

Antwort auf eine Große Anfrage
– Drucksache 13/3495 –

Wortlaut der Großen Anfrage der Fraktion der SPD vom 27. 11. 1997

Betr.: Pflege in Niedersachsen nach Einführung der Pflegeversicherung

Als neuer Zweig der Sozialversicherung wurde in zwei Stufen 1995 und 1996 die Pflegeversicherung eingeführt. Ziel des Gesetzes ist es u. a., den Pflegebedürftigen die Führung eines möglichst eigenständigen und selbstbestimmten Lebens zu ermöglichen, das der Würde der Menschen entspricht. Deshalb haben ambulante Pflege Vorrang vor stationärer Pflege und Prävention Vorrang vor Rehabilitation. Medizinische und ergänzende Leistungen der Pflegeversicherung sollen dazu dienen, Pflegebedürftigkeit zu mindern oder zu überwinden. Somatische und psychisch bedingte Pflegebedürftigkeit gelten nach dem Pflegeversicherungsgesetz des Bundes als gleichrangig.

Bei der Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes gibt es derzeit vielfältige Probleme: Die Ganzheitlichkeit der Pflege erscheint nicht gewährleistet. Der bürokratische Aufwand ist erheblich. Viele Pflegefachkräfte arbeiten derzeit für die Erfassung und Verwaltung von Leistungen und weniger in der Pflege an den Pflegebedürftigen. Gleichzeitig wird eine Diskrepanz deutlich: Je höher die Pflegestufe, desto größer wird die Schere zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung und den tatsächlich entstehenden Kosten. Entsprechend vergrößert sich auch die Zahl der Pflegebedürftigen, die auf Hilfe zur Pflege nach dem BSHG angewiesen sind.

Auf der Grundlage des Pflegeversicherungsgesetzes des Bundes haben die Bundesländer die investiven Ausgaben zur Bereitstellung der ambulanten und stationären pflegerischen Infrastruktur zu regeln.

Das Land Niedersachsen hat mit dem Landespflegegesetz von 1996 seine gesetzliche Aufgabe erfüllt. Es hat darüber hinaus mit diesem Gesetz freiwillig Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der Pflege und für Hilfen im Vor- und Umfeld von Pflege in Niedersachsen geschaffen.

Wir fragen die Landesregierung:

A. Zur Umsetzung der Pflegeversicherung

1. Wie beurteilt sie die derzeitige Umsetzung der Pflegeversicherung? Bedarf es nach ihrer Auffassung Änderungen bzw. Ergänzungen? Ist der Landesregierung bekannt, daß „Geschäfte mit verdeckten Karten“ („Die Zeit“ Nr. 48 v. 21. 11. 1997, S. 30) zum Nachteil der Pflegebedürftigen bzw. der Kostenträger abgeschlossen werden?
 - 1.1 Sieht sie Möglichkeiten einer Verringerung des gegenwärtig hohen bürokratischen Aufwandes in Pflegeeinrichtungen?
 - 1.2 Welche Lösungsmöglichkeiten sind nach ihrer Auffassung gegeben, um zu verhindern, daß die Leistungen der Pflegeversicherung bei höheren Pflegestufen einen immer geringeren Anteil der tatsächlich entstehenden Kosten abdecken?

B. Situation der Pflegebedürftigen

1. Wie viele Personen erhalten Leistungen der Pflegeversicherung, und wie hat sich diese Zahl seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung entwickelt
 - a) im Bund,
 - b) in Niedersachsen?
- 1.1 Wie viele Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung entfallen jeweils auf ambulante, teilstationäre, Kurzzeit- und vollstationäre Dauerpflege
 - a) im Bund,
 - b) in Niedersachsen?
- 1.2 Welche Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung wurden im übrigen gewährt, und in welchem Umfang?
2. Wie hat sich die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege nach dem BSHG seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung entwickelt
 - a) im Bund,
 - b) in Niedersachsen?
- 2.1 Welche Personen werden von Leistungen der Pflegeversicherung ausgeschlossen?
Von welchem zahlenmäßigen Umfang ist dabei auszugehen
 - a) im Bund,
 - b) in Niedersachsen?
- 2.2 In welchem Umfang konnte die Inanspruchnahme von Sozialhilfe oder vergleichbaren Sozialleistungen vermieden werden
 - ausschließlich durch Leistungen der Pflegeversicherung,
 - durch die ergänzenden Leistungen der Investitionskostenförderung des Landes?
3. Wie viele erheblich, schwer- und schwerstpflegebedürftige Menschen gibt es nach Feststellung des Medizinischen Dienstes und der medizinischen Gutachter der privaten Versicherungsunternehmen
 - a) im Bund,
 - b) in Niedersachsen?

Wie viele sind nach den Kriterien des PflegeVG nicht pflegebedürftig, und wie haben sich die Ergebnisse der Begutachtungen seit Beginn der Pflegeversicherung jeweils entwickelt?
- 3.1 Liegen der Landesregierung Erkenntnisse vor über die Ergebnisse der Begutachtungen bei psychisch veränderten alten oder bei geistig behinderten Menschen und die Leistungen der Pflegekassen für diesen Personenkreis?

C. Pflegeleistungen in Niedersachsen

Ambulante Pflege

1. Wie viele ambulante Pflegedienste sind seit Beginn der Pflegeversicherung in Niedersachsen zugelassen worden, und wie viele haben zur Zeit in Niedersachsen einen Versorgungsvertrag?
- 1.1 Welche Erkenntnisse liegen der Landesregierung über die Frage der geringfügigen Beschäftigung in den ambulanten Pflegediensten vor?
- 1.2 Welche finanziellen Leistungen erbringt das Land Niedersachsen im Bereich der ambulanten Pflege?

- 1.3 Liegen der Landesregierung Erkenntnisse über Entlastungen der Kommunen im Bereich der ambulanten Pflege durch die Pflegeversicherung vor?

Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

2. Welches Angebot gibt es an Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege in Niedersachsen, und ist es ausreichend?
- 2.1 Welche finanziellen Leistungen erbringt das Land Niedersachsen im Bereich der teilstationären und der Kurzzeitpflege?
- 2.2 Liegen der Landesregierung Erkenntnisse darüber vor, wie viele Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen keinen Versorgungsvertrag erhalten haben, und aus welchem Grund (z. B. Tagespflegeeinrichtungen in einem Verbundangebot von stationärer und teilstationärer Pflege)?
- 2.3 Verfügt sie über Erkenntnisse, ob die Leistungen der Pflegeversicherung für ambulante Pflegeleistungen plus Leistungen für die Tagespflege auskömmlich sind?

Vollstationäre Dauerpflege

3. Welche finanziellen Leistungen sind vom Land Niedersachsen bislang für die vollstationäre Dauerpflege erbracht worden
 - a) an Investitionsfolgekosten,
 - b) an „Pflegewohngeld“?
- 3.1 Liegen der Landesregierung Erkenntnisse über Einsparungen der Kommunen im Bereich der Sozialhilfe durch die Pflegeversicherung vor?
- 3.2 Mit welchen Veränderungen ist aufgrund des Auslaufens der Übergangsbestimmungen im PflegeVG und im NPflegeG für die Pflegebedürftigen in Heimen in Niedersachsen zu rechnen? Sieht die Landesregierung im Fall zu erwartender negativer Entwicklungen Möglichkeiten, diese zu vermeiden oder auszugleichen?
- 3.3 Welches Angebot an vollstationären Pflegeplätzen in Niedersachsen gibt es, und reicht es aus?
- 3.4 Welche Erfahrungen gibt es in Niedersachsen mit der Vernetzung stationärer, teilstationärer und ambulanter Pflegeleistungen?

Vorpflegerische Maßnahmen

4. Welche Förderung erfahren hilfe- und pflegebedürftige Personen im Vor- und Umfeld von Pflege durch die Landesregierung? Liegen bereits Anträge auf Förderung nach § 17 NPflegeG vor, in welcher Zahl und an welchen Orten?
- 4.1 Welche finanziellen Leistungen erbringt das Land Niedersachsen hierfür?

Qualität der Pflege

5. Wie beurteilt die Landesregierung die Pflegequalität im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich? Welche Maßnahmen hat die Landesregierung zur Sicherung der Pflegequalität im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich ergriffen?
- 5.1 Haben die Aussagen der Fachkommission Altenpflege des Niedersächsischen Sozialministeriums von 1993 „Orientierungsrahmen und Empfehlungen zur Altenpflegepolitik in Niedersachsen“ für die Landesregierung einen Leitliniencharakter?
- 5.2 Liegen der Landesregierung Erkenntnisse vor, inwieweit es durch die Pflegeversicherung zu Veränderungen in der Pflegelandschaft gekommen ist, wenn die Aussagen der Fachkommission Altenpflege als Ausgangspunkt genommen werden?

Antwort der Landesregierung

Niedersächsisches Sozialministerium
– 01.1 – 01 425/01 –

Hannover, den 13. 1. 1998

Zu A.1:

Zur Umsetzung der Pflegeversicherung

Mit dem Pflegeversicherungsgesetz des Bundes vom 26. Mai 1994 ist der gesamte Bereich der Pflege – mit Ausnahme der Krankenpflege nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung) – auf eine neue bundesgesetzliche Grundlage gestellt worden. Das Gesetz greift zudem in eine Vielzahl anderer Rechtsbereiche ein, z. B. in das Rentenrecht, das Bundessozialhilfegesetz, das Krankenhausfinanzierungsgesetz, das Heimgesetz, das Arbeitsförderungsgesetz oder das Umsatzsteuergesetz. Die Folge sind zum Teil wesentliche Änderungen und Ergänzungen sowie erhebliche Strukturanpassungs-, Organisations- und Abgrenzungsprobleme auch aufgrund unklarer Rechtsvorschriften.

Neben der komplexen neuen Rechtsmaterie bringt auch die Vielzahl der an der Umsetzung des Gesetzes notwendigerweise Beteiligten die Gefahr von Reibungsverlusten und Konflikten mit sich.

Das Pflegeversicherungsgesetz in seiner jetzigen Form ist das Ergebnis eines langen Diskussionsprozesses und schließlich eines Kompromisses zwischen den Beteiligten auf Bundes- und Länderseite. Die gemeinsamen Hauptziele waren

- die Absicherung der Bürgerinnen und Bürger vor dem finanziellen Risiko der Pflegebedürftigkeit im Wege einer sozialversicherungsrechtlichen Lösung und
- die Entlastung der Sozialhilfeträger von den drastisch gestiegenen Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem BSHG.

Der Kompromißcharakter wesentlicher gesetzlicher Regelungen brachte von Anfang an grundlegende Strukturprobleme mit sich. Am deutlichsten wird dies im Widerspruch zwischen den marktorientierten Kriterien der Zulassung der Dienste und Einrichtungen zur pflegerischen Versorgung (§ 72 SGB XI) und der Verpflichtung der Länder, im Rahmen der ihnen zugewiesenen Verantwortung für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur (§ 9 SGB XI) Regelungen über die Planung – und Förderung – der Einrichtungen zu treffen. Das Niedersächsische Pflegegesetz vom 22. Mai 1996 (NPflegeG) versucht, durch das System einer nachfrageorientierten Strukturentwicklungsplanung und einer leistungsfolgenden Investitions-(folge)kostenförderung diesem Widerspruch zu begegnen.

Nicht zuletzt diese Sachverhalte haben die öffentliche Meinung über die Pflegeversicherung stark geprägt und zum Teil beeinträchtigt. Nach Auffassung der Landesregierung konnte eine nachhaltige Schädigung des vom Grundsatz durchaus positiven neuen Leistungssystems nur durch intensive Ausschöpfung der eng gesetzten Aufgaben und Handlungsmöglichkeiten des Landes vermieden werden. Dazu zählen

- die rechtzeitige Vorlage der Verordnung zur Einrichtung einer Schiedsstelle nach § 76 SGB XI im Zuge der Umsetzung der ersten Stufe der Pflegeversicherung,
- die Bildung der Pflegesatz- und der Pflegevergütungskommission nach § 86 SGB XI und deren erfolgreiche Tätigkeit im Zuge der erforderlichen Grundlagen zur Vergütung der stationären Pflegeleistungen ab 1. 1. 1998,
- die wiederholte Herausgabe der Informationsbroschüre „Unsere Pflegeversicherung“ sowie

- die Initiierung regelmäßiger Abstimmung zwischen den Leistungsträgern auf der Fachebene und der fortgesetzte Dialog mit den Verbänden der Leistungserbringer, mit Einrichtungsträgern und mit von Pflegebedürftigkeit Betroffenen.

Diese Einschätzung gilt auch für das Handeln der anderen Länder. Dabei haben die Länder und die anderen an der Umsetzung der Pflegeversicherung beteiligten Stellen oft als „Ausfallbürgen“ für unzureichendes oder kontraproduktives Handeln des Bundes gewirkt. Die Auseinandersetzungen um die Bestandsschutzsicherung beim Pflegegeld nach dem BSHG (Artikel 51 PflegeVG), um die Abgrenzung zwischen Eingliederungshilfe nach dem BSHG und Pflege nach dem SGB XI, die Gestaltung der Grundlagen für die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeitsrichtlinien, Begutachtungsrichtlinien) oder die nach wie vor fehlenden bundeseinheitlichen Kriterien für eine Abgrenzung der pflegebedingten Leistungen von den Leistungen für Unterkunft und Verpflegung, den Zusatzleistungen und den gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen durch eine Abgrenzungsverordnung sind Beispiele für Mängel im Umsetzungsprozeß des Pflegeversicherungsgesetzes, die vom Bund zu vertreten sind.

Zudem löste das Pflegeversicherungsgesetz organisatorischen Entwicklungsbedarf und damit verbunden Organisations- und Verwaltungsaufwand aus, für den aus Zeitnot handhabbare Lösungen schwer zu finden waren. Dies machte zum Teil Übergangsvorschriften wie die Regelungen des Art. 49 a PflegeVG für die vollstationäre Pflege erforderlich. Sie wurden zwar aus der Not heraus allseitig als einziger Lösungsweg akzeptiert, führten aber zu zusätzlichem Regelungs- und Organisationsbedarf parallel zur Entwicklung der Ausführungsmodalitäten der Regelvorschriften im SGB XI und damit vor allem auch zu zusätzlichen Belastungen für die Einrichtungsträger und zu einer Verunsicherung der Versicherten aufgrund laufend sich ändernder Rahmenbedingungen. Dies gilt letztlich auch für die von der Pflegesatzkommission nach § 86 SGB XI für 1998 getroffene Vereinbarung über ein „vereinfachtes Pflegesatzverfahren“, insbesondere mangels einer Abgrenzungsverordnung des Bundes.

Eine der Hauptursachen für die häufig kritische Bewertung der Pflegeversicherung liegt nach Einschätzung der Landesregierung darin, daß mit ihrer Einführung die Erwartung einer vollständigen Übernahme aller mit Pflegebedürftigkeit einhergehenden Kosten verbunden war. Diese Erwartung wurde durch das Gesetz nicht erfüllt. Zudem wurde diese Erwartung durch die bundeseitig gesteuerte rigide Begutachtungspraxis der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) zusätzlich enttäuscht. Im Ergebnis sind damit viele Versicherte von den Leistungen der Pflegeversicherung ausgeschlossen worden oder haben im Verhältnis zu ihrem Pflege- und Betreuungsbedarf eine zu niedrige Leistung erfahren. Dementsprechend wenige Personen sind durch die Leistungen der Pflegeversicherung tatsächlich unabhängig von staatlichen Transferleistungen, insbesondere von Sozialhilfe, geworden. Das zentrale Ziel der Pflegeversicherung ist damit bislang nur ungenügend erreicht worden.

Dennoch hat die Pflegeversicherung gegenüber dem vorherigen Zustand Verbesserungen gebracht, so zum Beispiel:

- den Rechtsanspruch auf die Versicherungsleistung ohne Anrechnung von Einkommen und Vermögen und ohne Heranziehung von Unterhaltsverpflichteten,
- die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen,
- die leistungsrechtliche Absicherung von teilstationären Pflegeleistungen und von Leistungen der Kurzzeitpflege,
- die Übernahme oder Bezuschussung von Kosten für technische Hilfen und für Wohnungsanpassung,
- die renten- und unfallrechtliche Absicherung von privaten Pflegepersonen; vor allem die rentenrechtliche Absicherung stellt einen wichtigen Beitrag zur Sicherung des Alterseinkommens insbesondere bei Frauen dar,
- das Beitragsaufkommen der Versicherten in Höhe von rd. 30 Mrd. DM für Aufgaben der Pflege; das ist nahezu das Doppelte der zuvor von den Sozialhilfeträgern geleisteten Ausgaben für Hilfe zur Pflege,

- die erhebliche Entlastung insbesondere der örtlichen Träger der Sozialhilfe von Ausgaben für Hilfe zur Pflege nach dem BSHG.

