



Bericht

der Landesregierung

Bericht zur Umsetzung der Pflegeversicherung

Landtagsbeschluß vom 14. Mai 1998
– Drucksache 14/1430 –

Federführend ist die Ministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

Kiel, den 9. Februar 1999

Bericht
zur Umsetzung der Pflegeversicherung
in Schleswig-Holstein

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein

Bericht zur Umsetzung der Pflegeversicherung in Schleswig-Holstein

Inhaltsverzeichnis	Seite
I. Vorbemerkungen	5
II. Pflege-Versicherungsgesetz	6
1. Ziele und Grundsätze	6
2. Anspruchsvoraussetzungen	7
3. Leistungen	9
III. Umsetzung der Pflegeversicherung in Schleswig-Holstein	12
1. Allgemeines	12
2. Regelungsverantwortung des Landes	12
2.1 Allgemeines	12
2.2 Landespflegegesetz und Durchführungsregelungen	13
2.3 Regelungsgrundsätze und Ziele	13
2.4 Bedeutung der Investitionskostenförderung für die Pflegebedürftigen	14
2.5 Weitergehende Aufgaben des Landes	15
2.6 Sonstige Landesregelungen	16
2.7 Überprüfung der landesrechtlichen Regelungen	16
3. Aufgabenstellung der übrigen Beteiligten	17
3.1 Kreise und kreisfreie Städte	17
3.2 Pflegekassen	19
3.3 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung	19
3.4 Pflegeeinrichtungen und deren Verbände	20
3.5 Heimaufsichtsbehörden	21
3.6 Pflegebedürftige	21
3.7 Information und Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen	22
4. Regelungsverantwortung der Selbstverwaltung	23
4.1 Rahmenverträge, Vergütungsregelungen	23
4.2 Landespflegeausschuß	24
4.3 Schiedsstelle	25
4.4 Vergütung der Pflegeleistungen	27
4.4.1 Grundsätze	27

4.4.2	Ambulante Pflege	28
4.4.3	Stationäre Pflege (Pflegesätze, Entgelte)	29
4.4.3.1	Allgemeines	29
4.4.3.2	Übergangsregelung bis zum 31. Dezember 1998	30
4.4.3.3	Pflegesätze und Entgelte ab 1999	32
4.5	Qualitätssicherung	35
5.	Feststellung der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsverfahren	37
6.	Leistungsempfänger	39
7.	Pflegeeinrichtungen	41
7.1	Allgemeines	41
7.2	Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste)	43
7.3	Teilstationäre Pflegeeinrichtungen und Kurzzeitpflegeeinrichtungen	44
7.4	Vollstationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime)	45
8.	Hospizversorgung	48
9.	Pflegeversicherung/Eingliederungshilfe	49
10.	Entlastung der Sozialhilfe	51
11.	Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen	52
11.1	Bedarfsplanung	52
11.2	Förderung	54
11.2.1	Grundsätze, Verfahren	54
11.2.2	Objektförderung	56
11.2.3	Zuschüsse zu laufenden Investitionsaufwendungen, Pflegeteilegeld	58
11.2.4	Förderung ergänzender Maßnahmen	61
IV.	Sicherung der Ausbildung von Pflegekräften (Altenpflegeausbildungsgesetz)	62
V.	Novellierungsbedarf des SGB XI	63
1.	Ausgangslage, Erwartungen	63
2.	Finanzielle Rahmenbedingungen für Leistungsverbesserungen	64
3.	Wesentlicher Handlungsbedarf	65

Anhang:

A 1 - Landespflegegesetz

A 2 - Landespflegegesetzverordnung

A 3 - Richtlinien nach § 7 des Landespflegegesetzes

A 4 - Vereinbarung gemäß § 6 Abs. 2 des Landespflegegesetzes
(Investitionskostenpauschalen für ambulante Pflegedienste)

A 5 - Erlaß des MAGS vom 10. Dezember 1996 - IX 503 b - 458.111-31.13-701 - betr. Abgrenzung der Finanzierungsbereiche des Pflege-Versicherungsgesetzes, des Landespflegegesetzes und der kommunalen Daseinsvorsorge

A 6 - Vergütungsregelung ambulante Pflege

I. Vorbemerkungen

Mit der Verabschiedung des Pflege-Versicherungsgesetzes im Mai 1994 wurde das System der sozialen Sicherung der Bundesrepublik Deutschland um einen wesentlichen Baustein ergänzt. Nach einer mehr als 20-jährigen Diskussion wurde die Pflegeversicherung nach der Kranken-, Unfall-, Renten- und Arbeitslosenversicherung als fünfte Säule des Sozialversicherungssystems errichtet.

Es hat außerordentlicher Anstrengungen aller Beteiligten bedurft, den Übergang von der bisher weitgehend selbst oder von der Sozialhilfe finanzierten Pflege auf ein beitragsfinanziertes Versicherungssystem zu vollziehen. Es fehlten - und fehlen zum Teil heute noch - wesentliche Vorgaben der Bundesebene durch Verordnungen der Bundesregierung oder Regelungen der Selbstverwaltung. Zugleich zeigte sich, daß die mit dem Pflege-Versicherungsgesetz verbundenen Erwartungen vielfach zu hoch angesetzt waren. Abweichend von den bis dahin tragenden Prinzipien des Sozialversicherungsrechts wurde die Pflegeversicherung lediglich als Teilabsicherung (Grundsicherung) konzipiert. Dies führte auch im Zusammenhang mit den engen Einstufungskriterien für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zu Enttäuschungen bei vielen Pflegebedürftigen. Mit der zentralen Funktion der Pflegekassen wurde zudem die traditionelle Rollenverteilung in der Pflegelandschaft grundlegend verändert. Hinzu kam, daß die von den Trägern der Pflegeeinrichtungen erwarteten Verbesserungen der Vergütungs- und Entgeltregelungen nicht in dem erhofften Umfang eintraten, was die kritische Haltung eines Teils der Leistungserbringer gegenüber dem neuen System verstärkte.

Ungeachtet der Anlaufschwierigkeiten und einer Reihe noch nicht befriedigend gelöster Fragen hält die Landesregierung die gesetzgeberische Grundentscheidung für eine sozialversicherungsrechtliche Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit übereinstimmend mit den im Lande für die pflegerische Versorgung der Bevölkerung Verantwortlichen gleichwohl für unverändert richtig. Insbesondere ist festzuhalten, daß die Pflegeversicherung für die weit überwiegende Mehrheit der Pflegebedürftigen spürbare Verbesserungen gebracht hat.

Die Umsetzung der Pflegeversicherung ist in Schleswig-Holstein trotz teilweise gegensätzlicher Interessenlagen nach wie vor von Konsensbereitschaft und sozialer Verantwortung aller Beteiligten und ihrer Organisationen geprägt. Die Schleswig-Holsteinische Landesregierung wird alles tun, um dieses vertrauensvolle Miteinander zu erhalten und auszubauen.

Der vorliegende Bericht

- gibt einen ersten zusammenfassenden Überblick über die Situation und die Auswirkungen der Pflegeversicherung in Schleswig-Holstein,
- erläutert bundes- und landesrechtliche Regelungen,
- verdeutlicht die bestehenden Zuständigkeiten der Beteiligten und
- zeigt Perspektiven für die weitere Entwicklung auf.

II. Pflege-Versicherungsgesetz

II.1 Ziele und Grundsätze

Primäres Ziel des Pflege-Versicherungsgesetzes¹ ist die Verbesserung der Absicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit durch eine beitragsfinanzierte **Grundversorgung zur Abdeckung pflegebedingter Aufwendungen**. Die Pflegeversicherung soll insbesondere dazu beitragen, die den Pflegebedürftigen aus der Pflegebedürftigkeit entstehenden finanziellen Belastungen zu verringern. Sie soll dadurch gewährleisten, daß die Betroffenen in der weit überwiegenden Zahl der Fälle nicht mehr auf Sozialhilfe angewiesen sind. Darüber hinaus soll die soziale Sicherung von nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegepersonen, wie Familienangehörigen oder Nachbarn, verbessert werden, um die **Pflegebereitschaft im häuslichen Bereich zu fördern**.

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen sich an den Grundsätzen „**Prävention und Rehabilitation vor Pflege**“ und „**ambulant vor stationär**“ orientieren. Den Pflegebedürftigen soll trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst **selbständiges und selbstbestimmtes Leben** ermöglicht werden. Hierzu werden weitreichende Wahlrechte bezüglich der Auswahl der Pflegeeinrichtungen und der Art der Leistungsgewährung eingeräumt. Eine umfassende **Aufklärung und Beratung** durch die Pflegekassen soll die Pflegeversicherten dabei unterstützen, und zwar sowohl vorbeugend als auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit (§ 7 SGB XI).

Die Gesamtheit dieser und der weiteren Zielsetzungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) als dem Hauptbestandteil des Pflege-Versicherungsgesetzes soll nach den Vorstellungen des Gesetzgebers auf eine **neue Kultur des Helfens** und der menschlichen Zuwendung hinwirken (§ 8 Abs. 2 SGB XI).

Zu den gegenüber den klassischen Zweigen der Sozialversicherung bestehenden Besonderheiten der Pflegeversicherung gehört insbesondere die **Erfassung praktisch der gesamten Bevölkerung**. Entsprechend dem Grundsatz „**Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung**“ wurden für alle in der gesetzlichen Krankenversicherung gesetzlich oder freiwillig versicherten Personen eine soziale Pflegeversicherung unter dem Dach der Krankenversicherung und für die privat krankenversicherten Personen eine private Pflegeversicherung eingeführt, jeweils als Pflichtversicherung.

Eine weitere in den Vorbemerkungen bereits erwähnte Besonderheit ist, daß die Pflegeversicherung nur eine allerdings sehr umfängliche **Teilabsicherung (Grundsicherung)** mit unterschiedlich gestalteten Wahlmöglichkeiten zwischen Geld- und Sachleistungen gewährt. Trotz deutlicher Hinweise in den einleitenden Vorschriften des SGB XI

„Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen *vorrangig die häusliche Pflege* und die Pflegeleistungen der Angehörigen und Nachbarn *unterstützen* ...“ (§ 3 SGB XI)

¹ Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz - PflegeVG) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014)

„Bei häuslicher und teilstationärer Pflege *ergänzen* die Leistungen der Pflegeversicherung *die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung*. Bei teil- und vollstationärer Pflege werden die Pflegebedürftigen von pflegebedingten Aufwendungen *entlastet* ...“
(§ 4 Abs. 2 SGB XI)

Ist der Teilabsicherungsaspekt der Pflegeversicherung erst sehr spät in das Bewußtsein der Betroffenen gerückt. Diese für den Bereich des sozialen Sicherungssystems der Bundesrepublik Deutschland neue Konzeption ist unverändert Ausgangspunkt für einen Teil der Kritik an der Pflegeversicherung.

Aufgrund des Teilabsicherungsaspekts ist die mit der Einführung der Pflegeversicherung verbundene Zielvorstellung, einen großen Teil der Pflegebedürftigen von der Sozialhilfe unabhängig zu machen, insbesondere im stationären Bereich nicht erreicht worden. Die Gründe hierfür liegen aber nur bedingt in den der Höhe nach begrenzten und oft nicht den gesamten Pflegebedarf abdeckenden Leistungen der Pflegeversicherung. Ergänzende Leistungen der Sozialhilfe sind vielmehr meistens deswegen weiterhin erforderlich, weil die Alterseinkünfte der Pflegebedürftigen oft nicht ausreichen, um die nicht von der Pflegeversicherung getragenen Kosten bei Heimpflegebedürftigkeit abzudecken. Es konnte weder Aufgabe des Pflege-Versicherungsgesetzes noch der für den Bereich der Investitionskosten verabschiedeten Landesgesetze sein, unzureichende Alterseinkünfte, die in vielen Fällen auch ohne Eintritt von Pflegebedürftigkeit zur Sozialhilfeabhängigkeit geführt hätten, zu kompensieren.

Einzelregelungen des Pflege-Versicherungsgesetzes werden in diesem Bericht nur angesprochen, soweit sie im Zusammenhang mit der Umsetzung auf Landesebene stehen. Aus diesem Grund beschränken sich die weiteren Ausführungen des Abschnitts II auf eine Übersicht über die Anspruchsvoraussetzungen (Einstufungsregelungen) und die nach dem SGB XI vorgesehenen Leistungen.

II.2 Anspruchsvoraussetzungen

Nach § 14 SGB XI sind Personen pflegebedürftig, „*die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße ... der Hilfe bedürfen*“. Die Hilfe in diesem Sinne besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

Pflegebedürftigkeit wird entsprechend § 15 SGB XI nach Schweregraden in Pflegestufen wie folgt differenziert:

Anspruchsvoraussetzungen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz	
Pflegestufe	Anspruchsvoraussetzungen
Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige)	Hilfebedarf mindestens 1 x täglich bei wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Grundpflege sowie mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung Zeitaufwand: Ø täglich mindestens 90 Minuten, davon mehr als 45 Minuten für die Grundpflege
Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige)	Hilfebedarf mindestens 3 x täglich zu verschiedenen Tageszeiten aus einem oder mehreren Bereichen der Grundpflege sowie mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung Zeitaufwand: Ø täglich mindestens 3 Stunden, davon mindestens 2 Stunden für die Grundpflege
Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige)	Hilfebedarf rund um die Uhr, auch nachts, aus einem oder mehreren Bereichen der Grundpflege sowie mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung Zeitaufwand: Ø täglich mindestens 5 Stunden, davon mindestens 4 Stunden für die Grundpflege
Härtefälle	Grundpflege kann auch nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden o d e r Hilfebedarf rund um die Uhr aus einem oder mehreren Bereichen der Grundpflege; Zeitaufwand täglich mindestens 7 Stunden, davon wenigstens 2 Stunden in der Nacht zusätzlich ständige Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung

Verrichtungen des täglichen Lebens (Grundpflege)			Hauswirtschaftliche Versorgung
Körperpflege	Ernährung	Mobilität	
Verrichtungen: • Waschen • Duschen • Baden • Zahnpflege • Kämmen • Rasieren • Darm-, Blasenentleerung	Verrichtungen: • mundgerechte Zubereitung oder Aufnahme der Nahrung	Verrichtungen: • Aufstehen • Zubettgehen • An- und Auskleiden • Gehen • Stehen • Treppen steigen • Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung	Verrichtungen: • Einkaufen • Kochen • Reinigen der Wohnung • Spülen • Wechseln und Waschen der Wäsche und Bekleidung • Beheizen

Der Gesetzgeber hat sich nicht zuletzt aus finanziellen Gründen für eine äußerst enge Definition des Begriffs der Pflegebedürftigkeit entschieden. Die Berücksichtigung von Tätigkeiten und Hilfeleistungen, die nicht den vorstehend beschriebenen Verrichtungen zuzurechnen sind oder einer nicht verrichtungsbezogenen allgemeinen Anleitung und Beaufsichtigung bei anderen Alltagsbedürfnissen dienen, ist nicht zulässig. Das führt insbesondere bei Demenzerkrankten und Altersverwirrten zur Nichtberücksichtigung typischer existentieller Hilfebedarfe und gehört zu den wesentlichen Kritikpunkten aller Beteiligten an den Einstufungskriterien der Pflegeversicherung. Auch die Landesregierung hält insoweit eine Überprüfung für notwendig (siehe Abschnitt V.3). Dabei bedarf es auch einer Überprüfung, ob der zeitliche Umfang der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der Pflegestufenzuordnung zu berücksichtigen ist. Die entsprechende Forderung ist dem Grunde nach jedenfalls solange berechtigt, wie die Pflegeversicherung die Kosten der medizinischen Behandlungspflege zu tragen hat.

II.3 Leistungen

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung sowie Kostenerstattung, soweit das Gesetz diese vorsieht. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit und danach, ob häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Pflege in Anspruch genommen wird. Die Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftigen haben darauf hinzuwirken, daß die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

Die nachstehende Übersicht gibt einen Überblick über die Leistungen der Pflegeversicherung und über das Inkrafttreten der jeweiligen Regelungen.

	seit 1. April 1995 Häusliche Pflege		seit 1. April 1995 Ersatzpflege (§ 39 GB XI)	seit 1. April 1995 Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI)	seit 1. April 1995 Tages - und Nachtpflege (teilstationäre Pflege) (§ 41 SGB XI)	seit 1. Juli 1996 Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)	seit 1. Juli 1996 Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 43 a SGB XI)
	Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI) monatlich bis zu	Pflegegeld (§ 37 SGB XI) monatlich bis zu	Pflegebedingte Aufwendungen für längstens vier Wochen im Kalenderjahr bis zu	Pflegebedingte Aufwendungen, soziale Betreuung und Behandlungspflege** bis zu vier Wochen pro Kalenderjahr bis zu	Pflegebedingte Aufwendungen, soziale Betreuung und Behandlungspflege** monatlich bis zu	Pflegebedingte Aufwendungen, soziale Betreuung und Behandlungspflege** monatlich bis zu	Pflegebedingte Aufwendungen, soziale Betreuung und Behandlungspflege monatlich bis zu
Wird die Pflegesachleistung nicht in voller Höhe ausgeschöpft, kann gleichzeitig ein entsprechendes gemindertes Pflegegeld beansprucht werden (§ 38 SGB XI - Kombinationsleistung)							
Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige)	750,-- DM	400,-- DM	400,-- DM*	2.800,-- DM	750,-- DM	2.000,-- DM***	10 % des Heimentgelts, höchstens 500,-- DM
Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige)	1.800,-- DM	800,-- DM	800,-- DM*	2.800,-- DM	1.500,-- DM	2.500,-- DM***	
Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige)	2.800,-- DM	1.300,-- DM	1.300,-- DM*	2.800,-- DM	2.100,-- DM	2.800,-- DM***	
in besonderen Härtefällen	3.750,-- DM					3.300,-- DM***	

* bei professioneller Pflege bis zu 2.800,-- DM monatlich

** die Übernahme der Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege ist bis zum 31. Dezember 1999 befristet

*** die ebenfalls bis zum 31. Dezember 1999 befristeten pauschalen Leistungsbeträge dürfen 75 % des jeweiligen Gesamtheimentgeltes nicht überschreiten

Neben den genannten Leistungen können im Rahmen der Pflegeversicherung außerdem gewährt werden:

a) bei häuslicher Pflege

- Hilfsmittel, soweit diese nicht von den Krankenkassen zu erbringen sind,
- Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (z. B. technische Hilfen, bauliche Maßnahmen),
- Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen, insbesondere durch Übernahme von Beiträgen zur Rentenversicherung,
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen,

b) bei stationärer Pflege

- Hilfsmittel, soweit diese nicht von den Krankenkassen oder Pflegeeinrichtungen zu erbringen sind.

Überprüfungs- bzw. Änderungsbedarf besteht in erster Linie hinsichtlich der unzulänglichen Leistungen der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege sowie der nicht mit den Einstufungskriterien übereinstimmenden Abstufungen der Leistungen. Das gilt insbesondere unter dem Aspekt der Stärkung der häuslichen Pflege. Von erheblicher Bedeutung wird im übrigen die im Laufe des Jahres 1999 vom Bundesgesetzgeber zu treffende Entscheidung über die künftige Übernahme der Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege sowie über die Leistungen bei stationärer Pflege ab 1. Januar 2000 sein (siehe Abschnitt V.3).

III. Umsetzung der Pflegeversicherung in Schleswig-Holstein

III.1 Allgemeines

Das Pflege-Versicherungsgesetz hat die inhaltliche Ausfüllung und Umsetzung des SGB XI weitgehend der **Selbstverwaltung der Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen** übertragen (Pflegevertragsrecht). Es hat dabei den Pflegekassen als den Trägern der Pflegeversicherung (§ 1 Abs. 3 SGB XI) die zentrale Funktion zugewiesen und damit die bis dahin bestehende Rollenverteilung im Bereich der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung grundlegend verändert. Insbesondere für die Verbände der freien Wohlfahrtspflege und deren Einrichtungen bedeutet das einen weitgehenden Verlust ihrer bisherigen Vorrangstellung und zugleich eine nicht unerhebliche Einbuße ihrer bisherigen Gestaltungsfunktion.

Soweit es um Fragen der **Planung und Finanzierung** von Pflegeeinrichtungen geht, beschränkt sich das Pflege-Versicherungsgesetz auf einige wenige Grundsätze. Die konkrete Ausgestaltung dieser Bereiche wurde der **Regelungskompetenz der Länder** zugewiesen. Von erheblicher Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die bundesgesetzlich vorgegebene bedarfsunabhängige Zulassung von Pflegeeinrichtungen (§ 72 SGB XI).

III.2 Regelungsverantwortung des Landes

III.2.1 Allgemeines

Nach den bundesgesetzlichen Vorgaben ist die pflegerische Versorgung der Bevölkerung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe (§ 8 Abs. 1 SGB XI). Der Bundesgesetzgeber hat den Ländern, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) die gemeinsame Verantwortung dafür übertragen (§ 8 Abs. 2 SGB XI). § 9 SGB XI konkretisiert die Aufgaben der Länder in der Weise, daß ihnen - ungeachtet der ohnehin bestehenden allgemeinen politischen Verantwortung im Bereich der sozialen Daseinsvorsorge - die **Verantwortung für die Vorhaltung einer „leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur“** zugewiesen wird. Die Länder haben das Nähere zur Planung und Förderung der Pflegeeinrichtungen zu bestimmen (Regelungsverantwortung).

Insbesondere die **Finanzierung der Investitionsaufwendungen** gehörte für die Länder zu den Kernpunkten der zwei langwierigen Vermittlungsverfahren, die der Verabschiedung des Pflege-Versicherungsgesetzes vorausgingen. An die Stelle der ursprünglich vorgesehenen monistischen Finanzierung trat die von den Ländern durchgesetzte (unechte) duale Finanzierung. Danach sind die Pflegekassen ausschließlich für die Finanzierung der pflegerischen Leistungen zuständig, während den Ländern die Investitionskostenfinanzierung obliegt (§§ 9 und 82 SGB XI). Zur finanziellen Förderung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen sollen Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen (§ 9 Satz 3 SGB XI). Einen Rechtsanspruch der Pflegeeinrichtungen oder der Pflegebedürftigen auf Übernahme der Investitionskosten durch die Länder sieht das Pflege-Versicherungsgesetz jedoch nicht vor.

III.2.2 Landespflegegesetz und Durchführungsregelungen

Die Länder haben den ihnen für die Bereiche Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen übertragenen Regelungsauftrag in unterschiedlicher Weise ausgefüllt. In Schleswig-Holstein ist dies durch das

Ausführungsgesetz zum Pflege-Versicherungsgesetz (Landespflegegesetz - LPflegeG) vom 10. Februar 1996 (GVOBl. Schl.-H. S. 227)²

geschehen. Ergänzend dazu wurden folgende Durchführungsvorschriften erlassen:

- Landesverordnung zur Durchführung der §§ 5, 6 und 8 des Ausführungsgesetzes zum Pflege-Versicherungsgesetz (Landespflegegesetzverordnung - LPflegeGVO) vom 19. Juni 1996 (GVOBl. Schl.-H. S. 521), § 12 Abs. 2 geändert durch die Landesverordnung zur Änderung der Landespflegegesetzverordnung vom 10. März 1998 (GVOBl. Schl.-H. S. 146)³,
- Richtlinien über die Förderung sonstiger Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung nach § 7 des Landespflegegesetzes vom 19. August 1996 (Amtsbl. Schl.-H. 1996 S. 606)⁴,
- Vereinbarung gemäß § 6 Abs. 2 LPflegeG über die Gewährung pauschaler Zuschüsse an ambulante Pflegedienste zur Abgeltung laufender Investitionsaufwendungen⁵ (Erlasse des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales vom 2. Oktober und 29. November 1996 - IX 503 a - 458.111-31.13.62).

III.2.3 Regelungsgrundsätze und Ziele

Folgende schon im Positionspapier der Landesregierung vom 21. Februar 1995⁶ enthaltene Grundsätze bestimmen das Landespflegegesetz und die dazu ergangenen Durchführungsregelungen:

- **Einheit der Planungs-, Sicherstellungs- und Durchführungsverantwortung** auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte (Pflichtaufgabe im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung).
- **Investitionskostenförderung** durch ein Nebeneinander von einmaligen bedarfsabhängigen Zuschüssen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgungsstruktur (**Objektförderung**) sowie bedarfsunabhängigen Zuschüssen zu laufenden betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen (**Subjektförderung**, bei vollstationärer Dauerpflege einkommensbezogen) zur finanziellen Entlastung der Pflegebedürftigen.
- **Aufteilung der Aufwendungen** nach dem Landespflegegesetz zwischen dem Land sowie den Kreisen und kreisfreien Städten **entsprechend** dem in Schleswig-

² Siehe Anhang (A 1)

³ Siehe Anhang (A 2)

⁴ Siehe Anhang (A 3)

⁵ Siehe Anhang (A 4)

⁶ Pressemitteilung der Landesregierung vom 21. Februar 1995

Holstein geltenden **quotalen System** der Sozialhilfe (Land: 39 %, Kreise und kreisfreie Städte: 61 %).

Weitere wichtige **Eckpunkte** sind:

- **Vorrang** von Maßnahmen zur Stärkung der **häuslichen Pflege** gegenüber Vorhaben im vollstationären Bereich.
- Weitgehende **Vermeidung von Sozialhilfebezug als Folge der möglichen Überwälzung gesondert berechenbarer Investitionsaufwendungen** auf die Pflegebedürftigen.
- **Gleichbehandlung aller zugelassenen Pflegeeinrichtungen.**
- Hinwirkung auf eine **Vernetzung** der pflegerischen Leistungen mit den nicht vom SGB XI erfaßten gesundheits- und sozialpflegerischen Angeboten (einschließlich der Einrichtungen der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung) zur Verwirklichung einer umfassenden und ganzheitlichen pflegerischen Versorgung der Bevölkerung.

III.2.4 Bedeutung der Investitionskostenförderung für die Pflegebedürftigen

Die besondere Bedeutung der Investitionskostenförderung für die Pflegebedürftigen ergibt sich daraus, daß ihnen die nicht durch öffentliche Förderung gedeckten Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen gesondert in Rechnung gestellt werden können (§ 82 Abs. 2 bis 4 SGB XI). Es gehört zu den sozialen Zielen des Landespflegegesetzes, die Belastungen, die den Pflegebedürftigen dadurch erwachsen können, zu vermeiden oder zu vermindern.

Die Ausgestaltung der Investitionskostenförderung durch die Länder ist von Bundesseite wiederholt als unzureichend kritisiert worden, so insbesondere vom Bundestag in einer EntschlieÙung vom 8. Februar 1996 (Bundestags-Drucksache 13/3699) und von der Bundesregierung im „Ersten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung“ (Bundesrats-Drucksache 1036/97). Die BundestagsentschlieÙung und der Bericht der Bundesregierung verkennen die vergleichsweise geringe Bedeutung der Investitionskostenregelungen für das Fortbestehen von Sozialhilfebedürftigkeit. Ergänzende Leistungen der Sozialhilfe sind in der überwiegenden Zahl der Fälle vielmehr wegen oft unzureichender Alterseinkünfte der Pflegebedürftigen notwendig (siehe Abschnitt II.1 - vorletzter Absatz). Des weiteren verkennet die Kritik am Förderverhalten der Länder die Dimension der Problematik der Übernahme bisher nicht geförderter Investitionsaufwendungen („Alte Last“). Eine Ablösung der bisher in den Pflegesätzen enthaltenen Investitionskosten hätte in Schleswig-Holstein im Wege der Nachförderung ca. 2,5 bis 3 Mrd. DM erfordert. Das würde die Finanzkraft des Landes sowie der Kreise und kreisfreien Städte bei weitem überfordern.

III.2.5 Weitergehende Aufgaben des Landes

Über die politische Gesamtverantwortung für die soziale Daseinsvorsorge und die sich aus § 9 SGB XI ergebende Regelungsverantwortung sowie die in der Sozialversicherung bestehenden Aufsichtszuständigkeiten hinaus ist das Land in vielfältiger Weise an der Umsetzung der Pflegeversicherung beteiligt.

- Die in Form von Richtlinien und Plänen festgelegten **Zielsetzungen und Leitvorstellungen des Landes für die pflegerische Versorgungsstruktur** sind von den Kreisen und kreisfreien Städten bei der Aufstellung und Fortschreibung der Bedarfspläne zu berücksichtigen (**Rahmenplanung** - § 3 Abs. 1 Satz 2 LPflegeG).
- Die **Bedarfspläne** der Kreise und kreisfreien Städte sind **mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales** als dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe **abzustimmen** (§ 3 Abs. 3 Satz 1 LPflegeG).
- Die Landesregierung kann im Wege einer Verordnung ergänzende **statistische Erhebungen** anordnen, soweit die zu erhebenden Tatbestände für die Bedarfsplanung und die finanzielle Förderung von Pflegeeinrichtungen erforderlich sind und nicht bereits aus der (noch fehlenden) Bundesstatistik entnommen werden können (§ 9 Abs. 3 LPflegeG).
- Die Landesregierung kann das Nähere zur Aufstellung und zum **Inhalt der Bedarfspläne** sowie Anhaltswerte für eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgungsstruktur durch Verordnung festlegen bzw. vorgeben, wenn eine Bedarfsplanung nach landeseinheitlichen Grundsätzen auf andere Weise nicht erreicht werden kann (**Ersatzregelung** gemäß § 3 Abs. 6 LPflegeG).
- Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales ist **zuständige Planungsbehörde für Pflegeeinrichtungen, die einen überregionalen Bedarf abdecken oder unmittelbar unter der Aufsicht des Landes** stehen (§ 3 Abs. 4 LPflegeG). Die Sicherstellungsverantwortung für überregionale Pflegeeinrichtungen obliegt dem Land gemeinsam mit den Kreisen und kreisfreien Städten (§ 2 Abs. 3 LPflegeG).
- Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales stellt letztverantwortlich den **Förderplan** nach § 4 Abs. 2 LPflegeG auf. Durch die alljährliche Festlegung der für die pflegerische Versorgungsstruktur vorgesehenen Landesmittel (Kap. 1005-MG 01 des Landeshaushalts) steht auch der **Landesgesetzgeber in einer dauerhaften Mitverantwortung** für die Pflegeinfrastruktur.
- Als überörtlicher Träger der Sozialhilfe ist das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales am Abschluß von **Rahmenverträgen** beteiligt (§ 75 SGB XI) und auch in der **Schiedsstelle** nach § 76 SGB XI vertreten. Zugleich ist das Ministerium als überörtlicher Träger der Sozialhilfe **Vertragspartner** bei Vergütungs- und Entgeltregelungen für die in seinem Zuständigkeitsbereich liegenden Pflegeeinrichtungen (§§ 85, 87, 89 SGB XI).
- Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales ist als zuständige Landesbehörde und überörtlicher Träger der Sozialhilfe im **Landespflegeausschuß** durch

zwei Mitglieder vertreten. Dem Ministerium obliegt dort die **Geschäftsführung** (§ 92 SGB XI).

III.2.6 Sonstige Landesregelungen

Die Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes machte zwei weitere landesgesetzliche Regelungen erforderlich.

Zur **Kompensation der Arbeitgeberbelastungen** ist der **Buß- und Betttag** durch das Gesetz zur Änderung des Gesetzes über Sonn- und Feiertage vom 8. Dezember 1994 (GVObI. Schl.-H. S. 536) als gesetzlicher Feiertag aufgehoben worden. Durch Änderungsgesetz vom 5. November 1996 (GVObI. Schl.-H. S. 650) hat der Buß- und Betttag den Charakter eines geschützten Feiertages erhalten.

Ohne die Streichung eines stets auf einen Werktag fallenden Feiertages hätten die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer den Beitrag für die erste Stufe der Pflegeversicherung (1 %) allein tragen müssen. So wie in Schleswig-Holstein ist in allen anderen Bundesländern, mit Ausnahme von Sachsen, verfahren worden. Der am 30. November 1997 aufgrund einer kirchlichen Initiative durchgeführte Volksentscheid zur Erhaltung des Buß- und Bettages hatte nicht den von den Initiatoren gewünschten Erfolg (siehe Bekanntmachung des Landesabstimmungsleiters vom 18. Dezember 1997 - Amtsbl. Schl.-H. 1998 S. 5).

Eine weitere Änderung betrifft das **Landesblindengeldgesetz**. Die Leistungen der häuslichen Pflege nach dem SGB XI decken teilweise auch blindheitsbedingte Mehraufwendungen ab. Zur Vermeidung von Doppelleistungen waren daher Anpassungen sowohl bei der bundesgesetzlich geregelten Blindenhilfe (§ 67 BSHG) als auch bei der Gewährung des Landesblindengeldes vorzunehmen. Die landesrechtliche Regelung ist durch das am 1. April 1997 in Kraft getretene Gesetz zur Änderung des Landesblindengeldgesetzes vom 6. März 1997 (GVObI. Schl.-H. S. 110) dahingehend erfolgt, daß Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege mit 50 % des Pflegegeldes der jeweiligen Pflegestufe auf das Landesblindengeld angerechnet werden.

III.2.7 Überprüfung der landesrechtlichen Regelungen

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales beabsichtigt, bis Ende 1999 insbesondere unter Beteiligung der kommunalen Landesverbände eine Überprüfung aller bisher zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes erlassenen Landesregelungen vorzunehmen. Neben der Prüfung verfahrensmäßiger Erleichterungen und ggf. notwendiger Klarstellungen geht es dabei um Fragen der Sozialverträglichkeit und Zielgenauigkeit der nach den §§ 5 - 7 LPflegeG vorgesehenen finanziellen Leistungen. Von besonderer Bedeutung sind im Zusammenhang mit der Pflegewohngeldregelung dabei die Fälle, in denen ergänzend zu den Pflegekassenleistungen sowohl Leistungen nach dem BSHG als auch nach dem Landespflegegesetz zu gewähren sind.

