

Bundesrepublik Deutschland

Antwort der Bundesregierung

zum

FRAGEBOGEN

des Ausschusses für Sozialschutz

"zur Gesundheitsversorgung und

Langzeitpflege älterer Menschen"

1. Zugang

1.1. Gesundheitsversorgung

1.1.1. Mechanismen für die Gewährleistung der Zugänglichkeit

In Deutschland hat sich ein öffentlich-rechtliches Krankenversicherungssystem entwickelt, das seine Angelegenheiten innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen weitgehend autonom regelt und unabhängig vom staatlichen Budget wirtschaftet (**Selbstverwaltungsprinzip**). Die Versicherungsträger dieses Systems finanzieren sich – anders als in staatlichen Gesundheitssystemen, die aus allgemeinen Steuermitteln über das Staatsbudget finanziert werden – durch gesonderte Beiträge. In einem solidarisch finanzierten Krankenversicherungssystem werden die Beiträge nach der Leistungsfähigkeit der Versicherten (Höhe des Einkommens) bemessen und die Leistungen unabhängig von der finanziellen Leistungsfähigkeit des Einzelnen nach dem gesundheitlichen Bedarf und einem einheitlichen Leistungskatalog zur Verfügung gestellt. Durch eine solche Beitragsgestaltung, die nicht vom Versicherungsrisiko abhängig ist, wird ein Solidarausgleich gewährleistet, in dem Gesunde für Kranke, Junge für Alte, Alleinstehende für Familien und Gutverdienende für weniger Begüterte eintreten (**Solidarprinzip**).

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden als Sachleistungen gewährt (**Sachleistungsprinzip**). Ausgenommen davon sind freiwillige Versicherte, die entsprechend dem Statut ihrer Krankenkasse die Kostenerstattung gewählt haben (**Kostenerstattungsprinzip**).

Versicherte haben Anspruch auf Leistungen

- zur Früherkennung von Krankheiten,
- zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung sowie zur Empfängnisverhütung, bei Sterilisation und bei Schwangerschaftsabbruch
- zur Behandlung einer Krankheit
- zur medizinischen Rehabilitation.

Ferner besteht Anspruch auf Sterbegeld.

Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Grundsätzlich werden im Rahmen des Sachleistungssystems die gesamten Behandlungskosten abgedeckt. Wer als freiwillig Versicherter die Kostenerstattung gewählt hat, muss allerdings für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen Abschläge vom Erstattungsbetrag hinnehmen. Alle Versicherten jedoch, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und nicht unter bestimmte Ausnahmeregelungen (z.B. sozial Schwache, Chroniker) fallen, müssen zu bestimmten Leistungen Zuzahlungen leisten (Arznei-, Heil- u. Hilfsmittel, Krankenhausaufenthalt, Rehabilitationsmaßnahmen, Zahnersatz, Fahrtkosten).

Die gesetzliche Krankenversicherung umfasst nicht die gesamte Bevölkerung, sondern nur die als schutzbedürftig angesehene Personenkreise und deren Familienangehörige. Versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung sind insbesondere Arbeitnehmer mit einem Arbeitsentgelt bis zur Jahresarbeitsentgeltgrenze (im Jahr 2002 40.500 €). Bezieher von Arbeitslosengeld oder Arbeitslosenhilfe, Behinderte, Studenten, Landwirte, Künstler und Publizisten sind unter im einzelnen näher bestimmten Voraussetzungen versicherungspflichtig.

Rentner sind Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens 9/10 der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder über ein Mitglied familienversichert waren.

Pflichtmitglieder können nach Ende der Versicherungspflicht bei Vorliegen der notwendigen Vorversicherungszeiten die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung als freiwillige Mitgliedschaft (Versicherungsberechtigung) fortsetzen.

Erfüllen Rentner die Voraussetzungen für die Pflichtmitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner nicht, kann die bestehende Mitgliedschaft als freiwilliges Mitglied fortgesetzt werden. Rentner, die weder versicherungspflichtig noch versicherungsberechtigt sind, sind in der Regel Mitglied eines privaten Krankenversicherungsunternehmens.

Von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erfasst werden Selbständige (mit Ausnahme der Landwirte sowie der Künstler und Publizisten). Diese können eine bestehende gesetzliche Krankenversicherung jedoch als freiwillige Mitgliedschaft fortsetzen, wenn sie die hierfür erforderlichen Vorversicherungszeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllen.

Für Beamte, Richter und Soldaten gibt es besondere Krankenversicherungssysteme. Eine bestehende gesetzliche Krankenversicherung kann aber auch von diesen Personengruppen unter den allgemeinen Voraussetzungen (Vorversicherungszeit) weitergeführt werden (**siehe Anlage 1**).

Für ältere Menschen, die eine Rente beantragt haben, gibt es keine solchen Regelungen. Insbesondere gibt es keine an das Einkommen gebundene Versicherungspflichtgrenze wie bei Arbeitnehmern. Die in der gesetzlichen Krankenversicherung bestehende Beitragsbemessungsgrenze bewirkt, dass Krankenversicherungsbeiträge nur von einem Einkommen bis zu dieser Grenze (im Jahr 2002: 3375 € monatlich) gezahlt werden müssen. Darüber liegendes Einkommen ist nicht beitragspflichtig.

1.1.2. Bewertung

Im System der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland haben alle gesetzlich Krankenversicherten den gleichen Krankenbehandlungsanspruch, d.h. es gibt weder Wartelisten noch regionale oder einkommensbezogene Ungleichheiten. Damit ist die Zugänglichkeit in der Gesundheitsversorgung einschließlich fachärztlicher Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung für alle Versicherten gleich umfassend gegeben.

1.1.3. Herausforderungen

Gegenwärtig ist in der gesetzlichen Krankenversicherung sowohl der schutzbedürftige Personenkreis vom System erfasst als auch die Zugänglichkeit in der Gesundheitsversorgung für alle Versicherten gleich umfassend gegeben. Eine besondere Herausforderung bei der Gewährleistung der Zugänglichkeit ist deshalb nicht erkennbar.

1.1.4. Geplante strategische Änderungen

Was den Zugang zu den Leistungen anlangt so sind sich alle am Gesundheitswesen beteiligten Gruppen und Verbände einig, am einheitlichen Leistungskatalog festzuhalten. Das bleibt auch die Auffassung der Bundesregierung. Hinsichtlich des Erfassungsbereichs der gesetzlichen Krankenversicherung wird es jedoch durch die Anhebung der Pflichtversicherungsgrenze eine Ausweitung des umfassten Personenkreises geben.

Nachdem in den vergangenen Jahren durch verschiedene Maßnahmen die Voraussetzungen für einen stärkeren Wettbewerb unter den Kassen geschaffen worden sind, wird mit der nächsten Gesundheitsreform durch eine Flexibilisierung des Vertragsrechts dem Wettbewerb auf der Leistungserbringerseite eine Chance gegeben.

1.2. Langzeitpflege

1.2.1. Zugänglichkeit der Langzeitpflege

Mit der am 1. Januar 1995 eingeführten Pflegeversicherung ist die soziale Absicherung von Pflegebedürftigen umfassend verbessert und auf eine neue Grundlage gestellt worden. Sie wurde im Wesentlichen mit folgenden Zielsetzungen eingeführt:

- a) Mit der Pflegeversicherung soll das Risiko der Pflegebedürftigkeit vergleichbar den Versicherungen gegen Krankheit, Unfall und Arbeitslosigkeit sowie zur Sicherung des Alterseinkommens sozial abgesichert werden.
- b) Die Pflegeversicherung soll dazu beitragen, die aus der Pflegebedürftigkeit entstehenden physischen, psychischen und finanziellen Belastungen zu mildern. Sie soll eine Grundversorgung sicherstellen, die im Regelfall ausreicht, die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken, und dadurch gewährleisten, dass in der weit überwiegenden Zahl der Fälle die Betroffenen aufgrund der Pflegebedürftigkeit nicht mehr auf Sozialhilfe angewiesen sind.
- c) Die Leistungen der Pflegeversicherung orientieren sich an den Grundsätzen „Prävention und Rehabilitation vor Pflege“, „ambulante vor stationärer Pflege und teilstationäre vor vollstationärer Pflege“. Die Pflegeversicherung stellt vorrangig Hilfen zur häuslichen Pflege zur Verfügung, um den Pflegebedürftigen möglichst lange das Verbleiben in der gewohnten häuslichen und familiären Umgebung zu ermöglichen.

Konzeption der Pflegeversicherung

Mit dem Pflege-Versicherungsgesetz wurde entsprechend dem Grundsatz „**Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung**“ für die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen eine soziale Pflegeversicherung unter dem Dach der Krankenkassen und für privat krankenversicherte Personen eine private Pflege-Pflichtversicherung eingeführt. Der Versicherungsschutz der Pflegeversicherung erfasst nahezu die gesamte Bevölkerung. Wer nicht erfasst wird, hatte inzwischen eine befristete Möglichkeit, der Pflegeversicherung freiwillig beizutreten.

