortnahe Pflegestützpunkte	x	x
Individuelle Pflegeberatung (Case Management)	x	x
Übermittlung von		
- Leistungs- und Preisvergleichslisten über zugelassene Pflegeeinrichtungen	x	x
- Leistungs- und Preisvergleichslisten über niedrighschwellige Betreuungsangebote	x	
- Informationen zu Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen	x	x
- Informationen über Integrierte Versorgungsverträge/ Teilnahme an der Integrierten Versorgung im Einzugsbereich des Antragstellers	x	x
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	x	

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

Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuung bei Versorgung von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf		x
Förderung von aktivierenden und rehabilitativen Maßnahmen durch Bonuszahlungen an Pflegeeinrichtungen für deutliche Reduzierung des Hilfebedarfs		x
Förderung der Versorgungsstrukturen für Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf	x	
Förderung des Auf- und Ausbaus ehrenamtlicher Strukturen sowie der Selbsthilfe	x	x

II. Anzahl und Struktur der Leistungsempfänger

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

1. Soziale Pflegeversicherung

1.1 Zahl der Leistungsempfänger

Nach der Geschäftsstatistik der Pflegekassen erhielten Ende 2010 rund 1,58 Mio. Pflegebedürftige ambulante und rund 0,71 Mio. stationäre Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Unter den Empfängern der stationären Leistungen waren auch rund 81.000 Empfänger stationärer Leistungen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen.

Aufgrund der demografischen Entwicklung nimmt die Zahl der Pflegebedürftigen seit Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich zu. Nachdem der Anstieg in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung noch durch Nachholeffekte überzeichnet war, hat er sich nach 2002 stark abgeflacht (plus 1 % im Durchschnitt der Jahre 2003 bis 2006). In den Jahren 2007 bis 2009 ist der Anstieg mit durchschnittlich mehr als 4 % aufgrund einer Verbesserung der Datenerfassung deutlich überzeichnet. Im Jahr 2010 betrug der Anstieg rund 2,4 %.

1.2 Leistungsempfänger nach Pflegestufen

Von den ambulant Pflegebedürftigen waren Ende 2010

967.973 Personen (= 61,3 %) der Pflegestufe I

471.609 Personen (= 29,9 %) der Pflegestufe II

138.262 Personen (= 8,8 %) der Pflegestufe III

zugeordnet.

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

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

290.759 Personen (= 41,0 %) in Pflegestufe I
279.055 Personen (= 39,3 %) in Pflegestufe II
140.141 Personen (= 19,7 %) in Pflegestufe III.

Im stationären Bereich waren 5.531 Pflegebedürftige (= 3,9 % der Pflegebedürftigen der Pflegestufe III) als Härtefall anerkannt.

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

1.3 Leistungsempfänger nach Leistungsarten

Innerhalb der Leistungsarten hat weiterhin das Pflegegeld die größte Bedeutung. Im Jahresdurchschnitt 2010 wählten 44,8 % diese Leistungsart, gefolgt von vollstationärer Pflege (26,5 %), Kombination von Pflegegeld und Pflegesachleistung (13,3 %) sowie ausschließlich Pflegesachleistung (7,8 %). Die Leistungsarten häusliche Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege sowie Tages- und Nachtpflege haben entsprechend ihrem Charakter als zeitlich befristete oder ergänzende Leistungen nur ein geringes Gewicht. Dies ist aber nicht mit einer geringfügigen Inanspruchnahme gleichzusetzen. Hinter den jeweils unter 50.000 Personen liegenden Empfängerzahlen im Jahresdurchschnitt (fiktive Ganzjahresempfänger) verbergen sich jeweils zwischen 100.000 und 600.000 Fälle.

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

1.4 Leistungsempfänger nach Alter und Geschlecht

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

Die Mehrzahl der Pflegebedürftigen sind aufgrund der höheren Lebenserwartung Frauen (65,3 %). Allerdings steigt der Anteil der Männer seit Jahren kontinuierlich leicht an (im Berichtszeitraum von 33,3 % Ende 2006 auf 34,7 % Ende 2010). Die unterschiedlichen Möglichkeiten der Pflege durch (Ehe-)Partner spiegelt sich darin wider, dass der Frauenanteil bei den stationär versorgten Pflegebedürftigen mit 72,7 % deutlich höher ist als im ambulanten Bereich mit 61,9 %.

2. Private Pflege-Pflichtversicherung

2.1. Zahl der Leistungsempfänger

Nach der Geschäftsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung bezogen Ende 2010 rund 99.000 Pflegebedürftige ambulante und rund 43.000 Pflegebedürftige stationäre Leistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Die Empfänger von stationären Leistungen der Hilfe für behinderte Menschen werden nicht separat ausgewiesen. Ihre Zahl dürfte im Vergleich zu den entsprechenden Leistungsempfängern der sozialen Pflegeversicherung von untergeordneter Bedeutung sein.

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

2.2. Leistungsempfänger nach Pflegestufen

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

	<u>ambulant</u>	<u>stationär</u>
Pflegestufe I	54,2 %	32,9 %
Pflegestufe II	34,2 %	43,1 %
Pflegestufe III	11,5 %	24,0 %

Wie schon bisher haben in der privaten Pflege-Pflichtversicherung die höheren Pflegestufen ein größeres Gewicht als in der sozialen Pflegeversicherung. Die Ursachen hierfür dürften hauptsächlich

lich im höheren Durchschnittsalter der Pflegebedürftigen sowie einer tendenziell wohl etwas späteren Antragstellung liegen.

2.3 Leistungsempfänger nach Alter und Geschlecht

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

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

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

III. Finanzielle Situation der Pflegeversicherung

1. Soziale Pflegeversicherung

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

1.1 Finanzentwicklung

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

Im Jahr 2007 betragen die

Einnahmen	18,02 Mrd. € und die
Ausgaben	18,34 Mrd. €
Entsprechend ergab sich ein Defizit von	0,32 Mrd. €

Der Mittelbestand sank auf 3,18 Mrd. €

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

Im Jahr 2008 hatte die soziale Pflegeversicherung

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

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

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

In 2009 standen

Einnahmen von	21,31 Mrd. €
Ausgaben von	20,33 Mrd. €
gegenüber, so dass der Überschuss betrug.	0,99 Mrd. €

Entsprechend stieg der Mittelbestand auf 4,80 Mrd. €

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

Im Jahr 2010 schließlich betragen die

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

Der Mittelbestand betrug Ende 2010 5,13 Mrd. €

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

1.2 Ausgabenstruktur

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

Von den Gesamtausgaben des Jahres 2010 entfielen wie schon in den Vorjahren rund 95 % auf die Leistungsausgaben und rund 5 % auf die Verwaltungskosten einschließlich der Kosten des Medizinischen Dienstes. Bei den Leistungsausgaben ist vom Volumen her die vollstationäre Pflege mit einem Anteil von 46,8 % am bedeutendsten. Gleichwohl ist ihr Gewicht infolge der auf die Stärkung der ambulanten Versorgung ausgerichteten Reform Mitte 2008 leicht gesunken (zum Vergleich 2007: 50,6 %). Danach kommen Pflegegeld (22,8 %) und Pflegesachleistung (14,2 %). Vergleicht man nur die Ausgaben für Pflegegeld und Pflegesachleistung, so ergibt sich ein Verhältnis von 62 : 38. Hier hat sich in den letzten Jahren der Trend zur Sachleistung nicht fortgesetzt. Berücksichtigt man allerdings die übrigen Sachleistungen wie häusliche Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege oder Tages- und Nachtpflege, die im Zeitablauf deutliche Ausgabenanstiege ausweisen, so ist der Pflegegeldanteil nach wie vor rückläufig. Allerdings fallen diese und andere Leistungsarten vom Volumen her jeweils nicht besonders ins Gewicht.

2. Private Pflege-Pflichtversicherung

Auskunft über die Finanzentwicklung in der privaten Pflege-Pflichtversicherung geben - neben den Angaben des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. - die jährlichen Nachweise der Versicherungsunternehmen gegenüber der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

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

2.1 Finanzentwicklung

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

Im Jahr 2007 betragen die

Einnahmen	2,98 Mrd. € und die
Ausgaben	2,56 Mrd. €
Entsprechend ergab sich ein Überschuss von	0,43 Mrd. €

Im Jahr 2008 betragen die

Einnahmen	3,87 Mrd. € und die
Ausgaben	3,49 Mrd. €
Entsprechend ergab sich ein Überschuss von	0,38 Mrd. €

Im Jahr 2009 betragen die

Einnahmen	3,22 Mrd. € und die
Ausgaben	2,88 Mrd. €
Entsprechend ergab sich ein Überschuss von	0,34 Mrd. €

Die Vergleichbarkeit der einzelnen Jahre ist dadurch erschwert, dass im Rahmen der Bruttoverbuchung eine Zuführung von Rückstellungen für Beitragsrückerstattung zu den Deckungsrückstellungen, sowohl in den Einnahmen, als auch in den Aufwendungen enthalten ist und diese in den einzelnen Jahren stark schwankt.

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

2.2 Struktur der Aufwendungen

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

Innerhalb der Leistungsausgaben war 2010 nach wie vor die vollstationäre Pflege am bedeutendsten (45,4 %), gefolgt von Pflegegeld (22,5 %) und Pflegesachleistung (16,5 %). Ein Trend zu einer vermehrten Inanspruchnahme von Sachleistungen (ambulant und stationär) lässt sich in der Entwicklung der Ausgabenstruktur der privaten Pflege-Pflichtversicherung nicht feststellen. Die Leistungsausgaben sind im Berichtszeitraum mit durchschnittlich 5 % nur unwesentlich stärker gestiegen als in der sozialen Pflegeversicherung.

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

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

1. Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

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

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

- eine persönliche Untersuchung des Antragstellers im Wohnbereich nicht möglich (insbesondere, wenn der Antragsteller vor der persönlichen Befunderhebung verstorben ist) oder nicht zumutbar (z.B. bei stationärer Hospizversorgung oder ambulanter Palliativpflege) ist oder
- bereits aufgrund einer eindeutigen Aktenlage feststeht, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind, welche Pflegestufe vorliegt, ob und ggf. in welchem Maß eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt und ob und in welchem Umfang geeignete therapeutische oder rehabilitative Leistungen in Betracht kommen.

Die Begutachtung erfolgt dann nach Aktenlage.

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

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

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

1.1 Rechtliche Grundlagen

Gesetzliche Grundlage für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz sowie die Zuordnung zu den Pflegestufen bilden die §§ 14, 15 und 45a SGB XI. Die Umsetzung der rechtlichen Vorgaben erfolgt auf der Grundlage der durch den GKV-Spitzenverband nach §§ 17, 45a und 53a SGB XI beschlossenen Richtlinien zur Sicherstellung einer einheitlichen Rechtsanwendung. Dies sind die:

- Pflegebedürftigkeits-Richtlinien (PflRi) vom 7. November 1994, geändert durch Beschlüsse vom 21. Dezember 1995, 22. August 2001 und 11. Mai 2006,
- Begutachtungs-Richtlinien (BRi) vom 8. Juni 2009,
- Härtefall-Richtlinien (HRi) vom 10. Juli 1995, geändert durch Beschlüsse vom 19. Oktober 1995, 3. Juli 1996 und 28. Oktober 2005 (befristet bis zum 31. Dezember 2012) und die
- Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs vom 22. März 2002, geändert durch Beschlüsse vom 11. Mai 2006 und 10. Juni 2008.

1.2 Wichtige Änderungen der Begutachtungs-Richtlinien (BRi)

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

Die Änderungen beziehen sich insbesondere auf die Neuregelungen zu

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

1.2.1 Pflegebedarfsfeststellung bei Kindern / Evaluierung

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

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

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

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

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

1.2.2 Präventive Maßnahmen / Therapien / Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

In der Regel wird die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch Pflegefachkräfte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung durchgeführt, die mit den ärztlichen Gutachtern eng zusammenarbeiten. Für die weiteren Feststellungen z.B. zum Umfang des Rehabilitationsbedarfes wurden zur Qualifizierung der Pflegefachkräfte themenbezogene Fortbildungen durchgeführt. Eine adäquate Erhebung des Rehabilitationsbedarfs und -potenzials sowie die sachgerechte Empfehlung entsprechender Maßnahmen würden nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes dadurch gewährleistet. Kommt die begutachtende Pflegefachkraft auf der Grundlage der erhobenen Informationen zu der Einschätzung, dass eine Rehabilitationsindikation bestehen könnte, wird ein Arzt des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung einbezogen, der zu der Einschätzung der Pflegefachkraft zur Notwendigkeit einer medizinischen

Rehabilitationsleistung Stellung nimmt (siehe BRi vom 8. Juni 2009, D 6.3, S. 90). Im Rahmen der Gesamtbetrachtung stellt dann der ärztliche Gutachter auf der Grundlage der von der Pflegefachkraft erfassten Informationen die Rehabilitationsindikation fest und gibt eine Zuweisungsempfehlung ab (**siehe unter Punkt D. XII.**).

1.2.3 Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Das Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ist Bestandteil der BRi. Mit diesem Verfahren werden Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen begutachtet, deren Hilfe- und Betreuungsbedarf in der häuslichen Pflege über den Hilfebedarf hinausgeht, der bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit im Sinne von §§ 14 und 15 SGB XI Berücksichtigung findet. Grundlage für die Feststellung eines erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung sind die in § 45a Absatz 2 SGB XI genannten Kriterien und die Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs. Dabei sind die Änderungen durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz zur Differenzierung zwischen der Einschränkung der Alltagskompetenz in erheblichem oder erhöhtem Maße nach § 45b SGB XI genauso berücksichtigt wie die Möglichkeit der Leistungsgewährung nach § 45a Absatz 1 Satz 2 SGB XI, wenn die Beeinträchtigungen die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer Pflegestufe noch nicht erfüllen.

1.2.4 Härtefall-Richtlinien (HRi)

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

1.3 Ergebnisse der Begutachtung der Medizinischen Dienste

Zur Information über das Begutachtungsgeschehen, zur Sicherung einer bundeseinheitlichen Begutachtung und als Planungsgrundlage für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung werden vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenversicherung e.V. (MDS) gemäß § 53a Absatz 1 Nummer 3 SGB XI regelmäßig auf der Grundlage der von den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung zur Verfügung gestellten Daten zusammenfassende Statistiken und Berichte erstellt.

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

1.3.1 Begutachtungen für die soziale Pflegeversicherung

Im Berichtszeitraum 2007 bis 2010 habe die Anzahl der jährlichen Begutachtungen zwischen rund 1,3 Mio. und rund 1,5 Mio. betragen. Nach einer Steigerung in den Jahren 2008 und 2009 hätten die Auftragszahlen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich im Jahr 2010 etwa wieder das Niveau des Jahres 2008 erreicht. Anders verhalte es sich für die Begutachtungen von Antragstellern, die Leistungen zur Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI) beantragt haben. Nach einem Absinken der Anzahl der Begutachtungen von 9.480 im Jahr 2007 um insgesamt ca. 1.500 in den Jahren 2007 und 2008 sei die Anzahl der Begutachtungen im Jahr 2010 wieder auf 8.501 Begutachtungen angestiegen. Im Vergleich zu 2007 seien aber im Jahr 2010 insgesamt etwa 10 % weniger Begutachtungen durchgeführt worden.

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

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

1.3.2 Pflegestufenempfehlungen der Medizinischen Dienste

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

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

Dass bei Erstantragstellern auf stationäre Leistungen häufiger und in höherem Maße Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde als bei Erstantragstellern auf ambulante Leistungen, könne darauf zurückgeführt werden, dass die Pflege in einer vollstationären Einrichtung vor allem dann in An-

spruch genommen werde, wenn Pflegepersonen im häuslichen Umfeld nicht zur Verfügung stünden oder wenn der erforderliche Pflegeaufwand von ihnen nicht mehr erbracht werden könne.

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

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

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

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

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

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

1.5 Dauer des Begutachtungsverfahrens

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

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

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

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

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

Nach diesen Angaben haben sich im Vergleich zu den im Vierten Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung für das Jahr 2006 dargestellten Gutachtenlaufzeiten die Bearbeitungszeiten erheblich reduziert. In 2010 betrug die durchschnittliche Dauer der Begutachtung in Kalendertagen für den ambulanten Bereich 23,8 und für den stationären Bereich 16,4 Tage. Im Jahr 2006 hatte die durchschnittliche Dauer der Begutachtung für den ambulanten Bereich noch 40,9 und für den stationären Bereich noch 30,9 Tage betragen. Dabei wurden im ambulanten Bereich nur 30,3 % und im stationären Bereich 56,8 % der Begutachtungen in einem Zeitraum von bis zu vier Wochen durchgeführt. In 2010 haben sich diese Anteile im ambulanten Bereich mehr als verdoppelt und sind auch im stationären Bereich um 26 % gestiegen.

1.6 Widersprüche gegen das Begutachtungsergebnis, Klagen

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

In 65,7 % der Widerspruchsbegutachtungen im ambulanten Bereich hätten die Gutachter im Jahr 2010 die Begutachtungsempfehlungen des Vorgutachtens bestätigt, in 34,2 % der Wider-

spruchsbegutachtungen sei eine andere Begutachtungsempfehlung ausgesprochen worden. Im stationären Bereich kämen die Gutachter vergleichsweise häufiger zu einer Änderung der Begutachtungsempfehlung in der Widerspruchsbegutachtung (46,3 %). In 53,7 % der Widerspruchsbegutachtungen hätten die Gutachter die Empfehlung des Vorgutachtens bestätigt. Dieses Ergebnis ähnele dem der Wiederholungsbegutachtung.

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

2. Zahl der Pflegefachkräfte und der Ärzte beim MDK

Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung werden nach § 18 Absatz 7 SGB XI durch Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Im Jahr 2010 beschäftigten nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung in Vollzeitäquivalente umgerechnet bundesweit 1.924 Ärzte/Ärztinnen und 1.743 Pflegefachkräfte.

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

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

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

3. Qualitätssicherung innerhalb des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

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

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

Gegenstand der Prüfung sind dabei alle Gutachten aus dem ambulanten und stationären Bereich, einschließlich der Gutachten von Kindern. Die Prüfungen erfolgen im monatlichen oder vierteljährlichen Rhythmus auf der Grundlage randomisierter Stichprobenziehungen. In vielen Medizinischen Diensten der Krankenversicherung wird dazu ein EDV-System, das sogenannte KQP-Verfahren (Kontinuierliche Qualitätsprüfung) eingesetzt, das die Auswahl der zu prüfenden Gutachten per Zufall trifft. Aus dem Pool der bereits durch den MDK intern geprüften Gutachten werden quartalsweise 24 Pflegegutachten an den MDS geschickt und per Zufallsauswahl an Prüfgutachter anderer Medizinischer Dienste der Krankenversicherung weitergeleitet. Die Ergebnisse werden vom MDS zusammengeführt.

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

- Transparenz,
- Kompetenz und
- Nachvollziehbarkeit.

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

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

3.2 Ergebnisse der MDK-Qualitätsprüfungen von Pflegegutachten 2010

Auf der Grundlage der Richtlinien zur Qualitätssicherung der Begutachtungen und Beratung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung gingen nach Auskunft des GKV-Spitzenverbandes

im Jahr 2010 insgesamt 8.126 Pflegegutachten in die interne Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ein. MDK-übergreifend seien im Jahr 2010 insgesamt 1.392 Gutachten geprüft worden. Bei fast allen Prüffragen sei zu gut 95 % ein hoher Standard in der Qualität der Pflegebegutachtungen erreicht worden.

4. Begutachtung durch die MEDICPROOF GmbH

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

4.1. Ärzte führen Begutachtungen durch

Aufgrund einer entsprechenden Regelung in den Versicherungsverträgen werden nach Mitteilung der MEDICPROOF GmbH mit der Feststellung von Eintritt, Umfang und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit ausschließlich Ärzte beauftragt. Darin unterschieden sich die Vorgaben zur Begutachtung in der privaten Pflege-Pflichtversicherung von denen der sozialen Pflegeversicherung, wo zunehmend Pflegefachkräfte in das Begutachtungsverfahren eingebunden sind. Allerdings bestehe in der privaten Pflege-Pflichtversicherung die Möglichkeit einer ergänzenden pflegefachlichen Stellungnahme, wenn es darum gehe, neben den Feststellungen im ärztlichen Gutachten noch relevante pflegerische Sachverhalte zur Qualität der Versorgung aufzuzeigen. Dafür halte MEDICPROOF ein bundesweites Netz von Pflegefachkräften vor. Vor Vertragsabschluss würden alle Gutachter von MEDICPROOF geschult und in regelmäßigen Intervallen in den spezifischen Belangen der Pflegeversicherung fortgebildet.

4.1.1 Zahl der Pflegefachkräfte und der Ärzte

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

4.2. Zahl und Art der Begutachtungen

Nach Auskunft von MEDICPROOF wurden zusammen mit den zum Ende des Jahres 2009 noch nicht erledigten Aufträgen 2010 insgesamt 120.895 Aufträge bearbeitet. Das entspreche einem Anstieg von 3,6 % (im Vorjahr 4,5 %). Bei 100.701 Aufträgen sei es um die Feststellung von Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes und um die Zuordnung einer Pflegestufe aufgrund einer Untersuchung im Wohnbereich der versicherten Personen gegangen. Weitere 20.194 Aufträge hätten Beurteilungen, die als Ergänzung zu einem Standardgutachten durchgeführt wurden, wie z.B. eigenständige Pflegehilfsmittelgutachten oder Gutachten zur Be-

wertung der Alltagskompetenz, aber auch Stellungnahmen zu Einspruchs- und Sozialgerichtsverfahren oder ergänzende pflegfachliche Stellungnahmen umfasst. Auch Gutachten, die nicht mit einer persönlichen Inaugenscheinnahme des Antragstellers verbunden waren und bei denen es nicht um eine dauerhafte Pflegestufenzuordnung ging, würden in diese Gruppe fallen. Hierzu gehörten Stellungnahmen zur Pflegebedürftigkeit nach Aktenlage bei Verstorbenen, vorläufige Entscheidungen über den Leistungsrahmen vor Entlassung eines Antragstellers aus stationärer Krankenhausbehandlung oder die Fälle, in denen die Pflegeperson Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz in Anspruch nehmen wollte. Auch die Einsätze von Pflegefachkräften zur Schulung von ehrenamtlich tätigen Pflegepersonen gehörten dazu. 6.312 Aufträge seien Ende 2010 noch nicht erledigt gewesen.

4.3 Aufteilung der Gutachten nach Auftragstypen

Bei 34,5 % aller durchgeführten Gutachten handelte es sich nach Angaben von MEDICPROOF um die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Zuordnung einer Pflegestufe nach Erstanträgen. 32,2 % der Gutachten seien aufgrund einer von den Versicherten angezeigten Veränderung des Pflegeaufwands oder der Pflegesituation erfolgt und bei 13,0 % der Aufträge habe es sich um reine Wiederholungsgutachten auf Initiative der Versicherungen gehandelt. Die Zahl der eigenständigen Beurteilungen der Alltagskompetenz habe im Jahr 2010 bei 2.222 gelegen.

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

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

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

(Quelle: MEDICPROOF)

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

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

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

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

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

4.5 Bearbeitungszeiten

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

- im Bereich der ambulanten Begutachtungen bei 21 Tagen wie
- im Bereich der stationären Begutachtungen bei 18 Tagen.

