

Mitteilung des Senats vom 9. Januar 2001

Fazit nach fünf Jahren Pflegeversicherung

Die Bürgerschaft (Landtag) hat den Senat mit Beschluss vom 6. Juli 2000 gebeten, über die Erfahrungen mit der Pflegeversicherung und ihre künftige Entwicklung zu berichten:

Fazit nach fünf Jahren Pflegeversicherung (Antrag der Fraktionen der CDU und der SPD vom 23. Mai 2000 [Drs. 15/318])

Die Bürgerschaft (Landtag) bittet den Senat, über die Erfahrungen mit der Pflegeversicherung und ihrer künftigen Entwicklung zu berichten.

Dieser Bericht soll Aussagen zu folgenden Punkten beinhalten:

- Wie verteilen sich die Pflegestufen aktuell unterteilt nach Sach- und Geldleistungen?
- Ergab sich in den fünf Jahren Pflegeversicherung eine Veränderung in der Gewichtung der Pflegestufen unterteilt nach Geld- und Sachleistungen?
- Wie hat sich das Verhältnis von häuslicher Pflege zu stationärer Pflege entwickelt?
- Wie zeigt sich die Entwicklung bei den Schwerstpflegefällen, und gibt es differenzierte Angaben bezogen auf Altersgruppen?
- Welche finanzielle Entwicklung hat die Pflegeversicherung genommen?
- Wie hoch sind dadurch die Einsparungen bei den Sozialleistungen aktuell und in den vergangenen fünf Jahren?
- Wie hat sich die Pflegelandschaft in den vergangenen fünf Jahren verändert?
- Wie ist die Aufsicht (Heimaufsicht) mit den Zugangsmöglichkeiten zu den stationären Einrichtungen geregelt, sieht der Senat Änderungsbedarf?
- Sieht der Senat einen Bedarf für eine Veränderung der Aufsichtsregelung im Bereich der häuslichen Pflege?
- Welche Bemühungen unternimmt der Senat, um sich an der Einführung eines Gütesiegels in der Pflege zu beteiligen?

Der Senat legt in der Anlage den Bericht „Fazit nach fünf Jahren Pflegeversicherung“ mit der Bitte um Kenntnisnahme vor.

Die Deputation für Arbeit und Gesundheit hat in ihrer Sitzung vom 15. Dezember 2000 beschlossen, der Bürgerschaft (Landtag) zu empfehlen, von dem Bericht Kenntnis zu nehmen.

Bericht

Fazit nach fünf Jahren Pflegeversicherung

Inhaltsverzeichnis

- 1 Einleitung und allgemeiner Überblick
- 2 Die Pflegeversicherung im Lande Bremen
 - 2.1 Mitgliederzahlen und Pflegefälle
 - 2.2 Das Verhältnis von ambulanter zu stationärer Pflege
 - 2.3 Die aktuelle Verteilung der Pflegestufen auf die Leistungsarten
 - 2.4 Die Verteilung der Pflegestufen auf die Leistungsarten im Zeitablauf
 - 2.5 Die Verteilung der Altersstufen bei den Schwerstpflegefällen
- 3 Die finanzielle Entwicklung der Pflegeversicherung
- 4 Die Einsparungen bei der Sozialhilfe
- 5 Die Veränderung der Pflegelandschaft
- 6 Aufsicht über Heime und häusliche Pflege
- 7 Einführung eines Gütesiegels in der Pflege

1 Einleitung und allgemeiner Überblick

Die Soziale Pflegeversicherung wurde 1995 im parteienübergreifenden Konsens als 5. Säule der Sozialen Sicherung eingeführt. Sie ist ein wichtiger Baustein bei der Absicherung des Pflegerisikos, der vielen Menschen bereits geholfen hat und auch weiterhin helfen wird. Die Pflegeversicherung stellt einen Meilenstein in der sozialpolitischen Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland dar.

Die Soziale Pflegeversicherung hat sich in den vergangenen fünf Jahren bewährt. Dennoch gibt es nach wie vor Schwächen und Risiken bei der Ausgestaltung und Durchführung der Pflegeversicherung, die bei Einführung bewusst in Kauf genommen wurden, weil mit der Umsetzung erst Erfahrungen gewonnen werden sollten. So beschränkte sich beispielsweise die Leistungsgewährung weit überwiegend auf die Pflege und Hilfe beim Ausgleich körperlicher Fehlfunktionen, während der Beaufsichtigungsbedarf insbesondere dementiell Kranker weniger stark berücksichtigt wurde. Auch fehlten einheitliche Kriterien für die Beurteilung der Qualität von Pflege und Betreuung. Zudem war und ist es den Betroffenen schwer zu vermitteln, dass die Pflegeversicherung keine Vollversorgung sicher stellen kann und soll, sondern lediglich einen — wenn auch teilweise erheblichen — Zuschuss darstellt.

Diese bisherigen Erfahrungen mit der Pflegeversicherung zeigen, dass es heute einen umfassenden Reformbedarf gibt. Die Bundesregierung hat es sich dabei zum Ziel gesetzt, die Qualität der Pflege und Betreuung nicht nur zu erhalten, sondern sie — auch angesichts begrenzter Finanzspielräume — weiter zu verbessern. Das Bundeskabinett hat die Gesetzentwürfe für ein Pflege-Qualitätssicherungsgesetz und für eine Novellierung des Heimgesetzes beschlossen und das Gesetzgebungsverfahren eingeleitet. Die Koalitionsfraktionen haben einen Entschließungsantrag im Bundestag eingebracht, der an die Ausschüsse verwiesen wurde und in einem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungssituation Demenzkranker münden soll.

Die Zahl¹ der Versicherten beträgt in der Sozialen Pflegeversicherung rund 71,37 Mio. (Stand: 1. Januar 2000) und in der Privaten Pflege-Pflichtversicherung rund 8,13 Mio. (Stand: 31. Dezember 1998). Etwa 1,92 Mio. Menschen beziehen Leistungen der Pflegeversicherung, davon rund 1,35 Mio. Menschen ambulant und rund 0,57 Mio. stationär.

¹ Alle Zahlen der Einleitung sind Angaben des BMG

Demgegenüber war der Gesetzgeber während der Beratungen zur Einführung einer Pflegeversicherung von etwa 1,65 Mio. Pflegebedürftigen ausgegangen, davon ambulant rund 1,2 Mio. und stationär rund 450.000.