III.3 Aufgabenstellung der übrigen Beteiligten

III.3.1 Kreise und kreisfreie Städte

Durch das Landespflegegesetz ist die **Planungs-, Sicherstellungs- und Durchführungsverantwortung** für die pflegerische Versorgungsstruktur den Kreisen und kreisfreien Städten **als Pflichtaufgabe im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung** übertragen worden (§§ 2 und 3 LPflegeG). Das Land beschränkt sich insoweit auf Rahmenvorgaben und nimmt eigene Aufgaben lediglich in dem unter Abschnitt III.2 beschriebenen Umfang wahr.

Die Aufgabenübertragung auf die Kreise und kreisfreien Städte knüpft an die bereits vor Einführung der Pflegeversicherung vorhandene Aufgabenverteilung im Bereich der sozialen Daseinsvorsorge an (vgl. z. B. §§ 2 Abs. 1 Satz 1 GO und KrO, § 17 Abs. 1 und § 28 SGB I, § 93 Abs. 1 BSHG). So sind die Kreise und kreisfreien Städte als Sozialhilfeträger nach § 17 Abs. 1 Nr. 2 SGB I „... *verpflichtet, darauf hinzuwirken, daß ... die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen*“.

Die vorgenommene Kommunalisierung der Planungs- und Sicherstellungsverantwortung entspricht zugleich § 26 Abs. 2 LVwG. Danach sollen Landesbehörden bei neuen Aufgaben nur dann für sachlich zuständig erklärt werden, wenn einer Übertragung der Aufgaben auf Gemeinden, Kreise oder Ämter wichtige Gründe entgegenstehen.

Die weitgehende Übertragung von Zuständigkeiten auf die Ebene der kommunalen und sozialen Selbstverwaltung entspricht zudem der zur Umsetzung des § 9 SGB XI abgegebenen Empfehlung der Enquete-Kommission zur Verbesserung der Effizienz der öffentlichen Verwaltung (Abschnitt D.III.5 Buchstabe d des Schlußberichts der Enquete-Kommission vom 2. November 1994 und Abschnitt II.4 der Stellungnahme der Landesregierung vom 22. Mai 1995 - Landtags-Umdruck 13/3658).

Zu weiteren wichtigen Aufgaben der Kreise und kreisfreien Städte bei der Umsetzung der Pflegeversicherung ist auf folgendes hinzuweisen:

- Die Kreise und kreisfreien Städte sind als **örtliche Träger der Sozialhilfe** - wie die Pflegekassen - als Kostenträger am Vertragsgeschehen beteiligt, insbesondere beim Abschluß der Rahmenverträge, Versorgungsverträge sowie Vergütungs- und Entgeltregelungen. Auf Landesebene werden dabei ihre Interessen von den kommunalen Landesverbänden wahrgenommen.
- Die Kreise und kreisfreien Städte sind durch die Vergütungs- und Entgeltregelungen nach dem SGB XI besonders betroffen, weil sie als Kostenträger der Sozialhilfe die der Höhe nach begrenzten Leistungen der Pflegekassen bei vorliegender Bedürftigkeit im Rahmen des BSHG aufzustocken haben. Dieser Funktion werden die gegenwärtig geltenden Regelungen des SGB XI, die es den Pflegekassen ermöglichen, die Sozialhilfeträger bei Vergütungs- und Entgeltverhandlungen zu überstimmen und damit Vereinbarungen zu Lasten Dritter durchzusetzen, nicht gerecht. Es ist daher ein auch aus Landessicht verständliches Anliegen der kommunalen Spitzenverbände, daß die Position der Sozialhilfeträger in diesem Bereich gestärkt werden muß (siehe Abschnitt V.3).

- Nach § 75 BSHG besteht eine umfassende **Beratungsverpflichtung im Rahmen der Altenhilfe** (siehe auch Abschnitt III.3.7). § 95 BSHG weist den Kommunen zudem eine **Vernetzungs- und Koordinationsfunktion** zu (Bildung von Arbeitsgemeinschaften insbesondere mit Verbänden der freien Wohlfahrtspflege zur Beratung und Sicherung gleichmäßiger oder gemeinsamer Durchführung von Maßnahmen). Insbesondere die auch in § 1 Abs. 2 LPflegeG geforderte Vernetzung von pflegerischen und sonstigen Versorgungsangeboten ist derzeit noch unzureichend. Die Forderung nach Verbesserungen richtet sich aber an alle Beteiligten.
- Den Kreisen und kreisfreien Städten obliegt gemäß § 8 Abs. 2 LPflegeG zugleich die **Zustimmung** zu den von den Trägern der Pflegeeinrichtung **gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen** im Sinne des § 82 Abs. 3 SGB XI.
- Die Kreise und kreisfreien Städte nehmen aufgrund ihrer **Zuständigkeit als Heimaufsichtsbehörden** insbesondere im vollstationären Bereich wichtige von den Regelungen der Pflegeversicherung unabhängige ordnungsrechtliche Funktionen wahr.

Insgesamt tragen die Kreise und kreisfreien Städte danach eine erheblich breiter angelegte Verantwortung für den Bereich der Pflegeinfrastruktur als die Pflegekassen.

Kritisch ist anzumerken, daß die unterschiedlichen Aufgabenstellungen der Kreise und kreisfreien Städte nicht frei von möglichen Interessenkonflikten sind, zumal dann, wenn sie zugleich Träger von Pflegeeinrichtungen sind.

Das Landespflegegesetz läßt die **weitergehende Betätigung der Kommunen im Bereich der sozialen Daseinsvorsorge** im Rahmen der insoweit gleichlautenden Regelungen der Gemeindeordnung und der Kreisordnung (jeweils § 2 Abs. 1 Satz 1) unberührt. Diese ist nach der amtlichen Begründung zum Landespflegegesetz⁷ vielmehr **erwünscht und notwendig**, um die Versorgung der Pflegebedürftigen entsprechend den Zielen des Pflege-Versicherungsgesetzes und des Landespflegegesetzes umfassend zu gewährleisten. Das gilt in besonderer Weise für die Förderung komplementärer Angebote auf örtlicher Ebene.⁸ Der Hinweis hierauf ist auch deswegen geboten, weil die nicht in die Finanzierungsregelungen des Landespflegegesetzes einbezogenen Gemeinden und kreisangehörigen Städte durch die Einführung der Pflegeversicherung nicht unerheblich entlastet werden (Beteiligung an den Kosten der Sozialhilfe gemäß § 27 FAG).

Im Zusammenhang mit der weitgehenden Kommunalisierung der Durchführung des Landespflegegesetzes ist von den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege kritisiert worden, das Land habe sich zu sehr aus seiner Verantwortung und der direkten Einflußnahme auf das Gesamtgeschehen zurückgezogen. Gemessen am früheren direkten Zusammenwirken von Land und Wohlfahrtsverbänden mag dieser Eindruck zutreffen. Vor dem Hintergrund des tatsächlichen Geschehens sowie insbesondere der jetzt bestehenden Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten hält die Landesregierung die von ihr eingenommene Position aber für sachgerecht, zumal es zur Kommunalisierung

⁷ Landtags-Drucksache 13/3126 vom 16. November 1995

⁸ Zur Abgrenzung der Finanzierungsbereiche des Pflege-Versicherungsgesetzes, des Landespflegegesetzes und der kommunalen Daseinsvorsorge siehe Erlaß des MAGS vom 10. Dezember 1996 - IX-503 b - 458.111-31.13-701 - Anhang (A 5)

der hier in Rede stehenden Aufgaben keine vernünftige Alternative gibt. Entscheidend für ein erfolgreiches Umsetzen des Pflege-Versicherungsgesetzes ist vielmehr, daß alle Beteiligten die ihnen zugewiesenen Aufgaben auch tatsächlich umfassend und im Bewußtsein der in § 8 SGB XI normierten gemeinsamen Verantwortung wahrnehmen.

III.3.2 Pflegekassen

Die Pflegekassen sind als **Träger der sozialen Pflegeversicherung** (§ 1 Abs. 3 SGB XI) für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich (§ 12 Abs. 1 und § 69 SGB XI). Der in § 69 SGB XI enthaltene „Sicherstellungsauftrag“ der Pflegekassen ist dort jedoch lediglich als sogenannte Verschaffungspflicht normiert. Er ist demgemäß darauf beschränkt, die zur Leistungsgewährung notwendigen Verträge und Vereinbarungen mit den Trägern von Pflegeeinrichtungen und sonstigen Leistungserbringern abzuschließen. Er konkurriert insoweit nicht mit dem Verantwortungsbereich der Kreise und kreisfreien Städte nach den §§ 2 und 3 LPflegeG.

Den Pflegekassen und ihren Verbänden fällt als den Hauptkostenträgern sowohl im Leistungs- als auch im Vertragsrecht eine **zentrale Rolle** zu. Neben ihren originären Aufgaben als Leistungsträger und Vertragspartner verstehen sich die Pflegekassen zugleich als „Treuhänder“ der Beiträge ihrer Versicherten und damit als deren primäre Interessenwahrer.

Eine besondere Interessenlage ergibt sich durch die nach § 46 SGB XI vorgesehene Anbindung der Pflegekassen an die Krankenkassen. Diese auch unter dem Gesichtspunkt der Minimierung von **Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen Kranken- und Pflegeversicherung** prinzipiell richtige Entscheidung hat die damit verbundenen Erwartungen bisher nicht erfüllt. Es ist z. B. bei der Verfolgung des Ziels „Rehabilitation vor Pflege“, bei Versuchen zur Verlagerung von Kosten der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) in den Bereich des SGB XI und auch im Bereich der Hilfsmittelversorgung deutlich geworden, daß bei Interessenkonflikten regelmäßig die Kostenbelange der Krankenversicherung Vorrang genießen. Die Landesregierung wird derartigen Bestrebungen weiterhin mit allen ihr zur Verfügung stehenden Möglichkeiten entgegenwirken. Sie setzt dabei auch auf positive Veränderungen auf der Bundesebene durch die Zusammenfassung der Zuständigkeiten für die Kranken- und Pflegeversicherung im Bundesministerium für Gesundheit. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen (§ 91 SGB V) erstellt gegenwärtig neue Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege (§ 92 Abs. 1 Nr. 6 SGB V). Im Zuge dieser Regelungen sollen die bisherigen Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und Pflegeversicherung beseitigt werden.

III.3.3 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist in gleicher Weise wie die Pflegekassen neuer Akteur im Pflegebereich. Die besondere Aufgabenstellung des MDK ergibt sich aus § 18 SGB XI. Danach ist der MDK die **begutachtende Instanz** im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Durch diese Aufgabenzuweisung nimmt der MDK eine Schlüsselrolle bei der Umsetzung der Pflegeversicherung ein. Eine weitere wichtige Funktion mit zunehmender Bedeutung kommt dem MDK im Rahmen der **Qualitätsprüfungen** nach § 80 SGB XI zu. Darüber hinaus wirkt der MDK

beim Abschluß von Richtlinien, Rahmenverträgen und ähnlichen allgemeinen Regelungen sowie auch im Landespflegeausschuß mit.

III.3.4 Pflegeeinrichtungen und deren Verbände

Die Verbände der Pflegeeinrichtungen repräsentieren vor allem die **fachlich-inhaltlichen Aspekte und Ansprüche an die Pflegeeinrichtungen**, die Pflegeinfrastruktur und die Planung. Auf der Grundlage ihres Selbstverständnisses erarbeiten und verwirklichen sie wesentliche Konzepte zur Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung. Sie tragen auf diese Weise maßgebend zur Entwicklung zukunftsorientierter Versorgungs- und Kooperationsstrukturen bei.

Für die Träger von Pflegeeinrichtungen als Leistungserbringer stehen in erster Linie aber **wirtschaftlich begründete Eigeninteressen** im Vordergrund. Zudem verstehen sie sich aus ihrer Tradition heraus aber unverändert auch als Interessenvertreter der von ihnen betreuten Pflegebedürftigen. Sie haben diese gemäß § 11 Abs. 1 SGB XI entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu pflegen, zu versorgen und zu betreuen.

Die Bedeutung der im SGB XI und auch im Landespflegegesetz nicht besonders genannten **Verbände der freien Wohlfahrtspflege** ergibt sich zunächst aus ihrer Funktion als Vereinigungen der bei ihnen organisierten Träger von Pflegeeinrichtungen und von anderen sozialen Diensten. Entsprechend ihrem traditionellen Auftrag verstehen sich die Verbände der freien Wohlfahrtspflege nach wie vor als die besonders berufenen Interessenwahrer der auf Hilfe und Pflege angewiesenen Menschen. Die Einrichtungen der Wohlfahrtspflege haben über viele Jahrzehnte die Entwicklung der sozialen Dienste vorangebracht und die Gewähr für eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung geboten. Sie haben dabei auch die qualitativen Belange der Pflege maßgeblich mitgestaltet. Es ist aber auch deutlich geworden, daß die Verbände der freien Wohlfahrtspflege mit dem auf Wettbewerb und Trägereleichbehandlung ausgerichteten SGB XI ihre bis dahin bestehende Vorrangstellung als Anbieter von Pflegedienstleistungen sowie als Garant der landesweiten pflegerischen Versorgung zumindest teilweise eingebüßt haben. Im Rahmen des Landespflegeausschusses ist die besondere Rolle der Verbände der freien Wohlfahrtspflege dadurch berücksichtigt worden, daß sie dort ohne Rücksicht auf ihre verbandliche Größe mit je einem Mitglied vertreten sind. Das ist bei den Verbänden der privaten Anbieter nicht der Fall. Diese sind im Landespflegeausschuß mit nur zwei Mitgliedern vertreten.

Während die **privaten Anbieter** von Pflegeleistungen vor Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes in der „Gestaltungspartnerschaft“ zwischen Sozialhilfeträgern und Trägerverbänden keine nennenswerte Rolle spielten, haben sie durch die vorgenommene Gleichstellung mit den freigemeinnützigen Leistungsanbietern nunmehr eine deutliche Aufwertung erfahren. Das gilt insbesondere für den Bereich der vollstationären Pflege, in dem etwa zwei Drittel der Einrichtungen privat betrieben werden.

III.3.5 Heimaufsichtsbehörden

Das Pflege-Versicherungsgesetz hat die Bestimmungen des Heimgesetzes unberührt gelassen (§ 11 Abs. 3 SGB XI). Die Kreise und kreisfreien Städte haben daher als örtlich zuständige Heimaufsichtsbehörden auch in vollstationären Pflegeeinrichtungen und in Einrichtungen der Kurzzeitpflege eine nach wie vor wichtige Funktion zum **Schutz der Belange der Heimbewohnerinnen und der Heimbewohner** sowie zur Sicherung der Qualität in diesen Einrichtungen.

Anders als die Qualitätsregelungen des SGB XI (§ 80) sieht das ordnungsrechtlich ausgestaltete Heimgesetz nicht nur umfängliche abgestufte Aufsichtsmittel vor, sondern enthält neben dem **Beratungsauftrag** auch eine **Pflicht zur Überwachung**. Die Erfahrungen zeigen, daß auf eine kontinuierliche und von wirtschaftlichen Interessen unabhängige Überwachung der Pflegeheime im Interesse der Bewohnerinnen und Bewohner jedenfalls gegenwärtig nicht verzichtet werden kann.

Notwendig ist allerdings, ein enges Zusammenwirken der Kostenträger, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und der Heimaufsichtsbehörden bei der Beratung und Prüfung vollstationärer Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege sicherzustellen. In Schleswig-Holstein sind hierzu 1997 unter Federführung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales als der obersten Heimaufsichtsbehörde „Empfehlungen der Heimaufsichtsbehörden, der örtlichen Sozialhilfeträger und der Landesverbände der Pflegekassen zur Zusammenarbeit bei der Beratung und der Prüfung vollstationärer Pflegeeinrichtungen und der Kurzzeitpflege“⁹ vereinbart worden. Diese Empfehlungen können die zur rechtlichen Absicherung des Neben- und Miteinanders von Heimaufsichtsbehörden und Kostenträgern notwendige Harmonisierung von Heimgesetz, SGB XI und BSHG naturgemäß nicht ersetzen. Sie ermöglichen aber für die Zeit bis dahin ein auch im Interesse der Einrichtungsträger liegendes abgestimmtes Vorgehen der Beteiligten.

III.3.6 Pflegebedürftige

Vertreter der Pflegebedürftigen werden im SGB XI lediglich in den Regelungen über den Bundespflegeausschuß (§ 10 Abs. 1 SGB XI) erwähnt. Danach gehören die Bundesverbände der Behinderten dem Bundespflegeausschuß an. Das Landespflegegesetz weist den Verbänden der Betroffenen (Pflegebedürftigen) keine besondere Funktion zu. Eine Ausnahme machen insoweit die Regelungen über den Landespflegeausschuß. Danach ist vorgesehen, daß Vertreter der Betroffenen zu den Sitzungen des Landespflegeausschusses hinzugezogen werden können. So nehmen aufgrund eines entsprechenden Beschlusses des Landespflegeausschusses Vertreter des Landesesseniorenrates regelmäßig an den Beratungen des Landespflegeausschusses teil, allerdings ohne Stimmrecht. Eine direkte Beteiligung der Pflegebedürftigen an der Gestaltung ihrer Angelegenheiten ist im übrigen lediglich im Rahmen der nach dem Heimgesetz bzw. der Heimmitwirkungsverordnung vorgesehenen Mitwirkungsrechte vorgesehen.

⁹ Empfehlungen vom 18. Juli 1997, bekanntgegeben durch Erlaß des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales vom 4. August 1997

III.3.7 Information und Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen

Das gegliederte System der sozialen Sicherung und das damit einhergehende differenzierte Leistungsrecht stellen gerade ältere Menschen vor erhebliche Probleme bei der Inanspruchnahme von Leistungen des Sozial- und Gesundheitswesens. Die schon bisher für Pflegebedürftige nur schwer zu überblickenden Finanzierungs- und Leistungsstrukturen sind durch das Pflege-Versicherungsgesetz eher intransparent als überschaubarer geworden. Dazu hat auch beigetragen, daß die Leistungserbringung stärker als bisher von Elementen des Wettbewerbs und der Konkurrenz geprägt ist.

Den umfänglichen gesetzlichen Beratungsverpflichtungen, z. B. nach

- § 7 SGB XI - Aufklärung und Beratung durch Pflegekassen,
- § 12 Abs. 2 SGB XI - Koordinierung der für die Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen durch die Pflegekassen,
- § 72 Abs. 5 SGB XI - Bereitstellung von Preisvergleichslisten durch die Pflegekassen über Leistungen und Vergütungen der zugelassenen Pflegeeinrichtungen; Angebot individueller Beratung,
- § 75 BSHG - Umfassende Beratung durch die Sozialhilfeträger u. a. in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste und bei Aufnahme in stationäre Einrichtungen,
- §§ 13, 14 und 15 SGB I - Aufklärung, Beratung und Auskunft als generelle Pflichten insbesondere der Leistungsträger,
- § 17 SGB I - Einfache Gestaltung des Zugangs zu sowie umfassende und schnelle Gewährung von Sozialleistungen; Zusammenarbeit von Einrichtungen und Leistungsträgern

steht bisher ein weitgehend institutionsgeprägtes und in Teilbereichen interessengeleitetes Beratungsangebot gegenüber, das oft weder in der Lage ist, über alle individuell gebotenen und bereitstehenden Hilfen zu informieren, noch im Sinne von Kooperation und Koordination zu wirken. Die insoweit offenkundigen Defizite berühren die Wahlrechte und das Selbstbestimmungsrecht der Pflegebedürftigen sowie die Verwirklichung der wettbewerblichen Elemente des SGB XI und damit die wirtschaftlichen Interessen der Pflegebedürftigen und der Kostenträger.

Vor diesem Hintergrund hält die Landesregierung Initiativen zur modellhaften Entwicklung eines integrierten Pflegeberatungssystems für dringend notwendig. Die Gewährleistung einer trägerunabhängigen Durchführung der Beratung ist dabei ein wesentliches Element. Unter dieser Voraussetzung können auch Leistungserbringer oder deren Vereinigungen als Projektträger in Betracht kommen. Erfahrungen in anderen Bundesländern sprechen dafür, in derartige Modellprojekte auch Verbraucherschutzorganisationen einzubeziehen. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales wird entsprechende Modellvorhaben in unterschiedlicher Trägerschaft nach § 7 LPflegeG fördern.

III.4 Regelungsverantwortung der Selbstverwaltung

III.4.1 Rahmenverträge, Vergütungsregelungen

Die inhaltliche Ausfüllung und Umsetzung des SGB XI ist nach den bundesgesetzlichen Vorgaben weitgehend der Selbstverwaltung der Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen überlassen worden (Pflegeselbstverwaltung).

Auf **Landesebene** haben die Landesverbände der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen gemeinsam und einheitlich **Rahmenverträge** mit dem Ziel abzuschließen, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen, und zwar u. a. zu folgenden Regelungsbereichen (§ 75 Abs. 1 und 2 SGB XI):

- Inhalt der Pflegeleistungen,
- allgemeine Bedingungen der Pflege einschließlich Kostenübernahme und Abrechnungen,
- Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene am Versorgungsvertrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen,
- Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen,
- Grundsätze zur Festlegung der örtlichen oder regionalen Einzugsbereiche der Pflegeeinrichtungen.

Die Sozialhilfeträger sind als Vertragspartei am Vertragsabschluß zu beteiligen.

Gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI haben hierzu auf der **Bundesebene** zunächst die Spitzenverbände der Pflegekassen und die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe **Empfehlungen** abzugeben.

Vor Ort ist es Aufgabe der Vertragsparteien (Pflegekassen, Sozialhilfeträger, Pflegeeinrichtungen) **Pflegesatz-, Entgelt- und Vergütungsvereinbarungen** abzuschließen (§§ 85, 87 und 89 SGB XI). Die Zulassung von Einrichtungen zur Durchführung von Pflege im Sinne des SGB XI erfolgt durch **Versorgungsvertrag**, der zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Trägern der Pflegeeinrichtungen unter Beteiligung der Sozialhilfeträger abgeschlossen wird (§ 72 SGB XI). Für Pflegeeinrichtungen, die schon vor dem 1. Januar 1995 pflegerische Leistungen aufgrund von Vereinbarungen mit Sozialleistungsträgern erbracht hatten, galten Bestandsschutzregelungen (§ 73 SGB XI).

Die Vertragsparteien des SGB XI in Schleswig-Holstein haben bei der Erfüllung der ihnen obliegenden Aufgaben ein hohes Maß an Konsens- und Handlungsfähigkeit bewiesen. So wurden Verhandlungen über Rahmenverträge in Teilbereichen bereits vor dem Vorliegen endgültiger Bundesempfehlungen und trotz fehlender Verordnungen der

Bundesregierung abgeschlossen. Zwischenzeitlich liegen Rahmenverträge für die Leistungsbereiche der ambulanten pflegerischen Versorgung, teilstationären Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationären Pflege vor.

Insbesondere von den Verbänden der Träger von Pflegeeinrichtungen ist die Regeldichte der Pflegeversicherung wiederholt kritisiert und der Bürokratisierungsvorwurf erhoben worden. Die Fülle der Gesamtregelungen der Pflegeversicherung ist für diesen bisher im wesentlichen durch das Sozialhilferecht bestimmten Bereich in der Tat beachtlich und für die Beteiligten gewöhnungsbedürftig. Es ist aber zu berücksichtigen, daß es sich insoweit weniger um gesetzgeberische Regelungen als um solche der Pflegeselbstverwaltung handelt. Es ist Aufgabe der Vertragsparteien des SGB XI, dabei den gebotenen Mittelweg zwischen notwendigen Detailregelungen und Rahmenseetzungen zu finden.

III.4.2 Landespflegeausschuß

Zur Beratung über Fragen der Finanzierung und des Betriebs von Pflegeeinrichtungen ist für jedes Land oder für Teile des Landes ein Landespflegeausschuß zu bilden (§ 92 SGB XI). Der Landespflegeausschuß kann einvernehmlich Empfehlungen abgeben insbesondere zum Aufbau und zur Weiterentwicklung eines regional und fachlich gegliederten Versorgungssystems einander ergänzender Pflegedienste und Pflegeheime, zur Pflegevergütung, zur Gestaltung und Bemessung der Entgelte bei Unterkunft und Verpflegung und zur Berechnung der Zusatzleistungen.

Der auf der Grundlage der Landesverordnung über den Landespflegeausschuß nach dem Pflege-Versicherungsgesetz (Landespflegeausschußverordnung - LPAVO) vom 21. März 1995 (GVBl. Schl.-H. S. 123) eingerichtete Landespflegeausschuß hat bisher achtmal getagt. Zuvor hatten drei Sitzungen eines sogenannten Vorläufergremiums stattgefunden.

Der Landespflegeausschuß des Landes Schleswig-Holstein besteht aus insgesamt 22 Mitgliedern, die wie folgt bestellt werden:

<u>entsendende (bestellende)</u> <u>Organisationen</u>	<u>Zahl der</u> <u>Mitglieder</u>
Pflegekassen	7
MDK	1
Private Krankenversicherung	1
Verbände der freien Wohlfahrtspflege	5
Verbände privater Träger	2
Kommunale Landesverbände	4 (davon 1 als Vertreter kommunaler Pflegeeinrichtungen)
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales	2 (davon 1 als überörtlicher Träger der Sozialhilfe)

Die in der Landespflegeausschußverordnung getroffene Besetzungsregelung orientiert sich an der sich aus § 92 SGB-XI ergebenden Mindestzahl unter Beachtung der vorgegebenen Parität von Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen. Um externen Sachverstand und auch Betroffeneninteressen einbeziehen zu können, besteht die Möglichkeit, in Betracht kommende Gruppierungen oder Einzelpersonen fallweise zu den Beratungen hinzuzuziehen. Auf dieser Grundlage nimmt der Landesseniorenrat Schleswig-Holstein an den Sitzungen des Landespflegeausschusses mit beratender Stimme teil.

Für die Aufgabenbereiche „Planung“ und „Qualität in der Pflege“ hat der Landespflegeausschuß Arbeitsgruppen eingesetzt. Aktuelle Arbeitsschwerpunkte sind insoweit die Begleitung des Bedarfsplanungsprojektes und die Entwicklung einer Konzeption zur Sicherung der Pflegequalität.

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales ist der Auffassung, daß der Landespflegeausschuß die ihm eingeräumten Möglichkeiten bisher nicht ausgeschöpft hat. Er hat im Bereich der Umsetzung der Pflegeversicherung noch nicht die gestaltende bzw. richtungbestimmende Funktion, wie sie z. B. für den Bereich der Sozial- und Jugendhilfe vom Zentralen Arbeitskreis der freien Wohlfahrtsverbände und Sozial- und Jugendhilfeträger wahrgenommen wird.

III.4.3 Schiedsstelle

Für den Fall, daß sich die Vertragsparteien des SGB XI über

- Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung oder
- Pflegesatzvereinbarungen für stationäre Pflegeleistungen, Entgeltvereinbarungen für Unterkunft oder Verpflegung oder Vergütungsvereinbarungen für ambulante Pflegeleistungen

nicht oder teilweise nicht einigen können, ist ein Schiedsstellenverfahren vorgesehen.

Die aufgrund der Landesverordnung über die Schiedsstelle nach dem Pflege-Versicherungsgesetz (Pflege-Schiedsstellenverordnung - PSchVO) vom 24. März 1996 (GVBl. Schl.-H. S. 125) gebildete Schiedsstelle besteht aus 13 Mitgliedern. Sie setzt sich wie folgt zusammen:

<u>entsendende (bestellende)</u> <u>Organisationen</u>	<u>Zahl der</u> <u>Mitglieder</u>
a) Unparteiische Mitglieder	
gemeinsame) Bestellung)	1 Vorsitzende/r 2 weitere Personen
b) sonstige Mitglieder	
Pflegekassen	3
Private Krankenversicherung	1
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales	1 (als überörtlicher Träger der der Sozialhilfe)
Landes-Arbeitsgemeinschaft der Verbände der freien Wohlfahrtspflege	2
Verbände privater Träger	2
Kommunale Landesverbände	1 (für kommunale Pflege- einrichtungen)

Im Bereich des SGB XI sind bisher (Stand: 30. November 1998) 16 Schiedsstellenverfahren beantragt worden. Zwei dieser Verfahren betrafen die teilstationäre Versorgung (Tagespflege), die restlichen den vollstationären Bereich. Fünf Verfahren endeten durch Rücknahme, zehn durch Entscheidung. In vier Fällen schloß sich ein sozialgerichtliches Verfahren an. In einem Fall steht die Schiedsstellenentscheidung noch aus.

Ein wesentlicher Grund für die bisher geringe Zahl von Schiedsstellenverfahren ist zum einen, daß die für den ambulanten Bereich aufgrund des SGB XI auf Landesebene getroffenen Vergütungsvereinbarungen (siehe Abschnitt III.4.4.2) deutliche Verbesserungen für die ambulanten Pflegedienste gegenüber dem davor liegenden Zeitraum brachten. Im stationären Bereich dürften insbesondere die bis zum 31. Dezember 1998 geltenden Kostenbegrenzungsregelungen (Art. 49 b PflegeVG, § 93 Abs. 6 BSHG) dazu beigetragen haben, daß es bisher nur in wenigen Fällen zu Schiedsstellenverfahren gekommen ist. Es muß davon ausgegangen werden, daß die Schiedsstelle nach Ablauf der gesetzlichen Kostenbegrenzungen in einer größeren Zahl von Fällen angerufen werden wird.

III.4.4 Vergütung der Pflegeleistungen

III.4.4.1 Grundsätze

Die Vergütung der ambulanten und stationären Pflege wurde durch die soziale Pflegeversicherung auf eine völlig neue gesetzliche Grundlage gestellt. Das bezieht sich sowohl auf das materielle Vergütungsrecht als auch auf die verfahrensrechtlichen Regelungen. Das neue Finanzierungssystem sieht insbesondere vor dem Hintergrund der erforderlichen Kostentransparenz folgende Aufgliederung der Vergütungsbestandteile nach Finanzierungsquellen vor:

1. **Leistungsgerechte Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen**, die bei teilstationärer Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationärer Pflege auch die Aufwendungen für die soziale Betreuung und bis zum 31. Dezember 1999 zusätzlich die Aufwendungen für die medizinische Behandlungspflege umfaßt. Diese Aufwendungen sind von den **Pflegekassen** bis zur Höhe der im SGB XI vorgesehenen Leistungsgrenzen zu tragen, im übrigen von den Pflegebedürftigen selbst oder ersatzweise von den Sozialhilfeträgern (§ 82 Abs. 1 SGB XI).
2. **Angemessenes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung** (sogenannte Hotelkosten) bei teilstationärer und vollstationärer Pflege sowie Kurzzeitpflege. Dafür haben die Pflegebedürftigen selbst aufzukommen (§ 82 Abs. 1 SGB XI).
3. **Investitionskosten**, d. h. Aufwendungen für die Herstellung, Anschaffung, Wiederbeschaffung, Ergänzung, Instandhaltung oder Instandsetzung der für den Betrieb der Pflegeeinrichtung notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter. Soweit Investitionsaufwendungen nicht durch die im Verantwortungsbereich der Länder liegende öffentliche Förderung abgedeckt sind, können sie den Pflegebedürftigen gesondert in Rechnung gestellt werden (§ 82 Abs. 2 bis 4 SGB XI).

Die Pflegevergütung und die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Pflege werden von dem Träger der Pflegeeinrichtung mit den Kostenträgern (Pflegekassen, Sozialhilfeträger) **im voraus** (prospektiv), d. h. vor Beginn der jeweiligen Wirtschaftsperiode **nach einheitlichen Grundsätzen** (keine Differenzierung nach Kostenträgern) **vereinbart**. Die Pflegeeinrichtungen haben dabei Anspruch auf eine **leistungsgerechte Vergütung**, die es ihnen bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglicht, ihren **Versorgungsauftrag** zu erfüllen. Eine Selbstkostendeckungsgarantie ist nicht vorgesehen. Verluste, die der Pflegeeinrichtung entstehen, sind von ihr selbst zu tragen. Erzielte Überschüsse verbleiben der Einrichtung. Kommt eine Einigung über die Höhe der Pflegevergütung oder die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nicht zustande, entscheiden die Schiedsstelle (vgl. Abschnitt III.4.3) und anschließend gegebenenfalls die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit.

Das SGB XI erlaubt es im übrigen auch, Pflegesatzverhandlungen „kollektiv“ in Pflegesatzkommissionen durchzuführen (§ 86 SGB XI). Verhandlungspartner sind dabei nicht die einzelne Pflegeeinrichtung und die vor Ort betroffenen Leistungsträger, sondern deren Verbände oder Vereinigungen im Land. In Schleswig-Holstein ist hiervon bisher kein Gebrauch gemacht worden. Die Vertragspartner des SGB XI streben die Bildung einer Pflegesatzkommission für die ab 2000 in Schleswig-Holstein zu führenden Pflegesatzverhandlungen an.

III.4.4.2 Ambulante Pflege

Die Vergütung der ambulanten Pflegeleistungen und der hauswirtschaftlichen Versorgung kann - je nach Art und Umfang der Pflegeleistung - nach dem dafür erforderlichen Zeitaufwand oder unabhängig vom Zeitaufwand nach dem Leistungsinhalt des jeweiligen Pflegeeinsatzes, nach Komplexleistungen oder in Ausnahmefällen auch nach Einzelleistungen bemessen werden. Sonstige Leistungen wie hauswirtschaftliche Versorgung, Behördengänge oder Fahrtkosten können auch mit Pauschalen vergütet werden (§ 89 Abs. 3 SGB XI).