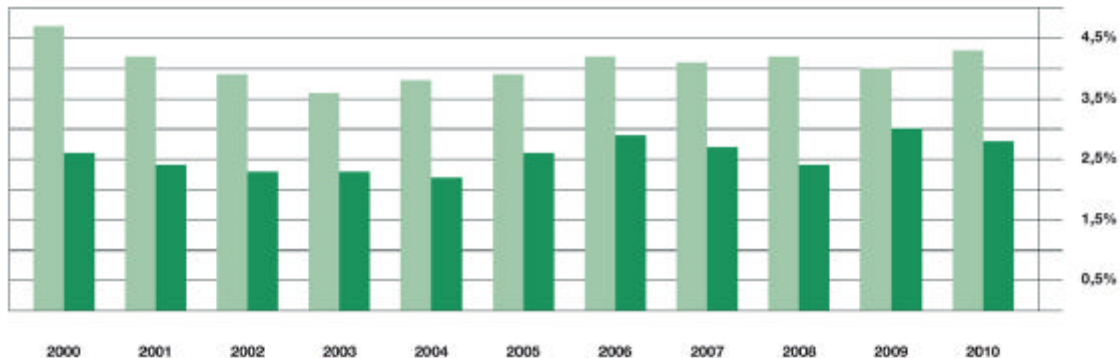
Insgesamt 77 % der Aufträge hätten innerhalb von vier Wochen erledigt werden können.

4.6 Einwendungen

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

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

Einwendungen 2000 bis 2010 im Vergleich



4.7 Qualitätsprüfungen innerhalb von MEDICPROOF - Ergebnisqualität / Qualitätskontrollen

MEDICPROOF berichtet, dass über die durch die Bearbeitungssoftware sichergestellte formale Qualitätskontrolle, wie die Vollständigkeit des Gutachtens, hinaus eine Sichtung aller zurückkommenden Gutachten durch die Mitarbeiter der Auftragsbearbeitung erfolge. In diesem Arbeitsschritt würden anhand eines internen Kriterienkatalogs bestimmte gutachterliche Aussagen identifiziert und einer zusätzlichen Plausibilitätsprüfung durch hauptamtlich tätige Ärzte unterzogen. Darüber hinaus werde täglich eine Stichprobe von mindestens einem Prozent der eingegangenen Gutachten einer standardisierten Qualitätskontrolle unterzogen. Ebenso würden alle Gutachten von neu hinzugekommenen freien Mitarbeitern sowie die Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bei Kindern, alle Gutachten mit der Feststellung eines außergewöhnlich hohen Pflegeaufwands („Härtefälle“) und Gutachten mit besonderen Empfehlungen zur Pflegehilfsmittelversorgung und für Wohnumfeldverbesserungen systematisch geprüft. Der Anteil der Gutachten, die auf diese Weise einer besonderen Qualitätsprüfung unterliegen, mache im Durchschnitt etwa 20 % der erledigten Aufträge aus.

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

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

5. Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

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

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

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

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

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

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

Die Berichte des Beirats stehen als Download auf der Internetseite des BMG unter <http://www.bmg.bund.de/pflege/wer-ist-pflegebeduerftig/pflegebeduerftigkeit.html> und die wissenschaftlichen Arbeiten unter [http://www.gkv-spitzenverband.de/ 8 Pflegebeduerftigkeitsbegriff.gkvnet](http://www.gkv-spitzenverband.de/8_Pflegebeduerftigkeitsbegriff.gkvnet) zur Verfügung.

Erster Beiratsbericht (Januar 2009)

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

Der Beirat empfiehlt einen Pflegebedürftigkeitsbegriff, der alle körperlichen, geistigen und psychischen Beeinträchtigungen (z.B. Demenz) umfasst, und die Übernahme des dazu erarbeiteten neuen Begutachtungsverfahrens. Im Unterschied zum jetzigen Begutachtungsverfahren ist dabei der Maßstab zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit nicht die erforderliche Zeit für pflegerische Verrichtungen, sondern der Grad der Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen. Das neue Instrument zielt auf eine umfassende Berücksichtigung von Pflegebedürftigkeit und vermeide die Reduzierung von Pflegebedürftigkeit auf Hilfebedarf bei bestimmten Alltagsverrichtungen. Dadurch schaffe das neue Verfahren mehr Gerechtigkeit. Als weitere Veränderungen und Vorteile gegenüber dem derzeitigen Begutachtungsverfahren werden in den Beiratsberichten unter anderem die Möglichkeit zu einer verbesserten Begutachtung von pflegebedürftigen Kindern und eine breitere Erfassung von Präventions- und Rehabilitationsbedarf genannt. Nach Auffassung des Beirats würden das neue Begutachtungsverfahren und der ihm zugrunde liegende neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zu einer veränderten Betrachtung des pflegebedürftigen Menschen und damit auch zu einer besseren Pflege führen.

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

Umsetzungsbericht (Mai 2009)

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

In seinem Umsetzungsbericht stellte der Beirat ausgewählte Szenarien vor, die die bisherigen Leistungsbeträge im neuen System anwenden, untersuchte aber auch Szenarien, in denen neue Leistungsbeträge gesetzt werden. Auf der Grundlage der Szenarien stellte der Beirat mit wissenschaftlicher Beratung unterschiedliche Kostenwirkungen einschließlich von Bestandschutzaufwendungen dar und bewertete die Szenarien sowohl unter pflegefachlichen als auch finanziellen und sozialpolitischen Gesichtspunkten. Der Beirat empfahl insbesondere Regelungen zum Bestandsschutz und zur Weiterführung der niedrighwelligen Versorgung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach Ziel und Inhalt.

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

V. Vergütung ambulanter und stationärer Pflegeleistungen

1. Ambulante Pflege

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

2. Teilstationäre Pflege

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

Tagespflege

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

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

Nachtpflege

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

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

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

3. Kurzzeitpflege

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

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

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

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

4. Vollstationäre Dauerpflege

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

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

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

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

VI. Auswirkungen der Pflegeversicherung im Bereich der Sozialhilfe

1. Inanspruchnahme von Sozialhilfe

Sofern im Einzelfall Leistungen der Pflegeversicherung erbracht werden, die nicht das gesamte Pflegerisiko abdecken, und der Pflegebedürftige oder seine unterhaltspflichtigen Angehörigen nicht über genügend Eigenmittel verfügen, um die verbleibenden Kosten für einen notwendigen und angemessenen Pflegebedarf zu tragen, können nach wie vor Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden.

Wie die amtliche Sozialhilfestatistik zeigt, ist die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege mit der Einführung der Pflegeversicherung stark zurückgegangen. Von 1994 bis 1998 fiel die Zahl dieser Sozialhilfeempfänger in Deutschland um 231.000 (minus 51 %) auf 222.000 (**siehe nachfolgende Tabelle zur Anzahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege am Jahresende**). Bis 2000 stieg die Zahl der Empfänger auf rund 261.400 an, sank bis 2004 um 15.000 und erreichte 2005 erneut den Stand des Jahres 2000. Am Jahresende 2009 betrug die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege 299.000. Dies bedeutet, dass in Deutschland insgesamt die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege innerhalb und außerhalb von Einrichtungen Ende des Jahres 2009 um 154.000 und somit rund 34 % niedriger lag als 15 Jahre zuvor Ende 1994.

Bei der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen waren die Empfängerzahlen nach Einführung der Pflegeversicherung um gut zwei Drittel zurückgegangen (1994: 189.000, 1999: 56.600). Zwischen 1999 und 2001 ist hier ein leichter Anstieg auf 60.500 zu verzeichnen, danach sinken die Empfängerzahlen bis 2004 und erreichen Ende 2006 mit 60.500 wieder den Stand von 2001. Bis Ende 2009 stieg die Zahl dieser Leistungsempfänger dann auf 76.800.

Die Anzahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen hat sich ausgehend von 1994 anfangs noch leicht erhöht. Mit der Umsetzung der zweiten Stufe der Pflegeversicherung zum 1. Juli 1996 ist bei diesen dann ein deutlicher Rückgang der Empfängerzahlen feststellbar, wenn auch nicht in gleicher Größenordnung wie im ambulanten Bereich. Vom Jahresende 1995 bis zum Jahresende 2003 sank die Zahl der Personen, die auf pflegebedingte Sozialhilfeleistungen angewiesen waren, im stationären Bereich um rund 100.000 Personen (minus 35 %) auf 187.000. Seitdem stiegen die Empfängerzahlen an (plus 37.000). Am Jahresende 2009 wurde 224.000 Personen Hilfe zur Pflege gewährt.

Bei der Gegenüberstellung der Empfänger von Hilfe zur Pflege mit der Zahl der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen ist zu berücksichtigen, dass ein Teil der Heimbewohner grundsätzlich keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat (Nichtversicherte und insbesondere Heimbewohner mit einem Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I - sogenannte „Pflegestufe 0“). Ihre Zahl wurde bisher grob mit 50.000 geschätzt.

Empfänger von Hilfe zur Pflege am Jahresende

Jahr	Insgesamt¹⁾	Außerhalb von Einrichtungen	In Einrichtungen
Anzahl der Empfänger			
Früheres Bundesgebiet			
1994	352.798	156.554	200.067
1995	295.193	73.666	221.934
1996	235.807	56.970	178.984
1997	211.463	54.950	156.636
1998	190.003	53.424	136.759
1999	216.328	47.528	168.938
2000	232.937	50.711	182.342
2001 ²⁾	-	-	-
Neue Länder und Berlin-Ost			
1994	100.815	32.700	68.315
1995	77.635	11.426	66.265
1996	49.533	9.417	40.152
1997	39.448	9.446	30.036
1998	32.228	8.778	23.479
1999	31.005	9.088	21.930
2000	28.467	8.086	20.392
2001 ²⁾	-	-	-
Deutschland			
1994	453.613	189.254	268.382
1995	372.828	85.092	288.199
1996	285.340	66.387	219.136
1997	250.911	64.396	186.672
1998	222.231	62.202	160.238
1999	247.333	56.616	190.868
2000	261.404	58.797	202.734
2001	255.883	60.514	195.531
2002	246.212	59.801	186.591
2003	242.066	55.405	186.867
2004	246.372	55.233	191.324
2005	261.316	59.771	202.361
2006	273.063	60.492	213.348
2007 ³⁾	262.359	62.394	200.914
2008	284.899	67.544	218.406
2009	299.321	76.801	223.600

¹⁾ Mehrfachzählungen wurden - soweit erkennbar - ausgeschlossen

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

³⁾ ohne Bremen

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

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

Wurden 1994 von den Trägern der Sozialhilfe im Verlauf des Jahres insgesamt noch 563.400 Personen Leistungen der Hilfe zur Pflege gewährt, so waren es 1998 nur noch 289.300 Personen. Die Zahl derer, die zusätzlich zur Hilfe zur Pflege Pflegeleistungen eines Sozialversicherungsträgers erhalten, ist im selben Zeitraum von 96.000 auf 107.000 Personen angestiegen. Bis zum Jahr 2009 stieg die Zahl der Personen, die im Laufe des Jahres Hilfe zur Pflege erhielten

auf 392.200 an. Davon erhielten 257.900 gleichzeitig Pflegeleistungen eines Sozialversicherungsträgers. Diese Zahl hat sich damit gegenüber 1998 mehr als verdoppelt.

Die Zahlen zeigen, dass noch immer ein Teil der Empfänger von Hilfe zur Pflege (rund 34 %) keinen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung hat, weil entweder kein Versicherungsschutz besteht oder das Ausmaß der Hilfsbedürftigkeit unterhalb der Schwelle der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI liegt.

Empfänger/-innen von Hilfe zur Pflege außerhalb und innerhalb von Einrichtungen während des Jahres

Jahr	gewährte Hilfen	
	insgesamt	darunter mit zusätzlichen Pflegeleistungen eines Sozialversicherungsträgers
Früheres Bundesgebiet		
1994*)	436.327	76.557
1995**)	456.394	71.881
1996	338.550	87.555
1997	276.676	83.526
1998	247.958	87.601
1999	267.128	95.526
2000	288.681	124.675
2001***)	-	-
Neue Länder und Berlin-Ost		
1994	127.125	19.508
1995	117.242	15.080
1996	87.815	29.245
1997	51.604	23.258
1998	41.341	19.413
1999	42.585	18.239
2000	35.463	17.644
2001***)	-	-
Deutschland		
1994*)	563.452	96.065
1995**)	573.636	86.961
1996	426.365	116.800
1997	328.280	106.784
1998	289.299	107.014
1999	309.713	113.765
2000	324.144	142.319
2001	331.520	131.619
2002	313.190	151.586
2003	322.851	142.884
2004	328.324	163.979
2005	339.584	203.694
2006	360.139	220.016
2007**)	351.437	217.976
2008	397.110	242.229
2009	392.192	257.934

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

***) Für die Berichtsjahre 1995 und 2007 fehlen die Daten aus Bremen

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

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

2. Ausgabenentwicklung

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

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

Auffällig ist zum anderen der starke Ausgabenanstieg bei der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen. In den ersten drei Jahren mit In-Kraft-Treten der ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung 1995 gingen die Ausgaben außerhalb von Einrichtungen stark zurück. Bereits 1998 begann ein kontinuierlicher Ausgabenanstieg. 2004 entsprachen die Ausgaben mit 540 Mio. € in diesem Bereich nahezu denen des Jahres 1995. Im Jahr 2009 wurden für die Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen insgesamt 737 Mio. € aufgewendet.

Von 1994 bis zum Jahr 2000 sind die gesamten Bruttoausgaben der Träger der Sozialhilfe für die Hilfe zur Pflege von rund 9,1 Mrd. € auf unter 2,9 Mrd. € (minus 68 %) zurückgegangen. Bis 2009 sind sie dann von Jahr zu Jahr wieder leicht um insgesamt 15 % auf 3,3 Mrd. € gestiegen. Somit wurden in dem von der Sozialhilfestatistik erfassten Ausgabenbereich der Hilfe zur Pflege im Jahr 2009 von den Trägern der Sozialhilfe rund 5,7 Mrd. € weniger ausgegeben als im Jahr 1994, dem letzten Jahr vor In-Kraft-Treten der Pflegeversicherung. Die Daten der amtlichen Sozialhilfestatistik belegen, dass die Pflegeversicherung vor allem im Einrichtungsbereich zu einer deutlichen finanziellen Entlastung der Träger der Sozialhilfe beigetragen hat.

Brutto-Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege

Jahr	Insgesamt	In Einrichtungen	Außerhalb von Einrichtungen	Davon (Sp. 3)	
				Pflegegeld	sonstige Hilfe zur Pflege
€					
Früheres Bundesgebiet					
1991	5.652.432.664	4.990.992.392	661.440.272	496.998.409	164.441.862
1992	6.458.493.170	5.806.982.165	651.511.005	467.968.497	183.542.507
1993	7.033.473.013	6.326.869.228	706.603.785	497.703.798	208.899.971
1994	7.455.418.558	6.711.725.794	743.692.764	512.132.788	231.559.977
1995	7.330.038.693	6.831.672.267	498.366.426	253.189.445	245.176.981
1996	5.958.140.297	5.583.587.362	374.552.936	133.910.679	240.642.257
1997	3.116.169.574	2.756.296.655	359.872.919	122.567.569	237.305.350
1998	2.755.720.397	2.386.708.092	369.012.305	117.319.325	251.692.980
1999	2.674.465.050	2.302.452.984	372.012.065	112.008.857	260.003.208
2000	2.662.767.374	2.278.395.059	384.372.316	106.981.390	277.390.925
2001*	-	-	-	-	-
Neue Länder und Berlin-Ost					
1991	840.048.201	817.005.211	23.042.989	19.143.968	3.899.021
1992	1.049.146.395	979.134.870	70.011.526	58.541.936	11.469.589
1993	1.393.327.135	1.303.587.079	89.740.056	74.119.674	15.620.381
1994	1.606.330.554	1.514.787.685	91.542.869	73.766.633	17.776.237
1995	1.603.837.767	1.555.990.255	47.847.512	30.519.386	17.328.126
1996	1.141.926.649	1.106.954.221	34.972.428	16.324.543	18.647.886
1997	383.332.219	350.689.087	32.643.132	12.766.712	19.876.420
1998	245.576.425	211.290.180	34.286.246	13.120.581	21.165.665
1999	226.215.939	189.787.579	36.428.359	12.418.566	24.009.793
2000	213.660.566	175.204.774	38.455.792	12.470.828	25.984.964
2001*	-	-	-	-	-
Deutschland					
1991	6.492.480.865	5.807.997.604	684.483.261	516.142.377	168.340.883
1992	7.507.639.565	6.786.117.035	721.522.530	526.510.432	195.012.096
1993	8.426.800.148	7.630.456.307	796.343.841	571.823.472	224.520.352
1994	9.061.749.113	8.226.513.479	835.235.633	585.899.420	249.336.213
1995	8.933.876.460	8.387.662.522	546.213.937	283.708.831	262.505.107
1996	7.100.066.947	6.690.541.583	409.525.364	150.235.221	259.290.142
1997	3.499.501.792	3.106.985.742	392.516.050	135.334.281	257.181.770
1998	3.001.296.823	2.597.998.272	403.298.551	130.439.906	272.858.645
1999	2.900.680.988	2.492.240.563	408.440.425	124.427.423	284.013.002
2000	2.876.427.940	2.453.599.833	422.828.107	119.452.219	303.375.889
2001	2.904.892.399	2.454.329.899	450.562.500	125.947.676	324.614.824
2002	2.942.857.189	2.457.624.501	485.232.688	161.921.353	323.311.355
2003	3.004.965.159	2.479.366.429	525.598.730	165.930.460	359.668.270
2004	3.141.896.543	2.601.833.776	540.012.767	176.292.116	363.720.651
2005	3.151.612.071	2.591.906.379	559.705.692	181.344.634	378.361.041
2006	3.119.863.771	2.505.605.689	614.258.082	181.927.047	432.331.017
2007	3.216.623.620	2.572.971.428	643.652.192	121.466.610	522.185.574
2008	3.261.691.449	2.576.869.807	684.821.642	119.539.285	565.282.354
2009	3.334.085.824	2.597.028.496	737.057.328	108.338.485	628.718.841

*Ab 2001 erfolgt nur noch eine Erfassung für Deutschland insgesamt

Hinweis: Es ist zu beachten, dass ab 1994 die Ausgaben für Asylbewerber nicht mehr in der Sozialhilfestatistik enthalten sind. Asylbewerber erhalten seit Einführung des Asylbewerberleistungsgesetzes am 01. November 1993 anstelle der Sozialhilfe Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

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

VII. Entwicklung der Pflegeinfrastruktur

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

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

1. Ambulanter Bereich

1.1 Anzahl der Pflegedienste und Beschäftigtenstruktur

In der Bundesrepublik Deutschland waren am 15. Dezember 2009 rund 12.000 ambulante Pflegedienste zugelassen, die insgesamt 555.000 Pflegebedürftige betreuten. Die Anzahl der ambulanten Dienste ist seit 2005 um 9,6 % gestiegen. Nahezu alle ambulanten Pflegedienste boten neben den Leistungen nach dem SGB XI auch häusliche Krankenpflege nach dem SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) an.

Die Zahl der Beschäftigten stieg im gleichen Zeitraum um 25,7 % auf ca. 269.000 Beschäftigte an, während die Zahl der ambulant versorgten Pflegebedürftigen um 17,6 % zunahm. 87,5 % der Beschäftigten waren weiblich. Rund die Hälfte des Personals (48,1 %) war teilzeitbeschäftigt. Mehr als jeder vierte Beschäftigte (26,8%) arbeitete Vollzeit; 60.000 waren geringfügig beschäftigt (22,5 %) und 2.100 junge Männer (0,8 %) leisteten in den ambulanten Pflegediensten ihren Zivildienst. Die restlichen Arbeitskräfte (1,7%) waren Auszubildende, Praktikantinnen / Praktikanten oder Helferinnen/Helfer im freiwilligen sozialen Jahr. Bezüglich der beruflichen Qualifikation stellen die Altenpfleger/innen und Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen mit 50,2 % die Hauptgruppe. Der prozentual stärkste Beschäftigungszuwachs erfolgte im Berichtszeitraum bei den Altenpflegehelferinnen und -helfern (plus 71 %) und bei den examinieren Altenpflegerinnen und -pflegern (plus 45 %) (**vgl. Anlage 7**).

1.2 Ambulante Pflegedienste nach Trägern

Von den insgesamt 12.000 zugelassenen ambulanten Pflegediensten befand sich die Mehrzahl in privater Trägerschaft (7.400 = 61,5 %); der Anteil der freigemeinnützigen Träger war mit 36,9 % etwas niedriger. Öffentliche Träger hatten - entsprechend dem Vorrang der anderen Träger nach dem SGB XI - einen geringen Anteil (1,6 %). Im Berichtszeitraum hat der Anteil der privaten Träger weiter zugenommen.

Im Schnitt betreute ein Pflegedienst 46 Pflegebedürftige. Die privaten Dienste waren kleiner. Hier wurden durchschnittlich 35 Pflegebedürftige von einem ambulanten Dienst betreut. Die Pflegedienste unter freigemeinnütziger Trägerschaft versorgten dagegen im Durchschnitt jeweils 64 Pflegebedürftige.

2. Vollstationärer Bereich

2.1 Anzahl der Pflegeheime und Beschäftigtenstruktur

Bundesweit gab es im Dezember 2009 rund 11.600 zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeeinrichtungen (rund 1.200 mehr als im Jahr 2005). Die Zahl der Pflegeheime mit vollstationärer Dauerpflege belief sich auf rund 10.400 Einrichtungen. Insgesamt wurden 717.000 Pflegebedürftige in Pflegeheimen betreut.

Die Pflegeheime halten insgesamt ca. 845.000 stationäre Pflegeplätze vor, wovon ca. 808.000 auf den Bereich der vollstationären Dauerpflege entfallen. Von diesen sind wiederum rund 31.000 flexibel auch für Kurzzeitpflege nutzbar. Die übrigen gut 37.000 Plätze sind allein für Kurzzeit-, Tages- oder Nachtpflege vorgesehen.

Gegenüber 2005 hat sich die Platzzahl um rund 88.000 oder 11,6 % erhöht.

In den Heimen waren insgesamt 621.000 Personen beschäftigt. Das sind 75.000 Personen (13,7 %) mehr als noch 2005. Für die Versorgung der Pflegebedürftigen ist insbesondere das Personal des Bereichs Pflege und Betreuung wichtig. Hier waren 66,5 % bzw. 413.000 Personen tätig. Die Mehrzahl der Beschäftigten (84,6 %) war weiblich. Rund ein Drittel (33,3 %) der Beschäftigten arbeitete Vollzeit. Teilzeitkräfte machten 49,7 % der Beschäftigten aus; 9,8 % waren geringfügig beschäftigt. Auszubildende, Praktikantinnen/Praktikanten, Schülerinnen/Schüler und Helferinnen/Helfer im freiwilligen sozialen Jahr stellten 6,1 % der Beschäftigten. 6.900 junge Männer (1,1 %) leisteten ihren Zivildienst in stationären Einrichtungen.

Im stationären Bereich ist die Dominanz der Altenpfleger/innen und Gesundheits- und Krankenpfleger/innen bezüglich der Qualifikationsstruktur nicht ganz so groß wie im ambulanten Bereich. Ihr Anteil liegt bei 32,9 % bzw. 13,2 %. Ursache dafür ist, dass der hauswirtschaftliche Tätigkeitsbereich naturgemäß eine deutlich größere Bedeutung hat. Der stärkste prozentuale Beschäftigungszuwachs fand bei den Altenpflegehelferinnen und -helfern statt (plus 69,0 %). Mit deutlichem Abstand folgen die examinierten Altenpfleger/innen (plus 15,6 %).

