

Das „Gesetz im Gesetz“

Eine systematische Untersuchung des Pflege- Qualitätssicherungsgesetzes im Kontext der Entwicklungsphasen des Pflegeversicherungsgesetzes

Von der Philosophischen Fakultät
der Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover
zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Philosophie (Dr. phil.)
genehmigte
Dissertation

von

Jörg Meier

geboren am 17.08.1965 in Esens

2009

Referent: Prof. Dr. Bernhard Blanke

Korreferent: Prof. Dr. Marian Döhler

Tag der mündlichen Prüfung: 19. Mai 2009

Zusammenfassung

Mit dem zum Jahresbeginn 2002 in Kraft getretenen Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) sollte insbesondere den bekannt gewordenen Mängeln und Missständen in der stationären Pflege begegnet werden. Für die Pflegeversicherung wurde Handlungsbedarf dahingehend gesehen, die bestehenden, immanenten Regelungen zur Sicherung und Besserung der Qualität der Pflege(leistungen) durch Änderung und Erweiterung der gesetzlichen Regelungen zu gewährleisten.

Die Arbeit nimmt zunächst eine ein- und zuordnende Charakterisierung der Pflegeversicherung als jüngstes Sozialleistungsgesetz vor und liefert eine Bestandsaufnahme der aktuellen Situation anhand der vorliegenden Zahlenergebnisse.

Die Pflegeversicherung ist pfadtreu innerhalb der Sozialversicherung angelegt und umfasst dabei traditionelle wie auch modernisierende Elemente. Anhand der Zahlenergebnisse lässt sich für die Pflegeversicherung eine fortgesetzte Mittelknappheit konstatieren, die auf eine „Bedarfskomprimierung“ hinweist. Das leistungs- und ausgabenbestimmende Einstufungsgeschehen trifft dabei auf einen zunehmend unelastischeren und wachsenden Bedarfssockel.

Zur Analyse der Regelungsinitiative des PQsG und ihres Verlaufs wird der bestehende Regelungskreis der Pflegeversicherung nach Ebenen der Qualitätssicherung systematisiert. Der Regelungsgehalt der mit dem PQsG vorgesehenen Änderungen und deren Entwicklung bis zum Politikergebnis werden nachgezeichnet und in einer Qualitätsmatrix zusammengeführt.

Das unübersichtliche, aber beschreibbare Qualitätssicherungssystem der Pflegeversicherung blieb weitgehend unentwickelt. Es finden sich anspruchsvoll formulierte und zum Teil auch konkret adressierte Qualitätsnormen. Deren Überprüfung ist jedoch weitgehend beliebig und die Sanktionsregelungen sind unwirksam ausgestaltet.

Der PQsG-Initiative kamen ihre Inhalte im Politikverlauf abhanden. So wurden etwa die vorgesehenen Restitutionsregelungen sukzessive abgeschwächt. Im Politikergebnis verblieb als einzig wirksames Kontrollelement die mit dem PQsG beschlossene Regelprüfung - ohne die erforderliche Zustimmung der Länderkammer blieb sie jedoch unimplementiert.

Die Regelungen der Pflegeversicherung blieben somit weiterhin ohne Wirkung auf die pflegerische Qualität, ungeeignet zur Gewährleistung von Mindeststandards und untauglich, um Mängel zuverlässig auszuschließen. Die Pflegequalität ist - auch nach den Änderungen durch das PQsG weiterhin - beliebig, von der Pflegeversicherung weitgehend ungesteuert, und abhängig von den Standards in den Häusern und bei den Anbietern.

Der nach Phasen der Entwicklung sequenzierte Politikverlauf der Pflegeversicherung zeigt eine überwiegend vom Handlungsdruck bestimmte und pragmatisch orientierte Gestaltungstätigkeit auf. Während die in „abweichender Handlungslogik“ angelegte *Initiative* des PQsG als „Gesetz zwischen den Gesetzen“ die intensivste Gestaltungsphase der Pflegeversicherung markiert, unterlag das PQsG im (Politik-) *Ergebnis* letztlich diesem prägenden Handlungsmuster.

Schlagwörter

Pflegeversicherung

Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG)

Qualitätsmatrix

Summary

Entered into force at the beginning of the year 2002, the German Long-Term Care Quality Assurance Law (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - PQsG) should in particular obviate the became known deficiencies and grievances of institutional care. The German Long-Term Care Insurance was seen in need for action to ensure the given rules to maintain and improve the quality of care (benefits) by amending the regulations.

The thesis starts with a classifying and allocating characterization of the Long-Term Care Insurance as the most recent social security law and presents a current stock-taking, based on the available figures.

The Long-Term Care Insurance is part of the social insurance system and does strictly follow its logic, comprising traditional and modernizing elements. The data show an enduring shortage of funds for the Long-Term Care Insurance, which points to a "compression of needs". The levelling of care services defines both services and costs and meets with more and more inflexible and growing needs.

To analyse the regulation initiative of the Long-Term Care Quality Assurance Law and its process the existing regulation scheme of the Long-Term Care Insurance is systemized according to levels of quality assurance. The content of the Long-Term Care Quality Assurance Law's amendments and their development to the policy outcome are shown and brought together in a quality matrix.

The quality assurance system of the Long-Term Care Insurance, which was not very clearly formulated though describable, remained almost undeveloped. There can be found quality norms which are formulated ambitiously and partly even addressed concretely. The assessment of those norms, however, is prevailingly arbitrary, and the sanctions remain ineffective.

The initiative of the Long-Term Care Quality Assurance Law lost its contents in the political process. The intended rules of compensation has been, for example, gradually attenuated. As policy outcome of the Long-Term Care Quality Assurance Law only one effective element of control remains: the obligatory regular inspection - without the necessary assent of the Bundesrat however this instrument stayed unimplemented.

Hence the regulations of the Long-Term Care Insurance continued to be effectless on the nursing care quality, inappropriate to guarantee minimum standards and unable to provide deficiencies reliable. Even after the amendments implemented by the Long-Term Care Quality Assurance Law, the quality of care remains arbitrary and almost uncontrolled by the Long-Term Care Insurance, depending on the institutions' and care providers' standards.

Sequenced according to the development stages of legislation, the political process of the Long-Term Care Insurance reveals a pragmatically orientated legislative activity prevailing determined by the required necessities (“pressure to act”). While the *initiative* of the Long-Term Care Quality Assurance Law, oriented in a “differing logic of action” as a “law between the laws”, marks the most intensive phase in the creation of the Long-Term Care Insurance, the Long-Term Care Quality Assurance Law in its (policy) *outcome* succumbed to this formative pattern of action.

Key words

Long-Term Care Insurance

Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (Long-Term Care Quality Assurance Law)

Quality matrix

Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis der Diagramme	X
Verzeichnis der Übersichten.....	XII

Kapitel 1 Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz und die Pflegeversicherung - Einführung.....	1
1 Problemaufriss.....	1
1.1 Mängelberichte sinnbildlich für unwirksame Pflege-Qualitätssicherungsgesetz-Initiative	2
1.2 Qualität der Pflege offenbar unabhängig von der Pflegeversicherung wie auch vom Pflege-Qualitätssicherungsgesetz.....	3
1.3 Was wollte und was sollte das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz?.....	3
2 Erkenntnisinteresse.....	5
2.1 Der analytische Ausgangspunkt	5
2.2 Das Qualitätssicherungssystem der Pflegeversicherung.....	6
2.3 Offene Implementation wesentlicher Teile des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes - unerfülltes Politikergebnis	6
2.4 Der Blick auf das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz allein genügt nicht - kein endemisches System	7
2.5 Entwicklung und Situation der Pflegeversicherung	8
2.6 Fortbestehender Handlungsbedarf drängt auf regulierende Gestaltung	8
3 Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz als Untersuchungsgegenstand - Forschungsinteresse und Forschungsbedarf	9
3.1 Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz als erste und einzige inhaltlich umfassende Novellierung nach dem Regierungswechsel.....	9
3.2 Offene Implementation - Phase andauernder Implementation.....	10
3.3 Frage nach der Tauglichkeit des Handlungsprogramms des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes	11
3.4 Bislang noch keine politikwissenschaftliche Untersuchung des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes.....	11
3.5 Aktualität des Bearbeitungsthemas - unerfüllter Handlungsbedarf	11
3.6 Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes als „herausfordernder“ Untersuchungsgegenstand.....	12
4 Das Untersuchungsprogramm - zum methodischen Vorgehen	13
4.1 Der Ansatz: explorative Strukturanalyse	13
4.2 Das Konzept	13
4.3 Endogener Untersuchungsansatz: Analyse des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes nach Inhalt und Verlauf	14
4.3.1 <i>Operationalisierung der Qualitätsregelungen</i>	14
4.3.2 <i>Policy-Analyse</i>	15
4.4 Empirische Bestandsaufnahme der Situation der Pflegeversicherung	16

4.5	Entwicklungsphasen der Pflegeversicherung und ihre Handlungslogiken	17
4.6	Ergebnisse der strukturanalytischen Untersuchung zusammenführen	18
5	Zeitrahmen, auf den sich die Bearbeitung bezieht	19
6	Forschungs- und Erkenntnisstand.....	21
7	Materialien und Quellen.....	22
8	Ablauf der Bearbeitung	24
Kapitel 2	Das System und der Regelungskreis der Pflegeversicherung	26
1	Grundkonzeption der sozialversicherungsrechtlichen Regelungen insbesondere in der Gesetzlichen Krankenversicherung	27
1.1	Einführung der Sozialversicherung in Deutschland	27
1.2	Ursprünge und Grundlinien der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland	29
1.3	Die Einführung der Unfall- und Rentenversicherung.....	31
1.4	Erweiterung der Sozialversicherung bis heute.....	32
2	Anknüpfung an Grundkonzeption der sozialversicherungsrechtlichen Regelungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und Erweiterungen sowie „Andersregelungen“	33
2.1	Erweiterter Personenkreis in der Pflegeversicherung	35
2.2	Einbeziehung der privaten Krankenversicherungsunternehmen.....	37
2.3	Krankenkassen wie Krankenversicherungsunternehmen sind ebenfalls zuständig für die Pflegeversicherung.....	38
2.4	Beitragsfinanzierung allein durch Mitglieder	41
2.5	Art, Höhe und Feststellung der Leistungen.....	42
3	Die Regelungen des SGB XI im Detail.....	44
3.1	Das Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit	44
3.2	Versicherung in der Pflegeversicherung	46
3.2.1	<i>Mitglieder und Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung.....</i>	<i>46</i>
3.2.2	<i>Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen</i>	<i>48</i>
3.2.3	<i>Wahlmöglichkeit zwischen Versicherungspflicht und Pflicht zur Versicherung</i>	<i>48</i>
3.2.4	<i>Weitere Personenkreise mit der Pflicht zur Versicherung.....</i>	<i>49</i>
3.2.5	<i>Sonstige Versicherungspflichtige.....</i>	<i>51</i>
3.2.6	<i>Weiterversicherung und Versicherungsberechtigung</i>	<i>51</i>
3.3	Finanzierung der Pflegeversicherung	52
3.3.1	<i>Beitragshöhe, Beitragssatz.....</i>	<i>52</i>
3.3.2	<i>Tragung der Beiträge.....</i>	<i>52</i>
3.4	Organisation der Pflegeversicherung.....	54
3.4.1	<i>Ausgleichsfonds und Finanzausgleich.....</i>	<i>54</i>
3.4.2	<i>Die Investitionskosten.....</i>	<i>54</i>
3.4.3	<i>Der Sicherstellungsauftrag</i>	<i>55</i>
3.4.4	<i>Qualitätssicherung</i>	<i>56</i>