Mit dem NPflegeG wurden die Pflegebedürftigen zudem vollständig oder teilweise von den Investitionskosten der Pflegedienste und der Pflegeheime entlastet. Der Fördermodus, der sich an der tatsächlichen Inanspruchnahme der Dienste oder Heime orientiert, ermöglicht einen sparsamen und wirtschaftlichen Einsatz der öffentlichen Mittel. Als weiteres Förderinstrumentarium hat das NPflegeG die einkommensabhängige Förderung von Investitionsaufwendungen vollstationärer Einrichtungen der Dauerpflege durch bewohnerbezogene Aufwendungszuschüsse nach § 13 NPflegeG für die Personen eingeführt, die für die Kosten aus eigenem Einkommen nicht hätten aufkommen können und darum Sozialhilfe hätten in Anspruch nehmen müssen.

Die Durchführungsverordnung zum NPflegeG und die Ausführungsbestimmungen wurden in der Einführungs- und Umsetzungsphase vielfach mit den Beteiligten erörtert; ebenso fanden zu Fragen der Maßnahmenförderung nach § 12 NPflegeG projektbezogene Besprechungen mit den am Verfahren Beteiligten statt. Dabei konnten Einzelfragen und Probleme, die sich im Zuge der praktischen Umsetzung eines neuen Systems zwangsläufig ergeben, jeweils einer praxisgerechten Lösung zugeführt werden. Insgesamt fließen die gewonnenen Erfahrungen jetzt in die Überarbeitung der Fördererlasse durch das Sozialministerium ein. Ziel ist dabei auch, zu vereinfachenden und arbeitserleichternden Arbeitshilfen zu kommen. In die Überarbeitung werden Vertreter der Kommunen und der Einrichtungsträger einbezogen.

Gemeinsam mit den Landesverbänden der gesetzlichen Pflegekassen und den kommunalen Spitzenverbänden wurde eine klarstellende Vereinbarung über die Zulassungs- und Förderkriterien für sogenannte eingestreute Kurzzeitpflegeangebote getroffen, die den Belangen der Einrichtungsträger entgegenkommt und zugleich die Qualität der Pflege sicherstellt. Für Einrichtungen der teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege) befindet sich unter Einbeziehung von Einrichtungsträgern eine vergleichbare Vereinbarung in Vorbereitung. Für die Förderung der pauschalen Investitionskostenzuschüsse für ambulante Pflegeeinrichtungen wurde ein vereinfachtes Abrechnungsverfahren entwickelt, das bei Trägern wie Förderbehörden zur Verwaltungsentlastung beiträgt.

Durch die dargestellte Form der kontinuierlichen Begleitung und des fortgesetzten Dialoges konnten nach Einschätzung der Landesregierung nennenswerte Reibungsverluste in der Einführungsphase vermieden werden. Dabei ist von allen Beteiligten ein hohes Engagement zu verzeichnen gewesen. Dieses zusammen hat – im Vergleich zur Umsetzung des Bundes-Pflegeversicherungsgesetzes – erheblich zur störungsfreien Einführung der neuen Förderung und zu einer sehr hohen Akzeptanz der Förderung durch die Pflegeeinrichtungen beigetragen.

Soweit eine zeitnahe Bearbeitung der Förderanträge oder der Anträge auf Auszahlung der Förderbeträge durch die Förderbehörden nicht möglich war bzw. noch nicht ist, muß dieses in erster Linie Änderungen der bundesrechtlichen Vorschriften zur Ermittlung der Heimentgelte zugerechnet werden. So machten z. B. Einrichtungsträger im Verlauf des Jahres 1996 in vielen Fällen von der Möglichkeit der Umstellung auf die sogenannte 2. Alternative im Art. 49 a PflegeVG Gebrauch. Die diesbezüglichen Folgen im Blick auf eine Neubestimmung der gesondert berechenbaren Investitionskosten führten zwangsläufig in allen Fällen zu einer Neuberechnung der bewohnerbezogenen Aufwendungszuschüsse. Als erheblich verwaltungserleichternd hat im vergleichbaren Zusammenhang die in das NPflegeG aufgenommene Übergangsbestimmung des § 23 Abs. 3 und 4 gewirkt. Sie ermöglicht im Vollzug der Förderung nach dem NPflegeG die Weiterberechnung des Investitionskostenbetrages, der bisher in dem mit dem Sozialhilfeträger vereinbarten bzw. im weitergeltenden Heimentgelt nach Art. 49 a PflegeVG enthalten war. Diese Übergangsvorschrift, die mit Ablauf des Jahres 1997 endete, soll durch eine überfraktionelle Gesetzesinitiative, die dem Niedersächsischen Landtag zur Beratung vorliegt, verlängert werden.

Das von der Landesregierung gem. § 23 Abs. 5 NPflegeG erstmalig mit Wirkung vom 1. Januar 1998 zu beschließende Förderprogramm für Maßnahmen im vollstationären Be-

reich nach § 12 NPflegeG ist vom Sozialministerium aufgestellt und der Landesregierung zur Beschlußfassung zugeleitet worden.

Der nach § 3 NPflegeG erstmalig zum 31. 12. 1997 zu erstellende Pflegerahmenplan konnte vom Sozialministerium nicht vorgelegt werden, da sich im Zuge der Erarbeitung der termingerecht zum Jahresende 1996 vorgelegten „Orientierungsdaten zur Entwicklung des Pflegebedarfs“ herausstellte, daß keine hinreichenden Daten zum Einrichtungsbestand als Grundlage für jede weitere Planung vorlagen; mangels einer fehlenden Verordnung des Bundes zur Pflegestatistik nach § 109 SGB XI sind diese Daten auch kurzfristig nicht zu erwarten. Die Erhebung des Einrichtungsbestandes wurde deshalb vom Sozialministerium in Zusammenarbeit mit den kommunalen Heimaufsichtsbehörden und den Landesverbänden der gesetzlichen Pflegekassen vorgenommen. Nach Auswertung dieser Daten wird der Pflegerahmenplan erstellt. Infolge dieser Verzögerung konnten auch die Landkreise und kreisfreien Städte die nach § 4 NPflegeG zu erstellenden räumlich gegliederten Pflegepläne nicht vorlegen.

Bedarf an Änderungen bzw. Ergänzungen

Mit dem Ersten Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze – Erstes SGB XI-ÄndG vom 14. 6. 1996 – wurden bereits eine Reihe notwendiger Änderungen und Korrekturen am PflegeVG vorgenommen. Insbesondere wurde durch die Einigung im Vermittlungsausschuß über die alternativen Übergangsregelungen des Art. 49 a PflegeVG zur Pflegevergütung in der vollstationären Pflege eine hilfweise Ermittlung von Pflegesätzen und Entgelten für Unterkunft und Verpflegung ermöglicht – unter gleichzeitiger Erhaltung des Budgets der Pflegeeinrichtungen.

Damit konnte grundsätzlich von einer Stabilität der Pflege- und Versorgungsleistungen in den Einrichtungen ausgegangen werden. Gleichwohl ist dies nach Kenntnis der Landesregierung durch Veränderungen in der Bewohnerstruktur hinsichtlich ihrer Pflegebedürftigkeitsstufe aufgrund entsprechender Einstufungen neuer Bewohner durch den MDK nicht immer über den gesamten Übergangszeitraum hinweg gelungen. Dennoch war dieses vereinfachte Pflegesatzverfahren, verbunden mit der Festschreibung der Leistungsbeträge der Pflegekassen, mangels anderer Vorgaben durch den Bund die einzige Möglichkeit, die Leistungen im vollstationären Bereich rechtzeitig zu Beginn der zweiten Stufe der Pflegeversicherung zum 1. 7. 1996 zu sichern. Die nachfolgend von der Mehrheit der Einrichtungen in Niedersachsen gewählte sog. 2. Alternative des Art. 49 a PflegeVG ist im Zuge des Vermittlungsverfahrens von Niedersachsen maßgeblich unterstützt worden.

Als maßgebliche Verbesserung des Ersten SGB XI-ÄndG ist nach Auffassung der Landesregierung auch die Stärkung der Gestaltungsmacht der Kommunen als örtliche Träger der Sozialhilfe im Pflegesatzverfahren (Vetorecht, Sonderrechte bei Anrufung der Schiedsstelle) zu nennen. Auch hierfür hatte sich die Landesregierung in den Verhandlungen nachdrücklich eingesetzt.

Der Entwurf eines 2. Gesetzes zur Änderung des SGB XI ist als Bundesratsinitiative des Landes Nordrhein-Westfalen von Niedersachsen unterstützt worden. Mit diesem Änderungsgesetz sollen die Ausbildungsvergütungen für die Ausbildung in der Altenpflege in die Pflegevergütung einbezogen werden.

Außerdem sind weitere Änderungsvorschläge entweder in den Deutschen Bundestag zur Beratung und Beschlußfassung eingebracht oder werden zwischen den Fraktionen erörtert. Die Landesregierung betrachtet dabei folgende Vorschläge positiv:

- die Übernahme der Kosten für die sog. Pflegepflichtbesuche bei Pflegegeldbezieherinnen durch die Pflegekassen; damit kämen den Pflegebedürftigen die vollen Pflegegeldleistungen zu. In diesem Zusammenhang hält die Landesregierung auch eine Verlagerung der Pflegepflichtbesuche auf besonders fachlich qualifiziertes Personal der Pflegekassen für sinnvoll. Zum Zwecke einer kritischen Prüfung der Erfüllung der gesetzlich vorgegebenen Ziele (Vermeidung gefährlicher Pflege und von Gewalt in der Pflege bei selbst sichergestellter häuslicher Pflege) und des Verfahrens der Pflegepflichtbesuche beabsichtigt die Landesregierung die Förderung einer Untersuchung durch ein wissenschaftliches Institut;

- die auf zwei Jahre befristete weitere Festschreibung der Leistungsbeträge der Pflegekassen für vollstationäre Pflege in Höhe von 2000, 2500, 2800 und 3300 DM für Pflegestufe I, II, III und Härtefälle. Hierdurch erhalten die Pflegebedürftigen ebenso wie die Einrichtungsträger für vorerst weitere zwei Jahre Sicherheit über die Leistungen aus der Pflegeversicherung. Die Lösung ist zudem verwaltungskosten sparend und bildet für die nachrangig leistungs verpflichteten Kostenträger, insbesondere die Sozialhilfeträger, eine feste Kalkulationsgröße.

Diese bisher in der Diskussion befindlichen Verbesserungsvorschläge decken aber den nach wie vor bestehenden Änderungs- und Verbesserungsbedarf im Pflegeversicherungsgesetz des Bundes nicht ab. Wichtig erscheinen folgende Änderungen und Ergänzungen:

- Berücksichtigung des Aufwandes für allgemeine Betreuung und für Behandlungspflege bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit: Die bisherige Nichtberücksichtigung trifft vor allem Personen mit einem hohen allgemeinen Betreuungsaufwand, in erster Linie psychisch veränderte alte Menschen und Menschen mit einer geistigen oder seelischen Erkrankung oder Behinderung (altersdemente oder betreuungsbedürftige behinderte Menschen). Nach Erfahrungen der Einrichtungsträger gibt es ein Mißverhältnis zwischen dem Betreuungs- und Pflegebedarf und der dafür vereinbarten bzw. festgesetzten – pflegestufenabhängigen – Vergütung und einen Mangel an Zuwendungszeit für die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Nach wie vor werden betreuungsbedürftige alte Menschen hierdurch auch ganz aus den Leistungen der Pflegeversicherung ausgeschlossen (sog. Pflegestufe Null);
- Verbesserung des Übergangs vom Krankenhaus in die Pflege: Die Pflege in der gewohnten häuslichen Umgebung hat nach dem SGB XI Vorrang vor der Nutzung teilstationärer und nachfolgender vollstationärer Heimpflege. Diese Grundsätze decken sich mit den Zielen der Landesregierung. Dem Vorrang der häuslichen Pflege wird dennoch in der praktischen Umsetzung des PflegeVG nicht im möglichen Umfange Rechnung getragen. Verbesserungen wären möglich durch eine systematische Beachtung der gesetzlichen Möglichkeiten durch den MDK im Zuge der Begutachtung. Ein entsprechender Vorstoß des Sozialministeriums ist von den Landesverbänden der Pflegekassen positiv aufgenommen und dem MDKN vorgetragen worden. Nennenswerte Veränderungen konnten bislang allerdings noch nicht erkannt werden;
- Stärkung der komplementären Hilfesysteme (teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege): Ausbau und Weiterentwicklung der komplementären Angebote zur häusliche Pflege – teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege – bedürfen nach dem Willen des Bundesgesetzgebers der besonderen Beachtung im Rahmen der gemeinsamen Verantwortung von Ländern, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen unter Beteiligung des MDK (§ 8 SGB XI). Der Bundesgesetzgeber hat demgemäß auch leistungsrechtliche Voraussetzungen für ein solches Angebot geschaffen; das Land fördert solche Einrichtungen nach dem NPflegeG hinsichtlich der Investitionsfolgekosten in besonderem Maße. Dennoch bleibt die Entwicklung vor allem der Nutzung des teilstationären Angebotes und in seiner Folge auch der Ausbau des Einrichtungsangebotes hinter den Erwartungen zurück. Erforderlich erscheint eine gesetzliche Änderung der leistungsrechtlichen Vorschriften im SGB XI in Richtung auf eine additive Gewährung von ambulanten und von teilstationären Leistungen. Für gesundheits- und sozialpolitisch – auch unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten – falsch hält die Landesregierung die Untersagung der Kurzzeitpflege in Form der sog. ausgelagerten häuslichen Krankenpflege als Teil der Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V durch den Bundesgesundheitsminister gegenüber den bundesunmittelbaren Krankenkassen. Inzwischen haben sich ihr auch alle anderen Kassenarten angeschlossen. Dieses vorübergehend von den gesetzlichen Krankenkassen geleistete Angebot richtete sich an Personen, die nach Behandlung im Krankenhaus – mit guter Aussicht auf nachfolgenden Verbleib in der eigenen Wohnung – einer nachsorgenden und rehabilitativ orientierten stationären Pflege und medizinischen Therapie bedurften. Die Landesregierung fordert den Bundesgesundheitsminister erneut auf, seine Auffassung über die Rechtmäßigkeit der „ausgelagerten häuslichen Krankenpflege“ zu revidieren;

- Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“: Zuständige Leistungsträger für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation sind die gesetzlichen Krankenkassen. Die Pflegekassen haben gem. § 5 SGB XI lediglich auf eine frühzeitige Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen hinzuwirken; in besonderen Ausnahmefällen können sie vorläufige Leistungen der Rehabilitation erbringen (§ 32 SGB XI). Diese Regelungen im SGB XI haben bislang nicht zu einer befriedigenden Umsetzung des Vorranges „Rehabilitation vor Pflege“ geführt.

Weitere Aufgaben sind die Bereinigung des PflegeVG in rechtssystematischer Hinsicht und im Hinblick auf Verwaltungsvereinfachung. Dabei müssen eine Vielzahl von Unstimmigkeiten und Formulierungsmängeln, die vor allem den Verwaltungsvollzug erschweren, bereinigt werden. Ein weiteres Anliegen der Landesregierung ist die Verbesserung der Zusammenarbeit der am Umsetzungsprozeß Beteiligten. Die Landesregierung begrüßt, daß sich die verschiedenen Partner auch außerhalb der gesetzlich vorgegebenen Entscheidungs- und Beratungsgremien in zunehmendem Maß der Notwendigkeit eines aufeinander abgestimmten Handelns und der wechselseitigen Beteiligung bereits im Vorfeld wichtiger Vereinbarungen oder Festlegungen bewußt sind. Zur weiteren Verbesserung ruft die Landesregierung dazu auf, die deklaratorische Vorschrift des § 8 SGB XI auf allen Ebenen und in allen Gremien als selbstbindende Verpflichtung anzuerkennen.

Die Ziele des NPflegeG werden nach den bisherigen Erfahrungen als in vollem Umfang erfüllt angesehen. Insbesondere anerkennt die Landesregierung die außerordentlichen Anstrengungen der Pflegekassen, der Einrichtungsträger und der kommunalen Seite um eine störungsfreie Umsetzung der zum Teil nicht einfachen Fördersystematik.

Über sog. Geschäfte mit verdeckten Karten, wie sie in der Anfrage zitiert werden, liegen der Landesregierung keine Erkenntnisse vor.

Zu A 1.1:

Der mit der Vielzahl der Rahmen- und Einzelregelungen auch für die Pflegeeinrichtungen verbundene Verwaltungs-, Dokumentations- und Nachweisaufwand ist zweifelsohne erheblich. Das gilt vor allem für den Nachweis der für die Pflegebedürftigen erbrachten Leistungen durch Pflegedokumentation ebenso wie für die Leistungsabrechnung. Differenzierte Leistungen erfordern differenzierte und damit für die Versicherten als Kunden und die gesetzlichen Kostenträger transparente Nachweise. Andererseits erschweren eben diese den Vollzug des Pflegeversicherungsgesetzes für die Pflegedienste und -einrichtungen.