2.2 Pflegeheime nach Trägern

Von den im Dezember 2009 nach dem SGB XI zugelassenen voll- bzw. teilstationären Pflegeheimen befand sich die Mehrzahl (6.400 = 54,8 %) in freigemeinnütziger Trägerschaft. Der Anteil der Privaten lag mit 39,9 % deutlich niedriger. Öffentliche Träger haben mit 5,4 % den geringsten Anteil. Im Zeitablauf hat sich der Anteil der privaten Träger leicht erhöht. Bei etwa jedem fünften Heim war neben dem Pflegebereich auch ein Altenheim oder betreutes Wohnen organisatorisch

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

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

VIII. Investitionsförderung in den Ländern

Grundlage der Investitionsförderung nach § 9 SGB XI ist das jeweilige Landesrecht. Im Dritten und Vierten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung wurden die unterschiedlichen Regelungen zur Förderung der Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen aller 16 Länder anhand der wichtigsten Regelungsbereiche dargestellt. Soweit zwischenzeitlich Veränderungen der landesrechtlichen Vorgaben bekannt wurden, sind sie der **Anlage 8** zu entnehmen. Zur Höhe der Investitionsförderung enthält die **Anlage 8a** ausführliche Hinweise, soweit sie von den Ländern übermittelt wurden.

In engem Zusammenhang mit der Investitionsförderung steht die Möglichkeit der Einrichtungsträger, den Pflegebedürftigen nach Maßgabe des § 82 Absatz 3 und 4 SGB XI die durch öffentliche Förderung nicht oder nicht vollständig gedeckten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen gesondert zu berechnen. In diesem Fall müssen die nicht gedeckten Investitionsaufwendungen von den Pflegebedürftigen (oder notfalls von den zuständigen Sozialhilfeträgern) aufgebracht werden. In einigen Ländern werden die Belastungen der Pflegebedürftigen durch die gesonderte Berechnung von Investitionsaufwendungen durch ein sogenanntes Pflegewohngeld - als eine neben oder anstelle der Objektförderung bestehende besondere Form der Investitionsförderung - abgemildert. Hinweise auf die Höhe der Investitionsaufwendungen, die Pflegebedürftigen gesondert berechnet werden, sind der **Anlage 5** zu entnehmen; bei den Werten handelt es sich um ungewichtete Angaben.

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

Mit In-Kraft-Treten der Pflegeversicherung im Jahre 1995 wurde den Bundesländern die Aufgabe der Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur übertragen. Insbesondere in den neuen Bundesländern und im Ostteil Berlins bestand zu diesem Zeitpunkt bereits akuter Handlungsbedarf, da praktisch der gesamte Bestand der ca. 85.000 Pflegeplätze auf Grundlage der Bedarfszahlen entweder neu gebaut oder von Grund auf saniert werden musste. In beiden Fällen lagen die Kosten bei ca. 75.000 € pro Pflegeplatz. Ein Aufschub dieser notwendigen Investitionen war nicht möglich, denn der Bestand an Pflegeplätzen erfüllte in den wenigsten Fällen die Kriterien der Heimmindestbauverordnung. Diesen Nachholbedarf über die bestehende Regelfinanzierung hinaus erkannte auch der Gesetzgeber bei der Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes an.

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

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

Die jährlichen Finanzhilfen für Investitionen verteilten sich jährlich wie folgt:

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

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

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

Der Bund richtete bei der Bundeskasse gemäß Artikel 52a PflegeVG Verwahrkonten ein, auf die er die Jahrestanzen zur eigenen Bewirtschaftung durch die neuen Bundesländer übertrug. Die neuen Bundesländer waren ermächtigt, die Bundeskasse zur Auszahlung der benötigten Finanzhilfen anzuweisen, sobald die Bundesmittel zur anteiligen Begleichung fälliger Zahlungen benötigt wurden. Die Verwahrkonten wurden zum 31. Dezember 2008 geschlossen, die abgerechneten Summen je Land betragen:

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

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

Die Investitionsprogramme der neuen Bundesländer enthalten insgesamt 1.025 Einzelprojekte, die alle fertig gestellt und in Betrieb genommen wurden. Für 993 Projekte liegen bereits geprüfte Verwendungsnachweise vor, die restlichen 32 Projekte befinden sich derzeit allesamt im Widerspruchs- oder Klageverfahren.

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

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

Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit wurde unter dem Titel „Aufbau einer modernen Pflegeinfrastruktur in den neuen Bundesländern - Investitionsprogramm nach Artikel 52 Pflege-Versicherungsgesetz“ eine Broschüre mit den einzelnen Investitionsprogrammen, den Abschlussberichten der Bundesländer sowie ausgewählten Beispielprojekten herausgegeben (Bestellnummer: BMG-G-07014, <http://www.bmg.bund.de>).

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

X. Entwicklung des Arbeitsmarkts für Pflegekräfte

1. Auswirkungen der Pflegeversicherung auf den Arbeitsmarkt

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

Bis 1999 konnten allerdings die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf dem Arbeitsmarkt nicht isoliert betrachtet werden. Zweckmäßigste Datengrundlage für diesen Zeitraum war der Mikrozensus. Der erfasste Personenkreis umfasste die abhängig Beschäftigten im Sozialwesen im pflegerischen und hauswirtschaftlichen Beruf. In diesem Bereich außerhalb des Krankenhauswesens dürfte sich der Einfluss der Pflegeversicherung am ehesten niedergeschlagen haben. Die so abgegrenzte Beschäftigtenzahl erhöhte sich in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung bis 1999 um etwa 170.000 Personen.

Mit der Einführung der Einrichtungsstatistik nach § 109 SGB XI können seit 1999 die exakten Veränderungen der Beschäftigtenzahl in zugelassenen Pflegeeinrichtungen erfasst werden. Die Statistiken zeigen, dass sich die Zahl der Beschäftigten auch nach der Einführungsphase der Pflegeversicherung weiterhin kontinuierlich erhöht hat. In den letzten zehn Jahren (letzter Erhebungsstichtag Ende 2009) ist die Zahl um rund 265.000 gestiegen. Dabei war der Anstieg im stationären Bereich mit rund 180.000 absolut höher als im ambulanten Bereich mit rund 85.000. Prozentual gesehen liegt er dagegen im ambulanten Bereich (plus 46 %) etwas höher als im stationären Bereich (plus 41 %). Der Beschäftigungszuwachs der alle zwei Jahre erhobenen Statistik lag zwischen 1999 und 2007 jeweils bei 6 % bis 7 %. Zwischen 2007 und 2009 hat sich der Anstieg sogar nochmals auf 10 % beschleunigt.

Übersicht über die Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen					
	ambulant	stationär	gesamt	Veränderung gegenüber dem Vorzeitraum	
				absolut	in %
1999	183.782	440.940	624.722	-----	-----
2001	189.587	475.368	664.935	40.213	6,4
2003	200.897	510.857	711.754	46.819	7,0
2005	214.307	546.397	760.704	48.950	6,9
2007	236.162	573.545	809.707	49.003	6,4
2009	268.891	621.392	890.283	80.576	10,0

(Quelle: Statistisches Bundesamt)

Damit sind im Bereich der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung etwa 435.000 zusätzliche Arbeitsplätze entstanden. In wieweit durch die Pflegeversicherung auch in anderen Bereichen (z.B. bei Herstellern von Hilfsmitteln u.ä.) Arbeitsplätze geschaffen worden sind, ist statistisch nicht erfassbar. Es ist aber davon auszugehen, dass Sekundäreffekte bestehen.

2. Ausbildungssituation

2.1 Entwicklung der Altenpflegeausbildung

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes lag die Gesamtzahl der Schülerinnen und Schüler in der Altenpflegeausbildung in den Schuljahren 2006/2007, 2007/2008, 2008/2009 konstant bei rund 42.000 (Die Zahlen aus Hessen, Bremen, Hamburg werden in der Bundesstatistik nicht erfasst). Im Schuljahr 2009/2010 stieg die Zahl der Auszubildenden auf den Spitzenwert von 46.174.

Die mit dem Altenpflegegesetz verbundenen Ziele, die Altenpflegeausbildung auf der Grundlage bundesweit einheitlicher Standards qualifiziert und attraktiv auszugestalten, sind erreicht worden. Es ist insbesondere gelungen, die Altenpflegeausbildung bundesweit als Erstausbildung zu etablieren. Der Anteil der Umschulungen betrug in 2010 noch rund 22 %. An den Altenpflegesschulen wurde der handlungsorientierte Unterricht umgesetzt; das Lernfeldkonzept hat sich im Schulalltag bewährt. Positive Entwicklungen zeichnen sich weiterhin bezüglich der Umsetzung der Theorie-Praxis-Verzahnung durch intensiviertere Zusammenarbeit zwischen den Altenpflegesschulen und den Ausbildungsbetrieben ab. Ferner haben viele Pflegeeinrichtungen in den letzten Jahren ihr Engagement im Bereich der Altenpflegeausbildung weiter verstärkt. Dies gilt insbesondere für vollstationäre Einrichtungen. Es zeichnet sich aber ein zunehmendes Interesse ambulanter Dienste an der Schaffung von Ausbildungsplätzen ab. Nach wie vor besteht ein hoher Informations- und Beratungsbedarf der Pflegeeinrichtungen in Bezug auf die rechtlichen und fachlichen Anforderungen an die Ausbildung. Oftmals wird deutlich, dass die Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter die ihnen zukommende Schlüsselfunktion in der Ausbildung nicht adäquat wahrnehmen können.

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

Hierzu gehören gesetzliche Neuregelungen wie

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

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

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

2.2 Finanzierung der Ausbildungsvergütung in der Altenpflege

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

Gemäß § 25 AltPflG können die Länder ein Umlageverfahren zur Finanzierung der Kosten der Ausbildungsvergütung einführen, wenn dies erforderlich ist, um einen Mangel an Ausbildungsplätzen zu verhindern oder zu beseitigen. Von dieser Möglichkeit haben die Länder Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz Gebrauch gemacht. In Nordrhein-Westfalen und im Saarland wird derzeit die Einführung eines Umlageverfahrens vorbereitet.

2.3 Zukünftige Entwicklung der Personal- und Ausbildungssituation in der Altenpflege

Die Altenpflege gehört zu den personalintensivsten Dienstleistungsbranchen in Deutschland. Seit dem Jahr 2007 ist die Anzahl der Beschäftigten in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen von rund 810.000 auf rund 890.000 im Jahr 2009 gestiegen. Dies stellt einen Anstieg von ca. 10 % innerhalb von zwei Jahren dar. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird der Personalbedarf an Fachkräften weiter steigen. Zugleich stehen dem Arbeitsmarkt aber immer weniger junge Erwerbstätige zur Verfügung. Um Rekrutierungsprobleme zu überwinden und die Personalsituation in dem zukunftsträchtigen Berufs- und Beschäftigungsfeld der Altenpflege zu verbessern, bedarf es - aufbauend auf vielfältigen Maßnahmen und Initiativen - gemeinsamer Anstrengungen aller Verantwortungsträger. Die Bundesregierung hat daher eine Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege gestartet, die gemeinsam von Bund, Ländern und Verbänden getragen werden soll. Ziel der Offensive ist es, möglichst konkrete Maßnahmen zur Stärkung der Ausbildung und Weiterbildung sowie zur Steigerung der Attraktivität des Berufs- und Beschäftigungsfeldes der Altenpflege zu vereinbaren.

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

2.4 Förderung von Umschulungsmaßnahmen in der Altenpflege

Die BA hat durch die Förderung der Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen in der Altenpflege einen wichtigen Beitrag zur Deckung des Fachkräftebedarfs geleistet. In 2007 und 2008 lag die Zahl der Neueintritte in Umschulungen (Altenpflegerinnen und Altenpfleger und Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer) jeweils bei ca. 3.280. Im Jahr 2009 stieg diese Zahl deutlich auf rund 6.750, im Jahr 2010 auf ca. 9.000 Neueintritte an.

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

- Umschulungsmaßnahmen wurden in den ersten beiden Jahren von der BA gefördert (§ 85 Absatz 2 Satz 3 SGB III). Im dritten Jahr der Maßnahme hatte der Träger der praktischen Ausbildung neben der Zahlung einer angemessenen Ausbildungsvergütung (§ 17 AltPflG) die sonstigen Leistungen nach § 79 Absatz 1 Nummer 2 bis 4 SGB II (Fahrkosten, Kosten für

auswärtige Unterbringung und Verpflegung sowie Kinderbetreuungskosten) zu erstatten (§ 17 Absatz 1a AltPflG).

- Diese sonstigen Leistungen waren - ebenso wie die Ausbildungsvergütung - in der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen berücksichtigungsfähig (§§ 17 Absatz 1a, 24 AltPflG, § 82a SGB XI).

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

XI. Qualitätssicherung in der Pflege

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

Die Qualität der pflegerischen Versorgung ist für pflegebedürftige Menschen ein wesentlicher Faktor. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurden Maßnahmen ergriffen, um die Qualitätsentwicklung in der Pflege voranzutreiben. Diese Maßnahmen stützen sich auf die:

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

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

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde die Pflegeselbstverwaltung gesetzlich beauftragt,

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

Der GKV-Spitzenverband, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände sowie die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene haben entsprechende Maßstäbe und Grundsätze

nach § 113 SGB XI vereinbart. Diese Vereinbarungen lösen die gemeinsamen Grundsätze nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 10. März 1995 und die gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe in der vollstationären Pflege vom 7. März 1995 ab.

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

- die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement festgelegt,
- die Anforderungen an die Fort- und Weiterbildung aller in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiter definiert,
- die Regelungen zur Pflegedokumentation präzisiert,
- die Anforderungen an die soziale Betreuung in einem eigenen Kapitel detailliert geregelt
- der Bereich Unterkunft und Verpflegung detailliert geregelt und
- die Kriterien der Ergebnisqualität differenzierter erläutert.

In der ambulanten Pflege wurden

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

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

1.2 Förderung von Expertenstandards

Expertenstandards als Ergebnis eines fachlich organisierten und konsensorientierten Diskussionsprozesses stellen ein ausgesprochen wichtiges Instrument der internen Qualitätsentwicklung in der Pflege dar. Der allgemein anerkannte Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse wird in einem Expertenstandard themenspezifisch zusammengefasst und anwendungsorientiert dargestellt. Zwar kann die Umsetzung von Expertenstandards bei ihrer Neueinführung zunächst eine fachliche Herausforderung für die Pflegenden, die Pflegeeinrichtungen und deren Träger darstellen. Das Instrument des Expertenstandards vermittelt aber auch Unterstützung, Sicherheit

und praktische Expertise im Pflegealltag.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat zwischen 2000 und 2008 sieben Expertenstandards zu den Themen „Dekubitusprophylaxe“, „Entlassungsmanagement“, „Schmerzmanagement bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen“, „Sturzprophylaxe“, „Kontinenzförderung“, „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ und „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ finanziell gefördert. Diese Expertenstandards wurden durch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) als bundesweiter Zusammenschluss von Fachexperten in der Pflege erarbeitet. Die Erarbeitung dieser Expertenstandards erfolgte im Rahmen einer Projektförderung.

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

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

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

1.4 Schiedsstelle Qualitätssicherung (§ 113b SGB XI)

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

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

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

2. Qualitätsprüfungen in der Pflege

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

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

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

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

2.2 Pflege-Transparenzvereinbarungen

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

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

Pflege-Transparenzberichten veröffentlicht werden.

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

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

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

2.3 Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

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

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

Bis Ende des Jahres 2010 wurden von der DCS über 16.000 Transparenzberichte entgegen genommen und fast 14.000 Berichte veröffentlicht. Die DCS gibt monatlich eine aktualisierte Übersicht über die veröffentlichten Berichte und die Notenspektren aus dem vollstationären und ambulanten Bereich heraus.

Mit Stand vom 5. September 2011 wurden knapp 30.000 Berichte erstellt und über 26.000 Berichte veröffentlicht.

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

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

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

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

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

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

XII. Rehabilitation vor Pflege

1. Rechtslage bei Rehabilitationsleistungen

Nach den §§ 5 und 31 SGB XI gilt der Grundsatz „Prävention und Rehabilitation vor und in der Pflege“. Zu dessen Umsetzung ist im geltenden Recht die Pflicht der Pflegekassen festgeschrieben, die rechtzeitige Einleitung geeigneter und zumutbarer rehabilitativer Maßnahmen durch den zuständigen Träger zu veranlassen. Um den Grundsatz „Prävention und Rehabilitation vor und in

der Pflege“ stärker mit Leben zu füllen, wurde mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz der Bereich Rehabilitation und Prävention in der Begutachtung konkretisiert.

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

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

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

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

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

Die nachfolgenden vom GKV-Spitzenverband übermittelten Tabellen weisen die Anzahl gutachterlicher Empfehlungen der Medizinischen Dienste zur medizinischen Rehabilitation bei Erstbegutachtungen im häuslichen und stationären Bereich im Jahr 2010 differenziert nach Leistungsart und Leistungsort aus:

Begutachtungsempfehlungen aus dem häuslichen Bereich

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

Begutachtungsempfehlungen aus dem stationären Bereich

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

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

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

XIII. Pflegeversicherung im Ausland

1. Bezug von Pflegegeld im Ausland

Mit der solidarisch finanzierten sozialen Pflegeversicherung wird vorrangig das Ziel verfolgt, alle in Deutschland lebenden und dort krankenversicherten Personen (Deutsche und Ausländer) ent-

sprechend gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit abzusichern. Bei längerem Aufenthalt des Pflegebedürftigen im Ausland kann die Leistung der Pflegeversicherung nicht ins Ausland exportiert werden (Territorialitätsprinzip). Dies gilt unabhängig davon, ob die Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung bei Verzug ins Ausland endet oder fortgesetzt wird. In der sozialen Pflegeversicherung ruhen die Leistungen nach § 34 Absatz 1 Nummer 1 SGB XI, solange sich Leistungsempfänger im Ausland aufhalten.

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

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

Wie viele Versicherte der sozialen Pflegeversicherung, die in EU- und EWR-Staaten leben, gegenwärtig Pflegegeld erhalten, wird statistisch nicht erfasst. Aufgrund der Zahlen über die durchgeführten Begutachtungen im Ausland (2010 waren es 1.875 Begutachtungen) und der Annahme, dass eine durchschnittliche Pflegedauer von drei bis vier Jahren angenommen werden kann und nicht jede Begutachtung zur Anerkennung einer erheblichen Pflegebedürftigkeit führt, dürfte sich deren Anzahl auf schätzungsweise 5.000 Leistungsempfänger belaufen.

2. Urteile des Europäischen Gerichtshofs (EuGH)

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

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

Die Ehefrau des Klägers des Ausgangsverfahrens, die in Deutschland in der sozialen Pflegeversicherung versichert war, wurde in einem Pflegeheim in Österreich gepflegt. Die Pflegekasse hatte die Bewilligung von Pflegesachleistungen für die stationäre Pflege bei dauerndem Aufenthalt im Ausland abgelehnt. Der EuGH hat diese Entscheidung der Pflegekasse mit dem genannten Urteil vom 16. Juli 2009 bestätigt. Er hat aufgrund eines Vorabentscheidungsersuchens des

Bayerischen Landessozialgerichts entschieden, dass sich ein Anspruch auf Pflegesachleistungs-export weder aus der Verordnung der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft (Verordnung (EWG) 1408/71 noch in Fällen eines dauerhaften Aufenthalts in einem anderen Mitgliedsstaat aus dem Primärrecht (Artikel 18 des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft-EG-Allgemeiner Freizügigkeitsgrundsatz; Artikel 39 EG: Arbeitnehmerfreizügigkeit; Artikel 49 EG: Dienstleistungsfreiheit) ergibt. Der EuGH hat damit den Anspruch auf Übernahme der Kosten für einen Aufenthalt in einem Pflegeheim in anderen Mitgliedsstaaten der EU verneint. Das EuGH-Urteil enthält keine Hinweise darauf, wie dies bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt bei Geltendmachung eines Anspruchs auf Erstattung von Kosten für stationäre oder ambulante Pflegesachleistungen zu beurteilen ist (**siehe dazu auch unter Punkt D. XIII. 3.**).

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

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

Herr Da Silva Martins war zunächst in seinem Heimatland Portugal und dann lange Jahre in Deutschland ansässig und sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Seit 1974 war er bei der Bank-Betriebskrankenkasse (BKK) krankenversichert und ab Einführung der sozialen Pflegeversicherung 1995 bei der dortigen Pflegekasse auch pflegeversichert. Seit 1996 bezieht er eine deutsche Altersrente und seit 2000 zusätzlich eine portugiesische Altersrente. Er bezog seit 2001 Pflegesachleistungen der Pflegestufe I nach § 36 SGB XI. Aufgrund eines zunächst als vorübergehend bezeichneten Aufenthalts in Portugal erhielt er das Pflegegeld der Pflegestufe I. Nachdem die Pflegekasse erfahren hat, dass Herr Da Silva Martins sich dauerhaft in Portugal aufhält, hat sie die Zahlung des Pflegegeldes eingestellt und bereits gezahltes Pflegegeld zurück gefordert.

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

versicherung bestehe, da die versicherten Risiken nicht identisch seien (in Portugal das Risiko der Krankheit und in Deutschland das Risiko der Pflegebedürftigkeit).

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

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

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

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

3. Zahlen zur Pflegebegutachtung im Ausland

3.1 Begutachtungsverfahren

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

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

Die Anzahl der jährlichen Begutachtungen von Pflegebedürftigkeit im gesamten Raum der EWR hat sich nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes in der Zeit zwischen 2007 und 2010 weitgehend stabil gehalten, mit einer leicht (ca. 5%) fallenden Tendenz zu 2010 hin. Bei ca. 1,5 Mio. Begutachtungen von Pflegebedürftigkeit pro Jahr im Inland hätten die knapp 2.000 Begutachtungen über alle EWR-Staaten einen Anteil von 0,1 % eingenommen.

Durchgeführte Begutachtungen im EWR Ausland 2007-2010

EWR-Pflegebegutachtungen 2007 bis 2010					
EWR-Länder	2007	2008	2009	2010	2007 - 2010
Belgien	59	56	56	50	221
Bulgarien	0	3	2	4	9
Dänemark	1	6	2	13	22
Estland	0	0	0	0	0
Finnland	3	2	0	0	5
Frankreich	113	118	106	87	424
Griechenland	299	331	229	237	1.096
Großbritannien	15	9	8	12	44
Irland	1	3	3	4	11
Island	0	0	0	0	0
Italien	111	132	117	116	476
Lettland	1	7	1	1	10
Liechtenstein	2	0	0	0	2
Litauen	1	3	3	3	10
Luxemburg	2	1	3	5	11
Malta	1	1	0	0	2
Niederlande	22	34	31	26	113
Norwegen	0	3	2	4	9
Österreich	478	614	501	522	2.115
Polen	44	81	46	48	219
Portugal	87	84	62	51	284
Rumänien	1	6	5	6	18
Schweden	20	18	9	9	56
Schweiz	27	29	30	30	116
Slowakei	1	9	7	9	26
Slowenien	17	38	21	21	97
Spanien	620	744	505	569	2.438
Tschechien	11	30	22	12	75
Ungarn	30	50	42	36	158
Zypern	1	1	2	0	4
Gesamt	1.968	2.413	1.815	1.875	8.071

4. Private Pflegeversicherung

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

XIV. Demografische Entwicklung und langfristige Finanzentwicklung

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

- kontinuierliche Zunahme der Lebenserwartung sowie
- dauerhaft niedrige Geburtenrate.