Die Spitzenverbände der Pflegekassen hatten im März 1995 eine erste Bundesempfehlung zur Vergütung von ambulanten Pflegeleistungen über **Leistungskomplexe** abgegeben. Diese Bundesempfehlung wurde mit geringfügigen Abweichungen von den Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarung im Jahre 1995 auch für Schleswig-Holstein übernommen. Im Leistungskomplexsystem werden typischerweise zusammenfallende Verrichtungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung zu Leistungspaketen zusammengefaßt und über ein Punktsystem bewertet¹⁰. Bei der Punktbewertung wurde der durchschnittliche Zeitaufwand in der Weise berücksichtigt, daß im Bereich der Grundpflege 10 Punkte etwa einer Minute entsprechen. Bei den geringer zu bewertenden Verrichtungen der hauswirtschaftlichen Versorgung ist im Interesse eines einheitlichen Punktwertes die Punktzahl entsprechend abgesenkt worden.

Nach den bisherigen Erfahrungen mit diesem von den Pflegekassen konzipierten Vergütungssystem sind aus der Sicht der Kostenträger Anpassungen erforderlich, insbesondere weil

- sich die Leistungskomplexe in Teilbereichen überschneiden und dadurch die mehrfache Abrechnung einzelner Teilleistungen ermöglicht wird und
- die Leistungskomplexe nicht ausreichend auf die Vielfalt der tatsächlichen Versorgungsbedürfnisse der Pflegebedürftigen zugeschnitten sind. Sie enthalten Leistungsbestandteile, die häufig nicht abgerufen werden, aber dennoch mitbezahlt werden müssen.

Die Landesregierung begrüßt daher die Ende 1996 von den Spitzenverbänden der Pflegekassen vorgenommene stärkere Konkretisierung und Differenzierung der Leistungskomplexe. Dazu gehört auch die vorgesehene Beseitigung von Unklarheiten bei der Zuordnung von Wegekosten auf die unterschiedlichen Kostenträger (Pflegekassen, Krankenkassen) bei gleichzeitiger Inanspruchnahme von Leistungen nach dem SGB V und dem SGB XI. Die Landesregierung hat aber erhebliche Zweifel, ob die jetzt von den Pflegekassen vorgeschlagene Erweiterung der Leistungskomplexe die tatsächlichen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen hinreichend berücksichtigt. Die bisherige Orientierung der Leistungskomplexe ausschließlich an den Verrichtungen, die für die Pflegestufenzuordnung maßgebend sind (siehe Abschnitt II.2), wird den differenzierten Versorgungsbedürfnissen sowie den sehr unterschiedlichen häuslichen und familiären Situationen der Pflegebedürftigen nur unzureichend gerecht und fördert nicht das in § 2 SGB XI normierte Selbstbestimmungsrecht. Die Landesregierung spricht sich daher übereinstimmend mit den Verbänden der Leistungserbringer dafür aus, auch die Möglichkeit der Abrechnung von Leistungen nach reinem Zeitaufwand zu eröffnen. Die in-

¹⁰ siehe Anhang (A 6)

soweit von den Pflegekassen bisher in Einzelfällen außerhalb der bestehenden Vergütungsvereinbarung getroffenen Entscheidungen lösen diese Problematik nicht.

Neben einer umfassenden und auch an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientierten Auswertung der bisherigen Erfahrungen bedarf es im übrigen auch einer verstärkten verbraucherorientierten Aufklärung und Beratung der Pflegebedürftigen darüber, welche Pflegeleistungen für sie in ihrer persönlichen Situation in Betracht kommen (siehe Abschnitt III.3.7).

Die auch von ambulanten Pflegeeinrichtungen gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen werden in Schleswig-Holstein nach Maßgabe des § 6 Abs. 2 LPflegeG pauschal abgegolten (siehe Abschnitt III.11.2.3).

III.4.4.3 Stationäre Pflege (Pflegesätze, Entgelte)

III.4.4.3.1 Allgemeines

Pflegesätze sind gemäß § 84 Abs. 1 SGB XI die Entgelte der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner für die **voll- oder teilstationären Pflegeleistungen** des Pflegeheimes (allgemeine Pflegeleistungen) sowie für **soziale Betreuung** und bis zum 31. Dezember 1999 für medizinische **Behandlungspflege**. Sie dürfen weder die Kosten für Unterkunft und Verpflegung noch Investitionsaufwendungen enthalten.

Die Pflegesätze sind nach dem Versorgungsaufwand, den Pflegebedürftige nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit benötigen, in **drei Pflegeklassen** einzuteilen. Bei der Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegeklassen sind die Pflegestufen nach § 15 SGB XI zugrunde zu legen.

Das Pflegeheim hat **Art, Inhalt und Umfang** sowie **Kosten der Leistungen**, für die es eine Vergütung beansprucht, durch Pflegedokumentationen und andere geeignete Unterlagen rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen darzulegen (§ 85 Abs. 3 SGB XI). Kernpunkte des neuen Pflegesatzverfahrens sind - wie bereits erwähnt - das Vereinbarungsprinzip, die prospektive Ausrichtung der Pflegesätze sowie die Konfliktlösung durch eine unabhängige Schiedsstelle.

Die Pflegebedürftigen haben bei stationärer Pflege die Kosten für **Unterkunft und Verpflegung** selbst zu tragen (§ 82 Abs. 1 Satz 3 und § 87 SGB XI). Gleichwohl werden die Entgelte nicht von den Pflegebedürftigen selbst, sondern für sie von den Pflegesatzparteien ausgehandelt und vereinbart. Die Kostenträger (Pflegekassen, Sozialhilfeträger) handeln insoweit als Sachwalter der Interessen der Pflegebedürftigen. Durch diese Regelung soll sichergestellt werden, daß die von den Pflegeheimen angebotene Unterkunft und Verpflegung in einem angemessenen Verhältnis zu den dafür geforderten Entgelten stehen.

Mit den vereinbarten Pflegesätzen und Entgelten sind alle Leistungen abgegolten, die für die stationäre Unterbringung und Verpflegung Pflegebedürftiger **notwendig** sind. Über diese Leistungen hinaus kann das Pflegeheim besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen als **Zusatzleistungen** (§ 88 SGB XI) anbieten. Zusatzleistungen sind aber auf solche Lei-

stungen beschränkt, die über das **Maß des Notwendigen** hinausgehen. Sie sind für die Pflegebedürftigen **wählbar** und zwischen ihnen und dem Pflegeheim nach Art, Umfang, Dauer, Zeitabfolge und Höhe der Zuschläge **schriftlich zu vereinbaren**. Das Leistungsangebot und die Leistungsbedingungen sind den Landesverbänden der Pflegekassen und dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales) vor Leistungsbeginn schriftlich mitzuteilen. Eine Genehmigungspflicht für Zusatzleistungen ist im Gesetz nicht vorgesehen. Für 1999 ist eine Regelung getroffen worden, die die bisherigen Probleme im Zusammenhang mit der Berechnung von Zusatzleistungen beheben soll (vgl. Abschnitt III.4.4.3.3).

Investitionskosten stationärer Pflegeeinrichtungen (am ehesten vergleichbar mit der sogenannten Kaltmiete bei Mietverhältnissen), die nicht durch öffentliche Förderung abgedeckt sind, können den Pflegebedürftigen ebenfalls gesondert in Rechnung gestellt werden.

III.4.4.3.2 Übergangsregelung bis zum 31. Dezember 1998

Mit dem Inkrafttreten der Regelungen für die **teilstationäre Pflege** und **Kurzzeitpflege** zum 1. April 1995 galten in Schleswig-Holstein zunächst die bisherigen Pflegesätze für diese Versorgungsbereiche weiter (Art. 49 PflegeVG). Noch im Jahr 1995 wurden mit vielen Anbietern teilstationärer Pflege und Kurzzeitpflege übergangsweise Vergütungsvereinbarungen auf der Grundlage der bisherigen Vergütungssätze und unter Berücksichtigung der Regelungen des SGB XI geschlossen, die zunächst bis zum 30. Juni 1996 befristet waren, später aber bis zum 31. Dezember 1997 verlängert wurden.

Für die Leistungen der **Kurzzeitpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen** wurde zwischen den Kostenträgern und den Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen für 1998 eine Regelung auf Landesebene getroffen, wonach auch bei Kurzzeitpflege die für die vollstationäre Pflege vereinbarten Vergütungen, Entgelte und Investitionsaufwendungen zugrunde zu legen sind. Bei Kurzzeitpflege im Anschluß an eine stationäre Behandlung können Pflegeeinrichtungen bei Pflegebedürftigen der Pflegestufen I und II die vereinbarte Pflegevergütung der Pflegeklasse II geltend machen, bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III die der Pflegeklasse III. Für Einrichtungen, die Kurzzeitpflege als eigenständiges Versorgungsangebot vorhalten (sogenannte Solitär-Einrichtungen) sind Einzelverhandlungen durchzuführen.

Eine Rahmenregelung auf Landesebene für die **Vergütung der Tagespflege** ab 1998 ist nicht zustande gekommen.

Für den Bereich der **vollstationären Pflege** hatte der Gesetzgeber mit dem 1. SGB XI-Änderungsgesetz eine bis zum 31. Dezember 1997 befristete Übergangsregelung zur Ermittlung der Heimentgelte getroffen (Art. 49 a PflegeVG). Gleichzeitig wurden durch Art. 49 b PflegeVG gesetzliche Regelungen zur Begrenzung des Kostenanstiegs in vollstationären Pflegeeinrichtungen beschlossen. Danach durften die Gesamtheimentgelte (Pflegesätze, Entgelte für Unterkunft und Verpflegung, Investitionskosten) in den Jahren 1996, 1997 und 1998 - von Ausnahmen abgesehen - in den alten Bundesländern jährlich nicht höher steigen als 1% bezogen auf die am 18. Juli 1995 vereinbarten BSHG-Pflegesätze. § 93 Abs. 6 BSHG enthält eine vergleichbare Regelung.

Die Übergangs- und Kostenbegrenzungsregelungen bewirkten im Ergebnis eine Festsetzung der bisherigen Pflegesätze bis Ende 1997. Differenzierte Heimentgelte nach den Vorgaben des SGB XI waren daher landesweit erstmals zum 1. Januar 1998 zu vereinbaren. Unter Berücksichtigung der 1998 noch fortwirkenden Kostenbegrenzung ist dazu die „Pragmatische Übergangsregelung für die Vereinbarung der Pflegesätze und Entgelte in Pflegeheimen nach dem Achten Kapitel des SGB XI und dem Abschnitt 7 des BSHG in Schleswig-Holstein für das Jahr 1998“ abgeschlossen worden. Diese Übergangsregelung sah für das Jahr 1998 neben einer Anhebung des Gesamtheimentgelts um 0,5 % die nach dem SGB XI vorgeschriebene Aufteilung in die genannten Bestandteile sowie eine Gewichtung der Pflegesätze nach Pflegeaufwand (Pflegeklassen) im Rahmen einer bestimmten Berechnungsweise vor. Die so vorgenommene Umgestaltung der Heimentgelte hat zu erheblichen Veränderungen der bisherigen Pflegesätze geführt. Die Differenzierungen tragen aber anders als die bisher überwiegend einheitlichen Heimentgelte stärker dem unterschiedlichen Pflegeaufwand der Pflegebedürftigen Rechnung und sind daher gerechter.

Das tägliche Gesamtheimentgelt in der Pflegeklasse I betrug im November 1998 in Schleswig-Holstein durchschnittlich 116,83 DM, in der Pflegeklasse II 135,58 DM und in der Pflegeklasse III 166,94 DM. Es bestehen allerdings deutliche Unterschiede hinsichtlich des Niveaus der Heimentgelte in den einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten, wie die nachfolgende Tabelle deutlich macht.

Kreis/kreisfreie Stadt	Gesamtheimentgelt Pflegeklasse I	Gesamtheimentgelt Pflegeklasse II	Gesamtheimentgelt Pflegeklasse III
Flensburg	120,83 DM	140,92 DM	174,22 DM
Kiel	150,89 DM	174,75 DM	214,25 DM
Lübeck	121,03 DM	140,73 DM	173,31 DM
Neumünster	134,86 DM	157,72 DM	195,81 DM
Dithmarschen	114,92 DM	133,11 DM	164,37 DM
Herzogtum Lauenburg	105,87 DM	122,23 DM	149,39 DM
Nordfriesland	109,68 DM	127,37 DM	156,85 DM
Ostholstein	108,32 DM	125,77 DM	155,23 DM
Pinneberg	111,65 DM	128,71 DM	157,44 DM
Plön	118,98 DM	136,82 DM	166,76 DM
Rendsburg-Eckernförde	111,33 DM	129,25 DM	159,10 DM
Schleswig-Flensburg	119,46 DM	138,85 DM	171,15 DM
Segeberg	113,24 DM	131,70 DM	162,52 DM
Steinburg	94,39 DM	110,09 DM	136,26 DM
Stormarn	117,04 DM	135,72 DM	167,43 DM
Mittelwert	116,83 DM	135,58 DM	166,94 DM
höchstes Entgelt	150,89 DM	174,75 DM	214,25 DM
niedrigstes Entgelt	94,39 DM	110,09 DM	136,26 DM

Stand: 30. November 1998

Quelle: Landesverbände der Pflegekassen in Schleswig-Holstein; eigene Berechnungen des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Entgeltunterschiede in der hier deutlich werdenden Größenordnung bedürfen dringend einer sorgfältigen Analyse und Bewertung durch die Vertragsparteien. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Qualitätsanforderungen des SGB XI, des BSHG und auch des Heimgesetzes für alle Pflegeeinrichtungen gleich sind.

Differenziert nach Trägerarten ergeben sich landesweit folgende Durchschnittsbeträge für die täglichen Gesamtheimentgelte:

Trägerart	Gesamtheimentgelt Pflegeklasse I	Gesamtheimentgelt Pflegeklasse II	Gesamtheimentgelt Pflegeklasse III
öffentl.-rechtlich	133,52 DM	156,47 DM	194,49 DM
freigemeinnützig	128,69 DM	149,62 DM	185,06 DM
privat	105,94 DM	122,61 DM	150,38 DM

Stand: 30. November 1998

Quelle: Landesverbände der Pflegekassen in Schleswig-Holstein; eigene Berechnungen des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Bei einer Aufgliederung der täglichen Gesamtheimentgelte nach Trägerarten in die einzelnen Kostenbestandteile ergeben sich landesweit folgende Durchschnittsbeträge:

Trägerart	Investitions- kosten/Tag	Unterkunft und Verpflegung	Vergütung Pflegeklasse I	Vergütung Pflegeklasse II	Vergütung Pflegeklasse III
öffentl.-rechtlich	16,58 DM	40,45 DM	76,49 DM	99,44 DM	137,46 DM
freigemeinnützig	21,34 DM	37,05 DM	70,30 DM	91,23 DM	126,67 DM
privat	21,09 DM	29,52 DM	55,33 DM	72,00 DM	99,77 DM
Durchschnitt	19,67 DM	35,67 DM	67,37 DM	87,56 DM	121,30 DM

Stand: 30. November 1998

Quelle: Landesverbände der Pflegekassen in Schleswig-Holstein; eigene Berechnungen des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales

III.4.4.3 Pflegesätze und Entgelte ab 1999

Nach Auslaufen der Kostenbegrenzungsregelung des Art. 49 b PflegeVG Ende 1998 sind die Pflegesätze vollstationärer Pflegeeinrichtungen sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung ab 1999 auch in Schleswig-Holstein nach den Regelungen des SGB XI zu verhandeln. Dementsprechend werden auch die Investitionskosten für 1999 erstmals nach den §§ 10 und 11 der LPflegeGVO ermittelt. Zur Vorbereitung dieser Verhandlungen wurde auf Landesebene eine „Vereinbarung über Grundsätze von Vergütungs- und Entgeltverhandlungen nach dem SGB XI und dem BSHG für vollstationäre Pflegeeinrichtungen für 1999“ geschlossen, die allerdings mit zwei Verbänden von

Pflegeeinrichtungen nicht rechtswirksam zustande gekommen ist. Kernpunkte dieser Vereinbarung sind

- die **Anpassung des Gesamtbudgets** (Summe der Gesamtheimentgelte am 30. Juni 1998) einer Pflegeeinrichtung **um bis zu 3,5 v.H. nach oben oder nach unten**,
- eine stärkere Berücksichtigung der **Leistungsbeträge der Pflegekassen** bei der **Abstufung der Pflegesätze** in die drei Pflegeklassen,
- die Vereinbarung von **Personalanhaltszahlen** für Pflegeleistungen,
- Regelungen für die Vergütung von **Härtefällen** (§ 43 Abs. 3 SGB XI),
- eine Neuregelung der **Abwesenheitsvergütung**,
- eine **Öffnungsklausel** für Individualregelungen bei Vorliegen von Besonderheiten der Pflegeeinrichtungen,
- die gemeinsame **Erhebung und Auswertung der Umsetzungsergebnisse** der Vereinbarung und deren Berücksichtigung bei zukünftigen Verhandlungen.

Insbesondere die Festlegung sachgerechter Personalanhaltszahlen für Pflegeleistungen gehörte zu den schwierigsten Teilen der Verhandlung der Rahmenregelung für 1999. Eine Übernahme der entsprechenden Empfehlungen für den Bereich der freigemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Träger aus dem Jahr 1990 schied wegen der veränderten Einstufungsregelungen aus. Bundeseinheitliche Vorgaben gibt es derzeit noch nicht. Das Heimgesetz schreibt lediglich eine Regelung der sogenannten Fachkraftquote vor, also des Anteils der Fachkräfte an der Gesamtzahl des betreuenden Personals. Es enthält aber keine quantitativen Vorgaben. In Schleswig-Holstein haben sich die Vertragsparteien für 1999 auf folgende Anhaltszahlen geeinigt:

**Personal-/Bewohnerverhältniszahlen
vollstationärer Pflegeeinrichtungen ab 1999**

Pflegestufen	von	bis
0	1 : 9,0	1 : 12,0
I	1 : 4,05	1 : 6,0
II	1 : 3,05	1 : 4,0
III	1 : 2,28	1 : 2,8

Nachtwachen werden gesondert berücksichtigt (2,29 Vollkräfte für die ersten 20 Plätze, 1 Vollkraft für je weitere 20 Plätze).

Die Vertragsparteien gehen davon aus, daß mit diesen Anhaltszahlen der bestehende Pflegestandard im Lande gehalten werden kann.

Im Hinblick auf den vereinbarten Korridor ($\pm 3,5 \%$) für die Anpassung der Gesamtheimentgelte 1999 werden sich die Pflegesatzunterschiede zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten (s. Abschnitt III.4.4.3.2) nicht grundlegend verändern. Die Notwendigkeit, den Ursachen dafür nachzugehen, besteht daher fort.

Bestandteil der für 1999 getroffenen Vereinbarung sind außerdem die „Grundsätze für die Abgrenzung von **Zusatzleistungen** im Sinne des § 88 SGB XI von den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen für Unterkunft und Verpflegung sowie den Investitionsaufwendungen im Sinne des § 82 Abs. 2 und 3 SGB XI“. Insbesondere vor dem Hintergrund der im Jahr 1998 gewonnenen Erfahrungen bei der Erhebung von Zuschlägen für Unterkunft und Verpflegung durch Pflegeeinrichtungen war eine entsprechende Vereinbarung im Rahmen der Selbstverwaltung dringend erforderlich. So wird insbesondere eine Doppelberechnung von Investitionsaufwendungen (als gesondert berechenbare Investitionskosten einerseits und Zusatzleistungen andererseits) nunmehr vermieden. Die von den Pflegeeinrichtungen geltend gemachten Zusatzleistungen sind bereits im Zuge der Pflegesatzverhandlungen mitzuteilen. Ob die für Schleswig-Holstein getroffene Rahmenregelung ausreicht, um die in einer großen Zahl von Fällen deutlich gewordene Erhebung unangemessener Zusatzentgelte künftig auszuschließen, bleibt abzuwarten. Interventionsmöglichkeiten bietet derzeit im wesentlichen lediglich das Heimrecht. Die Landesregierung hält es daher im Interesse des notwendigen Schutzes der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner für erforderlich, die Erhebung von Zusatzleistungen mit einem Zustimmungsvorbehalt zu versehen (siehe Abschnitt V.3).

Für die Ermittlung der **Investitionskosten** gelten die Regelungen der Landespflegegesetzverordnung (§§ 10 und 11 LPflegeGVO). Sie stehen damit außerhalb des Verhandlungsbereichs der Vertragsparteien des SGB XI. Im Hinblick auf den vereinbarten Korridor für die Anpassung des Gesamtheimentgelts (einschließlich der Investitionsaufwendungen) um $\pm 3,5\%$ sind die Investitionskostenanteile allerdings in die Pflegesatzverhandlungen einzubeziehen. Unter der Federführung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales haben sich die Beteiligten auf der Grundlage der Landespflegegesetzverordnung auf einen einheitlichen Berechnungsbogen und Hinweise für die Ermittlung der Investitionskosten verständigt. Kritisch gesehen werden von den Verbänden der Träger von Pflegeeinrichtungen die sich aus § 82 SGB XI ergebende Nichtberücksichtigung von Grundstückskosten und die in § 10 Abs. 6 LPflegeGVO vorgesehene Orientierung von Miet- und Pachtaufwendungen an der ortsüblichen Miete für „vergleichbaren nicht preisgebundenen Wohnraum“. Die auch aus Sicht der Landesregierung problematische Nichtberücksichtigung von Grundstückskosten ist bundesrechtlich vorgegeben und entzieht sich damit landesrechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten. Die in Schleswig-Holstein vorgenommene Orientierung von Miet- und Pachtkosten an Mietaufwendungen für Wohnraum anstelle von gewerblich genutzten Räumen, wie es die Trägerverbände fordern, deckt sich mit Regelungen in anderen Bundesländern, z. B. in Hamburg und Nordrhein-Westfalen. Dieser Punkt wird Gegenstand der für 1999 vorgesehenen Überprüfung der Landesregelungen sein (siehe Abschnitt III.2.7).

Zur Förderung der Investitionsaufwendungen bei teilstationärer Pflege und Kurzzeitpflege sowie vollstationärer Pflege, die für Pflegeeinrichtungen in Form einer **Objektförderung** nach § 5 LPflegeG und/oder durch **Zuschüsse zu laufenden betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen** erfolgen kann, wird auf die Abschnitte III.11.2.2 und III.11.2.3 verwiesen.

III.4.5 Qualitätssicherung

Bis zur Einführung der Pflegeversicherung lagen für Pflegeeinrichtungen mit Ausnahme des Heimgesetzes keine verbindlichen Qualitätsmaßstäbe vor. Diese wurden erstmals auf der Grundlage des § 80 SGB XI von den Spitzenverbänden auf Bundesebene als einheitlich geltende „Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen“¹¹ vereinbart.

Während alle Pflegeeinrichtungen - in der Mehrzahl zu Recht - den Anspruch erheben, die von ihnen ambulant oder stationär betreuten Personen fachlich qualifiziert zu versorgen und zu pflegen, treten immer wieder gravierende **Qualitätsmängel** bis hin zu extremer Vernachlässigung sowie auch körperlicher und seelischer Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen auf. Die Pflegeversicherung mit dem veränderten Anspruchsverhalten der Versicherten hat mit dazu beigetragen, daß diese Mängel stärker als zuvor in die Öffentlichkeit getragen werden. Für Schleswig-Holstein darf insoweit auf die **Landtagsdebatte zum Thema „Gewalt gegen ältere Menschen - Prävention und Intervention“** und den dazu vom Landtag in seiner Sitzung am 22. Januar 1998 gefaßten Beschluß (Landtags-Drucksache 14/1200) hingewiesen werden. In die gleiche Richtung weisen die Erkenntnisse, die der MDK bei den bisher durchgeführten Qualitätsprüfungen gewonnen und dokumentiert hat.

Ebenso wichtig wie die nach den neuen Qualitätsregelungen vorgesehenen externen Prüfungen, die im wesentlichen dem MDK obliegen, sind eigene Bemühungen der Pflegeeinrichtungen zur Qualitätsverbesserung (interne Qualitätssicherung). Die vielfältigen verbandlichen Aktivitäten z. B. zur Zertifizierung der Einrichtungen sowie die zunehmend offensivere Auseinandersetzung mit Fragen der Qualitätsverbesserung zeigen, daß die Pflegeversicherung in diesem Bereich einen nachhaltigen Prozeß in Gang gesetzt hat. Besonders positiv ist, daß dabei verstärkt auch Aspekte der Kundenorientierung und des Verbraucherschutzes Bedeutung gewinnen.

Als Ausfluß eines Berichts des MDK in der Sitzung des Landespflegeausschusses Schleswig-Holstein am 7. Oktober 1998 über das Ergebnis anlaßbezogener Prüfungen von 15 stationären und 10 ambulanten Pflegeeinrichtungen erarbeitet z. Z. eine **Arbeitsgruppe des Landespflegeausschusses Vorschläge für Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegequalität**. Diese sollen vom Landespflegeausschuß in seiner nächsten Sitzung in Form einer Empfehlung verabschiedet werden. Die Umsetzung dieser Empfehlung einschließlich der Finanzierung der danach gebotenen Maßnahmen wird primär Aufgabe der Pflegeeinrichtungen sein. Gleichwohl ist das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales bereit, geeignete Projekte im Interesse der Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen nach Maßgabe des § 7 LPflegeG zu fördern (s. Abschnitt III.11.2.4). Gleiches gilt im übrigen für die zur Umsetzung des erwähnten Landtagsbeschlusses zum Thema Gewalt gegen ältere Menschen vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales mit den Verbänden bereits entwickelten bzw. noch diskutierten Projekte.

Am 8. Januar 1999 ist in Schleswig-Holstein von den Landesverbänden der Pflegekassen zum zweiten Mal der Versorgungsvertrag einer stationären Pflegeeinrichtung we-

¹¹ jeweils gesondert für die ambulante Pflege, teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege), Kurzzeitpflege und vollstationäre Pflege (siehe BAnz. 1996 Nr. 152 a S. 3, 7, 11 und Nr. 213 S. 12041)

gen gravierender Pflegemängel fristlos gekündigt worden. Das verdeutlicht, daß auch Schleswig-Holstein nicht frei von Vorkommnissen ist, wie sie bundesweit in den Medien angeprangert werden.

Aus der Sicht der Landesregierung erscheint es wichtig, daß das vom Landespflegeausschuß vorgesehene Handlungskonzept ein **ausgewogenes Verhältnis von Beratung und Vorbeugung einerseits sowie Kontrolle und Intervention andererseits** enthält.

Die vom MDK und von den Heimaufsichtsbehörden getroffenen Feststellungen belegen, daß von entscheidender Bedeutung für die Qualität in der Pflege das **Vorhandensein fachlich gut ausgebildeter Pflegekräfte** ist. Die Anforderungen an das Pflegepersonal sind in den letzten Jahren erheblich gestiegen, insbesondere durch den wachsenden Anteil dementer und psychisch kranker Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Zugleich führen die Verbesserungen in der häuslichen Pflege dazu, daß das Heimeintrittsalter ständig steigt. Die Landesregierung hat sich daher mit Nachdruck gegen die im Frühjahr 1998 von der damaligen Bundesregierung beabsichtigte Aufhebung der sogenannten Fachkraftquote nach der Heimpersonalverordnung gewandt. Nach dieser Regelung müssen grundsätzlich 50 % des betreuenden Personals Fachkräfte mit abgeschlossener Berufsausbildung sein. Zusammen mit den Trägerverbänden konnten die Länder erreichen, daß die derzeitigen Regelungen zunächst bis zum 30. September 2000 weitergelten. Die Landesregierung erwartet, daß die Zeit bis dahin genutzt wird, um eine sachgerechte und zwischen Heimgesetz und SGB XI abgestimmte Dauerlösung vorzubereiten. Die bloße Fortschreibung eines Fachkräfteanteils am betreuenden Personal reicht insoweit allerdings nicht aus. Ohne quantitative Anhaltswerte läuft eine derartige Regelung leer.

Eine von den Heimaufsichtsbehörden in Schleswig-Holstein zur **Fachkraftquote** nach § 5 Heimpersonalverordnung durchgeführte Erhebung hat folgendes ergeben (Stand: Oktober 1998): Landesweit beträgt die Fachkraftquote rd. 44 %. Einrichtungen mit bis zu 19 Pflegeplätzen liegen knapp oberhalb der vorgeschriebenen Quote von 50 %. Am niedrigsten ist die Fachkraftquote bei Einrichtungen mit 100 und mehr Plätzen. Dort beträgt sie rd. 39 %. Bei öffentlich-rechtlichen Trägern liegt die Fachkraftquote knapp oberhalb von 50 %, bei freigemeinnützigen Trägern bei 47 % sowie bei privaten Trägern bei 41 %. Zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten bestehen zum Teil erhebliche Unterschiede.

Weitgehend aufsichtsfrei vollzieht sich die **häusliche Pflege**, insbesondere soweit diese nicht durch professionelle Dienste sichergestellt wird. Ohne fachkundigen Rat und Anleitung sowie auch Hilfestellung zur Vermeidung von psychischen und physischen Überlastungen sind die im Rahmen der familiären oder nachbarschaftlichen Betreuung tätigen Pflegepersonen oft nicht in der Lage, den mit der Pflege verbundenen Anforderungen auf Dauer gerecht zu werden. § 37 Abs. 3 SGB XI sieht vor, daß Pflegebedürftige, die ausschließlich Pflegegeld erhalten, in regelmäßigen Abständen einen Pflegeeinsatz durch eine Pflegeeinrichtung abrufen müssen. Diese fälschlicherweise vielfach als Kontrollbesuche bezeichneten Pflegeeinsätze, mit denen vor allem Hilfestellung und Beratung angeboten werden sollen, stoßen seit ihrer Einführung auf Akzeptanzprobleme. Die Landesregierung geht davon aus, daß sich eine höhere Akzeptanz erreichen ließe, wenn diese Pflegeeinsätze nicht mehr wie bisher von den Pflegebedürftigen selbst, sondern von den Pflegekassen zu finanzieren wären. Zu der mit diesem Ziel bereits eingeleiteten Bundesratsinitiative wird auf Abschnitt V.3 verwiesen.

III.5 Feststellung der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsverfahren

Über die Zuordnung in die Pflegestufen und die davon abhängige Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung entscheiden die Pflegekassen auf der Grundlage eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung. Im Rahmen der privaten Pflegeversicherung werden diese Aufgaben durch die Gesellschaft für medizinische Gutachten „MEDICPROOF“ wahrgenommen.

Grundlage der Begutachtung sind die „Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien - PflRi)“ vom 7. November 1994 (geändert am 21. Dezember 1995) und die „Richtlinien zur Anwendung der Härtefallregelungen (Härtefall-Richtlinien - HRi)“ vom 10. Juli 1995, zuletzt geändert am 3. Juli 1996. Zusätzlich zu beachten sind die von den Spitzenverbänden der Pflegekassen zur Sicherstellung einer bundeseinheitlichen Begutachtungspraxis am 21. März 1997 beschlossenen „Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien - BRi)“.

Die Pflegekassen bzw. der MDK sind insbesondere wegen unerwartet hoher Ablehnungsquoten und der im Bundesgebiet teilweise sehr unterschiedlichen Begutachtungsergebnisse kritisiert worden. Die Gründe für die hohen Ablehnungsquoten (s. nachstehende Tabelle) liegen aber nicht in einer möglicherweise restriktiven Begutachtungs- und Entscheidungspraxis. Sie sind vielmehr logische Konsequenz der im Abschnitt II.2 beschriebenen gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen, nach denen sich der Pflegebedürftigkeitsbegriff des § 14 SGB XI ausschließlich an insgesamt 21 Verrichtungen in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung orientiert. Existentielle Hilfebedarfe vieler Gruppen von Pflegebedürftigen, insbesondere der Altersverwirrten und Demenzkranken, werden dementsprechend nicht oder nur unzureichend im Rahmen der Pflegebedürftigkeitsfeststellung berücksichtigt. Erwartungen, daß möglicherweise über die Rechtsprechung eine gewisse Erweiterung dieses Pflegebedürftigkeitsbegriffs erfolgen würde, haben sich nicht bestätigt. Auch das Bundessozialgericht hat sich in seinen bisherigen Entscheidungen stets an den vom Gesetzgeber bewußt eng gezogenen Grenzen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs orientiert.

Die ebenfalls kritisierten regionalen Unterschiede bei der Begutachtung von Pflegebedürftigen haben sich nach der 1997 vorgenommenen Überarbeitung der für die Begutachtung maßgebenden Regelungen deutlich verringert. Das ist insbesondere auch Folge eines für alle Medizinischen Dienste der Krankenversicherung festgelegten Qualitätssicherungsverfahrens.

Die Begutachtungsergebnisse (Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegestufen I bis III) stellen sich in Schleswig-Holstein von 1995 - 1998 wie folgt dar:

Begutachtungsergebnisse des MDK Schleswig-Holstein (Angaben in v. H., ohne Pflegestufe 0)				
	1995	1996	1997	1998 (bis 30.09.)
Ambulante Pflege				
Pflegestufe I	52,3	46,0	49,6	51,4
II	35,1	36,5	35,1	35,6
III	12,6	17,5	15,3	13,0
Stationäre Pflege				
Pflegestufe I	-	30,0	27,3	28,0
II	-	41,4	46,2	46,1
III	-	28,6	26,5	25,9

Quelle: MDK-Begutachtungsstatistik

Die Entwicklung der Begutachtungsergebnisse ist regelmäßig Gegenstand der Sitzungen des Landespflegeausschusses. Erörtert worden ist dabei auch die Einstufung der sogenannten Härtefälle. Das SGB XI beschränkt den zulässigen Anteil der Härtefälle auf 3 v. H. in der ambulanten und 5 v. H. in der vollstationären Pflege, jeweils bezogen auf die Pflegebedürftigen der Pflegestufe III der einzelnen Pflegekassen. Bundesweit und auch in Schleswig-Holstein werden diese Prozentwerte nicht annähernd erreicht. Die Anteile liegen in Schleswig-Holstein jeweils unter 1 %. Neben der erforderlichen Überprüfung der Härtefall-Richtlinien sollte die ohnehin fragwürdige gesetzliche Festlegung von Grenzwerten dieser Art, noch dazu bezogen auf die einzelnen Pflegekassen, aufgehoben werden.