Nach Aussagen der Einrichtungsträger unter verwaltungsökonomischen Aspekten unzweckmäßig und daher belastend, aber ohne fundamentale Eingriffe in die vorfindliche Systematik der Strukturen des bundesdeutschen Leistungsrechtes nicht zu vermeiden, ist die Parallelführung von Leistungsansprüchen aufgrund der verschiedenen leistungsrechtlichen Grundlagen – z. B. zeitgleiche Leistungsansprüche in der ambulanten Pflege auf Behandlungspflege nach SGB V und Grundpflege nach SGB XI oder Leistungen der Pflege nach SGB XI und ergänzende Leistungen der Eingliederungshilfe nach BSHG. Eine verstärkte Harmonisierung der verschiedenen Leistungsbestimmungen bleibt Aufgabe des Bundesgesetzgebers.

Die Landesregierung sieht in dem Abbau von verwaltungsaufwendigen Verfahren im Zusammenhang mit der Umsetzung der Pflegeversicherung und des Landespflegegesetzes ein wichtiges Ziel. Bei der Überprüfung der Sinnhaftigkeit und Zweckmäßigkeit des Umsetzungsaufwandes ist jeweils abzuwägen zwischen dem Nutzen der Vorschrift – z. B. Markttransparenz für die Kunden im Fall der von den Pflegekassen verpflichtend bereitzustellenden Preisvergleichslisten (§ 72 Abs. 5 SGB XI) oder dem Aufwand für notwendige Qualitätssicherungsmaßnahmen – und dem Verwaltungsaufwand sowie den hiermit verbundenen Kosten.

Die Landesregierung hält in diesem Zusammenhang die zur Zeit innerhalb der Kassenverbände laufende Diskussion um eine Rückführung des Komplexleistungs-Vergütungssystems in der ambulanten Pflege für den Bereich der hauswirtschaftlichen Leistungen in ein zeitbe-

zogenes Vergütungssystem für ein gutes Beispiel, Praxiserfahrungen unter dem Aspekt der Umsetzungsvereinfachung zu nutzen und wird dies nach Möglichkeit unterstützen.

Auch die Ende 1997 ausgelaufenen gesetzlichen Übergangsvorschriften für die Vergütungen in der vollstationären Pflege (Art. 49 a PflegeVG) sowie andere seit Geltungsbeginn des PflegeVG erfolgten klarstellenden Rechtsbereinigungen (z. B. zum Bestandsschutz bei Pflegegeld nach dem BSHG im Art. 51 PflegeVG) oder die mit Datum vom 15. Sept. 1997 vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung in Abstimmung mit den Ländern und den Verbänden auf Bundesebene als Arbeitshilfe herausgegebenen „Praktischen Hinweise zur Anwendung und Auslegung von Art. 49 b PflegeVG und § 93 BSHG in den ersten Vergütungsverhandlungen für die vollstationäre Pflege nach dem neuen Recht des SGB XI“ haben sicher zur Erleichterung der Umsetzung des PflegeVG beigetragen.

Für die Landesebene sind zum Abbau von Verwaltungsaufwand zu nennen:

- die Vereinfachung des Abrechnungs- und Nachweisverfahrens für Investitionskosten der ambulanten Pflegeeinrichtungen;
- die mit den Landesverbänden der Pflegekassen und den kommunalen Spitzenverbänden auf der Fachebene getroffene Vereinbarung über die vertrags- und leistungsrechtliche sowie förderrechtliche Behandlung von sogenannter eingestreuter Kurzzeitpflege für eine nachfrageangepaßte Sicherung dieses Leistungsangebotes;
- die Überarbeitung der Ausführungsbestimmungen zur Förderung nach dem Niedersächsischen Pflegegesetz mit dem Ziel der Kürzung und der Vereinfachung unter Einbezug der Erfahrungen aus der Praxis.

Zu A 1.2:

Die Leistungen der Pflegeversicherung dienen dazu, die Pflegebedürftigen von den pflegebedingten Aufwendungen zu entlasten. Inwieweit diese Leistungen ausreichen, um die pflegebedingten Kosten bei häuslicher, teilstationärer oder vollstationärer Pflege zu decken, hängt grundsätzlich von der Art und dem Umfang des Hilfebedarfs im konkreten Einzelfall ab, aber auch von der jeweiligen Kostenstruktur der Dienste und Heime.

Nach Berichten aus der Praxis haben sich im Bereich der vollstationären Pflege bei bestimmten Konstellationen bei Anwendung der Übergangsregelung des Artikel 49 a PflegeVG gewisse Ungleichgewichte ergeben. Diese waren einerseits auf die Umrechnung der bisherigen Heimentgelte in neue Pflegesätze und andererseits auf die gem. § 1 Art. 49 a PflegeVG nach Pflegestufen pauschal gestaffelten Leistungsbeträge der Pflegekassen (2000 DM bei Pflegestufe I, 2500 DM bei Pflegestufe II, 2800 DM bei Pflegestufe III und 3300 DM im Härtefall) zurückzuführen. Die pauschale Staffelung der Leistungsbeträge entfällt nach der derzeitigen Rechtslage mit Auslaufen der Übergangsregelung, so daß ab 1. 1. 1998 die Pflegekassen Aufwendungen bis zu einem Gesamtbetrag von 2800 DM monatlich (in Härtefällen bis zu 3300 DM monatlich), jedoch im Durchschnitt pro Jahr nicht mehr als 30 000 DM je stationär Pflegebedürftigem zu übernehmen haben.

Die Landesregierung geht nach wie vor davon aus, daß die Bonner Regierungskoalition die Leistungsbeträge nach § 1 Art. 49 a PflegeVG mit Wirkung ab 1. 1. 1998 für weitere zwei Jahre gesetzlich festschreiben wird.

Auf der vergütungsrechtlichen Seite mindert die von der Niedersächsischen Pflegesatzkommission inzwischen beschlossene Empfehlung für ein vereinfachtes Verfahren zur Entgeltvereinbarung 1998 die Ungleichgewichte bei den für die einzelnen Pflegeklassen zu ermittelnden Pflegesätzen. Sie kann sie aber aufgrund der pauschalierenden Berechnungsweise nicht vollständig verhindern.

Eine Möglichkeit zur Vermeidung von Ungleichgewichten bestünde darin, für jedes Pflegeheim Vergütungsverhandlungen nach dem Achten Kapitel SGB XI zu führen. Dabei wären die Pflegesätze für die Pflegeklassen unter Berücksichtigung des Verhältnisses der den einzelnen Pflegeklassen zugrundeliegenden DM-bewerteten tatsächlichen Pflegeaufwendungen

zueinander und zu dem den einzelnen Pflegestufen zugrundeliegenden Zeitaufwand zu ermitteln. Diese Möglichkeit sieht das PflegeVG vor.

Zu B 1 a und b:

Vorbemerkungen zur Datenlage

Grundlage für die in diesem Fragenkomplex gegebenen Antworten ist die Leistungsstatistik gemäß § 79 des Vierten Buches des Sozialgesetzbuches der landesunmittelbaren sowie aller Pflegekassen im Bundesgebiet. Eine regionalisierte Statistik der bundesunmittelbaren Kassen liegt nicht vor, ebensowenig regionalisierte Statistiken der privaten Krankenversicherungsunternehmen. Die nachfolgenden Daten für Niedersachsen sind daher jeweils nur die Daten der landesunmittelbaren Kassen.

Bei der Darstellung wird vorrangig von den in Niedersachsen erhobenen Werten ausgegangen. Immer dann, wenn sich Abweichungen zum Bundesdurchschnitt ergeben, werden die Zahlen der Bundesstatistiken zum Vergleich mit angegeben. Um Verläufe und Tendenzen deutlich machen zu können, wird auf die Wiedergabe absoluter Zahlen zumeist verzichtet und der Verhältnisbildung der Vorrang gegeben. Dieses gilt auch für die nachfolgenden Antworten zu den Fragen 1.1 und 1.2.

Daten über die Leistungsempfänger

Die nachfolgende Übersicht gibt die Anzahl der pflegebedürftigen Personen wieder, die von den landesunmittelbaren Kassen Niedersachsens Pflegeleistungen erhielten. Zum Vergleich sind die vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung mitgeteilten Werte aufgeführt.

Niedersachsen			Bundesgebiet		
1995	1996	1. Hj. 1997	1995	1996	1. Hj. 1997
125 762	223 915	182 556	1 068 695	1 556 384	1 671 608

Zu B 1.1:

Die Verteilung der Leistungsarten im Land Niedersachsen ist Tabelle 1 (Anhang) zu entnehmen.

Die nachfolgende Tabelle verdeutlicht die Struktur der in Anspruch genommenen Pflegeleistungen und ihre Entwicklung in den Jahren seit Bestehen der Pflegeversicherung.

Struktur der errechneten Leistungsempfänger nach Leistungsarten in Niedersachsen – ambulant und stationär –			
Leistungsart	Leistungsempfänger – alle Pflegestufen –		
	1995	1996	1. Hj. 1997
Pflegesachleistung	8 %	10 %	9 %
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen	68 %	53 %	54 %
Kombination von Geld- u. Sachleistung	12 %	15 %	13 %
Tages- und Nachtpflege	0,3 %	0,3 %	0,4 %
Häusl. Pflege b. Verhinderung d. Pflegeperson	10,3 %	7,0 %	1,7 %
Kurzzeitpflege	2,1 %	2,8 %	1,8 %
Gesamt ambulant u. teilstationär (Bezug: alle Leistungsfälle)	100 %	88 %	80 %
Stationäre Pflege	0 %	12 %	20 %
Gesamt	100 %	100 %	100 %

Auffällig ist der Rückgang der Anteile für Kurzzeitpflege zwischen 1996 und dem 1. Halbj. 1997 von 2,8 Prozent aller Leistungsfälle auf 1,8 Prozent.

Gleiches gilt für die Absenkung des Prozentwertes für häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson von 7 % im Jahre 1996 auf 1,7 % im 1. Halbjahr 1997. Beides dürfte seine Ursache in den gesetzlichen Vorschriften haben, wonach der Anspruch pro Kalenderjahr auf 30 Tage begrenzt wird. Hauptgrund dürfte in diesem Zusammenhang der Antritt des Jahresurlaubs durch die Pflegepersonen sein. Diese Fälle sind in der Statistik für 1996 in vollem Umfange enthalten. Da die Hauptreisezeit gewöhnlich im Sommer liegt und die Schulferien in Niedersachsen im Jahre 1997 erst nach Ende des Berichtszeitraumes begonnen hatten, erklärt sich der relativ geringe Prozentwert für das 1. Halbjahr 1997.

Wesentliche Abweichungen zu den für das Land aufgrund der Statistik der landesunmittelbaren Pflegekassen festgestellten Ergebnissen ergeben sich für das Bundesgebiet nicht.

Neben der Nennung der Leistungsfälle und der Umrechnung auf die Leistungsstruktur gibt die Tabelle 1 auch die Werte über die Verteilung zwischen ambulanter und stationärer Pflege sowie innerhalb der ambulanten Pflege die Verteilung zwischen dem Bezug von Pflegesachleistung und von Pflegegeld wieder. Ambulante Pflege wird danach in der Pflegestufe I im Jahre 1996 zu etwa 90 % in Anspruch genommen, in der Pflegestufe III entsprechend dem fortschreitenden Pflegebedarf nur noch in Höhe von ca. 70 %. Die ambulante Pflege wird im Jahre 1996 in der Pflegestufe I von privaten Pflegepersonen im Umfange von 80 % erbracht, in Höhe von 20 % durch ambulante Pflegedienste. In der Pflegestufe III ist der Anteil der privaten Pflegepersonen mit 75 % noch immer erheblich. Während im Bundesdurchschnitt die Inanspruchnahme der Pflegesachleistung in den Jahren 1995 bis 1997 kontinuierlich von 12 % auf 16 % angestiegen ist, weist die Entwicklung in Niedersachsen zwischen den Jahren 1995 und 1996 einen Sprung von 16 % auf 22 % aus und sinkt im 1. Halbjahr 1997 wieder auf 20 % ab.

Hinsichtlich der Verteilung der Pflegebedürftigen nach Alter und Geschlecht ergeben sich folgende Beobachtungen: Entsprechend der demographischen Gegebenheiten sind Personen im Alter von 75 Jahren und älter die größte Gruppe der Leistungsempfänger. In der stationären Pflege überwiegt bis zum Lebensalter von 55 Jahren noch der Anteil der Männer, ab dem 75. Lebensjahr geht dieser auf $\frac{1}{3}$ im Verhältnis zu der Anzahl der Frauen zurück. In der ambulanten Pflege halten sich die Geschlechter bis zum 75. Lebensjahr etwa das Gleichgewicht.

Hervorzuheben ist die relativ hohe Zahl junger Menschen bis zum 15. Lebensjahr, die in der ambulanten Pflege immerhin einen Anteil von rd. 2 % aller Pflegebedürftigen ausmachen. Dies bestätigt die bekannte Tatsache, daß Kinder in der Regel in den Familien gepflegt werden.

Die Bundesstatistik weist zu den vorgenannten Werten keine wesentlichen Abweichungen aus.

Zu B 1.2:

Als statistisches Material liegen vor Angaben zur Höhe der Ausgaben der landesunmittelbaren Kassen sowie Vergleichswerte des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung. Beträge für das 1. Halbjahr 1997 liegen für das Bundesgebiet noch nicht vor.

Sonstige Leistungen der Pflegekassen			
		Niedersachsen	Bund
Pflegehilfsmittel	1995	175 361 DM	
Technische Hilfsmittel		3 678 494 DM	
Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen		252 745 DM	
Gesamt		4 106 600 DM	380 000 000 DM
Beiträge zur Rentenversicherung		5 953 946 DM	
Pflegekurse		29 484 DM	
Gesamt		5 983 430 DM	600 000 000 DM
Pflegehilfsmittel	1996	797 054 DM	
Technische Hilfsmittel		10 974 238 DM	
Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen		1 613 832 DM	
Gesamt		13 385 124 DM	770 000 000 DM
Beiträge zur Rentenversicherung		44 477 975 DM	
Pflegekurse		122 037 DM	
Gesamt		44 600 012 DM	1 810 000 000 DM
Pflegehilfsmittel	1. Hj. 97	719 711 DM	
Technische Hilfsmittel		2 552 536 DM	
Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen		997 421 DM	
Gesamt		4 269 668 DM	–
Beiträge zur Rentenversicherung		28 138 821 DM	
Pflegekurse		239 325 DM	
Gesamt		28 378 146 DM	–

Zu B 2:

a) Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege im Bundesgebiet

Jahr	Außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen
1995	213 836	364 773

Die Bundesstatistik für das Jahr 1996 liegt noch nicht vor.

b) Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege in Niedersachsen

Jahr	Außerhalb von Einrichtungen	in Einrichtungen
1995	17 485	32 535

Die Empfängerstatistik (Land) für das Jahr 1996 liegt noch nicht vor.

Zu B 2.1 :

Mitglied der sozialen Pflegeversicherung sind alle Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung als freiwilliges oder als Pflichtmitglied versichert sind. Familienangehörige sind in der Regel beitragsfrei mitversichert. Wer privat krankenversichert ist, ist zum Abschluß einer privaten Pflegeversicherung verpflichtet. Die private Pflegeversicherung muß für den Versicherungsnehmer und seine familienversicherten Angehörigen Vertragsleistungen vorsehen, die nach Art und Umfang den Leistungen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind.

Mehr als 98 v. H. der Bevölkerung gehören gegenwärtig entweder der gesetzlichen Krankenversicherung an oder sind privat krankenversichert. Auf diesem Wege konnte eine breite Absicherung des Pflegefallrisikos erreicht werden.

Ausgeschlossen von den Leistungen der Pflegeversicherung sind somit weniger als 2 v. H. der Bevölkerung – in Niedersachsen dennoch also immerhin rd. 160 000 Personen. Hierbei dürfte es sich überwiegend um solche Personen handeln, die nicht erwerbstätig sind und über keine Einkünfte verfügen, die für die Beitragspflicht in der Sozialversicherung maßgeblich wären. Diese Personen haben für ihre pflegebedingten Kosten grundsätzlich selbst aufzukommen und können bei Bedürftigkeit Hilfe zur Pflege nach den Vorschriften des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) beanspruchen. Darüber hinaus sind auch die Selbständigen grundsätzlich nicht pflegeversichert, es sei denn, sie sind privat krankenversichert und aus diesem Grund zum Abschluß einer privaten Pflegeversicherung verpflichtet.