Angesichts der Verschiebungen in der Altersstruktur der Bevölkerung wird die Zahl der Pflegebedürftigen weiter zunehmen. Schätzungen gehen davon aus, dass die Zahl älterer Personen (60 Jahre und älter) von 1995 bis zum Jahr 2010 um 2,0 Mio. Menschen von 19,1 auf 21,0 Mio. Menschen oder rund 26 % der Gesamtbevölkerung (rund 82 Mio. Einwohner) steigen wird. Von 2010 bis 2030 ist ein weiterer Anstieg um 6,2 Mio. Menschen auf 27,2 Mio. Menschen oder rund 35 % der Gesamtbevölkerung von dann rund 77 Mio. Einwohnern zu erwarten. Gleichzeitig steigt die Lebenserwartung (Sterbetafel 1996/98) eines neugeborenen Jungen auf 74,0 Jahre, die eines neugeborenen Mädchens auf 80,3 Jahre. Ein heute 65-jähriger Mann hat noch 15,1 Jahre vor sich, eine 65-jährige Frau 18,8 Jahre.

Dabei beträgt das Risiko der Pflegebedürftigkeit vor dem 60. Lebensjahr rund 0,5 %, zwischen dem 60. und dem 80. Lebensjahr rund 4 % und steigt nach dem 80. Lebensjahr rapide auf rund 32 % an.

Bis zum Jahr 2010 wird sich die Zahl der gegenwärtig rund 1,92 Mio. Pflegebedürftigen noch um bis zu 340.000 Personen erhöhen.

Aus diesen Zahlen wird deutlich, welche große Bedeutung die Pflegeversicherung für die Menschen hat.

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden nach Pflegestufen gewährt. Unterschieden wird nach Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige), Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) und Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige). Für die häusliche Pflege erhalten Pflegebedürftige je nach Pflegestufe Pflegesachleistungen in Höhe von bis zu 750/1.800/2.800 (3.750²) DM monatlich für den Einsatz eines professionellen Pflegedienstes oder ein Pflegegeld von 400/800/1.300 DM monatlich für eine selbstbeschaffte Pflegeperson, meist Angehörige. Für teilstationäre Tages- und Nachtpflege werden Pflegeaufwendungen bis 750/1.800/2.800 DM monatlich übernommen.

In der vollstationären Pflege werden Pflegeaufwendungen pauschal mit 2.000/2.500/2.800 (3.300³) DM monatlich vergütet. Daneben gibt es noch Leistungen für Vertretungsfälle und bestimmte Aufwendungen der Pflegepersonen.

Eine besondere Errungenschaft der sozialen Pflegeversicherung ist die soziale Absicherung der Pflegeperson. Die Zahl der pflichtversicherten Pflegepersonen in der gesetzlichen Rentenversicherung betrug 1995 rund 394.000, 1996 rund 531.000, 1997 rund 516.000 und 1998 schätzungsweise mindestens 550.000.

Bei den pflichtversicherten Pflegepersonen handelt es sich zu mehr als 90 % um Frauen. Die Beitragszahlungen der Pflegekassen an die gesetzliche Rentenversicherung für die Alterssicherung der Pflegepersonen betragen im Jahr 1999 rund 2,2 Mrd. DM.

Auch die öffentlichen Haushalte und damit die Steuerzahler profitierten von der mit der Einführung der Pflegeversicherung einhergehenden Entlastung der Sozialhilfe. Im Lande Bremen ergaben sich für den Berichtszeitraum rechnerische Einsparungen bei der Sozialhilfe in Höhe von fast 500 Mio. DM. Diesen Einsparungen stehen jedoch Ausgaben für Infrastrukturmaßnahmen (derzeit rund 15 Mio. DM jährlich) und Arbeitgeberanteile zur Pflegeversicherung (derzeit knapp 6,5 Mio. DM) gegenüber. Als Kompensation für die Beitragsbelastung der Arbeitgeber, die sowohl für die erste als auch die zweite Stufe der Pflegeversicherung ausreichte, war allerdings ein regelmäßig auf einen Wochentag entfallender Feiertag abgeschafft worden.

2 Die Pflegeversicherung im Lande Bremen

Die Pflegeversicherung wird durchgeführt von den Pflegekassen, die bei den gesetzlichen Krankenkassen eingerichtet wurden, und durch die private Pflegeversicherung. Für die Darstellung der Leistungsgewährung standen dem Senat lediglich die Daten der sozialen Pflegekassen der AOK Bremen/Bremerhaven, der IKK Bremen und Bremerhaven und der Handelskrankenkasse Bremen zur Verfü-

2 Härtefälle, bei denen ein aussergewöhnlich hoher und intensiver Pflegeaufwand erforderlich ist, der das übliche Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.

3 s. Fußnote 2

gung. Daher wurden für die im folgenden dargestellten Zahlenreihen die Daten der Betriebskrankenkassen und der übrigen Ersatzkassen unberücksichtigt gelassen, weil

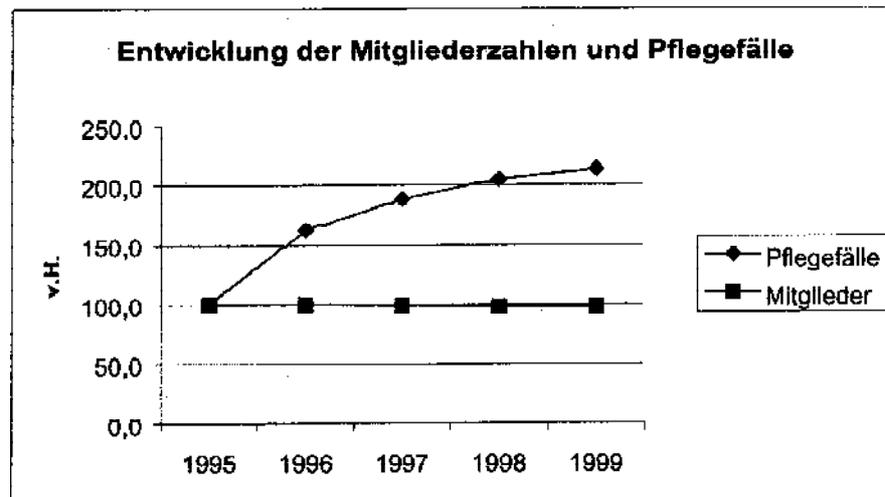
- für die Jahre 1997 und 1999 Daten der Betriebskrankenkassen nicht vorlagen und auch nicht mehr beschafft werden konnten,
- für die nicht-bremischen Krankenkassen die Zahlen der bremischen Versicherten bzw. Leistungsempfänger die Daten nicht zu erhalten waren.

In den einzelnen Tabellen oder Grafiken sind daher nur die Daten für die drei genannten Pflegekassen dargestellt. Dennoch ist davon auszugehen, dass die Verhältniswerte nicht stark von denjenigen abweichen, die unter Berücksichtigung der Betriebskrankenkassen zu erwarten wären; dies hat ein Vergleich für die Jahre gezeigt, für die die Daten der bremischen Betriebskrankenkassen vorliegen.

2.1 Mitgliederzahlen und Pflegefälle

Da die Statistiken der Pflegekassen die Leistungsempfänger nicht nach Ländern unterteilen, stellen die im folgenden veröffentlichten Daten die Gesamtzahl und nicht nur die im Lande Bremen wohnenden oder betreuten Leistungsempfänger der drei Pflegekassen dar.