Die zwölfte koordinierte Bevölkerungsvorausschätzung des Statistischen Bundesamtes geht von einem deutlichen Anstieg der Lebenserwartung der Menschen in der Zukunft aus. Die Lebenserwartung von Neugeborenen im Jahr 2060 wird bei Männern auf 85,0 Jahre und bei Frauen auf 89,2 Jahre geschätzt. Dies ist ein Zuwachs von 7,8 oder 6,8 Jahren gegenüber heute. Die für die Pflegeversicherung noch wichtigere verbleibende Lebenserwartung von 65-jährigen Männern und Frauen wird sich bis 2060 um etwa fünf Jahre auf 22,3 und 25,5 Jahre verlängern.

Entsprechend der längeren Lebenserwartung steigt die Zahl der älteren Menschen absolut und in Verbindung mit einer abnehmenden Zahl von Geburten auch ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung. Bei einem unterstellten langfristigen Wanderungssaldo** von durchschnittlich 200.000 Personen jährlich steigt die Zahl der über 65-Jährigen bis zum Jahr 2060 von 16,8 Millionen Ende 2008 auf 22,9 Mio. Menschen; ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung steigt von 20 % auf 32 %.

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

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

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

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

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

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

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

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

E. Ausgewählte Forschungsaktivitäten und Modellvorhaben

Der Bundesregierung ist, insbesondere vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung älterer Menschen ein besonderes Anliegen. Bei der Suche nach Lösungen sind wissenschaftliche Erkenntnisse als Beratungsgrundlage sehr hilfreich. Daher hat die Bundesregierung sowohl im Rahmenprogramm Gesundheitsforschung als auch in der jeweiligen Ressortforschung des BMG und des BMFSFJ entsprechende Förderschwerpunkte aufgelegt. Während aber der Fokus im Rahmenprogramm Gesundheitsforschung auf der allgemeinen Forschungsförderung liegt, geht es in der Ressortforschung darum, Erkenntnisse für die Vorbereitung, Begleitung und Umsetzung politischer Entscheidungen in der Pflege zu erhalten. Besonders das für die Setzung der rechtlichen Rahmenbedingungen für die soziale Pflegeversicherung verantwortliche BMG will im Rahmen seiner Ressortforschung wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse über die Wirkung von Rahmenbedingungen und ihre Optimierungsmöglichkeiten erhalten.

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

I. Leuchtturmprojekt Demenz

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

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

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

Die einzelnen Leuchtturmprojekte waren flächendeckend in der gesamten Bundesrepublik verteilt.

Die Leuchtturmprojekte umfassten verschiedenste Teilprojekte, die mit den unterschiedlichsten Forschungsmethoden bearbeitet wurden. Eine Reihe Projekte haben regionale Versorgungsnetzwerke für Demenzkranke und ihre Angehörigen auf- oder ausgebaut und deren Nutzen für die Betroffenen erforscht. Andere Projekte haben beispielsweise nicht-medikamentöse Ansätze

zur Therapie und Versorgung von Menschen mit Demenz erprobt und deren Wirksamkeit in großen Studien untersucht. Weitere Projekte befassten sich mit dem herausfordernden Verhalten von Demenzkranken, also mit Verhaltensweisen, die durch die Erkrankung hervorgerufen werden und oftmals sowohl für die professionellen Pflegekräfte, als auch für die Angehörigen eine Belastung darstellen. Die Leuchtturmprojekte untersuchten hierbei neue Möglichkeiten, wie Pflegekräfte und Angehörige herausforderndem Verhalten am besten begegnen.

Bei aller individuellen Vielfalt hat sich im Projektverlauf ein reger und fruchtbarer Erfahrungsaustausch zwischen den Leuchtturmprojekten entwickelt, der sowohl Gemeinsamkeiten und Synergien, aber auch vergleichbare Probleme in der Forschungsarbeit zutage brachte. Auf Basis dieses Austauschs haben sich vier thematische Schwerpunkte ergeben, anhand derer eine Broschüre erarbeitet und veröffentlicht wurde. Inhaltlich gegliedert ist diese in folgende Themenkomplexe:

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

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

II. Ausblick auf die Zukunftswerkstatt Demenz des Bundesministeriums für Gesundheit

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

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

1. Regionale Demenznetzwerke

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

2. Unterstützung der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz

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

III. Modellprogramm zur „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“

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

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

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

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

1. Förderschwerpunkt „Werkstatt Pflegestützpunkte“

Das Bundesministerium für Gesundheit förderte von November 2007 bis Juni 2010 die Einführung und Erprobung von 16 Pilot-Pflegestützpunkten in 15 Bundesländern. Mit der Durchführung des Vorhabens wurde das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) beauftragt. Ziel des Modellvorhabens war es, die 16 Pilot-Pflegestützpunkte auf ihrem Weg zum regulären Betrieb gemäß § 92c SGB XI zu begleiten und dabei Instrumente zu entwickeln, die für den flächendeckenden Aufbau und Betrieb genutzt werden können.

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

2. Förderschwerpunkt „Translation von Modellergebnissen“

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

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

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

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

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

Wissenschaft sowie der Leistungsträger und -erbringer teil (Tagungsdokumentation ISBN 978-3-935084-28-4).

c) Verbraucherfreundliche Darstellung von Expertenstandards in der Pflege

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

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

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

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

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

Mit diesen Ergebnissen leistet das Projektergebnis einen wichtigen Beitrag für die vergleichende Beurteilung und Darstellung von Ergebnisqualität und zur Erfassung von Aspekten der Lebensqualität.

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

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

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

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

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

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

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

5. Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“

Mit der 2009 in Auftrag gegebenen Studie wurden die Auswirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes in der Praxis untersucht, um Erkenntnisse über die Wirksamkeit der einzelnen

Maßnahmen sowie die Einschätzungen der Betroffenen zu erhalten. Dazu wurden sowohl Haushalte mit Pflegebedürftigen als auch ambulante und stationäre Einrichtungen befragt.

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

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

Pflegebedürftige in Privathaushalten

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

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

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

Ambulante Pflegedienste

Nach Angaben der ambulanten Pflegedienste haben etwa 7 % der betreuten Pflegebedürftigen einen Migrationshintergrund. Hierbei gibt jeder zweite Dienst an, gar keine Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund zu betreuen. 33 % der Dienste, die Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund betreuen, können eine überwiegend muttersprachliche Pflege sicherstellen. 62 % der ambulanten Dienste, die Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund betreuen, haben hingegen angegeben, dass diese Gruppe überwiegend durch Pflegekräfte betreut wird, die nicht deren Muttersprache sprechen. Da der weitaus größte Teil der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund jedoch bereits seit vielen Jahren und häufig als Spätaussiedler in Deutschland lebt, kann davon ausgegangen werden, dass der größere Teil von ihnen sich hinreichend gut in

Deutsch verständigen kann.

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

Pflegebedürftige in vollstationären Pflegeeinrichtungen

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

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

IV. Trägerübergreifendes Persönliches Budget

Im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes hat der Deutsche Bundestag in der 16. Legislaturperiode einen Entschließungsantrag für Modellprojekte zum trägerübergreifenden Persönlichen Budget (BT-Drs. 16/8525 Nr. 5, BR-Drs. 210/08) verabschiedet. In dem Entschließungsantrag fordert der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auf, dafür Sorge zu tragen, dass im Rahmen von Modellprojekten die Inanspruchnahme von Leistungen in Form eines trägerübergreifenden Persönlichen Budgets auch in der Pflegeversicherung unter Aufhebung der bisherigen Gutscheinelösung gemäß § 35a SGB XI, bei Gewährung der ambulanten Sachleis-

tungsbeträge als Budgetleistung und auch bei nicht zugelassenen Einzelpflegekräften vertieft erprobt wird, wobei insbesondere zu prüfen ist,

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

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

V. Pflege im Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung

Ende 2010 hat die Bundesregierung das neue Rahmenprogramm Gesundheitsforschung gestartet, welches die Grundlage für die Forschungsförderung in den kommenden Jahren darstellt. Der Schwerpunkt liegt auf denjenigen Krankheiten, die besonders viele Menschen betreffen, den sogenannten Volkskrankheiten. Ferner stellt das Regierungsprogramm folgende Aktionsfelder in den Mittelpunkt: Individualisierte Medizin, Präventions- und Ernährungsforschung, Versorgungsforschung, Gesundheitswirtschaft und Internationale Kooperation. Insbesondere in der Säule der Versorgungsforschung werden Projekte aus dem Bereich der Pflegeforschung gefördert.

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

Der DZNE-Standort Witten hat einen thematischen Schwerpunkt im Bereich der Versorgungsforschung bei Patienten mit Demenz. Ziel ist es, evidenzbasierte Versorgungsstrategien für de-

menzkranken Menschen zu entwickeln. Um das zu erreichen, arbeiten die drei Forschergruppen Versorgungsstrukturen, Versorgungsinterventionen sowie Wissenszirkulation und Implementierungsforschung interdisziplinär zusammen.

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

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

1. Forschungsschwerpunkt „Anwendungsorientierte Pflegeforschung“

Im Rahmen des Programms der Bundesregierung „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“ hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) die Pflegeforschung von 2004 bis 2006 mit 3,8 Mio. € gefördert. Zwischen 2007 und 2010 wurden für diesen Förderschwerpunkt erneut 6,7 Mio. € zur Verfügung gestellt. Damit werden drei Pflegeforschungsverbände unterstützt, die in rund elf unterschiedlichen Projekten Wissensgrundlagen zur Fundierung und Verbesserung des Pflegegeschehens schaffen und neue Pflegekonzepte empirisch im Versorgungsalltag überprüfen.

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

2. Forschungsschwerpunkt „Gesundheit im Alter“

Voraussetzungen für die Verbesserung der medizinischen Versorgung, Pflege und der Lebenssituation älterer Menschen werden im Förderschwerpunkt „Gesundheit im Alter“ wissenschaftlich erforscht. Seit 2007 werden hier im Rahmen des Regierungsprogramms zur Gesundheitsforschung rund 32 Mio. € zur Verfügung gestellt. Damit werden sechs bundesweite Forschungsverbände mit einer Vielzahl an Partnern für insgesamt sechs Jahre unterstützt. Im Mittelpunkt der rund 30 Einzelprojekte stehen dabei geriatrische und pharmakologische Aspekte bei Mehrfach-

erkrankungen von älteren Menschen sowie die Erprobung von präventiven und pflegerischen Maßnahmen zur Stärkung von Gesundheit und Autonomie im Alter.

3. Forschungsschwerpunkt „Versorgungsnahe Forschung - Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“

Kranken- und Altenpflege sind wesentliche Bestandteile des deutschen Versorgungssystems. Für dessen Weiterentwicklung leistet die Versorgungsforschung einen wichtigen Beitrag. Versorgungsbezogene Forschungsansätze fördert das BMBF seit 2006 auch gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung Bund, den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen auf Bundesebene und dem Verband der privaten Krankenversicherung. Das Leitthema ist „Chronische Krankheiten und Patientenorientierung“. Durch die Einbindung und aktive Beteiligung chronisch kranker Patienten soll deren Versorgung langfristig verbessert werden. Gerade im Rahmen der bedarfsgerechten Patienteninformation und -schulung leisten Pflegende und Angehörige dazu einen wesentlichen Beitrag. Im Jahr 2009 wurde eine zweite Förderrunde ausgeschrieben, so dass knapp 21 Mio. € für insgesamt sechs Jahre für nunmehr 75 Projekte zur Verfügung stehen.

4. Forschung zu Pflege und Versorgung in den Kompetenznetzen

In den 17 Kompetenznetzen in der Medizin, die durch das BMBF seit 1999 gefördert werden, werden Krankheiten fächerübergreifend erforscht und effiziente Lösungen für dringende Fragen der Patientenversorgung entwickelt. Der Transfer von Forschungsergebnissen in die Versorgung stellt ein wesentliches Ziel in allen Kompetenznetzen in der Medizin dar. Rund 28,2 Mio. €, also etwa 13 % der Gesamtfördersumme für die Kompetenznetze, werden für Projekte aus der Versorgungsforschung zur Verfügung gestellt. Dabei werden Fragen zur Verbesserung von Qualität und Effizienz in der Pflege vornehmlich in den Kompetenznetzen untersucht, die Krankheiten betreffen, die besonders häufig zu einer Pflegebedürftigkeit der Patienten führen. Dazu gehören beispielsweise die Kompetenznetze Demenzen, Schlaganfall, Parkinson und Rheuma.

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

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

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

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

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

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

Abgeschlossen wurden:

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

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

- Internetportal Wegweiser Demenz (www.wegweiser-demenz.de) bietet für verschiedene Nutzergruppen leicht verständliche Informationen zur Krankheit, zu Hilfe- und Betreuungsangeboten sowie zu Ansprechpartnern und fördert über Foren und einen Weblog den interaktiven Austausch. Kernstück ist die Adressdatenbank „Hilfe in meiner Nähe“

- Kooperation zwischen regionalen Alzheimer Gesellschaften und Mehrgenerationenhäusern (MGH) mit dem Ziel der Erweiterung der Angebot der MGH als generationenübergreifende Begegnungsstätte für Demenzkranke und ihre Angehörigen.
- Überprüfung und Weiterentwicklung von Maßnahmen zur Entlastung und Unterstützung pflegender Angehöriger unter Einbeziehung der Erfahrungen anderer Länder. Die Schwerpunkte liegen auf Prävention und Früherkennung von Konfliktpotenzialen (PURFAM: Potenziale und Risiken in der familialen Pflege demenzkranker Menschen).
- Initiierung einer Allianz für Menschen mit Demenz, die zur Verbesserung der Lebenssituation Erkrankter und ihrer pflegenden Angehörigen gemeinsam Verantwortung übernehmen, Verantwortliche zusammenführen, die Krankheit weiter erforschen und den Umgang mit ihr enttabuisieren will.

Zudem werden weitere Modellprojekte mit Schwerpunkt Demenz gefördert wie:

- Entwicklung eines Leitfadens zur Erfassung von palliativen Bedürfnissen von Menschen mit Demenz, ihrer Angehörigen und des Pflegepersonals (erster Schritt: Erfassung von Bedürfnissen schwerstkranker und sterbender Menschen in Heimen bereits abgeschlossen).
- Einrichtung und Evaluierung von „Kompetenzzentren für gehörlose Menschen im Alter - insbesondere für Menschen mit Demenz.
- Unterstützung modellhafter, stadtteilorientierter, in Alltagsgestaltung und Überschaubarkeit besonders an der Situation Demenzkranker orientierter Wohnangebote durch Baukostenzuschüsse für Pflege-Wohngemeinschaften und für den Umbau stationärer Einrichtungen.

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

Übersicht über den Anhang

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

Anhang 2: Übersicht über die inhaltlichen Schwerpunkte der Investitionsprogramme der Länder nach Artikel 52 PflegeVG

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

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

Baden-Württemberg

„In Baden-Württemberg sind 48 Pflegestützpunkte, in 42 von 44 Stadt- und Landkreisen, errichtet. Die jeweiligen Pflegestützpunkte werden durch einen kommunalen Träger als geschäftsführender Träger und allen Pflege- und Krankenkassen als weitere Träger gemeinsam getragen. Die personelle Ausstattung der baden-württembergischen Pflegestützpunkte ist von den Trägern des Pflegestützpunktes so zu bemessen, dass eine durchgängige personelle Präsenz mindestens einer Fachkraft, feste Öffnungszeiten von Montag bis Freitag und in begründeten Fällen aufsuchende Beratung und andere hilfebezogene Aufgaben im Vor- und Umfeld der Pflege geleistet werden können. Die hohen Anforderungen an die in den baden-württembergischen Pflegestützpunkten tätigen Personen erfordern qualifiziertes Personal. Dies setzt eine fachspezifische Qualifikation voraus, beispielsweise durch ein abgeschlossenes Studium (z.B. Sozialpädagogik, Sozialarbeit) oder eine abgeschlossene Berufsausbildung als Pflegefachkraft oder als Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialversicherungsfachangestellter mit der jeweiligen Zusatzqualifikation. Fehlende Qualitätsanforderungen sind entsprechend den Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Absatz Satz 3 SGB XI zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29. August 2008 von den Pflegestützpunktmitarbeiterinnen und Pflegestützpunktmitarbeitern zu erfüllen. Ferner haben die Träger der Pflegestützpunkte sicherzustellen, dass die im Pflegestützpunkt tätigen Personen ihre Kenntnisse durch geeignete Weiterbildungsmaßnahmen vertiefen können. Da die überwiegende Zahl der baden-württembergischen Pflegestützpunkte im Jahr 2010 ihren Betrieb aufgenommen haben, können zum jetzigen Zeitpunkt noch keine aussagefähigen Angaben zur Anzahl der Beratungen bzw. zur Auslastung der Pflegestützpunkte getroffen werden. Die Landesverbände der Pflege- und Krankenkassen haben mit den Kommunalen Landesverbänden vereinbart, dass die Frage der Weiterentwicklung der Pflegestützpunkte hin zu einem sukzessiven Aufbau eines flächendeckenden Netzes erst nach Abschluss der im Jahr 2011 begonnenen zweijährigen wissenschaftlichen Evaluation beantwortet werden kann.“

Bayern

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

Angaben zum Pflegestützpunkt Coburg

Trägerschaft

Kranken- und Pflegekassen, Stadt Coburg, Landkreis Coburg

Zahl der eingesetzten Beratungskräfte im Pflegestützpunkt und deren Qualifikation

0,4 Mitarbeiterin der AOK Bayern: Sozialversicherungsfachangestellte, Pflegeberaterin

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

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

0,2 Mitarbeiter des Landkreises Coburg: Verwaltungsbeamter gehobener Dienst

Anzahl der Beratungen zum Stichtag 31. Dezember 2010

30

Auslastung

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

Angaben zum Pflegestützpunkt Nürnberg

Trägerschaft

Von Juli 2008 bis Dezember 2010 Pilot-Pflegestützpunkt bei zapf in Trägerschaft der Nürnberger Pflegeleistungsanbieter, Kooperationspartner Stadt Nürnberg, Bezirk Mittelfranken, AOK Bayern, Praxisnetz Nürnberg-Süd und Klinikum Nürnberg. Ab 3.01.2011 Regel-Pflegestützpunkt.

Zahl der eingesetzten Beratungskräfte im Pflegestützpunkt und deren Qualifikation

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

Betriebswirtin / Heimleitung Altenpflege, Sozialpädagogin, Pflegefachkraft, Verwaltungsinspektorin AOK

Anzahl der Beratungen zum Stichtag 31. Dezember 2010

2650

Auslastung

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

Berlin

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

Der Landesrahmenvertrag regelt für alle Pflegestützpunkte in Berlin die Ausgestaltung der gemeinsamen Trägerschaft durch die Pflege- und Krankenkassen und durch das Land. Er schafft damit die Grundlage für eine Beteiligung des Landes und regelt in diesem Zusammenhang die

Integration der Berliner Koordinierungsstellen Rund ums Alter in die Pflegestützpunkte. Angesichts der umfassenden Aufgaben der Pflegestützpunkte gemäß § 92c Absatz 1 SGB XI sind grundsätzliche Vereinbarungen über die Aufgabenerfüllung der Vertragspartner aber auch Regelungen über eine Aufgabenabgrenzung unter den Vertragspartnern und zur inneren Organisationsstruktur getroffen worden. Zur gleichmäßigen Entwicklung der Pflegestützpunkte im Land Berlin haben sich die Vertragspartner in dem Vertrag auf die Bildung eines gemeinsamen Steuerungsgremiums und eines Fachbeirates verständigt. Ferner haben sich die Vertragspartner auf eine Finanzierung der Pflegestützpunkte geeinigt.

Seit dem Sommer 2009 arbeiten zunächst 26 Pflegestützpunkte, verteilt auf alle Berliner Bezirke. Zwölf ehemalige ‚Koordinierungsstellen Rund ums Alter‘ wurden zu Pflegestützpunkten und 14 Pflegestützpunkte wurden von den Pflege- und Krankenkassen neu errichtet. In den ehemaligen „Koordinierungsstellen Rund ums Alter“ sind ausnahmslos Diplom- Sozialpädagoginnen und -pädagogen beschäftigt, die teilweise über Zusatzqualifikationen (hier insbesondere: Casemanagement-Ausbildung) verfügen. Die Pflegekassen setzen für die persönliche Beratung und Betreuung der Ratsuchenden durch Pflegeberaterinnen und Pflegeberater entsprechend qualifiziertes Personal ein, insbesondere Pflegefachkräfte, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeiter mit den jeweils erforderlichen Zusatzqualifikationen. Die Sicherstellung der Erfüllung der Qualifikationsanforderungen des Personals bis 30. Juni 2011 hat die jeweils entsendende Pflege- und Krankenkasse übernommen. Bis Ende 2011 soll die Zahl der Pflegestützpunkte auf 36 erweitert werden.

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

Brandenburg

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

Lfd. Nr.	Stand des Pflegestützpunktes	Pflegestützpunkt offiziell eröffnet	Beratungskräfte laut Konzeption
1	Neuruppin	18.05.2009	1,0 Vollzeitkraft (VK) Koordinatorin 1,0 VK Pflegeberaterin
2	Erkner	03.07.2009	1,0 VK Koordinatorin 1,0 VK Pflegeberaterin
3	Eisenhüttenstadt	31.07.2009	1,0 VK Koordinatorin 1,0 VK Pflegeberaterin
4	Werder	23.09.2009	1,0 VK Sozialarbeiterin 1,0 VK Pflegeberaterin
5	Lübben	23.10.2009	1,0 VK Sozialarbeiterin 1,0 VK Pflegeberaterin
6	Schwedt	04.11.2009	0,5 VK Sozialarbeiterin 0,75 VK Büroassistentin 1,0 VK Pflegeberaterin
7	Oranienburg	08.12.2009	0,75 VK Sozialarbeiterin 0,75 VK Pflegeberaterin
8	Senftenberg	08.01.2010	0,75 VK Sozialarbeiterin 1,0 VK Pflegeberaterin
9	Potsdam	14.01.2010	1,0 VK Sozialarbeiterin 1,0 VK Pflegeberaterin
10	Luckenwalde	05.02.2010	1,0 VK Sozialarbeiterin 1,0 VK Pflegeberaterin
11	Cottbus	10.02.2010	1 x 0,85 VK Sozialarbeiterin 1 x 0,73 VK Sozialarbeiterin 2 x 0,85 VK Pflegeberaterin
12	Forst	01.03.2010	0,83 VK Sozialarbeiterin 1,66 VK Pflegeberaterin
13	Herzberg	26.03.2010	0,75 VK Sozialarbeiterin 1,0 VK Pflegeberaterin
14	Eberswalde	12.04.2010	4 x 0,25 VK Sozialarbeiterin 1,0 VK Pflegeberaterin
15	Brandenburg	31.05.2010	1,0 VK Sozialarbeiterin 1,0 VK Pflegeberaterin
16	Perleberg	30.07.2010	0,75 VK Sozialarbeiterin 0,75 VK Pflegeberaterin

Bremen

„Es gibt drei Pflegestützpunkte im Land Bremen in gemeinsamer Trägerschaft der Kranken- und Pflegekassen, des Landes Bremen und der beiden Städte Bremen und Bremerhaven. In jedem Pflegestützpunkt werden zwei Beratungskräfte eingesetzt, jeweils eine Person für Kassen und Sozialbehörden, plus Vertretungen nach Bedarf. Im Jahr 2010 gab es insgesamt 5.700 Beratungen in den drei Pflegestützpunkten. Die drei Pflegestützpunkte sind damit nicht voll ausgelastet.“

Hamburg

Pflegestützpunkte in Hamburg - Stand der Errichtung zum 31.12.2010 -				
Anzahl Pflege- stütz- punkte	Trägerschaft	Zahl der ein- gesetzten Betreuungs- kräfte	Qualifikation	Anzahl der Beratun- gen
9**	Gemeinsame Trägerschaft der GKV und der Stadt Hamburg	32	Sozialversicherungsfachangestellte, Pflegefachkräfte, Diplom-Sozialpädagogen, Diplom- Sozialarbeiter Diplom-Gesundheitswirte, Diplom- Pflegewirte	8.021*

* Zahl der Erstkontakte, nicht Beratungen

** Davon ein Spezialpflegestützpunkt für Kinder und Jugendliche

(Quelle: Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg)

Hessen

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

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

[...] Die Landesregierung unterstützt die Arbeit der Pflegestützpunkte durch die Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte. Nach einem Ausschreibungsverfahren wurde im Dezember 2009 dem Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur

(IWAK) an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität der Zuschlag erteilt. Die wissenschaftliche Begleitung umfasst ein Finanzvermögen in Höhe von 352.563 € und einen Zeitraum von Dezember 2009 bis Ende Februar 2012 (Abschlussbericht).“

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

Mecklenburg-Vorpommern

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

Niedersachsen

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

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

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

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

Die Gesamtzahl der mitgeteilten Beratungen liegt unter diesen Voraussetzungen für das Jahr 2010 bei insgesamt 10.758 Beratungen durch die Pflegestützpunkte.