Angaben über den Anteil der als nicht pflegebedürftig eingestuften Antragsteller an der Gesamtzahl der Erstbegutachtungen sind der nachstehenden Tabelle zu entnehmen.

Anteil der als nicht pflegebedürftig eingestuften Antragsteller an der Gesamtzahl der Erstbegutachtungen - Angaben in v. H., in Klammern: Bund -		
Jahr	ambulant	stationär
1995	31,9 (20,0)	—
1996	35,7 (28,5)	25,8 (23,8)
1997	37,0 (30,4)	18,2 (16,0)
1. Halbj. 1998	35,7 (32,0)	25,3 (19,5)

Quelle: MDK-Begutachtungsstatistik, BMA-Veröffentlichungen

Einen Überblick über den bisherigen Umfang der Begutachtungstätigkeit des MDK vermittelt die nachstehende Tabelle.

Durchgeführte Begutachtungen des MDK Schleswig-Holstein 1995 bis 1998				
	1995	1996	1997	1998 (bis 30.9.)
ambulant	46.876	34.404	36.723	24.647
stationär	---	27.488	14.530	9.092
Behinderte	---	4.038	1.812	201
zusammen	46.876	65.930	53.065	33.940

Quelle: MDK-Begutachtungsstatistik

Für Begutachtungen stehen dem MDK gegenwärtig 70 eigene sowohl im Bereich des SGB V (Krankenversicherung) als auch SGB XI (Pflegeversicherung) eingesetzte Ärzte sowie 35 Pflegefachkräfte zur Verfügung. Ferner werden im Begutachtungsverfahren 25 externe Ärzte und 25 externe Pflegefachkräfte eingesetzt. Die Bearbeitungsdauer (Eingang des Gutachtenauftrags beim MDK bis zur Übersendung des Gutachtens an die Pflegekasse) beträgt im Regelfall etwa 8 Wochen. Diese Verfahrensdauer wird von den Verbänden der Pflegeeinrichtungen übereinstimmend mit der Auffassung der Landesregierung als zu lang angesehen, zumal sich der 8-Wochen-Zeitraum noch um die Bearbeitungsdauer bei der Pflegekasse verlängert. Besonders eilige Begutachtungen, z. B. beim Übergang vom Krankenhaus in die stationäre Pflege werden innerhalb einer Woche vorgenommen (vorläufige Begutachtung).

Im ambulanten Bereich sind 1998 rd. 83 % der Begutachtungen in der jeweiligen Wohnung und rd. 17 % nach Aktenlage durchgeführt worden. Im stationären Bereich betrug der Anteil der Begutachtungen nach Aktenlage rd. 18 %. Im ambulanten Bereich wurden die Begutachtungen zu rd. 54 % von Ärzten, 35 % von Pflegefachkräften und 11 % von externen Gutachtern durchgeführt. Im vollstationären Bereich betrug der Anteil der Begutachtungen durch Ärzte rd. 48 %, durch Pflegefachkräfte 47 % und durch externe Gutachter 5 %.

Ein berechtigter Kritikpunkt am derzeitigen Begutachtungs- und Entscheidungsverfahren ist im übrigen die bisher fehlende umfassende Information und Beratung der Pflegebedürftigen über angezeigte Maßnahmen zur Prävention, zur Rehabilitation sowie zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes, z. B. durch technische Hilfsmittel (vgl. Abschnitt III.3.7).

III.6 Leistungsempfänger

Die in der nachstehenden Tabelle für Schleswig-Holstein ermittelten Angaben über die Leistungsempfängerinnen und -empfänger beruhen auf einer Hochrechnung der für

den Bereich der landesunmittelbaren Pflegekassen vorliegenden Daten unter Berücksichtigung der Begutachtungsstatistik des MDK und einem Abgleich von Mitglieder- und Leistungsdaten der verschiedenen Kassenarten. Nicht enthalten sind in dieser Übersicht die in Schleswig-Holstein lebenden Pflegebedürftigen, die bei Pflegekassen außerhalb Schleswig-Holsteins versichert sind, insbesondere in Hamburg.

Pflegebedürftige in Schleswig-Holstein (Stand 30. Juni 1998)		
ambulant Pflegebedürftige		davon weibl. (v. H.)
davon Pflegestufe I	20.902	68,8
II	14.418	63,7
III	4.588	60,7
zusammen	39.908	66,0
stationär Pflegebedürftige		
davon Pflegestufe I	8.392	68,3
II	8.514	80,9
III	4.102	81,1
zusammen	21.008	75,9
Pflegebedürftige insgesamt	60.916	69,4

Quelle: Berechnungen Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Die Datenlage zur Pflegebedürftigkeit und Leistungsanspruchnahme ist im wesentlichen aus folgenden Gründen nach wie vor unbefriedigend:

- Die Statistiken der bundesunmittelbaren Pflegekassen (insbesondere Ersatzkassen) werden nicht länderspezifisch aufbereitet. Gleiches gilt für die private Pflegeversicherung.
- Die Begutachtungsstatistik des MDK wird nicht um Abgänge (insbesondere durch Tod) und z. B. die Ergebnisse von Wiederholungsbegutachtungen personenbezogen bereinigt.
- Von der Ermächtigung zum Erlass von Rechtsverordnungen über Pflegestatistiken nach § 109 SGB XI ist bisher kein Gebrauch gemacht worden. Die Länder haben inzwischen über den Bundesrat einen Verordnungsentwurf beschlossen (Bundesrats-Drucksache 689/98 vom 25. September 1998), über den nunmehr die Bundesregierung zu befinden hat.

Auf die sich daraus ergebenden Schwierigkeiten für die Ermittlung der Zahl der Leistungsempfänger ist bereits im Abschnitt 0.2 der Vorbemerkungen der Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der F. D. P. zur Pflegebedürftig-

keit in Schleswig-Holstein (Landtags-Drucksache 14/1253 vom 4. Februar 1998) hingewiesen worden.

Die altersmäßige Aufteilung der Pflegebedürftigen stellt sich wie folgt dar:

Altersgliederung der Pflegebedürftigen in Schleswig-Holstein (Stand 30. Juni 1998) - Angaben in v. H. -			
ambulant Pflegebedürftige			
Alter	weiblich	männlich	gesamt
bis 24	5,0	12,8	7,7
25 - 64	12,6	26,8	17,4
65 - 79	25,2	30,9	27,1
80 >	57,2	29,5	47,8
	100,0	100,0	100,0
stationär Pflegebedürftige			
Alter	weiblich	männlich	gesamt
bis 24	0,6	3,8	1,4
25 - 64	7,7	37,8	15,0
65 - 79	18,0	26,4	20,0
80 >	73,7	32,0	63,6
	100,0	100,0	100,0

Quelle: AOK-Statistik

Im Vergleich zu 1997 ist die Zahl der nach dem SGB XI anerkannten Pflegebedürftigen in Schleswig-Holstein um mehr als 3.000 angestiegen (ambulant um ca. 1.200, stationär um ca. 2.000). Angesichts der unverändert hohen Zahl von Neuanträgen ist eine Fortsetzung dieser Entwicklung zu erwarten. Ein weiterer für die Pflegeinfrastruktur wichtiger Punkt ist die zunehmende Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen anstelle von Pflegegeld. Im AOK-Bereich hat sich der Anteil der reinen Pflegegeldempfänger von 81,3 % am 30. Juni 1997 auf 78,3 % am 30. Juni 1998 verringert (jeweils bezogen auf die Gesamtzahl der Empfängerinnen und Empfänger ambulanter Pflegeleistungen).

III.7 Pflegeeinrichtungen

III.7.1 Allgemeines

Die Pflegekassen dürfen ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege nur durch **zugelassene Pflegeeinrichtungen** im Sinne des SGB XI gewähren. Das sind Pflegeeinrichtungen, mit denen ein **Versorgungsvertrag** besteht (§ 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Das Gesetz unterscheidet zwischen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen (§ 71 SGB XI):

- **Ambulante Pflegeeinrichtungen** sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.
- **Stationäre Pflegeeinrichtungen** (Pflegeheime) sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und in denen sie ganztägig (**vollstationär**) oder nur tagsüber oder nur nachts (**teilstationär**) untergebracht und verpflegt werden können.

Um einen Versorgungsvertrag abschließen und damit zur Pflege nach dem SGB XI zugelassen werden zu können, müssen alle Pflegeeinrichtungen zwingend folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Die Einrichtung muß geeignet und in der Lage sein, die Pflegebedürftigen entsprechend dem **allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse** zu pflegen, zu versorgen und zu betreuen. Inhalt und Organisation ihrer Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten (§ 11 Abs. 1 SGB XI). Voraussetzung ist insoweit, daß die Pflege **unter ständiger Verantwortung einer leitenden Pflegefachkraft** ausgeführt wird.
- Die Einrichtung muß „**selbständig wirtschaftend**“ sein. Diese Voraussetzung ist erfüllt, wenn sie entweder ausschließlich Pflegebedürftige versorgt oder bei gemischten Einrichtungen, wie Alten- und Pflegeheimen, den Bereich „Pflege“ finanziell und wirtschaftlich getrennt von ihrem übrigen Leistungsangebot führt.
- Die Einrichtung muß Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten; diese Begriffe schließen die gebotene Qualität der Pflege ein.

Soweit und solange die Pflegeeinrichtungen diese Voraussetzungen erfüllen, besteht Anspruch auf Abschluß eines **Versorgungsvertrages** (§ 72 Abs. 3 SGB XI). Eine bedarfsabhängige Zulassung von Pflegeeinrichtungen sieht das SGB XI nicht vor.

In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der pflegebedingten Leistungen festzulegen, die die Pflegeeinrichtung zu erbringen hat. Der Versorgungsvertrag wird zwischen dem Träger der einzelnen ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung und den Landesverbänden der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem örtlichen oder überörtlichen Träger der Sozialhilfe schriftlich abgeschlossen.

Mit der Zulassung zur Pflege durch den Abschluß des Versorgungsvertrages werden die Pflegeeinrichtungen in das Leistungsgeschehen der Pflegeversicherung mit allen **Rechten** (Anspruch auf Vergütung nach den gesetzlichen Vorschriften) und **Pflichten** (Versorgung der Versicherten im Rahmen des Versorgungsauftrages) einbezogen.

Der Versorgungsvertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden (§ 74 Abs. 1 SGB XI). Der Träger der Pflegeeinrichtung kann dies ohne Angabe von Gründen tun. Demgegenüber ist die Kündigung des Versorgungsvertrages durch die Landesverbände der Pflegekassen nur zulässig, wenn die Pflegeeinrichtung nicht nur vorübergehend keine Gewähr für eine wirksame

oder wirtschaftliche Versorgung der Pflegebedürftigen bietet. Bei gröblicher Pflichtverletzung, können die Landesverbände der Pflegekassen den Versorgungsvertrag auch fristlos kündigen. Das gilt insbesondere dann, wenn Pflegebedürftige infolge einer Pflichtverletzung zu Schaden kommen oder die Einrichtung nicht erbrachte Leistungen abrechnet.

Bislang sind in Schleswig-Holstein in zwei Fällen Versorgungsverträge vollstationärer Pflegeeinrichtungen durch die Landesverbände der Pflegekassen fristlos gekündigt worden. Ordentliche Kündigungen von Seiten der Pflegekassen wurden bislang nicht ausgesprochen.

III.7.2 Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste)

Pflegebedürftige haben bei häuslicher Pflege Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung als Sachleistung (häusliche Pflegehilfe), die durch geeignete Pflegekräfte von zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen erbracht wird.

Das Leistungsspektrum ambulanter Pflegedienste ist weit gefächert. Im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung Hilfe- und Pflegebedürftiger werden neben den Leistungen nach dem SGB XI regelmäßig auch Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V sowie pflegeergänzende Dienste erbracht.

Im November 1998 gab es in Schleswig-Holstein insgesamt **506 zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen** im Sinne des SGB XI, die sich wie folgt auf die Kreise und kreisfreien Städte verteilen:

Kreis/kreisfreie Stadt	Zahl der ambulanten Pflegedienste
Flensburg	13
Kiel	43
Lübeck	31
Neumünster	8
Dithmarschen*	17
Herzogtum Lauenburg	42
Nordfriesland	48
Ostholstein	45
Pinneberg**	49
Plön	26
Rendsburg-Eckernförde	40
Schleswig-Flensburg	36
Segeberg	32
Steinburg	32
Stormarn	44
Schleswig-Holstein	506
* neben den 17 ambulanten Pflegediensten bestehen noch 9 Außenstellen eines Trägers	
** neben den 49 ambulanten Pflegediensten bestehen noch 6 Außenstellen von 2 Trägern	

Stand: 30. November 1998

Quelle: Landesverbände der Pflegekassen in Schleswig-Holstein,
Kreise und kreisfreie Städte

Nach der Bestandserhebung im Rahmen des Projektes „Ermittlung indikatorengestützter Bedarfsrichtwerte für Schleswig-Holstein“ befinden sich über die Hälfte der Pflegedienste (54,5 %) in der Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege. Daneben sind ambulante Dienste privater Träger mit 37,2 % am zweitstärksten vertreten. Nur 8,3 % der ambulanten Pflegeeinrichtungen befinden sich in öffentlicher, in der Regel in kommunaler Trägerschaft. Angaben zur Größe der Einrichtungen wurden im Rahmen dieser Erhebung über die Zahl der versorgten Pflegebedürftigen am Stichtag 30. September 1997 ermittelt. Danach sind die meisten der ambulanten Pflegedienste (36,5 %) mittlere Einrichtungen mit 20 bis 39 versorgten Personen, gefolgt von kleinen Einrichtungen (bis 19 Personen) mit einem Anteil von 25,5 %. Große Einrichtungen (40 bis 59 Personen) sind mit einem Anteil von 15,6 % nicht so häufig vertreten wie sehr große Einrichtungen (60 und mehr Personen) mit 22,4 %.

III.7.3 Teilstationäre Pflegeeinrichtungen und Kurzzeitpflegeeinrichtungen

Nach § 41 Abs. 1 SGB XI haben Pflegebedürftige Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- oder Nachtpflege, wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann. Die notwendige Beförderung der Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung und zurück ist dabei Bestandteil der teilstationären Pflege.

Ende November 1998 bestanden in Schleswig-Holstein **447 Tagespflegeplätze**. Weitere Plätze befinden sich im Zulassungsverfahren durch die Pflegekassen. Demgegenüber existierten im März 1995 286 Tagespflegeplätze¹². Die weitaus überwiegende Zahl der Plätze wird in eigenständigen Tagespflegeeinrichtungen angeboten. Vereinzelt bestehen auch „eingestreute“ Tagespflegeplätze in stationären Pflegeeinrichtungen und Kurzzeitpflegeeinrichtungen. Die Tagespflegeplätze verteilen sich wie folgt auf die Kreise und kreisfreien Städte:

Kreis/kreisfreie Stadt	Tagespflegeplätze
Flensburg	0
Kiel	73
Lübeck	41
Neumünster	21
Dithmarschen	46
Herzogtum Lauenburg	3
Nordfriesland	27
Ostholstein	24
Pinneberg	17
Plön	47
Rendsburg-Eckernförde	47
Schleswig-Flensburg	62
Segeberg	17
Steinburg	15
Stormarn	7
Summe	447

Stand: 30. November 1998

Quelle: Landesverbände der Pflegekassen in Schleswig-Holstein

¹² Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Landesaltenplan für Schleswig-Holstein 1995 S. 90

1993 wurde in Kiel die erste **Nachtpflegeeinrichtung** als teilstationäres Angebot der Bundesrepublik Deutschland eröffnet. Neben den in Kiel vorhandenen 3 Nachtpflegeplätzen bestehen Versorgungsverträge der Pflegekassen für weitere 48 vor allem „eingestreute“ Nachtpflegeplätze.

Ein Anspruch auf **Kurzzeitpflege** im Sinne des SGB XI besteht, wenn die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden kann und teilstationäre Pflege nicht ausreicht. Dies gilt für eine Übergangszeit an eine stationäre Behandlung der oder des Pflegebedürftigen oder in sonstigen Krisensituationen (§ 42 Abs. 1 SGB XI). Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt.

Im November 1998 gab es in Schleswig-Holstein 782 Kurzzeitpflegeplätze im Sinne des SGB XI. Gegenüber dem Stand vom März 1995¹³ mit 449 Plätzen ist insoweit ein Zuwachs um 333 Kurzzeitpflegeplätze zu verzeichnen. Die Struktur der Kurzzeitpflege hat sich seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung allerdings wesentlich verändert. Vor Inkrafttreten der Pflegeversicherung entwickelten sich Kurzzeitpflegeeinrichtungen vor allem als eigenständige Versorgungsbereiche, teilweise in Anbindung an ambulante Dienste oder stationäre Einrichtungen, zum Teil aber auch als sogenannte Solitär-Einrichtungen. Infolge zunehmender Refinanzierungsprobleme insbesondere im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (Kündigung von Verträgen zur sogenannten ausgelagerten häuslichen Krankenpflege) waren diese eigenständigen Kurzzeitpflegeeinrichtungen in ihrer wirtschaftlichen Existenz erheblich bedroht. Vor diesem Hintergrund vereinbarten die Landesverbände der Pflegekassen mit den Verbänden der Träger von Kurzzeitpflege die Zulassung einer flexiblen Nutzung stationärer Pflegeplätze sowohl zur Kurzzeitpflege im Sinne des § 42 SGB XI als auch zur vollstationären Pflege im Sinne des § 43 SGB XI. Versorgungsverträge dieser Art wurden mit zahlreichen Pflegeeinrichtungen abgeschlossen, wobei die Anzahl flexibel nutzbarer Pflegeplätze je nach Einrichtung verschieden ist. Die meisten dieser Einrichtungen verfügen über 1 bis 3 Plätze, die sowohl zur Kurzzeitpflege als auch zur vollstationären Pflege nutzbar sind. Eigenständige Kurzzeitpflegeeinrichtungen bestehen derzeit nur noch in einigen wenigen Fällen.

III.7.4 Vollstationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime)

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Pflege in vollstationären Einrichtungen, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt (§ 43 Abs. 1 SGB XI).

¹³ Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Landesaltenplan für Schleswig-Holstein 1995 S. 95

Ende November 1998 bestanden in Schleswig-Holstein **571** zugelassene stationäre Pflegeeinrichtungen mit 31.543 Plätzen (einschließlich flexibel nutzbarer Kurzzeitpflegeplätze), die sich wie folgt auf die Kreise und kreisfreien Städte aufteilen:

Kreis/kreisfreie Stadt	Pflegeeinrichtungen	Pflegeplätze*
Flensburg	14	941
Kiel	26	1.481
Lübeck	33	2.757
Neumünster	12	970
Dithmarschen	29	1.054
Herzogtum Lauenburg	43	1.706
Nordfriesland	34	1.321
Ostholstein	44	2.686
Pinneberg	49	3.342
Plön	18	974
Rendsburg-Eckernförde	58	2.656
Schleswig-Flensburg	57	3.017
Segeberg	64	3.875
Steinburg	42	1.790
Stormarn	48	2.973
Schleswig-Holstein	571	31.543
* einschließlich flexibel nutzbarer Pflegeplätze (vollstationäre Pflege/Kurzzeitpflege) in vollstationären Einrichtungen		

Stand: 30. November 1998

Quelle: Landesverbände der Pflegekassen in Schleswig-Holstein, Kreise und kreisfreie Städte

Gemessen an der Zahl der Pflegeplätze je 1.000 über 65-jährige Einwohner ergibt sich in den Kreisen und kreisfreien Städten ein höchst unterschiedlicher Versorgungsgrad (vgl. Abschnitt III.11.1).

Kreis/kreisfreie Stadt	Zahl der Pflegeplätze*	Einwohner über 65 Jahre (Stand: 31.12.1997)	Plätze je 1.000 Einwohner über 65 Jahre
Flensburg	941	14.870	63,28
Kiel	1.481	38.978	38,00
Lübeck	2.757	40.811	67,56
Neumünster	970	13.957	69,50
Dithmarschen	1.054	23.363	45,11
Herzogtum Lauenburg	1.706	27.740	61,50
Nordfriesland	1.321	26.769	49,35
Ostholstein	2.686	36.588	73,41
Pinneberg	3.342	42.943	77,82
Plön	974	20.237	48,13
Rendsburg-Eckernförde	2.656	39.796	66,74
Schleswig-Flensburg	3.017	29.568	102,04
Segeberg	3.875	32.021	121,01
Steinburg	1.790	21.235	84,29
Stormarn	2.973	32.020	92,85
Schleswig-Holstein	31.543	440.896	71,54

* einschließlich flexibel nutzbarer Pflegeplätze (vollstationäre Pflege/Kurzzeitpflege)

Stand: 30. November 1998

Quelle: Landesverbände der Pflegekassen in Schleswig-Holstein, Kreise und kreisfreie Städte, Statistisches Landesamt, eigene Berechnungen des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen haben in Schleswig-Holstein im Durchschnitt 55 Pflegeplätze. Die größte Einrichtung verfügt über 670 Plätze, die kleinste über 3 Plätze (in privater Trägerschaft). Insbesondere bei Einrichtungen mit einer geringen Zahl von Pflegeplätzen ist zu berücksichtigen, daß es sich auch um mehrgliedrige Einrichtungen (z. B. Alten- und Pflegeheime) handeln kann, die nur für Teilbereiche über einen Versorgungsvertrag nach dem SGB XI verfügen. Rund die Hälfte aller Einrichtungen haben weniger als 40 Pflegeplätze. Nur etwa 7 % verfügen über mehr als 120 Plätze. Im einzelnen ergibt sich folgende Verteilung:

Pflegeplätze	Zahl der Einrichtungen	Anteil
<20 Plätze	141	24,69 %
20 - 39 Plätze	144	25,22 %
40 - 59 Plätze	88	15,41 %
60 - 79 Plätze	82	14,36 %
80 - 99 Plätze	48	8,41 %
100 - 119 Plätze	26	4,55 %
120 und mehr Plätze	42	7,36 %
Summe	571	100,00%

Stand: 30. November 1998

Quelle: Landesverbände der Pflegekassen in Schleswig-Holstein, Kreise und kreisfreie Städte, eigene Berechnungen des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Die überwiegende Zahl der vollstationären Pflegeeinrichtungen (372 Einrichtungen oder rd. 65 %) befindet sich in privater Trägerschaft, gefolgt von freigemeinnützigen Trägern (155 Einrichtungen oder 27 %). Nur 44 Einrichtungen (rd. 8 %) entfallen auf öffentlich-rechtliche Träger. Bei der Verteilung der Plätze nach Trägerarten ergibt sich die gleiche Reihenfolge, wobei sich die Anteile allerdings verschieben: Rd. 53 % der Pflegeplätze entfallen auf private Träger, 32 % auf freigemeinnützige und 15 % der Pflegeplätze auf öffentlich-rechtliche Träger.

III.8 Hospizversorgung

Die Verbesserung der Versorgungssituation schwerkranker sterbender Menschen ist seit Jahren auch ein besonderes Anliegen des Landes. Die Landesregierung hat hierzu umfassend in der Antwort auf die Große Anfrage der Fraktion der CDU betr. Hospizeinrichtungen in Schleswig-Holstein (Landtags-Drucksache 14/676) Stellung genommen.

Das Land unterstützt verstärkt seit 1997 (eigener Haushaltsansatz für den Hospizbereich: 440.000,- DM) vor allem den Aufbau von ehrenamtlichen Hospizinitiativen, um der Hospizbewegung eine noch breitere Basis im Lande zu schaffen. Gefördert werden vorrangig die Aus-, Fort- und Weiterbildung ehrenamtlicher Kräfte.

Zwischenzeitlich existieren 26 regionale Initiativen mit über 350 ehrenamtlichen Hospizmitarbeiterinnen und -mitarbeitern. Das Ziel eines flächendeckenden Hospizangebots ist zwar noch nicht vollständig erreicht. In jedem Kreis bzw. in jeder kreisfreien Stadt ist jedoch mindestens eine Hospizinitiative tätig. Eine große Hilfestellung und Unterstützung leistet der Hospizverband Schleswig-Holstein, in dem die örtlichen Hospizinitiativen zusammengefaßt sind.

Neben den ambulant tätigen Hospizinitiativen hat das Land auch das bisher einzige stationäre Hospiz „Haus Porsefeld“ in Rendsburg (10 Plätze) investiv und in seiner Anlaufphase durch zusätzliche Zuschüsse gefördert, denn erst durch das 2. GKV-NOG (2. Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung) haben vollstationäre Hospize und Tageshospize eine gesetzliche Finanzierungsgrundlage erhalten (§ 39 a SGB V). Danach ist ein Zuschuß zu gewähren, der in der Satzung der Krankenkasse festzulegen ist. Dieser Zuschuß darf kalendertäglich 6 % der monatlichen Bezugsgröße (1999: 264,60 DM) nicht unterschreiten und zusammen mit den Leistungen anderer Sozialleistungsträger die tatsächlichen kalendertäglichen Kosten nicht überschreiten. Bei Vorliegen von Pflegebedürftigkeit werden die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Leistungen der Pflegeversicherung ergänzt. Ersatzweise sind Leistungen der Sozialhilfe möglich.

Nach der z. Z. vorbereiteten Vergütungs- und Entgeltvereinbarung wird das tägliche Gesamtentgelt im Hospiz „Haus Porsefeld“ voraussichtlich 427,85 DM betragen. Dabei ist ein Trägeranteil von 10 % (Eigenmittel/Spenden) bereits berücksichtigt. Um die Inanspruchnahme des Hospizes möglichst nicht an finanziellen Gründen scheitern zu lassen, gewährt das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales dem Hospiz zunächst bis Ende 1999 weiterhin eine jährliche Zuwendung, mit der zugleich alle im Pflegesatz enthaltenen Investitionskosten abgegolten werden. Das entlastet die Hospizbewohnerinnen und -bewohner um täglich rund 40,- DM.

In Lübeck sind die Vorarbeiten für die Errichtung eines weiteren stationären Hospizes mit voraussichtlich 6 Plätzen weitgehend abgeschlossen. Das Land und die Hansestadt Lübeck haben für die Mitfinanzierung feste Zusagen erteilt. Neben den vorgenannten Einrichtungen gibt es in Schleswig-Holstein zwei Palliativstationen, und zwar in Flensburg (6 Plätze) und Neumünster (6 Plätze). Eine weitere Palliativstation soll in Kürze in Kiel errichtet werden. Hierbei handelt es sich um spezifische Einheiten in Akutkrankenhäusern, in denen der Hospizgedanke integraler Bestandteil der Gesamtversorgung ist.

Es erscheint notwendig, den Hospizgedanken in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte in den klassischen Versorgungseinrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens - vom Krankenhaus bis hin zum ambulanten Dienst - mit einzubeziehen. Das Land hält es für erforderlich, daß sich diese Einrichtungen - ohne selbst Hospizinitiative oder Hospizeinrichtung zu sein - mehr als bisher des Hospizgedankens annehmen, um die Situation Sterbender in Alten- und Pflegeheimen sowie Krankenhäusern zu verbessern.

III.9 Pflegeversicherung/Eingliederungshilfe

Die Abgrenzung der Ansprüche pflegebedürftiger Behinderter bei einem Zusammenreffen von Pflegeleistungen nach dem SGB XI mit Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem BSHG war von Beginn an äußerst umstritten und gehört zu den noch nicht befriedigend gelösten Problemen.

Durch das 1. SGB XI-Änderungsgesetz ist klargestellt worden, daß Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem BSHG und Pflegeleistungen nach dem SGB XI nach ihrem Zweck und ihrer Zielsetzung unterschiedliche, rechtlich aber gleichwertige Hilfearten sind. Sie schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern können parallel gewährt werden. Zwischen ihnen besteht kein Vorrang-/Nachrangverhältnis (§ 13 Abs. 3 SGB XI).

Pflegebedürftige Behinderte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen, bei denen zugleich ein Bedarf an Eingliederungshilfe besteht, haben daher - bei Vorliegen der übrigen sozialhilferechtlichen Voraussetzungen - neben den Leistungen der Pflegeversicherung grundsätzlich auch Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe. Umgekehrt haben pflegebedürftige Behinderte in Einrichtungen der Eingliederungshilfe grundsätzlich einen Anspruch auf Pflegeleistungen nach dem SGB XI.

Für den stationären Bereich ist durch § 71 Abs. 4 SGB XI klargestellt, daß u. a. Einrichtungen, in denen die medizinische Vorsorge oder Rehabilitation, die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Kranker oder Behinderter im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen, keine Einrichtungen im Sinne des SGB XI sind. Für pflegebedürftige Behinderte in vollstationären Einrichtungen dieser Art übernehmen die Pflegekassen gemäß § 43 a SGB XI zur Abgeltung der pflegerischen Aufwendungen 10 v. H. des vereinbarten Heimentgelts, monatlich höchstens 500,- DM.

Die unverändert andauernde Diskussion über die Abgrenzung von Pflegeversicherung und Eingliederungshilfe, die den Deutschen Bundestag in seiner Sitzung am 2. April 1998 zu einer speziell hierauf gerichteten EntschlieÙung veranlaßt hat, wird im Kern unter zwei Aspekten geführt. Zum einen geht es um die Umwidmung von Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Pflegeeinrichtungen und die Gewährleistung der ganzheitli-

chen Betreuung der Behinderten. Zum anderen geht es darum, pflegebedürftigen Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe die vollen Leistungen der Pflegeversicherung zu erschließen.

Nach Auffassung der Landesregierung wird der bewährte und zu bewahrende ganzheitliche Hilfeansatz für behinderte Menschen weder durch das Nebeneinander der verschiedenen Hilfearten noch durch die Vielfalt der Kostenträger in Frage gestellt. Der in den vergangenen Jahren erreichte qualitative Standard bei der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen ist nach Einführung der Pflegeversicherung weiterhin sichergestellt. Für alle Beteiligten muß gelten, die nebeneinander bestehenden Individualansprüche auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem BSHG und Pflege nach dem SGB XI im Rahmen der bestehenden gesetzlichen und vertragsrechtlichen Regelungen zu erfüllen.

Vor diesem Hintergrund ist die Landesregierung bemüht, die in Betracht kommenden Einrichtungsträger im Verhandlungswege und durch Überzeugungsarbeit dafür zu gewinnen, die organisatorischen und personellen Voraussetzungen für ein Nebeneinander von Behindertenhilfe und Pflege zu schaffen. Die Landesregierung lehnt es aber in gleicher Weise wie der Deutsche Bundestag in seiner Entschließung vom 2. April 1998 unverändert ab, behinderte Menschen, die zum Teil seit vielen Jahren in einer Behinderteneinrichtung leben, gegen ihren Willen in eine anerkannte Pflegeeinrichtung zu verlegen, nur um die Leistungen der Pflegeversicherung zu erschließen.

Die Landesregierung sieht sich insoweit in voller Übereinstimmung mit einem Positionspapier vom 4. Juni 1997, in dem das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung zusammen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger, der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und den Spitzenverbänden der Pflegekassen ihre gemeinsame Auffassung zur Abgrenzung der Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung wiedergegeben haben.

Die Situation in Schleswig-Holstein stellt sich im übrigen wie folgt dar:

Vor Inkrafttreten des 1. SGB XI ÄndG gab es in Schleswig-Holstein 207 Einrichtungen mit rd. 10.400 Plätzen in der Zuständigkeit des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (überörtlicher Träger der Sozialhilfe), die nach der Terminologie des SGB XI zu den Behinderteneinrichtungen gerechnet wurden. Hinsichtlich der Zuordnung dieser Einrichtungen zu anerkannten Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI oder zu Behinderteneinrichtungen im Sinne des BSHG konnte mit den Pflegekassen für rd. 90 % der Einrichtungen und Plätze Einigkeit erzielt werden. Bei 20 Einrichtungen mit rd. 930 Plätzen für schwerst-mehrfachbehinderte Menschen ist die Landesregierung der Auffassung, daß alle bzw. ein nicht unerheblicher Teil der in diesen Einrichtungen lebenden Menschen einen überwiegend pflegerischen Bedarf haben und daher für die ganze Einrichtung bzw. für einen Teil die Voraussetzungen für den Abschluß eines Versorgungsvertrages mit den Pflegekassen noch zu schaffen sind. Die Landesregierung ist bemüht, die insoweit noch offenen Entscheidungen im Konsens auch mit den Einrichtungsträgern herbeizuführen.

Vom MDK sind zur Durchführung des § 43 a SGB XI bis zum 30. September 1998 insgesamt 5897 Erstbegutachtungen sowie knapp 300 Folge- bzw. Widerspruchsbegutachtungen durchgeführt worden. Bis zu diesem Zeitpunkt wurden 1.803 positive Ent-

scheidungen über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit mindestens der Pflegestufe I getroffen. In knapp 30 % der Fälle lagen die Voraussetzungen der Schwerpflegebedürftigkeit (Pflegestufe II) und in rund 15 % der Fälle die der Schwerstpflegebedürftigkeit (Pflegestufe III) vor. Diese Begutachtungsergebnisse bestätigen die vorstehend beschriebene Position der Landesregierung.

III.10 Entlastung der Sozialhilfe

Die Einführung der Pflegeversicherung hat wie erwartet und vom Gesetzgeber auch angestrebt zu erheblichen Einsparungen der Sozialhilfe geführt. Dieses wird durch die amtlichen Sozialhilfestatistiken für die Jahre 1994 bis 1997 nachhaltig belegt. Danach haben sich in Schleswig-Holstein die Ausgaben für Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz von 778,1 Mio. DM im Jahr 1994 bis Ende 1997 um 439,2 Mio. DM auf 338,9 Mio. DM verringert. Dieses verdeutlicht die nachstehende Tabelle.