Im Berichtszeitraum ist die Gesamt-Zahl der Mitglieder der drei relevanten Pflegekassen annähernd gleich geblieben, auch wenn sich zwischen den Kassen Verschiebungen ergeben haben. Die Zahl der Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung ist hingegen von 1995 bis 1999 auf mehr als das Doppelte angestiegen; dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung erst mit Wirkung vom 1. April 1995 und die stationären Leistungen erst ab 1. Juli 1996 gewährt wurden.



Die Pflegeversicherung kennt aktuell die Leistungsarten:

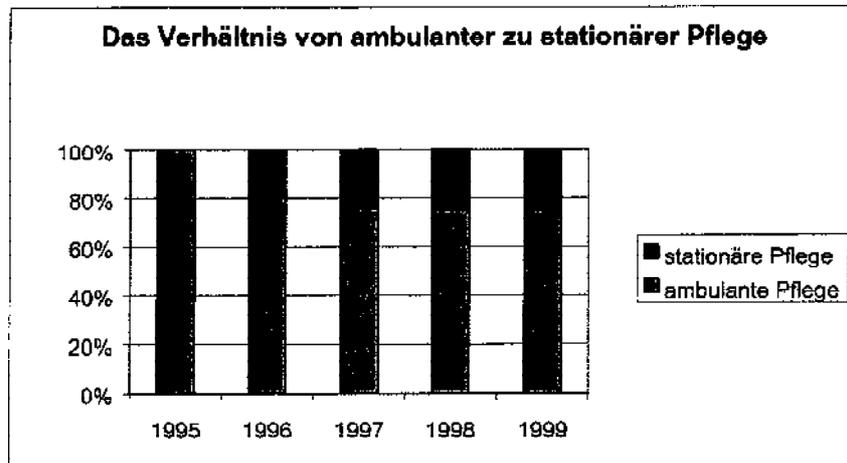
1. Pflegesachleistung,
2. Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen,
3. Kombination von Geld- und Sachleistungen,
4. Tages- und Nachtpflege,
5. Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson,
6. Kurzzeitpflege,
7. Vollstationäre Pflege,
8. Vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Für die folgenden Darstellungen wurden diese Leistungsarten in vier Gruppen zusammengefasst. Dabei wurden der „ambulanten Sachleistung“ die Pflegesachleistung, die Tages- und Nachtpflege, die Verhinderungspflege und die Kurzzeitpflege zugeordnet sowie der „stationären Sachleistung“ die vollstationäre Pflege und die Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Das Pflegegeld (Geld-

leistung) und die Kombinationsleistung (Kombileistung) bilden jeweils eigenständige Gruppen.

2.2 Das Verhältnis von ambulanter zu stationärer Pflege

Während die häusliche Pflege mit Wirkung vom 1. April 1995 eingeführt wurde, entstand ein Anspruch auf stationäre Pflege erst mit dem 1. Juli 1996. Dies spiegelt sich auch in der Grafik wider, die die Entwicklung des Verhältnisses von ambulanter zu stationärer Pflege darstellt.



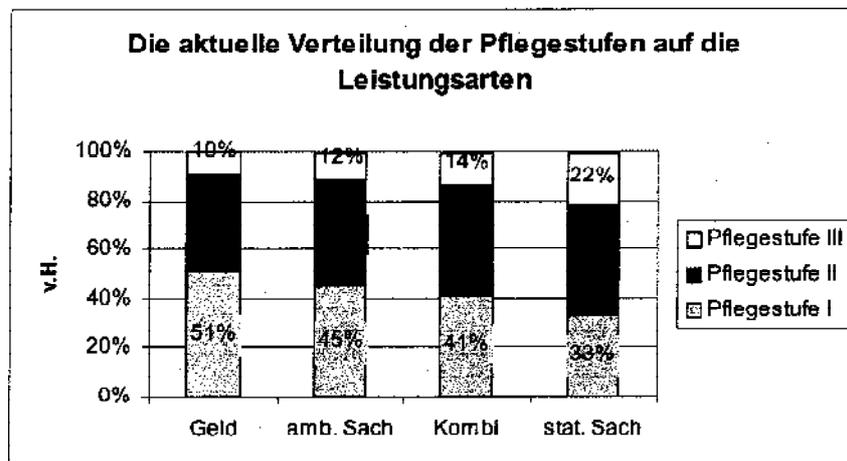
Im Jahr der Einführung der stationären Pflege (1996) ergab sich ein Verhältnis von etwa 80 % ambulanter zu 20 % stationärer Pflege. Bereits ein Jahr später, nämlich im Jahr 1997, hatte sich ein Verhältnis von etwa 75 % zu 25 % eingestellt. Dieses Verhältnis blieb in den Folgejahren nahezu unverändert.

2.3 Die aktuelle Verteilung der Pflegestufen auf die Leistungsarten

Innerhalb der jeweiligen Leistungsart zeigt die interne Verteilung der Pflegestufen deutliche Abweichungen. Von der Geldleistung über die ambulante Sachleistung und die Kombinationsleistung hin zur stationären Sachleistung nimmt der Anteil der Pflegestufe I kontinuierlich ab. Dementsprechend steigen die Anteile der Pflegestufe II und — noch deutlicher — der Pflegestufe III an.

Während bei der Geldleistung die Pflegestufe I mit 50,9 % noch mehr als die Hälfte der Leistungsart ausmacht, ist es bei der stationären Sachleistung nur noch knapp ein Drittel. Bereits bei der Kombinationsleistung stellt die Pflegestufe II den größten Anteil.

Den größten Anstieg verzeichnet allerdings die Pflegestufe III, deren Anteil von 9,7 % auf 22,0 % anwächst. Die Härtefälle spielen mit Anteilen um die 0,5 % nur eine untergeordnete Rolle; dies ergibt sich bereits aus den gesetzlichen Voraussetzungen, unter denen sie anerkannt werden können. In der folgenden Grafik ist der Härtefall nicht ausgewiesen, weil er kaum darstellbar ist.



