

Geschäftsstelle West · Kaiserstraße 18 · 55116 Mainz

An die Teilnehmer der öffentlichen Anhörung am  
30. April 2003 zum Gesetz zur Änderung des PFG  
NW



Ihr Ansprechpartner:  
**Herr Hahnemann**  
Zeichen: 4.2.10  
Durchwahl: 0 61 31/ 28 91 40

15. April 2003  
D:/ GS West/ Länder/ 10 (NW)/  
Landesgesetz/ 20030415 Stellung-  
nahme zum Gesetz zur Änderung  
des PFG NW

**Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes  
(Landespflegegesetz NRW – PFG NW)  
hier: Stellungnahme der Verbände privaten Leistungserbringer der ambulanten Pflege-  
einrichtungen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

anbei erhalten Sie die gemeinsame Stellungnahme der nachfolgend genannten Verbände der  
privaten ambulanten Pflegeeinrichtungen:

- ABVP (Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V.)
- bad (Bundesverband ambulanter Dienste)
- bpa (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste)
- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe)
- LfK NRW (Landesverband freie ambulante Krankenpflege Nordrhein-Westfalen)
- VDAB (Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.)

Zusätzlich zu dieser Stellungnahme erhalten Sie ein gemeinsam von den Verbänden der privaten ambulanten Pflegeeinrichtungen entwickeltes Papier „Leistungsspektrum ambulanter Pflegedienste und deren Finanzierung – Investitionskostenförderung ambulanter Dienste in NRW“, das wir bereits in der Anhörung im vergangenen September zu dem entsprechenden Eckpunktetpapier des Ministeriums vorgelegt haben. Weiterhin haben wir ein von den Verbänden der privaten ambulanten Pflegeeinrichtungen entwickeltes Papier „Kostenstrukturen in der ambu-

**Bundesgeschäftsstelle**  
Roscherstraße 13a  
30161 Hannover  
Tel. 05 11/33 89 80  
Fax 05 11/33 89 8-98  
<http://www.abvp.de>  
[dialog@abvp.de](mailto:dialog@abvp.de)

**Geschäftsstelle Nord**  
Roscherstraße 13a  
30161 Hannover  
Tel. 05 11/5 24 84 13  
Fax 05 11/5 24 84 14  
<http://www.abvp.de>  
[reg.nord@abvp.de](mailto:reg.nord@abvp.de)

**Geschäftsstelle Süd**  
Schwanthalerstraße 14  
80336 München  
Tel. 0 89/51 51 86 31  
Fax 0 89/51 51 86-33  
<http://www.abvp.de>  
[reg.sued@abvp.de](mailto:reg.sued@abvp.de)

**Geschäftsstelle Mitte**  
Löberwallgraben 9  
99096 Erfurt  
Tel. 03 61/6 44 86 32  
Fax 03 61/6 44 86 35  
<http://www.abvp.de>  
[reg.mitte@abvp.de](mailto:reg.mitte@abvp.de)

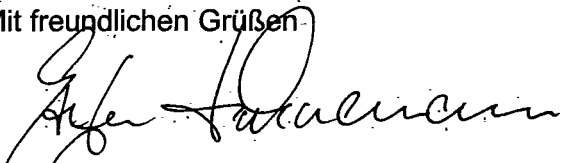
**Geschäftsstelle Ost**  
Tieckstraße 37  
10115 Berlin  
Tel. 030/29 00 04 01  
Fax 030/29 00 04 02  
<http://www.abvp.de>  
[reg.ost@abvp.de](mailto:reg.ost@abvp.de)

**Geschäftsstelle West**  
Kaiserstraße 18  
55116 Mainz  
Tel. 0 61 31/28 91 40  
Fax 0 61 31/2 89 14-50  
<http://www.abvp.de>  
[reg.west@abvp.de](mailto:reg.west@abvp.de)

**Bankverbindung:**  
**Deutsche Apotheker-  
und Ärztebank e.G.**  
**Hannover**  
Konto-Nr. 0003 864 111  
BLZ 250 906 08

lanten Pflege“ beigefügt, in dem eine gemeinsame Untersuchung der Verbände über die notwendigen Investitionskosten in ambulanten Pflegediensten in NRW dargestellt ist. Wir bitten Sie höflichst, angesichts der geplanten Kürzung der Investitionskostenpauschale, insbesondere auch diese Dokumente zur Kenntnis zu nehmen.

Mit freundlichen Grüßen



Stefan Hahnemann  
Geschäftsführer

**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur Umsetzung des  
Pflegeversicherungsgesetzes (Landespflegegesetz Nordrhein-  
Westfalen - PfG NW)**

**Landtags-Drucksache 13/3498**

## **Stellungnahme der Verbände der privaten ambulanten Pflegeeinrichtungen**

**Gemeinsame Stellungnahme der nachfolgend genannten Verbände der privaten  
ambulanten Pflegeeinrichtungen:**

<b>ABVP</b>	<b>Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V.</b>
<b>bad</b>	<b>Bundesverband ambulanter Dienste</b>
<b>bpa</b>	<b>Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste</b>
<b>DBfK</b>	<b>Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe</b>
<b>LfK NRW</b>	<b>Landesverband freie ambulante Krankenpflege Nordrhein-Westfalen</b>
<b>VDAB</b>	<b>Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.</b>

### **Allgemeine Anmerkungen zum Entwurf des neuen PFG NW (Landtags-Drucksache 13/3498)**

Die Verbände der privaten ambulanten Pflegeeinrichtungen teilen die Auffassung der nordrhein-westfälischen Landesregierung, dass sich das Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen (PFG NW) grundsätzlich bewährt hat. Insbesondere mit der bisherigen Regelung der Investitionskostenförderung von ambulanten Pflegeeinrichtungen kann eine ausreichende Anzahl dieser ambulanten Pflegeeinrichtungen im Land Nordrhein-Westfalen gewährleistet werden. Diese Entscheidung des Gesetzgebers hat mit dazu beigetragen, ein wesentliches Ziel der Pflegeversicherung in Nordrhein-Westfalen zu unterstützen: den Vorrang der häuslichen vor der stationären Pflege, vgl. § 3 SGB XI. Nur so wird dem Wunsch der weit überwiegenden Zahl pflegebedürftiger Menschen Rechnung getragen, Pflege und Betreuung so lange wie möglich in vertrauter Umgebung zu erhalten. Aus diesem Grund sehen die Verbände auch hinsichtlich der bestehenden Regelungen des PFG NW, die eine Stärkung der ambulanten Pflegestrukturen bedeuten, keinen grundsätzlichen Änderungsbedarf. Der in der Gesetzesbegründung (vgl. Landtags-Drucksache 13/3498, S. 29) vom Ministerium angesprochene Investitionsstau stellt in der Tat ein Problem dar, welches eine für alle Beteiligten zufrieden stellende Lösung erfordert. Hierbei handelt es sich jedoch um eine Problematik, die im stationären Bereich besteht und auch dort gelöst werden muss. Zudem erscheint es den Verbänden der privaten ambulanten Verbände als fraglich, wie die in der Gesetzesbegründung beschriebenen finanziellen Problematiken im stationären Bereich mit Einsparungen im ambulanten Bereich ausgeglichen werden sollen (vgl. insoweit die im Bericht der Landesregierung zu den Wirkungen des PFG NW genannten Zahlen, S. 27 ff). Weiter wird an dieser Stelle gefordert, die Kreise und kreisfreien Städte durch eine vermehrte Aktivierung privaten Kapitals weiter zu entlasten. Das bedeutet im Ergebnis eine stärkere finanzielle Inanspruchnahme von Pflegebedürftigen, die bereits schon jetzt durch die Pflegeversicherung nicht vollständig abgesichert sind, da diese aufgrund der bestehenden Höchstbeträge nur eine sog. „Teilkaskoversicherung“ darstellt. Damit entziehen sich die entsprechenden Verantwortungsträger endgültig dem im Vorfeld der Einrichtung der Pflegeversicherung abgegebenen Versprechen, die bei der Sozialhilfe eingesparten Kosten für die Pflege für eine Investitionskostenförderung zu verwenden<sup>1</sup>. Außerhalb des Bereichs der ambulante Pflege bestehende Finanzprobleme dürfen nicht zu Lasten der ambulanten Pflege gelöst werden.

---

<sup>1</sup> Der Bericht der Landesregierung zu den Wirkungen des Gesetzes zur Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes „Landespflegegesetz NRW“ weist allein für den Zeitraum von 1995 bis 1998 Einsparungen der „Kommunalen Familie“ im Bereich der BSHG-Leistungen in Höhe von 2,5 Mrd. Euro aus. Dies entspricht 67,25 % der Ausgaben. Hier-

Gemeinsame Stellungnahme der Verbände der privaten ambulanten Pflegeeinrichtungen  
zum Entwurf des neuen PfG NW / Landtagsdrucksache 13/3498

In der Gesetzesbegründung wird weiter (vgl. Landtags-Drucksache 13/3498, S. 31) eine Begrenzung der Förderung der Investitionskosten auf eine im Ländervergleich angemessene Größenordnung angekündigt<sup>2</sup>. Eine konkrete Regelung soll in der Rechtsverordnung erfolgen. Eine weiter gehende Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf kann demnach nur sinnvoll erfolgen, wenn ein Entwurf der entsprechenden Rechtsverordnung vorliegt. Sollte das Ministerium mit einer „angemessen“ Förderung der Investitionskosten ambulanter Einrichtungen eine Größenordnung von 1,20 € je Leistungsstunde nach dem SGB XI verfolgen (vgl. insoweit Eckpunkte zur Novellierung des Landespflegegesetzes, Schreiben des Ministeriums vom 25. Juli 2002, S. 4), verweisen die Verbände der privaten ambulanten Pflegeeinrichtungen an dieser Stelle nochmals darauf, dass bereits die derzeitige Förderungshöhe von 2,15 € nicht die tatsächlich entstehenden Investitionskosten bei ambulanten Pflegediensten abdeckt (vgl. insoweit das von den Verbänden der privaten ambulanten Pflegeeinrichtungen beim Ministerium eingereichte Arbeitspapier „Leistungsspektrum ambulanter Pflegedienste und deren Finanzierung - Investitionskostenförderung ambulanter Dienste in NRW“ vom 17. September 2002).

Im Gesetzesentwurf wird die Bindung von Mitteln zur Investitionskostenförderung an eine Bedarfsbestätigung aufgegeben. Hier wird die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. BSG-Urteil vom 28. Juni 2001, Az.: B 3 P 9/00 R, BSGE 88, 215) konsequent umgesetzt, nach der eine bedarfsbegrenzende Planung von Pflegeeinrichtungen unzulässig ist. Diese Änderung der bestehenden Gesetzeslage ist zwingend notwendig, um die gesetzlich eingeforderte Trägervielfalt, vgl. nur § 69 Satz 3 SGB XI, zu gewährleisten und einen freien Marktzugang für ambulante Pflegeeinrichtungen zu gewährleisten, damit ein entsprechend wirksamer Leistungswettbewerb stattfinden kann, der für eine wirtschaftliche Leistungserbringung sorgt.

---

von wurden im gleichen Zeitraum Investitionskostenförderungen für ambulante Einrichtungen in Höhe von 88 Mio. Euro gewährt.

<sup>2</sup> Im gleichen Bericht wird auf S. 90 darauf hingewiesen, dass ohne weitergehende empirische Untersuchung der heterogenen Förderregelungen in den Bundesländern, ein Vergleich der tatsächlich geflossenen Förderung nicht möglich ist.

**Anmerkungen zu einzelnen bestehenden bzw. geplanten Bestimmungen des Entwurfes eines neuen PfG NW (Landtags-Drucksache 13/3498)**

**§ 1 Entwurf PfG NW (Ziel):**

Die Verbände der privaten ambulanten Pflegeeinrichtungen begrüßen es, dass eine der wesentlichen Zielvorgaben der Pflegeversicherung, der Vorrang der häuslichen Pflege, nunmehr ausdrücklich in den allgemeinen Beschreibungen der Ziele des PfG NW aufgenommen wird und sich die pflegerische Versorgung in Nordrhein-Westfalen daran orientieren soll. Der Vorrang der häuslichen Pflege darf allerdings nicht als bloßer Programmsatz stehenbleiben, er muss auch entsprechend umgesetzt und gelebt werden. Insofern fordern die Verbände der privaten ambulanten Pflegeeinrichtungen auch weiterhin eine konsequente Einhaltung des Vorrangs der häuslichen Pflege bei der Förderung von ambulanten Pflegeeinrichtungen, wie sie in bisherigen Regelung des § 8 Abs. 1 Satz 2 PfG NW ausdrücklich benannt wird. Eine pflegerische Angebotsstruktur, die den Vorrang der häuslichen Pflege unterstützt, ist nur mit der Aufrechterhaltung der bisherigen Investitionskostenförderung zu erreichen.

**§ 3 Entwurf PfG NW (Zusammenwirken von Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen):**

„Die zugelassenen Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen im Land sind verpflichtet, mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen eng und vertrauensvoll mit dem Ziel zusammen zu wirken, den unmittelbaren Übergang von der Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung unter Wahrung der Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen zu einer notwendigen Pflege im Sinne des SGB XI durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung sicher zu stellen.“

Der Gesetzentwurf sieht zu dieser Vorschrift keine Änderungen vor. An dieser Stelle wollen die Verbände der privaten ambulante Pflegedienste auf folgende Problematiken aufmerksam machen, die nach Ansicht der Verbände geregelt werden müssen:

Zur Umsetzung des § 3 wurde ein dreiseitiger Vertrag zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich, der Krankenhausesellschaft NW und den Vereinigungen der ambulanten Träger geschlossen. Neben der Frage der Begutachtung sowie der damit im Zu-

sammenhang stehenden Fristen, ist für die privaten Pflegedienste die Wahrung der Wahlfreiheit von besonderer Bedeutung.

Obwohl der Vertrag klare Regelungen enthält, nach denen jede Beeinflussung des Versicherten bei der Wahl eines Pflegedienstes nicht statthaft ist, werden Patienten im Krankenhaus sehr oft einseitig beraten. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn Krankenhäuser eigene Pflegedienste betreiben oder Kooperationsverträge mit Pflegediensten des Krankenhausträgers abschließen.

Die entsprechenden Auswirkung auf die Beratungspraxis in den Krankenhäusern ist mittels einer LfK-internen Mitgliederbefragung erhoben wurden. Rund 69 % der Befragten gaben an, dass von Krankenhäusern Empfehlungen für bestimmte Pflegedienste ausgesprochen werden, so dass die freie (Pflegedienst-) Wahl der Patienten beeinträchtigt wird. Dies führt zu einer Wettbewerbsverzerrung, die von den privaten Anbietern ambulanter Pflege nicht akzeptiert werden kann.

Angesichts der Dauer des Verfahrens hat die Landesregierung bereits die Einfügung einer Abschlussfrist für die Beteiligten, ggf. ergänzt um eine Ersatzvornahmefugnis des Landes oder einen Streitschlichtungsmechanismus, vergleichbar mit den Bestimmungen des § 75 SGB XI, angeregt (vgl. Bericht der Landesregierung zu den Wirkungen des PfG NW, S. 101 ff). Diese Überlegungen sollten nunmehr aufgegriffen und verwirklicht werden.

Nach wie vor gibt es für die Bereiche des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Nordrhein bzw. Westfalen-Lippe verschiedene Vereinbarungen. Hier weisen wir darauf hin, dass es wünschenswert ist, dass im Bereich Nordrhein praktizierte Verfahren auf das gesamte Land Nordrhein-Westfalen auszudehnen, zumal die Landesregierung selbst wiederholt Bedenken zur Rechtmäßigkeit des Verfahrens in Westfalen-Lippe geäußert hat (vgl. Bericht der Landesregierung zu den Wirkungen des PfG NW a.a.O.).

#### **§ 4 Entwurf PfG NW = § 4 PfG NW alt (Beratung)**

„Pflegebedürftige, von Pflegebedürftigkeit Bedrohte und ihre Angehörigen sind trägerunabhängig zu beraten...“

Gemeinsame Stellungnahme der Verbände der privaten ambulanten Pflegeeinrichtungen  
zum Entwurf des neuen PfG NW / Landtagsdrucksache 13/3498

Der Gesetzentwurf sieht zu dieser Vorschrift keine Änderungen vor. An dieser Stelle wollen die Verbände der privaten ambulante Pflegeeinrichtungen auf folgende Problematiken hinweisen:

Der Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen kommt eine ganz wesentliche Bedeutung zu. Dies gilt unabhängig von der Frage, ob es sich hierbei ganz allgemein um die Beratung beim erstmaligen Eintritt von Pflegebedürftigkeit oder aber um eine Beratung im Zusammenhang mit der Überleitung aus einer Heilbehandlung in eine pflegerische Versorgung - ambulant oder stationär - handelt.

Neben der fachlichen Qualität der Beratung ist selbstverständlich aus Sicht der Mitglieder der Verbände der privaten ambulanten Pflegeeinrichtungen die Frage einer trägerunabhängigen Beratung von ganz besonderer Bedeutung. Die Beratung nach § 4 PfG NW wird in einer Vielzahl von Fällen mit einer erstmaligen Beschäftigung mit pflegerischen Fragen einhergehen. Die Beratung selbst findet in einer für die Betroffenen gänzlich neuen Situation statt, in der umfangreicher Klärungsbedarf besteht. Der gesetzgeberische Auftrag einer trägerunabhängigen Beratung nach § 4 PfG NW ist also in besonderer Weise zu berücksichtigen, da in dieser Situation entscheidende „Weichen“ für die weitere pflegerische Versorgung gestellt werden. So ist die Beratung nach § 4 PfG NW für das Vertrauen, dass auch privaten Leistungserbringern entgegengebracht wird, von entscheidender Bedeutung. Folglich sollte es in besonderer Weise auch tatsächlich zu einer trägerunabhängigen Beratung kommen.

Wie bereits der Bericht der Landesregierung zu den Wirkungen des PfG NW (vgl. dort S. 32 ff) festhält, steht dem eine kommunale Trägerschaft bzw. eine solche in Zusammenarbeit mit den Wohlfahrtsverbänden nicht bereits von vornherein entgegen. Wir heben jedoch an dieser Stelle hervor, dass diese Trägerunabhängigkeit in vielen Fällen nicht gegeben ist. Insbesondere dann, wenn die Beratung über einen Träger organisiert wird, der Einrichtungen der ambulanten oder stationären Altenhilfe betreibt, stellen wir die Objektivität und Neutralität der Beratung in Frage.