3.5	Die Leistungen der Pflegeversicherung	56
3.5.1	<i>Der Begriff der Pflegebedürftigkeit und die Pflegestufen</i>	57
3.5.2	<i>Leistungen bei häuslicher Pflege</i>	61
3.5.3	<i>Leistungen bei teilstationärer- und Kurzzeitpflege</i>	64
3.5.4	<i>Leistungen bei vollstationärer Pflege</i>	65
3.5.5	<i>Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen</i>	67
3.5.6	<i>Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen</i>	67
3.5.7	<i>Pflegekurse der Pflegekassen</i>	69
3.5.8	<i>Teilnahme am trägerübergreifenden Persönlichen Budget</i>	70
3.6	Regelungen für die private Pflegeversicherung	71
3.6.1	<i>Versicherungsfreiheit bei Leistungsbezug</i>	71
3.6.2	<i>Kontrahierungszwang</i>	72
3.6.3	<i>Kündigungsrecht bei Eintritt der Versicherungspflicht</i>	73
3.6.4	<i>Beiträge und finanzieller Belastungsausgleich</i>	73
3.6.5	<i>Gleichwertigkeit der privaten Pflegeleistungen bei Verfahrensautonomie</i>	73
3.7	Pflicht- und Ermessensleistungen	74
4	Kapitelfazit: Charakterisierung der Pflegeversicherung als modernes und modernisierendes Sozialversicherungsgesetz	78
4.1	Die Pflegeversicherung als traditionell sozialversicherungsrechtlich verfasster und verfassender Regelungskreis	79
4.1.1	<i>Exklusivität der Versicherung - Exklusion durch Sozialversicherung</i>	80
4.1.2	<i>Versicherungspflichtige und Beitragseinnahmehasis</i>	81
4.1.3	<i>Private Versicherung</i>	82
4.1.4	<i>Unversicherte</i>	83
4.2	Neue Elemente durch die Pflegeversicherung	84
4.2.1	<i>Beitragsaufbringung</i>	84
4.2.2	<i>Selbstverwaltung als Auftragsverwaltung</i>	86
4.2.3	<i>Bedeutung des Finanzausgleichs</i>	88
4.2.4	<i>Geänderte Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze</i>	89
4.3	Strenges Budgetprinzip in der Pflegeversicherung	89
4.3.1	<i>Pauschalen als sozialleistungsgesetzliches Element</i>	91
4.3.2	<i>Feststellungsverfahren der Leistungen</i>	92
4.3.3	<i>Ausgabenbegrenzung durch strikte gesetzliche Budgetvorgaben</i>	95
4.4	Zur Charakterisierung der Erweiterungen und Andersregelungen der Pflegeversicherung	97

Kapitel 3 Situation und Herausforderungen für die Pflegeversicherung 100

1	Situation der Pflegeversicherung insgesamt	105
2	Soziale Pflegeversicherung	107
2.1	Versicherte	107
2.2	Anzahl der Leistungsbezieher und Verteilung nach Leistungsarten	110
2.2.1	<i>Stetige Zunahme der Leistungsbezieher</i>	110
2.2.2	<i>Zunehmender Anteil professioneller Pflegeleistungen</i>	111
2.2.3	<i>Ursachen für den Rückgang der ambulanten Pflegeleistungen</i>	112
2.3	Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung	115
2.4	Zu hohe Ausgaben in der sozialen Pflegeversicherung?	119

2.4.1	<i>Ausgaben unterteilt nach Leistungsarten</i>	119
2.4.2	<i>Ausgaben im Verhältnis zu den Leistungsbeziehern</i>	121
2.4.3	<i>Entwicklung der Pflegeeinstufungen</i>	128
2.4.4	<i>Ablehnungsquote bei den Empfehlungen</i>	131
2.5	Einnahme- statt Ausgabenproblem bei unveränderbar zunehmendem „Bedarfssockel“	138
3	Private Pflegeversicherung	141
3.1	Ungleiche Entwicklung in der privaten und in der sozialen Pflegeversicherung	141
3.2	Versicherte in der privaten Pflegeversicherung	142
3.3	Leistungsbezieher.....	142
3.4	Finanzergebnis	142
3.5	Verteilung der Ausgaben nach Leistungsarten	144
3.6	Pflegeeinstufungsergebnisse in der privaten Pflegeversicherung....	145
3.6.1	<i>Pflegeeinstufungen und -ablehnungen im Vergleich</i>	145
3.6.2	<i>Gründe für die „besseren“ Einstufungsergebnisse</i>	147
3.7	Gründe für die bessere Situation	149
3.7.1	<i>„Günstigere“ Versichertenstruktur</i>	149
3.7.2	<i>Geringere Leistungsquote</i>	150
3.7.3	<i>Höhere Beitragseinnahmen</i>	151
3.8	Fortgeführte Systemtrennung	152
4	Bedarfsentwicklung	154
4.1	Vorliegende Modellrechnungen	155
4.2	„Pflegefallwahrscheinlichkeit“ bezogen auf das Lebensalter.....	157
4.3	Entwicklung des Verhältnisses von ambulanten und stationären Leistungen	163
4.4	Weitere Unsicherheiten bei der „Bedarfsabschätzung“	164
4.5	Unprognostizierbarkeit der Pflegeversicherung	165
4.6	Das Problem, aber gleichzeitig die systematische Notwendigkeit, den Bedarf in der Pflegeversicherung prognostizieren zu müssen ..	166
4.7	Anforderungen an die Bestimmung des Pflegebedarfs.....	167
5	Steigender Ausgabenbedarf in der Sozialhilfe - (wieder) wachsende Abhängigkeit von der Sozialhilfe	169
5.1	Grundverständnis und Grundsätze der Sozialhilfe.....	170
5.2	Arten der Hilfeleistungen und Funktionsweise	175
5.3	Die Hilfe zur Pflege nach dem Recht der Sozialhilfe.....	178
5.3.1	<i>Definition der Pflegebedürftigkeit in der Sozialhilfe</i>	179
5.3.2	<i>Leistungen der Hilfe zur Pflege und Höhe</i>	179
5.3.3	<i>Besondere Regelungen der häuslichen Pflege in der Sozialhilfe</i>	180
5.3.4	<i>Eigener Mitteleinsatz bei der Hilfe zur Pflege</i>	181
5.4	Sozialhilfe als Regelfinanzierung vor allem bei stationärer Pflege...	184
5.5	Bestandsschutz für Pflegegeldbeziehende in der Sozialhilfe.....	187
5.6	Entwicklung seit Einführung der Pflegeversicherung	190
5.6.1	<i>Wirkung der Pflegeversicherung auf die Sozialhilfe</i>	193
5.6.2	<i>Wirkungsgrad der Pflegeversicherung abnehmend</i>	195
5.6.3	<i>Die drei „Aus“wirkungskategorien für die Hilfe zur Pflege</i>	196
6	Kapitelfazit: Befunde, Handlungsbedarf und Ausblick	198
Kapitel 4	Der Politikverlauf	203

1	Entscheidungs- und Gesetzgebungsverlauf - der Entwicklungsprozess bis zum Pflegeversicherungsgesetz.....	204
1.1	Formulierungsphase	204
1.2	Gesetzentwurfsphase	206
1.3	Vorläufige Einstiegsphase	206
1.4	Entscheidung für ein Sozialversicherungsgesetz.....	208
1.4.1	<i>Privat- versus sozialversicherungsrechtliche Lösung</i>	<i>208</i>
1.4.2	<i>Die Finanzierungsfrage als Streitpunkt.....</i>	<i>209</i>
1.4.3	<i>Einigung und Gesetzesbeschluss.....</i>	<i>211</i>
2	Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.....	213
2.1	Umsetzungsphase	213
2.1.1	<i>Umsetzung der Bestandsschutzregelung</i>	<i>213</i>
2.1.2	<i>Inkraftsetzen der zweiten Stufe der Pflegeversicherung.....</i>	<i>213</i>
2.1.3	<i>Erste inhaltliche Änderungsinitiative</i>	<i>214</i>
2.2	Weitere Umsetzungsregelungen.....	217
3	Neue Regierungskonstellation: Rot-Grüne Mehrheit nach der Bundestagswahl 1998.....	220
3.1	Die Koalitionsvereinbarung 1998 als programmatische Absichtserklärung und Zielvereinbarung der Regierungsparteien ...	222
3.1.1	<i>Sozialstaatliche Handlungsprämissen</i>	<i>225</i>
3.1.2	<i>Regierungsprogramm für die Entwicklung der Pflegeversicherung.....</i>	<i>225</i>
3.2	Korrekturgesetzgebungsphase	226
3.3	Gestaltungsphase.....	229
3.3.1	<i>Gesetzesinitiativen.....</i>	<i>229</i>
3.3.2	<i>Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Beitragsbemessung</i>	<i>232</i>
3.4	Verharrensphase	233
3.4.1	<i>Wiederwahl: Die zweite Legislatur in der Regierungskonstellation Rot-Grün ab 2002.....</i>	<i>233</i>
3.4.2	<i>Koalitionsvertrag 2002</i>	<i>234</i>
3.4.3	<i>Regierungserklärung</i>	<i>235</i>
3.4.4	<i>„Agenda 2010“ - sozial- und gesundheitspolitische Initiative der Regierung.....</i>	<i>236</i>
3.4.5	<i>Länderinitiative.....</i>	<i>241</i>
3.4.6	<i>Die Aussetzung der Reform.....</i>	<i>241</i>
3.4.7	<i>Mini-Pflegereform?</i>	<i>244</i>
3.4.8	<i>Ankündigungspolitik am Vorabend der vorgezogenen Neuwahlen</i>	<i>246</i>
3.5	Fazit der Rot-Grünen Regierungskoalition ab 1998: Gestaltung & Verharrung.....	248
3.5.1	<i>Nichthandeln trotz Handlungsbedarf und bestehender Handlungsmöglichkeiten</i>	<i>251</i>
3.5.2	<i>Innerer Widerspruch des Handelns: Beitragserhöhung trotz ausdrücklich vereinbarter Beitragssatzstabilität.....</i>	<i>252</i>
3.5.3	<i>„Muddling through“ im „Vorfeld der angekündigten Reform“</i>	<i>253</i>
4	Kapitelfazit: Die Handlungslogiken der Pflegeversicherung	255
4.1	Das Wie, Wann und Warum der Pflegeversicherung.....	255
4.2	Handlungslinien für die weitere Entwicklung der Pflegeversicherung.....	260
4.2.1	<i>Auf bekannten Pfaden wandelnd: Pfadtreue</i>	<i>260</i>