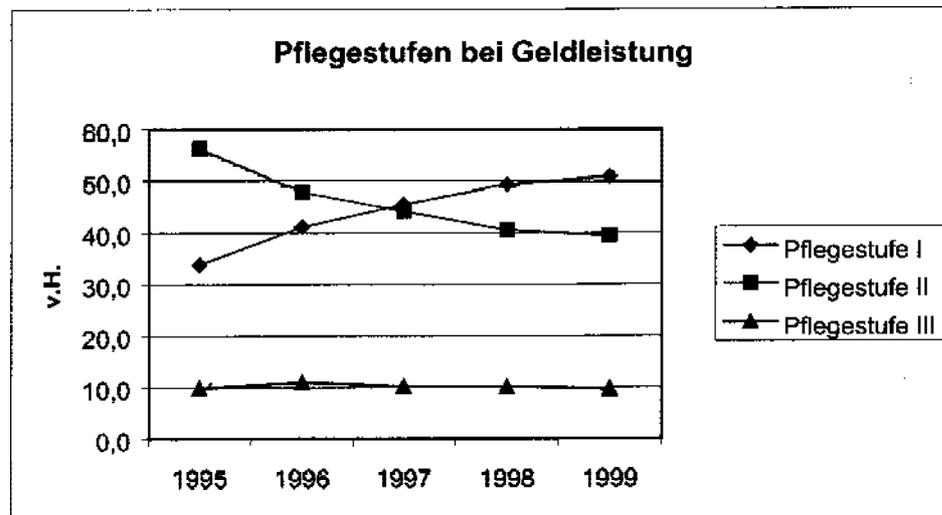
Die Verteilung der Pflegestufen innerhalb der einzelnen Leistungsarten zeigt, dass bei wachsendem Betreuungsbedarf eine Verlagerung von der reinen Geldleistung hin zur professionellen ambulanten oder stationären Pflege erfolgt.

2.4 Die Verteilung der Pflegestufen auf die Leistungsarten im Zeitablauf

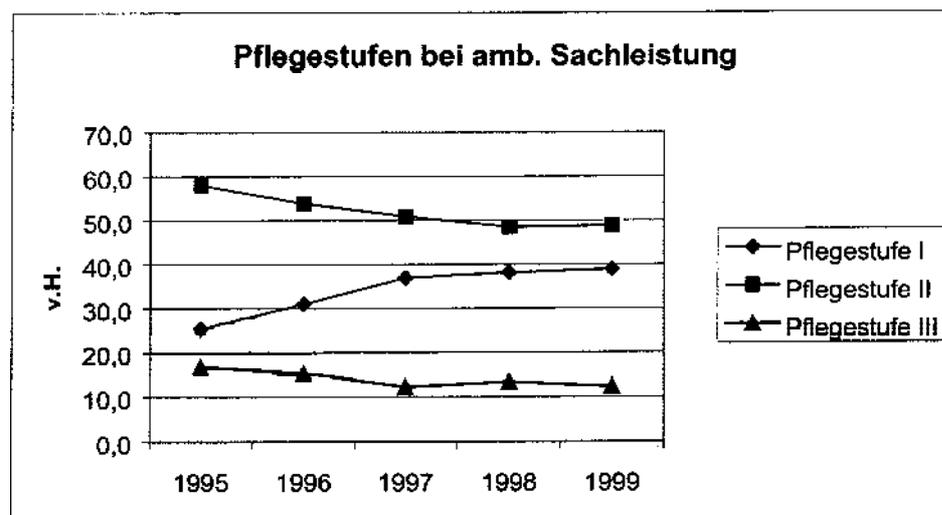
Das Verhältnis der Pflegestufen zueinander war innerhalb der vier Leistungsgruppen im Laufe der Jahre einer deutlichen Entwicklung unterworfen. Bei Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 stellte die Pflegestufe II in allen drei nicht-stationären Leistungsgruppen den bei weitem größten Anteil. Die Pflegestufe I trat dahinter regelmäßig auf Rang 2 zurück, während die Pflegestufe III und der Härtefall mit deutlichem Abstand die Ränge 3 bzw. 4 belegten.

Von Jahr zu Jahr stieg jedoch der Anteil der Pflegestufe I; in einem vergleichbaren Umfang ging der Anteil der Pflegestufe II zurück. Die Pflegestufe III und der Härtefall verharrten in etwa auf ihrem Niveau.

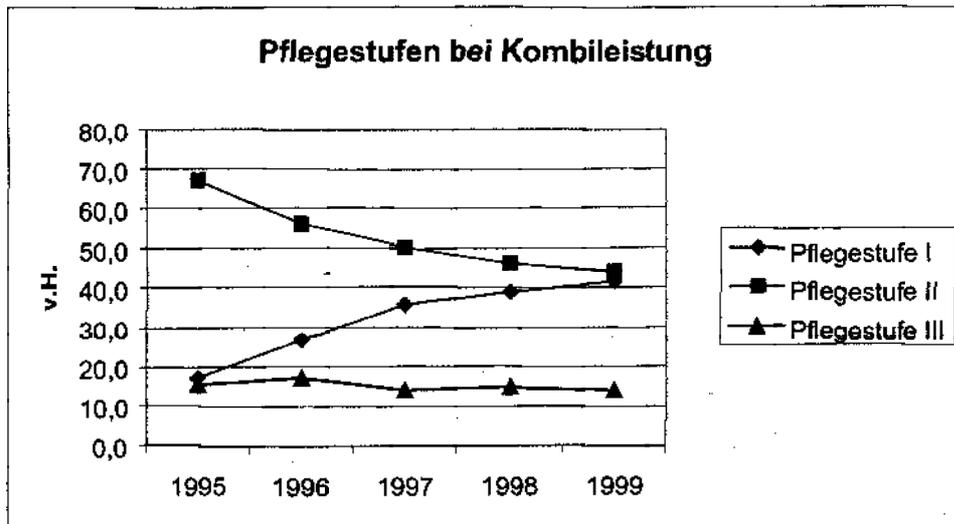
Auch in den folgenden Grafiken ist der Härtefall nicht berücksichtigt, da er sich regelmäßig knapp über 0 v. H. bewegt und so kaum darstellbar ist.



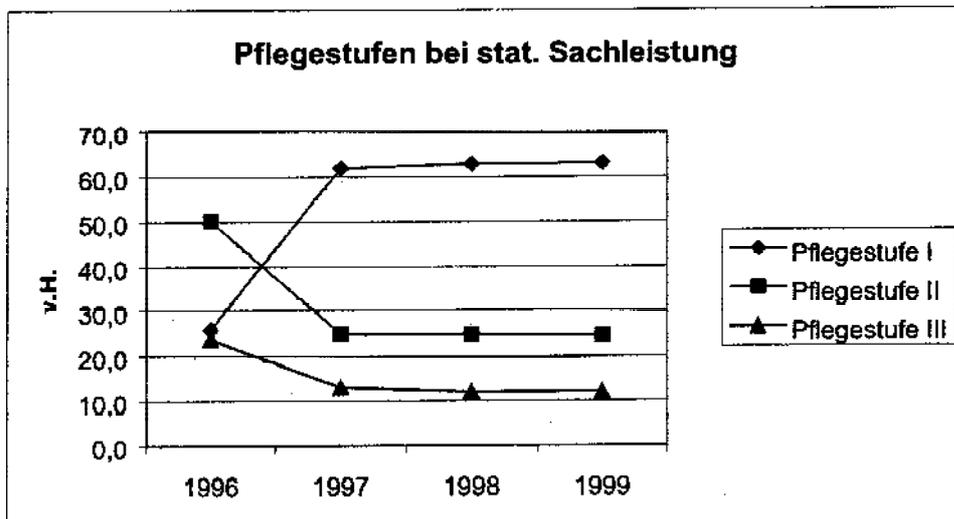
Bereits im Jahr 1997 überstieg bei der Geldleistung der Anteil der Pflegestufe I denjenigen der Pflegestufe II. Danach wurde der Abstand zwischen den beiden Pflegestufen regelmäßig größer. Die Pflegestufe III verharrt auf einem gleichbleibenden Niveau.