Sofern sie die Kriterien der Pflegebedürftigkeit gemäß § 14 SGB XI erfüllen, erhalten Einrichtungsträger allerdings auch für den Kreis der nicht versicherten Personen nach Maßgabe der Vorschriften des NPflegeG eine Förderung der Investitionsfolgekosten.

Statistisches Zahlenmaterial über den genauen Umfang dieses Personenkreises liegt der Landesregierung nicht vor.

Zu B 2.2:

Statistiken, die Auskunft über den Rückgang der Inanspruchnahme von Sozialhilfe bzw. anderer sozialer Leistungen geben, liegen nicht vor. Die Beantwortung beruht deshalb auf einer Abfrage des Sozialministeriums bei den 48 Förderbehörden in Niedersachsen. Da mangels Verpflichtung zur Erfassung der erfragten Sachverhalte nicht von allen Förderbehörden entsprechende Daten erfaßt sind, können die Ergebnisse dieser Abfrage nicht ohne weiteres auf die Verhältnisse im Land insgesamt hochgerechnet werden. Die ermittelten Vomhundertsätze lassen deshalb nur unter Vorbehalt Rückschlüsse zu. Im einzelnen ergibt sich folgendes Bild:

Zu a:

Die Zahl der Personen, deren Anspruch auf Hilfe zur Pflege nach § 68 BSHG mit Wirkung vom 1. 7. 1996 allein aufgrund von Leistungen der Pflegeversicherung endete, wurde von 40 Förderbehörden angegeben. Hiernach waren ab dem genannten Stichtag für insgesamt 3011 Personen allein aufgrund von Leistungen der Pflegeversicherung keine Sozialhilfeleistungen mehr zu erbringen, das sind 11,5 % der von diesen Behörden für den Stichtag 30. 6. 1996 angegebenen Sozialhilfeempfänger.

Die Zahl der Personen, deren Anspruch auf Hilfe zur Pflege nach § 26 c BVG mit Wirkung vom 1. 7. 1996 allein aufgrund von Leistungen der Pflegeversicherung endete, wurde von 43 Förderbehörden angegeben. Hiernach waren ab dem genannten Stichtag für insgesamt 408 Personen allein aufgrund von Leistungen der Pflegeversicherung keine Leistungen nach dem BVG mehr zu erbringen, das sind 12,9 % der von diesen Behörden für den Stichtag 30. 6. 1996 angegebenen Leistungsempfänger.

Zu b:

Die Beantwortung der Frage, bei wie vielen Personen die Inanspruchnahme von Sozialhilfe oder vergleichbaren Sozialleistungen durch die Investitionskostenförderung des Landes vermieden werden konnte, beruht auf den Angaben von 43 Förderbehörden. Hiernach wurden für den Zeitraum 1. 7. 1996 bis 30. 6. 1997 bewohnerbezogene Aufwendungszuschüsse zu den Investitionsaufwendungen der Pflegeeinrichtungen nach § 13 NPflegeG gewährt für insgesamt 6891 Pflegebedürftige, die nicht gleichzeitig Empfänger von Hilfe zur Pflege nach § 68 BSHG oder § 26 c BVG waren. Das sind rd. ein Drittel der im Zuständigkeitsbereich dieser Förderbehörden für den genannten Zeitraum insgesamt bewilligten Aufwendungszuschüsse. Bei diesen Pflegebedürftigen konnte demnach die Inanspruchnahme von Sozialhilfe oder vergleichbarer Sozialleistungen durch die Investitionskostenförderung des Landes vermieden werden; in den übrigen Fällen dienten die Aufwendungszuschüsse der Entlastung der entsprechenden Leistungsträger von ihrer Leistungsverpflichtung als nachrangige Kostenträger.

Die Pflegeversicherung hat demnach wesentlich weniger als erwartet dazu geführt, daß Personen allein durch Leistungen der Pflegeversicherung aus dem Bezug von Sozialhilfe gelöst worden sind. Diese von der Pflegeversicherung eigentlich beabsichtigte Wirkung wird erst durch die zusätzlich zu den Pflegeversicherungsleistungen erfolgende (einkommensabhängige) Förderung der Investitionskosten nach dem Niedersächsischen Pflegegesetz erreicht.

Zu B 3:

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Niedersachsen hat im ambulanten Bereich im Zeitraum von Dezember 1994 bis Oktober 1997 235 560 und in der Zeit von Februar 1996 bis Oktober 1997 im stationären Bereich 67 022 Erstbegutachtungen durchgeführt. Hinzu treten weitere rd. 124 000 Begutachtungen in Fällen von bisherigen Leistungsempfängern nach SGB V, Wiederholungsbegutachtungen und Widersprüche.

Bezogen auf die Gesamtzahl der Begutachtungen wurde im ambulanten Bereich festgestellt, daß in 31 % der Erstanträge keine Pflegebedürftigkeit vorlag. Diese Feststellung umfaßt sowohl den Personenkreis der Pflegestufe „0“, dem zwar ein Pflegebedarf zugebilligt wird, der jedoch nicht das Maß der erheblichen Pflegebedürftigkeit der Stufe I erreicht, als auch denjenigen, der überhaupt keinen Pflegebedarf aufweist. Der Prozentwert beträgt im stationären Bereich 20 %. Bezogen auf die Gesamtzahl der (Erst-)Einstufungen (ohne „keine Pflegebedürftigkeit“) verteilen sich die Pflegestufen folgendermaßen:

Einstufungen	Ambulanter Bereich	Stationärer Bereich
I	54 %	29 %
II	34 %	38 %
III	12 %	32 %
Härtefälle	0,1 %	0,7 %

Diese über den gesamten Begutachtungszeitraum gebildeten Durchschnittswerte bestätigen sich im ambulanten Bereich auch bei der Betrachtung der monatlichen Entwicklung (siehe Anhang, Abbildung 2). Im stationären Bereich hingegen ist festzustellen, daß die Einstufung in die Pflegestufe III im Laufe der Zeit eine deutliche Absenkung erfuhr und eine Verschiebung zugunsten der Pflegestufe I erfolgte (siehe Anhang, Abbildung 3).

Die Begutachtungsergebnisse für die stationäre Pflege für die Monate Juli bis Oktober zeigen, daß sich die Verteilung der Pflegestufen auf dem im Frühjahr 1997 erreichten Niveau einpendelt.

Die Entwicklung des Einstufungsverhaltens bei Erstbegutachtungen ist den nachfolgenden Übersichten zu entnehmen.

Ergebnisse der Begutachtungen im ambulanten Bereich in Niedersachsen – Erstbegutachtungen –						
	keine erheb- liche Pflegebed.	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Härtefälle	Begutacht. gesamt
	bezogen auf „Begutachtungen gesamt“	bezogen auf die Verteilung der Pflegestufen untereinander				
12/1994 bis 12/1995	32 %	54 %	34 %	12 %	0,100 %	124 863
01/1996 bis 12/1996	30 %	53 %	34 %	13 %	0,120 %	59 229
01/1997 bis 10/1997	30 %	56 %	32 %	12 %	0,083 %	51 468

Ergebnisse der Begutachtungen im stationären Bereich in Niedersachsen – Erstbegutachtungen –						
	keine erhebl. Pflegebed.	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Härtetfälle	Begutacht. gesamt
	bezogen auf „Begutachtungen gesamt“	bezogen auf die Verteilung der Pflegestufen untereinander				
02/1996 bis 12/1996	21 %	26 %	38 %	35 %	0,742 %	55 087
01/1997 bis 10/1997	16 %	45 %	39 %	16 %	0,279 %	11 935

In der privaten Pflegeversicherung bedienen sich die Versicherungsunternehmen eines bundesweit agierenden zentralen Begutachtungsdienstes. Der Landesregierung liegen lediglich die Gesamtzahlen für das Jahr 1996 für das Bundesgebiet vor. Es handelt sich dabei um die Jahresstatistik des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. Danach wurden im ambulanten Bereich 111 644 und im stationären Bereich 35 639 Erstbegutachtungen durchgeführt. Bezogen auf die Gesamtzahl der Begutachtungen wurden im ambulanten Bereich 16 % der begutachteten Personen als nicht zumindest erheblich pflegebedürftig angesehen, im stationären Bereich 11 %. Bezogen auf die Personen, die pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, verteilen sich die Pflegestufen wie folgt:

Einstufungen im Bundesgebiet – private Pflegekassen –		
Einstufungen	Ambulanter Bereich	Stationärer Bereich
I	42 %	20 %
II	40 %	39 %
III incl. Härtetfälle	18 %	41 %

Zu den Daten der gesetzlichen Pflegekassen auf Bundesebene liegt der Landesregierung die Statistik des MDK vor.

Im ambulanten Bereich wurden im Jahre 1995 1 784 555 Gutachten erstellt. In 29,6 % der Fälle wurde keine Pflegebedürftigkeit festgestellt. Im Jahre 1996 wurden 1 007 583 Erstbegutachtungen durchgeführt, von denen 28,5 % zur Nichteinstufung in eine der Pflegestufen führte. In den Einstufungsfällen verteilen sich die Eingruppierungen wie folgt:

Einstufungen Bundesgebiet ambulant – gesetzliche Pflegekassen –		
Einstufungen	1995	1996
I	44 %	49 %
II	38 %	36 %
III incl. Härtetfälle	18 %	15 %

Bei den in Niedersachsen durchgeführten Begutachtungen im Vergleichszeitraum lag die Bewertung in der Pflegestufe I um 10 bzw. 4 % über dem Bundesdurchschnitt, so daß die Pflegestufen II und III folgerichtig in geringerem Umfang als im Bundesdurchschnitt vergeben wurden.

Im stationären Bereich wurden 1996 insgesamt 653 532 Begutachtungen durchgeführt, die in 23,8 % der Fälle zu keiner Einstufung führten. Innerhalb der eingestuften Fälle verteilen sich die Pflegestufen wie folgt:

Einstufungen Bundesgebiet stationär – gesetzliche Pflegekassen –		
Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
28 %	42 %	30 %

Anders als im ambulanten Bereich ergibt sich im Vergleich, daß in Niedersachsen im Jahre 1996 die Vergabe der Pflegestufe III um 5 % über dem Bundesdurchschnitt lag, somit bei 35 %. Im Verlauf des Jahres 1997 ist dieser Wert auf 16 % gefallen.

Ein Vergleich mit den Daten des Verbandes der privaten Versicherungsunternehmen zeigt: Die Begutachtungsergebnisse der privaten Versicherer weichen deutlich von der zum Vergleich herangezogenen Bundesstatistik des MDK ab. Die Zahl der nicht bzw. nicht erheblich Pflegebedürftigen ist geringer, die Einstufung in höhere Pflegeklassen häufiger. Es finden sich Abweichungen bis zu 15 %. Da die Begutachtungsrichtlinien für alle Gutachter, also auch für diejenigen der privaten Pflegeversicherungen, Gültigkeit besitzen, bleibt abzuwarten, ob sich die Begutachtungsergebnisse ab dem 2. Halbjahr 1997 ändern werden. Sollte dies nicht der Fall sein, ließen sich die Abweichungen – ein gleichartiges Begutachtungsverhalten der Gutachter unterstellt – nur aus der Struktur des versicherten Personenkreises erklären.

Zu B 3.1:

Die gesetzlichen Grundlagen sehen eine Einbeziehung geistig Behinderter, psychisch Kranker und Dementer in die Leistungen der Pflegeversicherung ausdrücklich vor. Bei der Beschreibung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit nach § 14 Abs. 1 SGB XI werden Personen mit geistigen oder seelischen Krankheiten solchen Personen gleichgestellt, die an einer körperlichen Erkrankung leiden. Weiterhin heißt es in § 14 Abs. 3 SGB XI, daß die für diesen Personenkreis so wichtigen Hilfeleistungen „Beaufsichtigung“ und „Anleitung“ bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens mit zu den Hilfeleistungen im Sinne der Pflegeversicherung gezählt werden.

Regelungen zur Begutachtung dieses Personenkreises sind in den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien sowie in den Begutachtungs-Richtlinien enthalten. Insbesondere die Begutachtungs-Richtlinien beschreiben eingehend die Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei psychisch Kranken oder geistig Behinderten und geben eine detaillierte Darstellung der Hilfeleistungen „Beaufsichtigung“ und „Anleitung“.

In der Praxis belegen die Ergebnisse der Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, daß die Leistungen der Pflegeversicherung psychisch kranke, geistig behinderte und demente Menschen in großem Umfang erreichen.

Eine Untersuchung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung in Thüringen, Westfalen-Lippe und Rheinland-Pfalz auf der Grundlage von rd. 160 000 zu Hause lebender Menschen hat bereits 1995 ergeben, daß die Anträge psychisch kranker und geistig behinderter Menschen seltener abgelehnt und im Vergleich zu Personen mit körperlichen Erkrankungen den höheren Pflegestufen zugeordnet werden. So ist z. B. die Demenz die häufigste pflegebegründende Diagnose in allen drei Pflegestufen. Himorganische und psychische Erkrankungen machen in den Pflegestufen I und II über 30 % der pflegebegründenden Erkrankungen aus, in der Pflegestufe III sogar über 50 %.

Ähnliche Ergebnisse für den stationären Bereich liegen auf der Grundlage von mehr als 500 000 Gutachten mit verschiedenen pflegebegründenden Diagnosen für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung in Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Bremen, Niedersachsen und Schleswig-Holstein zum Stichtag 31. 12. 1996 vor: Die Anträge dieses Personenkreises wurden in nur rd. 7 % der Fälle abgelehnt. Gerontopsychiatrische Erkrankungen, z. B. die Demenz bzw. Alzheimersche Erkrankung, stellen in der Pflegestufe II knapp 40 % und in der Pflegestufe III mehr als 40 % der pflegebegründenden Erkrankungen dar.

Auch in Niedersachsen ist bei der Betrachtung der pflegebegründenden Primärdiagnosen in der stationären Pflege festzustellen, daß psychische Erkrankungen als Pflegeursache in allen Pflegestufen den mit Abstand höchsten Anteil ausmachen, wobei eine Einstufung in die Pflegestufe III überwiegt.

Statistisches Zahlenmaterial über den Umfang der Leistungen für diesen Personenkreis liegt der Landesregierung nicht vor.

Aus Berichten aus der Praxis wird immer wieder deutlich, daß gerade dieser Personenkreis trotz des zuvor dargestellten Sachverhaltes aus Leistungen der Pflegeversicherung ausgegrenzt ist oder diese nicht im Umfang des tatsächlichen Hilfebedarfs erhält. Maßgeblich hierfür ist die enggehaltene Begrifflichkeit der Pflegebedürftigkeit an den abschließend gesetzlich aufgeführten Verrichtungen des täglichen Lebens. Es besteht daraufhin eine unzureichende Zuordnungsmöglichkeit von für solche Personen erforderlichen Betreuungs- und Unterstützungsleistungen zu den Verrichtungen des täglichen Lebens.

Diesem systematischen Mangel des PflegeVG kann nur durch eine entsprechende Gesetzesänderung begegnet werden, die auch Leistungen der allgemeinen Betreuung und Anleitung zum Gegenstand des dem Pflegegrad zugrunde gelegten Zeitaufwandes für die Hilfen macht.

Zu C 1:

Die Zulassung von ambulanten Pflegeeinrichtungen erfolgt seit dem 1. 4. 1995 gem. § 72 SGB XI durch Abschluß eines Versorgungsvertrages zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung und den Landesverbänden der gesetzlichen Pflegekassen im Einvernehmen mit dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe (Niedersächsisches Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben – NLZSA). Mit Pflegeeinrichtungen, die vor dem 1. 1. 1995 ambulante Pflege auf Grund von Vereinbarungen mit Sozialleistungsträgern erbracht haben, gilt ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen (sog. Bestandsschutz), wenn die Pflegeeinrichtung die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt; ein Versorgungsvertrag im Rahmen des Bestandsschutzes bleibt bestehen, bis er durch einen neuen Versorgungsvertrag abgelöst oder gem. § 74 SGB XI gekündigt wird (§ 73 Abs. 3 SGB XI).

Die Zahl der ambulanten Pflegeeinrichtungen, die durch Bestandsschutz gem. § 73 SGB XI oder durch Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zugelassen sind, hat sich von 640 Einrichtungen am 1. 4. 1995 um 408 Einrichtungen auf 1048 Einrichtungen am 1. 11. 1997 erhöht.

Zu C 1.1:

Da eine Verordnung der Bundesregierung über die Statistik nach § 109 Abs. 1 SGB XI noch nicht erlassen wurde, liegen der Landesregierung auch keine Zahlen zu den geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen in den ambulanten Pflegediensten vor. Im Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung ist geregelt, daß der Anteil der Pflegeleistungen, der durch geringfügig Beschäftigte erbracht wird, 20 Prozent möglichst nicht überschreiten sollte.