In diesem Zusammenhang weisen wir auf die im Zuge der Anhörung zum Landespflegegesetz vom 14.12.1995 von der Mehrzahl der Beteiligten getroffenen Feststellung, wonach „durch die Anbindung der Beratungs- und Vermittlungsstellen für Träger von Einrichtungen und Diensten kein Wettbewerbsvorteil entstehen darf. Gleichfalls ist eine lenkende Einflussnahme bei der Aus-



wahl von Einrichtungen und Diensten zu vermeiden. Die Mehrzahl der Beteiligten hält deshalb eine Anbindung an die Kommunen oder an eine andere neutrale Stelle (z.B. Verbraucherschutzberatungsstellen oder Betroffenenorganisationen, wie den Reichsbund oder den VdK für sachgerecht.“ (vgl. Landespflegegesetz NRW, Gesetzestext, Rechtsverordnungen, Materialien, Hrsg. Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales 1996)

Ferner weisen wir daraufhin, dass die in § 4 Abs. 2 geforderte Verständigung über ein geeignetes Beratungsverfahren in den Pflegekonferenzen nicht immer durchgeführt wird. Des Weiteren zeigen sich Mängel hinsichtlich der Evaluation des Beratungsthemas. Die kommunalen Pflegekonferenzen vermissen allzu oft regelmäßige Berichte der Beratungsstellen mit einer Darstellung der Beratungskriterien, -inhalte und -empfehlungen. Die zur Evaluation der Beratungstätigkeit in Hinblick auf Qualität, Quantität und Trägerunabhängigkeit dringend notwendige Transparenz ist somit nicht gegeben.

Insofern unterstützen wir nachdrücklich den im Kontext der Evaluation des Landespflegegesetzes von der Landesregierung entwickelten Ansatz, im Landespflegeausschuß Grundsätze für den Aufbau und die Umsetzung des Beratungsauftrages nach § 4 Landespflegegesetz zu erarbeiten und als Empfehlung zu verabschieden.

Wir regen daher an, § 4 wie folgt zu ergänzen:

(3) Als Träger der Beratung kann nur beauftragt werden, wer selbst keine Einrichtungen der ambulanten oder stationären Altenhilfe betreibt.

### **§ 9 Entwurf PfG NW (Allgemeine Grundsätze der Förderung von Pflegeeinrichtungen):**

Anknüpfend an die Anmerkungen zu § 1 fordern die Verbände der privaten ambulanten Pflegeeinrichtungen, in dieser Bestimmung auch weiterhin den Grundsatz einer vorrangigen Förderung von Einrichtungen und Diensten der häuslichen Pflege gegenüber der Förderung vollstationärer Pflegeeinrichtungen beizubehalten, um den Grundsatz des Vorrangs der häuslichen Pflege zu verwirklichen.

## § 10 Entwurf PfG NW (Ambulante Pflegeeinrichtungen):

Mit der bestehenden Investitionskostenförderung ambulanter Dienste hat das Land Nordrhein-Westfalen ein relativ unbürokratisches und handhabbares System geschaffen. In der Summe ist dieses Fördersystem als großer sozialpolitischer Erfolg des Landes zu werten, da die Sozialhilfeabhängigkeit von Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich in den meisten Fällen verhindert werden konnte. Hierzu hat auch die Förderpraxis in NRW ihren Anteil beigetragen.

Die Ergänzung der bisherigen und dem § 10 Entwurf PfG NW entsprechenden Regelung des § 9 PfG NW um das Wort „angemessene“ wird im besonderen Teil der Gesetzesbegründung durch das Ministerium nicht näher erläutert (vgl. Landtags-Drucksache 13/3498, S. 35). Insoweit muss auf die Ausführungen des allgemeinen Teils der Gesetzesbegründung zurückgegriffen werden. Demnach soll eine Begrenzung der Investitionskostenförderung auf eine im Ländervergleich angemessene Größenordnung vorgenommen werden. Eine konkrete Regelung soll in der Rechtsverordnung erfolgen (vgl. Landtags-Drucksache 13/3498, S. 31).

### 1.) Angemessene Förderung von Investitionskosten bei ambulanten Pflegeeinrichtungen

Die Verbände der privaten ambulanten Pflegedienste halten das o.g. Überprüfungskriterium der Angemessenheit einer Förderung von Investitionskosten für wenig geeignet. Wie im Land Nordrhein-Westfalen eine angemessene Investitionskostenförderung geregelt werden kann, sollte anhand der tatsächlich bestehenden Investitionskosten ambulanter Pflegedienste beurteilt werden. Die entsprechenden Berechnungen haben die Verbände der privaten ambulanten Pflegeeinrichtungen vorgenommen (vgl. insoweit das von den Verbänden der privaten ambulanten Pflegeeinrichtungen beim Ministerium eingereichte Arbeitspapier „Leistungsspektrum ambulanter Pflegedienste und deren Finanzierung – Investitionskostenförderung ambulanter Dienste in NRW“ vom 17. September 2002, S. 25 f). Danach ergibt sich aktuell ein durchschnittlicher Investitionskostenaufwand der ambulanten Pflegeeinrichtungen von 3,20 € je Leistungsstunde im SGB XI. Es handelt sich also um einen Durchschnittswert. In Wirklichkeit gibt es eine große Bandbreite der tatsächlich anfallenden Investitionskosten. Die derzeitige Förderungshöhe von 2,15 € pro Leistungsstunde im SGB XI reicht somit nicht aus, um die tatsächlich anfallenden Investitionskosten zu decken.

## 2.) Schwachstellen der bisherigen gesetzlichen Regelung

Neben der ungenügenden Deckung der Investitionskosten hat das gegenwärtige System der Förderung der ambulanten Dienste in NRW weitere Schwachstellen:

### a) Ausschluss der privaten Leistung der Pflegebedürftigen

Von der Förderung werden lediglich die Kosten, die durch das SGB XI entstehen, erfasst. In der Praxis werden die grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen, die von den Versicherten über den Deckelungsbetrag der Pflegeversicherung hinaus privat bezahlt werden, nicht gefördert. Doch auch für diese Leistungen entstehen den ambulanten Pflegeeinrichtungen Investitionskosten, die sie nach der jüngsten Rechtsprechung (vgl. Urteil des Verwaltungsgerichts Arnsberg vom 30. September 2002, Az.: 14 K 1066/00) den Pflegebedürftigen bzw. den Sozialhilfeträgern in Rechnung stellen können.

### b) Ausschluss der Berechnung von nicht geförderten Investitionskosten

Das Gesetz nimmt für sich in Anspruch, die durchschnittlichen notwendigen Investitionskosten zu fördern. Damit ist schon auf dieser Ebene deutlich, dass es ambulante Pflegeeinrichtungen geben muss, deren Investitionskosten über dem Satz von 2,15 € je Leistungsstunde im SGB XI liegen. Diesen Pflegeeinrichtungen ist eine Abrechnung der über die Förderung hinausgehenden Kosten mit ihren Kunden nicht erlaubt, vgl. insoweit die bisherige Regelung des § 2 Nr. 3 der Verordnung über die Förderung ambulanter Pflegeeinrichtungen nach dem Landespflegegesetz (Amb PF FV).

Eine derartige Regelung widerspricht der höherrangigen bundesgesetzlichen Vorschrift des § 82 Abs. 3 Satz 1, nach der betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen nach § 82 Abs. 2 Nr. 1 bzw. Nr. 3 SGB XI von Pflegeeinrichtungen gesondert berechnet werden dürfen, soweit diese Aufwendungen nicht durch eine öffentliche Förderung gedeckt sind. Diese Möglichkeit hat das Land NRW z.B. im Bereich der voll- und teilstationären Pflege durch eine gesonderte Berechnungsverordnung eröffnet.

Ferner sieht § 82 Abs. 3 für die gesonderte Berechnung die Zustimmung der zuständigen Landesbehörde in jedem Einzelfall zwingend vor. Hierzu muss durch Landesrecht die Art, Höhe und Laufzeit sowie die Verteilung der gesondert berechenbaren Aufwendungen auf die Pflegebedürftigen geregelt werden.

Im Falle einer Reduzierung der Investitionskostenförderhöhe wären demnach unter sonst gleichen Bedingungen rd. 2.500 Zustimmungen zu erteilen. Darüber hinaus wäre die Grundlage, auf der die Zustimmung erfolgt, zu prüfen. Die entsprechende Anzahl der Verwaltungsvorgänge potenziert sich über sich verändernde betriebsindividuelle Investitionstätigkeit sowie sich verändernde Pflegearrangements.

#### c) Dynamisierung des Förderbetrages fehlt

Die Förderhöhe für ambulante Pflegeeinrichtungen wurde 1996 auf 2,15 € je Leistungsstunde festgelegt und ist seitdem in der Höhe unverändert geblieben. Durch allgemeine Preissteigerung ist dieser Förderbetrag real im Wert gesunken. Eine sachgerechte Förderhöhe liegt - wie oben dargestellt - bei ca. 3,20 €. Dieser Betrag müsste zukünftig zumindest in der Höhe der allgemeinen Kostensteigerung dynamisiert werden.

#### 3.) Argumente des Ministeriums für eine Kürzung der Investitionskostenförderung

Den Änderungsbedarf an der bisherigen Förderung hat auch das zuständige Ministerium erkannt. Nach den bisher bekannt gewordenen Vorstellungen des Ministeriums soll das gegenwärtige System weitgehend erhalten bleiben, die Förderhöhe aber von jetzt 2,15 € je Leistungsstunde auf 1,20 € zurückgeführt werden (vgl. insoweit Eckpunkte zur Novellierung des Landespflegegesetzes, Schreiben des Ministeriums vom 25. Juli 2002, S. 4). Zur Begründung für diesen Schritt führt das Ministerium an, dass die notwendigen und kostenintensiven Investitionen wie Fahrzeuge und Einrichtung angeschafft seien und jetzt nur noch die Refinanzierung der Gegenstände abgesichert werden muss.

Es ist allerdings zu vermuten, dass das Ministerium bei dieser Entscheidung mehr die Interessenlage der Sozialhilfeträger im Blick hatte und sich weniger auf betriebswirtschaftliche Daten aus ambulanten Pflegeeinrichtungen stützt. Denn die Argumente des Ministeriums weisen nur sehr ungenaue Vorstellungen der betrieblichen Wirklichkeit ambulanter Dienste auf. Sofern ambulante Dienste tatsächlich noch in den Fahrzeugen von 1996 unterwegs sein sollten, wäre dies bemerkenswert. Bei einem Alter von mittlerweile 7 Jahren hätten diese Kleinwagen mittlerweile einen Kilometerstand von ca. 140.000 km (basierend auf der durchschnittlichen Fahrleistung von 20.000 km pro Jahr) aufzuweisen. Weiterhin ist zu beachten, dass mit den Fahrzeugen den Motor be-

sonders belastende Kurzstrecken zurückgelegt werden. Die Autos, die 1996 in ambulanten Pflegediensten zu finden waren, werden folglich nur noch im Ausnahmefall auch heute noch dort zu finden sein. Die allermeisten Pflegedienste verzichten ohnehin auf die Anschaffung von PKW's, da dies eine zu große Investition darstellt. Die meisten Fahrzeuge sind geleast und damit wird die Belastung relativ gleichmäßig auf den Nutzungszeitraum verteilt.

Auch der Hinweis auf die Einrichtung einer ambulanten Pflegeeinrichtung schlägt fehl. Hier kann man als ein Beispiel von Geschäftsausstattung den durchaus kostenträchtigen EDV-Bereich nennen, in dem die Weiterentwicklungen im Bereich der Hard- und Software immer wieder Anschaffungen erforderlich machen.

Fazit aus Sicht der Verbände der privaten ambulanten Einrichtungen: Die vom Ministerium behaupteten Einsparungen sind in der betrieblichen Praxis nicht auszumachen.

#### 4.) Die Interessenlagen der Kommunen als Sozialhilfeträger

Hauptsächlich die Sozialhilfeträger haben mehrfach, zuletzt in der Anhörung zur Evaluierung des Landespflegegesetzes deutlich gemacht, dass sie die bisherige Förderpraxis im ambulanten Bereich für überflüssig halten. Sie verlangen eine Streichung oder zumindest eine deutliche Rückführung der Förderhöhe. Ob sich die Kommunen durch eine Kürzung der Förderung wirklich einen Gefallen tun, muss bezweifelt werden. Die Einspareffekte für die Kommunen wären vermutlich wesentlich geringer, als diese erhoffen.

Im Gegensatz zu den Sachleistungen könnte der Pflegebedürftige die Investitionskosten in keinem Fall aus seinem Sachleistungsbudget finanzieren, sondern müsste diesen Betrag immer privat bezahlen. Wenn der Pflegebedürftige hierzu nicht in der Lage wäre, müssten Verwandte bzw. die Sozialhilfe einspringen. Den Kommunen drohen also durch Streichungen neue Sozialhilfefälle. Diese Tendenz wird sich noch verstärken, wenn der Wert der Leistungen der Pflegeversicherung real weiter sinkt und - wie sich momentan abzeichnet - zunehmend Leistungen aus dem Bereich der Krankenversicherung in den Bereich der Pflegeversicherung verschoben werden.

Aus dieser Kumulation verschiedener zusätzlicher Lasten kann durchaus eine Tendenz entstehen, die es dem Pflegebedürftigen nahelegt, aus finanziellen Gründen in ein Heim umzuziehen.

Der Vorrang des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ wäre in diesem Fall deutlich in Frage gestellt und damit verbunden auch die durch die Veränderungen erhofften Einsparungen für den Sozialhilfeträger.

#### 5.) Mögliche Konsequenzen der Kürzung der Investitionskosten für die Dienste

Zwar scheinen auf den ersten Blick die Pflegebedürftigen, sie auf Hilfe von ambulanten Pflegeeinrichtungen angewiesen sind, Leidtragende der Förderungskürzung zu sein. Betroffen sind aber auch die Leistungserbringer. Unklar ist, ob ihnen die Möglichkeit eingeräumt wird, die über dem Förderbetrag liegenden Kosten mit ihren Kunden abzurechnen! Wenn auch weiterhin eine Abrechnung der Investitionskosten bei Inanspruchnahme der Förderung ausgeschlossen wird, werden die Dienste gezwungen sein, zumindest übergangsweise den Fehlbetrag aus betrieblichen Mitteln beizusteuern. Der Verzicht auf die Förderung und der Versuch die gesamten Investitionskosten den Kunden in Rechnung zu stellen, ist theoretisch denkbar, aber praktisch unausführbar, da dann ein nicht unerheblicher Rechnungsbetrag auf die Kunden zukäme, den diese komplett aus eigener Tasche - also ohne Rückgriff auf Mittel der Pflegekasse - zahlen müssten. Diese Regelung ist wegen der praktischen Benachteiligung der Betriebe, die mit der Förderhöhe nicht auskommen, vermutlich rechtswidrig und dürfte sehr schnell beklagt und wohl in der Folge auch geändert werden müssen.

Aber auch wenn es mit dem geänderten Landespflegegesetz ermöglicht werden sollte, den über den Förderbetrag hinausgehenden Betrag mit den Pflegebedürftigen abzurechnen, ohne damit die Förderung zu gefährden, ist nicht davon auszugehen, dass dies für die Betriebe ohne Schwierigkeiten auf dem Markt durchsetzbar wäre. Durch die große Konkurrenz ist zu vermuten, dass die Leistungserbringer mindestens in einer Übergangsphase die Kosten zumindest teilweise übernehmen werden müssen.

Da bereits heute viele Betriebe am Rande der Existenzfähigkeit stehen, wird es in spürbaren Ausmaße eine Marktbereinigung - verbunden mit der Gefahr einer Unterversorgung - geben. Doch auch die überlebenden Betriebe werden einem (noch) höherem Kostendruck ausgesetzt sein. Dieser kann nur dadurch einigermaßen ausgeglichen werden, indem Personal entlassen wird und die zu erbringenden Leistungen mit einem noch geringeren Zeitaufwand erbracht werden (vgl. insoweit das von den Verbänden der privaten ambulanten Pflegedienste beim Ministerium einge-

reichte Arbeitspapier „Leistungsspektrum ambulanter Pflegedienste und deren Finanzierung - Investitionskostenförderung ambulanter Dienste in NRW“ vom 17. September 2002, S. 33 f).

#### 6.) Vorschläge der Verbände der privaten ambulanten Pflegeeinrichtungen:

Eine Neuordnung der Investitionskostenförderung ist nach dem bisher aufgezeigten durchaus angezeigt. Ziel dieser Reform muss es allerdings sein, den sozialpolitischen Erfolg der gegenwärtigen Regelung zu bewahren, die Schwachstellen aber zu beseitigen.

Um dieses Ziel zu verwirklichen, müssen auch künftig die Pflegebedürftigen von den Kosten für den investiven Anteil freigestellt werden. Unter diesen Voraussetzungen ist eine Erhöhung der Investitionskostenförderung auf etwa 3,20 € pro Leistungsstunde notwendig, die regelmäßig an die allgemeine Kostenentwicklung angepasst wird. Erstrebenswert ist eine Förderung, die sich an dem tatsächlichen Leistungsgeschehen orientiert und nicht an den gedeckelten Leistungen der Pflegeversicherung. Dienste, die ein höheres Investitionsaufkommen haben, müssen in die Lage versetzt werden, diese überschießenden Kosten den Pflegebedürftigen in Rechnung zu stellen.

Mit einer derartigen Lösung wird der Ausschluss der vom SGB XI nicht erfassten Leistungen aufgehoben und eine ständige Dynamisierung der Förderung garantiert. Die privaten Leistungserbringer bevorzugen diese Lösung, da sie einerseits den sozialpolitischen Erfolg der alten Regelung bewahrt, andererseits aber auch die Komplikationen des alten Fördermodells beseitigt.

Allerdings sehen die privaten Leistungserbringerverbände auch, dass die finanziellen Spielräume der Sozialhilfeträger begrenzt sind. Unter Berücksichtigung dieser Rahmenbedingung schlagen die privaten Leistungserbringer vor, die gegenwärtige Förderhöhe beizubehalten. Den Pflegeeinrichtungen muss dann allerdings die Möglichkeit eingeräumt werden, den nicht von der Förderung gedeckten Betrag den Pflegebedürftigen in Rechnung zu stellen, wie auch Investitionskosten für Leistungen, die über den Leistungsgrenzen der Pflegeversicherung liegen, zu berechnen.

Eine gesonderte Berechnungsverordnung ist nach Kenntnis der Marktlage nicht notwendig. Da die hier in Frage kommenden Kosten von den Pflegebedürftigen privat getragen werden müssen und der Anteil der Sozialhilfeempfänger so gering ist, dass ein Großteil der Kosten eben doch aus privater Tasche gezahlt wird, stellt dieser Tatbestand schon einen effektiven Schutz gegen über-

höhte Preise dar. Die Dienste sollten daher im Rahmen der Verwaltungsvereinfachung also die Höhe ihres Investitionsanteils analog zu § 82 Abs. 4 mitteilen. Das Land müsste bei dieser Lösung besonders in der Anfangsphase die Entwicklung der Preise für investive Aufgaben im Blick behalten, um eventuell auftretende Verwerfungen schnell erkennen zu können. Hierzu ist eine gesetzliche Ermächtigung zum Erlass einer gesonderten Berechnungsverordnung hilfreich. Zur Sicherung der Transparenz der Preisgestaltung im Markt sollten die angezeigten Investitionskosten auch den Pflegekassen mitgeteilt und in die dort zu führenden Preisvergleichslisten eingearbeitet werden.