Die private Pflegeversicherung hat zu gewährleisten, dass ihre Leistungen denen der sozialen Pflegeversicherung entsprechen. Die private Pflegeversicherung muss angemessene Bedingungen und Prämien vorsehen. Nach den gesetzlich vorgegebenen sozialverträglichen Rahmenbedingungen für die Durchführung der privaten Pflege-

Pflichtversicherung darf beispielsweise die Höchstprämie grundsätzlich nicht höher sein als der Höchstbeitrag in der sozialen Pflegeversicherung.

Die Pflegeversicherung stellt ihrem Wesen nach eine Grundsicherung dar. Wenn die betragsmäßig begrenzten Leistungen der Pflegeversicherung zur Sicherstellung der Pflege nicht ausreichen, sichert die Sozialhilfe bei Bedürftigkeit sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich in Ergänzung zur Pflegeversicherung den gesamten pflegerischen Bedarf einschließlich der Kosten für Unterkunft sowie Investitionskosten des Pflegebedürftigen ab. Die Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz tritt mit (ergänzenden) Leistungen ein, wenn dem Pflegebedürftigen die Finanzierung der Kosten aufgrund seiner Einkommens- und Vermögensverhältnisse nicht zuzumuten ist.

Das Nebeneinander der Leistungen der Pflegeversicherung und sonstiger Sozialleistungen für die Pflege ist wie folgt geregelt: Entschädigungsleistungen gehen den Leistungen der Pflegeversicherung vor. Ansprüche fürsorglicher Natur, also Ansprüche, die von einer finanziellen Bedürftigkeitsprüfung abhängen (z.B. Sozialhilfe, Kriegsopferfürsorge), sind gegenüber den Leistungen der Pflegeversicherung nachrangig und haben in Einzelfällen eine ergänzende Funktion.

Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind vorrangig; die Pflegekassen sind verpflichtet, auf die Erbringung dieser Leistungen, vor allem der Rehabilitationsleistungen, hinzuwirken.

Leistungsberechtigte

Pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung sind Personen, 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. Personen mit geistigen oder seelischen Krankheiten oder Behinderungen sind denjenigen gleichgestellt, die an einer körperlichen Erkrankung oder Behinderung leiden. Der maßgebliche Hilfebedarf erstreckt sich auf die Bereiche der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und auf die hauswirtschaftliche Versorgung. Die Feststellung, ob und in welchem Umfang Pflegebedürftigkeit vorliegt, erfolgt aufgrund einer Begutachtung - in der Regel im häuslichen Bereich - durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Die Leistungen der Pflegeversicherung richten sich nach dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit. Die Pflegebedürftigen werden folgenden drei Pflegestufen zugeordnet:

- ◆ Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- ◆ Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- ◆ Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Ausschlaggebend für die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen ist der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Hilfeleistungen in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität (Grundpflege) sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

Der Zeitaufwand muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

- ◆ in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
- ◆ in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
- ◆ in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Pflegebedürftige der Pflegestufe III können darüber hinaus in besonders gelagerten Einzelfällen als Härtefall anerkannt werden, wenn die Grundpflege für den Pflegebedürftigen auch des Nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden kann oder Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens sieben Stunden täglich, davon wenigstens zwei Stunden in der Nacht, erforderlich ist.

Leistungen

Die Pflegeversicherung sieht Leistungen für die häusliche, die teilstationäre und die vollstationäre Pflege vor. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind nicht abhängig

vom Einkommen oder Vermögen des Versicherten. Die Leistungen können die Versicherten erst nach einer Vorversicherungszeit erhalten, seit dem 01.01.2000 müssen Versicherte in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung mindestens 5 Jahre versichert gewesen sein.

Leistungen in der häuslichen Pflege

Die Pflegesachleistungen in der häuslichen Pflege (Pflegeeinsätze durch von den Pflegekassen zugelassene ambulante Pflegedienste) sind nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit gestaffelt, und zwar im Wert von monatlich:

- ◆ für erheblich Pflegebedürftige (Stufe I) bis zu 384 €,
- ◆ für Schwerpflegebedürftige (Stufe II) bis zu 921 €,
- ◆ für Schwerstpflegebedürftige (Stufe III) bis zu 1.432 €, wobei in besonderen Härtefällen die Sachleistungen bis zu 1.918 € betragen können.

Anstelle dieser Pflegesachleistungen kann der Pflegebedürftige ein Pflegegeld in Anspruch nehmen, wenn die Pflege durch Angehörige sichergestellt wird:

- ◆ 205 € für erheblich Pflegebedürftige,
- ◆ 410 € für Schwerpflegebedürftige,
- ◆ 665 € für Schwerstpflegebedürftige.

Pflegegeld und Pflegesachleistungen können auch anteilig kombiniert werden.

Von besonderer Bedeutung ist die Verbesserung der Alterssicherung der Pflegepersonen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen wenigstens 14 Stunden wöchentlich in seiner häuslichen Umgebung pflegen, und wegen der Pflege nicht oder zumindest nicht mehr als 30 Stunden wöchentlich erwerbstätig sind. Die Pflegekassen entrichten für diese Pflegepersonen Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung und zwar in Höhe von derzeit bis zu 358,32 € monatlich. Dabei richtet sich die Höhe der Beiträge nach dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit und dem sich daraus ergebenden Umfang notwendiger Pflegetätigkeit. Außerdem ist die Pflegetätigkeit in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen. Durch die Alterssicherung und die gesetzliche Unfallversicherung ist die Pflegetätigkeit weitgehend einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung gleichgestellt.

Als weitere Leistungen zur Unterstützung der häuslichen Pflege sind vorgesehen:

- ◆ Erstattung von Betreuungskosten für demenziell erkrankte Pflegebedürftige bis zu 460 € pro Kalenderjahr, wobei die Mittel zweckgebunden für Leistungen der Tages- und Nachtpflege, der stationären Kurzzeitpflege und niedrighschwellige Betreuungs-

angebote zu verwenden sind, also für qualitätsgesicherte aktivierende Betreuungsangebote,

- ◆ Übernahme der Kosten für eine Ersatzpflegekraft einmal jährlich für bis zu vier Wochen für bis zu 1.432 €,
- ◆ Tages- und Nachtpflege je nach Pflegestufe bis zu 1.432 € monatlich,
- ◆ stationäre Kurzzeitpflege zur Überwindung von Krisensituationen bis zu vier Wochen pro Kalenderjahr bis zu 1.432 €,
- ◆ Pflegehilfsmittel und Zuschüsse zum pflegebedingten Umbau der Wohnung,
- ◆ Unentgeltliche Schulungskurse in der Pflege für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen.

Leistungen in der stationären Pflege

Bei stationärer Pflege übernimmt die Pflegeversicherung die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sowie bis zum 31.12.2004 die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege pauschal je nach Pflegestufe in Höhe von 1.023 €/1.279 €/1.432 € monatlich. Für Schwerstpflegebedürftige stehen zur Vermeidung von Härten in Ausnahmefällen bis zu 1.688 € monatlich zur Verfügung. Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung trägt der Pflegebedürftige. Die Finanzierung der Investitionskosten der Pflegeeinrichtungen obliegt den Bundesländern. Soweit die Länder diese nicht in vollem Umfang tragen, werden sie den Pflegebedürftigen gesondert in Rechnung gestellt.

Für pflegebedürftige Behinderte in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe beteiligt sich die Pflegeversicherung pauschal in Höhe von 10 % des Heimentgelts, höchstens jedoch bis 256 € monatlich an den Heimkosten. Die darüber hinausgehenden Kosten trägt bei Bedürftigkeit - wie bisher - die Sozialhilfe, da der Zweck dieser Einrichtung hauptsächlich in der Eingliederung der Behinderten liegt.

Finanzierung der Leistungen der Pflegeversicherung

Soziale Pflegeversicherung

Die Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung erfolgt im Umlageverfahren durch Beiträge. Zwischen den sozialen Pflegekassen gibt es einen umfassenden Finanzausgleich. Es gelten im wesentlichen dieselben Regelungen über die Beitragsbemessung und Beitragszahlung wie in der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Beitragssatz beträgt bundeseinheitlich 1,7 % der beitragspflichtigen Einnahmen (z.B. bei Arbeitnehmern des Bruttolohns). Die Einnahmen werden bis zu einer gesetzlich festgelegten Grenze zur Beitragsbemessung herangezogen (Beitragsbemessungsgrenze). Wegen der geltenden Beitragsbemessungsgrenze beträgt im Jahr 2002 der Höchstbeitrag

57,38 € monatlich. Die Beiträge werden grundsätzlich von den Versicherten und den Arbeitgebern je zur Hälfte (also je 0,85 %) aufgebracht. Bei Rentnern trägt die Rentenversicherung die Hälfte des Beitrags. Die Beiträge für Arbeitslose trägt die Bundesanstalt für Arbeit.