Zu C 1.2:

Die gem. §§ 72 und 73 SGB XI zugelassenen Träger ambulanter Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) erhalten landeseinheitliche pauschale Investitionskostenzuschüsse gem. § 10 NPflegeG i. V. m. mit § 2 Durchführungsverordnung zum Niedersächsischen Pflegegesetz (DVO-NPflegeG) in Höhe von 0,0062 DM je Bewertungspunkt, sofern nach § 89 Abs. 3 Satz 1 SGB XI eine Bemessung der Vergütung nach Komplexleistungen vereinbart ist, im übrigen 3,70 DM je Zeitstunde. Die Förderung bezieht sich auf alle von den Pflegediensten erbrachten Sachleistungen im Sinne von § 36 SGB XI (häusliche Pflegehilfe) oder § 39 (Ersatzpflege bei Verhinderung der Pflegeperson) bei Personen, für die das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI festgestellt wurde.

Für die Förderung der Pflegedienste haben die Förderbehörden im Zeitraum vom 1. 7. 1996 bis 30. 6. 1997 rd. 18,2 Mio. DM ausgezahlt.

Zu C 1.3:

Mögliche Entlastungen der Kommunen im Bereich der ambulanten Pflege durch die Pflegeversicherung können sich ergeben

- a) unmittelbar aus einer verringerten Inanspruchnahme von Sozialhilfe durch Leistungen der Pflegeversicherung sowie
- b) mittelbar aus einer verringerten Inanspruchnahme von Sozialhilfe aufgrund der an die Pflegeleistungen der Pflegedienste gekoppelten Investitionskostenförderung des Landes nach dem Niedersächsischen Pflegegesetz (§ 10 NPflegeG).

Die Entlastungswirkungen aus a und b können – zusammengefaßt – geprüft werden an den Ausgaben der örtlichen Sozialhilfeträger für Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen im Vergleich der Jahre 1994 (letztes Jahr ohne Pflegeversicherungsleistungen) und 1996 (erstes volles Leistungsjahr der Pflegeversicherung im ambulanten Bereich). Nach einer Veröffentlichung des Statistischen Landesamtes (Statistische Monatshefte Niedersachsen 10/97, S. 650 f.) hat sich der Bruttoaufwand der Sozialhilfeträger im Bereich der häuslichen Pflege von 158 Mio. DM (1994) auf 61 Mio. DM, also um 97 Mio. DM verringert (– 61,3%). Dazu heißt es in den Statistischen Monatsheften: „Eingeschränkt wurden vor allem die in Form von Pflegegeld gemäß § 69 bzw. § 69 a BSHG erbrachten Leistungen, die 1994 noch ein Volumen von 119 Mio. DM hatten. 1996 machten die Pflegegeldzahlungen der örtlichen Träger wenig mehr als ein Viertel dieser Summe aus.“

Zu C 2:

Nach den Bestandslisten der Landesverbände der gesetzlichen Pflegekassen sind derzeit 237 teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Tages-/Nachtpflege) zugelassen, in denen 1298 Tagespflegeplätze und 355 Nachtpflegeplätze vorgehalten werden. Ferner sind 518 Einrichtungen der Kurzzeitpflege mit 2214 Pflegeplätzen zugelassen.

Hinsichtlich dieser Zahlen ist jedoch folgendes zu beachten: Nach der bisherigen Praxis der Pflegekassen haben auch zugelassene Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege für sog. eingestreute Kurzzeitpflege, die nur bei entsprechendem Bedarf in diesen Einrichtungen erbracht wird, einen gesonderten Versorgungsvertrag als Einrichtung der Kurzzeitpflege nach § 72 SGB XI oder einen entsprechenden Bestandsschutz nach § 73 Abs. 3 SGB XI erhalten. Für solche Einrichtungen wird künftig ein gesonderter Versorgungsvertrag als Kurzzeitpflegeeinrichtung nicht mehr abgeschlossen; bestehende Verträge werden von den Pflegekassen angepaßt. Insofern ist die Zahl der Pflegeeinrichtungen, in denen ausschließlich Leistungen der Kurzzeitpflege erbracht werden, deutlich geringer als dargestellt anzunehmen. Eine durch das Sozialministerium als oberste Heimaufsichtsbehörde über die nachgeordneten Heimaufsichtsbehörden vorgenommene Abfrage wird genauere Auskunft über Zahl und Charakter der vorhandenen Kurzzeitpflegeplätze in Niedersachsen geben.

Das zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen, den kommunalen Spitzenverbänden und dem Sozialministerium hergestellte Einvernehmen über die Differenzierung zwischen „eingestreuter“ und eigenständiger Kurzzeitpflege entspricht dem Gebot der Wirtschaftlichkeit im Blick auf die Auslastung der vollstationären Pflegeeinrichtungen angesichts einer saisonal sehr schwankenden Nachfrage nach Kurzzeitpflege in Form von Urlaubspflege (§ 42 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI). Sie wird dementsprechend von den Einrichtungsträgern begrüßt. Einrichtungen mit „eingestreuter“ Kurzzeitpflege erhalten allerdings eine Investitionskostenförderung auch nur in Höhe der im Rahmen vollstationärer Dauerpflege anfallenden Investitionsfolgeaufwendungen. „Eigenständige“ Kurzzeitpflegeeinrichtungen hingegen erhalten aufgrund ihres höheren Auslastungsrisikos den nach § 11 NPflegeG i. V. m. § 9 Abs. 2 DVO-NPflegeG vorgesehenen erhöhten Fördersatz.

Aufgrund der insoweit nachfrageorientierten Selbststeuerung des Angebotes an Kurzzeitpflegeplätzen unter Berücksichtigung der insgesamt ausreichenden Zahl stationärer Plätze geht die Landesregierung von einem grundsätzlich gedeckten Bedarf an solchen Plätzen in Niedersachsen aus.

Für die Einrichtungen der Tages- und der Nachtpflege gilt die Problematik der durch Versorgungsvertrag oder über Bestandsschutz zugelassenen „eingestreuten“ Angebote wie bei Kurzzeitpflege. Anders als dort erscheint es dem Sozialministerium in Übereinstimmung mit den Landesverbänden der Pflegekassen und den kommunalen Spitzenverbänden auf Fach-ebene sowie der Arbeitsgemeinschaft der Tagespflegeeinrichtungen in Niedersachsen unter Berücksichtigung der Aufgabenstellung und der Klientel von Tagespflege und von Nachtpflege unter Qualitätssicherungsaspekten nicht möglich, diese „eingestreute“ Form im Rahmen der Zulassung zur pflegerischen Versorgung durch die Landesverbände der Pflegekassen oder der Förderung nach Landesrecht zu akzeptieren. Die Genannten stimmen damit auch mit den Vorstellungen des Landesfachbeirates Psychiatrie überein. Eine von dort in Kürze veröffentlichte Darstellung der fachlichen und räumlichen Anforderungen an eine (gerontopsychiatrische) Tagespflege, die dem Sozialministerium vorliegt, läßt keinen anderen Schluß zu.

Zur Klärung von Umfang und Struktur des Bestandes an Tages- und an Nachtpflegeeinrichtungen haben die Landesverbände der Pflegekassen in Absprache mit dem Sozialministerium und den kommunalen Spitzenverbänden eine Abfrage der durch Versorgungsvertrag oder über Bestandsschutz zugelassenen Einrichtungen vorgenommen.

Eine Reihe von Trägern „eingestreuter“ Einrichtungen hat allerdings im Zuge der Erhebung mangels Nutzung der Einrichtungen den Versorgungsvertrag zurückgegeben oder auf die Aufrechterhaltung des Bestandsschutzes verzichtet. Dies kennzeichnet die z. T. geringe Nachfrage nach solchen Angeboten.

Zu C 2.1:

Träger von teilstationären Pflegeeinrichtungen sowie von Einrichtungen der Kurzzeitpflege erhalten gem. § 11 NPflegeG bei Vorliegen der allgemeinen Fördervoraussetzungen nach § 8 NPflegeG Zuschüsse in Höhe ihrer Folgeaufwendungen aus betriebsnotwendigen Investitionen (Zinsen für Fremd- und Eigenkapital, Abschreibungen, Aufwendungen für Instandhaltung und Instandsetzung) sowie ihrer Miet-, Pacht- oder Nutzungsaufwendungen. Die Förderung erfolgt leistungsfolgend für die Pflegeplätze, die Personen in Anspruch genommen haben, die pflegebedürftig im Sinne von § 14 SGB XI sind.

Grundsätzlich die gleiche, aber der Höhe nach dem Niveau der Leistungen bei Dauerpflege entsprechende Förderung erhalten auch Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege für Pflegeplätze, auf denen bedarfsweise Leistungen der Kurzzeitpflege erbracht werden (sog. eingestreute Kurzzeitpflege).

Für die ersten zwölf Monate der Förderung nach § 11 NPflegeG wurden für die Förderung von teilstationären Pflegeeinrichtungen Mittel in Höhe von rd. 1 240 000 DM durch die Förderbehörden ausgezahlt; für denselben Zeitraum wurden für die Förderung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen bzw. Leistungen der Kurzzeitpflege in Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege Mittel in Höhe von rd. 2 622 000 DM durch die Förderbehörden ausgezahlt.

Nach den Regelungen der DVO-NPflegeG werden die zustehenden Förderbeträge auf der Grundlage der tatsächlichen Inanspruchnahme der Einrichtungen erst zum Ende eines Halbjahres berechnet. Solche Berechnungen lagen den Förderbehörden zum Zeitpunkt der Befragung durch das Sozialministerium für das 1. Halbjahr 1997 noch nicht für alle Einrichtungen vor. Bei den vorgenannten Beträgen handelt es sich daher zumindest für das 1. Halbjahr 1997 im wesentlichen um Abschlagszahlungen, die auf der Grundlage der bisherigen durchschnittlichen Belegungsquote der Pflegeeinrichtungen festgesetzt wurden. Die tatsächlichen Förderbeträge werden insgesamt gesehen voraussichtlich höher ausfallen.

Zu C 2.2:

Der Landesregierung liegen keine Erkenntnisse darüber vor, wie viele Einrichtungen, die Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege anbieten bzw. anbieten möchten, keinen Versorgungsvertrag erhalten haben. Ihr ist jedoch bekannt, daß es in der Vergangenheit insbesondere bei Verbundangeboten von stationärer Dauerpflege und Kurzzeitpflege bzw. teilstationärer Pflege Probleme bezüglich des Abschlusses von Versorgungsverträgen gegeben hat. Das Nieders. Sozialministerium hat sich deshalb bemüht, mit den Landesverbänden der Pflegekassen und den kommunalen Spitzenverbänden zu einer einvernehmlichen Definition von Kurzzeitpflegeeinrichtungen und zur Erbringung von Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI in vollstationären Einrichtungen der (Dauer-)Pflege zu kommen. Die Unklarheiten in diesem Bereich konnten beseitigt werden.

Ferner wurden vor kurzem in einer Arbeitsgruppe des Landesfachbeirates Psychiatrie, in der auch ein Vertreter des Sozialministeriums mitgewirkt hat, Kriterien zur Aufgaben-, Qualitäts-, Personal- und Raumstruktur von Tagespflegeeinrichtungen entwickelt. Danach sollen Einrichtungen, die neben der vollstationären Pflege räumlich getrennt ein eigenständiges Tagespflegeangebot vorhalten, auch dann einen Versorgungsvertrag als teilstationäre Einrichtung erhalten, wenn das leitende Pflegefachpersonal einrichtungsübergreifend tätig wird. Die in der Frage angesprochene Problematik wird damit aus Sicht der Landesregierung gelöst.

Zu C 2.3:

Leistungen für die Tages- oder die Nachtpflege (teilstationäre Pflege) verringern das zu beanspruchende Pflegegeld oder die Höhe des Pflegesachleistungsanspruches. Ambulante und teilstationäre Pflegeleistungen werden insoweit nur eingeschränkt additiv gewährt. Die Leistungen für die teilstationäre Pflege gehen dabei denjenigen für die ambulante Pflege vor: Nach § 41 Abs. 3 SGB XI erhalten Pflegebedürftige zusätzlich zu den Leistungen für die teilstationäre Pflege (bei Pflegestufe I bis zu 750 DM, bei Pflegestufe II bis zu 1500 DM, bei Pflegestufe III bis zu 2100 DM) ein anteiliges Pflegegeld, wenn und soweit der für die jeweilige Pflegestufe vorgesehene Höchstwert der Sachleistung nicht voll ausgeschöpft wird. Das Pflegegeld wird um den Vomhundertsatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat. Ambulante Pflegesachleistungen können neben den teilstationären Leistungen in Anspruch genommen werden; die Aufwendungen dürfen jedoch insgesamt je Kalendermonat den Gesamtwert der jeweiligen Pflegestufe für ambulante Pflegeleistungen – 750/1800/2800 DM – nicht übersteigen. Mit den Leistungen für die teilstationäre Pflege sind im übrigen auch die Fahrtkosten abgegolten (§ 41 Abs. 1 Satz 2 SGB XI).

Eine im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) in Köln durchgeführte und im Februar 1997 veröffentlichte Untersuchung über die Tagespflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen weist für die Tagessätze in diesen Einrichtungen einen Durchschnittswert von rd. 110 DM auf – mit einer Schwankungsbreite zwischen rd. 49 DM und 145 DM. Die pflegebedingten Kosten liegen im Durchschnitt bei 68 DM (61 % des durchschnittlichen Tagessatzes) mit Grenzwerten zwischen 35 bis 87 DM.

Vergleichbare Daten liegen für niedersächsische Einrichtungen nicht vor und konnten im gegebenen Beantwortungszeitraum auch nicht ermittelt werden. Einzelanfragen bei Einrichtungsträgern ergaben jedoch mit nordrhein-westfälischen Verhältnissen vergleichbare Werte.

Auch die Pflegevergütung erfolgt in der Mehrzahl der niedersächsischen Einrichtungen nach einem vereinfachten Verfahren im Anteil von 60 % der Tagesgesamtkosten. Insofern können für Niedersachsen vergleichbare Verhältnisse unterstellt werden. Das gilt im übrigen auch für die Investitionskosten: In beiden Ländern werden sie voll aus Landesmitteln bestritten.

Nimmt man – modellhaft – an, daß der Tagessatz für die pflegebedingten Aufwendungen bei Pflegestufe II ungefähr dem o. g. durchschnittlichen Satz von 68 DM entspricht und derjenige für Pflegestufe I und Pflegestufe III jeweils um 25 % unter bzw. über dem Durch-

schnitttagessatz liegt, ergeben sich für die monatliche Höchstmutzungsdauer bei Ausschöpfung der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung für die teilstationäre Pflege bei

- Pflegestufe I: 14,5 Tage
- Pflegestufe II: 22 Tage
- Pflegestufe III: 24,5 Tage.

Im Ergebnis wird daraus deutlich:

- Die Leistungen der Pflegeversicherung reichen für einenöffnungstäglichen Besuch der Tagespflegereinrichtung bei in der Regel einer wöchentlichen Öffnungszeit der Einrichtungen von Montag bis Freitag nur bei Pflegestufe II und III zur Deckung der pflegebedingten Aufwendungen aus. Bei Pflegestufe I muß erheblich aus eigenem Einkommen dazugezahlt werden – zusätzlich zu den ohnehin auf die Tagespflegegäste entfallenden „Hotelkosten“ (Kosten für Unterkunft und Verpflegung). Letztere liegen nach den Untersuchungsergebnissen bei durchschnittlich rd. 30 DM – also ca. 600 bis 700 DM monatlich (Spanne zwischen 12 und 49 DM je Tag).
- Pflegegeldempfänger bekommen bei den nach § 37 SGB XI festgelegten Beträgen von 400/800/1300 DM aufgrund der Verrechnungsvorschrift des § 41 Abs. 2 SGB XI und des Vorranges der teilstationären Leistung bei öffnungstäglichem Besuch der Einrichtung in der Regel keine Gelegenheit, ergänzend Pflegegeld für die noch erforderlichen Pflegeleistungen zu Hause zu erhalten.
- Für Pflegeleistungen von Pflegediensten im häuslichen Bereich ergänzend zur Leistung der Pflegeversicherung für die Tagespflege bleiben nur bei Pflegestufen II und III Beträge und dort im Regelfall nur in Höhe von 300 bzw. 700 DM verfügbar.

Fast ein Drittel der Tagespflegegäste sind aber solche der Pflegestufe I. Zudem benötigen Benutzer von Tagespflegereinrichtungen offensichtlich häufig ergänzende fachliche Hilfen zu Hause. Knapp die Hälfte aller in der o. g. Untersuchung des KDA erfaßten Tagespflegegäste nahmen zum Zeitpunkt der Untersuchung solche Hilfen in Anspruch.