Die Frage zur Auslastung kann nicht global beantwortet werden, da die Bandbreite der Beratungsleistung stark differiert: Von drei Beratungen (für einen Monat) bis zu 2.800 Kontakten (für zehn Monate). Insofern ergibt sich ein überaus heterogenes Bild in den einzelnen Berichten. Je intensiver der Pflegestützpunkt die Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit betreibt, desto häufiger ist eine Inanspruchnahme von Beratungen zu verzeichnen.

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

Nordrhein-Westfalen

„Zur Errichtung von Pflegestützpunkten ist eine Rahmenvereinbarung zwischen Land, Pflegekassen und den Kommunalen Spitzenverbänden im Frühjahr 2009 geschlossen worden.

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

Rheinland-Pfalz

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

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

Die 135 Pflegestützpunkte wurden auf der Grundlage der Verträge wohnortnah - für durchschnittlich 1 : 30.000 Einwohnerinnen und Einwohner - eingerichtet und mit insgesamt bis zu 202,5 Vollzeitstellen ausgestattet. Die Fachkräfte verfügen über eine entsprechende Qualifikation als Altenpflegerin oder Altenpfleger, Gesundheits- und Krankenpflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern, Sozialversicherungsfachangestellte oder Sozialversicherungsfachangestellter oder haben ein Studium der Sozialen Arbeit abgeschlossen.

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

Saarland

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

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

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

Schleswig-Holstein

Pflegestützpunkte in Schleswig-Holstein - Stand der Errichtung zum 31.12.2010	
Anzahl	10
Trägerschaft	alle in gemeinsamer Trägerschaft der Pflege- und Krankenkassen und des jeweiligen Kreises bzw. der kreisfreien Stadt
Zahl der eingesetzten Beratungskräfte	insgesamt 23, mindestens 2 je Pflegestützpunkt (Voll- und Teilzeitkräfte)
Qualifikation der Beratungskräfte	Pflegefachkraft, Diplom-Sozialpädagogin und Diplom-Sozialpädagoge, Diplom-Sozialarbeiterin und Diplom-Sozialarbeiter, Pflegewissenschaftlerin und Pflegewissenschaftler mit dem Abschluss Bachelor of Arts (B.A.), Ärztin und oder Arzt, Psychologin und Psychologe
Anzahl der Beratungen	rund 8.000* (die Zahl der Kontakte ist etwa viermal so hoch)
Auslastung	Nach den Angaben sind die Pflegestützpunkte voll ausgelastet, teilweise auch überlastet

*Zwei Pflegestützpunkte haben erst im Laufe des Jahres (zum 1. Juli und 1. September 2009 ihre Arbeit aufgenommen

(Quelle: Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit, Schleswig-Holstein)

Thüringen

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

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

Berlin

Auf Berlin (Ost) entfallen 53 Einzelprojekte mit einem Investitionsvolumen von rund 406 Mio. €, womit insgesamt 5.976 vollstationäre Pflegeplätze, 84 teilstationäre Pflegeplätze und 80 Kurzzeitpflegeplätze errichtet wurden. Alle 53 Projekte sind bauseitig fertig gestellt und in Betrieb, für 51 Projekte liegen geprüfte Verwendungsnachweise vor.

Mit Schreiben vom 13. Mai 2009 wurden von Berlin Bundesmitteln in Höhe von 268.831.439,18 € abgerechnet.

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

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

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

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

Brandenburg

Auf Brandenburg entfallen 180 Einzelprojekte mit einem Gesamtinvestitionsvolumen von rund 679,6 Mio. €, womit 9.033 vollstationäre Pflegeplätze, 732 teilstationäre Pflegeplätze und 484 Kurzzeitpflegeplätze errichtet wurden. Alle 180 Projekte sind bauseitig fertig gestellt und in Betrieb. Zum 19. Februar 2009 hat Brandenburg die Verwendungsnachweisprüfung für alle Projekte abgeschlossen.

Mit Schreiben vom 13. Mai 2009 wurden von Brandenburg Bundesmittel in Höhe von 497.831.146,44 € abgerechnet.

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

- Bereitstellung eines bedarfsgerechten Angebots an teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen unter Berücksichtigung des Vorrangs der ambulanten Pflege,
- Schaffung einer ortsnahen und wirtschaftlichen Versorgungsstruktur,
- Trägervielfalt und ein ausgewogenes Verhältnis von gemeinnützigen und privaten Trägern und
- Schaffung vernetzter Betreuungsangebote durch eine zusätzliche Landesförderung von betreutem Wohnen im Heim.

Nach Angaben des Landes wurde darauf geachtet, dass zu fördernde Einrichtungen ihren Standort in der Ortsmitte haben sollen statt in einer Randlage „auf der grünen Wiese“. Festgelegt wurde, dass Einrichtungen in der Regel 60 bis 120 Pflegeplätze vorhalten sollen und kleinere Heime nur im Verbundsystem eines Trägers förderbar sind.

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

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

Mecklenburg-Vorpommern

Auf Mecklenburg-Vorpommern entfallen 127 Einzelprojekte mit einem Investitionsvolumen von rund 530 Mio. €, womit 7.331 vollstationäre Pflegeplätze, 261 teilstationäre Pflegeplätze und 25 Kurzzeitpflegeplätze errichtet wurden. Alle 127 bewilligten Projekte sind in Betrieb, für 122 Projekte liegen geprüfte Verwendungsnachweise vor.

Mit Schreiben vom 6. Dezember 2010 wurden Bundesmittel in Höhe von 385.200.199,62 € abgerechnet.

Für Mecklenburg-Vorpommern wurde in der Richtlinie zur Vergabe von Landesmitteln für die Sanierung sowie Neu-, Um- und Erweiterungsbauten von Einrichtungen der Altenhilfe festgelegt, dass mindestens 75 % der zuwendungsfähigen Ausgaben aus Bundesmitteln und 20 % aus Landesmitteln als öffentliche Förderung gewährt werden. 5 % waren durch die Gemeinden oder Gemeindeverbände bereit zu stellen.

Bei der Erstellung des Investitionsprogramms gemäß Artikel 52 PflegeVG für Mecklenburg-Vorpommern fanden nach Angaben des Landes unter anderem folgende allgemeine Vorgaben des SGB XI vorrangig Beachtung.

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

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

Weiterhin wurde bei der Pflegeplanung verstärkt Wert gelegt auf:

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

Sachsen

Auf Sachsen entfallen 332 Einzelprojekte mit einem Investitionsvolumen von rund 1.450 Mio. €, womit 20.418 vollstationäre Pflegeplätze, 1.022 teilstationäre Pflegeplätze und 626 Kurzzeitpflegeplätze errichtet wurden. Alle 332 bewilligten Projekte sind in Betrieb, für 307 Projekte liegen geprüfte Verwendungsnachweise vor.

Von Sachsen wurden mit Schreiben vom 10. März 2011 Bundesmittel in Höhe von 966.251.837,59 € abgerechnet.

So ist für über 22.000 Pflegebedürftige in Sachsen eine deutliche Verbesserung ihres Wohnumfeldes erreicht worden. Auch die Pflegekräfte erfahren damit eine erhebliche Verbesserung ihrer räumlichen Arbeitsbedingungen. Damit wurde der Zielsetzung des Artikels 52 PflegeVG, die Qualität der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung in Sachsen nachhaltig zu verbessern und an das Versorgungsniveau im übrigen Bundesgebiet anzupassen, vollständig entsprochen.

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

In Sachsen betrug die öffentliche Förderung einschließlich des kommunalen Finanzierungsanteils bei

- vollstationären Pflegeeinrichtungen 80 %,
- teilstationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege 90 % und
- Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen 100 %

der als zuwendungsfähig anerkannten Aufwendungen.

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

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

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

Sachsen-Anhalt

Auf Sachsen-Anhalt entfallen 173 Einzelprojekte mit einem Investitionsvolumen von rund 729 Mio. €, womit 9.546 vollstationäre Pflegeplätze, 441 teilstationäre Pflegeplätze und 134 Kurzzeitpflegeplätze errichtet wurden. Alle 173 bewilligten Projekte sind in Betrieb, für alle Projekte liegen geprüfte Verwendungsnachweise vor. Insgesamt sind von Sachsen-Anhalt Bundesmittel in Höhe von 583.690.811,57 € abgerufen worden.

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

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

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

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

Thüringen

Auf Thüringen entfallen 160 Einzelprojekte mit einem Investitionsvolumen von rund 728 Mio. €, womit 10.156 vollstationäre Pflegeplätze, 177 teilstationäre Pflegeplätze und 65 Kurzzeitpflegeplätze errichtet wurden. Alle 160 bewilligten Projekte sind in Betrieb und die verwaltungsmäßige Verwendungsnachweisprüfung ist abgeschlossen.

Mit Schreiben vom 20. Dezember 2010 wurden Bundesmittel in Höhe von 530.755.247,15 € abgerechnet.

So ist nach Angaben des Landes für über 10.000 Pflegebedürftige in Thüringen eine deutliche Verbesserung ihres Wohnumfeldes erreicht worden.

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

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

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

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

Übersicht über die Anlagen 1 bis 10

- Anlage 1** Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegestufen
- Anlage 2** Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten (errechnet aus Leistungstagen)
- Anlage 3** Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung
Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung
- Anlage 4** Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Ländern (Stand: 1.1.2011)
- Anlage 5** Pflegesatzniveau in den Ländern (Stand: 1.1.2011)
- Anlage 6** Zugelassene Pflegeeinrichtungen Ende 2009
(Statistik nach § 109 SGB XI)
- Anlage 7** Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen
- Anlage 8** Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG
- Anlage 8a** Länderangaben über die verausgabten Mittel zur Investitionskostenförderung für zugelassene Pflegeeinrichtungen je Jahr im Berichtszeitraum
- Anlage 9** Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte für demenziell Erkrankte (Förderung niedrighschwelliger Betreuungsangebote und Modellvorhaben im Jahre 2010)
- Anlage 10** Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte für demenziell Erkrankte (Versorgungsangebote in den Ländern)

**Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende
nach Pflegestufen**

a) absolut

Jahr	ambulant				stationär ¹⁾				insgesamt			
	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III	zusam- men	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III	zusam- men	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III	zusam- men
1995	-	-	-	1.061.418	-	-	-	-	-	-	-	1.061.418
1996	508.462	507.329	146.393	1.162.184	111.856	162.818	109.888	384.562	620.318	670.147	256.281	1.546.746
1997	568.768	486.338	142.997	1.198.103	159.467	189.862	113.278	462.607	728.235	676.200	256.275	1.660.710
1998	616.506	471.906	138.303	1.226.715	187.850	210.525	113.028	511.403	804.356	682.431	251.331	1.738.118
1999	668.314	472.189	139.876	1.280.379	203.950	226.657	115.376	545.983	872.264	698.846	255.252	1.826.362
2000	681.658	448.406	130.696	1.260.760	210.883	234.836	115.625	561.344	892.541	683.242	246.321	1.822.104
2001	697.714	436.693	127.260	1.261.667	218.909	242.779	116.247	577.935	916.623	679.472	243.507	1.839.602
2002	725.993	435.924	127.235	1.289.152	230.383	249.600	119.834	599.817	956.376	685.524	247.069	1.888.969
2003	732.495	424.202	123.210	1.279.907	237.768	254.065	121.441	613.274	970.263	678.267	244.651	1.893.181
2004	746.140	426.632	123.039	1.296.811	245.327	258.926	124.639	628.892	991.467	685.558	248.678	1.925.703
2005	759.114	425.843	124.549	1.309.506	251.730	262.528	128.189	642.447	1.010.844	688.371	252.738	1.951.953
2006	767.978	418.617	123.156	1.309.751	265.294	264.492	128.968	658.754	1.033.272	683.109	252.124	1.968.505
2007 ²⁾	804.628	426.855	126.718	1.358.201	273.090	266.222	131.772	671.084	1.077.718	693.077	258.490	2.029.285
2008 ²⁾	861.575	439.605	131.354	1.432.534	274.925	273.016	133.010	680.951	1.136.500	712.621	264.364	2.113.485
2009 ²⁾	932.434	468.806	138.334	1.537.574	282.236	277.164	138.247	697.647	1.214.670	743.970	276.581	2.235.221
2010	967.973	471.609	138.262	1.577.844	290.759	279.055	140.141	709.955	1.258.732	750.664	278.403	2.287.799

¹⁾ stationäre Leistungen erst ab 1.7.1996 eingeführt

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

b) in Prozent

Jahr	ambulant				stationär ¹⁾				insgesamt			
	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III	zusam- men	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III	zusam- men	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III	zusam- men
1995	-	-	-	100,0	-	-	-	-	-	-	-	100,0
1996	43,8	43,7	12,6	100,0	29,1	42,3	28,6	100,0	40,1	43,3	16,6	100,0
1997	47,5	40,6	11,9	100,0	34,5	41,0	24,5	100,0	43,9	40,7	15,4	100,0
1998	50,3	38,5	11,3	100,0	36,7	41,2	22,1	100,0	46,3	39,3	14,5	100,0
1999	52,2	36,9	10,9	100,0	37,4	41,5	21,1	100,0	47,8	38,3	14,0	100,0
2000	54,1	35,6	10,4	100,0	37,6	41,8	20,6	100,0	49,0	37,5	13,5	100,0
2001	55,3	34,6	10,1	100,0	37,9	42,0	20,1	100,0	49,8	36,9	13,2	100,0
2002	56,3	33,8	9,9	100,0	38,4	41,6	20,0	100,0	50,6	36,3	13,1	100,0
2003	57,2	33,1	9,6	100,0	38,8	41,4	19,8	100,0	51,3	35,8	12,9	100,0
2004	57,5	32,9	9,6	100,0	39,0	41,2	19,8	100,0	51,5	35,6	12,9	100,0
2005	58,0	32,5	9,5	100,0	39,2	40,9	20,0	100,0	51,8	35,3	12,9	100,0
2006	58,6	32,0	9,4	100,0	40,3	40,2	19,6	100,0	52,5	34,7	12,8	100,0
2007 ²⁾	59,2	31,4	9,3	100,0	40,7	39,7	19,6	100,0	53,1	34,2	12,7	100,0
2008 ²⁾	60,1	30,7	9,2	100,0	40,4	40,1	19,5	100,0	53,8	33,7	12,5	100,0
2009 ²⁾	60,6	30,4	9,0	100,0	40,5	39,7	19,8	100,0	54,3	33,3	12,4	100,0
2010	61,3	29,9	8,8	100,0	41,0	39,3	19,7	100,0	55,0	32,8	12,2	100,0

¹⁾ stationäre Leistungen erst ab 1.7.1996 eingeführt

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

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Anlage 2

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

a) absolut

Jahr	Leistungsart								insgesamt
	Pflegegeld	Pflegesachleistung	Kombinationsleistung	Urlaubs-pflege	Tages- und Nachtpflege	Kurzzeit-pflege	Vollstationäre Pflege	Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	
1995	887.403	82.790	82.293	10.783	1.777	3.649	-	-	1.068.695
1996 ³⁾	943.878	105.879	135.305	6.805	3.639	5.731	355.142	5.711	1.562.088
1997	971.939	119.428	157.543	3.716	5.065	5.633	425.682	38.408	1.727.414
1998	962.669	133.895	171.764	4.070	6.774	6.199	452.750	56.543	1.794.664
1999	982.877	152.648	192.556	5.716	8.673	7.146	485.014	53.875	1.888.505
2000	954.684	159.693	193.018	6.313	10.287	7.696	494.793	55.641	1.882.125
2001	962.130	161.653	201.667	7.495	12.177	8.108	513.377	58.446	1.925.053
2002	977.327	165.679	205.322	8.841	13.148	8.615	532.278	60.428	1.971.638
2003	968.289	169.580	202.710	10.362	13.864	9.317	540.070	63.104	1.977.296
2004	959.580	169.357	203.544	12.145	15.045	9.989	548.647	65.052	1.983.358
2005	959.546	173.251	204.348	14.263	16.024	11.140	559.784	66.389	2.004.744
2006	977.034	180.944	208.825	18.714	16.767	13.096	575.846	68.987	2.060.214
2007	988.294	184.280	217.724	22.834	17.027	13.613	588.827	71.517	2.102.116
2008	1.009.122	182.191	244.425	30.120	20.166	15.202	600.389	73.974	2.175.590
2009	1.034.561	179.795	284.670	33.779	28.895	16.542	613.746	79.457	2.271.445
2010	1.053.632	181.865	312.689	45.491	34.463	19.964	621.949	80.210	2.347.263

b) in Prozent

Jahr	Leistungsart								insgesamt
	Pflegegeld	Pflegesachleistung	Kombinationsleistung	Urlaubs-pflege	Tages- und Nachtpflege	Kurzzeit-pflege	Vollstationäre Pflege	Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	
1995	83,0	7,7	7,7	1,0	0,2	0,3	-	-	100,0
1996 ³⁾	60,4	6,8	8,7	0,4	0,2	0,4	22,7	0,4	100,0
1997	56,3	6,9	9,1	0,2	0,3	0,3	24,6	2,2	100,0
1998	53,6	7,5	9,6	0,2	0,4	0,3	25,2	3,2	100,0
1999	52,0	8,1	10,2	0,3	0,5	0,4	25,7	2,9	100,0
2000	50,7	8,5	10,3	0,3	0,5	0,4	26,3	3,0	100,0
2001	50,0	8,4	10,5	0,4	0,6	0,4	26,7	3,0	100,0
2002	49,6	8,4	10,4	0,4	0,7	0,4	27,0	3,1	100,0
2003	49,0	8,6	10,3	0,5	0,7	0,5	27,3	3,2	100,0
2004	48,4	8,5	10,3	0,6	0,8	0,5	27,7	3,3	100,0
2005	47,9	8,5	10,2	0,7	0,8	0,6	27,9	3,3	100,0
2006	47,4	8,8	10,1	0,9	0,8	0,6	28,0	3,3	100,0
2007	46,9	8,8	10,4	1,1	0,8	0,6	28,0	3,4	100,0
2008	46,4	8,4	11,2	1,4	0,9	0,7	27,6	3,4	100,0
2009	45,5	7,9	12,5	1,5	1,3	0,7	27,0	3,5	100,0
2010	44,9	7,7	13,3	1,9	1,5	0,7	26,5	3,4	100,0

¹⁾ Abweichungen in den Summen durch Rundungen

²⁾ Einschließlich Mehrfachzählungen durch den gleichzeitigen Bezug mehrerer Leistungen

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

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit

Anlage 3

**Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung
Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung ¹⁾**

Bezeichnung	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	in Mrd. €															
Einnahmen																
Beitragseinnahmen	8,31	11,90	15,77	15,80	16,13	16,31	16,56	16,76	16,61	16,64	17,38	18,36	17,86	19,61	21,19	21,64
davon																
Beiträge an Pflegekassen	6,85	9,84	13,06	13,04	13,32	13,46	13,66	13,57	13,30	13,28	13,98	14,94	14,44	15,91	16,11	16,49
Beiträge an den Ausgleichsfonds	1,46	2,06	2,71	2,76	2,80	2,86	2,90	3,19	3,31	3,36	3,40	3,42	3,42	3,71	5,07	5,15
Sonstige Einnahmen	0,09	0,14	0,17	0,20	0,19	0,23	0,25	0,22	0,25	0,23	0,12	0,13	0,16	0,16	0,12	0,14
Einnahmen insgesamt	8,41	12,04	15,94	16,00	16,32	16,55	16,81	16,98	16,86	16,87	17,49	18,49	18,02	19,77	21,31	21,78
Ausgaben																
Leistungsausgaben	4,42	10,25	14,34	15,07	15,55	15,86	16,03	16,47	16,64	16,77	16,98	17,14	17,45	18,20	19,33	20,43
davon																
Geldleistung	3,04	4,44	4,32	4,28	4,24	4,18	4,11	4,18	4,11	4,08	4,05	4,02	4,03	4,24	4,47	4,67
Pflegesachleistung	0,69	1,54	1,77	1,99	2,13	2,23	2,29	2,37	2,38	2,37	2,40	2,42	2,47	2,60	2,75	2,91
Pflegeurlaub	0,13	0,13	0,05	0,06	0,07	0,10	0,11	0,13	0,16	0,17	0,19	0,21	0,24	0,29	0,34	0,40
Tages-/Nachtpflege	0,01	0,03	0,04	0,05	0,05	0,06	0,07	0,08	0,08	0,08	0,08	0,09	0,09	0,11	0,15	0,18
Zusätzliche Betreuungsleistungen								0,00	0,01	0,02	0,02	0,03	0,03	0,06	0,19	0,28
Kurzzeitpflege	0,05	0,09	0,10	0,11	0,12	0,14	0,15	0,16	0,16	0,20	0,21	0,23	0,24	0,27	0,31	0,34
Soziale Sicherung der Pflegepersonen	0,31	0,93	1,19	1,16	1,13	1,07	0,98	0,96	0,95	0,93	0,90	0,86	0,86	0,87	0,88	0,88
Pfleagemittel/techn. Hilfen etc.	0,20	0,39	0,33	0,37	0,42	0,40	0,35	0,38	0,36	0,34	0,38	0,38	0,41	0,46	0,44	0,44
Vollstationäre Pflege	0,00	2,69	6,41	6,84	7,18	7,48	7,75	8,00	8,20	8,35	8,52	8,67	8,83	9,05	9,29	9,56
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,00	0,01	0,13	0,22	0,20	0,21	0,21	0,21	0,23	0,23	0,23	0,24	0,24	0,24	0,25	0,26
Stationäre Vergütungszuschläge														0,00	0,21	0,45
Pflegerberatung														0,01	0,03	0,07
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	0,23	0,24	0,23	0,24	0,24	0,24	0,25	0,26	0,26	0,27	0,28	0,27	0,27	0,28	0,31	0,30
Verwaltungsausgaben ²⁾	0,32	0,36	0,55	0,56	0,55	0,56	0,57	0,58	0,59	0,58	0,59	0,62	0,62	0,65	0,68	0,71
Sonstige Ausgaben	0,00	0,01	0,01	0,02	0,01	0,02	0,02	0,01	0,06	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ausgaben insgesamt	4,97	10,86	15,14	15,88	16,35	16,67	16,87	17,36	17,56	17,69	17,86	18,03	18,34	19,14	20,33	21,45
Liquidität																
Überschuss der Einnahmen	3,44	1,18	0,80	0,13	---	---	---	---	---	---	---	0,45	---	0,63	0,99	0,34
Überschuss der Ausgaben	---	---	---	---	0,03	0,13	0,06	0,38	0,69	0,82	0,36	---	0,32	---	---	---
Investitionsdarlehen an den Bund	-0,56	---	---	---	---	---	---	+0,56	---	---	---	---	---	---	---	---
Mittelbestand am Jahresende	2,87	4,05	4,86	4,99	4,95	4,82	4,76	4,93	4,24	3,42	3,05	3,50	3,18	3,81	4,80	5,13
in Monatsausgaben lt. Haushaltsplänen der Kassen	3,93	2,96	3,77	3,68	3,61	3,37	3,27	3,34	2,82	2,27	2,01	2,29	2,06	2,33	2,78	2,87