4.2.2	<i>Politikgestaltung: Kostendruck bzw. Mittelknappheit als Antriebs- und Gestaltungsfaktor</i>	261
4.2.3	<i>Sachfremdheit der Gestaltungsinitiativen bzw. der Weiterentwicklung des Gesetzes</i>	263
4.2.4	<i>Handlungslogik des Nichthandelns - Nichthandeln trotz bestehendem & erkanntem Handlungsbedarf</i>	264
4.3	Prekäre Handlungslogik.....	266
4.4	Abweichende Handlungslogik.....	267

Kapitel 5 Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - „Gesetz im Gesetz“269

1	Die Regelungslage vor dem PQsG: Bestehende Qualitätssicherungsregelungen der Pflegeversicherung	271
1.1	Zum Qualitätsbegriff	272
1.1.1	<i>Qualitätssicherung - Qualität als messbare Größe</i>	273
1.1.2	<i>Der Qualitätsbegriff auf die Pflege bezogen</i>	274
1.2	Qualität als allgemeiner Grundsatz in der Pflegeversicherung	275
1.3	Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Aufgaben	278
1.3.1	<i>Zuordnungs- und Verantwortlichkeitstrias</i>	278
1.3.2	<i>Länder- und Bundesaufgaben</i>	279
1.3.3	<i>Aufgaben der Pflegekassen</i>	279
1.3.4	<i>Pflichten und Aufgaben der Pflegeeinrichtungen</i>	280
1.3.5	<i>Die Landespflegeausschüsse</i>	281
1.4	Organisatorische Umsetzung.....	282
1.4.1	<i>Vom Sicherstellungsauftrag über den Versorgungsvertrag zur Qualität</i>	283
1.4.2	<i>Der Versorgungsvertrag und die Rahmenverträge</i>	283
1.4.3	<i>Versorgungsverträge mit sonstigen Leistungserbringern</i>	285
1.5	Qualitätssicherung	287
1.5.1	<i>Grundsätze und Maßstäbe für die Qualitätssicherung - was wird kontrolliert</i>	287
1.5.2	<i>Grundsätze der Spitzenverbände zur Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste - wie wird kontrolliert</i>	289
1.5.3	<i>Sanktionen „ohne Biss“ (Regelungen „tun nicht weh“)</i>	290
1.6	Die ehrenamtliche häusliche Pflege als „Sonderfall“ der Qualitätssicherung	291
1.6.1	<i>Qualitätssicherung bei der ehrenamtlichen häuslichen Pflege</i> ..	292
1.6.2	<i>Kontrolle und Sanktion beim Pflegegeld</i>	293
1.6.3	<i>Wandlung vom kontrollierenden Pflege-Pflichteinsatz zum unterstützenden Beratungseinsatz</i>	294
1.6.4	<i>Hohe Änderungsdynamik beim Pflegegeld</i>	304
1.7	Fazit: Die Mechanik der Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung	308
1.7.1	<i>Die drei Ebenen der Qualitätssicherung</i>	309
1.7.2	<i>Defizite der Qualitätssicherungssystems</i>	310
1.7.3	<i>Der „Sonderbereich“ der ehrenamtlichen Pflege</i>	313
2	Politikformulierung und Handlungsprogramm	315
2.1	Problemwahrnehmung.....	315
2.2	Gesetzgebungsverlauf.....	318
2.2.1	<i>Eckpunktepapier vom 28.2.2000</i>	318

2.2.2	Referentenentwurf vom 27.4.2000.....	323
2.2.3	Verständnis der Konstrukteure des PQsG.....	331
2.2.4	Verzögerungen bei der Vorlage des Gesetzes	332
2.2.5	Kritik und Positionen der Verbände	333
2.2.6	Position und Verhalten der Opposition	337
2.2.7	Gesetzentwurf der Bundesregierung im November 2000.....	338
2.2.8	Änderungen des Entwurfs durch den Ausschuss für Gesundheit.....	344
2.2.9	Abgelehnte Länderinitiativen.....	346
2.2.10	Beschluss und Verkündung des PQsG.....	346
2.3	Fazit zum Gesetzgebungsprozess des PQsG	347
2.3.1	Zum Verlauf	347
2.3.2	Das - vorläufige - Politikergebnis	350
2.3.3	Defizite des beschlossenen Handlungsprogramms	351
3	Implementierungsdefizite und -probleme	358
3.1	Gescheiterter Verordnungsentwurf	359
3.2	Reformulierungsinitiative: Geplante Novelle durch ein 5. SGB XI- ÄndG.....	360
3.2.1	Handlungsbedarf und Referentenentwurf	360
3.2.2	Politikergebnis	361
3.3	Der „Runde Tisch Pflege“	362
3.4	„Überregelung“ des Systems?	363
3.5	Offen gebliebene Implementation	366
4	Die Regelungslage nach dem PQsG: Erweiterung des Qualitätssicherungssystems der Pflegeversicherung.....	368
4.1	Die „Qualitätsmatrix“ der Pflegeversicherung und ihre Erweiterung durch das PQsG	368
4.2	„Sanktionsdilemma“ in der Pflegeversicherung?.....	381
4.3	Qualitätssicherung versus Mittelknappheit.....	383
5	Kapitelfazit: Das mittellose Gesetz im Gesetz.....	384
5.1	Das „Gesetz im Gesetz“	385
5.2	Das „mittellose Gesetz“	386
5.3	Die Defizite des PQsG.....	386
5.4	Ausblick: Was bleibt vom PQsG?	388
Kapitel 6	Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz als mittelloses Gesetz im Gesetz - zusammenfassende Betrachtung und Ausblick...391	
1	Ausgangsbedingungen - systematischer und politikprozessualer Kontext (Umgebung) des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes	392
1.1	Die Pflegeversicherung - Leistungsgesetz in modernisierender Sozialversicherungstradition	392
1.2	Die Pflegeversicherung als „vergrundsicherndes“ Leistungsgesetz.	393
1.3	Situation der Pflegeversicherung - bedarfskomprimierendes Leistungsgesetz.....	394
1.4	Handlungslogiken der Pflegeversicherung - prekäre Handlungslogik des Nichthandelns	397
1.5	Defizitäres und unentwickeltes Qualitätssicherungssystem der Pflegeversicherung	398

2	Wie der Pflege-Qualitätssicherungsgesetz-Initiative die Inhalte abhandeln kamen.....	400
2.1	Die Regelungsinitiative des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes....	400
2.2	Zur Andersartigkeit der Pflege-Qualitätssicherungsgesetz-Initiative	400
2.3	Zur Systematik und zu den Inhalten der Pflege-Qualitätssicherungsgesetz-Initiative	400
2.4	Charakterisierung, Bewertung und Einordnung der vorgesehenen Änderungen	401
2.5	Weiterer Verlauf und Abschwächung der Gesetzgebungsinitiative..	402
2.6	Ein- und Zuordnung der suspendierten Regelung - trotz in Kraft getretener Gesetzesänderungen des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes	403
2.7	Formaler Abschluss des Schwebezustandes - nach sechseinhalb Jahren.....	404
3	Ergebnis und Bewertung des beschlossenen Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes	404
3.1	Ergebnis des Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - mangelhafte und unwirksame Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung wird fortgeschrieben	404
3.2	Beschlossenes Pflege-Qualitätssicherungsgesetz im Kontext der Handlungslogiken der Pflegeversicherung.....	405
3.3	Tauglichkeit des Pflege-Qualitätssicherungsgesetz-Konzeptes.....	405
3.4	Das mittellose Gesetz - das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz, eine mittellose Reform.....	407
4	Was bleibt von der Initiative des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes?	407
4.1	Redaktionelle Aufwertung und Hervorhebung der Pflegequalität im SGB XI.....	408
4.2	Immerhin - regelmäßige Pflegequalitätsberichterstattung.....	408
4.3	Bedeutungszuwachs des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung durch weitere Aufwertung seiner Rolle.....	409
4.4	In der aktuellen Änderungsgesetzgebung übernommene Elemente	409
5	Gesamtfazit zum Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - Verlauf und Ergebnis.....	411
5.1	Mindeststandardlichkeit als Qualitätsorientierung in der Pflegeversicherung	411
5.2	Sanktionsdilemma in der Pflegeversicherung!?	411
5.3	Begründungsmelange für das Misslingen des Handlungsprogramms des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes.....	413
6	Ausblick.....	414
6.1	Wandlung - „modernisierte“ Systemgrenzen.....	414
6.2	Stillstand - prekäre Handlungslogik(en) wirken weiter determinierend	415
6.3	Perspektiven für die Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung .	415
6.3.1	<i>Qualitätssicherung als Möglichkeit, um auf die Bedarfszunahme und die Mittelknappheit Antworten zu finden</i>	<i>416</i>
6.3.2	<i>Pflegeversicherung als Wachstumsmarkt.....</i>	<i>417</i>
6.3.3	<i>Kundensouveränität als Regulativ in der Pflegeversicherung!?.</i>	<i>418</i>

Kapitel 7	Literatur- und Quellenverzeichnis	419
1	Monographien, Zeitschriften etc.....	419
2	Quellen.....	427
2.1	Parlamentarische Materialien	427
2.1.1	<i>Bundestags-Drucksachen</i>	427
2.1.2	<i>Bundesrats-Drucksachen</i>	432
2.1.3	<i>Stenographische Protokolle</i>	433
2.2	Rechtsgrundlagen.....	433
2.2.1	<i>Gesetzestexte</i>	433
2.2.2	<i>Richtlinien</i>	436
2.2.3	<i>Verordnungen</i>	436
2.2.4	<i>Bekanntmachungen</i>	436
2.3	Statistische Materialien	437