Unverzichtbar war es, die durch die hälftige Beitragstragung entstehende Belastung der Arbeitgeber auszugleichen und eine Erhöhung der Lohnnebenkosten zu vermeiden. Der Grundsatz der hälftigen Beitragstragung ist deshalb an die Bedingung geknüpft worden, dass das jeweilige Bundesland, in dem der Arbeitnehmer beschäftigt ist, einen Feiertag abschafft. Nur im Bundesland Sachsen ist dies nicht der Fall, deshalb müssen dort die Arbeitgeber nicht 0,85 %, sondern nur 0,35 % des Bruttogehalts ihres Arbeitnehmers als ihren Beitragsanteil tragen.

Unterhaltsberechtigter Kinder und Ehegatten, deren monatliches Gesamteinkommen die Geringfügigkeitsgrenze nicht übersteigt (325 €), sind im Rahmen der Familienversicherung beitragsfrei mitversichert.

Private Pflege-Pflichtversicherung

Die Finanzierung der privaten Pflege-Pflichtversicherung erfolgt im Rahmen eines Kapitaldeckungsverfahrens. Die Prämien richten sich nicht nach dem Einkommen des Versicherten. Die Versicherungsunternehmen kalkulieren aufgrund vom Gesetzgeber vorgegebener sozialer Rahmenbedingungen im Wesentlichen nur nach dem Alter des Versicherten.

Beschäftigte, die privat versichert sind, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Prämienzuschuss, der in der Höhe auf den Arbeitgeberanteil in der sozialen Pflegeversicherung begrenzt ist, höchstens jedoch auf die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte tatsächlich für seine private Pflege-Pflichtversicherung zahlt. Beihilfeberechtigte erhalten anstelle des Arbeitgeberzuschusses die Beihilfeleistung.

Pflegeinfrastruktur

Durch eine Verstärkung der Investitionsförderung der Bundesländer einerseits und durch Schaffung neuer Rahmenbedingungen für das Tätigwerden der Leistungserbringer (Pflegeheime, Sozialstationen, und sonstige ambulante Dienste) andererseits sind die Voraussetzungen für den Auf- und Ausbau eines ausreichenden, möglichst flächendeckenden, qualitativen Versorgungsangebots geschaffen worden.

Die Einführung der Pflegeversicherung hat zu einem Ausbau der pflegerischen Infrastruktur im ambulanten Bereich von ca. 4.000 Einrichtungen auf rd. 13.000 Einrichtungen

gen und im stationären Bereich von etwa 4.300 auf rd. 9.000 vollstationäre Pflegeeinrichtungen geführt. Vor diesem Hintergrund ist derzeit von einer quantitativ ausreichenden Pflegeinfrastruktur in der Bundesrepublik Deutschland auszugehen, so dass für alle Versicherten ein uneingeschränkter Zugang zur Langzeitpflege gewährleistet ist.

Sicherstellung der pflegerischen Versorgung durch Verträge der Kostenträger mit Einrichtungen

Die Pflegekassen haben den gesetzlichen Auftrag, im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Pflegekassen schließen zu diesem Zweck Versorgungsverträge zur Zulassung mit den Trägern von Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten, die auch die Einführung eines betriebsinternen Qualitätsmanagements umfassen. Die einrichtungsindividuellen, vertraglichen Vereinbarungen, die durch bundes- oder landesweite Rahmenempfehlungen und Vereinbarungen und Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität der Vereinbarungspartner der Pflegeselbstverwaltung ergänzt werden, stellen sicher, dass die stationären und die ambulanten Pflegeeinrichtungen den versicherten Pflegebedürftigen die Pflegesachleistungen in geeigneter Weise zur Verfügung stellen. Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen sowie die dafür zu entrichtenden Vergütungssätze richten sich nach den Vereinbarungen mit den Kostenträgern. Dabei ist die Besonderheit zu beachten, dass die Leistungssätze der Pflegekassen der Höhe nach begrenzt sind, während die Vereinbarungspartner mit Wirkung für und gegen die Pflegebedürftigen höhere Vergütungssätze vereinbaren können. Die Einrichtungen können daher Vergütungsanteile, die die Leistungssätze der Pflegeversicherung übersteigen, den Pflegebedürftigen selbst in Rechnung stellen.

1.2.2. Bewertung

Die Versicherten erhalten durch ihre Beitrags- bzw. Prämienzahlungen einen Rechtsanspruch darauf, dass sie Hilfe erhalten, wenn sie einmal pflegebedürftig werden. Dabei spielt die wirtschaftliche Lage des Versicherten keine Rolle, denn die Leistungen der Pflegeversicherung werden einkommens- und vermögensunabhängig erbracht. Die Pflegeversicherung kennt keine Rationierung von Leistungen bzw. Beschränkungen beim Zugang zur Langzeitpflege etwa in Form von Wartelisten bei der Leistungsgewährung.

Sofern es bei der Inanspruchnahme, beispielsweise stationärer Pflegeeinrichtungen, zu Wartezeiten auf einen Pflegeplatz kommt, liegt die Ursache vorrangig in der Ausübung des Rechts der Pflegebedürftigen im Angebot aller zugelassenen Pflegeeinrichtungen

frei wählen zu können. Entscheiden sich mehr Pflegebedürftige für eine bestimmte stationäre Einrichtung als dort Plätze vorhanden sind, dann kann eine Aufnahme in diesem ausgewählten und gewünschten Heim naturgemäß erst bei entsprechend freier Platzkapazität erfolgen. Dieser Sachverhalt ist also kein Problem der Leistungsgewährung der Pflegeversicherung, da die vorhandene Pflegeinfrastruktur in ausreichendem Maße die Inanspruchnahme anderer zugelassener Einrichtungen im Einzugsbereich des Pflegebedürftigen ermöglicht.

1.2.3. Herausforderungen

Der Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung ist allen Versicherten in der Bundesrepublik Deutschland bei Erfüllung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen möglich. Insoweit kann auf die Ausführungen unter 1.2.2. verwiesen werden. Die demografische Entwicklung lässt für die Zukunft eine Weiterentwicklung der Pflegeinfrastruktur erwarten, um der Nachfrage an stationären Pflegeplätzen nachzukommen.

Es müssen bedarfsgerechte Versorgungsformen in der ambulanten und stationären Pflege vorgehalten bzw. geschaffen werden, damit insbesondere die sich aus der demografischen Entwicklung ergebenden Konsequenzen, wie die Zunahme des Anteils der Hochaltrigen, die Zunahme der demenziell Erkrankten, die Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen, die Zunahme von Single-Haushalten, der Wegfall familiärer Pflegepotentiale sowie die notwendige Bereitstellung einer ausreichenden Zahl von Pflege- und Betreuungskräften bei gleichzeitigem Rückgang der Zahl jüngerer Erwerbstätiger, bewältigt werden können.

Mit dem zum 1.1.2002 in Kraft getretenen Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz ist bereits ein erster entscheidender Schritt zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte in der Pflegeversicherung getan. So werden nun Mittel der sozialen und privaten Pflegeversicherung sowie der Länder oder Kommunen in Höhe von insgesamt 25 Mio. € jährlich zur Förderung des Aus- und Aufbaus von sogenannten niedrigschwelligen Betreuungsangeboten eingesetzt werden sowie zur Förderung von Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige.

Dabei sollen vor allem Möglichkeiten einer stärker integrativ ausgerichteten Versorgung Pflegebedürftiger ausgeschöpft und in einzelnen Regionen Möglichkeiten einer wirksamen Vernetzung aller für die Pflegebedürftigen erforderlichen Hilfen zur Verbesserung ihrer Versorgungssituation erprobt werden. Ebenso sollen personenbezogene Budgets kombiniert mit Case-Management-Strukturen erprobt werden. Zudem sollen geeignete,

humane neue Wohnformen gestützt und weiterentwickelt werden. Dies gilt insbesondere für die Entwicklung neuer Wohnformen für demenziell erkrankte Pflegebedürftige.

1.2.4. Geplante strategische Änderungen

Bei allen an der Pflege Beteiligten besteht weitgehend Einvernehmen darüber, dass die Pflegeversicherung auf der Grundlage der bisherigen Erfahrungen und unter Berücksichtigung der demografiebedingten Herausforderungen, aber auch unter Berücksichtigung der vorgegebenen finanziellen Rahmenbedingungen weiterentwickelt werden muss. Eine besondere Herausforderung stellt die Pflege und Betreuung von Menschen mit sog. eingeschränkter Alltagskompetenz (also z.B. mit Alzheimer Erkrankung) dar. Dieser Personenkreis bedarf der besonderen Fürsorge der Gemeinschaft, damit eine qualifizierte Pflege und Betreuung, die den besonderen Bedürfnissen dieses Personenkreises Rechnung trägt, sichergestellt werden kann. Die Pflegeversicherung muss diese Zielsetzung bei der künftigen Ausgestaltung ihrer Leistungen im Rahmen des finanziell Machbaren verstärkt berücksichtigen und die Situation der demenziell Erkrankten und ihrer Angehörigen in weiteren Schritten verbessern.