^{*} Werte der amtlichen Statistik wurden von DM in € umgerechnet

¹⁾ Abweichungen in den Summen durch Rundungen

²⁾ 1995 einschließlich Vorlaufkostenerstattung an die Krankenkassen

(Quelle: Bundesministerium für Gesundheit)

**Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Ländern
(Stand: 1.1.2011)**

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

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

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

(Quelle: vdek)

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

(Quelle: vdek)

Bayern 2011 - Vereinbarung mit privaten Diensten					
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Punktzahl	Punktwert	Betrag in Euro
1a1	Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes Hilfe beim An- / Ablegen von Körperersatzstücken	Grundpflege	50	0,0448	2,24
1a2	Hilfe beim An- / oder Auskleiden	Grundpflege	50		2,24
1a3	Teilwaschen	Grundpflege	100		4,48
1a4	Mund- und Zahnpflege oder Zahnprothesenpflege	Grundpflege	50		2,24
1a5	Rasieren	Grundpflege	50		2,24
1a6	Kämmen	Grundpflege	50		2,28
1a7	Hautpflege	Grundpflege	50		2,33
1b	Haar- und/oder Nagelpflege	Grundpflege	50		2,37
2a	Zuschlag zu LK 1a	Grundpflege	150		6,72
2b	Ganzkörperwäsche als alleinige Leistung	Grundpflege	250		11,20
3	Lagern/Mobilisierung	Grundpflege	100		4,48
4a	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	Grundpflege	250		11,20
4b	Verabreichung von Sondennahrung	Grundpflege	80		3,58
5a	Hilfe bei der Darm- / Blasenentleerung	Grundpflege	70		3,14
5b	Stomaversorgung	Grundpflege	50	2,24	
6	Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	hauswirtschaftliche Versorgung	70	3,14	
7	Begleitung bei Aktivitäten (keine Spaziergänge etc.)	hauswirtschaftliche Versorgung	600	26,88	
8	Beheizen der Wohnung	hauswirtschaftliche Versorgung	90	4,03	
9	Kleine hauswirtschaftliche Versorgung	hauswirtschaftliche Versorgung	50	2,24	
10	Große hauswirtschaftliche Versorgung	hauswirtschaftliche Versorgung	250	11,20	
11	Waschen der Wäsche und der Kleidung	hauswirtschaftliche Versorgung	300	13,44	
12	Einkaufen	hauswirtschaftliche Versorgung	150	6,72	
13	Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen	hauswirtschaftliche Versorgung	270	12,10	
14	Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen	hauswirtschaftliche Versorgung	90	4,03	
15	Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI - Pflegestufe I				15,70
15	Pflegeeinsatz nach § 37 Absatz 3 SGB XI - Pflegestufe II				15,70
15	Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI - Pflegestufe III				20,93
16a	Erstbesuch		600		26,88
16b	Änderung der Pflegeplanung		200		8,96
17	Alternativer Stundensatz Grundpflege (§ 4 Absatz 3)	Grundpflege			28,30
18	Alternativer Stundensatz Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung	Grundpflege u. hauswirtschaftliche Versorgung			9,41

(Quelle: vdek)

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

(Quelle: vdek)

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

(Quelle: vdek)

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

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

(Quelle: vdek)

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

(Quelle: vdek)

Bremen 2011 - ISB - individuelle Schwerstbehindertenbetreuung				
Nr.	Leistungskomplexe	Kategorie	Betrag in Euro	Einheit
1	Die Vergütung richtet sich nach der Pflegezeit, neben einer stundenweisen Abrechnung kann auch 15-minutenweise abgerechnet werden. Darüber hinaus sind keine weiteren Leistungen abrechnungsfähig.	Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung	20,54	je Stunde

(Quelle: vdek)

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

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

(Quelle: vdek)

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

(Quelle: vdek)

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

(Quelle: vdek)

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

(Quelle: vdek)

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

Quelle: vdek

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

(Quelle: vdek)

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

(Quelle: vdek)

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

Quelle: vdek

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

(Quelle: vdek)

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

(Quelle: vdek)

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

(Quelle: vdek)

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

(Quelle: vdek)

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

(Quelle: vdek)

Pflegesatzniveau in den Ländern (Stand: 1.1.2011)

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

(Quelle: vdek)

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

(Quelle: vdek)

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

(Quelle: vdek)

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

(Quelle: vdek)

**Zugelassene Pflegeeinrichtungen Ende 2009
(Statistik nach § 109 SGB XI)**

Übersicht über die zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach § 109 SGB XI

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

Ländergliederung 2009:

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

¹ Pflegeheime mit mehreren Pflegeangeboten sind hier mehrfach berücksichtigt

Quelle: Statistisches Bundesamt

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

Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen

I. Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen

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

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

Quelle: Statistisches Bundesamt; Stand Ende 2009

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

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

(Quelle: Statistisches Bundesamt; Stand Ende 2009)

c) Beschäftigten in den verschiedenen Einrichtungen:

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

(Quelle: Statistisches Bundesamt; Stand Ende 2009)

II. Tabellen zur Entwicklung der Beschäftigung in der Langzeitpflege

a) ambulanter Bereich

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

b) stationärer Bereich

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

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG

Länder	Förderung und Förderquoten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausrüstung (Erstinvestitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen)	„alte Last“		
<p>Baden-Württemberg</p> <p>Landespflegegesetz (LPfIG) vom 11.9.1995 zuletzt geändert durch Gesetz vom 1.7.2004</p> <p>Pflegeheimförderverordnung (Pflegeheim FVO) vom 18.6.1996 zuletzt geändert durch Gesetz vom 1.7.2004</p>	<p>Zugelassene Pflegeeinrichtungen erhalten Zuschüsse, soweit sie nach der Kreispflegeplanung zur Sicherstellung der notwendigen Grundversorgung erforderlich sind und die zu fördernde Maßnahme den Grundsätzen und Zielen des Landespflegeplans entspricht. Voraussetzung einer Förderung ist insbesondere, dass das Fördervorhaben dem Ziel der Sicherstellung einer ortsnahen, gemeinde- und stadtteilbezogenen Versorgung mit überschaubaren Einrichtungsgrößen entspricht.</p> <p>Gefördert werden die Kosten von Investitionsmaßnahmen (Anschaffung, Herstellung, Erhaltung), außer den Kosten der Anschaffung oder Erhaltung von Einrichtungs- und Ausstattungsgegenständen. Die Förderung erfolgt als Festbetragsförderung.</p> <p>Grundlagen für die Festlegung von Förderhöchstbeträgen bilden Förderquoten und Kostenrichtwerte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Förderquote für Langzeitpflegeplätze beträgt 45 %, für Kurzzeitpflegeplätze 80% sowie für Tages- und Nachtpflegeplätze 90 %. ▪ Die Kostenrichtwerte für vollstationäre Pflegeeinrichtungen und Nachtpflegeangebote betragen 76.176 Euro, für eigenständige Tagespflegeeinrichtungen 33 865 Euro und für integrierte Tagespflegeangebote 25.403 Euro pro Platz. (Die Werte beziehen sich auf den Indexstand Februar 1996 und werden mit der Entwicklung des Preisindex für Wohngebäude fortgeschrieben). <p>Die Förderung wird jeweils zu 2/3 vom Land und zu 1/3 vom Standortkreis getragen.</p> <p>Im Jahr 2010 wurde letztmals ein Jahresförderungsprogramm auf der Grundlage des Landesheimgesetzes in Höhe von rund 50 Mio. € aufgestellt. Im Jahr 2011 wurde erstmals ein Förderprogramm zur Förderung modellhafter und innovativer Projekte im Pflegebericht mit einem Bewilligungsrahmen in Höhe von 3,5 Mio. € aufgestellt.</p>				Keine Förderung	

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

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG

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

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

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG

Länder	Förderung und Förderquoten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausrüstung (Erstinvestitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen)	Instandhaltung und Instandsetzung (Folgeinvestitionen)	„alte Last“		
Berlin Gesetz zur Planung und Finanzierung von Pflegeeinrichtungen (Landespflege-Einrichtungsgesetz - LPflegEG) vom 19.7.2002 (GVBl. S. 201), geändert durch Gesetz vom 19.12.2005 (GVBl. S. 792) und Pflegeeinrichtungs-Förderungs-Verordnung (PflfEGfVO) vom 19.9.1998 (GVBl. S. 269), zuletzt geändert durch Verordnung vom 8.6.2001 (GVBl. S. 195)	Einzelförderung, in der Regel anteilig an den förderfähigen Kosten (Festbetrag) einer Maßnahme (§ 5 LPflegEG) mit Baukostenhöchstwerten bei Neu- und Ersatzbauten 81.800 Euro pro Platz, bei sonstigen Herstellungsmaßnahmen 51.130 Euro, in Ausnahmefällen 58.800 Euro); nur bei Kurzzeitpflege: Platzbezogene Pauschalförderung mit 511 Euro pro Platz (§ 6 LPflegEG).	Als Einzelförderatbestand im LPflegEG nicht geregelt; nur bei Kurzzeitpflege: Platzbezogene Pauschalförderung mit 511 Euro pro Platz (§ 6 LPflegEG).	Einzelförderung, in der Regel anteilig an den förderfähigen Kosten (Festbetrag) einer Maßnahme (§ 5 LPflegEG); nur bei Kurzzeitpflege: Platzbezogene Pauschalförderung mit 511 Euro pro Platz (§ 6 LPflegEG)	Nein, im LPflegEG nicht geregelt.	Einzelförderung entsprechend der von vollstationären Pflegeeinrichtungen, jedoch lediglich mit hälftigen Baukostenhöchstwerten bzw. Beträgen (§ 5 Absatz 3 Satz 2 LPflegEG). Platzbezogene Pauschalförderung mit 511 Euro pro Platz (§ 6 LPflegEG).	Nein, im LPflegEG nicht geregelt.

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

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG

Länder	Förderung und Förderquoten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausrüstung (Erstinvestitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen)	„alte Last“		
Brandenburg Landespflegegesetz (PflegeG) vom 27.6.1995 in der Bekanntmachung der Neufassung vom 11.5.1998 geändert durch Landespflegegesetz (LPflegeG) vom 29.6.2004 Pflegeinvestitionsverordnung (PflInvV) vom 13.3.1996 geändert durch VO vom 23.6.1997, zuletzt geändert durch VO vom 28.6.1999	Auf der Grundlage des § 5 Absatz 2 PflegeG i.V.m. §§ 2; 3 Absatz 2 PflInvV wurden in den Jahren 1996 bis 2002 vollstationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen mit 90 % Bundes- und Landesmitteln der zuwendungsfähigen Kosten gefördert.					

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

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG

Länder	Förderung und Förderquoten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausrüstung (Erstinvestitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen)	„alte Last“		
Bremen	Keine Förderung von vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen. Förderung von vollstationären Kurzzeitpflegeeinrichtungen und eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen					
Bremisches Ausführungsgesetz zum Pflegeversicherungsgesetz (BremAGPflegeVG, BremGBl. Nr. 16, S. 85) vom 26.3.1996, zuletzt geändert am 28.3.2006 (BremGBl. Nr. 20, S. 149) und Verordnung zur Durchführung des Bremischen Ausführungsgesetzes zum Pflegeversicherungsgesetz (BremAGPflegeVGV) zuletzt geändert am 7.12.2005 (BremGBl. Nr. 56, S. 605)	Ja (Förderquote 100 %)	Ja (Förderquote 100 %)	Ja (Förderquote 100 %)	Ja (Förderquote 100%)	Ja (Förderquote 100 %)	Keine Regelförderung, nur Projektförderung innovativer Modellvorhaben

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

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG

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

(Quelle: Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg)

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG

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

(Quelle: Hessisches Sozialministerium)

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG

Länder	Förderung und Förderquoten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausrüstung (Erstinvestitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen)	„alte Last“		
Mecklenburg-Vorpommern Landespflegegesetz (LPflegeG) vom 16.12.2003 (GVOBl. M-V S. 675), zuletzt geändert durch Gesetz vom 29.9.2010 (GVOBl. M-V S. 534)					Pauschaler Landeszuschuss zu betriebsnotwendigen Aufwendungen gem. § 82 Absatz 2 Nr. 1 und 3 SGB XI, soweit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI besteht; Zuschusshöhe: 2,56 Euro je Tag und Platz, max. 516 Euro jährlich (§ 7 LPflegeG).	Förderung betriebsnotwendiger Aufwendungen nach § 82 Absatz 2 Nr. 1 und 3 SGB XI, soweit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI besteht, als freiwillige Leistung der Landkreise u. kreisfreien Städte (§ 6 Absatz 1 LPflegeG).
	Einzelförderung zur Verbesserung der pflegerischen Versorgungsstruktur oder zur Entwicklung und Erprobung neuartiger Maßnahmen, soweit Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI besteht, als freiwillige Leistung des Landes (§ 8 LPflegeG).					

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

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG

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

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

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG

Länder	Förderung und Förderquoten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausrüstung (Erstinvestitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen)	„alte Last“		
<p>Nordrhein-Westfalen</p> <p>Gesetz zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen - PfGNW) zuletzt geändert durch das Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes vom 8.7.2003</p> <p>Verordnung über die gesonderte Berechnung nicht geförderter Investitionsaufwendungen für Pflegeeinrichtungen nach dem Landespflegegesetz (GesBerVO) vom 15.10.2003</p> <p>Verordnung über die allgemeinen Grundsätze der Förderung von Pflegeeinrichtungen nach dem Landespflegegesetz (AllgFörderPflegeVO) vom 15.10.2003</p>	<p>Förderung betriebsnotwendiger Investitionsaufwendungen durch bewohnerorientierten Zuschuss an die Pflegeheime (Anspruchsberechtigte) für Aufwendungen nach § 82 Absatz 2 Nrn. 1 und 3 SGB XI für Pflegeplätze von Heimbewohnern, die Leistungen nach dem BSHG oder den §§ 25, 25a und c BVG erhalten oder wegen der gesonderten Berechnung nicht geförderter Aufwendungen gemäß § 82 Absatz 3 und 4 SGB XI erhalten würden (Pflegehohngeld), sofern die Bewohner vor Heimeinzug in NRW ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatten oder Verwandte bis zum 2. Grad vor Ort leben; höchstens bis zur Höhe der anererkennungsfähigen betriebsnotwendigen Kosten (85.250 Euro pro Platz Stand 2008).</p>	<p>Pauschal gem. GesBerVO.</p>	<p>Pauschal gem. GesBerVO.</p>	<p><u>vollstationär</u> bewohnerorientierter Aufwendungszuschuss für Investitionskosten (Pflegehohngeld) § 12 PfG NW; Pflegeeinrichtungsförderverordnung (PflFEinrVO)</p> <p><u>teilstationär und Kurzzeitpflege</u> bewohnerorientierter Aufwendungszuschuss für Investitionskosten (§ 11 PfG NW; Pflegeeinrichtungsförderverordnung (PflFEinrVO) auch für die bereits bei Einführung des PflegeVG bestehenden Einrichtungen.</p>	<p>Förderung betriebsnotwendiger Investitionsaufwendungen durch Aufwendungszuschuss tagesgenau für tatsächliche Belegungstage (§ 11 Absatz 1 und 2 PfGNW).</p>	<p>Pauschalförderung der ambulanten Pflegedienste nach § 10 Landespflegegesetz in Höhe von 2,15 Euro pro volle Leistungsstunde nach dem SGB XI (§§ 3 und 4 AmbPFFV).</p>
<p>Verordnung über die Förderung der Investitionen von Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie über den bewohnerorientierten Aufwendungszuschuss vollstationärer Dauerpflegeeinrichtungen (Pflegehohngeld)</p>	<p>Voraussetzung für Neubauförderung vollstationär (Sollvorschriften): Obergrenze 80 Plätze, ortsnahe Errichtung; 50 m² Nettogrundfläche pro Person; 80 % Einzelzimmer; anererkennungsfähige</p>				<p>Voraussetzung für Neubau, Erweiterungs-, Umbau- und Modernisierungsbauförderung bei Tages- und Nachtpflege: Umfang 12 - 14 Plätze; 18 m² Nettogrundfläche pro Person; anererkennungsfähige Kosten 1.300 Euro pro m²;</p>	

<p>- Pflegeeinrichtungsförderverordnung (PflFEinrVO) vom 15.10.2003</p> <p>Verordnung über die Förderung ambulanter Pflegeeinrichtungen nach dem Landespflegegesetz (AmbPFFV) geändert durch die Verordnung zur Änderung der VO über die Förderung ambulanter Pflegeeinrichtungen nach dem Landespflegegesetz (AmbPFFV) vom 15.10.2003</p>	<p>Kosten 1.705 Euro pro m² (ab 2008) AllgFörderPfle-geVO § 2.</p>				<p>bei Kurzzeitpflege: 50 m² 1.705 Euro pro m² (ab 2008) GesBerVO § 3.</p>	
--	---	--	--	--	--	--

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

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG

Länder	Förderung und Förderquoten				
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen			teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausrüstung (Erstinvestitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen)		
Rheinland-Pfalz Landesgesetz zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (LPflegeHG) vom 28.3.1995, zuletzt geändert 30.4.2003 Landesgesetz zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur - LPflegeASG - vom 25.7.2005					Mit Wirkung vom 01.05.2003 wurden die Vorschriften zur Förderung teilstationärer und stationärer Pflegeeinrichtungen in Rheinland-Pfalz aufgehoben. Keine Förderung. Mit Wirkung vom 1.1.2006 wurden die Vorschriften zur Förderung ambulanter Hilfen in Rheinland-Pfalz aufgehoben. Keine Förderung.

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

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG

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

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

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG

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

(Quelle: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz)

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG

Länder	Förderung und Förderquoten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausrüstung (Erstinvestitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen)	„alte Last“		
Sachsen-Anhalt Abschnitt 3 des Ausführungsgesetzes zum PflegeVG vom 07.8.1996 - Förderung - §§ 6 bis 8 wurden durch Artikel 1 des Gesetzes zur Änderung sozial- und gesundheitsrechtlicher Gesetze vom 10.8.2007 (GVBl. LSA S. 306) mit Wirkung zum 21.8.2007 aufgehoben	Es wurden keine Mittel zur Investitionsförderung verausgabt.					

(Quelle: Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt)

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG

Länder	Förderung und Förderquoten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausrüstung (Erstinvestitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen)	„alte Last“		
<p>Schleswig-Holstein</p> <p>Landespflegegesetz (LPflegeG) vom 10.2.1996, zuletzt geändert durch Gesetz vom 15.12.2005</p> <p>Landespflegegesetzverordnung (LPflegeGVO) vom 19.6.1996, zuletzt geändert durch Verordnung vom 12.10.2005</p> <p>Vereinbarung gem. § 6 Absatz 2 LPflegeG über die Gewährung pauschaler Zuschüsse an ambulante Pflegedienste zur Abgeltung laufender Aufwendungen im Sinne des § 82 Absatz 3 SGB XI</p>	<p>Bewohnerbezogene Investitionskostenzuschüsse (Pflegewohngeld) bis zu 15,35 € täglich, einkommens- und vermögensabhängig (§ 6 Absatz 4 LPflegeG, § 8 Absatz 1 LPflegeGVO).</p>	<p>Pflegewohngeld</p>	<p>Pflegewohngeld</p>	<p>Pflegewohngeld</p>	<p>Bewohnerbezogene Investitionskostenzuschüsse von 90 % der Investitionsaufwendungen, bis 10,23 € täglich bei teilstationärer Pflege, bei Kurzzeitpflege bis zu 15,34 € täglich; einkommensabhängig (§ 6 Absatz 3 LPflegeG, § 7 LPflegeGVO).</p>	<p>Pauschale Investitionskostenzuschüsse auf der Grundlage des SGB XI-Umsatzes (3 - 4 %).</p>

(Quelle: Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit, Schleswig-Holstein)

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG

Länder	Förderung und Förderquoten					teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				„alte Last“		
	Herstellung Erstausrüstung (Erstinvestitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen)				
<p>Thüringen</p> <p>Thüringer Gesetz zur Ausführung des Pflege-Versicherungsgesetzes (Thür AGPflegeVG) vom 20.6.1996 in der Fassung vom 1.7.2005, zuletzt geändert durch Artikel I Zweites Änderungsgesetz vom 8.6.2010</p> <p>Thüringer Verordnung über die gesonderte Berechnung von Investitionsaufwendungen und die Gewährung bewohnerbezogener Aufwendungszuschüsse an Pflegeeinrichtungen vom 28.6.2005, geändert durch Verordnung vom 17.6.2010</p>	<p>Anteilige Förderung von Investitionsaufwendungen nach Maßgabe des Landeshaushalts, zur Zeit keine investive Förderung (§ 3 Thür AGPflegeVG).</p>	<p>Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen - Investitionskostenumlage.</p> <p>Bewohnerbezogener Aufwendungszuschuss für Pflegebedürftige, die am 1.07.2005 in Pflegeeinrichtungen, denen das Land bis 30.06.2005 eine Förderung von Kapitaldienst- bzw. Nutzungsentgeltförderung gewährt hat, lebten.</p>		<p>Zur Zeit keine Förderung</p>	<p>Anteilige Förderung von Investitionsaufwendungen nach Maßgabe des Landeshaushalts, zur Zeit keine investive Förderung (§ 3 Thür AGPflegeVG).</p>	<p>Verantwortlich sind die Landkreise und kreisfreien Städte.</p>	

(Quelle: Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Thüringen)

Übersicht: Länderangaben über die verausgabten Mittel zur Investitionskostenförderung für zugelassene Pflegeeinrichtungen je Jahr im Berichtszeitraum

Bayern

„Im Bereich der Pflege hat sich ein Markt gebildet. Der Bedarf an stationären Pflegeplätzen ist bayernweit im Durchschnitt gedeckt. Ein Abflauen der privaten Investitionstätigkeit ist nicht festzustellen. Die Anzahl der Pflegeeinrichtungen und der angebotenen Pflegeplätze nimmt solide zu. Die staatliche Investitionskostenförderung wurde daher mit Ablauf des Jahres 2007 eingestellt. Die kommunale Investitionskostenförderung für bedarfsgerechte Pflegeeinrichtungen durch die Landkreise und kreisfreien Städte wurde unter den Vorbehalt des jeweiligen Kommunalhaushalts gestellt. Basierend auf dieser Ausgangslage sowie den oben geschilderten Annahmen und ohne Einbeziehung etwaiger strategischer Handlungsoptionen der Leistungserbringer kann der Fortbestand der jetzigen Pflegeeinrichtungen mit den nachfolgend dargestellten Maßnahmen gesichert werden:

Fortführung des Darlehensprogramms für die Modernisierung stationärer Pflegeeinrichtungen im Rahmen des Bayerischen Modernisierungsprogramms

Die Modernisierung von stationären Altenpflegeeinrichtungen wurde ab 1. Oktober 2007 in das bestehende Bayerische Modernisierungsprogramm für Mietwohnungen in Mehrfamilienhäusern einbezogen. Für dieses Programm wurden Staatsbürgschaften ausgesprochen. Im Bayerischen Modernisierungsprogramm geschieht die Förderung mit einem Kapitalmarktdarlehen der Bayerischen Landesbodenkreditanstalt, das mit Unterstützung der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) für die Dauer von zehn Jahren zinsverbilligt wird. Das Darlehensprogramm wurde gut angenommen. So wurden bis Ende des Jahres 2010 Darlehensmittel zur Modernisierung von Pflegeeinrichtungen in Höhe von rund 58,4 Mio. € bewilligt.