Verzeichnis der Diagramme

Diagramm 1: Verhältnis Versicherte in der privaten und in der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende 2003	106
Diagramm 2: Entwicklung der Zahl der Bundesbürger ohne Krankenversicherungsschutz	110
Diagramm 3: Entwicklung der Zahl der Leistungsbezieher in der sozialen Pflegeversicherung bis 2003 (jeweils am Jahresende) gesamt und unterteilt nach ambulanten und stationären Leistungen (in Tausend)	111
Diagramm 4: Entwicklung der Zahl der Leistungsbezieher in der sozialen Pflegeversicherung bis 2003 (jeweils am Jahresende) unterteilt nach Pflegegeld und Pflegesachleistung sowie Inanspruchnahme der Kombinationsleistung (in Tausend) ...	112
Diagramm 5: Entwicklung der jährlichen Ausgaben, Einnahmen und Rücklagen der sozialen Pflegeversicherung insgesamt in Milliarden Euro bis 2004	116
Diagramm 6: Entwicklung der Leistungsausgaben in der sozialen Pflegeversicherung jährlich bis 2003 - unterteilt nach ambulanten und vollstationären Leistungen (in Millionen Euro).....	120
Diagramm 7: Entwicklung der Leistungsausgaben in der sozialen Pflegeversicherung jährlich bis 2003 für das Pflegegeld , die Pflegesachleistung sowie die „ soziale Sicherung der Pflegepersonen “ (in Millionen Euro).....	121
Diagramm 8: Soziale Pflegeversicherung insgesamt : Vergleich Zahl der Bezieher (in Tausend) und jährliche Ausgaben (in Milliarden Euro) bis 2003 sowie rechnerische „pro Kopf Beträge“	122
Diagramm 9: Pflegegeld : Vergleich Zahl der Bezieher (in Tausend) und jährliche Ausgaben (in Millionen Euro) bis 2003 sowie rechnerische „Pro-Kopf-Beträge“	125
Diagramm 10: Pflegesachleistung : Vergleich Zahl der Bezieher (in Tausend) und jährliche Ausgaben (in Millionen Euro) bis 2003 sowie rechnerische „Pro-Kopf-Beträge“	126
Diagramm 11: Vollstationäre Pflege : Vergleich Zahl der Bezieher (in Tausend) und jährliche Ausgaben (in Millionen Euro) bis 2003 sowie rechnerische „Pro-Kopf-Beträge“	127
Diagramm 12: Entwicklung der Einstufungen der Bezieher ambulanter Leistungen in die Pflegestufen I - III von 1996 bis 2003 nach jeweiligem prozentualen Anteil	129

Diagramm 13: Entwicklung der Einstufungen der Bezieher stationärer Leistungen in die Pflegestufen I - III von 1996 bis 2003 nach jeweiligem prozentualen Anteil	130
Diagramm 14: Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung insgesamt im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt (in Milliarden Euro) - Anteil jeweils in Prozent - bis 2004	139
Diagramm 15: Ambulante Pflegeleistungen - Einstufungen soziale und private Pflegeversicherung im Vergleich (in Prozent) 2003 und 1999.....	146
Diagramm 16: Stationäre Pflege - Einstufungen soziale und private Pflegeversicherung im Vergleich (in Prozent) 2003 und 1999..	147
Diagramm 17: Entwicklung der Zahl der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung nach Altersgruppen 1995 bis 2003 (jeweils am Jahresende).....	159
Diagramm 18: Ausgaben für Pflegeleistungen im Jahr 1991, aufgeteilt nach Kostenträgern bzw. Leistungsarten.	185
Diagramm 19: Ausgaben der Hilfe zur Pflege 1970 bis 1993 in Millionen DM sowie Anzahl der Leistungsbezieher (in Tausend) im Vergleich zu den Sozialhilfeausgaben insgesamt sowie Umfang der Hilfe in besonderen Lebenslagen (HbL).	187
Diagramm 20: Entwicklung der Ausgaben für die Hilfe zur Pflege in der Sozialhilfe von 1970 bis 1991 und von 1994 bis 2003 (in Millionen Euro) unterteilt nach ambulanten und stationären Leistungen	191
Diagramm 21: Entwicklung der Zahl der Leistungsbezieher von Hilfe zur Pflege in der Sozialhilfe im Zeitraum von 1994 bis 2003 (jeweils am Jahresende) unterteilt nach ambulanten und stationären Leistungen (in Tausend)	192
Diagramm 22: Verteilung der Gesamtausgaben der Sozialhilfe nach den Anteilen der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLu) und den weiteren Hilfearten (Hilfen in besonderen Lebenslagen) im Jahr 2003 ...	194
Diagramm 23: Sozialhilfe : Vergleich Zahl der Bezieher von „Hilfe zur Pflege“ (in Tausend) und Ausgaben von 1994 bis 2003 (in Millionen Euro).....	195

Verzeichnis der Übersichten

Übersicht 1: Hilfebedarf und Stufen der Pflegebedürftigkeit	60
Übersicht 2: Leistungsarten und deren Ausgestaltung in den jeweiligen Pflegestufen - Pflichtleistungen	75
Übersicht 3: Leistungsarten und deren Ausgestaltung in den jeweiligen Pflegestufen - Ermessensleistungen	77
Übersicht 4: Synopse der wesentlichen Aussagen zur Sozialversicherung insbesondere zur Pflegeversicherung in den Koalitionsvereinbarungen der Jahre 1998 und 2002	223
Übersicht 5: Die in der Regierungserklärung des Bundeskanzlers vom 14. März 2003 formulierten sozialpolitischen Handlungsbedarfe („bestehende Probleme“) und Lösungsvorschläge („Maßnahmen“).....	237
Übersicht 6: Die in der Regierungserklärung des Bundeskanzlers vom 14. März 2003 formulierten Handlungsbedarfe („bestehende Probleme“) und Lösungsvorschläge („Maßnahmen“) zu den „Reformen des Gesundheitswesens“	239
Übersicht 7: Ursprüngliche Regelung des § 37 Abs. 3 SGB XI bei Inkraftsetzen des SGB XI durch das PflegeVG - Begründung und Schlussfassung nach zuvor mehrmaliger Änderung des Turnus der verpflichtenden Pflegeeinsätze.....	295
Übersicht 8: <i>Erste Änderung</i> durch das 1. SGB XI-ÄndG - Entwurf und Begründung	296
Übersicht 9: <i>Erste Änderung</i> durch das 1. SGB XI-ÄndG - Änderungen des Ausschusses und Schlussfassung	297
Übersicht 10: Abgelehnter Änderungsentwurf für ein 3. SGB XI-ÄndG der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Begründung	298
Übersicht 11: Abgelehnter Änderungsentwurf für ein 5. SGB XI-ÄndG der Fraktion SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und Begründung	299
Übersicht 12: <i>Zweite Änderung</i> durch das 4. SGB XI-ÄndG - Entwurf, Begründung und Schlussfassung	300
Übersicht 13: <i>Dritte Änderung</i> durch das PfIEG - Entwurf und Begründung	301
Übersicht 14: <i>Dritte Änderung</i> durch das PfIEG - Hervorhebung der Änderungen durch die Neufassung und geltende Fassung ..	303
Übersicht 15: Allgemeine und spezifische Qualitätsregeln des SGB XI (<i>1.</i> <i>Ebene</i>).....	370
Übersicht 16: Kontrolle der Qualitätsregeln des SGB XI (<i>2. Ebene</i>)	374
Übersicht 17: Sanktionsregelungen bei Nichteinhaltung der Qualitätsregeln des SGB XI (<i>3. Ebene</i>)	376

Kapitel 1 Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz und die Pflegeversicherung - Einführung

Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) „zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege“ wurde im Jahr 2001 beschlossen.¹ Es trat zum Jahresbeginn 2002 in Kraft. Vornehmlich sollte mit dem PQsG insbesondere den bekannt gewordenen Mängeln und Missständen in der stationären Pflege begegnet werden. Die Pflege sollte möglichst frei von Mängeln in der Qualität und Versorgung sichergestellt werden.

Für die Pflegeversicherung wurde Handlungsbedarf gesehen, die bestehenden, immanenten Regelungen zur Sicherung und Besserung der Qualität der Pflege(leistungen) durch Änderung und Erweiterung der gesetzliche Regelungen zu gewährleisten. Für das „pflegebedürftige Gesetz“² besteht jedoch auch weiterhin „Pflegebedarf“. Die Mängel, die Anlass für die PQsG-Initiative waren, bestehen unverändert fort. An dieser Situation hat sich seitdem kaum oder nur geringfügig etwas geändert. Weder die Pflegeversicherung noch offenbar das PQsG änderte(n) daran etwas.

1 Problemaufriss

Trotz der im Jahr 1995 eingeführten Pflegeversicherung und der Leistungsgewährung im stationären Bereich seit Mitte des Jahres 1996 und trotz des PQsG bestehen die Mängel der Pflege weiterhin (fort). Damit zeigen sich die Befunde über Pflegemängel geradezu als Widerspruch zu den bestehenden, vielzahligen Nennungen und Regelungen in der Pflegeversicherung zur Qualität der Pflegeleistungen und einer ausdrücklich normierten Regelungsinitiative in Form des PQsG.

Das ist der erste augenfällige und nachfragende Zugang zum Thema: Wie kann es

¹ Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - PQsG) vom 9.9.2001.

² So der Titel einer Vorarbeit zur Bewertung und zur Bedeutung des seinerzeit neu eingeführten Pflegeversicherungsgesetzes als neuestes Sozialleistungsgesetz (Meier (1997a)), deren Ergebnisse hier ebenfalls Berücksichtigung finden.

sein, dass einerseits mit der Pflegeversicherung ein ausdrücklich auf die Pflege bezogenes sozialversicherungsrechtlich konstituiertes Leistungsgesetz mit Leistungsansprüchen, vertraglichen Regelungsstandards und einer beitragsfinanzierten Garantie finanzieller Mittel realisiert wird und andererseits die Erfahrungen zeigen, dass die Pflegebedürftigen in hoher Zahl (vor allem im stationären Bereich) mangelhafte und sogar gefährliche Pflege erleiden müssen? Vielfach sind gerade einmal die pflegerischen Mindeststandards verfügbar bzw. ist sogar um diese zu bangen. Die qualitativ hochwertige Pflege ist die Ausnahme. Und auch das ausdrücklich auf die Wahrung der Mindeststandards bezogene Änderungsgesetz vermochte offensichtlich an den bestehenden Defiziten nichts zu ändern.