Die Lösung der Betroffenen liegt – durch die Untersuchung belegt – in der Verringerung ihres Aufenthaltes in der Tagespflegereinrichtung – zu Lasten der Wirtschaftlichkeit der Einrichtungen und des vom Pflegeversicherungsgesetz ausdrücklich gewollten Ausbaues der wohnungsnahen komplementären Pflegeangebote (§ 8 SGB XI) sowie im besonderen zum Nachteil der Pflegebedürftigen und ggf. ihrer pflegenden Angehörigen.

Aus Sicht der Landesregierung ist hieraus zusammenfassend zu schließen:

- Die Leistungen der Pflegeversicherung für ambulante Pflegeleistungen plus Leistungen für die Tagespflege sind nicht auskömmlich. Das gilt vor allem für Personen der Pflegestufe I sowie generell für Personen, deren Pflege im häuslichen Bereich ausschließlich durch Privatpersonen sichergestellt wird. Zur Sicherung ihrer häuslichen Pflege besitzen diese Personen zwar einen Anspruch auf Pflegegeld; er kann aber – die Ausnutzung der Leistungen für Tagespflege in Gänze unterstellt – im Regelfall nicht realisiert werden. Die durch das Pflegegeld beabsichtigte Honorierung der privaten Pflegeleistung ist damit ebenfalls nicht gewährleistet.
- Von Nachteil ist besonders, daß die Nutzung von Tagespflegereinrichtungen mit einer anteiligen Verringerung der Sach- und Geldleistungen für die häusliche Pflege einhergeht. Zu diesem Schluß kommt auch das KDA in seiner Kommentierung der Untersuchungsergebnisse. Erforderlich wären demgemäß additive Leistungsansprüche. Die zu den Leistungen für Tagespflege ergänzend notwendigen Leistungen für häusliche Pflege könnten dabei z. B. – einzelfallbezogen – bis zu – (evtl. pflegestufenabhängigen) Obergrenzen am Pflegebedarf ausgerichtet oder – beim Pflegegeld – durch pflegestufenbezogene Pauschalen abgegolten werden. Auf eine solche Weise könnte auch dem übergeordneten Ziel der Beitragssatzstabilität bei Leistungsausweitungen Rechnung getragen werden.
- Eine solche Regelung wäre eine wesentliche Voraussetzung zur Stärkung der Tagespflege als wichtigem Baustein im System der Hilfen für pflegebedürftige, insbesondere für pfe-

gebedürftige alte Menschen und damit zugleich zur Verbesserung des – nach Auskunft der niedersächsischen Arbeitsgemeinschaft der Träger von Tagespflegeeinrichtungen – auch in Niedersachsen unbefriedigenden Nutzungsstandes der Einrichtungen und damit zur Sicherung und Weiterentwicklung des Angebotes. Hier ist der Bundesgesetzgeber gefordert; die niedersächsische Landesregierung würde im Rahmen ihrer Möglichkeiten eine entsprechende Änderung des SGB XI unterstützen.

Zu C 3:

Für Maßnahmen, die der Verbesserung der pflegerischen Versorgungsstruktur bei vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege dienen, erhalten Träger solcher Einrichtungen eine Förderung von Zinskosten für das eingesetzte Fremdkapital, die deshalb nicht den Pflegebedürftigen in Rechnung zu stellen sind.

Diese Förderung setzt ein nach dem betriebsfertigen Abschluß der Maßnahme und wird für jeden mit einem Pflegebedürftigen i. S. von § 14 SGB XI belegten Platz gezahlt.

Im Haushaltsjahr 1997 konnte nur ein Vorhaben betriebsfertig hergestellt werden. Fördermittel sind in Höhe von 236 957 DM bewilligt und ausgezahlt worden. Für die Zinsen des Annuitätendarlehens sind für die voraussichtliche Laufzeit von 30 Jahren VE in Höhe von ca. 4,5 Mio. DM in Anspruch genommen worden.

Die zu fördernden Maßnahmen werden durch ein Förderprogramm festgestellt, das vom Sozialministerium nach Maßgabe des Haushaltsplans jährlich aufgestellt und von der Landesregierung beschlossen wird (§ 12 Abs. 2 NPflegeG). Für 1998 gilt die Besonderheit, daß das dann erstmalig aufzustellende Förderprogramm von der Landesregierung bereits mit Wirkung zum 1. Januar 1998 zu beschließen ist (§ 23 Abs. 5 NPflegeG). Es kann insoweit zu diesem Zeitpunkt noch nicht alle im Laufe des Jahres 1998 förderfähigen Maßnahmen enthalten.

Das Förderprogramm für 1998 enthält 14 Maßnahmen mit einem Volumen von 2,67 Mio. DM im ersten Förderjahr; VE für Folgejahre werden in Höhe von ca. 45,5 Mio. DM gebunden. Für eine Reihe weiterer Maßnahmen mit einem Fördervolumen von rd. 7,2 Mio. DM im ersten Förderjahr liegen den Förderbehörden Anträge auf Feststellung der Förderfähigkeit vor, über die jedoch noch nicht entschieden werden konnte. Auch mit diesen Entscheidungen und damit mit einer Ergänzung des Förderprogrammes ist im Laufe des Jahres 1998 zu rechnen.

Zu C 3.1:

Im Bereich zur Hilfe zur Pflege in Einrichtungen haben sich die Netto-Aufwendungen der örtlichen Träger der Sozialhilfe (Brutto-Aufwendungen abzüglich der Einnahmen für diese Hilfeart – ohne Berücksichtigung der Finanzzuweisungen des Landes für die kommunalisierte Altenpflege) nach Einführung der Pflegeversicherung wie folgt entwickelt:

im Jahre 1995	937 926 000 DM
im Jahre 1996	642 248 000 DM
Einsparungen 1996	<u>295 678 000 DM</u>

Die Berechnung der Netto-Aufwendungen ist erst seit 1995 möglich, da von diesem Jahr an aufgrund der geänderten Sozialhilfestatistik Angaben über die Einnahmen – nach Hilfearten getrennt – vorliegen. Eine Berechnung der Netto-Aufwendungen für 1997 ist noch nicht möglich, weil die Aufwandsstatistik für dieses Jahr noch nicht vorliegt. Hinsichtlich der ausgewiesenen Einsparungen ist hervorzuheben, daß diese lediglich das Ergebnis des 2. Halbjahres 1996 wiedergeben aufgrund des Inkrafttretens der 2. Stufe der Pflegeversicherung und des NPflegeG erst zum 1. 7. 1996.

Zu C 3.2:

Angesprochen sind

- die im Zuge des Ersten SGB XI-ÄndG mit Wirkung vom 1. Juli 1996 in Kraft getretenen Vorschriften des Art. 49 a PflegeVG „Übergangsregelungen für die vollstationäre Pflege“,
- die Übergangsbestimmungen des NPflegeG in § 23 Abs. 4.

Beide Vorschriften enden am 31. 12. 1997. Daraus folgt für die Zeit ab 1. 1. 1998 die Notwendigkeit

- a) zur Vereinbarung von Pflegesätzen (Entgelte der Heimbewohner oder ihrer Kostenträger für die vollstationären Pflegeleistungen des Pflegeheimes sowie für die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung) und zur Vereinbarung von Entgelten für Unterkunft und Verpflegung nach dem Achten Kapitel des SGB XI,
- b) zur Ermittlung der gem. § 19 NPflegeG i. V. m. § 82 Abs. 3 SGB XI gesondert berechenbaren und nach § 13 NPflegeG förderfähigen Investitions(folge)aufwendungen nach § 9 NPflegeG durch die nach §§ 15, 19 NPflegeG zuständigen Behörden (i. d. R. Landkreise und kreisfreie Städte).

Im Blick auf die für die Pflegebedürftigen in Heimen sich hieraus ergebenden nachfolgend dargestellten konkreten Veränderungen in Niedersachsen von erheblichem Einfluß sind folgende allgemeine Rahmenbedingungen:

1. Das Fortbestehen der Übergangsvorschrift des Art. 49 b PflegeVG sowie der Vorschrift des § 93 Abs. 6 BSHG:

Beide Vorschriften sehen eine bis Ende 1998 befristete Begrenzung der Steigerung der Heimentgelte auf jährlich im Höchstfall ein Prozent, ausgehend von den Stichtagen 18. 4. 1995 und 30. 6. 1996 vor. Heimentgelte in diesem Sinne meint die Summe aus Vergütung für pflegebedingten Aufwand, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung und gesondert berechenbaren/förderfähigen Investitionsaufwendungen. Bei den Investitionskosten sind im Falle der Vornahme erheblicher baulicher Investitionen, sofern diese mit dem Sozialhilfeträger vereinbart wurden, auch höhere Steigerungssätze möglich.

2. Das Fehlen einer „Abgrenzungsverordnung“:

Bis zum heutigen Tage liegen noch keine hinreichenden Kriterien und Bemessungsgrundsätze für die Festlegung von Pflegesätzen und von Entgelten für Unterkunft und Verpflegung vor. Dies ist auf das Fehlen einer bundesseitig zu erlassenden Verordnung nach § 83 Abs. 1 Nrn. 2 und 5 zur Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen (§ 84 Abs. 4 SGB XI), den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87 SGB XI) und den Zusatzleistungen (§ 88 SGB XI) sowie zur näheren Abgrenzung dieser Leistungsaufwendungen von den Investitionsaufwendungen und den sonstigen Aufwendungen nach § 82 Abs. 2 SGB XI zurückzuführen. Eine erste Vorlage dieser sogenannten Abgrenzungsverordnung ist von den Ländern – auch mit Unterstützung von Niedersachsen – abgelehnt worden. Mehrfachen einvernehmlichen Aufforderungen der Länder, der Spitzenverbände der Pflegekassen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, einen veränderten Entwurf vorzulegen, hat die Bundesregierung eine Absage erteilt. Die zwischenzeitlich vom BMA und BMG gemeinsam vorgelegte „Zuordnungsübersicht bei zugelassenen vollstationären Pflegeheimen nach dem SGB XI“ ist im Blick insbesondere auf die ausschließliche Zuordnung der Kosten für Gebäudereinigung und für Wäschereinigung zum Bereich „Unterkunft und Verpflegung“ zu Lasten der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner auf nahezu einhellige Ablehnung der Länder und der o. g. Verbände gestoßen. Die Zuordnungsübersicht hat keinerlei rechtliche Bindungswirkung; sie widerspricht im übrigen auch in dem genannten Punkt der geltenden Empfehlung der Spitzenverbände der Leistungserbringer und der Leistungsträger auf Bundesebene nach § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt des Rahmenvertrages nach § 75 Abs. 1 SGB XI. Hiernach ist eine hälftige

Zuordnung der o. g. Kosten zu den pflegebedingten Aufwendungen und zu den Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung vorgesehen. Diese Zuordnung wird auch von den Parteien des Rahmenvertrages nach § 75 Abs. 1 SGB XI in Niedersachsen für richtig erachtet.

3. Das Fehlen eines Rahmenvertrages für die vollstationäre pflegerische Versorgung nach § 75 SGB XI:

Rahmenverträge nach § 75 SGB XI sind auf Landesebene zu schließen; sie kommen nach dem Einvernehmensprinzip zustande. Dieses konnte bislang hinsichtlich eines vorliegenden Entwurfes aufgrund von Einsprüchen von Einrichtungsträgerseite nicht erzielt werden. Die Schiedsstelle nach § 76 SGB XI wurde bislang von keiner Vertragspartei angerufen (§ 75 Abs. 3 SGB XI).

Zu a:

Vor diesem Hintergrund hat die zwischenzeitlich unter aktiver Mitwirkung des Sozialministeriums gemäß § 86 SGB XI in Niedersachsen gebildete „Pflegesatzkommission für stationäre Pflege“ am 15. 9. 1997 ein vereinfachtes Verfahren zur Ermittlung der Pflegesätze und der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung in den vollstationären Pflegeheimen beschlossen und den Vertragsparteien gem. § 85 SGB XI zur Anwendung empfohlen. Kerninhalte dieses vereinfachten Verfahrens sind

- Fortschreibung des vor Inkrafttreten der zweiten Stufe der Pflegeversicherung erreichten Qualitäts- und Leistungsstandards in der Heimpflege,
- Ausschöpfung des Leistungsrahmens der Pflegeversicherung,
- Realitätsnähe des Kostenverhältnisses zwischen den pflegebedingten Leistungen und den Leistungen für Unterkunft und Verpflegung (vereinbartes Verhältnis: pauschal 70 : 30),
- Realitätsnähe der Pflegesätze für die einzelnen Pflegeklassen (vereinbarte Faktoren, ausgehend vom Faktor 1,0 für die Pflegeklasse I: Pflegeklasse II – 1,3; Pflegeklasse III – 1,8; Pflegeklasse Null (Kostenträger: Sozialhilfe) – 0,6); im Einvernehmensfall können bei besonderen Einrichtungen auch andere Faktoren gewählt werden,
- Pflegesatzfähigkeit der Kosten für die Umlage zur Ausbildungsvergütung nach dem niedersächsischen Altenpflege-Berufegesetz.

Nach gegenwärtigem Kenntnisstand der Landesregierung werden die Vertragspartner in den meisten Fällen das „Vereinfachte Verfahren“ anwenden. Die Preise für die Leistungen werden sich dabei nur in dem durch die Vorschriften des Art. 49 b PflegeVG und des § 93 Abs. 6 BSHG vorgegebenen Höchstrahmen verändern. Je nach Ausgangslage des Heimes können sich in diesem Rahmen höhere oder niedrigere Kosten für die Bewohnerinnen und Bewohner ergeben.

Mit Veränderungen im einzelnen müssen sie rechnen bei

- der Höhe ihrer Aufwendungen für die pflegebedingten Leistungen in Abhängigkeit von ihrer jeweiligen Pflegestufe; bei Einrichtungen, die bislang nach der sog. Alternative 2 des Art. 49 a PflegeVG die pflegebedingten Aufwendungen abgerechnet wurden – dies war in Niedersachsen nach Kenntnis der Landesregierung der weitaus größte Teil der Einrichtungen – werden Heimbewohnerinnen und Heimbewohner der Pflegestufe III wohl im Regelfall mit niedrigeren, diejenigen der Pflegestufe I mit leicht erhöhten Kosten für ihren Pflegeaufwand rechnen können,
- dem Entgelt für Unterkunft und Verpflegung.

Für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner in Pflegeheimen, deren Träger keine Pflegesatzvereinbarung nach dem „Vereinfachten Verfahren“ abschließen möchten oder angesichts der Weigerung eines der anderen Vertragspartner abschließen können und die darum die Verhandlungen nach den Vorschriften des Achten Kapitels des SGB XI zu führen haben, ergeben sich bezüglich des Kostenrahmens keine anderen Veränderungen als in Heimen, die

nach dem „Vereinfachten Verfahren“ abschließen; auch hier gelten die Vorgaben des Art. 49 b PflegeVG und des § 93 Abs. 6 BSHG. Die Veränderungen hinsichtlich der Kosten im übrigen werden von den Verhandlungsergebnissen bestimmt; sie können nicht eingeschätzt werden.

Die Landesregierung erwartet allerdings, daß bei diesen Verhandlungen das von ihr abgelehnte sog. Standard-Pflegesatzmodell sowie auch die daraus entwickelten „Arbeitshinweise“ seitens der Pflegekassen nicht zur Anwendung gebracht werden.

Das Gesetzgebungsverfahren zur beabsichtigten Festschreibung der bisherigen Leistungsbeträge wird zum Jahresende 1997 nicht abgeschlossen sein. Die Landesverbände der gesetzlichen Pflegekassen haben darum gegenüber der Pflegesatzkommission erklärt, daß sie in Erwartung der gesetzlichen Regelung an den genannten Leistungsbeträgen festhalten werden.

Insofern werden sich bezüglich der Leistungen der Pflegekassen an die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner keine Änderungen ergeben.

Zu b:

Mit Datum vom 12. 12. 1997 haben die Fraktionen im Niedersächsischen Landtag auf Anregung des Sozialministeriums und mit Unterstützung der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und der Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände Niedersachsens gemeinsam einen Gesetzentwurf für eine Verlängerung der Übergangsvorschrift des § 23 Abs. 3 und 4 NPflegeG eingebracht. Einrichtungsträger werden damit die Möglichkeit erhalten, die von den Förderbehörden bislang festgesetzten förderfähigen Investitionsaufwendungen auch in 1998 weiterhin in Rechnung zu stellen bzw. gefördert zu erhalten. Eine Neuberechnung nach den allgemeinen Regeln des NPflegeG kann dann vorläufig entfallen; das Verfahren ist erheblich verwaltungsvereinfachend. Für die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner und für die Nutzer von Tagespflege- und Kurzzeitpflegereinrichtungen ergibt sich für den Fall der Wahl dieser verlängerten Übergangsregelung durch den Einrichtungsträger hinsichtlich der von ihnen zu zahlenden Investitionskosten in der Regel keine Veränderung gegenüber dem bisherigen Betrag. Ausnahmsweise sind Steigerungen im Rahmen der Vorschriften des Art. 49 b PflegeVG möglich.