Verbesserung der Konditionen des Darlehensprogramms für Ersatzneubaumaßnahmen

Für Ersatzneubauten wurde ebenfalls ab dem 1. Oktober 2007 ein eigenständiges Programm aufgelegt. Die Förderung geschieht mit einem Kapitalmarktdarlehen der Bayerischen Landesbodenkreditanstalt, das - soweit möglich - mit Unterstützung der KfW für die Dauer von zehn Jahren zinsverbilligt wird. Um auch auf diesem Wege den Fortbestand an Pflegeplätzen im Wege des Ersatzneubaus älterer Pflegeeinrichtungen zu gewährleisten, hat die Bayerische Staatsregierung beschlossen, dieses Darlehensprogramm ab dem Jahr 2012 mit Staatsbürgschaften abzusichern, wodurch zinsgünstige Darlehenskonditionen ermöglicht werden."

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

Berlin

Berichtsraum 2007 - 2010

Verausgabte Mittel zur Investitionskostenförderung

Haushaltsjahr	Fördermittel in € für vollstationäre Pflegeeinrichtungen		Trägerart
2007	1.550.000		freigemeinnütziger Träger
2008	2.045.000	davon	
		803.640	privater Träger
		1.241.360	freigemeinnütziger Träger
2009	3.810.000	davon	
		2.365.000	privater Träger
		778.682	freigemeinnütziger Träger
2010	4.504.000		private Träger
Gesamt	11.909.000		

Verausgabe Mittel zur Investitionskostenförderung in €						
	2007			2008		
Art der Träger	LAP	KUP	TAP	LAP	KUP	TAP
freigemeinnützige	1.550.000	91.781	302.001	1.241.360	116.545	338.238
privat-gewerblich	-	99.645	100.667	803.640	88.147	115.997
öffentlich	-	-	-	-	-	6.135
Gesamt	1.550.000	191.426	402.668	2.045.000	204.692	460.370

Verausgabe Mittel zur Investitionskostenförderung in €						
	2009			2010		
Art der Träger	LAP	KUP	TAP	LAP	KUP	TAP
freigemeinnützige	778.682	100.010	309.155	-	107.037	357.189
privat-gewerblich	2.365.000	123.662	123.747	4.245.358	117.955	171.827
öffentlich	-	-	6.135	-	-	6.135
Gesamt	3.143.682	223.672	439.037	4.245.358	224.992	535.151

LAP = vollstationäre Langzeitpflegeplätze

KUP = vollstationäre Kurzzeitpflegeplätze

TAP = teilstationäre Tagespflegeplätze

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

Brandenburg

„Die Angaben über die verausgabten Mittel zur Investitionsförderung entfallen, da in den Jahren 2007 bis 2010 keine Förderung mehr erfolgte.“

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

Hamburg

Verausgabte Mittel zur Investitionskostenförderung (hier nach § 4 Absatz 2 HmbLPG für Tages- und Kurzzeitpflege):

Tagespflege / Kurzzeitpflege in €	2007	2008	2009	2010
Kurzzeitpflege	154.000	295.000	267.000	252.000
Tagespflege	616.000	646.000	732.000	813.000
Gesamtförderung	770.000	941.000	999.000	1.065.000

(Quelle: Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg)

Hessen

Pro Haushaltsjahr standen im Berichtszeitraum 30.500.000,00 € zur Verfügung.

(Quelle: Hessisches Sozialministerium)

Mecklenburg-Vorpommern

Zuweisungen und Zuschüsse nach §§ 6 und 8 Landespflegegesetz

Jahr	§ 6 (ambulante Pflegeeinrichtungen) in €	§ 8 (teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen) in €	Gesamt in €
2007	868.224,23	575.110,00	1.443.334,23
2008	332.146,00	725.230,00	1.057.376,00
2009	195.650,00	957.544,00	1.153.194,00
2010	87.797,00	1.104.299,00	1.192.096,00

Jahr	§ 6 (ambulante Pflegeeinrichtungen) in €	freigemeinnützig	privatgewerblich	öffentlich
2007	868.224,23	543.434,23	324.790,00	
2008	332.146,00	299.575,00	32.571,00	
2009	195.650,00	175.000,00	20.650,00	
2010	87.797,00	-	87.797,00	

Jahr	§ 8 (teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen) in €	freigemeinnützig	privatgewerblich	öffentlich
2007	575.110,00	490.580,00	84.530,00	
2008	725.230,00	109.141,00	616.089,00	
2009	957.544,00	272.780,00	684.764,00	
2010	1.104.299,00	1.048.799,00	55.500,00	

Pauschalförderung für teilstationäre Einrichtungen nach § 7 Landespflegegesetz

Jahr	Fördersumme Gesamt in €	freigemeinnützig	privatgewerblich	öffentlich
2007	271.687,84	229.945,28	41.742,56	
2008	306.661,60	242.803,20	63.858,40	
2009	425.655,98	311.743,98	113.912,00	
2010	459.863,45	329.100,83	130.762,62	

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

Niedersachsen

**Investitionsfolgekostenförderung nach dem Niedersächsischen Pflegegesetz
2007 bis 2010**

<u>Haushalts- jahr</u>	<u>Ambulante Pflegeeinrichtungen</u>	<u>Förderung von teilstationären Ein- richtungen</u>	<u>Förderung der Kurzzeitpflege</u>	<u>Förderung der In- vestitionskosten insgesamt in €</u>
	(§ 9 NPflegeG) Betrag in €	(§ 10 NPflegeG) Betrag in €	(§ 10 NPflegeG) Betrag in €	
2007	28.326.000	2.275.000	9.769.000	40.370.000
2008	27.438.815	2.300.326	10.720.050	40.459.191
2009	27.174.000	2.964.000	11.649.000	41.787.000
2010	23.741.000	4.352.805	13.372.000	41.465.800

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

Nordrhein-Westfalen

Angaben zur Investitionskostenförderung für zugelassene Pflegeeinrichtungen

„Angaben zur Investitionskostenförderung für zugelassene Pflegeeinrichtungen

Mit dem Landespflegegesetz von 1996 ist die Investitionskostenförderung den Kommunen des Landes (als durch das Pflege-Versicherungsgesetz entlasteten Trägern der Sozialhilfe) übertragen worden bzw. von den überörtlichen Trägern der Kriegsopferfürsorge zu leisten.

Seit der Novelle des Landespflegegesetzes im Jahre 2003 erfolgt die Förderung ausschließlich über das Pflegewohngeld als bewohnerbezogene Investitionskostenförderung - gebunden an die finanzielle Bedürftigkeit des konkreten Pflegebedürftigen.

Da die Kommunen zu diesen Aufgaben dem Land nicht berichtspflichtig sind, liegen der Landesregierung aktuelle genaue Zahlen zur Förderung in diesem Bereich nicht vor.

Die letzt verfügbaren Zahlen zur Höhe der Investitionskostenförderung sind die des Evaluationsberichtes zum Landespflegegesetz von 2009. Danach betrug die Förderung in 2007

im stationären Bereich	rund 362 Mio. €
und im ambulanten Bereich	rund 49 Mio. €

Zu weiteren Aspekten: Es liegen dem Land keine Daten zu Trägerschaft etc. vor, die über die Bundes-Erhebung nach § 109 SGB XI vom 15.12.2009 hinausgehen würden. Es wird deshalb gebeten, die NRW betreffenden Daten aus dieser Bundeserhebung zu entnehmen."

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

Saarland

Investitionskostenförderung für zugelassene Pflegeeinrichtungen in €

Jahr	Teilstationäre Pflege	freigemeinnützig	privatgewerblich	öffentlich
2007	270.158	224.096	46.062	-
2008	273.937	229.375	44.562	-
2009	278.417	234.112	44.305	-
2010	205.148	160.546	44.602	-

Die Förderbeträge für 2010 standen Mitte 2011 teilweise noch nicht endgültig fest.

Jahr	Kurzzeitpflege	freigemeinnützig	privatgewerblich	öffentlich
2007	523.074	478.058	45.016	-
2008	601.497	556.866	44.631	-
2009	575.366	521.989	53.377	-
2010	391.068	342.540	48.528	-

Die Förderbeträge für 2010 standen Mitte 2011 teilweise noch nicht endgültig fest.

Ambulante Pflegedienste und vollstationäre Pflegeeinrichtungen werden nicht investiv gefördert.

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

Sachsen

„Durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz gab es im Berichtszeitraum keine Mittel zur Investitionskostenförderung für zugelassene Pflegeeinrichtungen.“

(Quelle: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz)

Sachsen-Anhalt

„Es wurden keine Mittel zur Investitionsförderung verausgabt.“

(Quelle: Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt)

Schleswig-Holstein

„Es folgt eine Übersicht der Aufwendungen des Landes für die Investitionskostenförderung von Pflegeeinrichtungen in den Jahren 2007-2010 des Landes Schleswig-Holstein. Eine Differenzierung nach Trägerart ist dabei nicht möglich, da dieses Merkmal in den Abrechnungen der Kreise und kreisfreien Städten nicht gesondert ausgewiesen wird.“

Ausgaben (Landesanteil) für Investitionskostenförderung an zugelassene Pflegeeinrichtungen in €

	2007	2008	2009	2010*
Aufwendungen nach § 6 Abs. 2 LPflegeG - Investitionskostenpauschalen an ambulante Pflegedienste	1.537.801,03 (3.943.079,57)	1.540.850,14 (3.950.897,85)	1.610.912,78 (4.130.545,64)	1.662.170,49 (4.261.975,66)
Aufwendungen nach § 6 Abs. 3 LPflegeG - Bewohnerbezogene Zuschüsse an Pflegeeinrichtungen (Teilstationäre Pflege)	259.400,49 (665.129,46)	296.320,98 (759.797,38)	324.425,87 (831.861,20)	424.008,53 (1.087.201,37)
Aufwendungen nach § 6 Abs. 3 LPflegeG - Bewohnerbezogene Zuschüsse an Pflegeeinrichtungen (Kurzzeitpflege)	760.774,13 (1.950.702,89)	891.236,80 (2.285.222,56)	1.173.806,37 (3.009.759,93)	1.225.696,34 (3.142.811,13)
Aufwendungen nach § 6 Abs. 4 LPflegeG - Bewohnerbezogene Zuschüsse an vollstationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegewohnung)	13.541.497,41 (34.721.788,23)	13.409.105,45 (34.382.321,67)	13.182.251,37 (33.800.644,54)	13.056.150,21 (33.477.308,23)
insgesamt	16.099.473,06	16.137.513,37	16.291.396,39	16.368.025,56

(Klammerangaben = Höhe der Gesamtausgaben örtlicher Träger)

* nicht abschließend; teilweise wurden Vorjahreszahlen berücksichtigt, da die Abrechnungen der Kreise und kreisfreien Städte bis Mitte 2011 nicht vollständig vorlagen.

Eine Differenzierung nach Trägerart ist dabei nicht möglich, da dieses Merkmal in den Abrechnungen der Kreise und kreisfreien Städten nicht gesondert ausgewiesen wird.“

(Quelle: Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit, Schleswig-Holstein)

Thüringen

„Auf der Grundlage des Thüringer Gesetzes zur Ausführung des Pflege-Versicherungsgesetzes erfolgte in den Jahren 2007 bis 2010 keine Förderung stationärer Pflegeeinrichtungen aus Landeshaushaltsmitteln.“

(Quelle: Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Thüringen)

**Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte
für demenziell Erkrankte
(Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote und
Modellvorhaben im Jahre 2010)**

Bundesland	Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote	in Prozent zur Ge- samtför- derung	Förderung von Modellvorhaben	in Prozent zur Ge- samtför- derung	Förderung von Ehrenamt und Selbsthilfe	in Prozent zur Ge- samtför- derung	Gesamtbetrag	Maximales Fördervolumen	In An- spruch genom- mene För- dergelder
	€	%	€	%	€	%	€	in Euro nach Königsteiner Schlüssel 2010	in Prozent
Baden-Württemberg	1.766.616,87	89,20	66.500,00	3,40	147.299,53	7,40	1.980.416,40	3.200.900,00	61,87
Bayern	974.379,49	84,19	170.012,13	14,69	12.973,38	1,12	1.157.365,00	3.780.652,50	30,61
Berlin	604.074,00	79,83	44.539,00	5,89	108.044,55	14,28	756.657,55	1.256.782,50	60,21
Brandenburg	525.035,17	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	525.035,17	780.467,50	67,27
Bremen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	236.272,50	0,00
Hamburg	592.007,02	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	592.007,02	648.672,50	91,26
Hessen	874.000,00	66,69	288.250,00	22,00	148.250,00	11,31	1.310.500,00	1.801.365,00	72,75
Mecklenburg- Vorpommern	1.405,00	0,74	188.812,04	99,26	0,00	0,00	190.217,04	525.780,00	36,18
Niedersachsen	1.452.001,04	94,88	78.283,83	5,12	0,00	0,00	1.530.284,87	2.333.177,50	65,59
Nordrhein-Westfalen	1.300.127,02	83,22	262.236,00	16,78	0,00	0,00	1.562.363,02	5.330.317,50	29,31
Rheinland-Pfalz	325.181,32	70,72	134.610,00	29,28	0,00	0,00	459.791,32	1.203.915,00	38,19
Saarland	336.463,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	336.463,00	309.005,00	108,89
Sachsen	95.548,47	39,34	147.311,46	60,66	0,00	0,00	242.859,93	1.306.195,00	18,59
Sachsen-Anhalt	317.995,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	317.995,00	741.975,00	42,86
Schleswig-Holstein	210.800,00	61,86	64.600,00	38,14	0,00	0,00	275.400,00	836.332,50	32,93
Thüringen	119.384,54	80,90	28.179,56	19,10	0,00	0,00	147.564,10	708.190,00	20,84
Gesamt	9.495.017,94		1.473.334,02		416.567,46		11.384.919,42	25.000.000,00	

Anmerkungen: Die Spalten 1-7 beruhen auf den Angaben der Länder. Die Spalten 8-9 wurden einheitlich an das maximale Fördervolumen auf der Grundlage des Königsteiner-Schlüssels für das Jahr 2010 ausgerichtet. Die Angabe Null in der Tabelle entspricht keiner Angabe. Der Gesamtbetrag bildet die Ausgaben für das Jahr 2010 ab. Dabei können auch Übertragungen aus dem Vorjahr beinhaltet sein.

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

Bundesland	Rechtsverordnung zur <u>Anerkennung</u> niedrigschwelliger Betreuungsangebote § 45b Absatz 3 Satz 2 SGB XI	Rechtsverordnung zur <u>Förderung</u> von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und Modellvorhaben § 45c Absatz 6 Satz 4 SGB XI	Anzahl der anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote § 45b Absatz 1 Satz 6 Nr. 4 Nr. 3 SGB XI			Anzahl der zugelassenen amb. Pflegedienste mit besonderen Angeboten der allg. Anleitung und Betreuung § 45b Absatz 1 Satz 6 Nr. 4 SGB XI	Anzahl der <u>geförderten</u> niedrigschwelligen Betreuungsangebote (Projektförderung) § 45c Absatz 3 SGB XI	Anzahl der <u>geförderten</u> Modellvorhaben § 45c Absatz 4 SGB XI	
			Anbieter	Angebote *	davon:				
Baden-Württemberg	Verordnung v. 02/2011	Verordnung v. 02/2011	272	312	Betreuungsgruppen	133	52	513	3
					Helferkreise	88			
					Tagesbetreuung	6			
					Einzelbetreuung	9			
					Vermittlungsagenturen	10			
					Familienentl. Dienste	29			
Sonstiges	37								
Bayern	Verordnung v. 12/2008	Verordnung v. 12/2008	648	724	Betreuungsgruppen	231	ca. 640	495	18
					ehrenamtl. Helferkreise	111			
					Angehörigengruppen	153			
					ehrenamtl. Einsatzstunden	22.769			
					Vermittlungsagenturen	0			
					Sonstiges	k.A.			

Bundesland	Rechtsverordnung zur <u>Anerkennung</u> niedrigschwelliger Betreuungsangebote § 45b Absatz 3 Satz 2 SGB XI	Rechtsverordnung zur <u>Förderung</u> von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und Modellvorhaben § 45c Absatz 6 Satz 4 SGB XI	Anzahl der anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote § 45b Absatz 1 Satz 6 Nr. 4 Nr. 3 SGB XI			Anzahl der zugelassenen amb. Pflegedienste mit besonderen Angeboten der allg. Anleitung und Betreuung § 45b Absatz 1 Satz 6 Nr. 4 SGB XI	Anzahl der <u>geförderten</u> niedrigschwelligen Betreuungsangebote (Projektförderung) § 45c Absatz 3 SGB XI	Anzahl der <u>geförderten</u> Modellvorhaben § 45c Absatz 4 SGB XI	
			Anbieter	Angebote *	davon:				
Berlin	Verordnung vom 07/2003	Verordnung vom 07/2003	111	156	Betreuungsgruppen	85	ca. 350	54	1
					Helferkreise	21			
					Tagesbetreuung	44			
					Einzelbetreuung	6			
					Vermittlungsagenturen	2			
					Familienentlastende Dienste	k.A.			
					Sonstiges	4			
Brandenburg	Verordnung vom 11/2002 in der Fassung vom 16.09.2009	Rahmenvereinbarung vom 07/2003 in der Fassung vom 29.10.2009	128	379	Betreuungsgruppen	180	439	92	0
					Helferkreise	159			
					Tagesbetreuung	26			
					Einzelbetreuung	0			
					Vermittlungsagenturen	0			
					Familienentlastende Dienste	14			
					Sonstiges	0			
Bremen	Verordnung vom 04/2003	Richtlinie zur Ausgestaltung und Durchführung der Projektförderung nach dem BremAGPflVG vom 1.08.2008	k.A.	k.A.	Betreuungsgruppen	4	79	k.A.	k.A.
					Helferkreise	k.A.			
					Tagesbetreuung	7			
					Einzelbetreuung	k.A.			
					Vermittlungsagenturen	k.A.			
					Familienentlastende Dienste	k.A.			
					Sonstiges	17			
Hamburg	Verordnung vom 05/2003	Verordnung vom 05/2003	14	52	Betreuungsgruppen	17	236	10	0
					Helferkreise	13			
					Tagesbetreuung	0			
					Einzelbetreuung	17			
					Vermittlungsagenturen	0			
					Familienentlastende Dienste	3			
					Sonstiges	2			
Hessen	Verordnung vom 12/2003	Rahmenvereinbarung vom 12/2010	k.A.	k.A.	Betreuungsgruppen	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.
					Helferkreise	k.A.			
					Tagesbetreuung	k.A.			
					Einzelbetreuung	k.A.			
					Vermittlungsagenturen	k.A.			
					Familienentlastende Dienste	k.A.			
					Sonstiges	k.A.			

Bundesland	Rechtsverordnung zur <u>Anerkennung</u> niedrigschwelliger Betreuungsangebote § 45b Absatz 3 Satz 2 SGB XI	Rechtsverordnung zur <u>Förderung</u> von niedrigschwelliger Betreuungsangeboten und Modellvorhaben § 45c Absatz 6 Satz 4 SGB XI	Anzahl der anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote § 45b Absatz 1 Nr. 4 SGB XI			Anzahl der zugelassenen amb. Pflegedienste mit besonderen Angeboten der allg. Anleitung und Betreuung § 45b Absatz 1 Nr. 3 SGB XI	Anzahl der <u>geförderten</u> niedrigschwelligen Betreuungsangebote (Projektförderung) § 45c Absatz 3 SGB XI	Anzahl der <u>geförderten</u> Modellvorhaben § 45c Absatz 4 SGB XI	
			Anbieter	Angebote *	davon:				
Mecklenburg-Vorpommern	Verordnung vom 12/2010	Verordnung vom 1206/2010	9	9	Betreuungsgruppen	1	523	1	5
					Helferkreise	k.A.			
					Tagesbetreuung	k.A.			
					Einzelbetreuung	k.A.			
					Vermittlungsagenturen	k.A.			
					Familientlastende Dienste	8			
Sonstiges	k.A.								
Niedersachsen	Verordnung vom 08/2002	Verordnung vom 09/2004, Verlängert bis 11/2008	352	904	Betreuungsgruppen	418	k.A.	k.A.	k.A.
					Helferkreise	438			
					Tagesbetreuung	20			
					Einzelbetreuung	28			
					Vermittlungsagenturen	0			
					Familientlastende Dienste	0			
Sonstiges	k.A.								
Nordrhein-Westfalen	Verordnung vom 07/2003	Verordnung vom 07/2003	k.A.	1.503	Betreuungsgruppen	423	k.A.	k.A.	k.A.
					Helferkreise	252			
					Tagesbetreuung	100			
					Einzelbetreuung	160			
					Vermittlungsagenturen	100			
					Familientlastende Dienste	153			
Sonstiges	310								
Rheinland-Pfalz	Verordnung vom 12/2002	Verordnung vom 12/2003	155	235	Betreuungsgruppen	62	271	128	5
					Helferkreise	113			
					Tagesbetreuung	60			
					Einzelbetreuung	k.A.			
					Vermittlungsagenturen	0			
					Familientlastende Dienste	k.A.			
Sonstiges	0								
Saarland	Verordnung vom 6/2005	Verordnung vom 6/2005	78	131	Betreuungsgruppen	52	98	32	0
					Helferkreise	13			
					Tagesbetreuung	10			
					Einzelbetreuung	32			
					Vermittlungsagenturen	0			
					Familientlastende Dienste	9			
Sonstiges	15								