1.1 Mängelberichte sinnbildlich für unwirksame Pflege-Qualitätssicherungsgesetz-Initiative

Ein Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, mit dem über die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie über die Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu berichten ist, wurde erstmals im November 2004 (mit Daten für das Jahr 2003) veröffentlicht.³ Dieser erste Qualitätsbericht dokumentiert - wie auch der zweite im August 2007 (Berichtszeitraum 2004 bis 2006)⁴ mit weitgehend unveränderten Ergebnissen - die umfangreiche Mangelversorgung in der Pflege.

Damit steht der Medizinische Dienst der Krankenversicherung mit seinen Berichten sinnbildlich für das PQsG - gleichermaßen für dessen Umsetzung wie auch dessen Wirkungslosigkeit. Denn die Berichtstätigkeit (bzw. die Berichtspflicht) ist ein Ergebnis der seinerzeitigen Regelungsinitiative der Rot-Grünen Regierung mit der den auffällig gewordenen Mängeln in der pflegerischen Versorgung durch - zunächst umfangreich geplante - Änderungen der Pflegeversicherung entgegengetreten werden sollte.

Schon zuvor dokumentierten die *Tätigkeitsberichte* des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung die Mängel in der Pflege in Deutschland, die mit dem offensichtlich mangelhaften Qualitätssicherungssystem der Pflegeversicherung überhaupt erst möglich wurden. Durch die beschlossenen Änderungen des PQsG wurde erstmals eine gesetzlich verpflichtende Regelberichterstattung des Medizinischen Dienstes

³ Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2004).

tes der Spitzenverbände der Krankenkassen über die Qualität der pflegerischen Versorgung etabliert. Die im Rahmen dieser Berichtspflicht erstellten *Qualitätsberichte* zeig(t)en deutlich auf, dass sich offenbar unverändert und unabhängig von der seinerzeitigen Regelungsinitiative und der Gesetzesänderung durch das PQsG an den pflegerischen Mängeln in der Pflegeversicherung nichts geändert hat(te) - das Defizit also „fortgeschrieben“ wurde.

1.2 Qualität der Pflege offenbar unabhängig von der Pflegeversicherung wie auch vom Pflege-Qualitätssicherungsgesetz

Offenbar sind die Regelungen der Pflegeversicherung ohne Wirkung auf die pflegerische Qualität, ungeeignet zur Gewährleistung von Mindeststandards und untauglich, um Mängel zuverlässig auszuschließen. Die Pflegequalität ist - auch nach den Änderungen durch das PQsG weiterhin - beliebig, von der Pflegeversicherung weitgehend ungesteuert, und abhängig von den Standards in den Häusern und bei den Anbietern.

Nicht allein, aber vor allem aus Sicht der Kundenzufriedenheit ist problematisch, dass die Erkenntnisse im stationären Bereich, bei einer nur geringen Prüfquote, aus überwiegend angemeldeten(!), anlassbezogenen und weiteren Prüfungen für die stationäre Pflege rühren. Diese Befunde beziehen sich überdies überwiegend auf struktur- und prozessqualitative Aspekte, die in den Begehungen erhoben wurden. Ergebnisqualitative Aspekte werden dabei kaum befundet. Über die Wünsche und die Zufriedenheit der Heimbewohner⁵ ist - bis heute⁶ - wenig bekannt. Es besteht derzeit noch wenig Wissen darüber, wie Qualitätssicherung zu funktionieren hat. Gänzlich unabhängig von den Wünschen der Gepflegten scheint die Pflegeversicherung eben so technisch den Bedarf an Pflegebedürftigkeit wie auch die Art der pflegerischen Versorgung zu bestimmen ohne dabei einen einheitlichen Mindeststandard zuverlässig zu gewährleisten.

1.3 Was wollte und was sollte das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz?

Mit der Gesetzesinitiative des PQsG wurde zumindest versucht, durch eine Gesetzesänderung der Pflegeversicherung sowohl den Mängeln in der Pflege beizukom-

⁴ *Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen* (2007).

⁵ Allein der besseren Lesbarkeit geschuldet, wird im gesamten Text nur die männliche Form genutzt. Sie soll ausschließlich dem Textfluss dienen und stellt keine geschlechterbezogene Präferenz dar.

⁶ So konstatiert der *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* (2005) einen (Pflege)forschungsbedarf, um die Zufriedenheit als Indikator für Pflegequalität eindeutig zu identifizieren (*ebd.*, S. 396 f.). Auch insgesamt mangle es bisher an nutzerdefinierten Qualitätskriterien, für deren Entwicklung das erforderliche empirische Basiswissen noch ausstehe (*ebd.*, S. 484 f.)

men als auch die pflegerische Versorgung insgesamt für die Gepflegten und ihre Pflegenden zu optimieren bzw. auf ein gebotenes Mindestmaß zu bringen.

Das aus dem ersten (und bislang einzigen) Grünen Gesundheitsministerium initiierte Projekt der Rot-Grünen Regierung ist - als ebenfalls einzige umfangreich und inhaltlich angelegte Initiative dieser Regierungskoalition zur Pflegeversicherung - in seinen wesentlichen Zielen gescheitert und hinterließ ein überreguliertes und überbürokratisierendes Gesetz. So könnte eine erste, oberflächliche Bewertung ex post nach nunmehr mehreren Jahren (die hier vorliegende Bearbeitung setzte 2005 in der Schlussphase der Rot-Grünen Regierung - die sich überraschend schneller als gedacht mit den kurzfristig angesetzten, vorgezogenen Neuwahlen ankündigte - an) lauten. Fahrlässig ist es, der seinerzeitigen Initiative des PQsG und der beschlossenen Gesetzesänderung in der Pflegeversicherung wegen des weitgehend ausgebliebenen Umsetzungserfolges keine Beachtung zu schenken bzw. diese gleichsam als Intermezzo wahrzunehmen. Geradezu gefährlich wäre es, in diesem Vereinfachungszusammenhang davon auszugehen, mit dem „gescheiterten“ Gesetz sei bestätigt, dass die Mängel in der Pflege nicht abstellbar sind und die Qualität der Leistungen in der Pflegeversicherung jedenfalls nicht durch gesetzliche Regelungen steuerbar ist.

Das PQsG stellte die - auch qualitativ - umfangreichste Initiative zur Gesetzesänderung der seit dem Jahr 1995 bestehenden Pflegeversicherung dar. Qualitativ handelte es sich bei der PQsG-Regelungsinitiative im Vergleich zu der weiteren Änderungsgesetzgebung in der Pflegeversicherung um das entschieden inhaltlich-gestalterisch motivierteste Programm, mit dem auf das bestehende Regelungssystem der Pflegeversicherung eingewirkt werden sollte. Wie schon für die Pflegeversicherung insgesamt gilt, dass sie einen eher geringen Aufmerksamkeitswert hat, ist über das PQsG so gut wie gar nichts bekannt. Allenthalben sind Stichworte präsent, wie beispielsweise „Überbürokratisierung“, „Verwaltungsaufwand“ und eben die weitgehende Ergebnislosigkeit der Gesetzesänderungen, die - obwohl beschlossen und im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nachlesbar (für immerhin sechseinhalb Jahre von 2002 bis zur jüngsten Gesetzesänderung zum 1.7.2008 durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) - offenbar (in dieser Zeit) nicht galten bzw. nicht zur Umsetzung gelangten. Ein übermäßiger bürokratischer Aufwand wurde in der Kritik an dem PQsG durchgehend seit der Vorlage des ersten Entwurfs aus dem Bundesministerium für Gesundheit (Referentenentwurf) bemängelt. Und in der Praxis wurde das PQsG als unpraktisch, gar die tatsächlichen Pflegemöglichkeiten (die ohnehin

mit dem eingeschränkten Leistungsbudget bescheiden und verknüpft sind) mindernd, bewertet.

Wie sollten die Mängel der Pflege mit den Änderungen durch das PQsG beendet werden? Was wurde aus den geplanten und den beschlossenen Änderungen - und: Welches Fazit lässt sich ziehen? Angesichts weiterhin bestehender, offenkundiger Pflegemängel - wie u.a. in den Qualitätsberichten des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen dokumentiert und von der „üblichen saisonalen medialen Aufregung“ begleitet - stellt sich schließlich auch die Frage, warum die beschlossenen Änderungen nicht wirkten bzw. nicht wirken konnten.

2 Erkenntnisinteresse

2.1 Der analytische Ausgangspunkt

Der *analytische Ausgangspunkt* dieser Untersuchung ist somit das Handlungsprogramm der mit dem PQsG vorgesehenen Regelungsinitiative. Wie war diese angelegt, wie veränderten sich einzelne Regelungsdetails im Verlauf der Gesetzgebung, mit welchen Ergebnissen?

Das Erkenntnisinteresse besteht darin, zu erkunden, wie der Regelungskreis des PQsG ausgestaltet war und wie sich dieser organisierte.

Da die Regelungen des PQsG auf das bestehende Regelungsinstrumentarium der Pflegeversicherung zur Qualität aufsetzten und diese „lediglich“ ergänzen und verfeinern wollten, rückt als - damit quasi „vorgelagerte“ - Fragestellung in den Blick, wie der in der *Pflegeversicherung* bestehende Regelungskreis zur Qualitätssicherung konkret ausgestaltet ist: Wer ist nach den Regelungen des SGB XI wie wozu im Rahmen der Qualitätsregelungen der Pflegeversicherung verpflichtet? Die Frage danach, wie Qualität allgemein definiert ist, wie Qualität in der Pflegeversicherung und für die Pflegeleistungen normiert ist, und an wen sich die Anforderungen zur qualitativen Leistungserbringung mit welchem Normauftrag (Inhalt = was?) in der Pflege richten (Adressaten = wer?), führt dazu, das Qualitätssicherungssystem der Pflegeversicherung hinsichtlich seiner „Wirkelemente“ so zu operationalisieren, dass sich diese - bezogen auf die Ausgangssituation innerhalb der Pflegeversicherung wie auch der durch das PQsG vorgenommenen Änderungen - untersuchen lassen und eine Bewertung möglich wird.

Diese Bearbeitung will dabei nicht so vermessen sein, festzulegen oder bestimmen

zu wollen, was „Qualität in der Pflege“ sein muss. Bei dieser systematisch „vor“ den gesetzlichen Regelungen befindlichen, sachlogisch wie inhaltlich noch vor der hier erfolgenden „Qualitätssystematisierung“ der Pflegeversicherung liegenden grundlegenden Frage handelt es sich um eine originär pflegewissenschaftliche Fragestellung, die in dieser Disziplin zu bearbeiten und (weiter) zu entwickeln ist. Nur soweit dies hier für die Operationalisierbarkeit erforderlich ist, können und sollen mit dieser politikwissenschaftlichen Bearbeitung allgemein und einfühend gehaltene Hinweise dazu dienen, den Qualitätsbegriff allgemein zu entwickeln, um damit das zu prozessualisierende Qualitätsgeschehen in der Pflegeversicherung untersuchen zu können. Denn gleichwohl ist die hier als dynamischer Begriff - wie es auch die Pflegeversicherung unternimmt - genutzte „Pflegequalität“ dem hier untersuchten Sujet immanent und bedarf insoweit der Fundierung.