Für die ambulante Sachleistung verringerte sich lediglich der Abstand zwischen den Anteilen für die Pflegestufen I und II, ohne dass es zu einer Umkehrung der Anteilsverhältnisse kam. Von 1998 auf 1999 blieb der Abstand jedoch in etwa gleich. Der Anteil der Pflegestufe III ging etwas zurück.



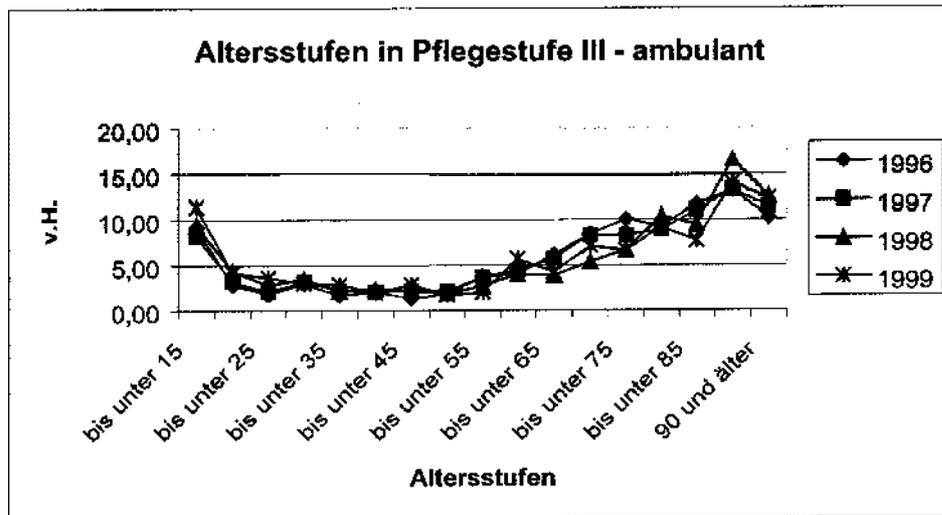
Ein ähnliches Bild zeigte sich bei der Kombileistung. Im Unterschied zur ambulanten Sachleistung erfolgt zwischen den Pflegestufen I und II jedoch eine deutlich stärkere Annäherung.



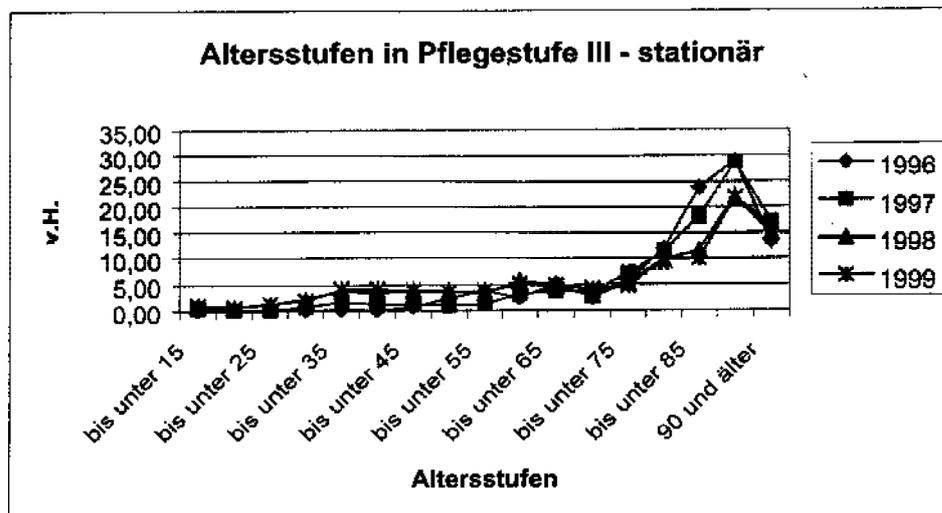
Bei der stationären Sachleistung zeigt sich dasselbe Bild wie bei der Geldleistung. Die Pflegestufe II wird zu Beginn gegenüber der Pflegestufe I verstärkt zugebilligt, doch bereits im zweiten Jahr nach Einführung der Leistung kehrt sich das Verhältnis um. Noch deutlicher als bei der ambulanten Sachleistung fällt der Anteil der Pflegestufe III nach dem ersten Jahr nach Einführung der Leistung merklich ab, um sich danach zu stabilisieren. Dieser Verlauf ist wahrscheinlich mit auf die Änderung der Begutachtungs-Richtlinien zurückzuführen.

2.5 Die Verteilung der Altersstufen bei den Schwerstpflegefällen

Die Grafik zur Verteilung der Altersstufen bei den Schwerstpflegebedürftigen im ambulanten und teilstationären Bereich zeigt in den Jahren 1996 bis 1999 nur geringe Verschiebungen zwischen den Jahren. Auffällig ist jedoch der hohe Anteil der unter 15-jährigen. Der Anstieg in den höheren Altersstufen, der bei den unter 60-jährigen beginnt und seinen Höhepunkt bei den unter 90-jährigen erreicht, ist selbst erklärend.



Im stationären Bereich ist der Ausschlag bei den unter 15-jährigen, der im ambulanten und teilstationären Bereich auffiel, nicht festzustellen. Hier zeigt sich, dass pflegebedürftige Kinder und Jugendliche zu einem sehr großen Teil zu Hause versorgt werden.



3 Die finanzielle Entwicklung der Pflegeversicherung

Wegen des vollständigen Finanzausgleiches gemäß § 66 SGB XI ist eine länderbezogene Betrachtung der Finanzentwicklung nicht sinnvoll. Die Gesamtentwicklung ergibt folgendes Bild:

Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung					
Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung 1)					
	1995	1996	1997	1998	1999
Bezeichnung					
	in Mrd. DM				
Einnahmen					
Beitragseinnahmen	16,26	23,27	30,84	30,90	31,54
Davon					
1 Beiträge an Pflegekassen	13,40	19,25	25,55	25,50	26,06
2 Beiträge an den Ausgleichsfonds	2,85	4,02	5,30	5,39	5,48
Sonstige Einnahmen	0,18	0,27	0,33	0,40	0,38
Einnahmen insgesamt	16,44	23,55	31,18	31,30	31,92
Ausgaben					
Leistungsausgaben	8,64	20,06	28,05	29,47	30,41
Davon					
1 Geldleistung	5,94	8,68	8,45	8,38	8,29
2 Pflegesachleistung	1,35	3,02	3,47	3,89	4,17
3 Verhinderungspflege	0,26	0,26	0,10	0,11	0,14
4 Tages-/Nachtpflege	0,02	0,05	0,07	0,09	0,10
5 Kurzzeitpflege	0,09	0,17	0,19	0,21	0,24
6 Soziale Sicherung der Pflegepersonen	0,60	1,81	2,32	2,28	2,21
7 Pflegemittel/ techn. Hilfen etc.	0,38	0,77	0,65	0,73	0,83
8 Vollstationäre Pflege	0,00	5,27	12,54	13,37	14,04
9 Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,00	0,01	0,26	0,43	0,39
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	0,44	0,47	0,45	0,47	0,46
Verwaltungsausgaben 2)	0,62	0,71	1,08	1,09	1,08
Sonstige Ausgaben	0,01	0,01	0,02	0,03	0,02
Ausgaben insgesamt	9,72	21,24	29,61	31,06	31,98
Liquidität					
Überschuß der Einnahmen	6,72	2,30	1,57	0,24	
/ Investitionsdarlehen an den Bund	1,10	---	---	---	0,08
Mittelbestand am Jahresende	5,62	7,92	9,49	9,74	9,68
in Monatsausgaben lt. Haushaltsplänen der Kassen		2,96	3,77	3,68	3,61

1) Abweichungen in den Summen durch Rundungen

2) 1995 einschließlich Erstattung der Vorlaufkosten an die Krankenkassen

Nach Schätzungen des BMG wird sich im Jahr 2000 der bisherige jährliche Überschuss in ein Defizit wandeln, das etwa 250 Millionen DM betragen wird. Für das Jahr 2003 rechnet das BMG mit einem Überschuss von rd. 500 Millionen DM. Gründe hierfür sind die Zunahme der kostenintensiven Pflege und der Sachleistungen im ambulanten Bereich, die demographische Entwicklung und die Mehrkosten durch den Anstieg des Anteils der höheren Pflegestufe. Allein 400 Millionen DM werden der Pflegeversicherung aufgrund der veränderten Bemessungsgrundlage für die Bezieher von Arbeitslosenhilfe fehlen.

Dabei schätzt das BMG die Finanzierung der Pflegeversicherung als solide ein. Die Entwicklung der Beschäftigtenzahlen wird nach Ansicht des BMG positiv verlaufen. Es stützt sich bei dieser Einschätzung auf die Annahmen der interministeriellen Arbeitsgruppe „Gesamtwirtschaftliche Vorausschätzung“. Die Arbeitsgruppe geht von einer Steigerung der Beschäftigtenzahlen in 2000 um + 0,5 %, in 2001 + 1 % und in den Jahren 2002 bis 2004 von je + 0,5 % aus.

Die Stabilität des Beitragssatzes von 1,7 % ist daher nach Auffassung des BMG mittelfristig gesichert. Darüber hinaus bleibt nach Ansicht des BMG noch Raum für die geplante Leistungsausweitung durch die verbesserte Versorgung von Demenzkranken.

4 Die Einsparungen bei der Sozialhilfe

Um die Einsparungen bei den Sozialleistungen darzustellen, die durch die Einführung der Pflegeversicherung zu verzeichnen sind, folgen drei Tabellen. Die erste Tabelle zeigt eine Modellrechnung der geschätzten Entwicklung der Sozialleistungen ohne die Einführung der Pflegeversicherung.

Modellrechnung ⁴ geschätzte Entwicklung ohne Einführung Pflegeversicherung (PV)						
Land und Stadtgemeinde Bremen						
	Ausgangslage 1994 (ohne PV)	1995	1996	1997	1998	1999
Einnahmen						
Von Sozialleistungsträgern	77,32	81,57	86,08	90,79	92,61	94,46
Ausgaben						
Eingliederungshilfe	73,95	78,02	82,31	86,84	91,18	96,65
Hilfe zur Pflege (HzP)	232,05	244,81	258,28	272,48	286,11	303,27
Landespflegegeld	15,52	16,37	17,27	18,22	19,14	20,28
An Bremerhaven (HzP + Eingl.Hilfe)	73,71	77,76	82,04	86,55	90,88	96,33
An Bremerhaven (Landespflegegeld)	4,31	4,53	4,75	4,99	5,24	5,55
Gesamtausgaben	399,54	421,49	442,57	464,70	492,54	522,09

Die zweite Tabelle zeigt die tatsächliche Entwicklung nach Einführung der Pflegeversicherung.

Ist-Entwicklung nach Einführung der Pflegeversicherung						
	Ausgangslage 1994 (ohne PV)	1995	1996	1997	1998	1999
Einnahmen						
Von Sozialleistungsträgern	77,32	79,68	76,39	58,16	46,17	39,24
Ausgaben						
Eingliederungshilfe	73,95	86,32	101,23	128,25	155,01	165,77
Hilfe zur Pflege (HzP)	232,05	234,82	202,51	110,96	76,64	76,14
Landespflegegeld	15,52	11,10	6,99	6,24	4,81	4,80
An Bremerhaven (HzP + Eingl.Hilfe)	73,71	75,00	76,24	52,80	54,49	59,01
An Bremerhaven (Landespflegegeld)	4,31	3,37	2,22	1,37	1,58	1,58
Gesamtausgaben	399,54	410,81	389,19	298,82	292,51	307,28

Aus der dritten Tabelle ergibt sich schließlich die Einsparung durch die Pflegeversicherung.

Modellrechnung Nettoentlastung durch Einführung der Pflegeversicherung (Geschätzte Entwicklung ohne Einführung PV/ Ist-Entwicklung)							
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Gesamt
Differenz Einnahmen		-1,89	-9,67	-32,63	-46,44	-55,22	-145,85
Differenz Ausgaben		-10,00	-53,30	-160,09	-200,03	-214,61	-945,19
Nettoentlastung		-8,99	-43,71	-133,45	-153,59	-159,59	-499,33

5 Die Veränderung der Pflegelandschaft

Die Pflegeversicherung wurde in zwei Stufen eingeführt. Zunächst konnten ab April 1995 Leistungen der ambulanten und teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege einschließlich der Kurzzeitpflege) und ab Juli 1996 Leistungen der vollstationären Pflege von den im Sinne des SGB XI Pflegebedürftigen in Anspruch genommen werden. Wesentliche Änderungen der Angebotsstruktur im Lande Bremen fasst die folgende Übersicht zusammen:

⁴ Die Modellrechnung wurde bereits während der Beratungen zur Einführung der Pflegeversicherung eingesetzt. Ihr liegen folgende Annahmen zugrunde:

Ausgabensteigerung pro Jahr 5,5 % für die Jahre 1995 bis 1997, 5 % für 1998 und für das Jahr 1999 5 % auf der gekürzten Basis; Einnahmesteigerung pro Jahr 5,5 % für die Jahre 1995 bis 1997, 3 % für das Jahr 1998 und 2 % für das Jahr 1999 entsprechend den Vorgaben der jeweils gültigen Finanzpläne.