#### **§ 14 Entwurf PfG NW = § 10 alt PfG NW (Komplementäre ambulante Dienste)**

Viele private ambulante Pflegeeinrichtungen erbringen der originären Aufgabenstellung der Sicherung der häuslichen Pflege umfangreiche komplementäre Hilfeleistungen. Hierzu zählen insbesondere hauswirtschaftliche Hilfen sowie „Essen auf Rädern.“ Diese Leistungen sind in der Vergangenheit im Rahmen der Regelungen aus § 10 alt PfG NW gefördert worden. In der Praxis hat sich gezeigt, dass der Zugang zu den Fördermitteln von zwei Kriterien abhängig ist: Zugehörigkeit zu einem öffentlich-rechtlichen Träger oder Mitgliedschaft im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband *und* Beteiligung der Kreise oder kreisfreien Städte an der Förderung nach § 10 alt PfG NW.

Die Entwicklungen der letzten Jahre zeigen eine Zunahme der Ein-Personen-Haushalte und –bedingt durch den Wegfall des häuslichen Pflegepotentials – eine ständig steigende Nachfrage nach komplementären Dienstleistungen. Parallel ist an dieser Stelle festzustellen, dass im Hinblick auf die angespannte Finanzlage der Kommunen eine Förderung nach § 10 alt PfG NW stufenweise heruntergefahren wurde. Somit ist in der Mehrzahl der Kreise und kreisfreien Städte keine Förderung der komplementären Hilfen mehr erfolgt. Im Rahmen des Vorrangs der häuslichen Pflege bilden komplementäre Hilfen aber einen wichtigen Baustein in der Versorgungsstruktur. Oft ist nur unter Zuhilfenahme komplementärer Dienste ein Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit möglich.

Aus diesem Grund fordern wir eine gesicherte Regelung zur Förderung komplementärer Hilfen, die unabhängig von bestehenden Haushaltsmitteln erfolgt. Hierbei gilt es, im Rahmen einheitlicher



Gemeinsame Stellungnahme der Verbände der privaten ambulanten Pflegeeinrichtungen  
zum Entwurf des neuen PfG NW / Landtagsdrucksache 13/3498

Wettbewerbsregelungen auch privaten ambulanten Pflegeeinrichtungen den Zugang zu öffentlichen Mitteln zu ermöglichen.

**Geplante Streichung des § 17 alt PfG NW (Kosten)**

Die Verbände der privaten ambulanten Pflegeeinrichtungen bedauern die Absicht des Ministeriums, die bisherige Kostenregelung, nach der der überörtliche Träger der Sozialhilfe den Kreisen und kreisfreien Städten jährlich eine Pauschale von 8 DM pro Einwohner über 65 Jahre für die Beratung nach § 4, für die Durchführung der Pflegekonferenzen nach § 5 und für die Pflegebedarfsplanung nach § 6 zahlt, ersatzlos zu streichen. Damit ist die bislang gut funktionierende Struktur einer pflegerischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen gefährdet, da eine Aufgabenübernahme durch die Kreise und kreisfreien Städte in diesem Bereich angesichts der finanziellen Situation dieser Aufgabenträger keinesfalls auch eine Realisierung der zu verantwortenden Aufgabenbereiche erwarten lässt.



# Kostenstrukturen in der ambulanten Pflege

Eine Untersuchung über die notwendigen Investitionskosten in ambulanten Pflegediensten in NRW

Vorgelegt von allen Verbänden der privaten ambulanten Pflegedienste in NRW

ABVP Arbeitgeber und Berufsverband privater Pflege

bad Bundesverband ambulanter Dienste

bpa Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste

DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe

LfK Landesverband freie ambulante Krankenpflege Nordrhein-Westfalen

VDAB Verband deutscher Alten- und Behindertenhilfe

erstellt von Dr. Frank Ziesche (bpa), Jens Hofer (LfK)

## Inhaltsübersicht

	Seite
A. Vorbemerkungen	1
B. Bisherige Berechnungen	1
C. Die Kalkulationen	2
1. Kosten für Gebäude	2
2. Notwendige Betriebsausstattung	2
3. Fahrzeuge	2
4. Andere Elemente der Kalkulation	3
5. Berechnung der Leistungsstunden	4
6. Gebäudekosten	6
7. Inventar und technische Anlagen	8
8. Fahrzeugkosten	9
9. Zwischenergebnis	10
10. Das Problem der Leistungsgrenzen im SGB XI	10
D. Ergebnisse	12

## A. Vorbemerkungen

Das Land Nordrhein-Westfalen plant sein Landespflegegesetz zu verändern. Die Richtung der Veränderung wurde vom zuständigen Ministerium in sogenannten Eckpunkten vorgelegt, zu denen eine Anhörung durchgeführt wurde. Im Rahmen dieser Anhörung zeigte sich das Ministerium interessiert an genaueren Angaben über die Höhe der Investitionskosten bei ambulanten Pflegediensten. Diese Zahlen sollen hiermit geliefert werden.

## B. Bisherige Berechnungen

Für die Anhörung zum Eckpunktepapier im Ministerium für Arbeit, Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes Nordrhein-Westfalen haben die privaten Leistungserbringer der ambulanten Pflege mit dem Gutachten: „Leistungsspektrum ambulanter Pflegedienste und deren Finanzierung. Investitionskostenförderung ambulanter Dienste in NRW“ bereits Überlegungen über die Höhe der notwendigen Investitionskosten vorgelegt. Die dortigen Berechnungen beruhen auf der Annahme, daß die Höhe der Förderung von 2,15 Euro je Leistungsstunde im SGB XI die reale Kostenstruktur des Jahres 1996, das Jahr, in dem der Förderbetrag festgelegt wurde, widerspiegelt. Weiterhin wurde angenommen, daß zu dem damaligen Zeitpunkt fast alle SGB XI - Leistungen innerhalb des Leistungsrahmens der Pflegekassen erbracht worden sind, also weitgehend alle SGB XI -Leistungsstunden auch von der Förderung erfaßt wurden.

Für die Berechnung der Steigerung wird darauf aufmerksam gemacht, daß mit der Verschiebung von einigen Leistungen aus der Krankenversicherung in die Pflegeversicherung zunehmend auch weitere SGB XI - Leistungen außerhalb der Leistungsgrenzen der Pflegeversicherung erbracht werden müssen und damit nicht mehr in den Genuß der Förderung kommen.

Bei dieser Berechnung wird eine allgemeine Preissteigerungsrate für den gesamten Zeitraum von mindestens 7% angenommen und auf neue Vorgaben der Pflegekassen und des Gesetzgebers hingewiesen, die Investitionen nach sich ziehen. Im Ergebnis wird dort durch einen überschlägigen Rechnungsweg die Höhe der notwendigen Investitionskosten auf 3,20 Euro je Leistungsstunde SGB XI ermittelt und das Angebot unterbreitet eine genauere Abschätzung über eine Musterkalkulation oder aus empirischen Erhebungen nachzureichen.

## C. Die Kalkulationen

### Die Eckdaten

Typischerweise fallen in ambulanten Pflegeeinrichtungen in folgenden drei Bereichen Investitionen an:

- Kosten für Gebäude
- Notwendige Betriebsausstattung
- Fahrzeuge

#### 1. Kosten für Gebäude

Zu den Kosten für die Gebäude sind in erster Linie die Kaltmiete, bzw. die Abschreibung auf die eigene Immobilie inklusive Verzinsung zu verstehen. Hinzu kommen Instandhaltungskosten für das Gebäude. Stellplätze für die Fahrzeuge müssen u.U. berücksichtigt werden.

Im Bereich der ambulanten Dienste werden sowohl angemietete als auch eigene Räumlichkeiten genutzt - beides ist häufig festzustellen. Unser Eindruck ist allerdings, daß etwas häufiger gemietet wird. Aus diesem Grund und weil die Miethöhen leichter und objektivierbar zu erheben sind, wird hier von der Anmietung von Geschäftsräumen ausgegangen.

#### 2. Notwendige Betriebsausstattung

Zu der notwendigen Betriebsausstattung ist zunächst einmal die Raumausstattung mit Tischen, Stühlen, Regalen, abschließbaren Schränken, Schlüsselkästen etc. zu zählen. Hinzu kommen die abzuschreibenden Anlagegüter wie z.B. die technische Ausstattung bestehend aus Computern incl. Software, Telekommunikationsanlagen, Kopierer etc.

#### 3. Fahrzeuge

Hier sind die Kosten für die Fahrzeuge, Reparaturen, Wartungen, Instandhaltungen, sowie Winterreifen zu berücksichtigen. Winterreifen müssen unabhängig von regionalen Gegebenheiten angeschafft werden, um den gesetzlich geforderten Versicherungsschutz für Fahrzeuge nicht zu gefährden. Die Fahrzeuge können sowohl gekauft wie auch geleast werden. Beide Varianten sind bei ambulanten Pflegeeinrichtungen nicht unüblich. Nach unsere Kenntnis hat

sich ein Großteil der Dienste allerdings für das Leasing entschieden, weshalb auch hier die Leasingkosten Berücksichtigung finden sollen.

#### 4. Andere Elemente der Kalkulation

Bei einer Musterkalkulation stellt sich die Frage, welche Betriebsgröße angenommen wird. Es ist plausibel, daß die absoluten Investitionskosten mit der Größe des Betriebes steigen. Allerdings müssen die absoluten Investitionskosten, die im Bereich der Pflegeversicherung anfallen, den Leistungsstunden des SGB XI zugeordnet werden. Insoweit spielt die Betriebsgröße bei der Bestimmung der Investitionskosten je Leistungsstunde nur eine untergeordnete Rolle, da die höheren Kosten eines größeren Betriebes eben auch auf eine größere Zahl von Leistungsstunden verteilt werden können. Zwar sind auch in Abhängigkeit von der Betriebsgröße Schwankungen im Bereich der Investitionskosten bezogen auf eine Leistungsstunde zu vermuten (Stichwort: optimale Betriebsgröße), allerdings gibt es keinen direkten Zusammenhang mit der Größe des Betriebes. Die Investitionskosten schwanken in Abhängigkeit von der Betriebsgröße insofern als der reale Betrieb der optimalen Betriebsgröße näher oder weniger nah ist<sup>1</sup>.

Sofern hier als Musterdienst ein mittlerer Pflegedienst herangezogen wird, ist nicht zu vermuten, daß die Ergebnisse bei einem größeren oder kleineren Pflegedienst wesentlich von den hier gefundenen abweichen.

Ebenfalls ohne Bedeutung für die Höhe der Investitionskosten im Bereich des SGB XI ist die Verteilung des Umsatzes des ambulanten Dienstes zwischen Grund- (Kostenträger Pflegekasse) und Behandlungspflege (Kostenträger Krankenkasse). Da letztlich die dem SGB XI zuzurechnenden Kosten auf die Leistungsstunden im Bereich der Pflegeversicherung aufgeteilt werden müssen, ist es für diese Kalkulation unerheblich, ob und in welchem Umfang der Dienst nebenher noch Leistungen der Behandlungspflege erbringt. Aus diesem Grunde ist in den folgenden Beispielen auf die Berücksichtigung der Behandlungspflege verzichtet worden. Bei dem Kostenfaktor „Gebäude“ sind erhebliche regionale Unterschiede zu verzeichnen. Um diesen Differenzen gerecht zu werden, werden hier ein unterer und ein oberer Wert gesetzt werden.

---

<sup>1</sup> Eine feststehende optimale Betriebsgröße für ambulante Pflegedienste kann nicht angegeben werden. Sie ist je nach örtlichen Gegebenheiten und personellen Ressourcen variabel.

Bei den Leasing- oder Anschaffungskosten für die Fahrzeuge sind zwar keine signifikanten lokalen Unterschiede zu beobachten, allerdings können Unterschiede durch eine abweichende Inanspruchnahme entstehen, die im Bereich der Reparatur und Wartung Berücksichtigung finden müßten. So sind die Fahrtstrecken in ländlichen Regionen in der Regel länger als im städtischen Bereich. Allerdings kann meist aber auch motorschonender gefahren werden, während der städtische Verkehr durch stop and go gekennzeichnet ist. Über die Auswirkungen dieser Unterschiede auf die Kosten für Instandhaltung und Wartung liegen uns keine gesicherten Erkenntnisse vor. Es ist aber zu vermuten, daß die Differenzen nicht erheblich sind. Am geringsten dürften die regionalen Unterschiede im Bereich der notwendigen Betriebsausrüstung sein.

Erheblichen Einfluß auf die Höhe der Investitionskosten gerechnet auf eine Leistungsstunde hat das Verhältnis der SGB XI-Leistungen, die von der Pflegekasse gezahlt werden zu denen, die aus privater Tasche beglichen werden müssen. Dies liegt an der spezifischen Ausgestaltung der Investitionskostenförderung in Nordrhein-Westfalen. Die Förderung bezieht sich nämlich nur auf die Leistungsstunden, die innerhalb des Deckelungsbetrages je Pflegestufe der Pflegeversicherung erbracht werden. Sofern nun Leistungen oberhalb des Deckelungsbetrages erbracht werden, müßten diese Investitionskostenanteile durch die Pflegebedürftigen selbst getragen werden. Da dies aber nach § 4 Abs. 1 der Verordnung über die Förderung ambulanter Pflegeeinrichtungen nach dem Landespflegegesetz nicht möglich ist müssen die diesen Zeiten zuzurechnenden Kosten auf die innerhalb der Leistungsgrenzen der Pflegeversicherung erbrachten Stunden aufgeteilt werden. Je größer also der Anteil der oberhalb der Deckelungsgrenzen erbrachten Leistungen ist, desto höher ist der Betrag, der auf die innerhalb der Leistungsgrenzen der Pflegeversicherung entfallenen Leistungsstunden umzulegen ist. Dieser Effekt ließe sich vermeiden, wenn alle Leistungsstunden im Rahmen der Investitionskostenförderung gleich berücksichtigt würden - unabhängig davon, ob sie innerhalb oder außerhalb der Leistungsgrenzen der jeweiligen Pflegestufe liegen.

##### 5. Berechnung der Leistungsstunden.

Die anfallenden Investitionskosten im Bereich der Pflegeversicherung müssen letztlich auf die Leistungsstunden nach dem SGB XI aufgeteilt werden. Die Leistungsstunden haben daher eine Schlüsselstellung. Die Leistungsstunden beeinflussen ihrerseits wiederum die Höhe der



Investitionskosten, insofern als ein höheres Aufkommen an Leistungsstunden auch höhere Investitionskosten voraussetzt.

Für die folgende Untersuchung soll ein Dienst mit 5 Touren täglich im Jahresdurchschnitt<sup>2</sup> zugrundegelegt werden, wobei jede Tour im Durchschnitt 7 Stunden benötigt. Hieraus ergibt sich ein Bedarf von 2555 Stunden pro Jahr für jede Tour. Bei fünf Touren kommt so ein Jahresarbeitszeitbedarf von 12.775 Stunden zusammen.

Dauer einer Tour im Durchschnitt	7	Stunden/Tag
Tage im Jahr	365	
Hierfür benötigte Stunden/Jahr	2555	

Um diesen Jahresarbeitszeitbedarf zu decken müssen 8,23 Vollzeitstellen geschaffen werden, denn die durchschnittliche Arbeitszeit abzüglich Urlaub, Krankheit und anderen Fehlzeiten beträgt ca. 1553 Stunden. Mit dieser Jahresarbeitszahl für jede Vollzeitstelle wird z.B. auch die Höhe der Altenpflegeumlage des Landes NRW errechnet.

Anzahl der Touren	5	je Tag im Jahresdurchschnitt
Benötigte Stunden/Jahr	12775	
Durchschnittliche Jahresarbeitszeit	1553	Stunden
Benötigte Vollzeitstellen	8,23	

12.775 Stunden Arbeitszeit sind pro Jahr notwendig, um fünf Touren täglich sicherzustellen. Allerdings ist diese Zahl nicht mit der Zahl der reinen Leistungsstunden zu verwechseln. Von diesen Zeiten sind wiederum die Fahrtzeiten zu den Patienten und die Pausenzeiten abzuziehen. Nach der von der BGW in Auftrag gegebenen und 2002 erschienenen Studie „Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten“ müssen 29% an Fahrtzeiten sowie 3,5%<sup>3</sup> der Arbeitszeit für Pausen aufgewandt werden. Hinzu kämen noch Zeiten für Dienstbesprechun-

<sup>2</sup> Hierbei handelt es sich um eine Durchschnittsbetrachtung. In der Realität ist in der Woche ein höheres Arbeitsaufkommen als am Wochenende. Die Vormittagsstunden sind meist arbeitsaufwendiger als der Nachmittag. Dies bedeutet, daß in den Spitzenbelastungszeiten sieben bis zehn Touren gleichzeitig gefahren werden, während andere Zeiten entsprechen weniger frequentiert werden.

<sup>3</sup> Bei der Bewertung der Pausenzeiten muß berücksichtigt werden, dass die Touren unterschiedlich lang sind und zum Teil nur zwei bis drei Stunden dauern. Dennoch deutet diese Zahl auf die hohe Verdichtung der Arbeit in der ambulanten Pflege hin - der Hauptgrund hierfür dürfte in dem zunehmenden Kostendruck liegen.

gen und Übergabezeiten, die hier - in Ermangelung einer validen Zahl - mit 1% der Arbeitszeit bewußt niedrig eingeschätzt werden.

Gesamtarbeitszeit	12775 Stunden
Fahrtzeiten zu den Patienten	29 %
Fahrtzeiten zu den Patienten	3705 Stunden
Pausenzeiten	3,5 %
Pausenzeiten	447 Stunden
Dienstbesprechungen/Übergabezeiten	1 %
Dienstbesprechungen/Übergabezeiten	128 Stunden
Netto-Leistungstunden/Jahr	8495 Stunden

Im Rahmen dieses mittleren Musterdienstes werden also in den jahresdurchschnittlichen fünf Touren täglich 8495 Netto-Leistungstunden im Jahr erbracht.

## 6. Gebäudekosten

Wichtig für die Bestimmung der Mietkosten ist die Frage nach der Größe der Gewerbefläche. Die Größe ergibt sich sinnvollerweise aus der Zahl der Mitarbeiter. Zu den hier notwendigen mindestens acht Mitarbeitern<sup>4</sup> kommt noch eine Pflegedienstleitung (PDL), sowie eine Mitarbeiterin in der Verwaltung. Auf dieser Basis werden benötigt:

- Ein Raum für die PDL, um in Ruhe zu planen bzw. persönliche und/oder vertrauliche Gespräche führen zu können
- Ein Raum für die Verwaltungskraft um Korrespondenz, Fakturierung z.T. das Archiv führen zu können
- Ein Raum für Mitarbeiterbesprechungen und Schulungen (Größenbedarf abhängig von Struktur und Anzahl der Mitarbeiter)

---

<sup>4</sup> Da in Pflegediensten häufig Teilzeitkräfte eingesetzt und Belastungsspitzen durch 325 Euro - Beschäftigungsverhältnisse sichergestellt werden, wird die Kopfzahl wesentlich höher sein.