Ausgabenentwicklung für die Hilfe zur Pflege von 1994 bis 1997 (Angaben in TDM)								
	1994		1995		1996		1997	
	absolut	Index	absolut	Index	absolut	Index	absolut	Index
ambulant	65.049	100,0	42.012	64,6	22.764	35,0	21.506	33,1
stationär	713.055	100,0	732.470	102,7	648.234	90,9	317.372	44,5
teilstationär	8.163	100,0	3.519	43,1	2.545	31,2	2.361	28,9
vollstationär	704.892	100,0	728.951	103,4	645.689	91,6	315.011	44,7
Summe	778.104	100,0	774.482	99,5	670.999	86,2	338.878	43,6

Da Leistungen der vollstationären Pflege erst ab 1. Juli 1996 gewährt werden, wäre hierfür bei getrennter Betrachtung der Index des Jahres 1995 mit 100 anzusetzen. Daraus ergäbe sich für 1997 ein Index von 43,2 statt 44,7 auf der Basis des Jahres 1994.

Die Ausgabenreduzierung beträgt danach insgesamt 56,4 % (Bund: 61,4 %). Im ambulanten Bereich war der Ausgabenrückgang im Vergleichszeitraum mit 66,9 % (Bund: 53 %) deutlich stärker als mit 55,3 % (Bund: 62,2 %) im vollstationären Bereich. Da für den Ausgabenrückgang andere Ursachen von wesentlicher Bedeutung nicht vorliegen, ist davon auszugehen, daß es sich insoweit primär um direkte Auswirkungen der Pflegeversicherung handelt. Der tatsächliche Entlastungseffekt der Sozialhilfe durch die Pflegeversicherung ist im übrigen größer als die obige Tabelle aufzeigt, da die jährlichen Steigerungsraten der Sozialhilfe hinzuzurechnen wären.

Die jährliche Entlastung der Sozialhilfe in Schleswig-Holstein durch die Einführung der Pflegeversicherung von etwa 440 Mio. DM kommt Land und Kommunen im Verhältnis des quotalen Systems der Sozialhilfe zugute (Land: 39 %, Kommunen: 61 %). Die Entlastung der Sozialhilfe verringert sich insbesondere um die Aufwendungen nach dem Landespflegegesetz (siehe Abschnitt III.11.2) und die damit verbundenen Personal- und Sachkosten sowie um Mehrbelastungen im Zusammenhang mit der Zahlung von Pflegeversicherungsbeiträgen für einen Teil der Hilfeempfängerinnen und -empfänger nach dem BSHG.

Wie die nachstehende Tabelle zeigt, korreliert die betragsmäßige Entlastung der Sozialhilfe mit dem Rückgang der Empfängerzahlen bei der Hilfe zur Pflege.

Entwicklung der Empfängerzahlen bei der Hilfe zur Pflege von 1994 bis 1997 (Mehrfachzahlungen möglich bei sowohl ambulanter als auch stationärer Hilfe)								
	1994		1995		1996		1997	
	absolut	Index	absolut	Index	absolut	Index	absolut	Index
ambulant	7.358	100,0	3.293	44,8	1.870	25,4	2.175	29,6
stationär	13.741	100,0	13.823	100,6	9.692	70,5	8.603	62,6
teilstationär	48	100,0	53	110,4	76	158,3	77	160,4
vollstationär	13.693	100,0	13.770	100,6	9.616	70,2	8.526	62,3
Summe	21.064	100,0	16.863	80,1	11.542	54,8	10.742	51,0

Im Bereich der ambulanten Pflege ist für den Vergleichszeitraum 1994 bis 1997 ein Rückgang der Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege von 7.358 auf 2.175 (= 70,4 %, Bund: 66 %) und bei der stationären Pflege von 13.693 auf 8.526 (= 37,7 %, Bund: 30,4 %) zu verzeichnen. Insgesamt ist die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege um 49 % (Bund: 44,7 %) zurückgegangen.

Das sozialpolitische Ziel, durch die Pflegeversicherung möglichst viele Pflegebedürftige aus der pflegebedingten Sozialhilfebedürftigkeit herauszuführen, ist danach noch nicht in dem erhofften Umfang erreicht worden. Wesentlicher Grund dafür sind aber - wie unter Abschnitt II.1 ausgeführt - die in vielen Fällen oft unzureichenden Alterseinkünfte, die auch ohne Pflegebedürftigkeit Leistungen der Sozialhilfe erfordert hätten.

III.11 Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen

III.11.1 Bedarfsplanung

Die Planungsverantwortung ist den Kreisen und kreisfreien Städten durch § 3 LPflegeG als eine im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung eigenverantwortlich wahrzunehmende Pflichtaufgabe übertragen worden (vgl. Abschnitt III.3.1). Das SGB XI räumt den Ländern, den Kommunen und auch den Pflegekassen allerdings nur sehr **geringe Möglichkeiten einer tatsächlichen Bedarfssteuerung** ein, da Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 3 SGB XI bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen einen Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages haben (bedarfsunabhängiges Zulassungsverfahren). Insoweit verstehen sich die Bedarfsplanungsregelungen vor allem als Instrument zur Beseitigung quantitativer und qualitativer Versorgungsdefizite. Ein Abbau von Überkapazitäten ist über die Bedarfspläne nach geltendem Recht nicht möglich.

Die Notwendigkeit einer verlässlichen und an den Zielen des SGB XI sowie des Landespflegegesetzes ausgerichteten Planung der pflegerischen Versorgungsstruktur einschließlich der komplementären Dienste und Einrichtungen ergibt sich insbesondere aus der absehbaren demographischen Entwicklung. Nach der 1995 veröffentlichten

Prognose des Statistischen Landesamtes Schleswig-Holstein über die voraussichtliche Entwicklung der Bevölkerung¹⁴ wird sich der Anteil der älteren Generation (= 65 Jahre und älter) in Schleswig-Holstein voraussichtlich wie folgt entwickeln:

Entwicklung des Anteils der älteren Generation an der Gesamtbevölkerung in Schleswig-Holstein

	Stand 31.12.1997	Prognose 2005	Prognose 2010
65-jährige und ältere Menschen in Schleswig-Holstein	440.896	533.600	565.700
Veränderungsrate gegenüber 1997		+ 21,0 %	+ 28,3 %
Anteil an der Gesamt- bevölkerung	16,0 %	18,8 %	20,0 %

Eine rein zahlenmäßige Anpassung insbesondere der stationären Versorgungsangebote reicht für eine Lösung der sich aus der demographischen Entwicklung ergebenden Probleme nicht aus. Abgesehen davon, daß die öffentlichen Haushalte die dafür notwendigen finanziellen Mittel nicht bereitstellen könnten, geht es insoweit auch um humane und qualitative Aspekte der künftigen Versorgungsstruktur. Ziel muß sein, durch eine bessere Vernetzung von Wohnen, pflegerischen Diensten und ergänzenden betreuenden Angeboten zu erreichen, daß ältere Menschen möglichst lange in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung verbleiben können. Erforderlich ist dazu u. a. auch eine stärkere Verwirklichung des Vorrangs von Prävention und Rehabilitation vor Pflege (§ 5 SGB XI). Dieser wichtige Bereich ist noch immer äußerst unterentwickelt.

Die bisher praktizierte Orientierung von Planungsentscheidungen an landesweiten Richtzahlen reicht aus heutiger Sicht für zukunftsorientiertes Handeln nicht aus. Die Problematik der Verwendung derartiger landeseinheitlicher Richtgrößen in Form von Prozentanteilen bestimmter Bevölkerungsgruppen¹⁵ als Planungsgrundlagen wird durch die im Abschnitt III.7.4 enthaltene Tabelle über stationäre Pflegeeinrichtungen und Plätze in den kreisfreien Städten und Kreisen deutlich. Danach reicht die Spannweite der Pflegeplätze je 1.000 Einwohner über 65 Jahre derzeit von 38,0 (Kiel) bis 121,01 (Kreis Segeberg). Für die auch für benachbarte und an sich vergleichbare Kreise vorhandenen Unterschiede fehlen bislang plausible und nachvollziehbare Erklärungen.

¹⁴ „Voraussichtliche Entwicklung der schleswig-holsteinischen Bevölkerung bis zum Jahre 2010 und modellhafte Vorausberechnung von 2011 bis 2040“ - Statistische Berichte des Statistischen Landesamtes Schleswig-Holstein - A I 8 - Basis 1993 - ausgegeben am 27. Juli 1995

¹⁵ Das hierzu mit Erlaß des Ministers für Soziales, Gesundheit und Energie des Landes Schleswig-Holstein vom 29. Januar 1991 - IX 531 - 453.0-9.1 - bekanntgegebene Positionspapier enthält unter Bezugnahme auf den Raumordnungsplan die Richtzahl von 25 Plätzen in baulich zusammenhängenden Siedlungsgebieten und 20 Plätzen in den übrigen Gebieten für jeweils 1.000 über 65-jährige Einwohner. Die Auswertung der Pflegeberichterstattung 1994 hatte einen Versorgungsgrad von „über 50 Plätzen bezogen auf 1.000 Personen, die älter als 60 Jahre sind“ ergeben (siehe Abschnitt 6.4.1 des Landesaltenplanes für Schleswig-Holstein).

In Erkenntnis der Notwendigkeit einer differenzierten Pflegebedarfsplanung hat der Landespflegeausschuß in seiner Sitzung am 21. Januar 1997 einvernehmlich empfohlen, „eine indikatorengestützte Bedarfsplanung in Anlehnung an das in Nordrhein-Westfalen entwickelte System unter Berücksichtigung der dort zwischenzeitlich gewonnenen Erfahrungen durchzuführen“. Der Zwischenbericht (Gesamtbericht für Schleswig-Holstein sowie Teilbände für die Kreise und kreisfreien Städte) und eine Planungshilfe für die kommunalen Entscheidungsträger liegen zwischenzeitlich vor.

Das Modell der **indikatorengestützten Bedarfsplanung** geht von einem **dreistufigen Planungsprozeß** aus:

- In der ersten Phase werden Grunddaten über die vorhandene Pflegeinfrastruktur zusammengetragen (Bestandserhebung).
- In der zweiten Phase erfolgt eine Abschätzung des potentiellen Pflegebedarfs auf der Basis relevanter Indikatoren (Ermittlung von Bedarfsmargen).
- In der dritten und wichtigsten Phase werden regionale Besonderheiten identifiziert und Bedarfsprognosen im Rahmen eines konsensorientierten Diskussionsprozesses mit den auf örtlicher Ebene beteiligten Organisationen und Institutionen erstellt.

Eine abschließende Bewertung des neuen Planungsmodells ist derzeit noch nicht möglich, da die Umsetzungsarbeiten auf der kommunalen Ebene erst nach der im Oktober 1998 erfolgten Vorlage der erwähnten Unterlagen beginnen konnten. Von besonderer Bedeutung werden die Erkenntnisse sein, die im Rahmen der Entwicklung der Bedarfspläne in den sogenannten Modellkreisen gewonnen werden. Es sind dieses die kreisfreien Städte Kiel und Flensburg sowie die Kreise Dithmarschen, Ostholstein und Pinneberg.

Die ursprünglichen Zeitvorstellungen für die Erstellung der Bedarfspläne (30. Juni 1997) und die daran anknüpfende erstmalige Aufstellung des Förderplans (30. September 1997) konnten im Hinblick auf die Entwicklung eines neuen Planungssystems nicht eingehalten werden. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales geht von einer zeitlichen Verschiebung bis etwa Ende 1999 aus.

III.11.2 Förderung

III.11.2.1 Grundsätze, Verfahren

Die investive Förderung von Pflegeeinrichtungen entspricht den unter Abschnitt III.2.3 beschriebenen Regelungsgrundsätzen und Zielen des Landespflegegesetzes. Zur **Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgungsstruktur** sieht das LPflegeG nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel eine finanzielle Förderung folgender Maßnahmen vor:

- Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgungsstruktur, insbesondere zur Stärkung der häuslichen Pflege sowie für qualitätsverbessernde Modernisierungs-, Sanierungs- und Umstrukturierungsvorhaben (§ 5 LPflegeG).

- Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung unter Einbeziehung von Maßnahmen und Projekten, die nicht vom SGB XI erfaßt werden (§ 7 LPflegeG).

Der ebenfalls beabsichtigten **Verbesserung der sozialen Absicherung** durch Entlastung der Pflegebedürftigen von gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen dienen

- Investitionskostenpauschalen für ambulante Pflegedienste (§ 6 Abs. 2 LPflegeG),
- bewohnerbezogene einkommensunabhängige Zuschüsse für teilstationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege (§ 6 Abs. 3 LPflegeG) sowie
- bewohnerbezogene einkommensabhängige Zuschüsse (Pflegewohngeld) für vollstationäre Pflegeeinrichtungen (§ 6 Abs. 4 LPflegeG).

Für die Gewährung von Zuschüssen nach dem Landespflegegesetz sind grundsätzlich die **Kreise und kreisfreien Städte sachlich zuständig** (§ 4 Abs. 3 LPflegeG). Das Gesetz sieht lediglich zwei Ausnahmen vor: Für Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgungsstruktur (**Objektförderung nach § 5 LPflegeG**) solcher Pflegeeinrichtungen, die einen überregionalen Bedarf abdecken oder die unter der unmittelbaren Aufsicht des Landes stehen, liegt die Zuständigkeit beim Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales; im Einzelfall kann auch eine andere Zuständigkeit vereinbart werden. Eine einvernehmliche Zuständigkeitsübertragung auf das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales ist darüber hinaus bei der Gewährung von Zuschüssen für Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung nach § 7 LPflegeG möglich.

Maßgebend für die **örtliche Zuständigkeit** ist bei der Objektförderung, bei den Investitionskostenpauschalen an ambulante Pflegedienste sowie bei Maßnahmen nach § 7 LPflegeG der **Standort der Pflegeeinrichtung**.

Bei Zuschüssen zu laufenden betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen voll- und teilstationärer Pflegeeinrichtungen sowie Kurzzeitpflegeeinrichtungen sind hingegen die Kreise und kreisfreien Städte örtlich zuständig, die im Falle der Sozialhilfeberechtigung für die Pflegebedürftigen zuständig wären oder bereits Leistungen der Sozialhilfe erbringen. Die Zuschüsse werden nur für Pflegebedürftige gewährt, für die bei Sozialhilfebedürftigkeit ein Sozialhilfeträger in Schleswig-Holstein zuständig ist oder wäre („Landeskinderregelung“). Damit können diese Zuschüsse auch für Pflegebedürftige gewährt werden, die sich in Einrichtungen außerhalb von Schleswig-Holstein aufhalten, wenn die Zuständigkeit eines schleswig-holsteinischen Sozialhilfeträgers weiterhin gegeben ist. Die Regelung vermeidet, daß andere Bundesländer entlastet werden, zumal einige Länderregelungen mit bewohnerbezogener Investitionskostenförderung einen „Export“ von Leistungen nicht vorsehen. Dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales sind Fälle bekannt, in denen die „Landeskinderregelung“ bei vollstationärer Pflege für Betroffene zu Härten geführt hat, da sie durch einen vorübergehenden Aufenthalt in einem anderen Bundesland und anschließender Rückkehr nach Schleswig-Holstein ihren Leistungsanspruch verloren haben. Im Rahmen der anstehenden Überprüfung der landesrechtlichen Regelungen zur Durchführung des Pflegeversicherungsgesetzes (vgl. Abschnitt III.2.7) wird dieser Problematik nachgegangen werden.

Die Zuschüsse nach dem Landespflegegesetz werden auf Antrag gewährt. Anspruchsberechtigt sind grundsätzlich nur Pflegeeinrichtungen, die sich den Regelungen des SGB XI uneingeschränkt unterwerfen (§ 4 Abs. 6 LPflegeG). Erforderlich ist insoweit das Vorliegen eines Versorgungsvertrages (§ 72 SGB XI) und einer Pflegesatzvereinbarung (§ 85 SGB XI) oder Vergütungsvereinbarung (§ 89 SGB XI). Ausgenommen hiervon ist die Förderung von Maßnahmen nach § 7 LPflegeG, da es dabei auch um Projekte, Initiativen usw. im Vor- und Umfeld von Pflege geht.

Das Land, die Kreise und kreisfreien Städte teilen sich die Aufwendungen für die Durchführung des Landespflegegesetzes entsprechend dem in Schleswig-Holstein geltenden **quotalen System der Sozialhilfe** (Land: 39 %, Kreise und kreisfreie Städte 61 %). Ausgenommen hiervon sind bei der Objektförderung nach § 5 LPflegeG lediglich die Pflegebereiche der öffentlich-rechtlichen Fachkliniken und ggf. Maßnahmen nach § 7 LPflegeG.

Im Hinblick darauf, daß zur Förderung der Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen Einsparungen eingesetzt werden sollen, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen, ist die Ausrichtung der Finanzierungsregelungen des Landespflegegesetzes an der Kostentragung in der Sozialhilfe systemgerecht. Die tatsächlichen Ist-Ausgaben des Landes zur Durchführung des Landespflegegesetzes - ohne die vom Land allein getragenen Aufwendungen für die öffentlich-rechtlichen Fachkliniken - betrugen seit Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes bis Ende 1998 53,4 Mio. DM. Unter Berücksichtigung der kommunalen Finanzierungsanteile entspricht dies einem Gesamtaufwand von rund 137 Mio. DM.

III.11.2.2 Objektförderung

Im Rahmen der Objektförderung nach § 5 LPflegeG können ausschließlich **bedarfsnotwendige investive Maßnahmen** zur Verbesserung der pflegerischen Versorgungsstruktur (bezogen auf vorhandene oder zu errichtende Pflegeeinrichtungen) gefördert werden. Maßnahmen, die auf ein Unterlassen der regelmäßigen Bauunterhaltung zurückzuführen sind, werden nicht gefördert.

Eine Rangfolge der Fördermaßnahmen ergibt sich aus § 5 Abs. 1 LPflegeG und § 1 Abs. 3 LPflegeGVO. Nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ haben Maßnahmen zur Stärkung der häuslichen Pflege, d. h. Maßnahmen ambulanter und teilstationärer Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der Kurzzeitpflege, Vorrang vor Maßnahmen im vollstationären Bereich. Qualitätsverbessernde Modernisierungs-, Sanierungs- und Umstrukturierungsvorhaben vollstationärer Pflegeeinrichtungen gehen dem Ersatz- oder Neubau von Pflegeeinrichtungen vor.

Für eine Gewährung von Zuschüssen müssen neben den genannten Voraussetzungen (Versorgungsvertrag, Vergütungsvereinbarung) nach § 2 LPflegeGVO insbesondere folgende weitere Bedingungen im Sinne von Mindestvoraussetzungen erfüllt sein:

- Erfüllung der **Qualitätsanforderungen des SGB XI**,
- Beachtung der **Zielsetzungen des Landespflegegesetzes** und etwaiger **Förderempfehlungen des Landespflegeausschusses**,
- dauerhafte Erfüllung des **Zuwendungszweckes** (regelmäßig 40 Jahre),

- Überschreitung eines **Mindestfördervolumens** (Gesamtkosten bei ambulanten Pflegeeinrichtungen 50.000,-- DM, bei teilstationären Pflegeeinrichtungen 100.000,-- DM und bei vollstationären Einrichtungen 200.000,-- DM),
- Einhaltung von **Baukostenhöchstwerten** (bei Maßnahmen im teilstationären Bereich 80.000,-- DM und bei Maßnahmen im Bereich der Kurzzeitpflege sowie vollstationären Pflege 165.000,-- DM je Platz; bei Modernisierungs-, Sanierungs- oder Umstrukturierungsmaßnahmen sollen 75 % der genannten Beträge nicht überschritten werden),
- hälftige Deckung der nicht durch öffentliche Förderung finanzierten Kosten durch **Eigenmittel** des Trägers (Soll-Regelung).

Die Zuschüsse nach § 5 LPflegeG werden im Regelfall als Projektförderung im Wege der Anteilfinanzierung mit Höchstbetrag gewährt. Bei Maßnahmen der ambulanten und teilstationären Pflege können die Zuschüsse bis zu 80 % der förderfähigen Kosten betragen, bei Maßnahmen der vollstationären Pflege bis zu 60 %.

Aus verwaltungspraktischen Gründen, aber auch im Interesse des Maßnahmeträgers sind die Gesamtkonzeption sowie das Bau- und Raumprogramm der vorgesehenen Maßnahme bereits vor der Erstellung umfangreicher und kostenaufwendiger Antrags- und Bauunterlagen mit der Bewilligungsbehörde (Kreis oder kreisfreie Stadt) und dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales abzustimmen. Erst wenn danach eine Förderung in Betracht kommt, beginnt das förmliche Antrags- und Beteiligungsverfahren.

Die zunächst sehr zögerlich angelaufene Förderung nach § 5 LPflegeG ist im politischen Raum und auch von Verbändeseite wiederholt kritisiert worden. Die Kritik richtete sich zum einen gegen das Förderverhalten der Kreise und kreisfreien Städte als den örtlichen Bewilligungsbehörden. Während das Land für die Objektförderung bereits ab 1996 ausreichende Fördermittel bereitgestellt hatte, fehlten entsprechende Veranschlagungen in einigen Haushalten der Kreise und kreisfreien Städte. Zum anderen wurden aber auch insbesondere das Förderverfahren und dessen Dauer kritisiert. Nachdem die unvermeidbaren Anlaufschwierigkeiten zwischenzeitlich überwunden sind, bleibt aber zu berücksichtigen, daß bei öffentlich geförderten Maßnahmen der hier in Rede stehenden Art regelmäßig von einer mehr als zwölfmonatigen Phase zwischen den ersten gemeinsamen Planungsüberlegungen und der Zuschußbewilligung auszugehen ist.

Im Jahre 1998 wurden Zuschüsse nach § 5 LPflegeG in Höhe von 19,1 Mio. DM (Land und Kreise/kreisfreie Städte) für 8 Einzelmaßnahmen (6 Modernisierungsmaßnahmen und ein Ersatzbau vollstationärer Pflegeeinrichtungen sowie ein Erweiterungsbau einer Sozialstation) mit einem Investitionsvolumen von insgesamt 41,3 Mio. DM bewilligt. Der Anteil der öffentlichen Förderung betrug je nach Einzelfall zwischen 38 % und 60 % der förderfähigen Aufwendungen. Im Vordergrund der Modernisierungsmaßnahmen in vollstationären Pflegeeinrichtungen stehen vor allem Maßnahmen zur Anpassung an heutige Standards, wie z. B. der Abbau von Mehrbettzimmern, die Erweiterung von Bewohnerzimmern, die Schaffung einzel- oder doppelgenutzter Sanitärbereiche mit Dusche und WC, die Schaffung zusätzlicher Aufenthalts-, Gemeinschafts- sowie Funktionsräume.

Bis Ende Dezember 1998 lagen dem Ministerium darüber-hinaus Anträge für weitere 12 Fördermaßnahmen vor (9 Modernisierungsmaßnahmen, 2 Ersatzbaumaßnahmen und 1 Neubaumaßnahme vollstationärer Pflegeeinrichtungen) mit positiven Vorentscheidungen der Kreise/kreisfreien Städte über die Bereitstellung von Haushaltsmitteln. Die Bewilligung ist in 11 dieser Fälle noch vom Ergebnis der fachlichen Prüfung durch die Oberfinanzdirektion Kiel oder die örtlichen Bauämter sowie von der Mitwirkung des Landespflegeausschusses abhängig. Die benötigten Landesmittel stehen bereit. Das für diese Maßnahmen insgesamt vorgesehene Zuschußvolumen (Land/Kreise und kreisfreie Städte) beläuft sich auf rd. 24,5 Mio. DM bei einem Investitionsvolumen von insgesamt rd. 63,7 Mio. DM. Im Hinblick auf die bereits erwähnte Kritik am Förderverhalten der Beteiligten bleibt festzustellen, daß es öffentliche Förderungen von Pflegeeinrichtungen in der genannten Größenordnung vor Inkrafttreten des Landespflegegesetzes auch nicht annähernd gegeben hat. Sie sind erst möglich geworden durch den Einsatz von eingesparten Sozialhilfemitteln, die durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen. Zu berücksichtigen ist ferner, daß die Aufstellung der Bedarfspläne aus den im Abschnitt III.11.1 genannten Gründen noch nicht abgeschlossen werden konnte und sich demgemäß auch das vorgesehene Verfahren hinsichtlich der Aufstellung des Förderplans (§ 4 Abs. 5 LPflegeG) verzögert.

In einem Fall, der auch Gegenstand einer Kleinen Anfrage¹⁶ war, sahen sich das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie der zuständige Kreis gezwungen, sich über ein mit 7:6 Stimmen bei Enthaltung der übrigen Mitglieder erfolgtes negatives Votum des Landespflegeausschusses zur Förderung dieses auch mit Bundesmitteln geförderten Modellvorhabens hinwegzusetzen. In diesem Zusammenhang sind von seiten einiger Trägerverbände auch Fragen der Wettbewerbsneutralität und der Gleichbehandlung von Antragstellern aufgeworfen worden. Dazu ist zu bemerken, daß prinzipiell jede Fördermaßnahme den Wettbewerb und die Konkurrenzsituation der Pflegeeinrichtungen in der jeweiligen Region berührt. In letzter Konsequenz könnte damit die nach dem Landespflegegesetz vorgesehene Objektförderung zur Verbesserung der Pflegeinfrastruktur in Frage gestellt werden. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales erwartet hierzu ein Grundsatzvotum des Landespflegeausschusses, das es ermöglicht, im Konsens der Beteiligten weiterhin Fördermaßnahmen nach § 5 LPflegeG durchführen zu können.

III.11.2.3 Zuschüsse zu laufenden Investitionsaufwendungen, Pflegewohngeld

Während die Objektförderung vor allem zur Verbesserung der pflegerischen Versorgungsstruktur beitragen soll, sind die Regelungen zur Förderung laufender Investitionsaufwendungen primär an den sozialen Zielen des Landespflegegesetzes ausgerichtet. Anders als bei der Objektförderung besteht für teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen zudem ein landesgesetzlicher Anspruch auf Gewährung dieser Zuschüsse.

Bei **ambulanter Pflege** werden Pflegebedürftige durch die nach § 6 Abs. 2 LPflegeG gewährten Investitionskostenpauschalen vollständig von Investitionskostenanteilen freigestellt. Grundlage hierfür ist die zwischen dem Land und den Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen im Einvernehmen mit allen Kreisen und kreisfreien Städten getroffene "Vereinbarung gemäß § 6 Abs. 2 LPflegeG über die Gewährung

¹⁶ Landtags-Drucksache 14/1757 vom 5. November 1998

pauschaler Zuschüsse an ambulante Pflegedienste zur Abgeltung laufender Aufwendungen im Sinne des § 82 Abs. 3 SGB XI¹⁷. Danach ist die Abgeltung der Investitionsaufwendungen in Form von Jahrespauschalen vorgesehen, deren Höhe sich an den Vorjahresumsätzen nach dem SGB XI orientiert. Die Jahrespauschalen betragen je nach Umsatz des Pflegedienstes 3, 3,5 oder 4 % des Vorjahresumsatzes. Pflegedienste, die kommunale Zuschüsse erhalten oder für die Vereinbarungen über die Abdeckung von Defiziten durch Kommunen bestehen, erhalten eine um 20 % gekürzte Investitionskostenpauschale. Bei Inanspruchnahme der Pauschale müssen Pflegedienste darauf verzichten, den Pflegebedürftigen zusätzlich Investitionskostenanteile in Rechnung zu stellen.

Nach den vorliegenden Abrechnungen der Kreise und kreisfreien Städte haben nicht alle der 506 zugelassenen ambulanten Pflegedienste Investitionskostenpauschalen in Anspruch genommen. Eine der möglichen Ursachen dafür könnte darin liegen, daß Informationsdefizite insbesondere bei nichtorganisierten Pflegediensten bestehen.

Durch die in § 6 Abs. 2 LPflegeG getroffene Regelung ist das Ziel, Pflegebedürftige bei ambulanter Pflege von Investitionskostenanteilen gänzlich freizustellen, uneingeschränkt erreicht worden.

Unter Berücksichtigung der dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales bis Ende 1998 zugegangenen Abrechnungsunterlagen der Kreise und kreisfreien Städte wurden bisher insgesamt rd. 9,2 Mio. DM (Land und Kreise/kreisfreie Städte) für Investitionskostenpauschalen an ambulante Pflegedienste nach § 6 Abs. 2 LPflegeG aufgewendet. Die endgültige Abrechnung für 1998 steht allerdings noch aus.

Bei teilstationärer Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationärer Pflege werden **bewohnerorientierte** Zuschüsse zu den laufenden Investitionsaufwendungen gewährt, so daß nur belegte Plätze gefördert werden. Diese Regelung fördert insoweit den vom Pflegeversicherungsgesetz gewollten Wettbewerb und wirkt Überkapazitäten entgegen. Durch die Gewährung der Zuschüsse soll insbesondere erreicht werden, daß Pflegebedürftige

- bei teilstationärer Pflege (Tages- und Nachtpflege) sowie Kurzzeitpflege möglichst vollständig von Zuzahlungen zu Investitionsaufwendungen freigestellt und
- wegen der gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen möglichst nicht sozialhilfebedürftig werden, wenn auf Dauer vollstationäre Pflege erforderlich ist.

Einrichtungen der **teilstationären Pflege und Kurzzeitpflege** erhalten Zuschüsse bis zur Höhe von 90 % der gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen im Sinne des § 82 Abs. 3 SGB XI. Die Zuschüsse sind auf 20,- DM täglich bei teilstationärer Pflege und 30,- DM täglich bei Kurzzeitpflege begrenzt und werden **unabhängig vom Einkommen** der Pflegebedürftigen gezahlt.

Demgegenüber ist eines der wesentlichen Merkmale der Zuschüsse zu den laufenden Investitionsaufwendungen bei vollstationärer Pflege (**Pflegewohngeld**) die **Einkommensbezogenheit**. Pflegewohngeld kann nur für anspruchsberechtigte Pflegebedürftige gewährt werden, deren Einkommen eine in § 6 Abs. 4 LPflegeG festgelegte Ein-

¹⁷ siehe Anhang (A 4)

kommensgrenze nicht überschreitet. Diese an § 81 Abs. 1 BSHG gekoppelte Einkommensgrenze beträgt ab 1. Juli 1998 2.095,20 DM monatlich für Alleinstehende. Sie erhöht sich für berücksichtigungsfähige Familienangehörige um jeweils 432,- DM. Erhalten beide Ehegatten Leistungen der vollstationären Pflege, gilt für jeden von ihnen die Einkommensgrenze für Alleinstehende. Für den Einsatz des Einkommens gelten die §§ 76 bis 78 BSHG entsprechend. Anders als bei der Sozialhilfe bleiben dabei Unterhaltsansprüche, ausgenommen gegenüber Ehegatten, unberücksichtigt. Desgleichen wird auch vorhandenes Vermögen nicht berücksichtigt, wohl aber die daraus erzielten Erträge (z. B. Zinseinnahmen und Mieteinkünfte).

Die Einkommensbezogenheit des Pflegegeldes soll einen möglichst zielgenauen und sozialverträglichen Einsatz der öffentlichen Mittel gewährleisten. Pflegebedürftige, die unabhängig von der Pflegeversicherung finanziell in der Lage sind, die Heimkosten aus eigenen Mitteln zu tragen, werden durch die Leistungen der Pflegeversicherung bereits in erheblichem Umfang entlastet. Dieses rechtfertigt die Festlegung einer Einkommensgrenze für die Gewährung von Pflegegeld, da für eine weitergehende Förderung dieses Personenkreises aus ersparten Sozialhilfemitteln keine sozialpolitische Notwendigkeit besteht.

Pflegegeld wird in Höhe der gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen gewährt, höchstens jedoch bis zu 30,- DM täglich. Das Pflegegeld ist dabei begrenzt auf den Unterschiedsbetrag zwischen der Einkommensgrenze und dem zu berücksichtigenden niedrigeren Einkommen.

Für die Zeit bis zum 31. Dezember 1999 übernehmen die Pflegekassen pauschal je nach Pflegestufe zwischen 2.000,- DM und 2800,- DM, in Härtefällen bis zu 3.300,- DM monatlich bis zur Höhe von 75 % des jeweiligen Heimentgeltes (§ 43 Abs. 5 SGB XI, vormals § 1 Art. 49 a PflegeVG). Da diese Pauschalleistungen der Pflegekassen im Einzelfall auch Kosten der Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionsaufwendungen einschließen können, sieht § 12 Abs. 2 LPflegeGVO für die Dauer dieser Übergangsregelung eine zusätzliche Begrenzung des Pflegegeldes vor.

Zur Information der Pflegebedürftigen und der Pflegeeinrichtungen haben das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie der Schleswig-Holsteinische Landtag und der Städtetag Schleswig-Holstein sogenannte Gemeinsame Hinweise zu den vorgenannten Zuschüssen herausgegeben.

Nach dem Ergebnis einer Umfrage des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales vom 7. Oktober 1997 bei den Kreisen und kreisfreien Städten und ergänzenden Informationen ist für das Jahr 1998 jahresdurchschnittlich von rd. 8.000 Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern und einem Pflegegeldbetrag von durchschnittlich etwa 510,- DM monatlich auszugehen.

Im zweiten Halbjahr 1998 wurde darüber hinaus eine Sondererhebung in einem Kreis und einer kreisfreien Stadt insbesondere zur Einkommensschichtung der Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld sowie zur Frage eines Bezuges ergänzender Leistungen der Sozialhilfe durchgeführt. Danach verfügen etwa die Hälfte (Kreis: 55,07 %; kreisfreie Stadt: 45,07 %) der Empfängerinnen und Empfänger von Pflegegeld über ein einzusetzendes Einkommen von mtl. bis zu 1.200,- DM. Rund 35 % (Kreis: 34,17 %; kreisfreie Stadt: 36,11 %) dieses Personenkreises verfügen über ein Einkommen zwischen 1.201,- DM und 1.700,- DM. Besonders große Unterschiede

zeigten sich zwischen Kreis und kreisfreier Stadt bei dem Anteil Pflegebedürftiger, die neben Pflegewohngeld ergänzende Leistungen nach dem BSHG erhalten. Während der Kreis in 49,78 % der Pflegewohngeldfälle zusätzlich Leistungen der Sozialhilfe erbrachte, lag dieser Anteil in der kreisfreien Stadt bei 78,67 %. Rund 41 % (Kreis) bzw. knapp 1/3 (kreisfreie Stadt) aller Empfängerinnen und Empfänger ergänzender Sozialhilfeleistungen verfügte dabei über ein anzurechnendes Einkommen von unter 800,- DM monatlich.