Die Entwicklung der ambulanten, teilstationären und stationären Pflegeangebote Im Lande Bremen (1995-2000)									
	Vor Einführung der Pflege- Versicherung 1995 oder 1996			1998			2000		
	Bremen	Brhv.	Land	Bremen	Brhv.	Land	Bremen	Brhv.	Land
Amb. Pflegedienste	20	7	27	82	35	117	82	30	112
Tagespflege	4	1	5	11	1	12	10	2	12
Platzangebot	65	18	83	108	25	133	133	43	176
Kurzzeitpflege	7	1	8	11	1	12	13	⁵	13
Platzangebot	144	20	164	168	20	188	125	-	125
Altenpflegeheime	49	10	59	54	10	64	57	10	67
Platzangebot	3.390	711	4.101	3.711	737	4.448	4.035	766	4.801

Die Übersicht verdeutlicht, dass mit Einführung der Pflegeversicherung die Anzahl der ambulanten Pflegedienste erheblich zunahm. Diese Entwicklung ist darauf zurückzuführen, dass regelmäßig Pflegebedürftige, die zu Hause versorgt wurden, nunmehr erstmalig gegenüber der Pflegeversicherung einen Leistungsanspruch geltend machen konnten. Zuvor erhielt nur ein Teil der Schwerstpflegebedürftigen in einem eingeschränkten Umfang Leistungen nach dem SGB V.

Vor Einführung der Pflegeversicherung gab es in der Stadt Bremen 20 Pflegedienste; davon waren zehn in gemeinnütziger Trägerschaft. Die Pflegeleistungen wurden etwa zu 60 % von den gemeinnützigen Trägern übernommen. In den folgenden Jahren nahm insbesondere die Zahl der gewerblichen Pflegedienste zu, die heute rund die Hälfte der Pflegeleistungen wahrnehmen. In Bremerhaven stieg die Zahl der ambulanten Pflegedienste von sieben vor Einführung der Pflegeversicherung auf aktuell 30.

Im Ergebnis kann heute festgestellt werden, dass die quantitative Zunahme der Pflegedienste für die Pflegebedürftigen zu einer Erweiterung der Auswahl der für sie geeigneten Pflegedienste geführt hat. Inzwischen gibt es auch in entlegenen Wohngebieten keine Schwierigkeiten, einen Dienst zu finden, der die Pflege übernimmt. Zudem ist ein deutlicher Anstieg bei der Qualifikation des eingesetzten Pflegepersonals erreicht worden. Der Fachkraftanteil ist von rund 27 % vor Einführung der Pflegeversicherung auf inzwischen etwa 50 % gestiegen.

Bei den teilstationären Pflegeformen wurde in den letzten fünf Jahren insbesondere der Ausbau der Tagespflegeeinrichtungen vorangetrieben. Hierbei handelt es sich um eine relativ junge Ergänzung der „Pflegelandschaft“, die Anfang der 80er Jahre entwickelt und ausgebaut wurde. Die Tagespflege ergänzt, sichert und stabilisiert die häusliche Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen durch deren Förderung, Therapie und Betreuung während festgelegter Zeiten des Tages (i. d. R. werktags von 9.00 bis 16.00 Uhr). Wichtige Ziele sind die Entlastung und Stärkung pflegender Angehöriger, aber auch die Nachsorge im Anschluss an einen Klinikaufenthalt oder die Vermeidung der vollstationären Versorgung. Die Pflegebedürftigkeit eines großen Anteils der Nutzer steht mit hirnorganischen Erkrankungen wie der Altersdemenz im Zusammenhang. Durch den Ausbau der Tagespflegeeinrichtungen konnte die Erreichbarkeit dieses Angebotes in Bremen und Bremerhaven erheblich verbessert und damit auch die erforderlichen Fahrtzeiten des Hol- und Bringendienstes verkürzt werden. Da die von den Pflegekassen übernommenen Aufwendungen der Tagespflege von der Einstufung der Pflegebedürftigen abhängt, nehmen im Durchschnitt 1,5 Tagespflegegäste einen bereitgestellten Platz in Anspruch. Daraus ergibt sich, dass nicht jeder Besucher täglich anwesend ist.

Ein weiteres wichtiges Angebot zwischen der ambulanten und der stationären Dauerpflege ist das Angebot der Kurzzeitpflege. Die Kurzzeitpflege übernimmt die zeitlich befristete, also nur vorübergehende Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen in einer stationären Einrichtung. Die Kurzzeitpflege dient der Entlastung von pflegenden Angehörigen während des Urlaubs oder bei Krankheit. Sie versorgt und fördert hauptsächlich ältere Menschen nach deren Krankenhausaufenthalt, wenn häusliche Versorgung noch nicht ausreicht. Ziel des Aufenthaltes in einer Kurzzeitpflege ist die Rückkehr in die eigene Häuslichkeit.

Nach Einführung der Pflegeversicherung haben die Kurzzeitpflegeeinrichtungen in Bremen und Bremerhaven einen Funktionswandel durchgemacht. Während sie

⁵ Die in 1998 noch vorhandene Einrichtung wurde umgewidmet.

vorher für pflegebedürftig werdende Menschen insbesondere eine Orientierungs- und Stärkungsfunktion hatten, die im überwiegenden Teil zu einer Rückkehr in die eigene Wohnung führte, haben sie jetzt zunehmend die Funktion einer Zwischenstation vor der Aufnahme in die stationäre Pflege. Hintergrund für diese Entwicklung sind seit Einführung der Pflegeversicherung die Begrenzung des Aufenthaltes auf in der Regel vier Wochen, die Reduzierung des therapeutischen und pflegerischen Personals auf das Niveau der Langzeitpflege und veränderte Konzepte, die eher eingestreute Plätze in Pflegeheimen als Solitäreinrichtungen vorsehen. Folge ist, dass von den jährlich über 1.200 Personen, die die Kurzzeitpflege — vor allem nach dem Krankenhausaufenthalt — in Anspruch nehmen, ein erheblicher Teil nicht mehr nach Hause entlassen wird, sondern in den stationären Pflegeheimen verbleibt.

Gegenwärtig wird diese Problematik mit den Pflegekassen erörtert, um Konzepte der Kurzzeitpflege abzustimmen, die zur Vermeidung stationärer Pflege beitragen.

Die stationären Einrichtungen der Altenhilfe übernehmen die dauerhafte Versorgung älterer Menschen im Falle einer hohen Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit. Dabei wird unterschieden nach Altenwohnheimen, Altenheimen und Altenpflegeheimen.