- Ein Raum als Sozialraum für Mitarbeiter / Teeküche (Größenbedarf abhängig von Struktur und Anzahl der Mitarbeiter)
- Parkplatz bzw. entsprechender Verkehrsraum um die Kraftfahrzeuge für den Toureneinsatz bereit zu halten.

Bei dem angenommenen Dienst mit acht Vollzeitstellen in der Pflege zuzüglich einer PDL und einer Verwaltungskraft ergibt sich aus den oben genannten Vorgaben ein Raumbedarf von ca. 80 - 100 qm<sup>2</sup>. Die Kosten pro qm<sup>2</sup> sind regional stark unterschiedlich, dürften sich aber für den allergrößten Teil der Pflegedienste zwischen 5 und 12 Euro je qm<sup>2</sup> liegen. In diesen Beträgen soll die Umsatzsteuer bereits enthalten sein.

Für die Instandhaltungskosten wird ein durchschnittlicher Betrag von 20 Euro/Monat veranschlagt. Dieser Wert weist keine bedeutenden regionalen Unterschiede auf. Starke räumliche Schwankungen dagegen sind bei der Miete für die Stellplätze der Fahrzeuge zu vermuten. Während in ländlichen Gegenden hierfür nicht selten überhaupt keine Kosten anfallen, können die Kosten in innerstädtischen Bereichen hoch sein. Hier ist eine Spanne von 0 bis 20 Euro je Fahrzeug anzusetzen.

Um dieser differenzierten Kostenstruktur Rechnung zu tragen, ist es sinnvoll zwei Szenarien zu beschreiben, nämlich einen Musterdienst mit den denkbar höchsten Kosten und einen anderen mit den denkbar niedrigsten Kosten. Hierdurch entsteht eine Spanne, innerhalb der sich die Kosten der Pflegedienste bewegen.

Mietkosten	niedrige Kosten	hohe Kosten
80 qm <sup>2</sup>	400	
100 qm <sup>2</sup>		1200
Stellplätze	0	140
Instandhaltung	20	20
Summe	420	1360
Summe/Jahr	5040	16320
Leistungsstunden	8495	8495
Kosten je Leistungsstunde	0,59	1,92

Die Investitionskosten je Leistungsstunde schwanken also je nach Kostenstruktur des Dienstes zwischen 0,59 Euro und 1,92 Euro je Stunde.

#### 7. Inventar und technische Anlagen

Weitgehend unabhängig von der Region sind die Kosten für Inventar und technische Ausstattung. Die Einkaufspreise für Tische, Stühle, Regale, abschließbare Schränke, Schlüsselkästen etc. sind mit ca. 18.000 Euro Kosten zu veranschlagen. Legt man den gesetzlichen Abschreibungszeitraum von 13 Jahren zu Grunde ergibt sich ein jährlicher Wert von 1.384,62 Euro. Hierbei ist zu bedenken, daß die reale Nutzungsdauer bei derartigen Gegenständen meist niedriger ist. Insofern handelt es sich hier um sehr niedrig angesetzte Werte.

Zur den notwendigen Betriebsausstattung gehören auch die technischen Geräte, ohne die ein Dienst den gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen nicht sinnvoll Genüge tun kann. Für den hier angenommenen Dienst ist mindestens die Vorhaltung von zwei, besser drei Computerarbeitsplätzen erforderlich, die in ein gemeinsames Netzwerk eingebunden sind. Inklusive Betriebssystemen, Monitoren und Druckern sowie der Grundsoftware ist hierfür ein Betrag von mindestens 9.000,00 Euro anzusetzen. Bei einem Abschreibungszeitraum von drei Jahren ergibt sich ein jährlicher Betrag von 3.000,00 Euro.

Da dieser Teil der notwendigen Betriebsausstattung regelmäßig angeschafft wird, müssen entweder die gezahlten Zinsen auf das Fremdkapital berücksichtigt werden oder das eingesetzte Eigenkapital muß verzinst werden. Die Verordnung über die gesonderte Berechnung nicht geförderter Investitionsaufwendungen von vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege nach dem Landespflegegesetz berücksichtigt für die Anschaffung abschreibungsfähiger Anlagegüter einen Zinssatz von 4%. Dieser Zinssatz - der bei einer Kreditaufnahme auf dem Kapitalmarkt nicht erzielbar wäre - soll auch hier zugrundegelegt werden. Dieser Zinssatz ist als sehr niedriger Wert einzuschätzen, der noch weit unterhalb der üblichen Zinssätze, die auf Grundlage des „Basiszinssatzes“ gebildet werden, liegt. Durch die Abschreibungen fällt die absolute Höhe der Zinszahlung pro Jahr. Es soll hier in der Berechnung der mittlere Wert zugrundegelegt werden.

Hinzu kommt eine Telekommunikationsanlage mit den entsprechenden Telefonen, deren monatliche Leasingkosten sich auf 150 Euro beläuft.

Für den Kopierer wird ein monatlich notwendiger Betrag von 300 Euro angenommen.

Damit ergibt sich ein jährlicher Gesamtaufwand für Notwendige Betriebsausstattung in Höhe von 10412,31 Euro. Verteilt auf die Leistungsstunden ergibt dies einen Betrag von 1,23 Euro.

Notwendige Betriebsausstattung	Kosten gesamt	Kosten Monat
Möbel	18.000,00	115,38
Zinsen auf Möbel	387,72	32,31
EDV	9.000,00	250,00
Zinsen auf EDV	240,00	20,00
Telekommunikation		150,00
Kopierer		300,00
Summe/Jahr		10412,31
Leistungsstunden		8495
Kosten je Leistungsstunde		1,23

## 8. Fahrzeugkosten

Die monatlichen Leasingraten für einen Pflegediensttypischen Kleinwagen beginnen bei ca. 155 Euro.

Teilweise sind in diesem Betrag die Kosten für Reparaturen, Instandhaltung und Wartung, der Wechsel auf Winter- bzw. Sommerreifen sowie der Differenzbetrag für den Wert des Fahrzeuges am Ende der Vertragslaufzeit bereits inbegriffen.

Leasingrate/Monat	155,00 Euro
Anzahl der PKW's	7
Leasingraten/Jahr für alle Fahrzeuge	13.020,00 Euro
Leistungsstunden	8495
Kosten je Leistungsstunde	1,53 Euro

Da die fünf Touren, die im Jahresschnitt täglich gefahren werden, sich - wie bereits dargelegt - nicht gleichmäßig verteilen, benötigt der Dienst mindestens sieben Autos! Bei sieben Fahrzeugen ergeben sich jährliche Leasingkosten in Höhe von 13.020,00 Euro. Diese Kosten müssen auf die 8495 Leistungsstunden aufgeteilt werden, wodurch sich ein Betrag von 1,53 Euro ergibt. Diese 1,53 Euro müssen bei jeder Leistungsstunde im SGB XI erhoben werden, um die anfallenden Kosten zu decken.

### 9. Zwischenergebnis

Nach der bisherigen Betrachtung der Kostenblöcke eines ambulanten Dienstes soll ein Zwischenergebnis gezogen werden. Die für die Berechnung der Investitionskosten relevanten Kosten für Miete, Büroausstattung und Kraftfahrzeuge bewegen sich auf die Stunde gerechnet in einem Rahmen von 3,35 Euro bis 4,68 Euro. Die Differenzen sind über das regional unterschiedliche Mietniveau zu erklären.

	Variante A	Variante B
	Euro/Leistungsstunde	Euro/Leistungsstunde
Mietkosten	0,59	1,92
Büroausstattung	1,23	1,23
Kraftfahrzeuge	1,53	1,53
Notwendige Investitionskosten je Stunde	3,35	4,68

### 10. Das Problem der Leistungsgrenzen im SGB XI

Die Pflegeversicherung leistet nicht bedarfsdeckend sondern nur im Rahmen von Höchstgrenzen, die von der Pflegestufe abhängig sind. Diese Höchstgrenzen spielen auch bei der Investitionskostenförderung in NRW eine besondere Rolle. Gefördert werden nämlich nur die Leistungsstunden, die von der Pflegekasse finanziert werden - darüber liegende Beträge, die privat getragen werden müssen oder - sofern dies nicht möglich ist vom Sozialhilfeträger übernommen werden, bleiben bei der Förderung unberücksichtigt. Die bisherigen Berechnungen sind auf der Annahme erfolgt, jegliche Leistungsstunde im Bereich der Pflegeversicherung wird

mit dem auf sie entfallenden Investitionskostenbetrag belegt. Sofern aber nur ein Teil der Stunden mit Investitionskosten belegt werden, müssen die anderen Kosten auf diese anrechnungsfähigen Stunden umgelegt werden.

Als 1996 die Förderverordnung erlassen worden ist, konnte man noch davon ausgehen, daß der allergrößte Teil der SGB XI Leistungen sich innerhalb der Leistungsgrenzen der Pflegeversicherung erbracht wird. Dies hat sich in den vergangenen Jahren durch die allgemeine Preissteigerung und durch ein geändertes Nachfrageverhalten geändert. Zukünftig wird der Anteil der Privatrechnungen noch weiter steigen, sofern sich die Leistungsobergrenzen der Pflegeversicherung unverändert bleiben und die Verschiebung der Kostenverantwortung von Leistungen von der Krankenversicherung in die Pflegeversicherung nicht gestoppt wird.

Wie hoch der jeweils privat in Rechnung gestellte Anteil ist, ist unterschiedlich. Auch hier sind starke regionale Unterschiede festzustellen. Um die Realität möglichst getreu abzubilden, sollen hier drei Szenarien durchgespielt werden. Paradigmatisch soll errechnet werden, wie sich die notwendige Förderhöhe verändert, wenn von einem Privatkostenanteil von 20% und von 10% ausgegangen werden muß. Ein drittes Szenario geht davon aus, daß alle Leistungen innerhalb der Sachleistungsgrenzen der Pflegeversicherung erbracht werden. Mit diesen drei Szenarien dürfte die Praxis der weitüberwiegenden Anzahl der ambulanten Pflegedienste in NRW abgebildet sein.

	Günstige Kostenstruktur			Ungünstigere Kostenstruktur		
Investitionskosten/Stunde	3,35			4,68		
Anteil Privatrechnung in %	0	10	20	0	10	20
Ergebnis/Stunde	3,35	3,72	4,19	4,68	5,20	5,85

Die Spanne der notwendigen Investitionskosten im Bereich des SGB XI je anrechnungsfähige Leistungsstunde reicht für die allermeisten Pflegedienste in Nordrhein-Westfalen von 3,35 Euro bis zu 5,85 Euro.

Betrachtet man von diesen Ergebnissen her die ursprünglichen Berechnungen (s.o. Punkt B) so stellt man fest, daß sie zwar in der Nähe aber noch unterhalb des hier errechneten unteren Wertes liegt. Bedenkt man, daß hier in allen Fällen eher niedrige Zahlen angesetzt worden sind, muß davon ausgegangen werden, daß die Differenz höher ist. Da die Berechnungen unter B von der Prämisse ausgingen, 1996 sei die Förderhöhe von 4,20 DM kostendeckend gewesen, erlaubt dies auch Rückschlüsse auf die Förderhöhe zum Zeitpunkt ihrer Festlegung.

Vermutlich war bereits 1996 der Betrag von 4,20 DM je Leistungsstunde nur bei Pflegediensten, die aufgrund ihrer besonderen räumlichen und sonstigen Situation in der Lage waren die notwendigen Investitionskosten zu decken, ausreichend.

#### D. Ergebnisse

Die notwendigen Investitionskosten im Rahmen der Pflegeversicherung in Nordrhein-Westfalen liegen zwischen 3,35 Euro und 5,85 Euro. Die Unterschiede erklären sich einerseits durch die unterschiedlichen Miethöhen in den einzelnen Regionen, andererseits durch die unterschiedliche Inanspruchnahme der einzelnen Pflegedienste mit SGB XI Leistungen über die Leistungsgrenzen der Pflegeversicherung hinaus.

Im einzelnen ergeben sich folgende Beträge (die Angaben beziehen sich jeweils auf eine Leistungsstunde): Die Mietkosten schwanken zwischen 0,59 Euro und 1,92 Euro; die Büroausstattung schlägt mit 1,23 zu Buche; die Kraftfahrzeuge sind mit 1,53 Euro zu veranschlagen. Hieraus ergibt sich eine Spanne von 3,35 Euro bis 4,68 Euro.

Abgerufene Leistungen die oberhalb des Deckelungsbetrages der Pflegeversicherung liegen, sind auch mit Investitionskosten zu belegen, die aber in der gegenwärtigen Förderungssystematik des Landes NRW keine Berücksichtigung finden. Daher müssen die hier anfallenden Kosten auf die Leistungsstunden umgerechnet werden, die von der Pflegekasse vergütet werden, da sonst für ambulante Dienste die Gefahr langfristig in die Insolvenz zu geraten zu groß wird. Allerdings gibt es zwischen den Diensten eine große Spannweite der Inanspruchnahme von Leistungen über den Deckelungsbetrag der Pflegeversicherung hinaus. Dies ist hier berücksichtigt worden, indem drei Szenarien gebildet worden sind - mit einem Privatrechnungsbetrag in Höhe von 20%, von 10% und von 0%. Unter Berücksichtigung dieser Annahme entsteht eine Spanne von 3,35 Euro bis 5,85 Euro.

Das Land NRW ist gefordert aus diesen Erkenntnissen Konsequenzen zu ziehen. Notwendig ist eine deutliche Erhöhung der Investitionskostenförderung. Sofern dies den kommunalen Finanzen nicht zuzumuten sein sollte, muß den Diensten die Möglichkeit gegeben werden, die überschüssigen Investitionsbeträge den Pflegebedürftigen in Rechnung zu stellen. Eine Kürzung dagegen würde der ambulanten Pflege in NRW einen großen Schaden zufügen. Die Leistung würde noch weiter verdichtet werden müssen, viele Pflegedienste müßten ihren Betrieb einstellen.



Die Sozialhilfeträger haben bis heute keine Konzepte vorgelegt, wie sie die eingesparten Mittel einsetzen wollen. Zu befürchten ist, daß diese Mittel der ambulanten Pflege verloren gehen. Die Kommunen würden sich damit noch weiter aus der Finanzierung der Pflege zurückziehen und sich damit noch weiter von ihrer 1995 gegebenen Zusage, sich auch zukünftig an der Finanzierung der Pflege zu beteiligen entfernen - zumal inflationsbedingt der Wert der Förderung seit ihrer Einführung ständig abnimmt.



# Leistungsspektrum ambulanter Pflegedienste und deren Finanzierung

## Investitionskostenförderung ambulanter Dienste in NRW

Ein Arbeitspapier vorgelegt von den Verbänden der privaten ambulanten Pflegedienste

ABVP	Arbeitgeber und Berufsverband privater Pflege
bad	Bundesverband ambulanter Dienste
bpa	Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
LfK NRW	Landesverband freie ambulante Krankenpflege Nordrhein-Westfalen
VDAB	Verband deutscher Alten- und Behindertenhilfe

## Inhaltsverzeichnis

0.	Vorbemerkungen	2
1. Teil	Die Zukunft der Gesellschaft	3
	1. Pflegebedürftigkeit in Zahlen	3
	2. Demographische Faktoren	4
	3. Fazit	5
2. Teil	Auf welche Weise soll die pflegerische Versorgung sichergestellt werden?	6
	1. Die Entscheidung der Pflegeversicherung	6
	2. DRG	7
	3. Fazit	8
3. Teil	Pflegerische Versorgung in NRW durch ambulante Pflegedienste. Leistungsgeschehen und Finanzierung	9
	I. Die Pflegeversicherung - SGB XI	9
	II. SGB V: Häusliche Krankenpflege	11
	Exkurs: Der Genehmigungsvorbehalt	13
	Exkurs: Das Problem der Verschiebung von Leistungen der Behandlungspflege in den Finanzierungsbereich der Pflegeversicherung	14
	III. BSHG: Die Sozialhilfe als Leistungsträger im ambulanten Bereich	15
	IV. Landesförderung komplementäre Dienste	16
	V. Fazit	

4. Teil	Investitionskostenförderung in NRW – Gegenwart und Zukunft	20
	1. Die Problematik der Investitionskosten	20
	2. Einsparungen im Bereich der Sozialhilfe	21
	3. Das gegenwärtige Fördermodell ambulanter Dienste in NRW	22
	4. Was sind Investitionskosten?	23
	5. Über die notwendige Höhe der Investitionskostenförderung	24
	6. Defizite des gegenwärtigen Fördermodells	27
	7. Abschließende Bewertung der Investitionskosten- förderung ambulanter Dienste	28
	8. Die Vorstellungen des Ministeriums	29
	Exkurs: Die Interessenlage der Kommunen als Sozialhilfeträger	31
	9. Mögliche Konsequenzen der Kürzung der Investitionskosten	32
	10. Neuordnung der Investitionskostenförderung – die Vorschläge der privaten Leistungserbringer	34
5.	Zusammenfassung	37
	Literaturverzeichnis	38

## Vorbemerkungen

Das Land Nordrhein-Westfalen hat sich entschlossen, sein Landespflegegesetz zu überarbeiten. Hierzu hat es mehreren Institutionen ein Eckpunktepapier zur Stellungnahme zugesandt. Im Rahmen der Veränderungen soll auch die Förderung ambulanter Dienste überdacht und geändert werden.

Um zu einer sachgerechten Position in dieser Frage zu kommen haben sich die privaten ambulanten Leistungserbringerverbände entschlossen, eine Studie erstellen zu lassen, die die wesentlichen Gesichtspunkte dieser Änderung untersucht. Hierzu war es in einem ersten Schritt notwendig, die gegenwärtige Anzahl der ambulant von einem Pflegedienst versorgten Personen festzustellen und Tendenzen auszumachen, wie sich die Anzahl der pflegerisch zu versorgenden Personen in Zukunft entwickelt.

Sodann soll erhoben werden, welche Versorgungsformen zukünftig eine größere Rolle spielen sollen. Hierzu sollen zwei paradigmatische Entscheidungen der Politik – nämlich die Pflegeversicherung und das neue Krankenhausvergütungssystem – untersucht werden.

Anschließend soll untersucht werden, welche Leistungen heute von ambulanten Pflegediensten erbracht und wie sie finanziert werden.

Nach diesen Voruntersuchungen soll das Augenmerk auf die Investitionskostenförderung in NRW gelenkt werden. Hierbei werden die Hintergründe und Wirkweisen der gegenwärtigen Förderung untersucht, bevor die Veränderungsvorschläge des Ministeriums analysiert werden.

Den Abschluss der Studie bietet ein Darstellung der Veränderungsmöglichkeiten aus Sicht der privaten Leistungserbringer.

## 1. Teil

### Die Zukunft der Gesellschaft

Um die Relevanz nach der Frage der pflegerischen Versorgung abzuschätzen muss zunächst ein kurzer Blick auf Gegenwart und Entwicklung der Gesellschaft in der BRD geworfen werden. Hierbei geht es neben der Darstellung der ist-Situation nicht um exakte Voraussagen, sondern vielmehr um die Abschätzung von Tendenzen.