2.2 Das Qualitätssicherungssystem der Pflegeversicherung

Die vielzahligen, unübersichtlich angelegten, aber beschreibbaren und systematisierbaren Normen des Qualitätssicherungssystems der Pflegeversicherung werden in diesem Bearbeitungsstrang zu einem Gesamtergebnis gebracht, mit dem ebenfalls die Änderungen durch das PQsG im Verlauf und im Ergebnis nachvollziehbar werden. Damit wird die Entwicklung eines ersten (quasi endogenen) Fazits ermöglicht, mit dem die Mängel sowohl des bestehenden Qualitätssicherungssystems der Pflegeversicherung als auch die bereits im Handlungsprogramm enthaltenen Schwächen des PQsG zur Erweiterung innerhalb dieser Qualitätsmechanik benannt werden können.

Das in diesem ersten Bearbeitungsstrang entwickelte Ergebnis zeigt weiter, dass das PQsG mit den in Kraft getretenen Regelungen in weiten Teilen hinter der ursprünglichen Regulationsinitiative zurückblieb. Damit hinterließ es ein weiterhin defizitäres Qualitätssicherungssystem in der Pflegeversicherung, in dem als einzige verbliebene „Qualitätsinstanz“ weiterhin - nunmehr in seiner Rolle gestärkt - der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in besonderer Position und steuernd wirkt(e).

2.3 Offene Implementation wesentlicher Teile des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes - unerfülltes Politikergebnis

In einem zweiten Bearbeitungsstrang - auf dieser „PQsG-spezifischen“ Ebene - wird auf die Besonderheit im Politikverlauf abgehoben, wonach das seinerzeit beschlossene PQsG lediglich ein vorläufiges Politikergebnis darstellte und es zu einer offenen

- bzw. treffender formuliert: *ausgesetzten* - Implementation wesentlicher Regelungen des PQsG kam. Der auch für diese Phase hier nachvollzogene weitere Politikverlauf zeigt, dass die Qualitätssicherung in der Pflege für die Gestaltungsverantwortlichen nicht von Bedeutung war. Sehr zum Verdruss der „PQsG-regelungsinitiativen“ Bündnisgrünen, als dem kleineren Partner in der Regierungskoalition, spielte die Pflegeversicherung in deren zweiten Legislatur (ab Herbst 2002) keine Rolle mehr. Eine inhaltliche „Pflegereform“ blieb „dauerangekündigt“ ausgesetzt. Es wurden nurmehr Beitragserhöhungen vorgenommen, mit der kurzfristig wirksame Mittelserhöhungen in der Pflegeversicherung realisiert wurden.

An dieser Stelle, an der eine auch mit einem speziellen Änderungsgesetz nicht verhinderten Mangelsituation in der Pflegequalität zu konstatieren ist, ergibt sich - spätestens (denn eigentlich stellt sich diese Frage ja auch schon zuvor) - die Frage danach, ob die Qualität der Pflegeleistungen (überhaupt) mit gesetzlichen Mitteln regelbar ist. Anhand der entwickelten Erkenntnisse wird ein mögliches *Sanktionsdilemma* diskutiert, das aber wegen der unterbliebenen Umsetzung (weiter) hypothetisch bleiben muss und einer Falsifizierung bzw. Verifizierung in einem - tatsächlich noch nicht erfolgten - Implementationsprozess noch harrt. Für das Gestaltungsszenario hinsichtlich einer durch gesetzliche Regelungen in der Pflegeversicherung gesteuerten Qualität wird, ebenfalls anhand der hier entwickelten Ergebnisse, ausblickhaft der Bedarf konstatiert, diese konsequent und eindeutig - „regelkontrolliert“ - vorrangig zur Mängelabwehr kompromisslos und spürbar wirksam zu gestalten. Auf der Basis einer zuverlässig gewährleisteten Mängelfreiheit können die Regelungen zur Qualitätssicherung, nach verbindlich garantierten Mindeststandards (legaldefiniert) sowie Qualitätsentwicklung (Positivsanktionen) unterteilt, im SGB XI angelegt werden.

2.4 Der Blick auf das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz allein genügt nicht - kein endemisches System

Nicht nur die bis hierher entwickelten Ergebnisse zeigen, dass der Blick allein fokussiert auf das PQsG zur Analyse nicht ausreichend sein kann. Zwar ist der Kern zur Beantwortung der Frage „warum bestehen trotz vorhandener Regelwerke Defizite?“ mit den - vom PQsG weitgehend unverändert fortgeschriebenen - defizitären und unentwickelten Regelungen zur Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung benannt, aber das führt hier zu der Folgefrage: Warum blieben die unentwickelten Regelungen weiter defizitär - bzw. welcher Kontext ist hier einschlägig, was waren die Hintergründe dafür?

2.5 Entwicklung und Situation der Pflegeversicherung

Dies hebt die Untersuchung an dieser Stelle quasi auf eine weitere Ebene. War schon bei der Erkundung der PQsG Regelungsdetails mit dem bestehenden Qualitätssicherungssystem der Pflegeversicherung eine weitere Ebene angesprochen, auf der auch die Situation der „bedarfskomprimierten Pflegeversicherung“ befundet und die Bedeutung der Qualitätssicherung in diesem Zusammenhang - u.a. mit dem Positivargument, dass Qualitätssicherung auch ein geeigneter und naheliegender Ansatz ist, bei und mit knappen Mitteln in der Pflegeversicherung künftig agieren zu können - deutlich wird, so erfolgt nunmehr die „Aufleitung“ zum Verlauf und zur Entwicklung der Pflegeversicherung. Hier wird also der Entwicklungsverlauf der Pflegeversicherung insgesamt bedeutsam. Denn mit der offenen Implementation „ragte“ der „offene Handlungsstrang“ des PQsG „unabgeschlossen“ quasi in die weitere Entwicklung der Pflegeversicherung hinein. Nunmehr auf der übergeordneten, für die Änderungsgesetzgebung in der Pflegeversicherung relevanten Ebene des „Basisgesetzes“ gefragt: Lassen sich prägende Handlungslinien im Entwicklungsverlauf der Pflegeversicherung benennen, der auch das PQsG unterlag? Welche Bedeutung haben diese Umfeldbedingungen, die die Situation der Pflegeversicherung insgesamt bestimmen und die auch den speziellen Charakter der Pflegeversicherung in der Sozialversicherung ausmachen, für das PQSG?

Das Erkenntnisinteresse besteht somit „exogen“ und auf dieser, dem PQsG „übergeordneten“, diese einbeziehenden Ebene - sozusagen sekundär - darin, zu erkunden wie sich das PQsG in der Entwicklungslogik der Pflegeversicherung ein- und zuordnet.

2.6 Fortbestehender Handlungsbedarf drängt auf regulierende Gestaltung

Damit wird die Bearbeitung einem „organischen Ganzen“ und Zusammenwirken gerecht, mit dem schließlich das PQsG als mittelloses Gesetz im Gesetz „änderungsinitiativ“, aber weitgehend „ergebnisfrei“ der die Entwicklung der Pflegeversicherung prägenden Handlungslogiken unterfällt und sich in diesen Gesamtkontext einreicht. Gleichzeitig wird auch deutlich, dass das PQsG mit seiner Regelungsinitiative auf die Erfüllung und Realisierung zur Gewährleistung eines unabdingbaren Grundkonzepts der Pflegeversicherung gerichtet war und das der weiter bestehende Handlungsdruck - ebenfalls in der die Entwicklung der Pflegeversicherung bestimmenden Handlungslogik - letztlich auch wieder und weiter zwingend mindestens auf Mängelabwehr und qualitative Mindeststandards drängt.

3 Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz als Untersuchungsgegenstand - Forschungsinteresse und Forschungsbedarf

Weitgehend unerkundet und bislang wenig beachtet, stellt das PQsG schon ganz grundsätzlich einen Gegenstand von Beforschungsinteresse dar. Besonderes Interesse kommt dem PQsG als einer von der bisherigen Änderungsgesetzgebung zur Pflegeversicherung abweichenden Regelungsinitiative zu. Erstmals wurde eine engagierte und originär thematisch orientierte Gestaltungsinitiative vorgetragen - die zugleich weitgehend unerfüllt blieb. Dabei führte der Politikverlauf des PQsG in spezieller Weise zu einer offenen Implementation. Da sich das PQsG inhaltlich auf ein eben so grundlegendes wie weiterhin weitgehend unwirksam ausgestaltetes Grundkonzept der Pflegeversicherung - die Qualitätssicherung - ausrichtete, können die Ergebnisse der Untersuchung zu einer wirksam(er)en Gestaltung und Implementation des Qualitätssicherungssystems der Pflegeversicherung beitragen. An zusätzlicher und aktualisierter Bedeutung gewinnen die Erkenntnisse mit Blick auf die mit dem jüngsten Änderungsgesetz⁷ zum „Ausbau der Qualitätssicherung“⁸ neuerlich initiierte Implementation von Regelungen u.a. zur Qualitätsprüfung.

3.1 Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz als erste und einzige inhaltlich umfassende Novellierung nach dem Regierungswechsel

Das PQsG stellt nach der Umsetzung des als Wahlversprechen angekündigten, kurzfristig beschlossenen (kleinen) „Reparaturgesetz“ (4. SGB XI-ÄndG)⁹ die *erste umfassende Änderungsinitiative* auf einen thematisch inhaltlichen Regelungsbereich bezogen dar. Sie blieb - wie retrospektiv leider auch zu konstatieren ist - allerdings dabei auch die *einzige* in der Rot-Grünen Regierungskonstellation. Während es mit dem PflEG¹⁰ ebenfalls nur zu einem in geringem Umfang leistungserweiternd und vor allem wahlkampfbezogen angelegten Änderungsgesetz in der Gestaltungsphase der ersten Legislatur kam, erfolgte danach keine inhaltliche Befassung mehr. Statt dessen kam es nur noch zu Beitragserhöhungen, um die Mittelsituation in der Pflegeversicherung zu optimieren („muddling through“) - u.a. mit dem KiBG¹¹. In der Schlussphase der frühzeitig durch vorgezogene Neuwahlen beendeten zweiten „Amtsperio-

⁷ Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28.5.2008.

⁸ Bundestags-Drucksache 16/7439, S. 2.

⁹ Viertes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

¹⁰ Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf.