Die Landesregierung rechnet aufgrund der Unterstützung von Träger- und kommunaler Seite damit, daß viele Einrichtungsträger von der verlängerten Übergangsregelung Gebrauch machen werden.

Zu C 3.3:

Nach den Bestandslisten der Landesverbände der gesetzlichen Pflegekassen sind derzeit 1046 Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege zugelassen mit insgesamt 63 732 Pflegeplätzen. Diese Angaben weichen deutlich von den Daten der Heimstatistik ab, die dem Sozialministerium von den Kommunen als Heimaufsichtsbehörden gemeldet wurden und nach der für Niedersachsen zum Stichtag 30. 6. 1996 nur 54 214 vollstationäre Pflegeplätze ausgewiesen werden. Zur Abklärung dieser Diskrepanz und mit dem Ziel der Feststellung des tatsächlichen Bestandes an Pflegeplätzen erfolgt z. Z. ein Abgleich der jeweils vorhandenen Datenbestände. Eine mögliche Ursache für die Diskrepanz könnte darin liegen, daß bei der Anmeldung zum Bestandsschutz von zahlreichen mehrgliedrigen Pflegeeinrichtungen die Gesamtzahl aller Plätze, einschließlich der Altenheimplätze, angegeben wurde.

Auch bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Angaben zum derzeitigen Bestand ist das tatsächliche Angebot an Plätzen der vollstationären Dauerpflege – regionale Besonderheiten im Einzelfall ausgenommen – im Landesdurchschnitt als ausreichend anzusehen. Dagegen muß eine Qualitätsverbesserung im Einrichtungsbestand angestrebt werden, z. B. durch Modernisierung oder Umstrukturierung der bestehenden Einrichtungen.

Für eine Beurteilung des mittel- und langfristig zu erwartenden Bedarfs an Pflegeeinrichtungen, insbesondere an Plätzen der vollstationären Dauerpflege, wird bei den vorliegenden Vorausschätzungen in erster Linie auf die Bevölkerungsgruppe der 80jährigen und älteren

Menschen abgestellt, die die Hauptnutzergruppe der Pflegeeinrichtungen bilden. Nach diesen Vorausschätzungen wird bis zum Jahre 2000 landesweit die Anzahl der 80jährigen und älteren Menschen gegenüber der Ausgangsgröße vom 31. 12. 1994 um etwa 16 % abnehmen, dabei wird die Abnahme in den großen Städten deutlich höher ausfallen als in den ländlichen Gebieten. Nach dem Jahre 2000 wird die Anzahl der 80jährigen und älteren Menschen wieder ansteigen und im Jahre 2010 annähernd wieder die Größenordnung des Jahres 1994 erreichen.

Ausgehend von dem im Jahre 1994 festgestellten Bevölkerungsanteil der Pflegebedürftigen in Alten- und Pflegeheimen wird dieser Bevölkerungsanteil im Landesdurchschnitt bis zum Jahre 2010 kontinuierlich ansteigen, und zwar – je nach den für die jeweiligen Vorausschätzungen getroffenen Annahmen – zwischen 7,5 und 20 %. Dennoch wird ein entsprechender Zuwachs bei den vollstationären Dauerpflegeplätzen aus folgenden Gründen nicht für erforderlich gehalten:

- Ambulante und teilstationäre Pflege haben bereits nach dem Pflegeversicherungsgesetz Vorrang vor der vollstationären Pflege; auf den starken Zuwachs der ambulanten Pflegeeinrichtungen wurde hingewiesen.
- Durch den Ausbau alternativer Wohn- und Pflegeangebote wie z. B. betreutes Wohnen kann insbesondere für den Personenkreis der vorpflegerisch zu Betreuenden sowie für leicht bis mittelschwer pflegebedürftige Personen eine Unterbringung in einer vollstationären Dauerpflegeeinrichtung weitgehend vermieden werden. Dabei wird auf eine Gestaltung der Wohnungen hinzuwirken sein, die eine ambulante pflegerische Versorgung bis hin auch zu schwerer Pflegebedürftigkeit innerhalb dieser Wohnungen zuläßt.

Zu C 3.4:

Über Erfahrungen in Niedersachsen mit der Vernetzung stationärer, teilstationärer und ambulanter Pflegeleistungen liegen der Landesregierung keine statistisch oder durch empirische Untersuchungen abgesicherten Erkenntnisse vor. Die Planungsverantwortung für die den weitaus größten Teil der pflegerischen Versorgung betreffenden Dienste und Einrichtungen der Altenpflege lag vor Einführung der Pflegeversicherung und liegt auch nach neuem Recht nach dem NPflegeG im eigenen Wirkungskreis der Kommunen. Flächendeckende Erhebungen liegen daher nicht vor. Dasselbe gilt für die Bundesstatistik nach § 109 Abs. 1 SGB XI – die Statistik über die Pflegeeinrichtungen (und die Pflegegeldempfänger). Hier hat der Bund trotz intensiver Bemühungen der Länder bislang immer noch keine Verordnung vorgelegt.

Anhaltsweise kann darum lediglich aus der Statistik nach dem Heimgesetz und aus den Bestandslisten der Pflegekassen auf die Bestandsstruktur geschlossen werden. Danach zeigt sich aus der Heimstatistik ein vielzähliges Angebot an mehrgliedrigen Einrichtungen. Sie umfassen – in unterschiedlicher Kombination – Altenpflegeheime, Altenheime und Altenwohnheime. Nur bei ersteren handelt es sich allerdings um Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI und des NPflegeG. Nach der Heimstatistik mit Stand 30. 6. 1996, dem Tag vor Geltungsbeginn der Pflegeversicherung in der vollstationären Dauerpflege, gab es in Niedersachsen 481 mehrgliedrige Alteneinrichtungen mit zusammen 41 374 Plätzen. Weitaus die meisten Plätze (26 678) entfallen dabei auf Altenpflegeheime. Die mehrgliedrigen Heime machen mit 43,6 % zwar deutlich weniger als die Hälfte aller Alteneinrichtungen zum damaligen Zeitpunkt aus, sie stellen aber 62 % des gesamten Platzkontingentes.

Den Bestandsverzeichnissen der Landesverbände der gesetzlichen Pflegekassen ist zu entnehmen, daß viele Träger vollstationärer Pflegeeinrichtungen zugleich auch Zulassungen für teilstationäre und für Kurzzeitpflege sowie als Pflegedienst – in unterschiedlicher Kombination und z. T. auch unterschiedlicher Angebotsform („eingestreut“ oder exklusiv, bei Pflegediensten: einrichtungsbezogen/mobil) – haben.

Aufgrund dieser strukturellen Gegebenheiten ist anzunehmen, daß zumindest innerhalb solcher einrichtungs- oder trägerinternen mehrgliedrigen Angebotsstruktur auch leistungsbe-

zogene Wechselbeziehungen bis hin zum personalbezogenen Leistungsaustausch (flexibles Personalmanagement) und case-managements anzutreffen sind.

Das schließt nicht aus, daß auch bei monofunktionalen Einrichtungen und Diensten von diesen aus gute Kooperationsbeziehungen zu anderen Pflegediensten oder Einrichtungen bestehen. Das hat z. B. eine landesweite Untersuchung der Sozialstationen durch das Institut für Entwicklungsplanung, Hannover, im Auftrag des Sozialministeriums aus dem Jahre 1993 gezeigt. Andererseits stellen die Wettbewerbssituation zwischen Trägern, fehlende verbindliche Vereinbarungen über Kooperations- und Abstimmungsverfahren für den Einzelfall und fehlende Finanzierungsgrundlagen für kooperatives Handeln von Einrichtungen allgemeine, bereits auch von der Fachkommission „Altenpflege“ beim Sozialministerium im Jahre 1993 festgestellte Hinderungsgründe dar für eine stärkere Vernetzung der Dienstleistungen im Einzelfall sowie der vorhandenen Infrastruktureinrichtungen der Pflege ebenso wie der Pflege und der weiteren Einrichtungen und Dienste des Gesundheits- und des Sozialwesens. Eine solche bessere Vernetzung ist durch den durch das Pflegeversicherungsgesetz bezweckten verstärkten Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern im Bereich der Pflege sicher noch erschwert worden.

Der Landesgesetzgeber hat deshalb im NPflegeG dem Vernetzungsgedanken – nicht zuletzt auch als ein Element der Qualitätssicherung in der Pflege – in verschiedener Hinsicht Rechnung getragen:

- Gemäß § 2 NPflegeG sollen die Verbände der Leistungsträger und die Verbände der Träger der Einrichtungen pflegerischer, gesundheitlicher und sozialer Versorgung sowie der medizinischen Rehabilitation ihre Leistungen so miteinander abstimmen, daß ein nahtloses Ineinandergreifen dieser Versorgungsleistungen gewährleistet ist. Die genannten Verbände sollen hierzu unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen auf Landesebene gemeinsam und einheitlich eine Vereinbarung schließen.
- Gemäß § 5 NPflegeG können im Zuständigkeitsbereich eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt eine oder mehrere örtliche Pflegekonferenzen gebildet werden, um dort u. a. Fragen der Koordination von Leistungsangeboten zu beraten.
- Gemäß § 17 NPflegeG fördert das Land nach Maßgabe des Haushaltsplans Maßnahmen der Vermittlung, der Durchführung und der Organisation hauswirtschaftlicher und sozialpflegerische Hilfen, auf die nach anderen gesetzlichen Vorschriften mit Ausnahme des BSHG kein Anspruch besteht (s. hierzu auch Antworten auf Fragen Nrn. 4 und 4.1).

Eine Vereinbarung entsprechend der Vorschrift des § 2 NPflegeG ist bislang noch nicht zustandegekommen. Hier sind in erster Linie die im Gesetz genannten Verbände gefordert.

Die Bildung örtlicher Pflegekonferenzen ist vom Landesgesetzgeber in den Handlungsreich der örtlichen Gemeinschaft gegeben worden. Bis jetzt sind der Landesregierung Pflegekonferenzen in zwei Gebietskörperschaften bekannt.

Zentrales Anliegen der Förderung der vorpflegerischen Maßnahmen nach § 17 NPflegeG ist die Vernetzung von Hilfen durch Beratung und Vermittlung im Einzelfall sowie der Organisation von „Hilfenetzen“ im Rahmen örtlicher und regionaler Bezüge. Die Hilfen richten sich dabei neben dem Personenkreis der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen im Rahmen von leistungserschließender und sozialer Beratung vor allem auf den Personenkreis hilfe- und pflegebedürftiger (alter) Menschen, die (noch) nicht den leistungsauslösenden Kriterien von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI unterfallen. Voraussetzung für die Förderung ist nach dem Entwurf der Richtlinien eine bestimmte Mindestgröße des Dienstleistungsanbieters; sie kann – als Anregung für eine stärkere Vernetzung von Angeboten – auch durch Kooperation des Dienstleistungsanbieters mit einer anderen Pflegeeinrichtung erreicht werden.

Zu C 4 und 4.1:

Erfahrungen der Praxis belegen, daß das vorrangig körperpflegerisch orientierte Leistungsangebot der Pflegedienste ergänzt werden muß durch ein sozialpflegerisches Angebot, das sowohl den Bedarf an allgemeiner fachlich informierender leistungs- und hilfeerschließender Beratung als auch besonders den Bedarf an initiiert aktivierender und an begleitender psychologischer Beratung der Hilfebedürftigen und der pflegenden Angehörigen deckt. Es beinhaltet vor allem die Organisation von Hilfen, die – unabhängig von eventuellem Pflegebedürfnis – ab einem gewissen Alter wegen des dann meistens eintretenden Kräfteschwundes die Weiterführung eines eigenen Haushaltes überhaupt erst ermöglichen.

Durch die Vorschrift des § 17 NPflegeG über die landesseitige Gewährung von Zuwendungen für vorpflegerische Maßnahmen ist die gesetzliche Grundlage geschaffen worden zur Finanzierung der Vermittlung der Durchführung sowie der Organisation von hauswirtschaftlichen und sozialpflegerischen Hilfen im Vor- und im Umfeld von Pflege, auf die nach anderen leistungsrechtlichen Vorschriften (mit Ausnahme des BSHG) kein Anspruch besteht. Dabei handelt es sich um ein Angebot des Landes zur Mitfinanzierung von Aufgaben, die originär von den Kommunen – insbesondere gem. § 75 BSHG – zu erbringen bzw. zu finanzieren sind.

Damit sollen gefördert werden:

1. hauswirtschaftliche Hilfen für einen Personenkreis, der solcher Hilfen zur Erhaltung der selbständigen Lebens- und Haushaltsführung bedarf; hierzu zählen z. B. Personen, die den leistungsauslösenden Tatbestand der mindestens erheblichen Pflegebedürftigkeit gem. § 14 SGB XI (noch) nicht erfüllen (sog. Pflegestufe 0),
2. leistungs- und hilfeerschließende Beratung für diesen Personenkreis sowie für im Sinne des SGB XI pflegebedürftige Personen und ihre Angehörigen durch Vermittlung und Organisation solcher Hilfen.

Die Funktion der Beratung in Verbindung mit Vermittlung und Organisation von Hilfeangeboten umfaßt besonders

- die ggf. zugehende fachlich informierende ggf. leistungs- und hilfeerschließende persönliche Beratung des Hilfsbedürftigen in den allgemeinen und in besonderen Fragen seines Lebens ggf. mit aktivierenden Angeboten mit dem Ziel, zu einer abwechslungsreichen Tagesgestaltung anzuregen und zur Annahme der allgemeinen Angebote der Lebenskultur zu ermuntern (auch über ein sog. Beratungstelefon);
- die Gruppenberatung vereinsamer und/oder altersbedingt verhaltensveränderter Personen mit aktivierenden Angeboten mit dem Ziel zu befähigen, Gemeinschaft wieder zu erleben, eigene Fähigkeiten zu erfahren, die allgemeinen Angebote der Lebenskultur anzunehmen, ggf. die Organisation sog. Telefonketten, und die Vermittlung von Hilfen;
- die Organisation und aktivierende Beratung von Selbsthilfegruppen Hilfebedürftiger;
- die Organisation von Besuchsdiensten – wo möglich auch Jugendlicher – und deren Schulung und begleitende Beratung mit dem Ziel, Alleinsein und Einsamkeit des Pflegebedürftigen zu verringern und dessen Beziehungen zum Lebensumfeld zu erhalten, zu verstärken oder wiederherzustellen zu helfen und damit die pflegenden Angehörigen zu entlasten;
- die Organisation mobiler Hilfen auch unter Einbeziehung des Gemeinwesens (Kaufläden, Handwerker, Dienstleistungsbetriebe, Apotheken, Ärzte) mit dem Ziel der Erhaltung der Fähigkeit selbständiger Haushaltsführung;
- die Information zum Angebot des betreuten Wohnens und Aufbau solcher Angebote im Wohnquartier;
- die Information zur Wohnberatung (Wohnungsanpassung, Wohnungstausch, Wohngemeinschaften);

- die Organisation und Durchführung von Öffentlichkeitsarbeit mit dem Ziel u. a. der Eröffnung von Zugangswegen zu Hilfebedürftigen und pflegenden Angehörigen in Form u. a. von Informations- und Vortragsveranstaltungen zur Herstellung von Erstkontakten und zugleich in präventiver Funktion.

Dem Sozialministerium sind bis heute insgesamt 18 Antragsteller aus Braunschweig, Wolfsburg, Göttingen, Hann. Münden, Goslar, Hannover, Barsinghausen, Fallingb., Osnabrück, Meppen und Wallenhorst bekannt. In einer Reihe von Fällen stehen diese Antragsteller bezüglich einer kommunalen Mitfinanzierung noch in Verhandlungen mit den entsprechenden Gebietskörperschaften.

Zu C 5:

Niedersachsen verfügte bereits vor Inkrafttreten des PflegeVG über ein vielfältiges und gut ausgebautes Angebot an Pflegediensten und -einrichtungen. Beispielhaft wird an die rd. 300 Sozialstationen erinnert.

Nach dem 1993 veröffentlichten Bericht der Fachkommission Altenpflege waren die pflegerische Betreuung und Versorgung gut und der vorhandene Pflegestandard die geeignete Basis für Weiterentwicklungen und Verbesserungen der Pflege.

Den grundsätzlichen Qualitätsanspruch in der Pflegeversicherung legt § 11 Abs. 1 SGB XI fest, indem dort von Pflege „entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ gesprochen wird, wobei Inhalt und Organisation der Leistungen eine „humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde“ zu gewährleisten haben.

Für den Bereich der Pflegeversicherung vereinbaren die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene gemeinsam und einheitlich Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen. Dies ist für den Bereich ambulanter Pflege, teilstationärer Pflege und der Kurzzeitpflege am 31. 5. 1996 und für den Bereich der stationären Pflege am 21. 10. 1996 geschehen.