#### 1. Pflegebedürftigkeit in Zahlen

1.826.362 Pflegebedürftige lebten Ende 1999 in der Bundesrepublik Deutschland. Hier von wurden 1.280.379 ambulant versorgt<sup>1</sup>. Dies entspricht 70,1% der Pflegebedürftigen und damit einer deutlichen Mehrheit. Für Nordrhein-Westfalen wird für 1999 von einer Zahl von ca. 460.000 Pflegebedürftigen ausgegangen<sup>2</sup>. Wie in der Bundesrepublik allgemein werden auch in NRW die meisten Pflegebedürftigen in ihrer eigenen Wohnung gepflegt, nämlich ebenso knapp über 70%.

Der größte Teil der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen wird wiederum von Verwandten, Freunden oder Bekannten versorgt. In 65% aller Pflegearrangements ist dies der Fall. Lediglich bei 35% der in ihrer eigenen Wohnung lebenden Leistungsempfänger wurde die pflegerische Versorgung ganz oder teilweise von einem ambulanten Pflegedienst erbracht. Doch auch in diesen Fällen werden mindestens bei 50% der Pflegebedürftigen Leistungen durch Angehörige oder sonstige ehrenamtlich tätige Pflegepersonen übernommen.

Allerdings steigt der Anteil der Leistungen, die von ambulanten Pflegediensten abgerufen werden, seit Einführung der Pflegeversicherung beständig an. Nahmen 1995 nur ca. 18% die Hilfe eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch, so waren es 1997 bereits 28,5%. Dieser Anteil erhöhte sich 1999 auf die bereits genannten 35%<sup>3</sup>. Diese Zahlen

---

<sup>1</sup> Bundesministerium für Gesundheit o.J., 130.

<sup>2</sup> Die Zahlen für die Bundesländer werden aus den Bundeszahlen nach bestimmten Schlüsseln herausgerechnet. Durch dieses Verfahren werden exakte Angaben fast unmöglich gemacht.

<sup>3</sup> Bundesministerium für Gesundheit o.J., 131

erhärten die Vermutung von Blinkert/Klie<sup>4</sup>, die diese in ihrer bereits 1997 - auf der Grundlage der soziologischen Arbeiten Ulrich Becks<sup>5</sup> - abgeschlossenen Studie angestellt hatten. Hiernach ist zukünftig mit einem weiteren Verlust von „stabilen Netzwerk-konfigurationen“ zugunsten von „prekären“ oder „labilen“ Netzwerk-konfigurationen zu rechnen. Diese direkte Folge der zunehmenden Individualisierung wird die Anzahl der Pflegebedürftigen schrumpfen lassen, die sich ihre Pflegekräfte selbst besorgen und den Anteil von professionell erbrachten Diensten weiter wachsen lassen.

Die Zahlen der Pflegebedürftigen nach SGB XI sind allerdings nicht zu verwechseln mit dem tatsächlichen Bedarf. Leistungen der Pflegeversicherungen werden erst bei einem erheblichen Pflegebedarf von täglich mindestens 45 Minuten gewährt. Neben dieser zeitlichen Hürde gibt es mehrere inhaltliche Einschränkungen. So können etwa allgemeine Betreuungsleistungen oder medizinische Behandlungspflegen entweder nicht oder nur zu einem geringen Teil in die Zeiten zur Zuerkennung einer Pflegestufe einfließen. In der Folge kann der Gesamtpflegeaufwand einer Familie zwar recht groß sein, sich hierfür aber kein Kostenträger finden<sup>6</sup>. Die Zahl der Leistungsempfänger des SGB XI muss daher als unterste Grenze bei der Mengenabschätzung von Pflegebedürftigkeit betrachtet werden.

## 2. Demographische Faktoren

Es ist allerdings nicht davon auszugehen, dass die Zahlen auf heutigem Niveau verharren werden. Verschiedene Studien kommen bei der Abschätzung zukünftiger Entwicklungen hier durchaus zu unterschiedlichen Ergebnissen. Ein Ergebnis ist allerdings allen Untersuchungen gemein: Aufgrund der demographischen Entwicklung wird die Anzahl der Pflegebedürftigen weiter steigen. So vermutet ein DIW- Diskussionspapier einen Anstieg der Fallzahlen um 52% bis zum Jahre 2020<sup>7</sup>, bis 2050 gar, dass 2,5 fache des heutigen Niveaus. Allerdings werden nicht nur die Fallzahlen steigen, sondern es findet auch innerhalb des Spektrums der Pflegebedürftigen eine Verschiebung zu höheren

---

<sup>4</sup> Blinkert/Klie 1999

<sup>5</sup> Beck 1986

<sup>6</sup> Vgl. Ziesche 1999



Pflegestufen hin statt<sup>8</sup>. Also werden nicht nur die Fallzahlen steigen, sondern auch der durchschnittliche Pflegebedarf bei den einzelnen Pflegebedürftigen.

## 2. Fazit

Die Zahl der Menschen, die pflegerisch versorgt werden müssen, wird in Zukunft weiter steigen. Diese haben einen höheren Bedarf und werden mehr professionelle Pflege in Anspruch nehmen.

Dies liegt einerseits an einem Anstieg der absoluten Zahlen durch demographische Veränderungen. Aber auch durch Verschiebungen werden die Fallzahlen der professionell versorgten Menschen steigen, da der Anteil der Pflegebedürftigen wächst, die sich ganz oder teilweise von einem Pflegedienst versorgen lassen.

---

<sup>7</sup> Schulz, Leidl 2001, 16 u. 31

<sup>8</sup> Schulz, Leidl 2001, 14f.

## 2. Teil

Auf welche Weise soll die pflegerische Versorgung sichergestellt werden?

Die Feststellung, dass in Zukunft durch demographische Verschiebungen ein erhöhtes Angebot an pflegerischer Versorgung notwendig sein wird, provoziert die Frage, auf welche Weise diese Versorgung sichergestellt werden kann. Hierbei konkurrieren in der allgemeinen gesundheitspolitischen Debatte ambulante und stationäre Versorgungsformen miteinander. Zwar ist es weithin unumstritten, dass es bestimmte Fallkonstellationen gibt, die zumindest zur Zeit relativ eindeutig einer der beiden Versorgungsformen zugeordnet werden können. Dazwischen aber gibt es einen breiten Raum an Leistungen der eventuell sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden kann. Es soll nun anhand von zwei politischen Gestaltungsprozessen (nämlich der Pflegeversicherung und der Umstellung der Krankenhausvergütung auf Fallpauschalen) analysiert werden, in welche Richtung die politischen Entscheidungsträger das Gesundheitssystem ausrichten wollen.

### 1. Die Entscheidung der Pflegeversicherung

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der absehbaren demographischen Veränderungen und den damit verbundenen Kosten für die Sozialhilfeträger wurde 1995 die Pflegeversicherung eingeführt. Zunächst bestand eine Leistungspflicht nur für den ambulanten Bereich, während die sogenannte zweite Stufe der Pflegeversicherung mit den Leistungen der stationären Versorgung erst mit einer zeitlichen Verzögerung in Kraft trat. Die Aufspaltung der Leistungsgewährung und der Vorlauf der ambulanten Versorgung wurde vorgenommen, um der Gefahr eines Heimsoges vorzubeugen. Damit ist auch eine der Grundtendenzen der Pflegeversicherung genannt: der Vorrang der ambulanten Versorgung vor der stationären (§ 3 SGB XI). Zwar ist der Hintergrund für diese Entscheidung nicht zuletzt auch durch die Einsicht motiviert, dass eine häusliche Versorgung mit der Bereitstellung geringerer Ressourcen gesichert werden kann, als eine stationäre. Diese Überlegungen spielen aber in der Gesetzesbegründung nur eine unterge-

ordnete Rolle. Ausdrücklich sieht sich der Gesetzgeber bei der Entscheidung für den Vorrang der ambulanten Versorgung in Übereinstimmung mit den ausdrücklichen Interessen der Betroffenen. Es muss in diesem Zusammenhang auch darauf verwiesen werden, dass der Vorrang der ambulanten Versorgung im SGB XI ohne Einschränkungen postuliert wird, während etwa im BSHG die Vorrangstellung der offenen Hilfe unter einen Kostenvorbehalt gestellt wird (§ 3a BSHG). Konkret bedeutet dies, dass der Sozialhilfeträger dann auf eine stationäre Versorgung drängen kann, wenn eine ambulante Versorgung wesentlich mehr Kosten verursacht, während die Pflegeversicherung keine Möglichkeit hierzu hat. Diese eingeschränkte Möglichkeit der Pflegeversicherung, wie sie sich in der Textgestalt des Gesetzes widerspiegelt ist allerdings von untergeordneter praktischer Relevanz. Durch die Höchstgrenzen bei der Leistungsgewährung bleiben die Kosten in jedem Fall überschaubar. Durch die in den unteren Pflegestufen wesentlich höheren Leistungen der Pflegeversicherung in der stationären Versorgung dürften im Regelfall die Ausgaben im ambulanten Bereich die Kosten einer stationären Unterbringung nicht übersteigen. Deutlich bleibt jedoch, dass der Gesetzgeber einen Vorrang der ambulanten Versorgung mit der Einführung des SGB XI verankern wollte.

## 2. DRG

Durch die jüngste Gesundheitsreform soll das Krankenhausvergütungssystem auf neue Grundlagen gestellt werden. Mit der schrittweisen Einführung ab 2003 soll die Vergütung der meisten Leistungen auf der Grundlagen von Pauschalen erfolgen. Die Höhe der Pauschale misst sich an der Eingruppierung in Fallgruppen. Diese Orientierung der Finanzierung an DRG's wird, wie internationale Vergleichsstudien ergeben haben, zu einer durchschnittlichen Verkürzung der Krankenhausaufenthalte führen. Betriebswirtschaftlich betrachtet ist diese Einschätzung plausibel. Das Krankenhaus wird bemüht sein, die Kosten pro Behandlungsfall zu senken, um zumindest keine finanzielle Unterdeckung zu erleiden. Daher wird durch das neue Vergütungssystem auch ein Anreiz gesetzt, Prozesse zu optimieren, um effizienter agieren zu können.

Allerdings ist gleichzeitig davon auszugehen, dass die Patienten in einem früheren Stadium der Genesung entlassen werden. Eine Optimierung des Behandlungsablaufes im

Krankenhaus wird nämlich nicht unbedingt mit einer Beschleunigung des Gesundungsprozesses einhergehen. Zwar sind auch hier Verbesserungen denkbar, etwa, wenn die Vorlaufzeiten zu Operationen verkürzt werden können. Es ist aber nicht zu erwarten, dass ausschließlich in diesem Bereich die Optimierungspotentiale anfallen. In diesem Sinne wird sich das Wort „quicker but sicker“ bestätigen. Dies ist nicht gleichzusetzen mit der besonders von Interessenvertretern häufig genutzten polemischen Wendung der „blutigen Entlassung“. Es sind nämlich durchaus häufig Verläufe zu konstatieren, in der zwar der Gesundungsprozess noch nicht abgeschlossen ist und weitere medizinische und pflegerische Versorgung notwendig ist. Doch längst nicht in allen Fällen ist hierzu die qualitativ hochstehende (und kostenintensive) Krankenhausversorgung notwendig. Die Annahme, dass die Liegezeiten durch das neue Vergütungssystem verkürzt werden, ist daher genauso plausibel wie die Annahme, dass die nachgeordneten pflegerischen und medizinischen Versorgungssysteme einen höheren Nachsorgeaufwand zu bewältigen haben. Dieser Zusammenhang war dem Gesetzgeber bei Verabschiedung des Gesetzes wohl bewußt. Er hat auch hier seine Grundentscheidung zugunsten einer ambulanten Versorgung bestätigt.

### 3. Fazit

Es ist seit mindestens zwanzig Jahren in der Gesundheitspolitik eine Prioritätensetzung zugunsten ambulanter Versorgungssysteme festzustellen. Diese Grundentscheidung zeigt sich sowohl im SGB XI wie auch in der Einführung eines neuen Systems der Krankenhausvergütung. Die politischen Entscheidungsträger gehen davon aus, dass eine ambulante Versorgung in vielen Fällen einen gleich hohen Wirkungsgrad erreicht wie eine stationäre Unterbringung, sie aber deutlich kostengünstiger ist. In der Folge bedeutet dies, dass das ambulante Versorgungssystem ausgebaut und wo notwendig gesondert gefördert werden muss.

### 3. Teil

## Pflegerische Versorgung in NRW durch ambulante Pflegedienste Leistungsgeschehen und Finanzierung

In diesem Teil soll ein Blick auf das geworfen werden, was ambulante Pflegedienste im Bereich der medizinisch-pflegerischen Versorgung anbieten können und welche Finanzierungsquellen hierfür zur Verfügung stehen. Hierbei stehen die Sozialgesetzbücher XI (Pflegeversicherung) und V (Krankenversicherung) im Mittelpunkt. Abschließend soll ein Blick auf den Finanzierungsbereich des Sozialhilfeträgers geworfen werden.

#### I. Die Pflegeversicherung - SGB XI

##### 1. Leistungsgeschehen

Nach dem Gesetz wird, um in den Genuss der Leistungen der Pflegeversicherung zu kommen, ein regelmäßig täglich anfallender pflegerischer Bedarf von mindestens 90 Minuten vorausgesetzt. Berücksichtigt wird hierbei jedoch nur der pflegerische Bedarf im Bereich der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung, wobei der grundpflegerische Bedarf mehr als 45 Minuten betragen muss. Diese vier Leistungen bilden auch den Hauptteil der Leistungen, die ein ambulanter Pflegedienst auf Kosten der Pflegekasse erbringen kann.

Weitere Möglichkeiten der Leistungserbringung sind die Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) und Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf (SGB XI 45a - 45c).

Die Verhinderungspflege ist gedacht für Fälle, in denen die Pflegeperson an der Pflege gehindert ist. Die Leistung kann bis zu vier Wochen im Kalenderjahr gewährt werden. Im Einzelfall steht ein Finanzvolumen von 1432 Euro für ein Kalenderjahr zur Verfügung. Da das Leistungsspektrum, das durch die Pflegeperson abgedeckt wird, nicht näher bestimmt ist - es kann auch in einer psychosozialen Betreuung bestehen - ist auch das, was der Pflegedienst erbringt nicht näher definiert. Pflegebedürftiger und Pflege-

dienst müssen sich über das zu erbringende Leistungsspektrum und dessen Bezahlung einigen. Diese Leistung kann auch neben der Sachleistung bezogen werden. Wegen der zeitlichen Begrenzung auf 4 Wochen und der Notwendigkeit einer Pflegeperson, ist diese Leistung als Ausnahmeleistung der Pflegeversicherung zu betrachten.

Auch die Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf gehen über den sonstigen Leistungsrahmen der Pflegeversicherung hinaus. Mit ihnen können bei Pflegediensten Leistungen der allgemeinen Anleitung und Betreuung „eingekauft“ werden. Diese Unbestimmtheit der Leistungsbeschreibung wird plausibel, wenn man einen Blick auf den berechtigten Personenkreis wirft. Leistungen können nur Pflegebedürftige erhalten, die über ihre Pflegebedürftigkeit hinaus auch einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben. Die Begrenzung der Leistungsgewährung auf 460 Euro jährlich lässt auch diese Leistung marginal erscheinen.

Damit dürfen die im Gesetz angesprochenen drei grundpflegerischen Leistungsarten (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) sowie die hauswirtschaftliche Versorgung als entscheidende Leistungen der Pflegeversicherung angesehen werden, und bilden folglich auch das Hauptaufgabengebiet von ambulanten Pflegediensten.

Allerdings ist bei diesen vier Leistungsbereichen ein starkes Gefälle zu beobachten. So beträgt der Anteil der Hauswirtschaft an den abgerufenen Leistungskomplexen lediglich ca. 4%. Aber auch bei den drei grundpflegerischen Leistungen ist ein starkes Gefälle zu verzeichnen.

So findet bei 48 (auf der Basis von 100)<sup>9</sup> Einsätzen eine Ganzwaschung, bei weiteren 25 ein Teilwaschung statt. Da diese beiden Leistungen nicht nebeneinander sinnvoll erbracht werden können, lässt sich hieraus schließen, dass bei knapp 75% aller Einsätze der Pflegebedürftige gewaschen wird. Zum Bereich der Körperpflege ist auch das Leistungsmodul Ausscheidungen zu zählen, das 40 mal bei 100 Einsätzen abgerufen wird.

---

<sup>9</sup> Alle Zahlen beruhen auf einer Auswertung der Leistungen von 168 privaten Pflegediensten und 4.224.477 abgerechneten Leistungskomplexen. Da in einem Einsatz üblicher Weise mehr als eine Leistung erbracht wird, werden mehr als 100 Komplexe in 100 Einsätzen erbracht.

Hilfe bei der Nahrungsaufnahme kann über drei Module erbracht werden (selbständige Nahrungsaufnahme, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme und Sondenernährung). Eine dieser Leistungen wird in 17 Fällen (von 100) erbracht.

Leistungen der Mobilität werden in 28 Einsätzen erbracht. Hiervon stellt allerdings das Betten/Lagern mit knapp 27 Einsätzen den Löwenanteil. Dies hängt allerdings auch damit zusammen, dass das Leistungskomplexsystem in NRW in dieser Hinsicht sehr restriktiv ausgelegt ist. So gibt es z.B. kein Modul allein für das „Ins-Bett-bringen“.

Es wird also deutlich, dass die Leistungen der Körperpflege deutlich den stärksten Anteil am Leistungsgeschehen darstellen, die beiden anderen grundpflegerischen Verrichtungen dagegen erheblich abfallen und die hauswirtschaftliche Versorgung faktisch nur eine untergeordnete Rolle im Leistungsgeschehen der Pflegeversicherung spielt<sup>10</sup>.

## 2. Finanzierung

In diesem Abschnitt soll untersucht werden, wie die Leistungen, die in den Bereich der Pflegeversicherung fallen, finanziert werden können.

- a) faktisch größter Kostenträger ist in den allermeisten Fällen die Pflegekasse. Allerdings leistet die Pflegekasse nicht unbegrenzt, sondern ist als „Teilkaskoversicherung“ zu begreifen. Dies bedeutet, dass die Zahlungspflicht der Pflegekasse bei Pflegestufe 1 bis zu 384 Euro, in der Pflegestufe 2 bis 921 Euro und in der Pflegestufe 3 bis 1432 Euro reicht. Diese Höchstgrenzen wurden bei der Einführung der Pflegeversicherung festgelegt und sind bis heute nicht erhöht worden. Real findet damit ein allmähliches Abschmelzen dieser Leistungen statt.
- b) Sofern der Pflegebedürftige einen Bedarf über diesen Betrag hinaus hat, muss er aus seinem Privatvermögen zuzahlen. Ein Pflegebedürftiger der Pflegestufe

---

<sup>10</sup> Die geringe Inanspruchnahme dieser Leistungen läßt sich nicht aus dem geringen Bedarf erklären. Die Gutachten weisen in der Regel für die hauswirtschaftliche Versorgung einen eben so hohen Bedarf aus, wie für die grundpflegerischen Leistungen. Aus mehreren Gründen ist aber die Erbringung dieser Leistungen durch einen ambulanten Pflegedienst für die Betroffenen unlu­krativ. Sofern der politische Wille besteht, im hauswirtschaftlichen Bereich Arbeitsplätze zu schaffen (vgl. etwa Beschäftigungspotentiale 2002), sollten auch die ambulanten Pflegedienste in die Überlegungen mit einbezogen werden.