Die Ergebnisse der Erhebung und weitere ergänzende Feststellungen zur Einkommensschichtung der Pflegebedürftigen werden auch im Zuge der Überprüfung der landesrechtlichen Regelungen eingehend auszuwerten sein (vgl. Abschnitt III.2.7). Sie machen aber auch deutlich, daß die Gründe für Sozialhilfebedürftigkeit bei vollstationärer Pflege nur bedingt in den begrenzten Leistungen der Pflegeversicherung oder der Investitionskostenförderung liegen, sondern vielmehr auf unzureichende Alterseinkünfte der Pflegebedürftigen zurückzuführen sind.

Für Investitionskostenzuschüsse bei teilstationärer und vollstationärer Pflege sowie Kurzzeitpflege wurden bis Ende 1997 65,1 Mio. DM (Land und Kreise/kreisfreie Städte) aufgewendet. Die Abrechnungen der Kreise und kreisfreien Städte für das Jahr 1998 werden dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales erst Anfang 1999 vorliegen. Unter Berücksichtigung der für das Jahr 1998 geleisteten Abschlagszahlungen des Landes ergeben sich für die in diesem Abschnitt angesprochenen Zuschüsse Gesamtaufwendungen in Höhe von etwa 117 Mio. DM seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung.

III.11.2.4 Förderung ergänzender Maßnahmen

Die durch das Pflege-Versicherungsgesetz angestrebte umfassende Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Familien erfordert eine bedarfs- und zukunftsorientierte Weiterentwicklung auch des Vor- und Umfeldes der Pflegeeinrichtungen. Diesem Ziel dienen § 7 LPflegeG und die dazu nach Beteiligung der Verbände am 19. August 1996 erlassenen Richtlinien über die Förderung sonstiger Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung¹⁸.

Abweichend von den sonstigen Regelungen des Landespflegegesetzes verlangt § 7 LPflegeG stets ein Einvernehmen von Kreisen, kreisfreien Städten und Land. Hierdurch wird dem Haushaltsvorbehalt für die Förderungen derartiger Maßnahmen Rechnung getragen und insbesondere sichergestellt, daß nur solche Projekte gefördert werden, an deren Durchführung ein gemeinsames Interesse besteht. Das gilt auch für die Fälle, in denen das Land bei überregionalen Vorhaben die Zuschüsse nach dem Landespflegegesetz zu 100 % trägt.

Nach den Richtlinien sind grundsätzlich nur solche Maßnahmen und Projekte förderfähig, deren Gesamtaufwendungen jährlich mindestens 10.000,- DM betragen. Ausgenommen von diesem Mindestfördevolumen sind jedoch ausdrücklich die Unterstützung und Förderung der Bereitschaft zur Pflege und Betreuung durch Angehörige, Nachbarn und ehrenamtliche Helferinnen und Helfer einschließlich der Vermittlung der notwendigen Fertigkeiten und der selbst organisierten Pflege.

¹⁸ Siehe Anhang (A 3)

Insbesondere die Verbände der freien Wohlfahrtspflege kritisieren aus der Sicht des Landes mit einer gewissen Berechtigung die noch bestehende Zurückhaltung der Kreise und kreisfreien Städte bei der Umsetzung des § 7 LPflegeG. Allerdings mangelt es zum Teil auch an geeigneten Vorschlägen für nach den Richtlinien vom 19. August 1996 förderungswürdige Maßnahmen. Positiv ist bisher über folgende Projekte entschieden worden:

- Ermittlung indikatorengestützter Bedarfsrichtwerte für Schleswig-Holstein,
- Einrichtung eines ambulanten Betreuungsdienstes in Flensburg,
- Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige bei gleichzeitiger Unterbringung der zu pflegenden Person in der Fachklinik Aukrug,
- Errichtung eines stationären Hospizes in der Hansestadt Lübeck,
- „Pflegenottelefon für Schleswig-Holstein“ - temporäre Schaltung einer landesweit einheitlichen Telefonnummer zum Regionaltarif.

Insgesamt wurden für diese Projekte finanzielle Mittel in Höhe von 915.974,-- DM zur Verfügung gestellt (Land und Kreise/kreisfreie Städte).

IV. Sicherung der Ausbildung von Pflegekräften (Altenpflegeausbildungsgesetz)

Die gestiegenen Anforderungen an die Qualität in der Altenpflege erfordern eine Ausbildung der Pflegekräfte, die mit einem ganzheitlichen Anspruch Kenntnisse und Fähigkeiten im sozial-pflegerischen, medizinisch-pflegerischen und therapeutischen Bereich vermittelt und zu professioneller beruflicher Tätigkeit befähigt. Mit dem am 2. Dezember 1997 von der Landesregierung beschlossenen Entwurf eines Gesetzes über die Altenpflegeausbildung in Schleswig-Holstein (Altenpflegeausbildungsgesetz - APAG) - Landtags-Drucksache 14/1160 vom 11. Dezember 1997 - soll dafür eine eigenständige Rechtsgrundlage geschaffen werden. Neben der Regelung grundsätzlicher Fragen der Ausbildung, des staatlichen Schutzes der Berufsbezeichnungen „Altenpflegerin“ und „Altenpfleger“ und der gesetzlichen Absicherung der bisher überwiegend in Trägerschaft der Verbände der freien Wohlfahrtspflege stehenden Altenpflegeschulen sollte zugleich auch eine umlagefinanzierte Ausbildungsvergütung eingeführt werden.

Nachdem der Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg am 28. Juli 1998 als zweites Obergericht die Verfassungsmäßigkeit einer landesgesetzlich geregelten Umlagefinanzierung in Zweifel gezogen hatte, sah sich die Landesregierung aus rechtlichen Gründen und zur Vermeidung von Haushaltsrisiken veranlaßt, dem Landtag zu empfehlen, den Gesetzentwurf ohne die Regelungen der Ausbildungsvergütung und des Umlageverfahrens zu verabschieden. Die Landesregierung geht aufgrund der bisherigen Beratungen im Sozialausschuß von einer entsprechenden Beschlußfassung des Landtags aus.

Ob es in absehbarer Zeit zu der bereits 1995 von der Mehrzahl der Länder geforderten bundeseinheitlichen Regelung der Altenpflegeausbildung kommt (Gesetzentwurf des Bundesrates vom 10. März 1995 - Bundesrats-Drucksache 1092/94), bleibt abzuwar-

ten. Die auf Bundesebene zwischen den Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN abgeschlossene Koalitionsvereinbarung sieht eine solche Regelung vor, verbunden mit dem Ziel, langfristig die Ausbildung in den Pflegeberufen (also einschließlich der Krankenpflege) auf eine gemeinsame Grundlage zu stellen. Letzteres deckt sich mit dem Beschluß des Landtags vom 9. Dezember 1998, mit dem die Landesregierung aufgefordert wurde, sich im Rahmen einer Bundesratsinitiative für die Vereinheitlichung der Pflegeausbildung und eine Ausbildungsvergütungsregelung für alle Pflegeberufe einzusetzen (Landtags-Drucksache 14/1812).

Zur Situation der Altenpflegeausbildung in Schleswig-Holstein wird im übrigen auf die Antwort der Landesregierung vom 9. September 1997 auf die Große Anfrage der Fraktion der CDU (Landtags-Drucksache 14/967) hingewiesen.

V. Novellierungsbedarf des SGB XI

V.1 Ausgangslage, Erwartungen

Das 1994 verabschiedete Pflege-Versicherungsgesetz ist bisher durch 15 Gesetze geändert oder ergänzt worden. Die wichtigsten Änderungen sind durch das Erste SGB XI-Änderungsgesetz vom 14. Juni 1996 (BGBl. 1996 I S. 830) vorgenommen worden. Hierzu gehörten insbesondere

- die Abgrenzung zwischen Pflege im Sinne des SGB XI und der Eingliederungshilfe nach dem BSHG (§ 13 Abs. 3 SGB XI) sowie die Einführung von Pflegeleistungen in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 43 a SGB XI),
- die Übernahme der Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie für die Zeit bis zum 31. Dezember 1999 der Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege innerhalb der leistungsrechtlichen Grenzen des SGB XI (§§ 41, 42 und 43 SGB XI),
- Übergangsregelungen für die vollstationäre Pflege (Art. 49 a PflegeVG) mit einer Pauschalierung der monatlichen Leistungen und einer Begrenzung der Vergütung vollstationärer Pflegeeinrichtungen für die Jahre 1996 bis 1998 (Art. 49 b PflegeVG).

Den von vielen Seiten insbesondere vor dem Hintergrund der stetig ansteigenden Rücklagen der Pflegeversicherung geforderten Leistungsverbesserungen hat der Bundesgesetzgeber bisher nicht entsprochen. Im Vordergrund stehen dabei Forderungen nach

- einer Erweiterung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit durch Berücksichtigung des Bedarfs an Anleitung und Beaufsichtigung insbesondere bei Demenzkranken,
- konsequenter Umsetzung des Vorrangs der häuslichen Pflege durch Verbesserung des Leistungsrahmens für die ambulante Pflege sowie die Tages- und Kurzzeitpflege,
- der Realisierung des Leistungsanspruchs pflegebedürftiger Behinderter, die in Einrichtungen der Eingliederungshilfe betreut werden.

Da für die Landesregierung die Einhaltung des Grundsatzes der Beitragsstabilität und des Gebots einer einnahmeorientierten Ausgabenpolitik Priorität hat, setzt die sachgerechte Bewertung der Änderungs- bzw. Ergänzungswünsche eine hinreichend sichere Abschätzung zumindest der mittelfristigen finanziellen Auswirkungen von Leistungsverbesserungen voraus.

V.2 Finanzielle Rahmenbedingungen für Leistungsverbesserungen

Unter Einbeziehung der für entsprechende Vorausberechnungen zur Verfügung stehenden Daten ist nach einer im Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen erstellten Prognose (Stand: Oktober 1998) zu den finanz-politischen Gestaltungsspielräumen der sozialen Pflegeversicherung¹⁹ davon auszugehen, daß sich bei ansonsten gleichbleibenden Bedingungen der Rücklagenbestand der Pflegeversicherung bis einschließlich 2004 voraussichtlich auf fast 20 Mrd. DM erhöhen wird, sich danach aber relativ schnell bis 2010 auf unter 3 Mrd. DM verringert, so daß dann das gesetzliche Rücklagensoll von 1 ½ Monatsausgaben unterschritten wäre. Ohne entsprechende Rücklagen wäre nach dieser Prognose bereits ab 2005 ein Beitragssatz von über 1,7 % erforderlich. Ab 2010 müßte, wie die nachstehende Tabelle verdeutlicht, der Beitragssatz auf etwa 1,9 % angehoben werden.

Voraussichtliche finanzielle Entwicklung der Pflegeversicherung

Jahr	Einnahmen- Ausgaben- Saldo Mrd. DM	Mittelbestand Mrd. DM	kalkulierter Beitragssatz %
1997	1,92	9,85	1,59
1998	1,90	11,75	1,60
1999	1,80	13,55	1,60
2000	1,46	15,01	1,62
2001	1,40	16,41	1,63
2002	1,44	17,85	1,63
2003	1,38	19,23	1,63
2004	0,72	19,96	1,66
2005	- 0,46	19,50	1,72
2006	- 1,56	17,94	1,78
2007	- 2,45	15,49	1,82
2008	- 3,25	12,24	1,86
2009	- 4,19	8,05	1,90
2010	- 5,17	2,88	1,94

Quelle: siehe Fußnote

¹⁹ Roland Borosch und Peter Zängl: Finanzpolitische Rahmenbedingungen und politisch-administrativer Handlungsbedarf für strukturelle und leistungsrechtliche Veränderungen der sozialen Pflegeversicherung. Ceteris-paribus-Modell unter Einbeziehung u. a. der 8. koordinierten Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamtes, der Arbeits- und Sozialstatistik des BMA (Prognose über die Beitragsentwicklungen), Modellrechnungen der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“, BMA-Bericht zum Stand der Umsetzung der Pflegeversicherung, Prognos-Gutachten 1998 (ökonomische und rechtliche Rahmenbedingungen GRV), Modellrechnungen des Zentrums für Sozialpolitik (Bremen) zur Ausgabenentwicklung GPV, AOK-Geschäftsstatistik, Infratest (Pflegewahrscheinlichkeiten).

Wesentliche Ursachen dieser prognostizierten Entwicklung sind die voraussichtliche Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen und der zu erwartende Rückgang der Erwerbspersonen (Anteil der 20- bis 65-jährigen an der Gesamtbevölkerung).

Die vorstehende Prognose belegt, daß es in der Pflegeversicherung in gleicher Weise wie generell in der Sozialversicherung unverzichtbar ist, die mittel- bis langfristigen Auswirkungen sozialpolitischer Forderungen mit den finanzpolitischen Möglichkeiten abzugleichen.

V.3 Wesentlicher Handlungsbedarf

Aus der Sicht der Landesregierung sind vorrangig die auf der fachlichen Ebene und bereits auch im parlamentarischen Raum als notwendig angesehenen Korrekturen zu realisieren. Hierzu gehören

- die Übernahme der Kosten der Pflege-Pflichteinsätze durch die Pflegekassen (§ 37 SGB XI),
- die Anhebung der Leistungen in der Tages- und Nachtpflege für Pflegebedürftige der Pflegestufen II und III (§ 41 SGB XI),
- Verbesserungen bei der Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) und der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI).

Entsprechende Vorschläge enthält die von Schleswig-Holstein unterstützte Initiative des Landes Hessen vom 4. Mai 1998 (Bundesrats-Drucksache 399/98). Die damit verbundenen Mehrausgaben für die Pflegeversicherung betragen jährlich etwa 260 Mio. DM.

Ebenfalls kurzfristig zu realisieren ist eine Reihe weitgehend kostenneutraler Maßnahmen, die im Interesse der Pflegebedürftigen oder zur Verwaltungsvereinfachung bzw. aus rechtssystematischen Gründen dringend geboten sind. Hierzu gehören u. a.

- die Harmonisierung der Regelungen des SGB XI, des BSHG und des Heimgesetzes, insbesondere für den Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und der Qualitätssicherung,
- die Stärkung der Stellung der Sozialhilfeträger gegenüber den Pflegekassen,
- die Erweiterung der Informationspflicht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung gegenüber dem Hausarzt und/oder dem Pflegebedürftigen (§ 18 SGB XI),
- die Normierung behördlicher Zustimmungserfordernisse zur gesonderten Berechnung von Investitionsaufwendungen auch bei nicht öffentlich geförderten Pflegeeinrichtungen (§ 82 SGB XI),
- die Vereinbarungsnotwendigkeit oder zumindest eine Zustimmungspflicht der Pflegekassen für Zusatzleistungen im Sinne des § 88 SGB XI.

Ebenfalls kurzfristig bedarf es zu den nachstehenden Problembereichen zumindest einer politischen Grundsatzentscheidung:

- Klärung der Frage, ob die Kosten der medizinischen Behandlungspflege bei vollstationärer Pflege weiterhin von der Pflegeversicherung oder systemgerecht von der Krankenversicherung getragen werden sollen. Die derzeitige Regelung ist bis zum 31. Dezember 1999 befristet. Es geht um ein jährliches Kostenvolumen von über 1 Mrd. DM. Nach der Koalitionsvereinbarung der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wird eine Finanzierung durch die Krankenversicherung angestrebt. Das würde zu erheblichen finanziellen Spielräumen für Leistungsverbesserungen in der Pflegeversicherung führen. Die Landesregierung geht im übrigen davon aus, daß Fragen zur medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung geklärt werden, die nach den Aussagen der Bundesregierung zum 1. Januar 2000 eingeleitet wird. Der Bundesrat hat mit den Stimmen Schleswig-Holsteins in Form einer Entschließung den notwendigen Beginn der Strukturreform zum genannten Termin bekräftigt.
- Entwicklung von Kriterien zur Berücksichtigung des zeitlichen Aufwandes für allgemeine Anleitung und Beaufsichtigung bei Altersverwirrten und demenziell Erkrankten im Zusammenhang mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Die bisher bekannten Kostenschätzungen für adäquate Regelungen belaufen sich auf etwa 1 - 1,5 Mrd. DM jährlich.
- Leistungsrechtliche Gleichstellung von pflegebedürftigen Behinderten, die an vollstationären Maßnahmen der Eingliederungshilfe teilnehmen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe hat vorgeschlagen, in diesen Fällen Leistungen in Höhe der bei ambulanter Pflege zustehenden Sachleistungen zu gewähren. Der Mehraufwand dafür würde rund 750 Mio. DM jährlich betragen.
- Künftige Leistungsgewährung bei vollstationärer Pflege. Die derzeitige Pauschalierung der Leistungsbeträge der Pflegekassen (je nach Pflegestufe 2000,- / 2.500,- / 2.800,- / 3.300,- DM) ist bis zum 31. Dezember 1999 befristet.
- Angleichung der Leistungsabstufungen bei Pflegesachleistungen, Pflegegeld, Tages- und Nachtpflege und stationärer Pflege mit dem Ziel einer Stärkung der häuslichen Pflege und einer stärkeren Berücksichtigung der Einstufungskriterien.

Anhang:

A 1 - Landespflegegesetz

A 2 - Landespflegegesetzverordnung

A 3 - Richtlinien nach § 7 des Landespflegegesetzes

**A 4 - Vereinbarung gemäß § 6 Abs. 2 des Landespflegegesetzes
(Investitionskostenpauschalen für ambulante Pflegedienste)**

**A 5 - Erlaß des MAGS vom 10. Dezember 1996 - IX 503 b - 458.111-31.13-701 - betr.
Abgrenzung der Finanzierungsbereiche des Pflege-Versicherungsgesetzes, des
Landespflegegesetzes und der kommunalen Daseinsvorsorge**

A 6 - Vergütungsregelung ambulante Pflege

995/1996

Ausführungsgesetz zum Pflege-Versicherungsgesetz (Landespflegegesetz – LPflegeG)

Vom 10. Februar 1996

GS Schl.-H. II, Gl.Nr. B 860-11

Der Landtag hat das folgende Gesetz beschlossen:

§ 1 Zielsetzung

(1) Ziel dieses Gesetzes ist, eine leistungsfähige, bedarfsgerechte, wirtschaftliche, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante, teilstationäre und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Dieses Gesetz soll zugleich die soziale Absicherung der Pflegebedürftigen insbesondere bei stationärer Pflege verbessern.

(2) Das Land, die Kreise, kreisfreien Städte und Gemeinden sowie die Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen, Krankenkassen, Unternehmen der privaten Pflegeversicherung und deren Verbände wirken unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung eng und vertrauensvoll im Interesse der Pflegebedürftigen zusammen. Sie haben durch Förderung geeigneter Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und zur Stärkung der häuslichen Pflege beizutragen sowie für ein nahtloses Ineinandergreifen der Leistungen ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflegeeinrichtungen zu sorgen. Gemeinsam mit den zuständigen Leistungsträgern und Einrichtungen sollen sie auf eine Vernetzung der Pflegeleistungen mit den gesundheits- und sozialpflegerischen Angeboten, die nicht vom Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) erfaßt werden, hinwirken.

§ 2 Sicherstellung der pflegerischen Versorgungsstruktur

(1) Die Kreise und kreisfreien Städte haben in eigener Verantwortung eine den örtlichen Bedürfnissen und den Zielen dieses Gesetzes und des Pflege-Versicherungsgesetzes entsprechende pflegerische Versorgungsstruktur sicherzustellen.

(2) Die Kreise und kreisfreien Städte sowie andere öffentliche Träger sollen eigene Einrichtungen nur schaffen, soweit geeignete und bedarfsgerechte Pflegeeinrichtungen freigemeinnütziger und privater Träger nicht vorhanden sind, ausgebaut oder errichtet werden.

(3) Die Sicherstellung eines bedarfsgerechten Angebots überregionaler Pflegeeinrichtungen ist gemeinsame Aufgabe des Landes, der Kreise und der kreisfreien Städte. Die Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe für Einrichtungen der Behindertenhilfe, die zugleich pflegerische Leistungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch erbringen, bleibt unberührt.

§ 3 Bedarfsplanung

(1) Die Kreise und kreisfreien Städte stellen für ihr Gebiet Bedarfspläne auf und schreiben diese regelmäßig fort. Dabei sind die Empfehlungen des Lan-

despflegeausschusses im Sinne des § 92 Abs. 1 SGB XI sowie die Zielsetzungen und Leitvorstellungen des Landes für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu berücksichtigen. Die Kreise haben die kreisangehörigen Gemeinden zu beteiligen.

(2) Die Bedarfspläne müssen Angaben über den Bestand und den Bedarf an Pflegeeinrichtungen im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch sowie über die danach erforderlichen Maßnahmen und deren Finanzierung enthalten. In die Bedarfspläne sollen zugleich Hinweise auf pflegevermeidende und -ergänzende Dienste und Maßnahmen aufgenommen werden.

(3) Die Bedarfspläne sind mit dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie den benachbarten Kreisen und kreisfreien Städten abzustimmen. Die Landesverbände der Pflegekassen und der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., der Medizinische Dienst der Krankenversicherung sowie die Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen sind zu beteiligen. Bei der Aufstellung der Bedarfspläne sind die Planungen im Gesundheitswesen, insbesondere im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und der Rehabilitation, zu berücksichtigen.

(4) Die Bedarfsplanung für Pflegeeinrichtungen, die einen überregionalen Bedarf abdecken oder die unmittelbar unter Aufsicht des Landes stehen, obliegt der Ministerin oder dem Minister für Arbeit, Soziales, Jugend und Gesundheit. Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend. Die Kreise und kreisfreien Städte sind zu beteiligen.

(5) Die Bedarfspläne haben keine unmittelbare Rechtswirkung nach außen. Ein Anspruch auf Aufnahme in die Bedarfspläne besteht nicht.

(6) Die Landesregierung wird ermächtigt, durch Verordnung das Nähere zur Aufstellung und zum Inhalt der Bedarfspläne festzulegen sowie Anhaltswerte für eine bedarfsgerechte pflegerische Versorgungsstruktur vorzugeben. Von dieser Ermächtigung soll nur Gebrauch gemacht werden, wenn die Landesregierung feststellt, daß eine Bedarfsplanung nach landeseinheitlichen Grundsätzen auf andere Weise nicht erreicht werden kann.

§ 4

Grundsätze der Förderung

(1) Nach Maßgabe dieses Gesetzes werden Zuschüsse gewährt

1. für Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgungsstruktur (§ 5),
2. zu laufenden betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen (§ 6) und
3. zur Förderung sonstiger Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung (§ 7).

(2) Die Ministerin oder der Minister für Arbeit, Soziales, Jugend und Gesundheit stellt auf der Grundlage der Bedarfspläne im Benehmen mit den Kreisen und kreisfreien Städten nach Anhörung des Landespflegeausschusses einen Förderplan auf. Der Förderplan enthält die im Zeitraum der mittelfristigen Finanzplanung nach Absatz 1 Nr. 1 und 3 vorgesehenen Maßnahmen und deren Finanzierung. Der Förderplan ist jährlich fortzuschreiben.

(3) Zuständig für die Gewährung von Zuschüssen nach Absatz 1 sind die Kreise und kreisfreien Städte. Für Pflegeeinrichtungen, die erhebliche Teile des Bedarfs mehrerer Kreise oder kreisfreier Städte abdecken, sollen die betroffenen Kreise oder kreisfreien Städte bei Maßnahmen nach Absatz 1 Nr. 1 eine anteilige Förderung vereinbaren; entsprechendes gilt für Maßnahmen nach Absatz 1 Nr. 3. Für die Gewährung von Zuschüssen für Pflegeeinrichtungen, die einen überregionalen Bedarf abdecken oder die unter unmittelbarer Aufsicht des Landes stehen, ist die Ministerin oder der Minister für Arbeit, Soziales, Jugend und Gesundheit zuständig, sofern nicht im Einzelfall eine andere Zuständigkeit vereinbart wird; Satz 2 gilt vorbehaltlich einer Regelung nach § 5 Abs. 5 entsprechend.

(4) Maßgebend für die örtliche Zuständigkeit ist in den Fällen der §§ 5 und 6 Abs. 2 der Standort der Pflegeeinrichtung; entsprechendes gilt für Maßnahmen nach § 7. Zuständig für die Gewährung von Zuschüssen nach § 6 Abs. 3 und 4 sind die Kreise und kreisfreien Städte, die nach § 97 Abs. 2 des Bundessozialhilfegesetzes im Falle der Sozialhilfeberechtigung für die Anspruchsberechtigten zuständig wären oder ihnen bereits Leistungen der Sozialhilfe gewähren.

(5) Die Aufwendungen nach Absatz 1 werden zu 39 % vom Land und zu 61 % von den jeweils zuständigen Kreisen und kreisfreien Städten getragen. Ist in den Fällen des § 6 Abs. 3 und 4 ein gewöhnlicher Aufenthalt der Anspruchsberechtigten im Geltungsbereich des Bundessozialhilfegesetzes nicht vorhanden oder nicht zu ermitteln, wird der Anteil der Kreise und kreisfreien Städte von diesen nach ihrer Einwohnerzahl getragen. Als Einwohnerzahl gilt die vom Statistischen Landesamt Schleswig-Holstein nach dem Stand vom 31. März des vergangenen Jahres fortgeschriebene Bevölkerung.

(6) Voraussetzungen für die Gewährung von Zuschüssen nach Absatz 1 Nr. 1 und 2 sind das Vorliegen eines Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI und einer Pflegesatzvereinbarung nach § 85 SGB XI oder einer Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI.

§ 5

Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgungsstruktur

(1) Für Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgungsstruktur, insbesondere zur Stär-

kung der häuslichen Pflege sowie für qualitätsverbessernde Modernisierungs-, Sanierungs- und Umstrukturierungsvorhaben, können nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel Zuschüsse gewährt werden. Förderfähig sind Investitionsaufwendungen im Sinne des § 82 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI.

(2) Voraussetzungen für die Gewährung von Zuschüssen sind

1. die Anerkennung des Bedarfs durch den für den Standort der Pflegeeinrichtung zuständigen Kreis oder die zuständige kreisfreie Stadt, in den Fällen des § 4 Abs. 3 Satz 3 durch die Ministerin oder den Minister für Arbeit, Soziales, Jugend und Gesundheit und
2. die Aufnahme der Maßnahme in den Förderplan nach § 4 Abs. 2.
- (3) Bei der Förderung von Maßnahmen nach Absatz 1 sind die Folgekosten zu berücksichtigen. Förderfähig sind nur die Aufwendungen, die für eine wirksame, und wirtschaftliche pflegerische Versorgung notwendig sind. Mehraufwendungen für Zusatzleistungen im Sinne des § 88 SGB XI sind nicht förderfähig.
- (4) Ein Rechtsanspruch auf Förderung wird erst durch die Bewilligung von Fördermitteln begründet.
- (5) Die Landesregierung wird ermächtigt, durch Verordnung das Nähere über die Gewährung von Zuschüssen zu Investitionsaufwendungen nach Absatz 1 zu regeln, insbesondere das Antrags-, Bewilligungs- und Abrechnungsverfahren, die Höhe der förderfähigen Aufwendungen und die Kostenverteilung bei der Förderung von Pflegeeinrichtungen, die zur Abdeckung eines überregionalen Bedarfs notwendig sind.

§ 6

Zuschüsse zu laufenden betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen

(1) Zur Förderung von laufenden betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen oder Aufwendungen für Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Gebäuden oder sonstige abschreibungsfähige Anlagegüter und zur Entlastung der Pflegebedürftigen von gesondert berechenbaren Aufwendungen im Sinne des § 82 Abs. 3 SGB XI werden den Trägern von Pflegeeinrichtungen Zuschüsse nach Maßgabe der Absätze 2 bis 4 gewährt.

(2) Träger von ambulanten Pflegeeinrichtungen können pauschale Zuschüsse zur Abgeltung ihrer laufenden Aufwendungen im Sinne des Absatzes 1 erhalten, sofern sie darauf verzichten, den Pflegebedürftigen Aufwendungen im Sinne des § 82 Abs. 3 SGB XI gesondert in Rechnung zu stellen. Die Höhe der Zuschüsse sowie das Antrags-, Bewilligungs- und Nachweisverfahren sind zwischen der Ministerin oder dem Minister für Arbeit, Soziales, Jugend und Gesundheit und den Vereinigungen der Träger von Pflege-

einrichtungen im Einvernehmen mit den Kreisen und kreisfreien Städten nach einheitlichen Grundsätzen zu vereinbaren. Dabei ist ein Eigenanteil der Pflegeeinrichtungen wegen ersparter Verwaltungskosten zu berücksichtigen. Die Landesverbände der Pflegekassen sind anzuhören.

(3) Träger von Einrichtungen der teilstationären Pflege und Kurzzeitpflege erhalten für Anspruchsberechtigte nach den §§ 41 oder 42 SGB XI Zuschüsse zur Förderung laufender Aufwendungen im Sinne des Absatzes 1. Die Zuschüsse werden bis zur Höhe von 90 % der gesondert berechenbaren Aufwendungen im Sinne des § 82 Abs. 3 SGB XI nach Maßgabe der Verordnung nach Absatz 6 gewährt.

(4) Träger von Einrichtungen der vollstationären Pflege erhalten für Anspruchsberechtigte nach § 43 Abs. 1 SGB XI, deren Einkommen die Einkommensgrenze des § 79 des Bundessozialhilfegesetzes unter Zugrundelegung eines um 35 % erhöhten Grundbetrages nach § 81 Abs. 1 des Bundessozialhilfegesetzes nicht übersteigt, Zuschüsse zur Förderung laufender Aufwendungen im Sinne des Absatzes 1 (Pflegewohngeld). Das Pflegewohngeld wird einkommensbezogen nach Maßgabe der Verordnung nach Absatz 6 gewährt. Für den Einsatz des Einkommens gelten die §§ 76 bis 78 des Bundessozialhilfegesetzes entsprechend. Unterhaltsansprüche, ausgenommen gegenüber Ehegatten, und Vermögen, ohne die daraus erzielten Erträge, bleiben unberücksichtigt.

(5) Zuschüsse nach den Absätzen 3 und 4 werden nur für Pflegebedürftige gewährt, für die ein Sozialhilfeträger im Land Schleswig-Holstein die Kosten der Sozialhilfe endgültig trägt oder im Falle der Sozialhilfeberechtigung zu tragen hätte.

(6) Die Landesregierung bestimmt durch Verordnung das Nähere über die Gewährung von Zuschüssen nach den Absätzen 3 und 4, insbesondere die Voraussetzungen, das Antrags-, Bewilligungs- und Abrechnungsverfahren, die Mindest- und Höchstbeträge sowie die Laufzeit der Förderung.

§ 7

Förderung sonstiger Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung

(1) Zur Verbesserung der sozialpflegerischen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung sollen nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel auch sonstige geeignete Maßnahmen und Projekte gefördert werden. Hierzu können insbesondere gehören

1. die Entwicklung neuer Formen pflegerischer Angebote,
2. Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und
3. die Vernetzung von Pflegeeinrichtungen mit gesundheits- und sozialpflegerischen Angeboten, die

nicht vom Elften Buch Sozialgesetzbuch erfaßt werden.

(2) Voraussetzungen für die Förderung sind das Einvernehmen der Ministerin oder des Ministers für Arbeit, Soziales, Jugend und Gesundheit mit den nach § 4 Abs. 5 betroffenen Kreisen und kreisfreien Städten sowie die Aufnahme der Maßnahme in den Förderplan nach § 4 Abs. 2.

(3) Maßnahmen und Projekte nach Absatz 1 können abweichend von § 4 Abs. 3 Satz 1 im Einvernehmen mit den betroffenen Kreisen und kreisfreien Städten auch von der Ministerin oder dem Minister für Arbeit, Soziales, Jugend und Gesundheit durchgeführt werden. Dabei kann eine von § 4 Abs. 5 Satz 1 abweichende Regelung getroffen werden. Das gilt insbesondere für Modellvorhaben.

§ 8

Gesonderte Berechnung nicht geförderter Aufwendungen

(1) Die Landesregierung bestimmt durch Verordnung das Nähere zur gesonderten Berechnung der Aufwendungen nach § 82 Abs. 3 SGB XI, insbesondere auch zu Art, Höhe, Laufzeit und Verteilung der gesondert berechenbaren Aufwendungen auf die Pflegebedürftigen.

(2) Zuständige Behörde für die Wahrnehmung der Aufgaben nach § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI ist die Ministerin oder der Minister für Arbeit, Soziales, Jugend und Gesundheit, soweit für die Träger von Einrichtungen der überörtliche Träger der Sozialhilfe sachlich zuständig ist. Im übrigen nehmen die Kreise und kreisfreien Städte diese Aufgaben wahr.

§ 9

Auskunftspflichten und Statistik

(1) Die Träger von Pflegeeinrichtungen, die Träger der Pflegeversicherung, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die Versicherungsunternehmen, die eine private Pflegeversicherung im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch betreiben, sind verpflichtet, der Ministerin oder dem Minister für Arbeit, Soziales, Jugend und Gesundheit sowie den Kreisen und kreisfreien Städten die für Zwecke der Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Das gilt insbesondere für die in § 109 SGB XI genannten Sachverhalte. Daten der Pflegebedürftigen und der Pflegepersonen dürfen nur in anonymisierter Form übermittelt werden.