Der gegenwärtige und künftige Umfang der pflegerischen Versorgung in Deutschland, die quantitative und vor allem qualitative Sicherung und Weiterentwicklung des gesamten Versorgungsangebotes, der Schutz der Belange und Interessen der Pflegebedürftigen sowie die Frage, welche konkreten Beiträge die Pflegeversicherung hierzu leisten kann oder soll, sind wichtige gesamtgesellschaftliche Themen, die verstärkt diskutiert und einer angemessenen Lösung zugeführt werden müssen. Insbesondere mit Blick auf die demografische Entwicklung und den sich daraus ergebenden Konsequenzen - wie beispielsweise die zu erwartende Zunahme älterer Pflegebedürftiger mit gerontopsychiatrischen Veränderungen - ist es erforderlich, die Pflege und ihre Rahmenbedingungen zu überprüfen und zukunftsorientiert zu gestalten. Vor diesem Hintergrund müssen in einem konstruktiven Dialog die erforderlichen weiteren Schritte zur Fortentwicklung der Pflegeversicherung sowie der sonstigen Rahmenbedingungen für die Pflege und Betreuung gemacht werden. Dabei geht es zunächst u.a. um folgende Maßnahmen:

- a) Die mit den jüngsten, am 01.01.2002 in Kraft getretenen Änderungsgesetzen im Bereich der Pflegeversicherung (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz und Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz) neu geschaffenen Instrumentarien - wie beispielsweise die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen bzw. die Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote für Demenziell Erkrankte - müssen in der Praxis zügig umgesetzt werden.

- b) Die Entwicklung neuer Versorgungs- und Betreuungsformen der häuslichen, teilstationären und vollstationären Pflege muss gezielt weiter gefördert werden. Sie müssen sich an den berechtigten Ansprüchen, Erwartungen und Wünschen der Pflegebedürftigen orientieren und sie in die Lage versetzen, trotz ihrer Einschränkungen ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht.
- c) Für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege sollte durch neue Regelungen im Pflege- und Krankenversicherungsrecht (SGB XI, SGB V) in größerem Umfang modellhaft die Einführung systemgrenzenüberschreitender personenbezogener Budgets ermöglicht werden, um eine integrierte Versorgung der Pflegebedürftigen zu erreichen.

2.2 Qualität

2.1. Gesundheitsversorgung

2.1.1. Standards

Ein wichtiges Element der gesetzlichen Vorschriften ist die Verpflichtung zur Qualitätssicherung. Die Einführung von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung führt zugleich zur Verbesserung der Transparenz von Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsdienstleistungen. Dabei sind durch das Sozialgesetzbuch V allgemeine Anforderungen an die Qualität der Leistungen festgelegt worden. Die Ausgestaltung im Einzelnen obliegt den jeweiligen Vertragspartnern im Gesundheitswesen. Von Seiten der ärztlichen Selbstverwaltung gibt es derzeit – bezogen auf einzelne Krankheiten – das Bemühen um die Entwicklung nationaler Versorgungsleitlinien. Eine erste Leitlinie zu Diabetes mellitus Typ 2 liegt bereits vor. Weitere Leitlinien sind in Erarbeitung.

Im System der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland ist die Zugänglichkeit zu fachärztlichen Leistungen für alle Versicherten gleich umfassend gegeben. Im stationären Bereich bestehen Überkapazitäten an Krankenhausbetten, und zwar in regional unterschiedlichem Umfang. Der Zugang zu medizinisch notwendigen akutstationären Leistungen ist also im Hinblick auf die Krankenhauskapazitäten gesichert.

Mit der Neufassung der gesetzlichen Vorschriften hat die Bundesregierung wichtige Veränderungen für eine stärkere Patientenorientierung durch Verbesserung der Information und Transparenz sowie der Stärkung individueller und kollektiver Beteiligungsrechte initiiert.

Zur Verbesserung der Patienteninformation wurden beispielsweise die Spitzenverbände der Krankenkassen verpflichtet, Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung im Rahmen von Modellvorhaben zu fördern.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber der GKV-Reform 2000 der besonderen Bedeutung der Selbsthilfe in diesem Bereich durch die Verpflichtung der Krankenkassen Rechnung getragen, Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen finanziell mit 35 Mio. € jährlich zu unterstützen.

Als zentraler Punkt erfolgte zudem zum einen eine Verstärkung der individuellen Beteiligung von Patientinnen und Patienten beispielsweise durch die integrierte Versorgung, zum anderen die erstmalige Einführung kollektiver Beteiligungsrechte für Patientenvertreter und Patientenorganisationen durch die GKV-Gesundheitsreform 2000.

Dringender aktueller Handlungsbedarf für ein „Patientenschutzgesetz“, in dem die Patientenrechte definiert sind, besteht nach überwiegender Auffassung der Bundesregierung nicht. Das materielle Arzthaftungsrecht, wie es insbesondere durch die Rechtsprechung seine Ausformung gefunden hat, stellt einen im Wesentlichen vernünftigen Interessenausgleich zwischen Ärzte- und Patientenbelangen dar und vermag als Richterrecht mit der notwendigen Flexibilität auf den Fortschritt in der medizinischen Wissenschaft am besten zu reagieren.

Um die Patienten über ihre bestehenden Rechte zu informieren, wird derzeit unter Federführung der Bundesministerien für Gesundheit und Justiz eine Patientencharta erarbeitet, in der Rechte und Pflichten der Patienten und Ärzte im Behandlungsverhältnis in verständlicher Form zusammengefasst sind. Dadurch soll auch die Akzeptanz und Anerkennung dieser Rechte, insbesondere durch die Leistungserbringer, gefördert werden.

In Zukunft sollen Patientenrechte bei allen Einzelgesetzen, die Patienten betreffen beachtet und dadurch die Verbesserung der Patientenrechte im deutschen Gesundheitssystem weiterhin gestärkt werden.

2.1.2. Bewertung

Auf der Grundlage der gesetzlichen Vorschriften haben die Partner der jeweiligen Selbstverwaltung Maßnahmen der Qualitätsbewertung etabliert. Insbesondere im Bereich der stationären Versorgung gibt es eine bundeseinheitliche Bewertung der Behandlungsqualität. Hierbei haben die jeweiligen Vertragspartner – orientiert an Tracer-Diagnosen – vergleichende Maßnahmen der Qualitätssicherung entwickelt. Bei Quali-

tätsdefiziten - auch im Vergleich der Einrichtungen untereinander - können gezielte weitere Maßnahmen bis hin zu Sanktionen im Sinne von Vergütungsabschlägen ergriffen werden. Im Übrigen sind die stationären Einrichtungen zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements sowie zur Erstellung eines in regelmäßigen Abständen zu veröffentlichenden Qualitätsberichtes verpflichtet. Auch im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung gibt es entsprechende Qualitätssicherungsmaßnahmen. Grundlage der Qualitätsbewertung sind in der Regel Qualitätsindikatoren, die von den jeweiligen Beteiligten bestimmt werden.

2.1.3. Förderung der Qualitätsverbesserung

Nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) haben die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Eine spezielle Förderung von „Leistungen guter Qualität“ gibt es darüber hinaus nicht. Die gesetzlichen Vorschriften zur Qualitätssicherung führen u. a. zu einem verstärktem Wettbewerb um eine gute Qualität zwischen den Leistungserbringern. Eine Einschränkung hinsichtlich der Gesundheitsversorgung älterer Menschen existiert nicht.

2.1.4. Herausforderungen

Insbesondere durch die gesetzlichen Neuregelungen, mit denen die stationären Einrichtungen zu einem internen Qualitätsmanagement verpflichtet wurden, ist herausgestellt worden, dass das Bemühen um eine gute Qualität einen stetigen Verbesserungsprozess der Leistungserbringer bedarf. Ein solchen Prozess zu initiieren ist derzeit eine wichtige Aufgabe der Leistungserbringer insbesondere im stationären Bereich. Darüber hinaus hat ein Sachverständigenratsgutachten im Auftrag der Bundesregierung nachgewiesen, dass verstärkt die vorhandenen Defizite in Folge von Unter-, Über- und Fehlversorgung abgebaut werden sollten. Vor diesem Hintergrund gibt es zur Zeit zahlreiche Initiativen wie z.B. die Einführung von Disease Management Programmen für chronisch Kranke, die zu einer Verbesserung der Versorgung führen sollen.

2.1.5. Geplante strategische Änderungen

Ein wesentlicher Schwerpunkt ist die Neueinführung von Disease-Management-Programmen für bestimmte chronische Krankheiten. Ab 1.7.2002 wird für Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs durch diese Programme eine qualitativ bessere Versorgung der betroffenen Patienten ermöglicht. Hierbei wird auch angestrebt, vorhandene Defizite der Unter-, Über- und Fehlversorgung abzubauen. Die Disease-Management-Programme sind außerdem für die Krankheiten Diabetes mellitus Typ 1, Koronare Herzkrankheit und Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen vorgesehen.