1, der täglich einen Einsatz von einem Pflegedienst abrufen und im Wechsel eine Ganzwaschung und eine Teilwaschung in Anspruch nimmt, hat bei Monaten mit 30 Tagen bei einem preisgünstigen Pflegedienst sein Budget hiermit aufgebraucht. Bei den teuersten Diensten, die in der Regel der freien Wohlfahrtspflege angehören, kostet ihn dies schon eine monatliche Zuzahlung von über 60 Euro. Bei den Monaten mit 31 Tagen ist er in allen Fällen in der Zuzahlung, die allerdings unterschiedlich hoch ausfällt. Sofern ein nachgewiesener Bedarf besteht, den der Pflegebedürftige nicht aus eigener Kraft finanzieren kann, springt die Sozialhilfe ein.

c) In der Vergütung mit eingeschlossen ist die teilweise Refinanzierung der Altenpflegeumlage. Diese Umlage soll die Vergütung der Auszubildenden in der Altenpflege sichern. Die Dienste dürfen diese Kosten gemäß § 82a, SGB XI auf die Pflegebedürftigen umlegen. In NRW ist die Praxis allerdings sehr unterschiedlich. Die Rechtmäßigkeit der Umlage wird von vielen Pflegediensten in Zweifel gezogen, ein Verfahren vor dem Bundesverfassungsgericht ist anhängig. Aus diesem Grunde berechnen einige Dienste ihren Kunden keine Altenpflegeumlage und gehen damit das Risiko ein, auf diesen Kosten sitzen zu bleiben.

d) Allerdings zahlt die Pflegekasse nicht die gesamten Kosten, die durch einen Einsatz eines Pflegedienstes entstehen. Die Berücksichtigung der sogenannten Investitionskosten ist nämlich gesetzlich ausgeschlossen (§ 82 Abs. 2, SGB XI). Dies betrifft etwa die Mietkosten des Pflegedienstes, die Fahrzeugkosten, wie auch die Büroeinrichtung mit hard- und software (s.u.).

## II. SGB V: Häusliche Krankenpflege

Ein weiterer großer Anteil der Leistungen wird von der Krankenkasse finanziert. Die Leistung der häuslichen Krankenpflege ist nicht von der Zuerkennung einer Pflegestufe abhängig. In der Praxis treffen allerdings häufig Leistungen der Kranken- und Pflegekasse zusammen.



## 1. Leistungsgeschehen

Der Leistungsanspruch auf häusliche Krankenpflege ergibt sich aus § 37 Abs.1 und Abs.2. Notwendig hierfür ist eine ärztliche Verordnung über häusliche Krankenpflege und die Genehmigung der Krankenkasse für diese Leistung (Genehmigungsvorbehalt). Die Leistungen der häusliche Krankenpflege werden in den Richtlinien gemäß § 92 SGB V<sup>11</sup> bestimmt. Die Richtlinien schränken allerdings die Möglichkeit der Behandlungspflege stark ein. So werden durch die Richtlinie Ansprüche auf psychiatrische Krankenpflege sowie auf spezielle Kinderkrankenpflege weitgehend ausgeschlossen. Ebenso ist die Verordnung von Prophylaxen, einschließlich der in vielen Fällen notwendigen Dekubitusprophylaxe, nicht möglich. Ernsthafte Verwerfungen gab es in NRW durch die Einführung der Richtlinien auch im Bereich der ambulanten Infusionstherapie.

Die Richtlinien sind teilweise so restriktiv gefasst, dass in Einzelfällen durch Gerichtsentscheid Leistungen von Krankenkassen übernommen werden mussten, deren Genehmigung sie durchaus konform mit den Richtlinien, abgelehnt hatten<sup>12</sup>.

Neben der restriktiven Textgestalt der Richtlinien kommt erschwerend hinzu, dass viele Krankenkassen den Text dann auch wiederum restriktiv auslegen. Besonders im Bereich der Dekubitusversorgung interpretieren die meisten Krankenkassen den Text so, dass die Behandlung eines Dekubitus im Stadium 1 nicht im Rahmen der häuslichen Krankenpflege genehmigt werden darf. Diese Sicht der Dinge verrät allerdings eine interessegeleitete Interpretation. So sieht sich eine Minderzahl der Krankenkassen durchaus in der Lage diese wichtige und notwendige Leistung zu gewähren.

### Exkurs: Der Genehmigungsvorbehalt

Neben der restriktiven Richtlinie haben die Krankenkassen mit den Ärzten für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege einen Genehmigungsvorbehalt vereinbart. Konkret bedeutet dies, dass die Krankenkasse bei Vorlage der Genehmigung sich vorbehal-

---

<sup>11</sup> Die Rechtmäßigkeit der Richtlinien wird von den Leistungserbringern allerdings bestritten. Ein sozialgerichtliches Verfahren ist anhängig. Zum Hintergrund der Richtlinien, ihrer Entstehung und den daraus resultierenden Streitigkeiten vgl. Wagner 2001.

ten diese anzuerkennen oder eben auch nicht. Durch den Genehmigungsvorbehalt werden die Leistungen der häuslichen Krankenpflege also tendenziell weiter eingeschränkt. Die Krankenkassen pflegen hiermit durchaus einen unterschiedlichen Umgang. Während ein großer Teil der Kassen mit diesem Instrument im großen und ganzen einen durchaus verantwortungsvollen Umgang pflegt, nutzt ein kleinerer Teil dies als Chance zur Einsparung. So sind aus der Praxis Fälle bekannt, in denen Krankenkassen Angehörige nötigen, Behandlungspflegen zu übernehmen, zu deren Übernahme sie meist nicht in der Lage sind. Hier kommt es durchaus nicht selten vor, dass Angehörige auf die Leistungsgewährung durch die Krankenkasse verzichten und diese Leistung entweder privat bezahlen, sie sporadisch selbst ausführen oder die Leistungserbringung einfach unterbleibt. Dieses Verhalten als systematisches Vorgehen wird allerdings nur von einer Minderzahl der Krankenkassen praktiziert. Gegenwehr ist durch Widerspruch und Klage möglich, allerdings ist das Klientel dadurch gekennzeichnet, dass es nur teilweise in der Lage ist, seine Rechte durchzusetzen.

## 2. Finanzierung

Sofern eine Leistung der häuslichen Krankenpflege von einem Arzt verordnet und von der Krankenkasse genehmigt wurde, ist auch die Finanzierung gesichert. Die Krankenkassen leisten in diesen Fällen nach dem Bedarf - also unbegrenzt.

Exkurs: das Problem der Verschiebung von Leistungen der Behandlungspflege in den Finanzierungsbereich der Pflegeversicherung

Ein Dauerthema stellt die Verschiebung von Leistungen aus dem Bereich der Krankenversicherung in das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung dar. Das finanzielle Interesse der Krankenkassen hierbei ist einsichtig. Während die Krankenkasse unbegrenzt leistet, ist die Leistungspflicht der Pflegeversicherung begrenzt. Aus diesem Grunde hat die Pflegeversicherung, die unter dem Dach der jeweiligen Krankenkasse angesiedelt ist, auch keine Motivation, diese Verschiebung zurückzuweisen. Aus diesem Grunde

---

<sup>12</sup> Vgl. Ziesche 2001.

kommt es auch immer wieder zu missbräuchlichen Verschiebungen in den Bereich der Pflegeversicherung. Der Betroffene hat in diesen Fällen die Möglichkeit, sich entweder gegen diese Verschiebung gerichtlich zu wehren, auf die Leistung zu verzichten oder sie privat zu zahlen.

Allerdings findet auch immer wieder eine neue Zuordnung der Leistungen zu Grund- oder Behandlungspflege durch Rechtsprechung statt. So soll nach einem Urteil des Bundessozialgerichtes<sup>13</sup> das An- bzw. Ausziehen von Kompressionsstrümpfen unter bestimmten Voraussetzungen dem Finanzierungsbereich der Pflegeversicherung zugeordnet werden. Über die Vergütungshöhe besteht auch weitgehend Einigkeit zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Verbänden der Leistungserbringer. Die genaue Höhe der Belastung für die betroffenen Pflegebedürftigen hängt stark von der konkreten Fallgestaltung ab. Sofern ein Pflegedienst das An- und Ausziehen täglich übernimmt, kommen mindestens Kosten in Höhe von 246,95 - 289,29<sup>14</sup> Euro, die aber bis auf 492,37 - 534,71 Euro steigen können, monatlich auf den Pflegebedürftigen zu. Sofern der Pflegebedürftige diese Kosten aus eigener Kraft nicht aufbringen kann, besteht eventuell ein Anspruch auf Sozialhilfe. Ansonsten bleibt dem Pflegebedürftigen noch die Möglichkeit, ehrenamtliche Helfer für diese Leistung zu gewinnen oder auf diese ärztlich verordnete Leistung zu verzichten. Auch für letzteres gibt es in NRW viele Beispiele. Durch diese Verschiebung kann es für den Pflegebedürftigen sogar finanziell interessant sein, seine Pflegestufe zurückzugeben, da dann wieder die Krankenkasse zahlungspflichtig wird. Auch über solche Versuche ist bereits berichtet worden.

### III. BSHG: Die Sozialhilfe als Leistungsträger im ambulanten Bereich

Als weiterer Kostenträger im ambulanten Bereich kommt der Sozialhilfeträger in Betracht. Er hat für die Leistungen der Pflege- und der Krankenversicherung einzustehen, die zwar notwendig sind, aber von diesen beiden Kostenträgern aus unterschiedlichen

---

<sup>13</sup> Urteil des Bundessozialgerichtes vom 30.10.2001, Az.: B 3 KR 2/01 R

<sup>14</sup> Die unterschiedlichen Preise ergeben sich durch die unterschiedlichen Vergütungshöhen der ambulanten Dienste.

Gründen nicht übernommen werden und vom Betroffenen selbst nicht finanziert werden können.

Darüber hinaus hat der Sozialhilfeträger auch noch die Möglichkeit sonstige notwendige pflegerische Leistungen zu finanzieren. Allerdings wird diese Möglichkeit nur in seltenen Fällen wahrgenommen. Insofern spielt der Sozialhilfeträger in der ambulanten Versorgung nur eine untergeordnete Rolle. Prinzipiell ist der Sozialhilfeträger zu einer bedarfsgerechten, also unbegrenzten Finanzierung verpflichtet.

#### IV. Landeförderung komplementäre Dienste

Wie oben bereits festgestellt, wird mit dieser Darstellung nicht der gesamte pflegerische Bedarf abgebildet, sondern lediglich der Teil, der regulär finanziert wird. So gab und gibt es immer wieder Versuche, die Lücken in der Versorgung aufzuspüren und auszufüllen. So hat das Land Nordrhein-Westfalen versucht die Ausschlüsse, die sich in der Pflegeversicherung finden durch die Förderung von sogenannten komplementären Diensten (§ 10 Landespflegegesetz NRW) zu kompensieren. Die Verantwortung für die Förderung liegt bei den Kommunen, während die Finanzierung von Kommune und Land gemeinsam getragen wird. Die Aufgabe dieser komplementären Leistungen ist es, einen längeren Verbleib in der Häuslichkeit zu ermöglichen. Allerdings ist diese Förderung wegen ihrer unspezifischen Ausgestaltung wenig punktgenau und wirkt im Ergebnis daher in den meisten Fällen wie eine ungezielte Subvention ambulanter Pflegedienste. Da sie zusätzlich einen großen Teil der Träger von der Förderung ausschließt, könnte sie auch einer gerichtlichen Überprüfung nicht standhalten. Sie ist daher entweder auf eine durchschaubare und prinzipiell jedem Dienst offen stehende Förderung auszubauen oder einzustellen. Im letzteren Fall sollten die eingesparten Mittel der Investitionskostenförderung zur Verfügung gestellt werden.

#### V. Fazit

Ein Großteil der Kosten der pflegerischen Versorgung wird von den sozialen Versicherungssystemen getragen. Allerdings ist bereits jetzt für eine ausreichende pflegerische Versorgung eine Selbstbeteiligung der Pflegebedürftigen in nicht unbeträchtlicher Höhe

notwendig, die durch den inflationären Verfall der Leistungen der Pflegeversicherung und durch Leistungsverschiebungen in den Bereich der Pflegeversicherung größer wird. Sofern zukünftig auch noch der Investitionskostenanteil von den Pflegebedürftigen ganz oder teilweise selbst getragen werden muss, droht die Gefahr, dass entweder viele medizinische und/oder pflegerische Leistungen nicht oder nur unvollständig erbracht werden oder sich Pflegebedürftige (oder deren Angehörige) aus finanziellen Gründen für einen Heimaufenthalt entscheiden.

## 4. Teil

### Investitionskostenförderung in NRW - Gegenwart und Zukunft

#### 1. Die Problematik der Investitionskosten

Pflegeeinrichtungen haben einen Anspruch auf eine leistungsgerechte Vergütung für die allgemeinen Pflegeleistungen (§ 82 Abs 1, SGB XI). Diese Vergütung wird zwischen dem Träger des Pflegedienstes und dem Leistungsträger vereinbart (§ 89 SGB XI). Bei der Festlegung der Vergütung dürfen allerdings die betriebsnotwendigen Investitionsmittel keine Berücksichtigung finden (§ 82 Abs 2, SGB XI). Damit entsteht im Betrieb eine Deckungslücke zwischen der Vergütung der Pflegekasse und den dem Dienst entstehenden Kosten. Diese Lücke wurde im Gesetzgebungsverfahren in Kauf genommen, um sicherzustellen, dass die Aufwendungen der Pflegekasse ausschließlich für den Bereich Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung eingesetzt werden und der Beitragszahler entlastet wird.

Diese Aussonderung der Kosten aus dem Bereich des SGB XI versprach aber auch eine größere Gerechtigkeit in der Lastenverteilung zwischen den einzelnen Kostenträgern. In der Zeit vor Einführung der Pflegeversicherung lagen die Kosten ausschließlich im Bereich des Sozialhilfeträgers. Diese Kosten sollten umverteilt werden und so zielt die Pflegeversicherung u.a. darauf ab, „die Ausgaben der Sozialhilfeträger zu reduzieren und damit insbesondere die Kommunen zu entlasten.“<sup>15</sup> Dieses Ergebnis erhofften sich natürlich auch die Sozialhilfeträger, die bestrebt waren, sich von der „Preiswalze“ (Meyer) der Pflegekosten zu befreien. Zwar wurde seitens der Sozialhilfeträger häufig das Wohl der Pflegebedürftigen betont, doch „nicht von ungefähr setzte die Diskussion um eine Neuregelung der Pflegekosten im Jahr 1974 ein, als die Kostensteigerung bei den Hilfen zur Pflege mit 27,7% gegenüber dem Vorjahr ihren Höhepunkt erreichte“<sup>16</sup>.

Nun sollten die Sozialhilfeträger zwar von den Lasten der Pflegebedürftigkeit entlastet, aber nicht befreit werden. Die Investitionskosten, die beim Betrieb von pflegerischen Einrichtungen entstehen, sollten zumindest teilweise von den Sozialhilfeträgern über-

---

<sup>15</sup> Rothgang, 1997, 215

nommen werden. Das Geld hierzu sollte aus Mitteln stammen, die durch Einsparungen durch die Einführung der Pflegeversicherung bei den Sozialhilfeträgern entstehen (§ 9 SGB XI). Dass der Gesetzgeber durchaus die Möglichkeit gesehen hat, dass der Sozialhilfeträger diese Kosten nicht vollständig übernimmt, ergibt sich aus § 82 Abs 3. Allerdings ist im Gesetzgebungsverfahren nicht daran gedacht worden, dass der Sozialhilfeträger sich weitgehend oder gar vollständig aus seiner Verantwortung zurückzieht. Unter dem Stichwort einer gerechteren Verteilung der Lasten, geht ein vollständiger Rückzug des Sozialhilfeträgers sogar an der Absicht des Gesetzgebers vorbei.

Die Vergütung der Investitionskosten ist also neben der Vergütung für die Pflege notwendig. Eine Förderung der Investitionskosten seitens des Sozialhilfeträgers ist in der Logik des Gesetzes angelegt.

## 2. Einsparungen im Bereich der Sozialhilfe

Die Absicht, der Sozialhilfe Ausgaben zu ersparen, ist noch nicht identisch mit der Einsparung dieser Mittel. Es stellt sich daher die Frage, ob nennenswerte Einsparungen der Sozialhilfe im Bereich der Pflege zu verzeichnen sind. Diese Frage muss eindeutig mit Ja beantwortet werden. Dieser Zusammenhang ist allgemein anerkannt, „denn die Daten der amtlichen Sozialhilfestatistik weisen daraufhin, dass die Pflegeversicherung zu einer deutlichen finanziellen Entlastung der Träger der Sozialhilfe beigetragen hat.“<sup>17</sup> So sanken die Fallzahlen, also die Anzahl der Menschen, die Hilfe zur Pflege nach dem BSHG erhalten im Zeitraum von 1994 bis 1998 von 453.613 auf 222.231. Separiert man hiervon die Zahlen für den ambulanten Bereich so ist für den gleichen Zeitraum ein Absinken der Zahl von 268.382 auf 160.238, also ein Rückgang von rund 40% zu verzeichnen. Parallel zu den Fallzahlen sanken auch die Ausgaben der Sozialhilfe. Während 1994 noch 16 Mrd. Sozialhilfemittel in diesen Bereich flossen, waren es 1998 rund 5 Milliarden DM. Im ambulanten Bereich halbierten sich die Ausgaben in diesem Zeitraum von 1,6 Milliarden DM auf 800 Millionen DM<sup>18</sup>.

---

<sup>16</sup> Meyer 1996, 212

<sup>17</sup> Bundesministerium für Gesundheit o.J., 73

<sup>18</sup> Alle Zahlen nach Bundesministerium für Gesundheit o.J., 70ff., z.T. mit eigenen Berechnungen.

### 3. Das gegenwärtige Fördermodell ambulanter Dienste in NRW

Die Rechtsgrundlage für die gegenwärtige Förderung ambulanter Pflegedienste in NRW findet sich in den §§ 8 und 9 des Landespflegegesetzes NRW (PfG NW)<sup>19</sup>. Die näheren Grundsätze der Förderung werden in der Verordnung über die Förderung ambulanter Pflegeeinrichtungen nach dem Landespflegegesetz (Amb PF FV) festgelegt. Nach dem PfG NW sollen die betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter nach § 82 Abs 2 SGB XI gefördert werden, sofern der Dienst bestimmte Voraussetzungen erfüllt. Die Förderung der Einrichtungen und Dienste der ambulanten Pflege soll hierbei Vorrang erhalten vor der Förderung stationärer Einrichtungen (§ 8 PfG NW). Die Förderung umfasst die durchschnittlichen betriebsnotwendigen Investitionskosten, die durch das SGB XI bedingt sind und erfolgt durch Pauschalen (§ 9 PfG NW).