(2) Name, Anschrift, Träger, Art und Umfang des Leistungsangebots sowie Entgelte, Zuschläge und Vergütungen dürfen in einem Verzeichnis der Pflegeeinrichtungen veröffentlicht werden.

(3) Die Landesregierung wird ermächtigt, durch Verordnung Erhebungen über die in § 109 Abs. 1 und 2 SGB XI genannten Sachverhalte als Landesstatistik bei den Trägern von Pflegeeinrichtungen, den Trägern der Pflegeversicherung, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie den Versicherungsunternehmen, die eine private Pflegeversicherung im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch betreiben, anzuordnen, soweit die zu erhebenden Tatbestände für die Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen erforderlich sind und nicht bereits aus der Bundesstatistik entnommen werden können. Erhebungen zu Sachverhalten im Sinne des § 109 Abs. 2 SGB XI können sich auch auf Geschlecht, Geburtsjahr und Wohnort der Pflegebedürftigen erstrecken. Die Auskunftspflichtigen haben die in den Statistiken erfaßten Sachverhalte den für die Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen zuständigen Behörden mitzuteilen.

§ 10

Übergangsregelungen, Inkrafttreten

(1) Die Bedarfspläne nach § 3 Abs. 1 und 4 sind erstmals bis zum 30. Juni 1997, der Förderplan nach § 4 Abs. 2 ist erstmals bis zum 30. September 1997 für 1998 aufzustellen. Bis zu diesem Zeitpunkt können im Einvernehmen von Land, Kreisen und kreisfreien Städten unter Mitwirkung des Landespflgeausschusses Zuschüsse nach den §§ 5 und 7 ohne Vorliegen der Voraussetzungen des § 4 Abs. 2 gewährt werden. § 4 Abs. 5 gilt nicht für vor Inkrafttreten dieses Gesetzes bewilligte Zuschüsse für Maßnahmen zur Förderung von Pflegeeinrichtungen.

(2) Vorbehaltlich des Absatzes 3 sollen pauschale Zuschüsse nach § 6 Abs. 2 erstmals für 1996 unter Einbeziehung einer angemessenen Abgeltung der Aufwendungen für die Zeit vom 1. April bis 31. Dezember 1995 vereinbart werden; Zuschüsse nach § 6 Abs. 3 können rückwirkend ab 1. Januar 1996, Zuschüsse nach § 6 Abs. 4 erstmalig ab 1. Juli 1996 gewährt werden.

(3) Die §§ 4 und 5 Abs. 1 bis 4, § 6 Abs. 1 bis 5 und § 7 treten mit Inkrafttreten des § 43 SGB XI in Kraft. Im übrigen tritt dieses Gesetz am Tage nach der Verkündung in Kraft.

Das vorstehende Gesetz wird hiermit verkündet.

Kiel, 10. Februar 1996

Die Ministerpräsidentin
Heide Simonis

Die Ministerin
für Arbeit, Soziales, Jugend und Gesundheit
Heide Moser

**Landesverordnung
zur Durchführung der §§ 5, 6 und 8
des Ausführungsgesetzes zum Pflege-Versicherungsgesetz
(Landespflegegesetzverordnung – LPflegeGVO)**

Vom 19. Juni 1996

GS Schl.-H. II, Gl.Nr. B 860–11–3

Aufgrund des § 5 Abs. 5, § 6 Abs. 6 und § 8 Abs. 1 des Ausführungsgesetzes zum Pflege-Versicherungsgesetz (Landespflegegesetz – LPflegeG) vom 10. Februar 1996 (GVOBl. Schl.-H. S. 227) verordnet die Landesregierung:

Erster Teil

**Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung
der pflegerischen Versorgungsstruktur**

§ 1

Gegenstand der Förderung

(1) Zur Förderung von bedarfsnotwendigen Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgungsstruktur können nach Maßgabe dieses Teils der Verordnung und der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel Zuschüsse an Träger von Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) gewährt werden.

(2) Gefördert werden betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen im Sinne des § 82 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI mit Ausnahme der zur Werterhaltung notwendigen Aufwendungen für Instandsetzung oder Instandhaltung. Maßnahmen, die auf ein Unterlassen der regelmäßigen Bauunterhaltung zurückzuführen

sind, werden nicht gefördert. Die Ergänzung der Inneneinrichtung von Pflegeeinrichtungen kann nur im Zusammenhang mit Maßnahmen gefördert werden, die die Gesamtversorgung der Pflegebedürftigen nachhaltig verbessern.

(3) Maßnahmen zur Verbesserung der ambulanten und teilstationären Pflege sowie der Kurzzeitpflege haben Vorrang vor Maßnahmen im Bereich der vollstationären Pflege. Qualitätsverbessernde Modernisierungs-, Sanierungs- und Umstrukturierungsvorhaben haben Vorrang vor Ersatz- oder Neubäumaßnahmen, es sei denn, diese sind wirtschaftlicher.

§ 2

Fördervoraussetzungen

(1) Die zu fördernden Maßnahmen müssen den Qualitätsanforderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch, den Zielsetzungen des Landespflegegesetzes, den Förderempfehlungen des Landespflegeausschusses und den Leitvorstellungen des Landes für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Bevölkerung entsprechen.

(2) Die als Bewilligungsbehörden nach § 5 Abs. 1 Satz 1 zuständigen Kreise und kreisfreien Städte

können unter Berücksichtigung des örtlichen Pflegeangebotes und ihrer kommunalen Zielsetzungen die Erfüllung weiterer Voraussetzungen fördern.

(3) Der Zuwendungszweck muß für den gesamten sich aus § 10 Abs. 4 ergebenden Abschreibungszeitraum erfüllt sein. Maßnahmen in angemieteten Gebäuden können gefördert werden, wenn die Erfüllung des Zuwendungszwecks langfristig gesichert ist.

(4) Förderfähig sind Maßnahmen, deren Gesamtkosten bei ambulanten Pflegediensten 50.000,- DM, bei teilstationären Pflegeeinrichtungen 100.000,- DM und bei Einrichtungen der Kurzzeitpflege oder der vollstationären Pflege 200.000,- DM überschreiten (Mindestfördervolumen). Förderfähig sind nur Aufwendungen, die auch unter Berücksichtigung der Folgekosten für eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung notwendig und zweckmäßig sind. Mehraufwendungen für Zusatzleistungen im Sinne des § 88 SGB XI sind nicht förderfähig.

(5) Voraussetzung für die Förderung von baulichen Maßnahmen teilstationärer oder stationärer Pflegeeinrichtungen ist die Einhaltung von Baukostenhöchstwerten. Diese umfassen alle im Zusammenhang mit den zu fördernden Maßnahmen anfallenden Aufwendungen, mit Ausnahme solcher für den Erwerb, die Erschließung oder Herrichtung von Grundstücken. Die Baukostenhöchstwerte betragen für teilstationäre Pflegeeinrichtungen 80.000,- DM und für Einrichtungen der Kurzzeitpflege oder der vollstationären Pflege 165.000,- DM je Platz. Bei Modernisierungs-, Sanierungs- und Umstrukturierungsmaßnahmen sollen die Baukosten 75 % der vorstehenden Beträge nicht überschreiten. Eine geringfügige Überschreitung der Baukostenhöchstwerte, die durch außergewöhnliche Bedingungen des Grundstückes, besondere Umstände der Maßnahme oder nicht mit der Zweckbestimmung der Pflegeeinrichtung zusammenhängende bauliche Anforderungen bedingt ist, steht einer Förderung nicht entgegen.

(6) Die nicht durch öffentliche Zuschüsse gedeckten Kosten der Maßnahmen sollen zur Hälfte durch Eigenmittel gedeckt werden.

(7) Das Mindestfördervolumen und die Baukostenhöchstwerte sind vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Benehmen mit den Kreisen und kreisfreien Städten unter Berücksichtigung der Anforderungen nach Absatz 1 und der tatsächlichen Kostenentwicklung fortzuschreiben. Dabei ist der vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung nach § 85 Abs. 3 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) bekanntgegebene Baukostenindex zu beachten.

§ 3

Art und Höhe der Förderung

(1) Zuschüsse zur Förderung von Maßnahmen nach § 1 werden im Regelfall als Projektförderung im Wege der Anteilfinanzierung mit Höchstbetrag gewährt.

(2) Die Zuschüsse betragen bei Maßnahmen

1. der ambulanten, teilstationären Pflege oder der Kurzzeitpflege bis zu 80 %,
2. der vollstationären Pflege bis zu 60 %

der betriebsnotwendigen Aufwendungen im Sinne des § 1 Abs. 2. Bei ihrer Bemessung sind besondere Investitionsbedingungen und steuerrechtliche Vorteile der Zuschußempfängerin oder des Zuschußempfängers oder der Trägerin oder des Trägers der Maßnahme zu berücksichtigen.

(3) Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales kann im Einvernehmen mit den Kreisen und kreisfreien Städten Förderpauschalen unter Berücksichtigung der vorstehenden Regelungen festlegen und fortschreiben.

§ 4

Kostenverteilung bei der Förderung überregionaler Pflegeeinrichtungen

Bei der Förderung von Pflegeeinrichtungen, die einen überregionalen Bedarf abdecken oder die unmittelbar unter Aufsicht des Landes stehen, haben die Kreise oder kreisfreien Städte, deren Belegungsanteile mindestens 3 % betragen, den nach § 4 Abs. 5 LPflegeG auf die Kreise und kreisfreien Städte entfallenden Finanzierungsanteil von 61 % der Zuschüsse nach § 3 entsprechend ihren Belegungsanteilen gemeinsam zu tragen. Maßgebend sind die Belegungsanteile der letzten zwei Kalenderjahre. Für Neubaumaßnahmen gelten die der Bedarfsplanung nach § 3 Abs. 4 LPflegeG zugrundeliegenden voraussichtlichen Belegungsanteile.

§ 5

Verfahren

(1) Zuständig für die Gewährung von Zuschüssen nach diesem Teil der Verordnung ist der für den Standort der Pflegeeinrichtung örtlich zuständige Kreis oder die örtlich zuständige kreisfreie Stadt (Bewilligungsbehörde). Zuständige Bewilligungsbehörde für Pflegeeinrichtungen, die einen überregionalen Bedarf abdecken oder unmittelbar unter Aufsicht des Landes stehen, ist das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, sofern nicht im Einzelfall eine andere Zuständigkeit vereinbart wird.

(2) Den Anträgen auf Gewährung von Zuschüssen sind die mit der Bewilligungsbehörde und dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales abgestimmte Konzeption der Gesamtmaßnahme, das anerkannte Bau- und Raumprogramm sowie insbesondere folgende Unterlagen beizufügen:

1. die Planungsunterlagen, insbesondere der Übersichtsplan, der Lageplan, der Vorentwurfsplan und die vorhandenen heimaufsichtsrechtlichen, bauaufsichtlichen oder sonstigen Genehmigungen oder Vorbescheide,
2. der Erläuterungsbericht,

3. die Kostenberechnung nach DIN 276,
4. der Finanzierungsplan,
5. eine Vorausberechnung der nach § 82 Abs. 3 SGB XI gesondert berechenbaren Aufwendungen und
6. eine Beschreibung vorgesehener Investitionsaufwendungen für Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI.

(3) Hält die Bewilligungsbehörde nach Absatz 1 Satz 1 die vorgesehene Maßnahme für förderfähig, legt sie den Antrag dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales zur Entscheidung über die Aufnahme in den Förderplan nach § 4 Abs. 2 LPflegeG vor. Dabei bestätigt sie, daß die Mitfinanzierung durch den Kreis oder die kreisfreie Stadt und die nach § 4 Abs. 3 Satz 2 LPflegeG beteiligten Kreise oder kreisfreien Städte gesichert ist oder wird.

(4) Unter Zugrundelegung der Entscheidung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales über die Aufnahme der Maßnahme in den Förderplan erteilt die Bewilligungsbehörde einen Bescheid über den beantragten Zuschuß. Der Bewilligungsbescheid wird wirksam, sobald sich die Zuschußempfängerin oder der Zuschußempfänger mit den Bewilligungsbedingungen einverstanden erklärt hat.

(5) Vor Erteilung des Bewilligungsbescheides begonnene Maßnahmen können nur gefördert werden, wenn die Bewilligungsbehörde mit Zustimmung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales das Einverständnis zum vorzeitigen Baubeginn erteilt hat. Ein Rechtsanspruch auf die Gewährung von Zuschüssen wird durch die Zustimmung zum vorzeitigen Baubeginn nicht begründet.

(6) Der Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung des gewährten Zuschusses ist gegenüber der Bewilligungsbehörde nach Maßgabe des Bewilligungsbescheides zu führen und von dieser zu prüfen. Das abschließende Ergebnis der Prüfung ist dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales mitzuteilen.

(7) Die Absätze 2 bis 6 gelten sinngemäß, wenn das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Bewilligungsbehörde ist.

Zweiter Teil

Zuschüsse zu laufenden betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen

§ 6

Gegenstand der Förderung

(1) Träger von Einrichtungen der teilstationären Pflege, der Kurzzeitpflege oder der vollstationären Pflege erhalten auf Antrag Zuschüsse nach § 6 Abs. 3 oder 4 LPflegeG zur Förderung von laufenden betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen im Sinne des § 82 Abs. 3 SGB XI für Anspruchsberechtigte nach den §§ 41, 42 oder 43 Abs. 1 SGB XI.

(2) Voraussetzung für die Gewährung von Zuschüssen nach § 6 Abs. 3 oder 4 LPflegeG ist, daß die gesondert berechenbaren Aufwendungen nach Maßgabe dieser Verordnung ermittelt und nachgewiesen werden. Gefördert werden ausschließlich die gegenüber den Pflegebedürftigen nach Maßgabe der §§ 10 und 12 gesondert berechenbaren Aufwendungen.

§ 7

Zuschüsse bei teilstationärer Pflege und Kurzzeitpflege

Bei teilstationärer Pflege oder Kurzzeitpflege werden Zuschüsse in Höhe von 90 % der gesondert berechenbaren Aufwendungen gewährt, bei teilstationärer Pflege höchstens 20,- DM und bei Kurzzeitpflege höchstens 30,- DM täglich.

§ 8

Zuschüsse bei vollstationärer Pflege (Pflegegeld)

(1) Bei vollstationärer Pflege werden Zuschüsse zu den gesondert berechenbaren Aufwendungen in Höhe dieser Aufwendungen als Pflegegeld gewährt, höchstens 30,- DM täglich. Das Pflegegeld ist begrenzt auf den Unterschiedsbetrag zwischen der Einkommensgrenze des § 6 Abs. 4 Satz 1 LPflegeG und dem niedrigeren einzusetzenden Einkommen der oder des Pflegebedürftigen.

(2) Für den Einsatz des Einkommens gelten die §§ 76 bis 78 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) entsprechend. Unterhaltsansprüche, ausgenommen gegenüber Ehegatten, und Vermögen, ohne die daraus erzielten Erträge, bleiben unberücksichtigt. Bei nicht getrennt lebenden Ehegatten ist deren Gesamteinkommen zu berücksichtigen. Erhalten beide nicht getrennt lebende Ehegatten Leistungen der vollstationären Pflege, ist bei der Bemessung der Einkommensgrenze für jeden von ihnen der um 35 % erhöhte Grundbetrag des § 81 Abs. 1 BSHG zugrunde zu legen.

§ 9

Verfahren

(1) Zuschüsse nach diesem Teil der Verordnung sind von den Trägern der Pflegeeinrichtungen bei dem nach § 4 Abs. 4 Satz 2 LPflegeG zuständigen Kreis oder der kreisfreien Stadt (Bewilligungsbehörde) zu beantragen, ersatzweise bei dem für den Standort der Pflegeeinrichtung zuständigen Kreis oder der kreisfreien Stadt. Den Anträgen ist der Leistungsbescheid der Pflegekasse und ein Nachweis der gesondert berechenbaren Aufwendungen beizufügen, den Anträgen auf Pflegegeld zusätzlich eine Einverständniserklärung der Pflegebedürftigen. Pflegebedürftige, die sich in Pflegeeinrichtungen außerhalb Schleswig-Holsteins aufhalten, sind bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 6 Abs. 5 LPflegeG berechtigt, Pflegegeld ersatzweise selbst zu beantragen. Gleiches gilt, wenn der Träger der Pflegeeinrichtung sein Antragsrecht nicht wahrnimmt.

(2) Bei Anträgen auf Pflegegeld führt die Bewilligungsbehörde die notwendigen Einkommensermittlungen durch. Pflegebedürftige, für die Pflegegeld beantragt wird, sind verpflichtet, der Bewilligungsbehörde Auskunft über ihre Einkommensverhältnisse zu geben und Änderungen mitzuteilen.

(3) Die Zuschüsse werden ab Vorliegen der Voraussetzungen gewährt, sofern der Antrag innerhalb von drei Monaten gestellt wird, im übrigen ab Antragsmonat. Pflegegeld wird in der Regel für zwölf Monate gewährt, für volle Monate in Höhe des dreißigfachen Tagessatzes. Es wird monatlich im voraus gezahlt.

(4) Über die Bewilligung der Zuschüsse erhält der Träger der Pflegeeinrichtung einen Bescheid. Die oder der Pflegebedürftige erhält eine Ausfertigung dieses Bescheides. Angaben über die Einkommensgrenze und das anzurechnende Einkommen sind ausschließlich in die für die Pflegebedürftigen oder den Pflegebedürftigen bestimmte Bescheidausfertigung aufzunehmen.

Dritter Teil

Gesonderte Berechnung nicht geförderter Aufwendungen

§ 10

Begriff, Grundsätze

(1) Pflegeeinrichtungen können Pflegebedürftigen die durch öffentliche Förderung nicht gedeckten betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen nach § 82 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI oder Aufwendungen für Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Gebäuden oder sonstige abschreibungsfähige Anlagegüter nach § 82 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI nach Maßgabe dieses Teils der Verordnung gesondert berechnen.

(2) Zu den gesondert berechenbaren Aufwendungen im Sinne des Absatzes 1 gehören:

1. Abschreibungen für Aufwendungen zur Herstellung, Anschaffung, Wiederbeschaffung oder Ergänzung der zum Betrieb der Pflegeeinrichtung gehörenden Anlagegüter, deren Nutzung zeitlich begrenzt ist,
2. tatsächlich gezahlte Zinsen für Fremdkapital bis zur Höhe des zum Zeitpunkt des Abschlusses des Darlehensvertrages marktüblichen Zinssatzes,
3. Zinsen für mit eigenem Kapital finanzierte Aufwendungen bis zur Höhe von 4 %,
4. Aufwendungen für Instandhaltung und Instandsetzung der Anlagegüter nach Nummer 1 als Jahrespauschalen in den ersten 10 Jahren bis zur Höhe von 0,4 %, vom elften bis zwanzigsten Jahr bis zur Höhe von 0,8 % und danach bis zur Höhe von 1 % des Anschaffungs- oder Herstellungswertes, der nach dem vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung gemäß § 85 Abs. 3 SGB IV bekanntgegebenen Baukostenindex fortgeschrieben werden kann und

5. Aufwendungen für Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Anlagegütern im Sinne des Absatzes 1, die nicht im Eigentum oder Miteigentum des Trägers der Pflegeeinrichtung stehen,

soweit diese Aufwendungen nicht der Pflegevergütung, den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung oder den Zusatzleistungen zuzurechnen sind.

(3) Vor Inkrafttreten dieser Verordnung eingebrachtes Eigenkapital von Kreisen oder kreisfreien Städten als Träger von Pflegeeinrichtungen gilt nicht als öffentliche Förderung nach dem Landespflegegesetz.

(4) Abschreibungen nach Absatz 2 Nr. 1 sind mit gleichen Beträgen wie folgt über die gesamte Nutzungsdauer zu verteilen:

1. für Gebäude und zum Gebäude gehörende technische Anlagen auf 40 Jahre,
2. für sonstige abschreibungsfähige Anlagegüter entsprechend der nach steuerrechtlichen Bestimmungen zugrunde zu legenden Nutzungsdauer.

(5) Die gesondert berechenbaren Aufwendungen sind gleichmäßig auf die Zahl der Pflegeplätze der Pflegeeinrichtung zu verteilen. Dabei ist bei vollstationären Pflegeeinrichtungen eine durchschnittliche Auslastung von 95 %, bei Einrichtungen der Kurzzeitpflege sowie der teilstationären Pflege von 85 % zugrunde zu legen. Die nach § 8 Abs. 2 LPflegeG zuständige Behörde kann in besonders begründeten Fällen Ausnahmen von den vorstehenden Auslastungsquoten zulassen. Bei Einrichtungen der teilstationären Pflege ist von den tatsächlichen Betriebstagen im Jahr auszugehen. Gesondert berechenbare Aufwendungen ambulanter Pflegedienste sind gleichmäßig auf die Pflegestunden der jahresdurchschnittlich beschäftigten Pflegekräfte oder die nach anderen Maßstäben bemessene Vergütung zu verteilen.

(6) Aufwendungen im Sinne des Absatzes 2 Nr. 5 können bis zur Höhe der ortsüblichen Miete für vergleichbaren nicht preisgebundenen Wohnraum gesondert berechnet werden. Besteht zwischen der Betreiberin oder dem Betreiber und der Vermieterin oder dem Vermieter oder der Verpächterin oder dem Verpächter einer Pflegeeinrichtung eine unmittelbare oder mittelbare personelle, sachliche oder wirtschaftliche Verflechtung, sind die Miet-, Pacht- oder Nutzungsentgelte nur bis zur Höhe der sich aus Absatz 2 Nr. 1 bis 4 ergebenden Aufwendungen gesondert berechenbar.

(7) Die Träger von Pflegeeinrichtungen oder deren Verbände und die zuständigen Kreise oder kreisfreien Städte oder deren Vereinigungen können mit Zustimmung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales vereinfachte Regelungen zur gesonderten Berechnung nicht geförderter Aufwendungen vereinbaren. Die Pflegebedürftigen dürfen dadurch gegenüber den Vorgaben dieser Verordnung nicht benachteiligt werden.

§ 11 Verfahren

(1) Anträge nach § 82 Abs. 3 Satz 3 SGB XI auf Zustimmung zur gesonderten Berechnung nicht geförderter Aufwendungen müssen in allen Teilen nachvollziehbar sein. Die darin enthaltenen Angaben sind auf Verlangen der für die Zustimmung zuständigen Behörde zu belegen.

(2) Eine Erhöhung der gesondert berechenbaren Aufwendungen ist frühestens nach einem Jahr zulässig. Die Jahresfrist gilt nicht, wenn die Erhöhung auf durchgeführte Investitionsmaßnahmen zurückzuführen ist.

(3) Die Zustimmung wirkt auf den Zeitpunkt zurück, an dem der Antrag bei der zuständigen Behörde eingegangen ist, sofern von dieser nichts anderes bestimmt wird. Die Zustimmung kann vorläufig erteilt, zeitlich und inhaltlich beschränkt sowie mit Nebenbestimmungen versehen werden. Die Träger von Pflegeeinrichtungen sind berechtigt, den Pflegebedürftigen vom Zeitpunkt der Stellung des Antrags an die gesondert berechenbaren Aufwendungen in der beantragten Höhe vorläufig in Rechnung zu stellen. Überzahlungen der Pflegebedürftigen sind nach erteilter Zustimmung zu erstatten. Zu niedrig angesetzte Aufwendungen können nacherhoben werden, sofern die Pflegebedürftigen auf diese Möglichkeit schriftlich hingewiesen worden sind.

Vierter Teil

Übergangs- und Schlußbestimmungen

§ 12 Übergangsbestimmungen

(1) Träger von Einrichtungen der teilstationären Pflege oder der Kurzzeitpflege können für die Zeit vom 1. Januar bis zum 30. Juni 1996 für Anspruchsberechtigte nach den §§ 41 oder 42 SGB XI auf Antrag Zuschüsse gemäß § 7 bis zur Höhe der gesondert berechenbaren Aufwendungen erhalten, um die die bis dahin geltenden Pflegesätze gekürzt worden sind, höchstens 15,- DM täglich. Entsprechendes gilt, wenn Pflegesätze erstmals nach dem 31. Dezember 1995 vereinbart worden sind. Zuschüsse nach dieser Übergangsregelung sind spätestens bis zum 30. September 1996 zu beantragen.

(2) Für die Dauer gesetzlicher Übergangsregelungen für die Vergütung vollstationärer Pflege sind der Berechnung des Pflegegeldes die nach den gesetzlichen Vorschriften bei der Ermittlung der Heimentgelte berücksichtigten Investitionskostenanteile zugrunde zu legen. Pflegegeld wird in diesen Fällen höchstens bis zu dem Betrag gewährt, um den das nach § 8 Abs. 2 zu berücksichtigende Einkommen abzüglich des Höchstbetrages nach § 21

Abs. 3 BSHG geringer ist als das nicht von der Pflegekasse übernommene Heimentgelt einschließlich der im Heimentgelt enthaltenen Anteile für Investitionsaufwendungen; Zusatzleistungen im Sinne des § 88 SGB XI bleiben unberücksichtigt.

(3) Gesetzliche Regelungen zur Begrenzung der Vergütung stationärer Pflegeeinrichtungen gelten auch für die gesonderte Berechnung nicht geförderter Aufwendungen, sofern sie nicht ausdrücklich auf einzelne Teile der Heimentgelte begrenzt sind.

§ 13 Kostenabrechnung zwischen Land, Kreisen und kreisfreien Städten

Die Zuschüsse nach dem Ersten und Zweiten Teil dieser Verordnung werden zu 39 % vom Land und zu 61 % von den jeweils zuständigen Kreisen und kreisfreien Städten getragen. Sie werden von den Bewilligungsbehörden gewährt. Bei Maßnahmen nach dem Ersten Teil dieser Verordnung sind die Finanzierungsanteile nach Satz 1 entsprechend dem Stand der Durchführung der Baumaßnahmen bereitzustellen. Zuschüsse nach dem Zweiten Teil dieser Verordnung werden entsprechend den Regelungen für die gegenseitige Kostenbeteiligung in der Sozialhilfe abgerechnet. Rückflüsse aufgrund des § 14 sind entsprechend Satz 1 zu vereinnahmen.

§ 14 Anwendung verfahrens- und haushaltsrechtlicher Bestimmungen, Erstattung von Zuschüssen

(1) Soweit diese Verordnung keine besonderen Regelungen enthält, finden die für das Land, die Kreise und kreisfreien Städte jeweils geltenden verfahrens- und haushaltsrechtlichen Bestimmungen Anwendung.

(2) Werden Bewilligungsbescheide zurückgenommen, widerrufen oder sonst unwirksam, sind die gewährten Zuschüsse nach Maßgabe der §§ 116 bis 117 a des Landesverwaltungsgesetzes zu erstatten. Hat bei gewährtem Pflegegeld die oder der Pflegebedürftige die Gründe hierfür zu vertreten, ist sie oder er gegenüber der Bewilligungsbehörde erstattungspflichtig, sofern in dem Verfahren nach § 9 auf die Erstattungspflichten hingewiesen wurde. Gleiches gilt, wenn die oder der Pflegebedürftige rückwirkend Einkünfte erhält, die bei der Bemessung des Pflegegeldes nicht berücksichtigt worden sind.

§ 15 Inkrafttreten

(1) Der Erste und Zweite Teil dieser Verordnung sowie die §§ 12, 13 und 14 Abs. 2 treten mit Inkrafttreten des § 43 SGB XI in Kraft.

(2) Im übrigen tritt diese Verordnung am Tage nach der Verkündung in Kraft.

Die vorstehende Verordnung wird hiermit ausgefertigt und ist zu verkünden.

Kiel, 19. Juni 1996

Ministerpräsidentin
Heide Simonis

Ministerin
für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Heide Moser

Richtlinien über die Förderung sonstiger Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung nach § 7 des Landespflegegesetzes (LPflegeG)

G.L.Nr. 6670.1

Bekanntmachung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales

vom 19. August 1996 – IX 503 b – 458.111–31.13 – 70.1 –

1 Rechtsgrundlage

1.1 Nach Maßgabe dieser Richtlinien und der Verwaltungsvorschriften zu § 44 LHO werden Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen und Projekten zur Verbesserung der sozialpflegerischen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung gewährt (§ 7 Abs. 1 LPflegeG).

1.2 Ein Rechtsanspruch auf die Gewährung von Zuwendungen besteht nicht. Über die Gewährung von Zuwendungen entscheiden die Bewilligungsbehörden (Ziff. 6.1) nach pflichtgemäßem Ermessen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel.

1.3 Bestehende Zuständigkeiten der Gemeinden, Kreise und kreisfreien Städte im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge nach § 2 der Gemeindeordnung und § 2 der Kreisordnung bleiben unberührt.

2 Ziel und Gegenstand der Förderung

2.1 Ziel der Förderung ist, gemeinsam mit allen an der Pflege beteiligten Institutionen und Organisationen einschließlich der Interessenvertretungen der Pflege- und Hilfebedürftigen

- zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und zur Stärkung der häuslichen Pflege beizutragen,
- die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung einer selbständigen Lebensführung der Betroffenen zu unterstützen,
- bestehende Versorgungsangebote weiterzuentwickeln sowie das Vor- und Umfeld von Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 SGB XI zu verbessern und
- auf eine Vernetzung der ambulanten, teilstationären und stationären gesundheits- und sozialpflegerischen Einrichtungen und Dienste hinzuwirken.

2.2 Förderfähig sind insbesondere Maßnahmen und Projekte zur

- a) Vermeidung, Beseitigung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit,
- b) Unterstützung und Förderung der Bereitschaft zur Pflege und Betreuung durch Angehörige, Nachbarn und ehrenamtliche Helferinnen und

Helfer einschließlich der Vermittlung der notwendigen Fertigkeiten,

- c) Unterstützung selbstorganisierter Pflege,
- d) Weiterentwicklung bestehender und Entwicklung neuer Formen pflegerischer und betreuender Angebote,
- e) Fernetzung von Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 SGB XI mit gesundheits- und sozialpflegerischen Angeboten, die nicht vom Elften Buch Sozialgesetzbuch erfaßt werden,
- f) Beseitigung von Versorgungslücken bei der Pflege oder Betreuung von
 - schwerstkranken und sterbenden Menschen,
 - Menschen mit schweren Kopf- und Gehirnverletzungen,
 - Menschen mit besonderem Pflege- und Hilfebedarf, z.B. AIDS-Kranken,
 - psychisch Kranken und
 - anderen besonderen Personengruppen, insbesondere von pflegebedürftigen Kindern, Jugendlichen und jüngeren Erwachsenen,

soweit nicht andere Sozialleistungsträger, insbesondere Pflegekassen, leistungspflichtig sind (siehe auch Ziff. 4.2).

2.3 Zuwendungen können auch für Erhebungen zur Situation Pflege- und Hilfebedürftiger und ihrer Familien sowie zum Bestand und zur Fortentwicklung der gesundheits- und sozialpflegerischen Versorgungsstruktur gewährt werden.

3 Zuwendungsempfängerinnen und Zuwendungsempfänger

Zuwendungen können auf Antrag gewährt werden an

- a) im Bereich der sozialpflegerischen, pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung tätige Organisationen und Dienste,
- b) Selbsthilfegruppen sowie
- c) sonstige Maßnahme- oder Projektträger, die über besondere Erfahrungen in den förderfähigen Bereichen verfügen.

4 Art und Umfang der Zuwendung

4.1 Zuwendungen werden im Regelfall als Projektförderung im Wege der Anteilfinanzierung mit Höchstbetrag in Form nicht rückzahlbarer Zuschüsse gewährt. Zuwendungen bis zu 100.000,- DM werden als Festbetragsfinanzierung gewährt.

4.2 Förderfähige Aufwendungen sind alle nach den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit notwendigen maßnahmebezogenen Aufwendungen, soweit hierfür nicht andere Sozialleistungsträger oder sonstige Dritte einzustehen haben.

4.3 Die Zuwendungsempfängerin oder der Zuwendungsempfänger soll eine Eigenbeteiligung in Höhe von mindestens 20 % der förderfähigen Aufwendungen erbringen. Die Zuwendungsempfängerin oder der Zuwendungsempfänger hat alle sonstigen Fördermöglichkeiten auszuschöpfen. Zweckbestimmte Leistungen und Zuwendungen Dritter sind unter Anrechnung auf die Eigenbeteiligung nach Satz 1 in voller Höhe einzusetzen. Die Gesamtfinanzierung muß gesichert sein.

4.4 Förderfähig sind Maßnahmen und Projekte, deren Gesamtaufwendungen im Sinne der Ziffer 4.2 jährlich mindestens 10.000,- DM betragen; in den Fällen der Ziffer 2.2 Buchst. b und c sowie Ziffer 2.3 kann hiervon abgewichen werden.

4.5 Bei der Förderung von Baumaßnahmen nach diesen Richtlinien ist der Erste Teil der Landespflegegesetzverordnung – LPflegeGVO vom 19. Juni 1996 (GVObI. Schl.-H. S. 521) entsprechend anzuwenden.

5 Sonstige Zuwendungsbestimmungen

5.1 Die Ergebnisse der geförderten Maßnahmen sind von der Zuwendungsempfängerin oder dem Zuwendungsempfänger zu dokumentieren und dem Land sowie den Kreisen und kreisfreien Städten zur Auswertung und Veröffentlichung zur Verfügung zu stellen. Dabei ist sicherzustellen, daß ein Rückschluß auf betroffene Personen nicht möglich ist.

5.2 Die Bewilligungsbehörde (Ziff. 6.1) kann die Förderung von Modellvorhaben von einer wissenschaftlichen Begleitung durch ein mit der Zuwendungsempfängerin oder dem Zuwendungsempfänger gemeinsam zu bestimmendes Institut oder Unternehmen abhängig machen.

5.3 Die Förderung von Maßnahmen und Projekten ist grundsätzlich auf drei Jahre begrenzt. Eine längerfristige Förderung setzt einen befürwortenden Beschluß des Landespflegeausschusses voraus.