Die Vereinbarungen sind vertraglicher Art, jedoch mit der Maßgabe, daß sie für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich sind (§ 80 Abs. 1 Satz 3 SGB XI). Sie enthalten Vorgaben über

- Qualitätsmaßstäbe
- Qualitätssicherung
- Qualitätsprüfungen.

Das SGB XI sieht für die Landesverbände der Pflegekassen ein Prüfrecht vor, von dem sie gemeinsam im Sinne von § 81 Abs. 1 SGB XI Gebrauch machen.

Die zu veranlassenden Prüfungen werden vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung durchgeführt (§ 53 a Nr. 4, § 80 Abs. 2 Satz 2 SGB XI) und erstrecken sich auf der Grundlage der Pflegedokumentation auf alle vereinbarten Qualitätsmaßstäbe und die Qualitätssicherung. Im Zusammenhang mit dem Sicherstellungsauftrag nach § 69 SGB XI ist aus diesem Prüfrecht bei konkreten Anlässen eine Prüfpflicht abzuleiten. Zur Zeit wird für den Bereich der stationären Pflege eine Harmonisierung der gesetzlichen Heimaufsicht und der Prüfungen durch den Medizinischen Dienst angestrebt.

Die Qualität der Pflege wird auf den genannten Rechtsgrundlagen durch die inzwischen beginnenden systematischen Überprüfungen der Pflegeeinrichtungen durch den MDK formal und inhaltlich sichergestellt. Dem durch die Presseberichterstattung weitverbreiteten Eindruck, daß Pflege zum Teil durch unqualifizierte Einrichtungen zu Lasten der Solidarge-

meinschaft erfolgt, werden in absehbarer Zeit gesicherte Erkenntnisse des MDK gegenüberstehen.

Wie einzelne Untersuchungen seit Inkrafttreten des PflegeVG allerdings zeigen, werden die neuen Qualitätsstandards der Pflegeversicherung von den Pflegeeinrichtungen zum größten Teil bereits erfüllt. Gleichzeitig wird festgestellt, daß keine wesentlichen Veränderungen – etwa i. S. abnehmender Leistungsintensität im Pflege- und Betreuungsangebot – eingetreten sind. Eine Verschärfung der Personalsituation wurde nicht registriert. Durch die Einführung der Pflegeversicherung sind allerdings in den Einrichtungen und Pflegeteams Unruhe und z.T. Irritationen eingetreten, die sich auch nachteilig auf die Stimmungslage in den Heimen bis hin zu einer Beeinträchtigung des Pflegepersonals auswirken. Inwieweit diese Untersuchungen allerdings verallgemeinerungsfähig sind, läßt sich derzeit noch nicht abschätzen.

Demgegenüber tragen die vereinbarten Qualitätsmaßstäbe nach § 80 SGB XI zur Verbesserung der Arbeitsgrundlagen der Pflegekräfte insbesondere durch folgende Vorgaben bei:

- die Pflegeleistungen werden unter ständiger Verantwortung der für Leitungsaufgaben weitergebildeten Kranken- und Altenpflegekräften – d. h. der verantwortlichen Pflegefachkraft und entsprechender Vertretung – durchgeführt.
- Das bedeutet, daß die pflegerische Arbeit auf der Basis
 - der Anwendung zeitgemäßer Qualitätsmaßstäbe im Pflegebereich
 - fachlicher Planung der Pflegeprozesse
 - fachgerechter Führung der Pflegedokumentation
 - der am Pflegebedarf orientierten Dienstplanung der Pflegekräfte und
 - regelmäßiger Durchführung von Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegebereichs

erfolgt und dem Pflegepersonal dadurch einen sicheren Handlungsrahmen und hohe Standards bietet.

Besondere Bedeutung kommt der Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen zu, die fachliche Qualifikation der Leitung und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch funktions- und aufgabenbezogene Fort- und Weiterbildung sicherzustellen. Das Fachwissen ist regelmäßig zu aktualisieren und Fachliteratur ist zugänglich vorzuhalten.

Erfahrungsgemäß haben die genannten festgeschriebenen Arbeitsgrundlagen und insbesondere die berufsbegleitenden fachlichen Qualifizierungen eine berufsstärkende Wirkung, so daß erwartet werden kann, daß der anfänglichen Verunsicherung durch diese positiven Impulse eine Verbesserung der Pflege und der Situation des Pflegepersonals folgen werden.

Seit Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes sind in Niedersachsen zu den am 31. 3. 1995 vorhandenen 640 ambulanten Pflegeeinrichtungen 400 und zu den am 1. 7. 1996 978 stationären Pflegeeinrichtungen 70 stationäre hinzugekommen und von den Pflegekassen zugelassen.

Das bedeutet, daß rd. 1000 neue Arbeitsplätze für Kranken- und Altenpflegekräfte als leitende und vertretende Pflegefachkräfte und mindestens 1000 weitere Arbeitsplätze für Pflegekräfte entstanden sein müssen. Bei diesen neu entstandenen Arbeitsplätzen für Pflegekräfte handelt es sich weit überwiegend um regulär Beschäftigte in sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnissen. Der Umfang der geringfügig Beschäftigten wird nach der erklärten Absicht der Verbände der Leistungserbringer und entsprechender Erklärung der Pflegekassen unter 20 % liegen.

Durch diese Handhabung bei der Besetzung von Arbeitsplätzen in der Pflege ist unabhängig von dem positiven arbeitsmarktpolitischen Effekt und den Vorgaben durch § 80 SGB XI eine weitere Basis für die Qualität der Pflege entstanden.

Maßnahmen zur Qualität und Qualitätssicherung der Pflege in allen Bereichen zählen grundsätzlich zu den Aufgaben der Pflegeeinrichtungen und der Pflegekassen bzw. deren Verbän-

den. Neben den auf Bundesebene erlassenen Qualitätsstandards nach § 80 SGB XI gelten die auf Landesebene abzuschließenden Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung nach § 75 SGB XI.

Die Landesregierung hat dem Pflegestandard stets hohe Bedeutung beigemessen. Bereits vor Inkrafttreten des PflegeVG haben die Defizite bei der ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung psychisch veränderter oder dementer Personen die Landesregierung veranlaßt, Maßnahmen zur Förderung der geronto-psychiatrisch pflegerischen Fachlichkeit zu entwickeln und für alle in der Pflege Tätigen kostenfrei durch die Akademie für Fachberufe im Gesundheitswesen e. V., Osnabrück, anbieten zu lassen. Die Pflegeeinrichtung hat lediglich die Freistellung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den Maßnahmen zu gewährleisten.

Dieses seit 1992 bestehende Angebot hat große Akzeptanz und Nachfrage bei ambulanten Pflegediensten erfahren.

In der Zwischenzeit verfügen fast alle Sozialstationen und viele private Pflegedienste über mindestens eine Pflegefachkraft und eine Pflegekraft mit Kenntnissen über geronto-psychiatrische Pflege. Die Landesregierung hält dieses Fortbildungsangebot weiterhin aufrecht.

Das Sozialministerium hat sich ferner an der „Empfehlung zur Umsetzung der ambulanten gerontopsychiatrischen Pflege“ der Niedersächsischen Konferenz zur ambulanten gerontopsychiatrischen Pflege beteiligt. Die Landesregierung würde begrüßen, wenn es zur Umsetzung der darin entwickelten Grundsätze und Leistungskomplexe durch eine vertragliche Lösung zwischen den Leistungserbringern und den Pflegekassen käme.

Weiteres Anliegen des Landes ist die Sicherstellung der einheitlichen Mindestqualifikation der in der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege tätigen verantwortlichen leitenden Pflegefachkräfte. Dazu hat sich unter Beteiligung des Niedersächsischen Sozialministeriums und des MDKN eine Arbeitsgruppe aus Vertreterinnen und Vertretern von Berufsorganisationen der Pflegeberufe, Berufsangehörigen, Pflegeeinrichtungen und Bildungsträgern gebildet, die dazu in Kürze eine Weiterbildungsempfehlung abgeben wird.

Eine Anpassung der bestehenden Weiterbildungsregelung für die ambulante Pflege steht ebenfalls an.

Die infrastrukturellen Rahmenbedingungen für eine qualitätvolle Pflege werden durch die Planung und die Förderung der Pflegeeinrichtungen nach dem NPflegeG sichergestellt.

Zu C 5.1:

Die Fachkommission Altenpflege ist 1991 von dem damaligen Sozialminister berufen worden. Die Ergebnisse dieser und anderer Fachkommissionen wertete die Landesregierung als „wichtigen Orientierungsrahmen“. Zugleich wurden Möglichkeiten und Grenzen der kurz-, mittel- und langfristigen Weiterentwicklung der Sozialpolitik in Niedersachsen unter Einbezug der Fachkommissionsergebnisse dargelegt. Diese von der Fachkommission Altenpflege formulierten Grundpositionen und Empfehlungen haben aus Sicht der Landesregierung auch nach inzwischen mehr als vier Jahren noch Bestand.

Zu 5.2:

Durch die Pflegeversicherung ist es zu grundlegenden Strukturveränderungen in der Pflege gekommen. Der Umstrukturierungsprozeß ist noch nicht abgeschlossen.

Die Vielfalt der Veränderungen und ihre Bewertung durch die Landesregierung ergeben sich aus der bisherigen Beantwortung der einzelnen Fragen.

Hinsichtlich der Empfehlungen der Fachkommission Altenpflege ist auf die stärkere Kundenorientierung der Leistungen hinzuweisen, die die Einführung der Pflegeversicherung bewirkt hat. Nach bisherigen Erfahrungen muß allerdings angenommen werden, daß die

betroffenen alten Menschen und ihre Angehörigen hinsichtlich der Nutzung solcher Möglichkeiten überfordert sind. Einer leistungerschließenden, auf die individuelle Bedarfslage ausgerichteten Beratung, wie sie den Sozialleistungsträgern – insbesondere auch den Pflegekassen – gesetzlich vorgeschrieben ist und die jeweils auch das Gesamtsystem möglicher bzw. nötiger Hilfen mit berücksichtigt, kommt darum besondere Bedeutung zu.

Das Land unterstützt eine solche Beratung und Vermittlung von Hilfen durch Förderung gem. § 17 NPflegeG.

Mit der Förderung der Erhaltung und Qualifizierung sowie des Ausbaues eines differenzierten, aufeinander abgestimmten, wohnungsnahen und kleinräumig gegliederten Angebotes an Pflegediensten und -einrichtungen nach dem NPflegeG und durch die durch das NPflegeG ermöglichte Strukturentwicklungsplanung und die Vernetzung der Angebotsteile entspricht das Land den Vorstellungen der Fachkommission Altenpflege über ein solches System der Hilfen. Dies gilt auch für die qualitativen Vorgaben zur Gestaltung stationärer Einrichtungen, die bei Fördermaßnahmen für teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen zu berücksichtigen sind, wie sie vom Sozialministerium Ende 1996 bekannt gegeben worden sind.

Hinzu treten die von der Fachkommission empfohlenen, im Rahmen des Wohnungsbauprogrammes des Landes geförderten Altenwohnungen mit und ohne Betreuungsangebot. Zwischen 1994 und 1997 wurden mit Mitteln des Landes 2570 solcher Wohnungen erstellt, davon 1344 als Betreute Wohnungen. Auch freifinanziert sind nach Kenntnis der Landesregierung solche Wohnungen in den letzten Jahren vermehrt errichtet worden; über ihre Zahl liegen der Landesregierung allerdings keine Angaben vor.

Unabhängig von der Pflegeversicherung, aber im Sinne eines Hauptanliegens der Fachkommission Altenpflege, sind in Niedersachsen inzwischen die Grundlagen für eine dreijährige integrierte Ausbildung von Altenpflegerinnen und Altenpflegern mit Ausbildungsvergütung durch das Altenpflege-Berufegesetz geschaffen worden. Rund 1000 Schülerinnen und Schüler werden nach diesem Gesetz inzwischen ausgebildet und erhalten die durch die Solidargemeinschaft der Pflegeeinrichtungen umlagefinanzierte Ausbildungsvergütung. Mit dieser Lösung ist langjährigen Forderungen von berufsfachlichen und von Verbänden der Einrichtungsträger entsprochen worden.

Hinsichtlich der von der Fachkommission Altenpflege ebenfalls thematisierten Notwendigkeit von Fort- und Weiterbildung in der Pflege wird auf die Ausführungen zu den Fragen C 4. und 4.1 hingewiesen. Abschließend sind in diesem Zusammenhang ergänzend zu erwähnen

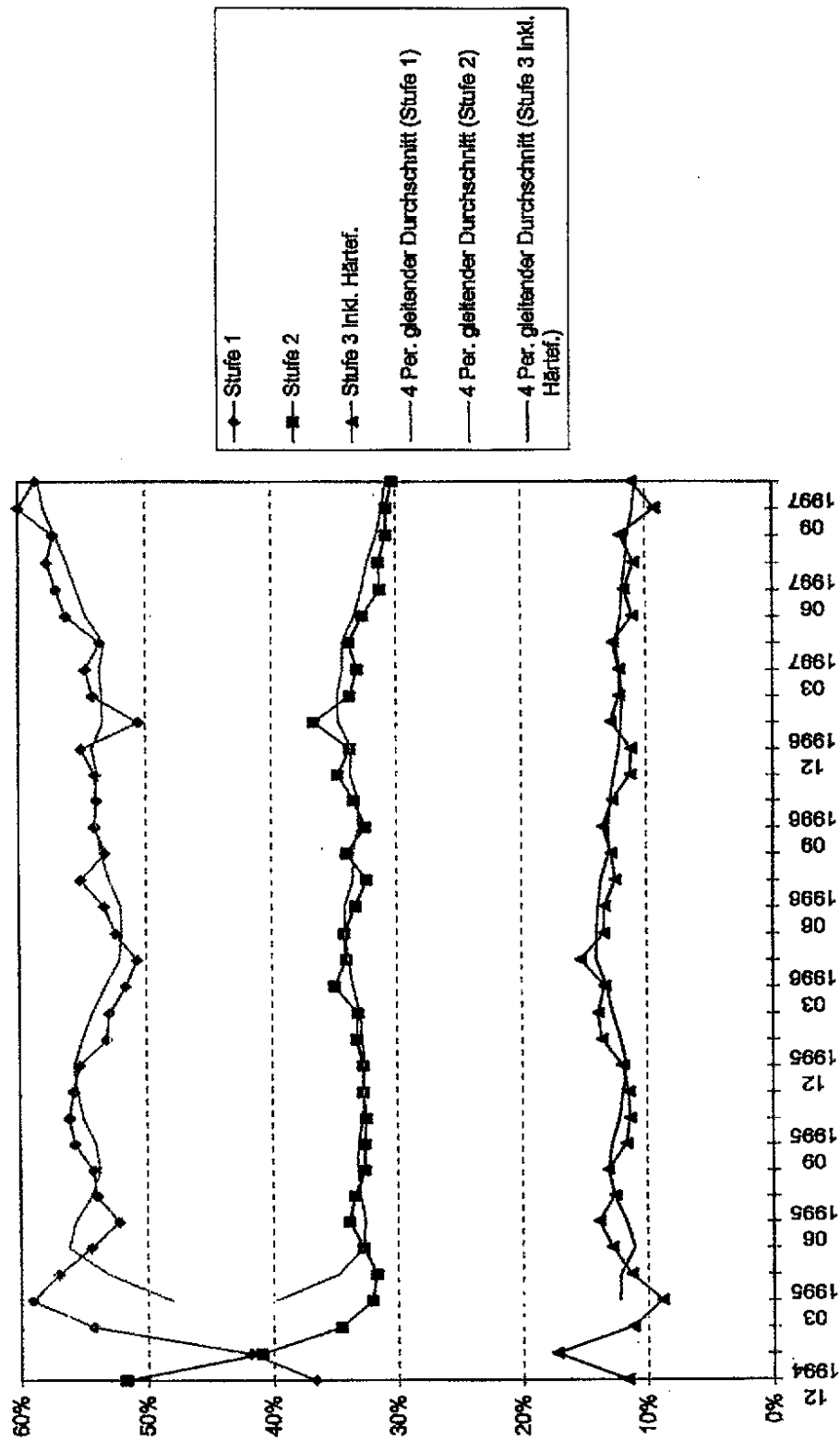
- die Beteiligung des Landes am Norddeutschen Zentrum für Weiterentwicklungen in der Pflege und
- die nach § 16 NPflegeG mögliche Förderung der Entwicklung und Erprobung neuartiger Formen der Pflege, Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und Verbindungen von Pflegeangeboten oder -einrichtungen mit gesundheits- und sozialpflegerischen Angeboten oder Einrichtungen.

In Vertretung

Zypries

Übersicht 2

Verteilung der Pflegestufen bei ambulanter Pflege
- Erstbegutachtungen -



Übersicht 3