Eine Förderung der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen erfolgt in Nordrhein-Westfalen entsprechend den Regelungen aus § 3 AmbPFFV pauschal pro Leistungsstunde mit einem Betrag in Höhe von 4,20 DM (2,15 €). Hierbei erfolgt eine Stundenermittlung unter der Berücksichtigung von 600 Leistungspunkten pro Leistungsstunde. Die so auf Vorjahresbasis ermittelte Investitionskostenpauschale wird gemäß § 4 Abs. 2 AmbPFFV für das gesamte Jahr jeweils zum 01. Juli an den Einrichtungsträger ausgezahlt.

Hiernach werden - sofern die allgemeinen Voraussetzungen erfüllt sind - die Leistungen nach dem SGB XI durch eine Pauschale von 4,20 DM pro Leistungsstunde finanziert. Voraussetzung ist allerdings, dass dem Pflegebedürftigen im Antragszeitraum keine Investitionskosten in Rechnung gestellt werden dürfen.

---

<sup>19</sup> Das Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen (PfG NW) und die im folgenden genannten Verordnungen finden sich in MAGS 1996, diese Texte sind mittlerweile nachgedruckt worden und können über das MASQT bezogen werden.



#### 4. Was sind Investitionskosten?

Wie oben bereits ausgeführt, legt § 82 Abs. 2 SGB XI fest, dass in der Pflegevergütung bestimmte Aufwendungen - eben die Investitionskosten - nicht berücksichtigt werden dürfen.

Dies betrifft

- Maßnahmen, die dazu bestimmt sind, die für das Betreiben der Pflegeeinrichtung notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen, anzuschaffen, wiederzubeschaffen, zu ergänzen, instand zu halten oder instand zu setzen; ausgenommen sind die zum Verbrauch bestimmten Güter (Verbrauchsgüter), die der Pflegevergütung nach § 82 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XI zuzuordnen sind,
- den Erwerb und die Erschließung von Grundstücken,
- Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Grundstücken, Gebäuden oder sonstigen Anlagegütern,
- den Anlauf oder die innerbetriebliche Umstellung von Pflegeeinrichtungen,
- die Schließung von Pflegeeinrichtungen oder ihre Umstellung auf andere Aufgaben.

Nach § 1 AmbPFFV wird bei ambulanten Pflegediensten im Rahmen der Investitionskosten folgendes gefördert:

- Errichtung und Erwerb von Gebäuden, Aufwendungen für Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Gebäuden

sowie

- Erstbeschaffung, Instandsetzung, Instandhaltung und Wiederbeschaffung beweglicher Anlagegüter.

Damit fallen typischerweise in ambulanten Pflegeeinrichtungen folgende Investitionsaufwendungen an:

- Abschreibung auf Gebäude
- Mieten/Pachten
- Instandhaltung Gebäude/Räume

- Abschreibung Inventar
- Instandhaltung Inventar
- Mieten für Anlagegüter (Telefonanlagen, Computer, etc.)
- Mieten/Leasingraten für KFZ
- Abschreibung für KFZ
- Reparatur/Instandhaltung KFZ.

Bei der Berechnung der Investitionskosten muss berücksichtigt werden, dass ein ambulanter Pflegedienst meist auch Leistungen für andere Kostenträger erbringt. Bei diesen Leistungen sind die Investitionskosten in aller Regel bereits in der Vergütung enthalten, so z.B. bei den Leistungen der Krankenkassen.

#### 5. Über die notwendige Höhe der Investitionskostenförderung

Seit 1996 die Grundsätze der Investitionskostenförderung, die in der Amb PF FV festgelegt worden sind, sind auch die dort genannten Förderhöhen bezogen auf eine Leistungsstunde unverändert geblieben. Es stellt sich die Frage, wie sich die Kosten in den letzten Jahren entwickelt haben und welche Höhe eine zeitgemäße Förderung haben müsste.

Bei der Kalkulation der Investitionskosten im Rahmen der Leistungen nach dem SGB XI ist aufgrund der Leistungserbringung von ambulanten Pflegedienste für unterschiedliche Kostenträger eine Aufteilung der Unternehmertätigkeit vorzunehmen. Neben den Leistungen, die der Pflegedienst für die Pflegekassen erbringt sind insbesondere die Leistungen der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) zu nennen. Kostenträger für diese Leistungen sind die Krankenkassen. Andere Kostenträger, wie z.B. der Sozialhilfeträger oder Privatzahlungen sind gegenüber diesen beiden Kostenträgern zu vernachlässigen.

Die Investitionskosten sind also cum grano salis zwischen diesen beiden Kostenträgern (Kranken- und Pflegekasse) nach dem Anteil, den sie am Leistungsgeschehen haben aufzuteilen. Diese Aufteilung hat sich gegenüber dem Kalenderjahr 1996 deutlich ver-

ändert. Während der Anteil der Leistungen, die der Dienst für die Krankenkassen erbringt, in der Zeit gesunken ist, stieg der Leistungsumfang im Bereich der Pflegeversicherung. Diese Verschiebung im Leistungsspektrum hat sehr unterschiedliche Ursachen. Ein möglicher Grund könnten Leistungseinschränkungen für Ansprüche nach § 37 SGB V aufgrund der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Häuslichen Krankenpflege gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V sein. Sicher hat hierzu auch die gerichtlich nahegelegte Verschiebung von Leistungen der Behandlungspflege in den Finanzierungsbereich der Pflegekasse beigetragen<sup>20</sup>. Ein Grund dürfte allerdings auch im Genehmigungsverhalten der Krankenkassen liegen, das im genannten Zeitraum äußerst restriktiv geworden ist. Andererseits ist aber auch die Inanspruchnahme der Leistungen nach SGB XI größer geworden. Viele Pflegebedürftige liegen mittlerweile über dem Deckelungsbetrag. Lag der Anteil der Unternehmertätigkeit für Leistungen nach dem SGB XI 1996 noch bei durchschnittlich 50 v.H., ist dieser Anteil im Kalenderjahr 2001 auf 65 v.H. gestiegen. Es ist davon auszugehen, dass ein großer Teil dieser Steigerung außerhalb der Leistungsgrenzen der Pflegeversicherung stattgefunden hat und insofern außerhalb der Förderung liegt.

Modellrechnungen auf dieser Basis ergeben einen aktuellen Investitionskostenaufwand je Leistungsstunde im SGB XI von ca. 3,20 € für ambulante Pflegeeinrichtungen.

Ausgangspunkt für diese Annahme ist ein Investitionskostenaufwand je Leistungsstunde im SGB XI von 2,15 € im Jahr 1996. Zu diesem Zeitpunkt betrug der Anteil der im Bereich SGB XI erbrachten Leistungen gemessen an den insgesamt von einem ambulanten Pflegedienst erbrachten Leistungen 50 Prozent, d.h. die anderen 50 Prozent der Leistungen wurden im Bereich des SGB V erbracht. Demnach betrug der Investitionskostenaufwand im Jahr 1996 je Leistungsstunde im SGB V ebenfalls 2,15 €. Dieses Verhältnis hat sich nunmehr im Jahr 2002 dahingehend verändert, dass etwa 65 Prozent der in einem ambulanten Pflegedienst anfallenden Leistungen im Bereich SGB XI und nur noch 35 Prozent der Leistungen im Bereich SGB XI erbracht werden (s.o.). Von daher entfällt

---

<sup>20</sup> Vgl. etwa das sog. Kompressionsstrumpfurteil des Bundessozialgerichtes v. 30.10.2001 (Az.: B 3 KR 2/01 R), s.o. Exkurs.

im Jahr 2002 ein wesentlich größerer Anteil der Investitionskosten auf die im Bereich des SGB XI erbrachten Leistungen, der allerdings, weil zum großen Teil über dem Deckungsbetrag der Pflegekasse liegend, nicht realisiert werden kann. Weiter ist bei der Ermittlung der aufgewandten Investitionskosten eine Preissteigerungsrate von mindestens 7 Prozent im Zeitraum 1996 bis 2002 zu berücksichtigen.

Über die allgemeine Preissteigerung hinaus sind die Aufwendungen für die Investitionskosten im genannten Zeitraum aber auch noch aus anderen Gründen gestiegen. Dies ist insbesondere auf neue Vorgaben der Pflegekassen und des Gesetzgebers zurückzuführen. Diese Vorgaben machen eine höhere Investition in die Struktur der ambulanten Pflegeeinrichtungen notwendig. Eine Erhöhung der Qualität macht parallel eine Erhöhung der Investition unumgänglich. Auch die im technischen Bereich für einen besseren Arbeitsablauf notwendigen Erneuerungen haben neue Investitionen erforderlich gemacht.

Ergab sich 1996 also noch ein Aufwand an Investitionskosten von 2,15 € pro Leistungsstunde im Bereich des SGB XI, so ist dieser Betrag aufgrund der dargestellten Entwicklungen im Jahr 2002 auf ca. 3,20 € je Leistungsstunde angestiegen. Anzumerken ist jedoch an dieser Stelle, dass der Investitionskostenaufwand von der Struktur der Pflegeeinrichtung abhängig ist. Hier gibt es eine große Bandbreite der tatsächlichen Investitionskosten<sup>21</sup>.

Festzustellen ist somit, dass die nach aktueller Rechtsgrundlage durch das Land Nordrhein-Westfalen zur Auszahlung kommende Investitionskostenförderung von 2,15 € pro volle Pflegestunde für Leistungen nach dem SGB XI in ambulanten Pflegeeinrichtungen keine Kostendeckung für die ambulanten Pflegeeinrichtungen herstellt. Dieser Status Quo hat dazu geführt, dass ambulante Pflegedienste unabhängig von ihrer Trägerschaft aufgrund wirtschaftlicher Schwierigkeiten, insbesondere aufgrund ungenügender Deckung der Investitionskosten, den Dienst einstellen mussten, bzw. den durchschnittlichen Fehlbetrag von 1,05 € je Leistungsstunde/SGB XI auf andere Weise kompensieren mussten. Hier sei als häufigste Möglichkeiten auf Leistungsverdichtungen, Qualitätsab-

---

<sup>21</sup> Für eine genauere Abschätzung können gerne Zahlen aus einer Musterkalkulation oder aus empirischen Erhebungen nachgereicht werden.

bau, Selbstausbeutung oder eine Kombination von mehreren Momenten verwiesen (vgl. unten).

#### 6. Defizite des gegenwärtigen Fördermodells

Neben der ungenügenden Deckung der Investitionskosten hat das gegenwärtige System der Förderung der ambulanten Dienste in NRW weitere Schwachstellen, die im folgenden kurz beleuchtet werden sollen.

##### a) Ausschluss der privaten Leistung der Pflegebedürftigen

Von der Förderung werden lediglich die Kosten, die durch das SGB XI entstehen erfaßt. In der Praxis werden die grundpflegerischen und hauswirtschaftlichen Leistungen, die von den Versicherten über den Deckungsbetrag der Pflegeversicherung hinaus privat bezahlt werden, nicht gefördert. Doch auch für diese Leistungen entstehen Investitionskosten. Da der Dienst aber, um in den Genuss der Förderung zu gelangen, auf eine Abrechnung der Investitionskosten verzichten muss, bleibt dieser Betrag ungedeckt.

##### b) Ausschluss der höheren Kosten

Das Gesetz nimmt für sich in Anspruch, die durchschnittlichen notwendigen Investitionskosten zu fördern. Damit ist schon auf dieser Ebene deutlich, dass es ambulante Pflegedienste geben muss, deren Investitionskosten gerechnet auf eine Leistungsstunde über dem Satz von 2,15 € liegen. Diesen Diensten ist eine Abrechnung der über die Förderung hinausgehenden Kosten mit ihren Kunden nicht erlaubt. Diese Regelung findet keinen Anhaltspunkt im SGB XI. Nach dem SGB XI können die gesamten oder Teile der Investitionskosten gefördert werden. Sofern nicht der gesamte Betrag gefördert wird, kann die Abrechnung der darüber hinausgehenden Anteile nicht verwehrt werden, sondern ist gemäß § 82 Abs 3 SGB XI zu ermöglichen. Diese Möglichkeit hat das Land NRW z.B. im Bereich der voll- und teilstationären Pflege durch eine gesonderte Berechnungsverordnung eröffnet.

Die Dienste, die einen höheren Investitionskostenbedarf haben, können auch nicht sachgerecht auf die Regelung des § 82 Abs 4 SGB XI verwiesen werden. Nach dieser Regelung haben pflegerische Einrichtungen die Möglichkeit, die Investitionskosten ihren Kunden in Rechnung zu stellen, wenn sie nicht nach Landesrecht gefördert werden. In diesem Fall aber müsste der Dienst dem Kunden nicht nur den über den normalen Förderbetrag hinausgehenden Preis in Rechnung stellen, sondern die gesamten Investitionskosten. Die Abrechnung der Investitionskosten in dieser Höhe ist allerdings am Markt überhaupt nicht durchsetzbar. Die Möglichkeit der Rechnungslegung gemäß § 82 Abs 4 SGB XI besteht daher nur theoretisch. Daher widerspricht der Verweis auf diese theoretische Möglichkeit dem Benachteiligungsverbot und stellt somit eine Wettbewerbsverzerrung dar.

#### c) Keine Dynamisierung der Förderung

Die Förderhöhe für ambulante Dienste wurde 1996 auf 2,15 € je Leistungsstunde festgelegt und ist seitdem in der Höhe unverändert geblieben. Durch allgemeine Preissteigerung ist dieser Förderbetrag real im Wert gesunken. Eine sachgerechte Förderhöhe liegt bei ca. 3,20 € (s.o.). Dieser Betrag müsste zukünftig zumindest in der Höhe der allgemeinen Kostensteigerung dynamisiert werden.

#### d) Bedarfsunabhängige Förderung

Die letzte besprochene Schwachstelle wendet sich einem grundsätzlichen sozialpolitischem Problem zu. Durch die gefundene Pauschalregelung kommt die Förderung jedem Pflegebedürftigen unabhängig von dessen Einkommenssituation zugute. Dies kann unter dem Aspekt der besonderen Förderung ambulanter Pflegedienste und der Verwaltungsvereinfachung statthaft sein. Prinzipiell sollte aber überlegt werden, wie die Förderung zielgenauer für die Pflegebedürftigen eingesetzt werden, die sie benötigen.

## 7. Abschließende Bewertung der Investitionsförderung ambulanter Dienste

Mit der Investitionskostenförderung ambulanter Dienste hat das Land Nordrhein-Westfalen ein relativ unbürokratisches und handhabbares System geschaffen. In der Summe ist dieses Fördersystem als großer sozialpolitischer Erfolg des Landes zu werten, da die Sozialhilfeabhängigkeit von Pflegebedürftigen im ambulanten Bereich in den meisten Fällen verhindert werden konnte. Hierzu hat auch die Förderpraxis in NRW ihren Anteil beigetragen.

Die Verwerfungen der Regelung sind dargestellt worden. Eine Überarbeitung der Förderung ist daher wünschenswert.

## 8. Die Vorstellungen des Ministeriums

Den Änderungsbedarf an der bisherigen Förderung hat auch das zuständige Ministerium erkannt und ihre Position in einem Eckpunktepapier dargelegt und die betroffenen Organisationen und Behörden zu einer Stellungnahme aufgefordert.

Nach den bisher bekannt gewordenen Vorstellungen des Ministeriums soll das gegenwärtige System weitgehend erhalten bleiben, die Förderhöhe aber von jetzt 2,15 € je Leistungsstunde auf 1,20 € zurückgeführt werden. Zur Begründung für diesen Schritt führt das Ministerium an, dass die notwendigen und kostenintensiven Investitionen wie Fahrzeuge und Einrichtung angeschafft seien und jetzt nur noch die Refinanzierung der Gegenstände abgesichert werden muss. Es ist allerdings zu vermuten, dass das Ministerium bei dieser Entscheidung mehr die Interessenlage der Sozialhilfeträger im Blick hatte und sich weniger auf betriebswirtschaftliche Daten aus ambulanten Pflegediensten stützt. Denn die Argumente des Ministeriums weisen nur sehr ungenaue Vorstellungen der betrieblichen Wirklichkeit ambulanter Dienste auf. Sofern ambulante Dienste tatsächlich noch in den Fahrzeugen von 1996 unterwegs sein sollten, wäre dies bemerkenswert. Bei einem Alter von mittlerweile 7 Jahren hätten diese Kleinwagen mittlerweile einen Kilometerstand von ca. 140.000 Km (basierend auf der durchschnittlichen Fahrleistung von 20.000 Km pro Jahr) aufzuweisen. Weiterhin ist zu beachten, dass die meisten Strecken Kurzstrecken unter 10 Km sind. Gerade diese Fahrweise ist besonders motorschädigend, da der Motor sich nur selten auf die optimale Betriebstemperatur er-

wärmen kann. Die Autos, die 1996 in ambulanten Pflegediensten zu finden waren, werden folglich nur noch im Ausnahmefall auch heute noch dort zu finden sein. Die allermeisten Pflegedienste verzichten ohnehin auf die Anschaffung von PKW's, da dies eine zu große Investition darstellt. Die meisten Fahrzeuge sind geleast und damit wird die Belastung relativ gleichmäßig auf den Nutzungszeitraum verteilt.

Auch der Hinweis auf die Einrichtung schlägt fehl. Betrachten wir als ein Beispiel von Geschäftsausstattung den (kostenträchtigen) EDV - Bereich. 1996 beginnt die 1. Generation der Intel Pentium Prozessoren die 486 Prozessoren abzulösen, Windows 95 hat die erfolgreiche Markteinführung gerade hinter sich, 15" Monitore beginnen endgültig die 14" -Geräte abzulösen, 17" Bildschirme sind ab ca. 1500 DM erhältlich - die heute üblichen tft-Bildschirme sind noch nicht auf dem allgemeinen Markt angekommen. Die Arbeitsspeicher umfassen im Schnitt 8 - 16 MB. Es wird deutlich, dass mit dieser Ausstattung heute kein EDV-System mehr betrieben werden kann. Auch die Software benötigte eine ständige Aktualisierung. Nicht zuletzt durch die Verabschiedung des PQSG kommen auch in diesem Bereich auf die Betriebe wieder Kosten zu, um die Software den neuen Anforderungen anpassen zu können. Die Anlagen der ersten Jahre sind zwischenzeitlich mindestens ein- bis zweimal erneuert oder grundlegend umgestaltet worden.