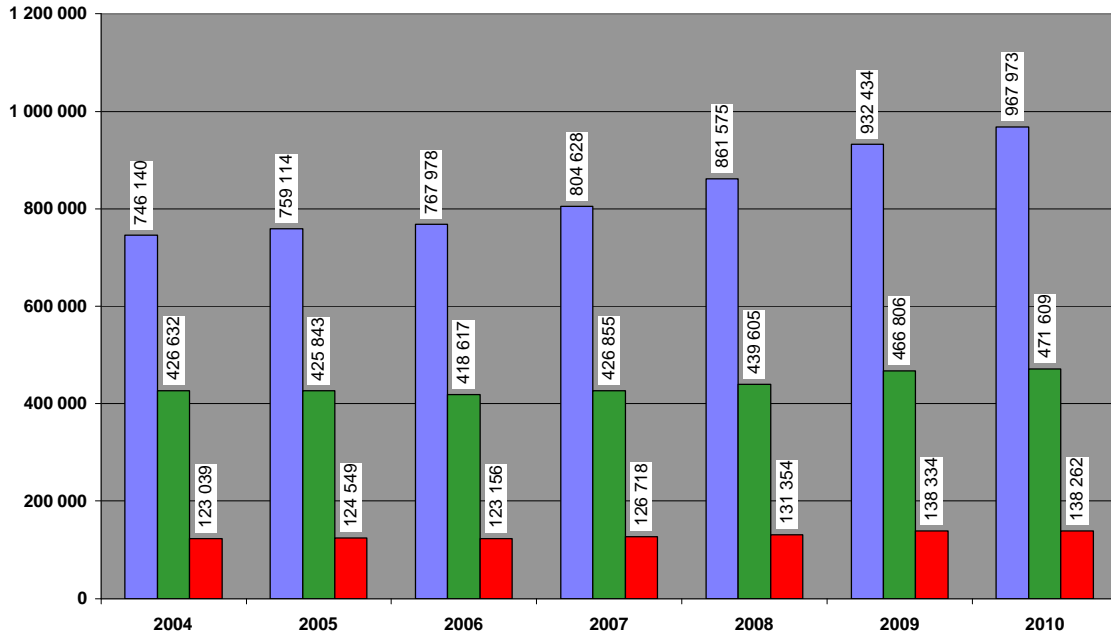
Bundesland	Rechtsverordnung zur <u>Anerkennung</u> niedrigschwelliger Betreuungsangebote § 45b Absatz 3 Satz 2 SGB XI	Rechtsverordnung zur <u>Förderung</u> von niedrigschwelligem Betreuungsangeboten und Modellvorhaben § 45c Absatz 6 Satz 4 SGB XI	Anzahl der anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote § 45b Absatz 1 Nr. 4 SGB XI			Anzahl der zugelassenen amb. Pflegedienste mit besonderen Angeboten der allg. Anleitung und Betreuung § 45b Absatz 1 Nr. 3 SGB XI	Anzahl der <u>geförderten</u> niedrigschwelligen Betreuungsangebote (Projektförderung) § 45c Absatz 3 SGB XI	Anzahl der <u>geförderten</u> Modellvorhaben § 45c Absatz 4 SGB XI	
			Anbieter	Angebote *	davon:				
Sachsen	Verordnung vom 07/2003	Einzelförderung gemäß § 1 Absatz 1 Nr. 7 der Förderzuständigkeitsverordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz	171	171	Betreuungsgruppen	k.A.	519	20	3
					Helferkreise	k.A.			
					Tagesbetreuung	k.A.			
					Einzelbetreuung	k.A.			
					Vermittlungsagenturen	k.A.			
					Familientlastende Dienste	k.A.			
					Sonstiges	k.A.			
Sachsen-Anhalt	Verordnung 03/2003, geändert durch Verordnung 12/2007	Verordnung 03/2003, geändert durch Verordnung 12/2007	33	33	Betreuungsgruppen	k.A.	430	20	0
					Helferkreise	k.A.			
					Tagesbetreuung	17			
					Einzelbetreuung	k.A.			
					Vermittlungsagenturen	0			
					Familientlastende Dienste	16			
					Sonstiges	k.A.			
Schleswig-Holstein	Verordnung vom 12/2009	Verordnung vom 12/2009	75	131	Betreuungsgruppen	78	314	85	1
					Helferkreise	14			
					Tagesbetreuung	9			
					Einzelbetreuung	6			
					Vermittlungsagenturen	1			
					Familientlastende Dienste	8			
					Sonstiges	15			
Thüringen	Verordnung vom 12/2003	Verordnung vom 12/2003	83	256	Betreuungsgruppen	49	286	29	1
					Helferkreise	33			
					Tagesbetreuung	26			
					Einzelbetreuung	41			
					Vermittlungsagenturen	13			
					Familientlastende Dienste	50			
					Sonstiges	44			

Übersicht über die Grafiken 1 bis 6

- Grafik 1** Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger im ambulanten Bereich zum Jahresende nach Pflegestufen
- Grafik 2** Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger im stationären Bereich zum Jahresende nach Pflegestufen
- Grafik 3** Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger zum Jahresende nach Pflegestufen
- ambulant und stationär -
- Grafik 4** Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen in den Jahren 2004 bis 2010 - ambulant -
- Grafik 5** Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen in den Jahren 2004 bis 2010 - stationär -
- Grafik 6** Pflegebedürftige nach Leistungsarten im Jahresdurchschnitt

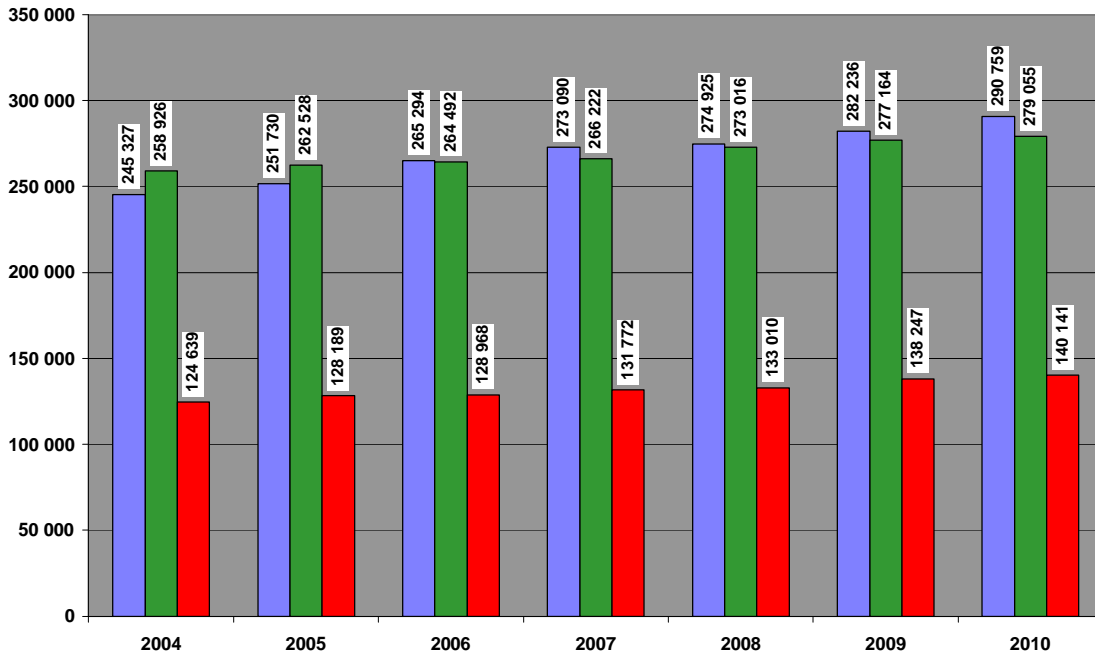
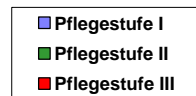
Grafik 1

Entwicklung der Leistungsempfänger im ambulanten Bereich zum Jahresende nach Pflegestufen



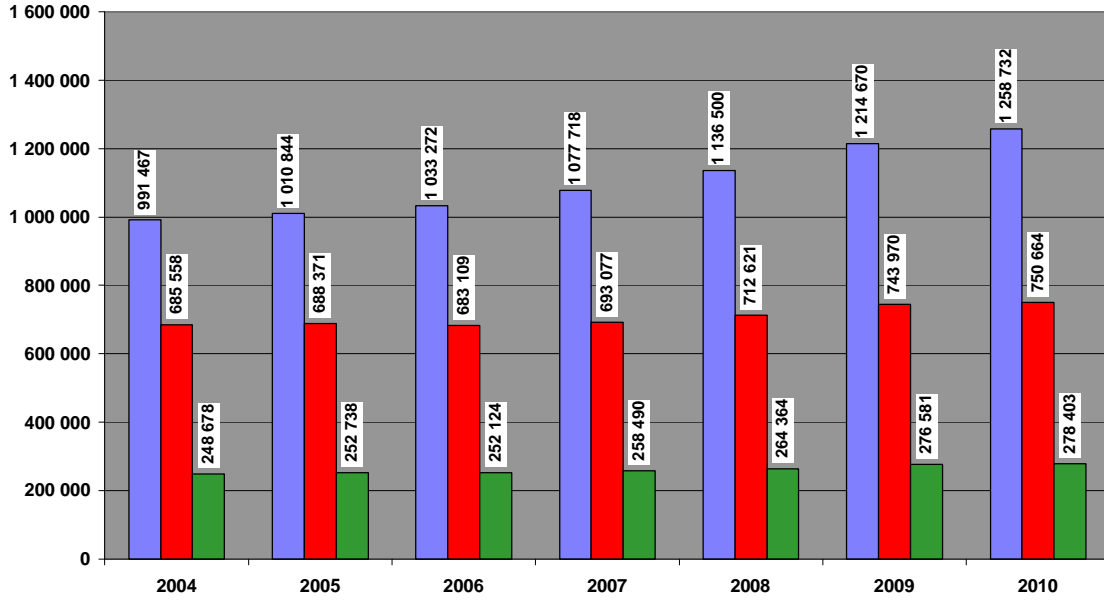
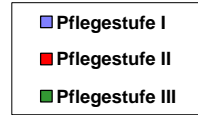
Grafik 2

Entwicklung der Leistungsempfänger im stationären Bereich zum Jahresende nach Pflegestufen



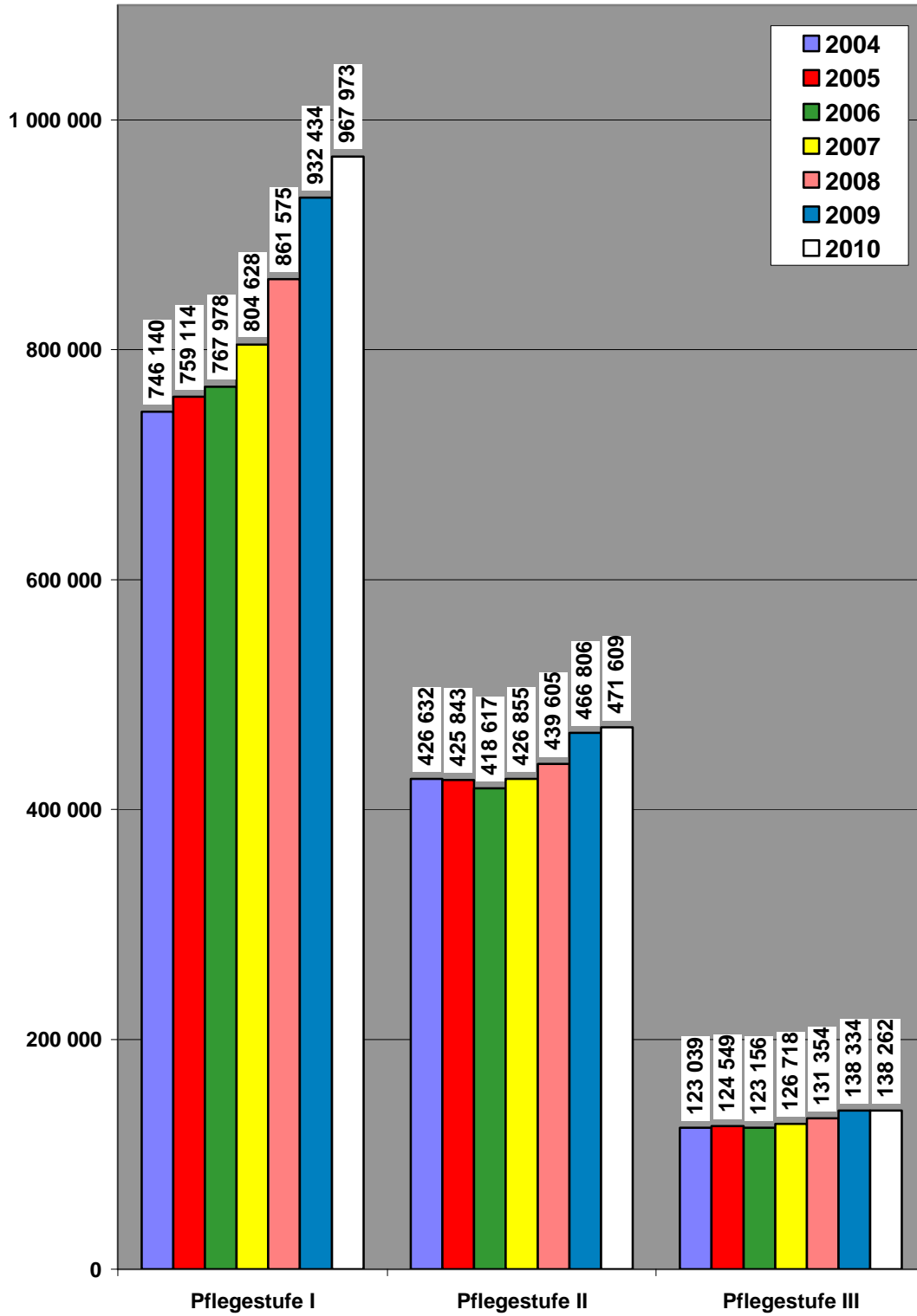
Grafik 3

Entwicklung der Leistungsempfänger
zum Jahresende nach Pflegestufen
- ambulant und stationär -

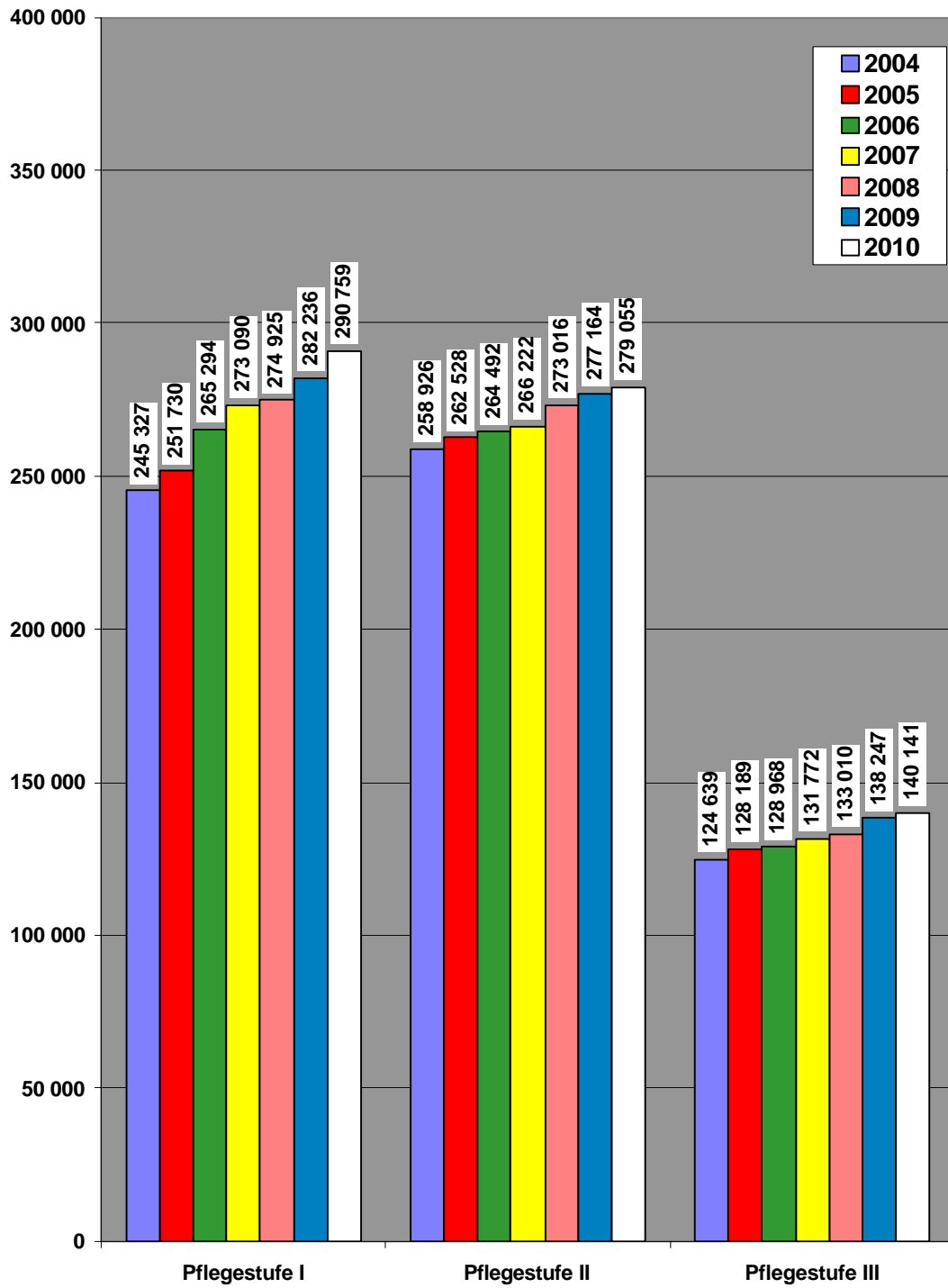


Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach
Pflegestufen in den Jahren 2004 bis 2010

- ambulant -



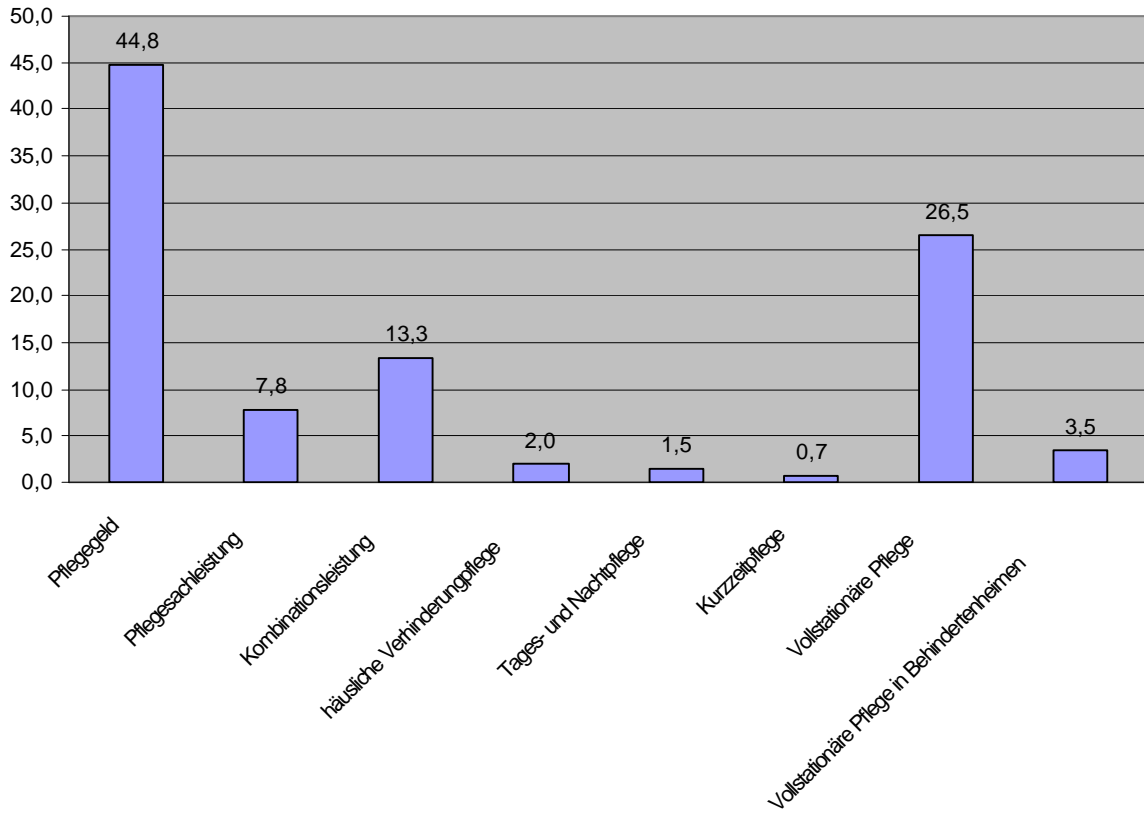
Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach
Pflegestufen in den Jahren 2004 bis 2010
- stationär -



Grafik 6

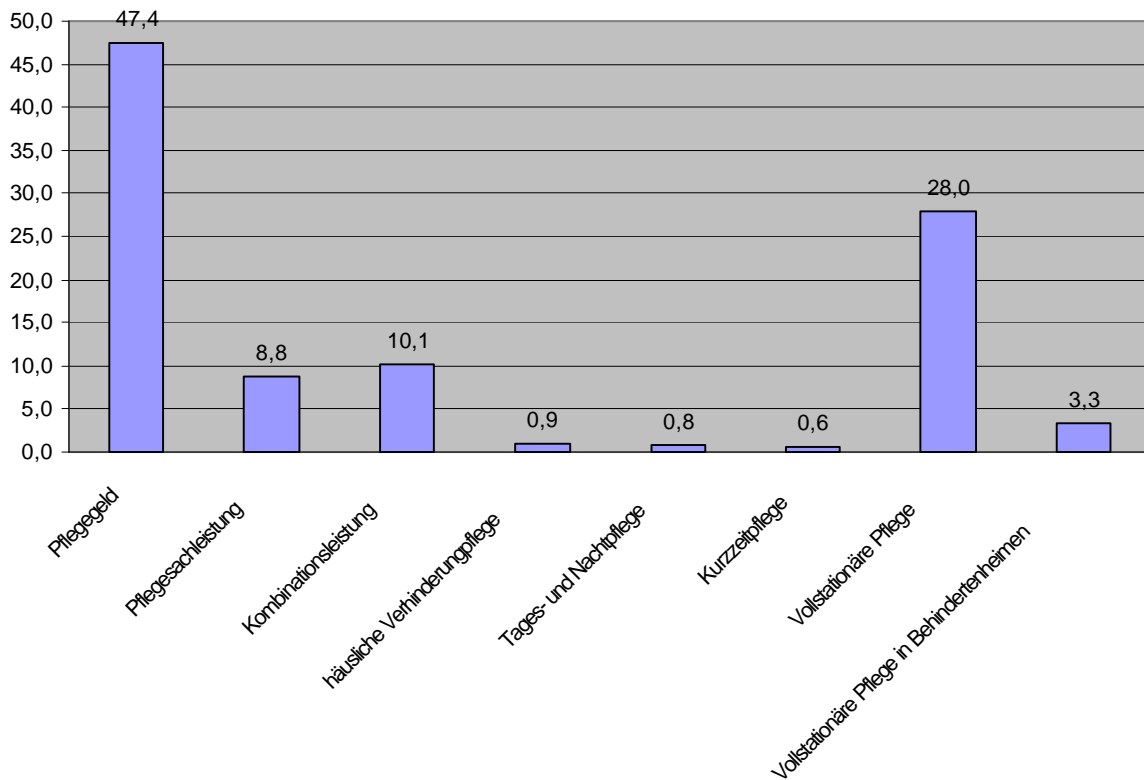
Pflegebedürftige im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten 2010

Anteil in %



Pflegebedürftige im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten 2006

Anteil in %



Dokumentenname	Bericht Entwicklung Pflegeversicherung.doc
Ersteller	BMG
Stand	05.12.2011 16:45

Dokumentenname	Bericht Entwicklung Pflegeversicherung.doc
Ersteller	BMG
Stand	05.12.2011 16:45