2.2. Langzeitpflege

2.2.1. Standards

Vertragliche und gesetzliche Regelungen

Grundsätzlich müssen alle Pflegeeinrichtungen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Kenntnisse pflegen, versorgen und betreuen, wobei Inhalt und Organisation der Leistungen eine menschenwürdige und aktivierende Pflege sicherzustellen haben. Das bedeutet für alle zugelassenen ambulanten, voll- oder teilstationären Pflegeeinrichtungen, dass unabhängig von sonstigen Rahmenbedingungen eine an den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen ausgerichtete pflegerische Versorgung und Betreuung zu gewährleisten ist.

Das deutsche Pflegeversicherungssystem ist gekennzeichnet durch den Vorrang der Selbstverwaltung, bestehend aus den Kosten- und Einrichtungsträgern bzw. deren Verbänden (vgl. 1.2.1.). Bereits 1995/1996 haben sich diese Vertragsparteien auf Bundesebene auf Maßstäbe und Grundsätze zur Qualität und Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung geeinigt. Inhalt dieser Vereinbarungen sind vor allem Anforderungen an die Qualitätssicherung und die Qualifikation der leitenden Pflegekräfte. Darüber hinaus treffen die Vertragspartner in Rahmenverträgen auf der Ebene der einzelnen Bundesländer Regelungen unter anderem über den Inhalt der von den zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu erbringenden Leistungen und auch zur erforderlichen Personalausstattung.

Hinzu kommen die Vorschriften nach dem Heimgesetz zur Durchführung der staatlichen Aufsicht in Heimen. Das Heimgesetz beinhaltet vielfältige Mindestvorgaben und -anforderungen an den Betrieb von Pflegeheimen sowie deren bauliche Ausstattung und schreibt beispielsweise zur Personalausstattung vor, dass im Bereich der pflegerischen Betreuung mindestens die Hälfte der eingesetzten Kräfte Pflegefachkräfte sein müssen.

Die Sicherstellung einer menschenwürdigen und fachlich anspruchsvollen pflegerischen Versorgung der Bevölkerung erfordert ein effizientes und zielorientiertes Zusammenwirken von Bund, Ländern, Kommunen, Kostenträgern und Einrichtungsträgern insbesondere bei der Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege. Hierzu bedarf es nicht nur ausreichend qualifizierter und engagierter Pflegekräfte, sondern auch der Entwicklung von Pflege- und Qualitätsstandards, die allgemein anerkannt und fachlich abgesichert sind. Die Entwicklung solcher Standards durch Sachverständige wird verstärkt durch die Bundesregierung gefördert. Hierzu gehören zur Zeit die Standards

zur Dekubitusprophylaxe, zur Kontinenzförderung, zur Sturzprophylaxe und zur Verhinderung von Mangelernährung.

Einheitliche Anforderungen werden allerdings nicht nur für pflegerische Leistungen selbst für erforderlich gehalten, sondern auch für den Bereich der Qualifikation der Pflegekräfte. Zur Sicherung einer bundeseinheitlichen Ausbildung und zur Verbesserung des Berufsbildes der Altenpflegerin und des Altenpflegers wurde daher im Jahr 2001 daher das Altenpflegegesetz verabschiedet (dessen Inkrafttreten allerdings wegen eines Verfahrens vor dem Bundesverfassungsgerichts noch aussteht). Hinzu kommt die Anpassung der Berufe in der Krankenpflege an die neuen Berufsanforderungen durch den Gesetzentwurf über die Neuordnung der Berufe in der Krankenpflege. Damit wird einer nicht nur auf das Krankenhaus begrenzten professionellen Pflege im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Pflege- und Lebenssituationen des familiären und sozialen Umfelds Rechnung getragen.

Rechte der Pflegebedürftigen

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen die pflegebedürftigen Menschen darin unterstützen, trotz ihres Hilfebedarfes ein Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht und ihren Wünschen entgegenkommt. Das Recht der Pflegeversicherung orientiert sich in diesem Zusammenhang an folgenden Grundsätzen:

- ◆ Achtung des Selbstbestimmungsrechts des Pflegebedürftigen
- ◆ weitreichende Wahlrechte zwischen den Leistungsarten und zwischen den Leistungsanbietern
- ◆ umfassende Beratungs- und Informationspflichten der Pflegekassen
- ◆ Anspruch auf Abschluss eines schriftlichen Pflegevertrages im ambulanten Bereich
- ◆ Beteiligung der Pflegebedürftigen an Vereinbarungen zwischen Kostenträgern und Heimträgern
- ◆ Beteiligung von Verbänden der Pflegebedürftigen an bundesweiten oder landesweiten Verträgen der Selbstverwaltung, bestehend aus Kostenträgern und Einrichtungsträgern
- ◆ Schutz der persönlichen Daten des Pflegebedürftigen
- ◆ Unterstützung der Pflegebedürftigen gegenüber der Pflegeeinrichtung bei Pflegemängeln
- ◆ Ersatzansprüche des Pflegebedürftigen bei mangelhafter Pflege

Das Heimrecht sichert Mitwirkungs- und Mitgestaltungsrechte der Bewohnerinnen und Bewohner bei stationärer Versorgung. Insbesondere die Arbeit der Heimbeiräte hat sich in der Praxis bewährt. Das neue Heimgesetz und die Novelle der Heimmitwirkungsverordnung verbessern z.B. durch die Möglichkeit der Einbeziehung von Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen der Bewohnerinnen und Bewohner in den Heimbeirat die Voraussetzungen zur Bildung des Heimbeirates und erweitern seine Rechtsstellung. Dadurch wird eine neue Kultur der Interessenvertretung im Heim geschaffen.

2.2.2. Qualitätsüberwachung und -förderung

Pflege durch zugelassene Pflegedienste und Pflegeheime

Die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenversicherung (MDS) aus über 7.600 Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen seit Einführung der Pflegeversicherung haben ergeben, dass der Stand der Umsetzung und Implementierung der Qualitätsanforderungen nach dem Pflegeversicherungsrecht höchst unterschiedlich in den Pflegeeinrichtungen entwickelt ist. Viele Einrichtungen arbeiten seit Jahren auf hohem Qualitätsniveau und bringen zur Förderung der Qualität einrichtungsintern Instrumente zur Qualitätsförderung zur Anwendung. Es gibt aber auch Einrichtungen, bei denen ein Nachholbedarf bzw. Qualitätsprobleme bestehen.

Die Bundesregierung hat zur Fortentwicklung der Qualität der pflegerischen Leistungen mehrere Bundesgesetze auf den Weg gebracht, die zum 1. Januar 2002 in Kraft getreten sind. Darin sind Regelungen vorgesehen, die insbesondere die Rahmenbedingungen für das Leben und Wohnen im Heim mit dem Ziel verändern sollen, einen besseren Schutz für die Bewohnerinnen und Bewohner im Heim zu erreichen. Das neue Heimgesetz und das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz legen die Grundlage für eine verbesserte interne und externe Qualitätssicherung in den Einrichtungen der Langzeitpflege. Die in diesen Gesetzen vorgesehenen Regelungen werden dazu beitragen, Pflegefehler und Missstände zu vermeiden sowie die jeweils angemessene personelle Ausstattung sicherzustellen.

Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz ist von der Erkenntnis und der darauf gestützten Philosophie geprägt, dass Qualität von innen heraus - aus der Eigenverantwortung der Einrichtungsträger und aus der Mitverantwortung der Leistungsträger - entwickelt werden muss.

Primär sind die Träger der Pflegeeinrichtungen für die Sicherung und für die Weiterentwicklung der Qualität ihrer ambulanten, teil- oder vollstationären Leistungen verant-

wortlich. Daher sieht das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz nicht nur die Pflicht für jede zugelassene stationäre Pflegeeinrichtung und für jeden Pflegedienst vor, ein umfassendes, einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln; die Träger sind darüber hinaus verpflichtet, in regelmäßigen Abständen die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen durch bei den Pflegekassen anerkannten, unabhängigen Sachverständigen oder Prüfstellen durch die Vorlage eines sog. Leistungs- und Qualitätsnachweises nachzuweisen.

Parallel dazu bleibt es bei der externen Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen durch Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und im stationären Bereich zudem bei den staatlichen Kontrollen durch die für die Heimaufsicht zuständigen Stellen. Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen haben auf Verlangen der Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung die Prüfung der erbrachten Leistungen und deren Qualität durch Einzelprüfungen, Stichprobenprüfungen und vergleichende Prüfungen jederzeit, mit und ohne Anmeldung, zu ermöglichen. Das neue Heimgesetz hat die Heimaufsicht gestärkt und ihr Eingriffsinstrumentarium verbessert. Die Heimaufsicht hat in der Regel mindestens ein Mal pro Jahr eine Prüfung vorzunehmen. Die Prüfung kann angemeldet und unangemeldet - falls erforderlich auch zur Nachtzeit - erfolgen.

Verletzt eine ambulante, teil- oder vollstationäre Pflegeeinrichtung ihre gesetzlich vorgeschriebenen oder vertraglich vereinbarten Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung, stehen den Landesverbänden der Pflegekassen nicht nur Sanktionsinstrumente, wie der Entzug der Zulassung zur pflegerischen Versorgung, zur Verfügung. Sie können auch eine umgehende Mängelbeseitigung verlangen und/oder die vereinbarten Pflegevergütungen rückwirkend zugunsten der betroffenen Pflegebedürftigen oder ihrer Kostenträger kürzen. Außerdem ist die Heimaufsicht bei gravierenden Verstößen gegen Bestimmungen des Heimgesetzes befugt, den Betrieb eines Heims zu untersagen, wenn andere Anordnungen nicht ausreichen.