Bewohner von Altenwohnheimen und Altenheimen erhalten für die Wohn- und Betreuungsformen dieser Einrichtungen keine Leistungen der Pflegeversicherung. Sie können allerdings — wie zu Hause lebende Personen — ambulante Pflegeleistungen von den Pflegediensten erhalten, die bei entsprechendem Anspruch durch die Pflegeversicherung finanziert werden.

Die Träger der Altenpflegeheime schließen mit den Pflegekassen Versorgungsverträge. Die Bewohner erhalten nach Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen Leistungen nach dem SGB XI.

Allgemein wurde erwartet, dass mit Einführung der Pflegeversicherung die nunmehr angewandten Beurteilungskriterien des MDK (Hervorhebung somatischer vor sozialer Indikation) zu einer späteren Heimaufnahme beitragen, wodurch die Verweildauer der Bewohner in den Pflegeheimen reduziert würde. Tatsächlich sind aber die Plätze der Pflegeheime zu einem hohen Grad ausgelastet (rund 98 %), obwohl das Angebot in den letzten Jahren durchschnittlich um 120 Pflegeplätze pro Jahr erweitert wurde. Diese Erweiterung lässt sich nicht allein mit der demographischen Entwicklung begründen, sondern ergibt sich zum Teil auch aus dem beschriebenen Funktionsverlust der Kurzzeitpflegeeinrichtungen.

Der Ausbau der Pflegeplätze wurde auch genutzt, um die Versorgungslücken in Stadtteilen mit einem hohen Anteil älterer Menschen zu schließen.

6 Aufsicht über Heime und häusliche Pflege

Die Heimaufsicht agiert auf Grundlage des Heimgesetzes (HeimG), das dem Schutz von Erwachsenen dient, die in stationären Einrichtungen wohnen und versorgt werden. Nach § 9 dieses Gesetzes werden stationäre Pflegeeinrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe durch wiederkehrende Prüfungen der zuständigen Heimaufsicht überwacht. Nach dem bestehenden Recht hat die Heimaufsicht die Prüfungen und Besichtigungen während der üblichen Geschäftszeiten vorzunehmen. Zur Verhinderung dringender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung können Überwachungen auch zu anderen Zeiten und ohne die sonst geforderte Beteiligung der zuständigen Landesverbände der Heimträger durchgeführt werden. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 GG) wird insoweit eingeschränkt, als Räume, die zu Wohnzwecken dienen, durch die Heimaufsicht betreten werden dürfen.

Im Lande Bremen werden stationäre Pflegeeinrichtungen angemeldet und unangemeldet besucht. Unangemeldete Besuche finden vor allem dann statt, wenn Beschwerden eine sofortige Überprüfung eines Sachverhalts erfordern.

Bei unangemeldeten Besuchen erfolgt in der Regel eine kurzfristige Benachrichtigung des nach § 10 HeimG zur Teilnahme aufgeforderten zuständigen Landesverbandes des Heimträgers.

Gegenwärtig befindet sich die Novellierung des HeimG im Gesetzgebungsverfahren, danach können Prüfungen jederzeit angemeldet oder unangemeldet erfolgen. Prüfungen sollen zur Nachtzeit nur zulässig sein, wenn das Überwachungsziel zu

anderen Zeiten nicht erreicht werden kann (Novelle HeimG §15 [1]). Die Heimaufsicht soll den Trägerverband über den Zeitpunkt von angemeldeten Prüfungen unterrichten (Novelle HeimG § 15 [8]).

In der Praxis besteht bereits heute mit vielen Trägern von stationären Pflegeeinrichtungen im Lande Bremen Einvernehmen über allzeitige Kontrollmöglichkeiten der Heimaufsicht. Der Senat begrüßt und unterstützt dennoch die mit der Novellierung des Heimgesetzes verbundene rechtliche Absicherung einer erweiterten Überwachungsfunktion durch die Heimaufsicht.

In der Vergangenheit gab es wiederholt Bemühungen, bundeseinheitliche Regelungen über die Aufsicht ambulanter Pflegedienste herbeizuführen. Unter anderem wurde eine Erweiterung des Geltungsbereiches des Heimgesetzes auf die ambulante Pflege angestrebt. Diese Vorstellungen führten bisher wegen differierender Positionen der Länder und der beteiligten Bundesministerien nicht zum Erfolg. Allerdings sieht die Novellierung des Heimgesetzes eine entsprechende Anwendung für die Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen vor.

Grundsätzlich sind die ambulanten Pflegedienste nach dem SGB XI für eine dem Versorgungsvertrag entsprechende Pflegeleistung zuständig. Bei Verstößen kann der Versorgungsvertrag durch die Pflegekassen gekündigt werden.

Das geplante Pflege-Qualitätssicherungsgesetz sieht künftig differenzierte Leistungs- und Qualitätsnachweise auch für die ambulante Pflege vor, die die externe Qualitätskontrolle durch den MDK erleichtern.

Das Bundesministerium FSFJ beabsichtigt nach der Novellierung des Heimgesetzes ein entsprechendes Aufsichtsgesetz für ambulante Pflegedienste auf den Weg zu bringen.

7 Einführung eines Gütesiegels in der Pflege

Alle großen Träger von Pflegeeinrichtungen und -diensten im Lande Bremen sind in den letzten fünf Jahren dazu übergegangen, ein Qualitätsmanagement z. T. auch mit Zertifizierungssystem einzurichten oder haben Qualitätsbeauftragte bestimmt. Auch den kleineren ambulanten Pflegediensten wurde von ihrem Dachverband die Zertifizierung der ambulanten Pflegeleistungen durch externe Qualitätsprüfungen empfohlen.

Zur Unterstützung dieser externen Überprüfung ambulanter Pflegeleistungen hat das Gesundheitsamt Bremen sich im Jahr 1997 die Aufgabe gestellt, ein Qualitätssiegel für ambulante Pflegedienste zu entwickeln. Ziel dieser Bemühung war u. a. der ambulanten Pflege in Bremen Impulse für die fachliche Weiterentwicklung zu geben.

Das Qualitätssiegel wurde unter der Mitarbeit von zwei Pflegediensten, den Pflegestudiengängen an der Hochschule Bremen und der Universität Bremen sowie einem Berufsverband der Pflege entwickelt. Ein wesentliches Merkmal dieses Prüfverfahrens ist der Grundsatz der kontinuierlichen Qualitätsüberwachung und -verbesserung. Die Entwicklung und Erprobung dieses Qualitätssiegels wurde durch Zuschüsse des Landes gefördert.

Bei der Beteiligung der Länder an der vorgesehenen Rechtsverordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen werden die in Bremen gewonnenen Erkenntnisse berücksichtigt.

Im Rahmen des gegenwärtigen Gesetzgebungsverfahrens des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes setzt sich der Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales für einheitliche und verbindliche Prüfvorschriften zur Qualitätssicherung der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege ein. Diese Vorschriften zielen auch auf festgelegte Standards für die mit der Qualitätsprüfung beauftragten Sachverständigen und Prüfstellen.