¹¹ Gesetz zur Berücksichtigung von Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung.

de“ blieb es bei einer dauerangekündigten „Pflegerreform“ ohne tatsächliche Umsetzung, wie sich im Verlauf dieser Bearbeitung zeigt.

Darüber hinaus war das PQsG nicht nur die erste inhaltlich umfassende Novellierung der neuen, Rot-Grünen Regierungskonstellation, sondern auch insgesamt im Verlauf der Pflegeversicherung und im Vergleich zu den Änderungsgesetzen bis dato. Damit ergibt sich ein verstärktes Beforschungsinteresse an dem PQsG im Kontext der Entwicklung der Pflegeversicherung.

3.2 Offene Implementation - Phase andauernder Implementation

Der mit der PQsG-Initiative wie auch mit dem Politikergebnis gelegte inhaltliche Handlungsstrang blieb weiter und in laufender Bearbeitung offen und zu erfüllen. Die „Unerfülltheit“ des PQsG - also der beschlossenen Regelungen - macht sich an den im Gesetz nachlesbaren, aber offenbar überhaupt nicht wirksamen bzw. nicht umgesetzten Regelungen und Normen fest.¹² Sinnfällig wird dieser Vorgang an gesetzlichen Vorgaben, die offenbar völlig „wirkfrei“ gesetzlich normiert sind.

Für die Politikformulierung ergibt sich an dem PQsG die Besonderheit, dass diese in wesentlichen Teilen „stattgefunden - nicht stattgefunden“ hat. Denn einerseits wurde das Gesetz beschlossen, andererseits wurden die eigentlich schon beschlossenen Regelungen durch das juristische Konzept einer sozusagen nachträglich zu erfüllenden Regelung im Rahmen einer vorbestimmten Verordnungsrahmgebung - in Ermangelung derselben bzw. des zustimmenden Beschlusses des Bundesrates - ausgesetzt. Diese besondere Konstellation lässt sich am ehesten mit einer *offenen Implementation* beschreiben. Und sie steht im Gegensatz zur „ideal“ verlaufenden Politikzirkulation, wie sie jedoch mit diesem „Idealzirkel“ gut modellierbar und - in ihrer Abweichung sozusagen - untersuchbar bzw. bearbeitbar wird.

Zum besonderen Verlauf der Folgeentwicklung zählen in der Phase der „ausgesetzten Implementation“ der Versuch einer *Reformulierung* des „offenen Politikergebnisses“ und schließlich - weil offenbar alle parlamentarischen Wege verbaut schienen - die „*außerparlamentarische*“ Initiative, die mit dem „Runden Tisch Pflege“ wenigstens die Akteure weiter entwickelnd und gestaltend einzubinden suchte.

¹² Diese Situation wurde erst zum 1.7.2008 mit den Änderungen (Streichungen und Neuformulierungen) durch das *Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung* beendet.

3.3 Frage nach der Tauglichkeit des Handlungsprogramms des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes

Angesichts der weitgehend noch unerschlossenen Regelungsmaterie des PQsG und des überwiegend ausgebliebenen Umsetzungserfolges der Gesetzesinitiative besteht somit auch ein Untersuchungsinteresse daran, ob das gewählte initiierte Handlungsprogramm geeignet war, um positive Ergebnisse zu zeitigen. Anhand der Befundung des PQsG kann somit auch eine Standortbestimmung erfolgen: Für die weitere Entwicklung der Pflegeversicherung bedeutsam bzw. für künftige Änderungsinitiativen relevant ist Frage danach, ob die Qualität der Pflege(leistungen) überhaupt gesetzlich geregelt werden kann bzw. welche Anforderungen an ein wirksames Qualitätssicherungssystem in der Pflegeversicherung zu stellen sind.

3.4 Bislang noch keine politikwissenschaftliche Untersuchung des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes

Das PQsG scheint vor allem auch eine weitgehend „vergessene“ bzw. ignorierte Änderungsinitiative zu sein. Dadurch, dass es im Ergebnis weitgehend als „gescheitert“ bzw. unwirksam klassifiziert wurde, blieb offenbar kein Ansatz, die PQsG-Regelungsinitiative nach Inhalt(en) und Verlauf zu untersuchen. Ganz ähnlich zeigt sich auch ein Untersuchungs- bzw. systematisches Beforschungsdefizit insgesamt zur Pflegeversicherung, vor allem zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung.

Mit einer ausdrücklich auf das PQsG gerichteten Untersuchung kann diesem Defizit erkenntnisfördernd abgeholfen werden. Die systematisch am PQsG, als einem - in mehrfacher Hinsicht wie benannt - „besonderen Änderungsgesetz“, entwickelte Untersuchung im Kontext der Entwicklungsphasen der Pflegeversicherung trägt zudem zur Beforschung der Pflegeversicherungsentwicklung bei.

3.5 Aktualität des Bearbeitungsthemas - unerfüllter Handlungsbedarf

Nicht zuletzt die mit dem jüngsten Änderungsgesetz in der Pflegeversicherung (dem zum 1.7.2008 in seinen wesentlichen Teilen in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)¹³ erfolgte, neuerliche Implementation von Teilen der seinerzeit nicht zur Umsetzung gelangten Elemente des PQsG weist auf die Aktualität des Bearbeitungsthemas sowie der hier gewählten thematischen Ausrichtung und inhaltlichen Befassung hin. So bleibt dauerhaft die Frage, ob und wie es mit den - neuerlich geänderten - Regelungen des SGB XI gelingt, Mängel in der Pflege abzuweh-

ren und zumindest qualitative Mindeststandards zu gewährleisten.

Ebenso wie der Pflegeversicherung insgesamt wird der Qualität ihrer Pflegeleistungen zunehmend Bedeutung zuwachsen. Angesichts eines unverändert steigenden Bedarfs wird der noch wenig virulente Pflegemarkt als *Wachstumsmarkt* - ähnlich wie seinerzeit der Gesundheitsmarkt - umfassender. Mit dem wachsenden Marktpotential (der verteilten Mittel) wachsen auch Interesse und Bedeutung dieses Marktes und damit zugleich auch die Herausforderungen, Antworten darauf zu finden und zu initiieren, wie mit den (verfügbaren) Mitteln optimale Leistungen gewährt werden können. Diese Herausforderung richtet sich schon jetzt an politische Handlungsprogramme. Einstweilen lässt sich zwar noch zuwarten, der Handlungsdruck kann noch weiter wachsen und (zunächst) weiter prekär bearbeitet werden, wie sich beispielsweise aktuell mit dem „ruhigstellenden“ Beitragserhöhungsbeschluss zeigt. Gleichzeitig zeigt aber das aktuell wiederum initiierte Handeln - zumindest auf der Kontrollebene - den steigenden Handlungsbedarf an, mängelfrei und mindeststandardlich Pflegeleistungen gesetzlich zuverlässig gewährleisten zu müssen.

Die mit dem Änderungsgesetz (letztlich aus dem PQsG wieder) aufgenommenen Komponenten der seinerzeitigen Regelungsinitiative bestätigen diesen stetigen Handlungsbedarf und zeigen damit die Aktualität an, die Qualität der Leistungen in der Pflegeversicherung wirksam(er) regeln zu müssen. Insofern war das PQsG quasi seiner Zeit voraus und zeigt(e) bereits prospektiv die Bedeutung des gestalterischen Handlungsbedarfes an. Mit der neuerlichen Implementation bestätigen sich der Handlungsbedarf wie auch die Aktualität der auf das defizitäre Qualitätssicherungssystem der Pflegeversicherung gerichteten PQsG-Initiative gleichermaßen.

3.6 Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes als „herausfordernder“ Untersuchungsgegenstand

Nicht zuletzt bedeutet das PQsG als Untersuchungsgegenstand auch eine Herausforderung an das methodische Vorgehen. Inhaltlich bezieht sich das PQsG auf ein bestehendes System der Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung, das ein ebenso allgemeingültig und durchgängig formuliertes wie zugleich „unkonturiertes Qualitätsprinzip“ zur Basis hat. Dabei ist das Qualitätssicherungssystem wiederum von den Entstehungs- und Entwicklungsbedingungen der Pflegeversicherung geprägt und bestimmt, die ebenso auf den Verlauf der PQsG-Regelungsinitiative ein-

¹³ Ebd.

wirkten. Die PQsG-Initiative ist somit dem Inhalt wie auch ihrem besonderen Verlauf nach in die Entwicklungsumgebung der Pflegeversicherung eingebunden und vice versa ist die (weitere) Entwicklung der Pflegeversicherung mit dem PQsG verbunden.

Diese Eingebunden- und Verbundenheit von Basisgesetz und Änderungsinitiative bzw. Änderungsgesetz und die „Diversität“ des fokussierten Regelungsbereiches sowie die Besonderheiten der PQsG-Initiative erfordern einen umfassenden, strukturierten Untersuchungsansatz. Es gilt, einen adäquaten untersuchungsmethodischen Weg zu finden, mit dem die inhaltliche wie auch die Verlaufsebene sowohl jeweils für das PQsG und die Pflegeversicherung als auch insgesamt in ihrem Zusammenhang erfasst, umfasst und bearbeitet werden kann.

4 Das Untersuchungsprogramm - zum methodischen Vorgehen

4.1 Der Ansatz: explorative Strukturanalyse

Aus der Fragestellung ergibt sich der Ablauf und auch das methodische Vorgehen dieser Untersuchung, die im wesentlichen strukturanalytisch angelegt ist. Sie ist dabei auch explorativ orientiert, um - ausgehend vom analytischen Ausgangspunkt - mit den entwickelten Folgefragen den Fokus zu erweitern, der den Untersuchungsrahmen und damit die Erkenntnismöglichkeiten vergrößert.¹⁴ Die Untersuchung folgt einer sich entwickelnden¹⁵ Fragestellung.

4.2 Das Konzept

Das Konzept, um die inhaltlichen Ebenen und die Verlaufsebenen sowie der sich ergebenden Folgefragen im Detail entwickeln und bearbeiten zu können und um die Analyseergebnisse in eine alle Aspekte des Zusammenwirkens¹⁶ berücksichtigende Gesamtbewertung zusammenzuführen, besteht darin, die theoretisch von innen nach außen sich entwickelnde Analyse in der Bearbeitung in umgekehrter Reihenfolge aufzubauen. So wird vom Allgemeinen zum Besonderen zunächst die Pflegeversicherung innerhalb der Sozialversicherung charakterisiert, dann eine Bestandsaufnahme der „Ist-Situation“ der Pflegeversicherung vorgenommen und schließlich die

¹⁴ Ein ähnlicher entwickelnder Ansatz wird für die „Grounded Theory“ beschrieben, bei der im Forschungsprozess laufend an den jeweils gewonnenen Erkenntnissen neue, weitere Fragen generiert werden, um den Forschungsprozess und die Erkenntnissammlung (Zusammenhänge) zu verdichten (*Lamnek*, S. 109 f.).