Häusliche Pflege durch nahestehende Personen

Der größte Teil der Pflegebedürftigen wird nach wie vor in der häuslichen Umgebung durch Angehörige oder Freunde versorgt und nimmt keine Leistungen von professionellen Pflegediensten in Anspruch, sondern Pflegegeld. Zur Sicherstellung der Qualität der Pflege durch nahestehende Personen sind neben den bereits unter 1.2.1 aufgeführten Leistungen etwa zum pflegebedingten Umbau der Wohnung oder den Pflegekursen für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen vor allem folgende Maßnahmen vorgesehen:

- a) Pflegegeld wird grundsätzlich nur dann gewährt, wenn mit ihm die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise sichergestellt wird. Ob dies der Fall ist, wird vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung nicht nur bei der Erstuntersuchung im Rahmen der Feststellungen über das Vorliegen der Pflegebedürftigkeit, sondern auch bei den gesetzlich vorgeschriebenen Wiederholungsbegutachtungen, die ebenfalls in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden, überprüft.
- b) Zudem müssen Pflegebedürftige, die Pflegegeld erhalten, in regelmäßigen Abständen (in der Pflegestufe III vierteljährlich, in den Pflegestufen I und II halbjährlich) einen Pflegeeinsatz durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung abrufen. Anlässlich dieser Pflegeeinsätze können Defizite in der häuslichen Pflege frühzeitig erkannt und Maßnahmen zur Verbesserung der häuslichen Pflegesituation ergriffen werden. Die Pflegeeinsätze dienen gleichzeitig auch dem Schutz der pflegenden Angehörigen. So kann z.B. die Pflegefachkraft, die frühzeitig eine gesundheitliche Überforderung der Pflegeperson feststellt, die betroffenen Familien gezielt dahingehend beraten, dass im konkreten Einzelfall eine Kombination von Pflegegeldbezug und Inanspruchnahme von Pflegeeinsätzen durch zugelassene ambulante Dienste der individuellen Situation des Pflegebedürftigen besser gerecht würde.

2.2.3. Herausforderungen

Auf Grund der demografischen Entwicklung ist mit einer Zunahme der Zahl pflegebedürftiger Menschen zu rechnen, insbesondere mit einer Zunahme von pflegebedürftigen Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz.

Vor diesem Hintergrund ist es zur Sicherung einer pflegerischen Versorgung auf hohem qualitativen Niveau vor allem erforderlich, dass

- ◆ angemessen ausgebildetes Personal in ausreichender Zahl zur Verfügung steht,
- ◆ einrichtungsinterne Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung weiter vorangetrieben werden sowie
- ◆ die Pflegeeinrichtungen durch entsprechende vertragliche Vereinbarungen mit den Kostenträgern in die Lage versetzt werden, ihre Verantwortung für die pflegerische Versorgung wahrnehmen zu können.

Die neuen gesetzlichen Regelungen (im Altenpflegegesetz und im Entwurf des Krankenpflegegesetzes) sind daher darauf ausgerichtet, die Ausbildungssituation in der Pflege zu verbessern und die Attraktivität des Berufsbildes zu erhöhen. Die gesetzlichen Neuregelungen im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz haben zum Ziel, im Interes-

se einer nachhaltigen und dauerhaft wirksamen Qualitätsentwicklung, die einrichtungs-internen Instrumente zur Qualitätssicherung auszubauen und die externen Prüfungen zu optimieren. Ferner werden die Vertragsinstrumente verbessert und effektiviert, um insbesondere im Bereich der stationären Versorgung sicherzustellen, dass die individuellen Versorgungs- und Leistungsstrukturen der Einrichtungen noch stärker als bislang berücksichtigt werden. Dabei sehen die neuen Regelungen vor, dass bei den vertraglichen Vereinbarungen insbesondere auch der Aufwand für die Versorgung dementiell erkrankter Pflegebedürftiger in Pflegeheimen in den sog. Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen zu berücksichtigen ist.

2.2.4. Geplante strategische Änderungen

Nach gemeinsamer Auffassung der Hauptbeteiligten kommt es derzeit - unabhängig von generellen Fragen wie beispielsweise der Ausgestaltung künftiger Versorgungsformen - zur Qualitätssicherung vorrangig darauf an, die neuen gesetzlichen Instrumente in der Praxis anzuwenden und umzusetzen.

3. Langfristige Finanzierbarkeit

3.1. Gesundheitsversorgung

3.1.1. Kosten und Finanzierung

Der Gesundheitsschutz ist in Deutschland für ca. 89 % der Bevölkerung über die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckt. Diese finanziert sich im wesentlichen durch einkommensproportionale Beitragssätze der Mitglieder bis zur Beitragsbemessungsgrenzen von derzeit 3375 € pro Monat. Beschäftigte mit Löhnen und Gehältern bis zu dieser Einkommensgrenze sind Pflichtversicherte, Beschäftigte mit höherem Einkommen können sich für eine freiwillige Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung entscheiden. Dies sind zur Zeit rd. 13 %. Familienangehörige ohne eigenes Einkommen sind in der gesetzlichen Krankenversicherung mitversichert, ohne dass sie eigene Beiträge entrichten müssten. Das System basiert grundsätzlich auf dem Solidar- ausgleich zwischen

- ◆ Mitgliedern mit hohem und Mitgliedern mit niedrigerem Einkommen
- ◆ zwischen gesunden und kranken Menschen
- ◆ zwischen jungen und alten Menschen
- ◆ zwischen Alleinverdienern und Familien.

Bei abhängig Beschäftigten wird der Beitrag je zur Hälfte von Arbeitgebern und Arbeitnehmern gezahlt. Die Mitglieder und Versicherten haben unabhängig von der Höhe der gezahlten Beiträge Anspruch auf gleiche Leistungen. Für beitragsfrei mitversicherte Ehegatten oder Kinder werden allerdings keine Einkommensersatzleistungen (Krankengeld) gezahlt. Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst alle präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen, die notwendig sind, um Krankheiten vorzubeugen, die Gesundheit wieder herzustellen oder Behinderung zu vermeiden. Die Leistungen sind qualitätsgerecht und wirtschaftlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts zu erbringen.

Knapp 10 % der Bevölkerung ist privat versichert. Im Unterschied zur gesetzlichen Krankenversicherung werden bei der Privaten Krankenversicherung risikoäquivalente Beiträge für jeden Versicherten erhoben. Überdies kann der abgesicherte Leistungsumfang individuell differieren.

Wer nicht Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist oder keine private Krankenversicherung abgeschlossen hat, erhält Hilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), wenn er bedürftig ist. Die Leistungen der Hilfe bei Krankheit entsprechen grundsätzlich den Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse.

3.1.2. Kostentrends

Gemäß den Berechnungen des Statistischen Bundesamtes sind die Gesamtausgaben für Gesundheit von 1992 bis zum Jahr 2000 real um 12,3 % gewachsen. Vor dem Hintergrund, dass sich der Preisindex für die Lebenshaltung aller privaten Haushalte im gleichen Zeitraum um 16,7 % erhöht hat, ist diese Entwicklung als moderat einzustufen.

Bei der Beurteilung der Entwicklung ist zu berücksichtigen, dass die Berechnungen auf dem Basisjahr 1992 aufsetzen, weil in diesem Jahr erstmals nach der Wiedervereinigung Deutschlands valide Zahlen vorlagen. Aufgrund der Folgekosten der Wiedervereinigung war bis 1995 der Anstieg der Gesundheitsausgaben besonders hoch. Überdies wurde ab 1995 stufenweise und zeitversetzt die Finanzierung ambulanter und stationärer Pflegeleistungen im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung eingeführt. Hierdurch wurde der Leistungsumfang deutlich erweitert, was deutlichere Ausgabenzuwächse erklärt. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung wurden insbesondere durch das Beitragsentlastungsgesetz und die GKV-Neuordnungsgesetze und darin enthaltenen Leistungsbeschränkungen und Zuzahlungsanhebungen (s. Zeitreihe StaBu) abgebremst, die im Jahr 1997 zu einem nur geringfügigen Anstieg der Gesundheitsausgaben führten. Trotz einer Absenkung der Zuzahlungen für Arzneimittel und

Leistungserweiterungen - insbesondere im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung - nach dem Regierungswechsel des Jahres 1998 waren die Zuwachsraten bis zum Jahr 2000 vergleichsweise moderat.