Die vom Ministerium behaupteten Einsparungen sind in der betrieblichen Praxis nicht auszumachen. Inwieweit der im Landespflegegesetz formulierte Anspruch, bei der Förderung den Vorrang ambulanter Versorgungsformen vor stationären Einrichtungen zu berücksichtigen, verschließt sich dem unbefangenen Betrachter bei Lektüre des Eckpunktepapiers.

Im folgenden soll mit Blick auf die oben genannten Schwachstellen des gegenwärtigen Förderungsdesigns erörtert werden, inwieweit der Änderungsvorschlag des Ministeriums diese Probleme aufnimmt.

Ob die über den Deckelungsbetrag der Pflegekassen hinaus entstehenden Investitionskosten in Zukunft abgerechnet werden können, bleibt nach bisherigem Sachstand unklar. Ebenso unklar ist, ob die den Förderbetrag überschießenden Kosten zukünftig den



Pflegebedürftigen in Rechnung gestellt werden können. Zwar ist es nur schwer vorstellbar, die Förderhöhe zu senken, ohne diese Möglichkeit einzuräumen, eine explizite Stellungnahme hierzu findet sich allerdings nicht. An eine Dynamisierung scheint das Ministerium bisher nicht gedacht zu haben. Auch das Prinzip der „Gießkannen-Förderung“ will das Ministerium offenkundig beibehalten. Salopp gesagt, will das Ministerium weiter mit der Gießkanne fördern, aber der Strahl soll deutlich geringer fließen.

Dies alles deutet darauf hin, dass hier keine konzeptionellen Überlegungen zugrundegelegt worden sind, sondern der Druck der Kostenträger die Richtung vorgegeben hat. Dieser Eindruck wird verstärkt, weil in wesentlichen Problemfeldern nicht der Ansatz der zukünftigen Gestaltung sichtbar wird. Die sich gegenwärtig abzeichnende Lösung droht die Problemlagen der gegenwärtigen Fördersystematik nicht nur nicht zu beseitigen, sondern sie sogar zu verschärfen. Damit besteht die Gefahr, den unzweifelhaften sozialpolitischen Erfolg der Investitionskostenförderung zu verspielen.

#### Exkurs: Die Interessenlagen der Kommunen als Sozialhilfeträger

Hauptsächlich die Sozialhilfeträger haben in der Anhörung zur Evaluierung des Landespflegegesetzes deutlich gemacht, dass sie die bisherige Förderpraxis im ambulanten Bereich für überflüssig halten und eine deutliche Rückführung der Förderhöhe verlangt. Ob die Kommunen durch eine Kürzung der Förderung sich wirklich einen Gefallen tun, muss bezweifelt werden. Die Einspareffekte für die Kommunen wären vermutlich wesentlich geringer als diese erhoffen. Im Gegensatz zu den Sachleistungen könnte der Pflegebedürftige die Investitionskosten in keinem Fall aus seinem Sachleistungsbudget finanzieren, sondern müsste diesen Betrag immer privat bezahlen. Wenn der Pflegebedürftige hierzu nicht in der Lage wäre, müssten Verwandte bzw. die Sozialhilfe einspringen. Den Kommunen drohen also durch Streichungen neue Sozialhilfefälle. Diese Gefahr nimmt zu, wenn der Wert der Leistungen der Pflegeversicherung real weiter sinkt und zunehmend Leistungen aus dem Bereich der Krankenversicherung in die Pflegekasse verschoben werden. Aus dieser Kumulation verschiedener zusätzlicher Lasten kann durchaus eine Tendenz entstehen, die es dem Pflegebedürftigen nahelegt aus fi-

nanziellen Gründen in ein Heim umzuziehen. Nicht zuletzt finanzielle Überlegungen sind es, die Pflegebedürftige von einem Einzug in ein Heim abhalten<sup>22</sup>. Der Vorrang ambulant vor stationär wäre in diesem Fall obsolet, die Einsparungen für den Sozialhilfeträger auch.

#### 9. Mögliche Konsequenzen der Kürzung der Investitionskosten für die Dienste

Zwar scheinen auf den ersten Blick die Pflegebedürftigen, die auf Hilfe von ambulanten Pflegediensten angewiesen sind, Leidtragende der Förderungskürzung zu sein. Betroffen sind aber auch die Leistungserbringer. Unklar ist, ob ihnen die Möglichkeit eingeräumt wird, die über dem Förderbetrag liegenden Kosten mit ihren Kunden abzurechnen. Wenn auch weiterhin eine Abrechnung der Investitionskosten bei Inanspruchnahme der Förderung ausgeschlossen wird, werden die Dienste gezwungen sein, zumindest Übergangsweise den Fehlbetrag aus betrieblichen Mitteln beizusteuern. Der Verzicht auf die Förderung und der Versuch die gesamten Investitionskosten den Kunden in Rechnung zu stellen, ist theoretisch denkbar, aber praktisch unausführbar, da dann ein nicht unerheblicher Rechnungsbetrag auf die Kunden zukäme, den diese komplett aus eigener Tasche - also ohne Rückgriff auf Mittel der Pflegekasse - zahlen müssten (s.o.). Diese Regelung ist wegen der praktischen Benachteiligung der Betriebe, die mit der Förderhöhe nicht auskommen, vermutlich rechtswidrig und dürfte sehr schnell beklagt und wohl in der Folge auch geändert werden müssen.

Aber auch wenn es mit dem geänderten Landespflegegesetz ermöglicht werden sollte, den über den Förderbetrag hinausgehenden Betrag mit den Pflegebedürftigen abzurechnen, ohne damit die Förderung zu gefährden, ist nicht davon auszugehen, dass dies für die Betriebe ohne Schwierigkeiten auf dem Markt durchsetzbar wäre. Durch die große Konkurrenz ist zu vermuten, dass die Leistungserbringer mindestens in einer Übergangsphase die Kosten zumindest teilweise übernehmen werden müssen.

Da bereits heute viele Betriebe am Rande der Existenzfähigkeit stehen, wird es in spürbaren Ausmaße eine Marktberreinigung geben - Dienste schließen ihre Tore. Doch auch

---

<sup>22</sup> Vgl. Schneekloth, Potthoff 1996, 164: Von 100 Pflege- oder Hilfebedürftigen nannten insgesamt 55 auch finanzielle Gründe, die gegen einen Wechsel in ein Heim sprechen.

die überlebenden Betriebe werden einem (noch) höherem Kostendruck ausgesetzt sein. Um die notwendigen Mittel einzusparen sind unterschiedliche Strategien denkbar:

- **Leistungsverdichtungen:** Die erbrachten Leistungen müssen mit einem geringeren Zeitaufwand erbracht werden. Da der Kostendruck seit mindestens 5 Jahren auf den Diensten lastet, muss davon ausgegangen werden, dass es im Bereich der Tourenplanung praktisch keine, im Bereich der Leistungserbringung nur noch wenige Einsparpotentiale gibt.
- **Entlassungen:** Da die Personalkosten einen hohen Anteil an der Ausgabenstruktur eines ambulanten Dienstes ausmachen, liegt die Überlegung nahe, im Bereich Personal einzusparen. Sofern nicht über Leistungsverdichtung Stellen überflüssig gemacht werden können, müssen andere Arbeitsbereiche vom verbliebenen Personalstamm mit übernommen werden. Aus betrieblicher Sicht wird es notwendig sein, das Personal zu entlassen, das nicht in der Lage ist, die gesamte Palette der notwendigen Arbeiten zu übernehmen. Dies bedeutet, dass das qualifizierte Fachpersonal, insbesondere Krankenschwester/pfleger und sonstiges examinierte Personal, als letztes entlassen wird. Denn Pflegefachkräfte sind durchaus in der Lage, Tätigkeiten der hauswirtschaftlichen Versorgung oder einfachere Verwaltungsvorgänge zu erledigen, während hauswirtschaftliches Personal oder Verwaltungsangestellte eventuell noch grundpflegerische Tätigkeiten, jedoch niemals behandlungspflegerische Verrichtungen übernehmen können. Damit werden in erster Linie Arbeitnehmer mit solchen Qualifikationen entlassen, die auf dem Arbeitsmarkt ohnehin einen besonders schwierigen Stand haben, wie die häufig formal unqualifizierten hauswirtschaftlichen Beschäftigten. Dagegen laufen die Krankenpflegefachkräfte, die sich auch auf dem Arbeitsmarkt ohne größere Schwierigkeiten durchsetzen könnten, wenig Gefahr, ihre Stelle zu verlieren. Die Arbeit, die bis dahin von geringer qualifizierten Personal erbracht wurde, wird durch andere Qualifikationen kompensiert, wo wir beim Stichwort Selbstausbeutung/Ausbeutung wären

- **Selbstausschöpfung und Ausschöpfung:** Eine weitere Strategie, einer Betriebschließung zu entgehen, besteht in der Selbstausbeutung, bzw. Ausschöpfung des Personals. Gerade Inhaber kleiner und mittlerer Pflegedienste erliegen häufig der Gefahr, bis an die Grenzen der Belastbarkeit zu arbeiten. Besonders in diesen Diensten bilden die Mitarbeiter nicht selten ein kleines verschworenes Team, das bereit ist, für den Betrieb hart an der Leistungsgrenze entlang zu arbeiten.
- **Qualitätsabbau:** Auch wenn Leistungsverdichtung und Selbstausbeutung schon für sich allein einen Qualitätsabbau darstellen dürften, ist noch gesondert darauf hinzuweisen, dass auch die Erfüllung der Vorgaben in Bezug auf die Qualität eines Pflegedienstes - sei es im Rahmen der Änderungen des SGB XI durch das PQSG, sei es durch die Vorgaben des MDK - gestellt werden, sehr arbeitsaufwendig ist. Auch an dieser Schraube werden Dienste versuchen zu drehen, um die Verluste durch eine zurückgehende Förderung zu kompensieren.

In den meisten Fällen wird ein Dienst eine Kombination der dargestellten Maßnahmen ergreifen, um die Verluste durch eine Förderungskürzung zu kompensieren - sofern er denn überhaupt überlebt.

Leistungsverdichtung, Selbstausbeutung, Qualitätsabbau sowie Entlassungen besonders der geringer qualifizierten Angestellten dürften die Folgen der weiteren Kostenüberwälzung auf die Pflegedienste sein. Der Markt der Pflegeleistungen gerät hierdurch in eine unproduktive Bewegung, die auch Verwerfungen produziert. Nach einer krisenhaften Marktberäumung würden die notwendigen Kosten dann letztlich wohl doch auf die Pflegebedürftigen übergewälzt werden.

10. Neuordnung der Investitionskostenförderung - die Vorschläge der privaten Leistungserbringer

Eine Neuordnung der Investitionskostenförderung ist nach dem bisher aufgezeigten durchaus angezeigt. Ziel dieser Reform muss es allerdings sein, den sozialpolitischen Erfolg der gegenwärtigen Regelung zu bewahren, die Schwachstellen aber zu beseitigen.

Um dieses zu verwirklichen müssten auch künftig die Pflegebedürftigen von den Kosten für den investiven Anteil freigestellt werden. Unter diesen Voraussetzungen ist eine Erhöhung der Investitionskostenförderung auf etwa 3,20 € pro Leistungsstunde notwendig, die regelmäßig mindestens an die allgemeine Kostenentwicklung angepasst wird. Erstrebenswert ist eine Förderung, die sich an dem tatsächlichen Leistungsgeschehen orientiert und nicht an den gedeckelten Leistungen der Pflegeversicherung. Dienste, die ein höheres Investitionsaufkommen haben, müssten in die Lage versetzt werden, diese überschießenden Kosten den Pflegebedürftigen in Rechnung zu stellen.

Hiermit wäre der Ausschluss der privaten Leistungen und der höheren Kosten aufgehoben. Ebenso wäre die Leistung dynamisiert.

Die privaten Leistungserbringer bevorzugen diese Lösung, da sie einerseits den sozialpolitischen Erfolg der alten Regelung bewahrt, andererseits aber auch die Komplikationen des alten Fördermodells beseitigt.

Allerdings sehen die privaten Leistungserbringerverbände auch, dass die finanziellen Spielräume der Sozialhilfeträger begrenzt sind. Unter Berücksichtigung dieser Rahmenbedingung schlagen die privaten Leistungserbringer vor die gegenwärtige Förderhöhe beizubehalten. Den Diensten muss dann allerdings dringend die Möglichkeit eingeräumt werden, den nicht von der Förderung gedeckten Betrag den Pflegebedürftigen in Rechnung zu stellen, wie auch Investitionskosten für Leistungen, die über den Leistungsgrenzen der Pflegeversicherung liegen, zu berechnen.

Eine gesonderte Berechnungsverordnung ist nach Kenntnis der Marktlage nicht notwendig. Da die hier in Frage kommenden Kosten von den Pflegebedürftigen privat getragen werden müssen und der Anteil der Sozialhilfeempfänger so gering ist, dass ein Großteil der Kosten eben doch aus privater Tasche gezahlt wird, stellt dieser Tatbestand schon einen effektiven Schutz gegen überhöhte Preise dar. Die Dienste sollten daher im

Rahmen der Verwaltungsvereinfachung also die Höhe ihres Investitionsanteils analog zu § 82 Abs 4 mitteilen. Das Land müsste bei dieser Lösung besonders in der Anfangsphase die Entwicklung der Preise für investive Aufgaben im Blick behalten, um eventuell auftretende Verwerfungen schnell erkennen zu können. Hierzu ist eine gesetzliche Ermächtigung zum Erlass einer gesonderten Berechnungsverordnung hilfreich<sup>23</sup>. Zur Sicherung der Transparenz der Preisgestaltung im Markt sollten die angezeigten Investitionskosten auch den Pflegekassen mitgeteilt werden und in die dort zu führenden Preisvergleichslisten eingearbeitet werden.

Bei allen vorgeschlagenen Maßnahmen geht es aber zunächst darum, Verschlechterungen aufzuhalten. Wichtig erscheint es uns, das Thema der ambulanten pflegerischen Versorgung grundsätzlich anzufassen. Es müssen Rahmenbedingungen bereitgestellt werden, die es der ambulanten Pflege ermöglichen, auf hohem Niveau zu arbeiten und damit auch den gewünschten Beitrag im Gesundheitswesen zu erbringen. Hierzu sind nicht zuletzt auf der Bundesebene weitreichende Änderungen notwendig. Die Landesregierung Nordrhein-Westfalen sollte ihren Einfluss nutzen, um die weiteren notwendigen Veränderungen voranzutreiben.

---

<sup>23</sup> Eine gewisse Parallele hierzu findet sich im SGB XI. Der Gesetzgeber, der bei Einführung der Pflegeversicherung nicht wissen konnte, wie die Vergütungsverhandlungen zwischen Anbietern und Kostenträgern verlaufen werden hat sich die Möglichkeit zu einer Gebührenordnung für ambulante Pflegeleistungen offengelassen (§ 90 SGB XI), von dieser Möglichkeit allerdings nie Gebrauch gemacht.

## Zusammenfassung

Die Erarbeitung hat ergeben, dass zukünftig mit einer steigenden Fallzahl von Pflegebedürftigen gerechnet werden muss. Diese Pflegebedürftigen werden allerdings im Schnitt eine stärkere Pflegebedürftigkeit aufweisen und auf weniger ehrenamtlich geleistete Pflege zurückgreifen können.

Um dieses Versorgungsproblem bewältigen zu können, will der politische Bereich verstärkt die ambulante Pflege zu Lasten stationärer Versorgungsformen ausbauen. Hintergrund dieser Entscheidung ist sowohl die Interessenlage der Betroffenen wie auch finanzielle Überlegungen. Im Ergebnis kann also festgehalten werden, dass zukünftig ein größerer Bedarf an ambulanter Pflege bestehen wird.

Der Blick auf die Versorgungsstruktur weist die Pflege- und Krankenkassen als größte Kostenträger aus. Allerdings sind zunehmend Leistungsausschlüsse festzustellen, die dazu führen, dass die finanzielle Beteiligung der Betroffenen an Gewicht gewinnt.

Im Bereich der Investitionskostenförderung konnte festgestellt werden, dass die Tendenz zu einer stärkeren finanziellen Beteiligung der Betroffenen in Nordrhein-Westfalen bisher abgewendet werden konnte. Allerdings bietet das Fördersystem auch große Schwierigkeiten. Im praktischen Bereich ist besonders festzuhalten, dass die Förderung die realen Kosten in den allermeisten Fällen nicht mehr deckt.

Die privaten Leistungserbringer schlagen daher vor, die Förderung auf die notwendigen 3,20 € je Leistungsstunde SGB XI anzuheben und auch die privat nach den Vorgaben des SGB XI zu zahlenden Leistungen mit in die Förderung aufzunehmen. Alternativ hierzu schlagen die privaten Leistungserbringer vor, die Förderhöhe unverändert zu lassen, aber den Diensten eine Abrechnungsmöglichkeit der darüberhinausgehenden Investitionskosten gemäß § 82 Abs 4 SGB XI zu ermöglichen.

Die Landesregierung Nordrhein-Westfalen wird aufgefordert, sich für bessere Rahmenbedingungen für die ambulante Pflege auch auf der Bundesebene einzusetzen.

#### Zitierte Literatur:

- Beck, Ulrich 1986, Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne, Frankfurt/Main.
- Blinkert, Baldo/ Klie, Thomas 1999, Pflege im sozialen Wandel. Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürftiger nach Einführung der Pflegeversicherung, Hannover.
- Bundesministerium für Gesundheit o.J., Zweiter Bericht über die die Entwicklung der Pflegeversicherung, o.O.
- Deutscher Bundestag 2002, Bundestagsdrucksache 14/8800, Schlussbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel - Herausforderungen unser älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“.
- MAGS (=Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen) 1996, Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen. Gesetzestext, Rechtsverordnungen, Materialien.
- Meyer, Jörg Alexander 1996, Der Weg zur Pflegeversicherung: Positionen - Akteure - Politikprozesse, Frankfurt/Main.
- Rothgang, Heinz 1997, Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse, Frankfurt/Main, New York.
- Schneekloth, Ulrich; Potthoff, Peter u.a. 1996: Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten, Band 111.2 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Stuttgart, Berlin, Köln.
- Schneider, Hilmar/ Zimmermann, Klaus u.a., 2002, Beschäftigungspotenziale einer dualen Förderstrategie im Niedriglohnbereich. Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes Nordrhein-Westfalen, Bonn.
- Schulz, Erika/Leidl, Reiner u.a. 2001: Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050, DIW Diskussionspapier Nr. 240, Berlin.
- Wagner, Nicole 2001, Die Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege und daraus resultierende Kontroversen, Diplomarbeit Frankfurt/Main.
- Ziesche, Frank 1999, Was kann als Pflegeleistung für die Zuerkennung einer Pflegestufe nach dem SGB XI angerechnet werden? Anmerkungen zu Urteilen des Bundessozialgerichtes, in PflegeRecht, 3.Jg. April 1999, S. 66-71.
- Ziesche, Frank 2001, Richtlinien heben Rechte nicht auf. Urteil zu Richtlinien Häuslicher Krankenpflege stärkt die Rechte der Versicherten, in Häusliche Pflege 11/2001, S.37-39.