5.4 Modellvorhaben sollen nur dann gefördert werden, wenn die Fortführung des Vorhabens nach Beendigung der Modellphase hinreichend wahrscheinlich ist.

6 Verfahren

6.1 Zuständige Bewilligungsbehörden sind die Kreise oder kreisfreien Städte (örtliche Bewilligungsbehörden), in denen die Maßnahmen schwerpunktmäßig durchgeführt werden (§ 4 Abs. 3 LPflegeG). Für Maßnahmen oder Projekte von Pflegeeinrichtungen, die einen überregionalen Bedarf abdecken oder die unter unmittelbarer Aufsicht des Landes stehen, ist das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (überörtliche Bewilligungsbehörde) zuständig (§ 4 Abs. 3 Satz 3 LPflegeG).

6.2 Im Einvernehmen mit den betroffenen Kreisen oder kreisfreien Städten können Maßnahmen oder Projekte auch vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales durchgeführt werden. Das gilt insbesondere für Modellvorhaben und andere Maßnahmen, die über die Zuständigkeitsbereiche einzelner Kreise oder kreisfreier Städte hinausgehen. Dabei kann eine von § 4 Abs. 5 Satz 1 LPflegeG abweichende Kostenverteilung vereinbart werden.

6.3 Dem Antrag sind eine Erläuterung der vorgesehenen Maßnahme, eine Projektbeschreibung nach einem vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Benehmen mit den Kreisen und kreisfreien Städten erstellten Muster sowie ein Kosten- und Finanzierungsplan beizufügen. Der Kosten- und Finanzierungsplan muß alle maßnahmebezogenen Einnahmen (Erträge) und Ausgaben (Aufwendungen) im Sinne der Ziffer 4.2 einschließlich der Angaben über die Höhe des Eigenanteils und der beantragten Drittmittel enthalten. Für Baumaßnahmen gilt Ziffer 4.5.

6.4 Hält die örtliche Bewilligungsbehörde die vorgesehene Maßnahme für förderfähig, legt sie den Antrag dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales zur Herstellung des Einvernehmens nach § 7 Abs. 2 LPflegeG und zur Aufnahme in den Förderplan nach § 4 Abs. 2 LPflegeG vor. Dabei bestätigt sie, daß die Mitfinanzierung durch den Kreis oder die kreisfreie Stadt und die nach § 4 Abs. 3 Satz 2 LPflegeG beteiligten Kreise oder kreisfreien Städte gesichert ist oder wird.

6.5 Unter Zugrundelegung der Entscheidung des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales nach Ziffer 6.4 erteilt die örtliche Bewilligungsbehörde einen Bescheid über die beantragte Zuwendung. Das Einvernehmen mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales gilt als hergestellt, wenn das Ministerium nicht innerhalb eines Monats nach Vorlage des Antrags Einwände erhebt. Der Bewilligungsbescheid wird wirksam, sobald sich die Zuwendungsempfängerin oder der Zuwendungsempfänger mit den Bewilligungsbedingungen einverstanden erklärt hat.

6.6 Der Nachweis über die zweckentsprechende Verwendung der gewährten Zuwendung ist gegenüber der örtlichen Bewilligungsbehörde nach Maßgabe des Bewilligungsbescheides zu führen und von dieser zu prüfen. Das abschließende Ergebnis der Prüfung ist dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales mitzuteilen.

6.7 Die Ziffern 6.4 bis 6.6 gelten sinngemäß für Maßnahmen, für die das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales als überörtliche Bewilligungsbehörde zuständig ist.

6.8 Für die Bewilligung, Auszahlung und Abrechnung der Zuwendungen sowie für den Nachweis und die

Prüfung der Verwendung sowie die gegebenenfalls erforderliche Aufhebung der Zuwendungsbescheide und die Rückforderung der gewährten Zuwendungen gelten die Verwaltungsvorschriften zu § 44 LHO einschließlich der VV-K in Verbindung mit den entsprechenden Regelungen des Landesverwaltungsgesetzes (insbesondere §§ 116, 117, 117 a LVwG), soweit nicht in diesen Richtlinien Abweichungen zugelassen worden sind.

6.9 Für die Kreise und kreisfreien Städte finden die für sie jeweils geltenden verfahrens- und haushaltsrechtlichen Bestimmungen Anwendung.

7 Übergangsregelung, Inkrafttreten

Diese Richtlinien treten am 1. September 1996 in Kraft. Sie gelten nicht für Maßnahmen, für die bis zum 31. August 1996 vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales oder von den Kreisen oder kreisfreien Städten Zuwendungen bewilligt worden sind. Ziffer 6.4 Satz 1 gilt bis zum 31. Dezember 1997 mit der Maßgabe, daß anstelle der Aufnahme in den Förderplan die Mitwirkung des Landespflegeausschusses tritt.

Amtsbl. Schl.-H. 1996 S. 606

**Vereinbarung
gemäß § 6 Abs. 2 Landespflegegesetz
über die Gewährung pauschaler Zuschüsse an ambulante Pflegedienste
zur Abgeltung laufender Aufwendungen im Sinne des § 82 Abs. 3 SGB XI**

Zwischen

dem **Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein**

und den nachstehenden **Vereinigungen der Träger von Pflegediensten**

- Arbeiterwohlfahrt Landesverband Schleswig-Holstein e. V.,
- Caritasverband für Schleswig-Holstein e. V.,
- Diakonisches Werk Schleswig-Holstein e. V. - Landesverband der Inneren Mission e. V.,
- Der Paritätische Wohlfahrtsverband - Landesverband Schleswig-Holstein e. V.,
- Deutsches Rotes Kreuz - Landesverband Schleswig-Holstein e. V.,
- Schleswig-Holsteinischer Gemeindetag (in seiner Eigenschaft als Vereinigung der gemeindlichen Pflegeeinrichtungen und der Pflegeeinrichtungen, die überwiegend im gemeindlichen Besitz sind),
- Arbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. - Landesvertretung Nordost,
- Arbeitgeberverband ambulanter Pflegedienste e. V. - Landesvertretung Schleswig-Holstein,
- Berufsverband Hauskrankenpflege in Deutschland e. V.,
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe - Landesverband Bremen, Hamburg und Schleswig-Holstein e. V.

wird im **Einvernehmen mit den Kreisen und kreisfreien Städten des Landes Schleswig-Holstein**

folgende Vereinbarung geschlossen:

§ 1

Gegenstand der Vereinbarung

Gegenstand dieser Vereinbarung ist die finanzielle Förderung der laufenden betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen und diesen gleichstehenden Aufwendungen der ambulanten Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) durch die Gewährung pauschaler Zuschüsse (Investitionskostenpauschalen) nach § 6 Abs. 2 des Landespflegegesetzes. Die Gewährung der Investitionskostenpauschalen dient der Abgeltung laufender Aufwendungen im Sinne des § 82 Abs. 3 SGB XI.

§ 2

Zuwendungsempfänger

Zuwendungsempfänger sind die Träger von Pflegediensten im Sinne des § 71 Abs. 1 SGB XI. Die Pflegedienste müssen ihren Sitz in Schleswig-Holstein haben.

§ 3

Zuwendungsvoraussetzungen

(1) Voraussetzungen für die Gewährung von Investitionskostenpauschalen sind:

1. das Vorliegen eines Versorgungsvertrages nach § 72 SGB XI und einer Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI,
2. der Verzicht des Trägers des Pflegedienstes auf die gesonderte Berechnung von Aufwendungen im Sinne des § 82 Abs. 3 SGB XI gegenüber allen pflegebedürftigen Personen und
3. das Einverständnis des Trägers des jeweiligen Pflegedienstes mit dieser Vereinbarung.

(2) Investitionskostenpauschalen werden nur gewährt, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 1 für mindestens drei volle Kalendermonate im jeweiligen Abrechnungsjahr vorliegen. Pflegedienste, die im Zeitpunkt der Antragstellung die Voraussetzungen des Absatzes 1 nicht mehr erfüllen, erhalten keine Investitionskostenpauschale.

§ 4

Art und Höhe der Zuwendungen

(1) Die Investitionskostenpauschalen werden als nicht rückzahlbare Zuschüsse in Jahresbeträgen im Wege der Festbetragsfinanzierung gewährt.

(2) Grundlage der Berechnung der Investitionskostenpauschalen ist der auf den Bereich des Elften Buches Sozialgesetzbuch und des Abschnitts 3, Unterabschnitt 10 des Bundessozialhilfegesetzes entfallende Jahresumsatz des jeweiligen Pflegedienstes einschließlich der von Selbstzahlern gezahlten Vergütungen.

(3) Für das Jahr 1996 werden die Investitionskostenpauschalen auf der Grundlage des Umsatzes des ersten Quartals 1996 zunächst vorläufig ermittelt. Als vorläufiger Jahresumsatz 1996 ist das Vierfache dieses Umsatzes zugrunde zu legen. Für Pflege-

dienste, die die Voraussetzungen des § 3 Abs. 1 erst nach dem 1. Januar 1996 erfüllt haben, ist für 1996 der auf dieses Jahr hochgerechnete Umsatz des ersten mit den Pflegekassen voll abgerechneten Quartals vorläufig zugrunde zu legen. Die endgültige Festsetzung erfolgt auf der Grundlage des Nachweises des Umsatzes für 1996 entsprechend § 5 Abs. 2.

(4) Betriebsnotwendige Aufwendungen im Sinne des § 82 Abs. 3 SGB XI des Jahres 1995 werden durch eine Pauschale in Höhe von 25 % der für 1996 zu gewährenden Investitionskostenpauschale abgegolten. Die pauschale Abgeltung von Investitionskosten für 1995 kommt nur für Pflegedienste in Betracht, die ununterbrochen seit dem 1. April 1995 Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI erbringen.

(5) Ab 1997 sind die Investitionskostenpauschalen auf der Grundlage des Vorjahresumsatzes zu gewähren. Absatz 3 Satz 3 gilt entsprechend.

(6) Für die Bemessung der Investitionskostenpauschalen werden folgende Umsatzgruppen gebildet:

a) Jahresumsätze bis	700.000,— DM	4	%,
b) Jahresumsätze bis	1.500.000,— DM	3,5	%, mindestens 28.000,— DM,
c) Jahresumsätze über	1.500.000,— DM	3	%, mindestens 52.500,— DM.

(7) Pflegedienste, die im Vorjahr durch kommunale Zuschüsse gefördert worden sind oder für die zur Deckung möglicher Unterschüsse Vereinbarungen mit kommunalen Gebietskörperschaften bestehen, erhalten eine um 20 % gekürzte Investitionskostenpauschale. Pflegedienste, denen 1995 kommunale Zuschüsse zur Deckung von Unterschüssen oder zur Sicherstellung der Gesamtfinanzierung ihrer Aufgaben gewährt worden sind, erhalten Investitionskostenpauschalen abweichend von Absatz 4 erstmals für die Zeit ab 1. Januar 1996. Die Sätze 1 und 2 beziehen sich auf den gesamten Betätigungsbereich des Trägers des Pflegedienstes; Zuschüsse nach § 7 LPflegeG und zweckgebundene kommunale Zuschüsse für gesondert vereinbarte Leistungen bleiben unberücksichtigt.

(8) Die Investitionskostenpauschalen sind unter Beachtung des § 3 Abs. 2 zeitanteilig für volle Kalendermonate zu bemessen, wenn die Voraussetzungen des § 3 Abs. 1 nicht ganzjährig vorgelegen haben.

(9) Für Pflegedienste, die Zuschüsse nach § 5 LPflegeG erhalten haben, sind die in den Bewilligungsbescheiden festgelegten Regelungen über die Höhe der Investitionskostenpauschale maßgebend.

(10) Die Investitionskostenpauschalen werden auf volle hundert Deutsche Mark abgerundet.

§ 5 Verfahren

(1) Die Investitionskostenpauschalen sind von den Trägern der Pflegedienste bei den für sie örtlich zuständigen Kreisen oder kreisfreien Städten spätestens bis zum 31. Oktober des laufenden Jahres zu beantragen, für 1996 (einschließlich der Abgeltung für 1995) bis zum 31. Dezember 1996.

(2) Der auf die Kreise und kreisfreien Städte aufzugliedernde Umsatz ist durch Testat einer Person oder einer Vereinigung nachzuweisen, die nach § 3 Steuerberatungsgesetz zu unbeschränkter Hilfeleistung in Steuersachen befugt ist. Diesem Testat steht bei Pflegediensten in kommunaler Trägerschaft oder mit kommunaler Beteiligung eine entsprechende Feststellung durch das kommunale Rechnungsprüfungsamt, bei kirchlichen Trägern durch eine entsprechende Bestätigung durch die kirchlichen Prüfungsorgane gleich. Der Umsatz kann auch durch Vorlage des vom Träger des Pflegedienstes nach der Pflege-Buchführungsverordnung zu erstellenden Jahresabschlusses mit einer ergänzenden kreisweisen Aufteilung nachgewiesen werden. In den Anträgen ist zu erklären, daß

1. eine anteilige Rückzahlung entsprechend § 4 Abs. 8 erfolgt, sofern der Pflegedienst vor Ablauf des Bewilligungsjahres seinen Betrieb einstellt,
2. die für das Land, die Kreise und kreisfreien Städte geltenden Prüfungsrechte anerkannt werden, insbesondere die des Landesrechnungshofs Schleswig-Holstein nach Art. 56 Landesverfassung sowie den §§ 88, 91 und 104 Landeshaushaltsordnung.

(3) Die Kreise und kreisfreien Städte sind berechtigt, zur stichprobenweisen Überprüfung der Angaben der Träger der Pflegedienste Einsicht in die nach den Vorschriften der Pflege-Buchführungsverordnung oder sonstigen Bestimmungen zu führenden Unterlagen und zu erstellenden Nachweise zu nehmen.

(4) Die Investitionskostenpauschalen werden spätestens zwei Monate nach Vorlage der vollständigen Antragsunterlagen ausgezahlt, für das laufende Jahr frühestens zum 30. Juni. Pflegediensten, die die Voraussetzungen des § 3 Abs. 1 erst in der zweiten Hälfte eines Jahres erfüllen, wird die für dieses Jahr zu gewährende anteilige Investitionskostenpauschale zusammen mit der für das Folgejahr gezahlt. Die Pflegedienste erhalten über die Gewährung der Investitionskostenpauschalen einen Bescheid.

(5) Spätestens bis zum 30. Juni des Folgejahres ist die vereinbarungsgemäße Verwendung der Investitionskostenpauschalen nachzuweisen. Der Verwendungsnachweis muß Angaben enthalten über

- das Vorliegen eines Versorgungsvertrages und einer Vergütungsvereinbarung,

- die Nichtberechnung von Investitionsaufwendungen gegenüber allen pflegebedürftigen Personen,
- die Dauer des Betriebs der Pflegeeinrichtung,
- die Höhe des Umsatzes nach § 4 Abs. 2 mit kreisweiser Aufteilung und
- kommunale Zuschüsse und/oder das Bestehen von Defizitdeckungsvereinbarungen.

Eine Gegenüberstellung der Gesamtaufwendungen und -erträge der Pflegeeinrichtung und ein Sachbericht sind nicht erforderlich.

(6) Soweit in dieser Vereinbarung keine abweichenden Regelungen getroffen worden sind, gelten die Verwaltungsvorschriften zu § 44 LHO sowie die für die Kreise und kreisfreien Städte maßgebenden haushalts- und verfahrensrechtlichen Vorschriften über die Gewährung öffentlicher Zuwendungen. Zu Unrecht gewährte Zuwendungen sind nach Maßgabe der §§ 116 bis 117a LVwG zu erstatten.

§ 6 Geltungsdauer¹

Diese Vereinbarung gilt auf unbestimmte Zeit. Sie kann mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende gekündigt werden. Bei Kündigung der Vereinbarung durch einzelne Verbände oder Vereinigungen gilt die Vereinbarung für die übrigen Vertragsparteien fort.

Protokollnotizen:

Zu § 4 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit § 5 Abs. 2:

Die vorläufige Ermittlung der Investitionskostenpauschalen für das Jahr 1996 kann ersatzweise auch auf der Grundlage des Jahresabschlusses 1995 oder eines Testats für den Umsatz des Jahres 1995 erfolgen. Für die endgültige Festsetzung gilt § 4 Abs. 3 letzter Satz.

Zu § 5 Abs. 4:

Die Kreise und kreisfreien Städte behalten sich vor, die Investitionskostenpauschalen für 1995 und 1996 erst 1997 auszuführen, sofern die haushaltsmäßigen Voraussetzungen für eine frühere Zahlung bis zum 31. Dezember 1996 nicht mehr geschaffen werden können.

¹ Zum Inkrafttreten der Vereinbarung vgl. Erlasse des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein vom 29. Nov. 1996 und 6. Juni 1997 - IX 503 a - 458.111-31.13.62 -

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Postfach 1121 - 24100 Kiel

Ministerium für
Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Schleswig-Holstein

Anschriften

gem. Verteiler

Ihr Zeichen / vom

50.21.11

12.9.1996

Mein Zeichen / vom

IX 503 b-

458.111-31.13-701

Telefon (0431)

988-5502

Herr Arndt

988-5670

Frau Vosgerau

Datum

10. Dezember 1996

**Förderung der ambulanten sozialpflegerischen Dienste;
Abgrenzung der Finanzierungsbereiche des Pflege-Versicherungsgesetzes, des
Landespflegegesetzes (§ 7 LPflegeG) und der kommunalen Daseinsvorsorge (§ 2
GO, § 2 KrO)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu einer Anfrage aus dem kommunalen Bereich zur Abgrenzung der Finanzierungsbereiche des Pflege-Versicherungsgesetzes, des Landespflegegesetzes (§ 7 LPflegeG) und der kommunalen Daseinsvorsorge (§ 2 GO, § 2 KrO) habe ich wie folgt Stellung genommen:

„Zur Abgrenzung der Finanzierungszuständigkeiten für die ambulanten sozialpflegerischen Dienste darf ich zunächst auf die Empfehlung des Zentralen Arbeitskreises der Sozial- und Jugendhilfeträger und freien Wohlfahrtsverbände zur Förderung der ambulanten sozialpflegerischen Dienste in Schleswig-Holstein aus dem Jahre 1995 hinweisen, insbesondere auf die Ziffern 1 und 3 sowie die Anlage (Tabelle I) dieser Empfehlung.

Praxisgerecht läßt sich diese Empfehlung auf den unterschiedlichen Entscheidungsebenen (Land, Kreise, kreisfreie Städte, Gemeinden) unter Berücksichtigung der veränderten sowie sich ggf. weiter verändernden Gegebenheiten umsetzen, wenn bei den dafür notwendigen Einzelvereinbarungen oder Richtlinien (Ziffer 5 der Empfehlung) die Aspekte

Adolf-Westphal-Straße 4
24143 Kiel
(für Frachtsendungen)
Telefon (0431) 988-0
Telefax (0431) 988-5416

Besuchszeit:
Montags bis freitags von 9-12 Uhr

- Subsidiarität,
- Wettbewerbsneutralität sowie
- Erfolgskontrolle (Effektivitäts- und Effizienzprüfung)

in sachgerechter Weise beachtet werden. Voranzustellen ist entsprechend dem primären Förderzweck dabei stets die Frage nach den konkreten Auswirkungen auf die Situation der pflege- und hilfebedürftigen Menschen als der Zielgruppe der Maßnahmen.

Die nachfolgenden Ausführungen geben insoweit die Auffassung wieder, die vom MAGS bei Anwendung der Richtlinien nach § 7 LPflegeG und vergleichbaren Förderungen zugrunde gelegt wird. Ob und in welcher Weise die Gemeinden, Kreise und kreisfreien Städte bei Anwendung des § 2 GO bzw. § 2 KrO verfahren, bleibt deren eigenständige Entscheidung. Auf die erwünschte und notwendige weitere Betätigung der Kommunen im Bereich der sozialen Daseinsvorsorge (insbesondere Förderung der sogenannten komplementären Angebote) ist in der amtlichen Begründung zu § 2 LPflegeG ausdrücklich hingewiesen worden.

Das Kriterium der Subsidiarität bedeutet in diesem Zusammenhang, daß eine Förderung nur in Betracht kommt, soweit nicht Dritte leistungspflichtig sind (vgl. Ziffer 4.2 der Richtlinien zu § 7 LPflegeG, speziell für das Land zusätzlich §§ 23 und 44 LHO). Das schließt ein, daß z. B. Leistungen, die unmittelbar oder mittelbar durch vereinbarte Entgelte z. B. nach dem SGB V, SGB XI und BSHG (mit) abgegolten werden, nicht Gegenstand freiwilliger Zuwendungen sein können. Eine besondere Bewertung ist bei Leistungswettbewerblichen Aspekten oder sonstigen besonderen Interessenlagen des Leistungsträgers zuzurechnen sind.

Dementsprechend wären für das MAGS bei zugelassenen Pflegediensten, Sozialstationen und anderen professionellen Diensten folgende im Leistungskatalog der vom 21.12.1995 (siehe Anlage) enthaltene Positionen im Rahmen der Richtlinien zu § 7 LPflegeG grundsätzlich nicht zuwendungsfähig:

1. Aufklärung über den individuellen Hilfebedarf,
2. Information über Hilfsangebote,
3. Vermittlung von anderen Diensten,
4. Beratung in allgemeinen sozialen, pflegerischen und gesundheitsbezogenen Fragen,
7. Apothekengänge,
8. Sprechstundenbegleitungen,
13. hauswirtschaftliche Hilfen und grundpflegerische Leistungen,
16. Supervision.

Eine andere Betrachtung wäre bei beratenden Hilfen denkbar, wenn es sich um trägerungebundene Maßnahmen handelt. Auch insoweit gilt aber der Grundsatz des Nachrangs öffentlicher Zuwendungen. So haben insbesondere die beitragsfinanzierten

Pflegekassen nach § 7 Abs. 2 SGB XI die Versicherten (das sind nicht nur die als pflegebedürftig anerkannten Mitglieder) und ihre Angehörigen in den mit der Pflegebedürftigkeit zusammenhängenden Fragen, insbesondere über die Leistungen der Pflegekassen sowie über die Leistungen und Hilfen anderer Träger, zu unterrichten und zu beraten. Diese gesetzliche Beratungsverpflichtung ist stets vorrangig.

Soweit es um eine allgemeine Förderung von ambulanten sozialpflegerischen Diensten im Sinne einer von konkreten Einzelleistungen losgelösten Bestandssicherung geht (z. B. als Teildefizitabdeckung), bedeutet Subsidiarität zugleich, daß Zuwendungen aus öffentlichen Mitteln nur dann in Betracht kommen, wenn die Gesamtfinanzierungssituation des jeweiligen örtlichen Dienstes dieses erfordert. Dabei ist stets auf alle Leistungsbereiche der jeweiligen Einrichtung abzustellen. Es wäre nicht zu rechtfertigen, lediglich defizitäre Bereiche in die notwendige Prüfung einzubeziehen. Im übrigen geht die Inanspruchnahme vorhandener Rücklagen öffentlichen Zuwendungen grundsätzlich vor. Eine Defizitabdeckung müßte unter Wettbewerbs- und Kostengesichtspunkten zudem so ausgestaltet sein, daß sie die Träger von Pflegediensten nicht davon freistellt, die bei eintretender Unterdeckung notwendigen Anpassungen in angemessener Zeit eigenständig vorzunehmen. Für zugelassene Pflegeeinrichtungen ist zusätzlich der nach § 82 Abs. 5 SGB XI vorgesehene Abzug von Betriebskostenzuschüssen durch die Pflegekassen zu beachten.

Die in dem Katalog vom 21.12.1995 enthaltenen Positionen

9. Fahrdienste zur Ermöglichung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft,
10. vorbeugende Angebote, z. B. Ernährungs- und Gesundheitsberatung,
11. Mobilisation und Kommunikation: Spaziergänge mit Patienten, Bewegungsübungen, Vorlesen und Gedächtnistraining,
12. Organisation und Durchführung von Angehörigengruppen/ Gesprächskreisen sowie
15. Unterstützung von Selbsthilfegruppen

können m. E. ebenso wenig wie die bereits zuvor erwähnten Positionen eine allgemeine Förderung rechtfertigen. Eine Förderung sollte auch in diesen Fällen unter dem nachstehend erläuterten Aspekt der Erfolgskontrolle regelmäßig nur auf der Grundlage von fest umschriebenen und mit den Zuwendungsgebern vereinbarten Projekten erfolgen. Maßnahmen im Sinne der Positionen 12 und 15 könnten dabei im Einzelfall vorbehaltlich des Vorrangs von Leistungen nach § 45 SGB XI durchaus auch unter die Richtlinien nach § 7 LPflegeG (Ziffer 2.2 Buchst. b und c) fallen.

Offen bleibt auch eine Bewertung der Positionen 5 (helfende Gespräche), 6 (Lebenshilfe bei schweren Erkrankungen und Sterbefällen), und 14 (psychosoziale Hilfen, speziell nach der Entlassung von Patienten aus Kliniken). Als Grundlage für eine von Einzelfällen losgelöste Pauschalförderung dürfte dieser enge Leistungsausschnitt m. E. regelmäßig nicht ausreichen. Auch insoweit sollten konkrete Projekte und eine an tatsächlichen Leistungen orientierte Bezuschussung vereinbart werden. Dabei wäre zusätzlich zu berücksichtigen, daß diese Hilfen teilweise zu den Leistungen gehören, die einzelne

Träger aufgrund ihres karitativen Auftrags bzw. christlichen Selbstverständnisses und ihrer Tradition seit jeher eigenständig erbringen.

Das Kriterium der Wettbewerbsneutralität entspricht den Regelungsprinzipien des SGB XI und des Landespflegegesetzes. Sicherzustellen ist, daß bei der Gewährung von öffentlichen Zuwendungen alle Träger/Trägergruppen gleichbehandelt werden. Der Zugang zu Fördermöglichkeiten nach § 7 LPflegeG muß allen Trägern und Diensten in gleicher Weise offenstehen. Entscheidend ist stets die Förderfähigkeit der Maßnahme selbst. Die gebotene Wettbewerbsneutralität schließt allerdings nicht aus, bei Fördermaßnahmen die besondere Kompetenz, die Akzeptanz auf örtlicher Ebene, eine über Jahre nachgewiesene Verlässlichkeit und eine bewährte partnerschaftliche Zusammenarbeit in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen.

Die notwendige Erfolgskontrolle (Effektivitäts- und Effizienzprüfung) erfordert die Findung und Festlegung von Überprüfungskriterien, um entsprechend den zwischenzeitlich auch im öffentlichen Bereich üblichen Vorgehen die Zielerreichung meßbar und die Verwendung öffentlicher Mittel transparent zu machen. Im Rahmen meiner Mitwirkung an Förderentscheidungen nach den Richtlinien zu § 7 LPflegeG werde ich hierauf mein besonderes Augenmerk richten. Die für eine Erfolgskontrolle notwendige Bestimmung von Überprüfungskriterien ist zusammen mit dem Subsidiaritätsprinzip besonders geeignet, einen sach- und zielgerechten sowie zugleich wirtschaftlichen Einsatz öffentlicher Fördermittel zu gewährleisten. Darüber hinaus sind dadurch wertvolle Erkenntnisse für die diskutierte Ablösung öffentlicher Zuwendungen durch Leistungsentgelte zu erwarten. Ich würde es begrüßen, wenn diese Zielrichtung auch im Rahmen der Maßnahmen nach § 2 GO bzw. § 2 KrO unterstützt würde.“

Ich gebe Ihnen hiervon Kenntnis mit der Bitte, die von mir vertretene Grundposition zur Abgrenzung der Finanzierungsbereiche des Pflege-Versicherungsgesetzes, des Landespflegegesetzes und der kommunalen Daseinsvorsorge (§ 2 GO, § 2 KrO) bei Anträgen nach § 7 LPflegeG zu beachten.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrage


Hans-Werner Krah

Anlage

Leistungen außerhalb des Finanzierungsbereichs des SGB V / XI

1. Aufklärung über den individuellen Hilfebedarf
2. Information über Hilfsangebote
3. Vermittlung von anderen Diensten, z.B. Mahlzeitendienste, Hausnotruf, Küren etc.
4. Beratung in allgemeinen sozialen pflegerischen und gesundheitsbezogenen Fragen (keine Rechtsberatung)
5. Helfende Gespräche
6. Lebenshilfe bei schweren Erkrankungen und Sterbefällen
7. Apothekengänge
8. Sprechstundenbegleitungen
9. Fahrdienste zur Ermöglichung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Begegnungen, kulturelle Angebote etc.)
10. vorbeugende Angebote, z.B. Ernährungs- und Gesundheitsberatung, prakt. Hilfen zur Lebensbewältigung
11. Mobilisation und Kommunikation: Spaziergänge mit Patienten, Bewegungsübungen, Vorlesen und Gedächtnistraining
12. Organisation und Durchführung von Angehörigengruppen / Gesprächskreisen (z.B. Krebsnachsorge, Alzheimerpatienten)
13. Hauswirtschaftliche Hilfen und grundpflegerische Leistungen, wenn weder eine Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI noch nach SGB V besteht und dennoch ein Hilfebedarf gegeben ist (Selbstzahlung u. BSHG-Ansprüche nicht berücksichtigt)
14. Psychosoziale Hilfen, speziell Hausbesuche nach der Entlassung von Patienten aus Kliniken
15. Unterstützung von Selbsthilfegruppen
16. Supervision

Vergütungen für

a) ambulante Pflegedienste (organisierte Anbieter)

b) ambulante Pflegedienste (nicht organisierte Anbieter)

Leistungs-komplex	Bezeichnung	Inhalte	Punkte a) b)	Preise a) 01.08.1995 0,077 DM	Preise a) 01.03.1996 0,078 DM	Preise b) 01.07.1995 0,075 DM
0	Tagespauschale (maximal 1 x täglich)	Pauschale für Reisekosten der Pflegekraft (nicht abrechenbar bei Servicehäusern)		6,25	6,32	5,50
1	Kleine Morgen- / Abendtoilette	1. Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes 2. An- / Auskleiden 3. Teilwaschen 4. Mund- und Zahnpflege 5. Kämmen	250	19,25	19,50	18,75
2	Kleine Morgen- / Abendtoilette	1. An- / Auskleiden 2. Teilwaschen 3. Mund- und Zahnpflege 4. Kämmen	200	15,40	15,60	15,00
3	Große Morgen- / Abendtoilette	1. Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes 2. An- / Auskleiden 3. Waschen / Duschen / Baden 4. Rasieren 5. Mund- und Zahnpflege 6. Kämmen	450	34,65	35,10	33,75
4	Große Morgen- / Abendtoilette	1. An- / Auskleiden 2. Waschen / Duschen / Baden 3. Rasieren 4. Mund- und Zahnpflege 5. Kämmen	400	30,80	31,20	30,00
5	Lagerung / Betten	1. Bett machen / richten 2. Lagerung / Mobilisierung	100	7,70	7,80	7,50
6	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	1. Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung 2. Hilfe beim Essen und Trinken 3. Hygiene im Zusammenhang mit der Nahrungs- aufnahme	250	19,25	19,50	18,75
7	Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG)	1. Aufbereitung der Sondennahrung 2. Verabreichung der Sondenkost	250	19,25	19,50	18,75
8	Darm- und Blasenentleerung	1. An- / Auskleiden 2. Hilfen / Unterstützung bei der Blasen- und / oder Darmentleerung 3. Teilwaschen	100	7,70	7,80	7,50

Leistungs-komplex	Bezeichnung	Inhalte	Punkte a) b)	Preise a) 01.08.1995 0,077 DM	Preise a) 01.03.1996 0,078 DM	Preise b) 01.07.1995 0,076 DM
9	Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	1. An- / Auskleiden im Zusammenhang mit dem Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung 2. Treppensteigen	70	5,39	5,46	5,25
10	Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	1. Begleitung bei Aktivitäten, bei denen das persönliche Erscheinen erforderlich und ein Hausbesuch nicht möglich ist (keine Spaziergänge, kulturelle Veranstaltungen) (maximal 3 x im Monat)	600	46,20	46,80	45,00
11	Beheizen der Wohnung	1. Beschaffung und Entsorgung des Heizmaterials 2. Heizen	90	6,93	7,02	6,75
12	Reinigung der Wohnung	1. Reinigen des allgemein üblichen Lebensbereiches 2. Trennung und Entsorgung des Abfalls (Der tägliche Leistungsanspruch kann zusammengefaßt werden)	90	6,93	7,02	6,75
13	Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung	1. Wechseln der Wäsche 2. Pflege der Wäsche und Kleidung (z. B. auch Bügeln, Ausbessern) 3. Einräumen der Wäsche (maximal 360 Punkte pro Woche)	360	27,72	28,08	27,00
14	Einkaufen	1. Erstellen eines Einkaufs- und Speiseplanes 2. das Einkaufen von - Lebensmitteln - sonstigen notwendigen Bedarfsgegenständen der Hygiene und hauswirtschaftlichen Versorgung z. B. Gesichtsscreme und Putzmittel 3. Unterbringung der eingekauften Gegenstände in der Wohnung / Vorratsschrank (maximal 2 x pro Woche / kann im Einzelfall zusammengefaßt werden)	150	11,55	11,70	11,25
15	Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht bei Essen auf Rädern)	1. Kochen 2. Spülen 3. Reinigen des Arbeitsbereiches (Punktzahl pro Tag: 270)	270	20,79	21,06	20,25
16	Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen	1. Zubereitung 2. Spülen 3. Reinigen des Arbeitsbereiches (bis zu 2 x täglich) (bis zu 3 x täglich bei Essen auf Rädern)	60	4,62	4,68	4,50
17	Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI	1. Beratung 2. Hilfestellung 3. Kurzmittellung (Punktzahl pro Einsatz: 400)	400	30,80	31,20	30,00
18	Erstbesuch	1. Anamnese 2. Pflegeplanung (Punktzahl pro Einsatz: 400)	400	30,80	31,20	30,00

Ab 01.07.1996:
Pflegestufen 1 und 2
incl. Tagespauschale
30,00 DM