Im Jahr 2001 hat die gesetzliche Krankenversicherung als Hauptträger der Gesundheitsausgaben auf der Grundlage der vorläufigen Finanzergebnisse mit einem Defizit von rd. 2,8 Mrd. € abgeschlossen. Für das Jahr 2002 ist von einem durchschnittlichen Beitragssatz von 14 % auszugehen, der um 0,4 Beitragssatzpunkte höher liegt als im Jahresdurchschnitt 2001. Hierdurch ergeben sich rechnerisch rd. 3,5 Mrd. € Mehreinnahmen, deren Volumen größer ist als zum Ausgleich des Defizits erforderlich. Für den Arzneimittelbereich, der zu den Hauptkostentreibern gehört, ist aufgrund von gesetzlichen Neuregelungen mit Einsparungen von mehr als 1 Mrd. € im Laufe des Jahres 2002 zu rechnen. Auch auf der Basis der Ausgabendaten des ersten Quartals 2002 ergibt sich vor dem Hintergrund zu erwartender Einnahmesteigerungen ab dem zweiten Quartal weiterhin die Perspektive für ein zum Jahresende ausgeglichenes Finanzergebnis in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Hinsichtlich der langfristigen Finanzierbarkeit von Gesundheitsleistungen mit Blick auf eine alternde Gesellschaft stehen in der aktuellen Gesundheitspolitik Deutschlands die weitere Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung sowie die Stärkung von Prävention im Vordergrund. Die beigefügten Daten über die finanzielle Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, die eine Differenzierung zwischen Mitgliedern und Versicherten der allgemeinen Krankenversicherung und der Krankenversicherung der Rentner vornimmt, zeigen vergleichsweise moderate Ausgabenanstiege und nur geringe Verschiebungen in der Relation beider Bereiche (**siehe Anlage 2**).

Aus Sicht der Finanzierung ist darauf hinzuweisen, dass die Finanzierung über einkommensproportionale Beitragssätze mit jährlicher Steigerung der Beitragsbemessungsgrenze jederzeit Anpassungen bei wachsendem Finanzierungsbedarf ermöglicht. Aktuell wird eine Anhebung der Versicherungspflichtgrenze für neue Versicherungsverhältnisse auf das Niveau der Rentenversicherungsgrenze (z.Zt. 4500 € pro Monat) unter Beibehaltung der Beitragsbemessungsgrenze von z.Z. 3375 € pro Monat diskutiert. Hiermit soll sowohl die Solidargemeinschaft durch eine Erweiterung des pflichtversicherten Personenkreises weiter gestärkt werden als auch langfristigen Herausforderungen einer älter werdenden Bevölkerung begegnet werden.

Steigerungen von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung werden vor allem durch die schrittweise Einführung von Disease-Management-Programmen (DMP) für chronisch Kranke erwartet. Die erforderlichen gesetzlichen Maßnahmen wurden bereits ergriffen, aktuell wird die Umsetzung in die Wege geleitet. Auf der Grundlage des jüngsten Gutachtens des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, der eine Schwachstellenanalyse der Versorgung bei wesentlichen chronischen Erkrankungen vorgelegt hat, ist von erheblichen Wirtschaftlichkeitsreserven auszugehen. Diese Wirtschaftlichkeits- und Qualitätspotenziale sollen mit den DMP's, der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems im Krankenhaus (DRG's), der Stärkung leitliniengerechter Behandlung und weiteren Maßnahmen zur bedarfsgerechten Ausgestaltung des Leistungsumfangs und der Leistungserbringung mittel- und langfristig gehoben werden.

3.1.3. Kostendämpfungsmechanismen

Die Erhebung von Gebühren und Zuzahlungen sind Maßnahmen, die zumindest theoretisch zur Kostendämpfung beitragen können. In Deutschland gibt es allerdings in der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Allgemein- oder Fachärzte und Zahnärzte keinerlei Gebühren. Für die anderen Leistungsbereiche (z.B. Krankenhaus, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Zahnersatz) gibt es unterschiedliche Zuzahlungsregelungen. Diese werden durch Härtefallregelungen sozial abgefedert. Chronisch Kranke oder Personen mit niedrigem Einkommen werden hierdurch teilweise oder vollständig von Zuzahlungen befreit. Zusätzlich sind Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr vollständig von Zuzahlungen befreit, solange sie kein eigenes Einkommen haben. Im Jahr 2000 waren ca. 13 Mio. Kinder und Jugendliche vollständig sowie rd. 11 Mio. Versicherte aufgrund der Härtefallregelungen von Zuzahlungen ganz oder teilweise befreit.

Zuzahlungsregelungen haben allerdings nach den bisherigen Erfahrungen nur eine begrenzte ausgabensteuernde Wirkung bei den Krankheitskosten. Ein signifikantes Beispiel dafür ist der Arzneimittelbereich, in dem trotz stark erhöhter Zuzahlungen in den 90er Jahren die Ausgaben exorbitant gestiegen sind. Betrug die Arzneimittelausgaben im Jahr 1993 noch 14,2 Mrd. €, so stiegen sie im vergangenen Jahr bereits auf 22,3 Mrd. €, d.h. in 8 Jahren um rd. 50 %.

Krankenkassen und Leistungserbringer haben bei ihren Vereinbarungen über die Vergütung den Grundsatz der Beitragsatzstabilität zu beachten, sind also vom Gesetz her dazu angehalten, die Kostenentwicklung zu beachten. Der Gesetzgeber „fördert“ diesen Prozess durch Vorgaben für sektorale Budgets (mit Ausnahme Arzneimittel). Im Arz-

neimittelbereich verständigen sich Kassen und Ärzte seit diesem Jahr auf Zielvereinbarungen zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben.

Mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 sind integrierte Versorgungsformen mit Einzelverträgen möglich geworden, die zu einer besseren Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung und damit zu mehr Effektivität führen sollten. Durch die Gewährung von Boni können seither Versicherte zur Inanspruchnahme von bestimmten Versorgungsformen (Integrationsversorgung, Hausarztmodell) angehalten werden und damit einen Kostendämpfungsbeitrag leisten.

Die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen bzw. der Krankenhausausschuss (das sind Einrichtungen, in den Vertreter der Ärzte, der Krankenkassen und der Krankenhäuser gemeinsam beschließen) unterstützen die Leistungserbringer durch Richtlinien im Hinblick auf eine wirtschaftliche Leistungserbringung. Wirtschaftlichkeitsprüfungen im ambulanten und stationären Bereich sowie eine Bedarfsplanung in beiden Bereichen gehören zu weiteren Mechanismen, die zur Kostendämpfung beitragen können.

Im Arzneimittelbereich werden durch die aut-idem-Regelung Ärzte und Apotheker zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise angehalten. Zur Kostendämpfung tragen auch Festbeträge für Arznei- und Hilfsmittel bei.

Auch eine gezielte Präventionspolitik kann Kosten senken. Aus dem jüngsten Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen geht hervor, dass in Deutschland generell von einem hohen Präventionspotenzial ausgegangen werden muss. Vor allem die Präventionspotenziale bei Kindern, chronisch Kranken und älteren Menschen werden unterschätzt.

Das BMG will den eher krankheitsorientierten Begriff der Prävention durch den gesundheitsorientierten Begriff der Gesundheitsförderung ergänzen und die Förderung der Gesundheit zu einem Leitbild der Gesundheitspolitik und zu einer 4. Säule - neben der therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Versorgung - ausbauen. Mittel- und langfristig ist davon auszugehen, dass eine verstärkte Präventionsorientierung gerade bei chronischen Erkrankungen dazu beiträgt, beschwerdefreie Lebensphasen zu verlängern und die Schwere von Krankheitsschüben zu lindern, wodurch Behandlungsbedarf reduziert wird. Dies führt zur Steigerung der Lebensqualität von Betroffenen und zur Senkung der Gesundheitsausgaben.

Die Umorientierung zu mehr Prävention hat die Bundesregierung durch die Gesundheitsreform 2000 eingeleitet. Mit der Novellierung des § 20 SGB V sind den Krankenkassen wieder erweiterte Handlungsspielräume in der Primärprävention, der betrieblichen Gesundheitsförderung und Selbsthilfeförderung eingeräumt worden. Hinzu kommen die ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation gemäß § 43 SGB V als Angebot der Tertiärprävention, womit Patientenschulungen initiiert werden können. Erfolge sind bereits bei der Verhütung von Zahnerkrankungen durch die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben in den §§ 21 und 22 SGB V (Individual- und Gruppenprophylaxe) erzielt worden. Die medizinische Sinnhaftigkeit von Früherkennungsprogrammen gemäß §§ 25 und 26 SGB V (Gesundheitsuntersuchung/check-up und Krebsfrüherkennungsuntersuchung) stehen außer Frage. Zur Steigerung der bislang zu schwachen Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen wurden Initiativen und Aufklärungsaktivitäten ergriffen.

Zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung ist am 11. Juli 2002 in Deutschland zu den Themen Vernetzung, Koordinierung, Transparenz, Zielorientierung, Ausnutzung von Präventionspotenzialen, Innovation und Finanzknappheit ein „Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung“ eingerichtet worden. Aufgabe des Forums ist es u.a., den Aufbau und die Steuerung einer neuen, auf Dauer angelegten Organisationsstruktur „Prävention und Gesundheitsförderung“ vorzubereiten. Hierzu gehört auch die Akquirierung finanzieller Mittel inner- und außerhalb des Gesundheitswesens sowie Prioritätensetzungen zur Durchführung von Präventionskampagnen. Um die Transparenz für Anbieter und Nutzer von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu verbessern, soll eine Kommunikations- und Informationsplattform errichtet werden, an der sich alle Mitglieder des Forums beteiligen werden.

3.1.4. Herausforderungen

Zu den künftigen Herausforderungen des Gesundheitswesens gehören in Deutschland - wie sicherlich in allen europäischen Staaten - die Konsequenzen der demografischen Entwicklung sowie des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts. Hierbei steht das Bestreben eines bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Angebots an gesundheitlichen Leistungen im Vordergrund.

3.1.5. Geplante strategische Änderungen

Bei der Bewältigung der o.g. künftigen Herausforderungen ist aus Finanzierungssicht auf das Bestreben einer Stärkung und Stabilisierung der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung hinzuweisen. Neben der bereits beschriebenen Reformoption einer Anhebung der Versicherungspflichtgrenze ist auf der Ausgabenseite auf die Stär-

kung von Qualität und Wirtschaftlichkeit hinzuweisen. Geplant ist vor allem die Einrichtung von Institutionen, die auf der Grundlage von evidenzbasierter Erkenntnisse eine Kosten-Nutzen Abwägung, insbesondere zur Abwägung des Zusatznutzens neuer medizinischer Technologien und Verfahren vornehmen, ehe sie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden. Hierbei werden voraussichtlich solche Verfahren und Technologien im Vordergrund stehen, die zur Therapie weit verbreiteter und kostenträchtiger chronischer Erkrankungen dienen. Im Rahmen seines jüngsten Gutachtens hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen für solche Erkrankungen - von denen ältere Menschen besonders häufig betroffen sind - ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung festgestellt, dass erhebliche Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitspotenziale beinhaltet.

3.2. Langzeitpflege

3.2.1. Kosten und Finanzierung

Die Langzeitpflege wird in Deutschland im Rahmen gesetzlich festgelegter Leistungsobergrenzen durch die Pflegeversicherung sichergestellt. Über die Höchstbeträge hinausgehende Pflegekosten sind ggf. vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen und soweit seine finanziellen Mittel dazu nicht reichen von der Sozialhilfe. Die Beiträge von 1,7 % des Bruttoeinkommens werden grundsätzlich von den Arbeitgebern und Arbeitnehmern je zur Hälfte getragen, wobei die Belastung der Arbeitgeber durch die Abschaffung eines Feiertags kompensiert worden ist. Entsprechend hat die Einführung der Pflegeversicherung die Arbeitskosten nicht erhöht.

Die soziale Pflegeversicherung hat im Jahr 2001 für rd. 1,84 Mio. Pflegebedürftige (1,26 Mio. im ambulanten Bereich und 0,58 Mio. im stationären Bereich) rd. 16,9 Mrd. € ausgegeben, jeweils zur Hälfte für ambulante und stationäre Leistungen. Die bisherige Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung ist in **Anlage 3** dargestellt. Danach hat die Pflegeversicherung in den ersten Jahren ihres Bestehens ein solides Finanzpolster aufgebaut, welches auch durch die geringfügigen Defizite in den letzten Jahren nicht in Gefahr gerät. Auf Basis der derzeitigen Leistungsbeträge werden sich mittelfristig wieder Überschüsse einstellen.

Die private Pflege-Pflichtversicherung hat im Jahr 2000 rd. 0,4 Mrd. € für Leistungen aufgewendet.

Die Ausgaben der Sozialhilfe für Pflegeleistungen an Personen, die

- ◆ nicht pflegeversichert sind,
- ◆ einen Pflegebedarf unterhalb der Pflegestufe I haben,
- ◆ trotz der Leistungen der Pflegeversicherung mit Eigenmitteln ihren Pflegebedarf nicht abdecken können,

ergeben sich aus **Anlage 4**. Mit Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 ist es gelungen, viele Pflegebedürftige aus der pflegebedingten Sozialhilfeabhängigkeit herauszuführen, dies war ein wesentliches sozialpolitisches Ziel der Pflegeversicherung. Unter 5 % der Bezieher ambulanter Leistungen der Pflegeversicherung und weniger als 25 % der Bezieher stationärer Leistungen erhalten gegenwärtig noch zusätzlich Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz.

3.2.2. Kostendämpfungsmechanismen

Da die Kosten der Langzeitpflege von der Pflegeversicherung nur im Rahmen der gesetzlich festgelegten Höchstbeträge übernommen werden, wirken sich Kostenanstiege für pflegerische Leistungen nicht unmittelbar auf die Finanzsituation der Pflegeversicherung aus. Direkte Auswirkungen haben dagegen Veränderungen der Anzahl der Pflegebedürftigen (z. B. aufgrund der demografischen Entwicklung) sowie Änderungen bei der Wahl der unterschiedlich teuren Leistungsarten durch die Pflegebedürftigen. Diese beiden Faktoren können nicht im Wege der Kostenkontrolle beeinflusst werden.

Eine „Kontrolle“ der Kosten, die ein Pflegebedürftiger für die ambulante oder vollstationäre pflegerische Versorgung zu zahlen hat, ist indirekt in der Vertrags- und Vergütungssystematik der Pflegeversicherung angelegt. Eine nach dem SGB XI zugelassene Pflegeeinrichtung kann dem Pflegebedürftigen kein beliebiges Entgelt für ambulante oder stationäre Pflegeleistungen in Rechnung stellen. Vielmehr unterliegt die Höhe des Pflegesatzes und das Entgelt für Unterkunft und Verpflegung, die ein Pflegebedürftiger in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung für seine vollstationäre pflegerische Versorgung zu zahlen hat, dem Vertrags- und Vergütungsrecht des SGB XI.

Mit dem nach Pflegeklassen abgestuften, prospektiv zwischen Kostenträgern und Einrichtung ausgehandelten Pflegesatz sind alle für die stationäre Versorgung des Pflegebedürftigen erforderlichen Pflegeleistungen der teil- oder vollstationären Einrichtungen abgegolten. Die Interessen der Pflegebedürftigen werden hierbei von ihrer Pflegekasse wahrgenommen. Die Bemessungsgrundsätze der Leistungsgerechtigkeit und der Wirtschaftlichkeit sind hier für die Höhe der Vergütung ausschlaggebend.

Für die Vergütungen ambulanter Pflegeleistungen gelten im Kern die gleichen Grundsätze.

Neben dem System des Vertrags- und Vergütungsrechtes sieht das Pflege-Versicherungsgesetz außerdem vor, dass die Pflegekassen Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei den Pflegeeinrichtungen für erbrachte Pflegeleistungen durch von ihnen bestellte Sachverständige durchführen lassen können.

3.2.3. Herausforderungen

Die zentrale Herausforderung für die Finanzierung der Langzeitpflege in Deutschland ist die demografische Entwicklung. Die steigende Lebenserwartung wird zu einem weiteren Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen in den kommenden Jahren führen. Dessen genaues Ausmaß kann aber nicht vorausgesagt werden, da wissenschaftlich nicht geklärt ist, inwieweit sich der Beginn von Pflegebedürftigkeit mit zunehmender Lebenserwartung ebenfalls in ein höheres Alter verschiebt. Es kommt darauf an, diesen Prozess durch gezielte Prävention und Rehabilitation positiv zu beeinflussen.

3.2.5. Geplante strategische Änderungen

Insbesondere vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und den sich daraus ergebenden Konsequenzen - wie die Zunahme des Anteils der Hochaltrigen, die Zunahme der demenziell Erkrankten, die Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen, die Zunahme von Single-Haushalten, der Wegfall familiärer Pflegepotentiale, die Bereitstellung einer ausreichenden Zahl von Pflege- und Betreuungskräften bei gleichzeitigem Rückgang der Zahl jüngerer Erwerbstätiger - müssen verlässliche und dauerhafte Rahmenbedingungen für die Pflege und Betreuung geschaffen werden, damit alle Bürgerinnen und Bürger wissen, auf welche Hilfen und Unterstützung sie im Pflegefall insgesamt vertrauen können und wo sie ggf. die zur Verfügung stehenden Angebote individuell ergänzen sollten bzw. wollen.

Zur Problemlösung muss ein gesamtgesellschaftlicher Diskussionsprozess in Gang gesetzt werden, an dessen Ende die Frage beantwortet werden muss, wie viel dem Einzelnen und/oder der Gesellschaft die Pflege und Betreuung vor allem alter Menschen wert ist - und wer sie letztlich ganz oder teilweise bezahlen soll. Die Dauer und der Ausgang des erst am Anfang befindlichen Diskussionsprozesses sind ergebnisoffen. Erst im Lichte des Ergebnisses kann darüber entschieden werden, ob es gravierende Änderungen in der konzeptionellen Ausgestaltung der Rahmenbedingungen für die Pflege und Betreuung und/oder im Leistungsangebot des Systems der sozialen Sicherheit in der Bundesrepublik Deutschland geben wird.