¹⁵ Diese Entwicklung der Fragestellung(en) zeigt sich in den Ausführungen unter 2 *Erkenntnisinteresse* (ab Seite 5).

¹⁶ *Windhoff-Héritier* spricht in diesem Zusammenhang von „wechselseitiger Durchdringung“ (S. 90).

phasenweise Entwicklung der Pflegeversicherung befundet.

In diese Umgebung der Pflegeversicherung und ihrer Entwicklung „eingebettet“, von diesen Ausgangsbedingungen umgeben, wurde die Gesetzesinitiative zum PQsG formuliert, entwickelt und beschlossen. Es handelt sich also um ein insoweit der Chronologie und dem Ablauf nach schlüssiges Vorgehen, das PQsG in diesem Ablauf an dieser Stelle zu exponieren.

4.3 Endogener Untersuchungsansatz: Analyse des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes nach Inhalt und Verlauf

Das PQsG wird im Detail seinem Inhalt und seinem Verlauf nach untersucht. Für die - sachlogisch - zunächst innerhalb der „Ist-Analyse“ zu verortende Bestandsaufnahme der Qualitätsregelungen der Pflegeversicherung bot sich mit den sich abzeichnenden Ergebnissen eines inhaltlich weitgehend vom PQsG unveränderten Regelungssystems an, dieses konkret in dem Detailkapitel zum PQsG einzubinden bzw. voranzustellen. Auf diese Weise konnte einerseits die bearbeitungstechnisch erwünschte Sachnähe optimiert und zum anderen der Verlauf der auf diese Qualitätsregeln abstellenden Gesetzesinitiative prägnanter entwickelt werden.

4.3.1 Operationalisierung der Qualitätsregelungen

Der Zugang zur Ausgangsfragestellung führt somit zunächst zum „endogen“ auf das PQsG - nach Inhalt und Verlauf - bezogenen Untersuchungsansatz. Zur Operationalisierbarkeit des Qualitätssicherungssystems wird hier eine nach Ebenen systematisierte, adressierte und nach Verantwortlichkeit bzw. Zuständigkeit unterteilte *Qualitätsmechanik der Pflegeversicherung* entwickelt. Mit dieser Systematik lassen sich sowohl die bestehenden Regelungen hinsichtlich ihrer Tauglichkeit zur Qualitätssicherung wie auch zur Abwehr von Mängeln in der Pflege bzw. zur Sicherstellung einer mangelfreien Gewährleistung von Pflegeleistungen bewerten als auch das mit dem PQsG anfänglich vorgesehene, im Gesetzgebungsverlauf veränderte und schließlich beschlossene Regelungssystem. Auch lässt sich systematisch nachverfolgen, wie sich die Regelungen der Initiative im Detail entwickelten bzw. dieser nach und nach abhanden gekommen sind. Insgesamt ermöglicht dieses Konzept, das im Gesamtergebnis zu einer „*Qualitätsmatrix*“ anschaulich zusammengestellt ist, einen Gesamtüberblick ebenso wie die - vergleichende - Betrachtung des Regelungssystems und seiner Details vor und mit den Änderungen durch das PQsG. Es zeigt beispielsweise auch auf, welche - wenn auch wenigen - Regelungen mit dem beschlossenen PQsG verblieben sind und welche Normen sie setz(t)en. Die auf dieser Ebene

durchgeführte Systematisierung trennt zudem die abweichend organisierten Systeme innerhalb der Pflegeversicherung zur Qualität von professioneller (Vertragsebene) und ehrenamtlicher Pflege auf.

4.3.2 Policy-Analyse

Um der besonderen Situation des PQsG und der offenen bzw. unerfüllten Implementation von (wesentlichen) Teilen des PQsG zu entsprechen, wird der Verlauf auch über das Politikergebnis des beschlossenen PQsG hinaus nachgezeichnet, um die Implementationsdefizite und -probleme im Politikverlauf zu erkunden. Dabei ist dieses Vorgehen intensiv inspiriert vom Konzept und vom Ansatz der Policy-Analyse.

Die Policy-Analyse ist als politikwissenschaftliches Forschungskonzept vor allem beschreibend und erklärend orientiert: „[...] Einzelne Policies sollen sowohl in ihrer Tiefenstruktur und ihrer Besonderheit als auch in einer breiten systematisierenden Weise erforscht werden [...]“, um damit u.a. Erkenntnisse über die systematische Einbindung von Politikinhalten in den politischen Prozessablauf und die politische Strukturanalyse zu ermöglichen.¹⁷ In dem prozessorientierten Ansatz werden drei analytische Dimensionen von Politik unterschieden:¹⁸ Politikinhalt¹⁹ (*Policy*), politischer Prozess (*Politics*) sowie politische Institutionen und formale Regeln (*Polity*). Die Policy-Analyse stellt u.a. Konzepte und Klassifikationen zur Verfügung, die es ermöglichen, verschiedene Policies - als gesellschaftspolitische Handlungsfelder²⁰ - analytisch zu durchdringen.²¹

Insbesondere der prozessorientierten Sichtweise auf die Veränderung von Politikinhalten (Policies) entspricht die phasenweise Modellierung des Politikverlaufs. Die Phasen eines so idealtypisch gezeichneten *Politikzyklus* lassen sich zeitlich nach den „Entwicklungsstadien“ einer Policy unterscheiden. Der Politikzyklus beginnt üblicherweise mit der *Problemformulierung*: Welches Problem wird als handlungsrelevant (Problemwahrnehmung) definiert und gelangt auf die politische Entscheidungsagenda (Agenda-Gestaltung)? Die Phase der *Politikformulierung* umfasst den Prozess der Gestaltung eines Handlungsprogramms (Aushandeln- und Entscheidungsprozess, Programmentwicklung), das eine verbindliche Entscheidung zum Ergebnis

¹⁷ Windhoff-Héritier (S. 8), die dazu ergänzt, dass die Erkenntnisgewinne zum Nutzen der politischen Praxis möglichst auch die Informationsgrundlagen für die politischen Entscheidungen verbessern sollen.

¹⁸ Schubert, S. 26.

¹⁹ Bzw. zur Abgrenzung von Policies nach nominellen Kriterien auch „Politikfeld“, siehe zur Begrifflichkeit eingehender: Windhoff-Héritier (S. 17 f.).

²⁰ Blanke (1994), S. 1.

hat (in der Regel ein Gesetzesbeschluss). An die Politikformulierung schließt sich der Durch- und Ausführungsprozess an. In dieser Phase der *Politikimplementation* erfährt das Handlungsprogramm in der Umsetzung durch die Ausführenden seine konkrete Ausgestaltung. Je nach Bewertung der Ergebnisse und Wirkungen (Programmevaluation) wird das Programm fortgeführt, terminiert oder reformuliert.²²

Soweit eine vereinfachende Darstellung des Phasenmodells des Politikzyklus, dem die Wirklichkeit freilich nicht immer entspricht. Auch die Phasenaufteilung lässt sich so idealtypisch, wie im modellhaften Ablauf gezeichnet, nicht immer trennscharf entwickeln und anhand der vorfindbaren Entwicklungen bestimmen. Gleichwohl bietet die Einteilung in Policy-Phasen den Vorteil, dem dynamischen Prozess der Entwicklung einer Policy mit einem analytischen Bezugsrahmen möglichst umfassend zu entsprechen.²³ Insbesondere für die Analyse der *Politikimplementation*, die u.a. das Misslingen eines Programms zur Frage hat, ist es geboten, in wechselseitiger Durchdringung alle Phasen des Politikzyklus zu erfassen.²⁴

4.4 Empirische Bestandsaufnahme der Situation der Pflegeversicherung

Die Befundung der bestehenden Situation Pflegeversicherung hebt insbesondere auf die prägenden Entwicklungen und Bereiche ab. Anhand der vorliegenden empirischen Ergebnisse werden die für die Pflegeversicherung und ihre Umgebung (private Pflegeversicherung, Hilfe zur Pflege, Bedarfe) entscheidenden Fakten und Befunde ins Licht gerückt. Die „Ist-Analyse“ erfolgt zunächst nach den Leistungen in der Pflegeversicherung. Um die Wertigkeit der Leistungen zu ermitteln, werden die Leistungsausgaben auf die Bezieher bezogen. Schon dieser bewertend-zuordnende Ansatz geht über die konventionelle, vorliegende Berichterstattung hinaus. Mit diesen Ergebnissen lassen sich Erkenntnisse herausarbeiten, die klare(re) Aussagen zu der systematischen Wirksamkeit der eingesetzten Beitragsmittel ermöglichen. Diese Bewertung noch weiter fördernd ist schließlich der detaillierte Bezug zu den Einstufungsergebnissen, die sozusagen den „Schlüssel“ für die Leistungsverteilung bilden. Und es wird klar, wer für die Leistungsverteilung verantwortlich ist und damit auch für die Qualitätssicherung zum Zentrum wird. Auf diese Weise lässt sich auf dieser Untersuchungsebene sozusagen „implizit“ ein (technisch gesprochen) Steuerungsele-

²¹ Dye, S. 1.

²² Windhoff-Héritier, S. 64 f. .

²³ Ebd., S. 66.

²⁴ Ebd., S. 89 f. .

ment ausmachen, das auch für das Qualitätssicherungssystem eine (letztlich als einzig verbliebene, die entscheidende) Rolle spielt. Mit diesen Ergebnissen lassen sich vor allem so nicht geführte Vergleiche zu dem in Systemtrennung eigenständig agierenden und insoweit privilegierten Leistungs- und Verteilungsbereich der privaten Pflegeversicherung führen. Hauptsächlich können so klare Aussagen über Steuerung und Wirkung der Pflegeversicherung getroffen werden.

In der pointierenden Auswahl werden weiter die ebenso relevanten Ergebnisse der weiterhin als „Basissystem“ für die Pflegeversicherung (von erheblicher Bedeutung sowohl in Entstehung als auch für die Weiterentwicklung und Gestaltung) prägenden Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe - ebenfalls in ihrem Verlauf - untersucht und bewertet. Die Aggregation der Daten erfolgt in der Weise, dass sie Vergleiche zur Entwicklung und Situation der Pflegeversicherung ermöglichen.

Zur Einordnung der für die weitere Entwicklung erheblichen Bedarfsentwicklung unterzieht eine gesonderte Betrachtung die vorliegenden Aussagen einer „Relevanz“bewertung, mit der - bei unveränderter Notwendigkeit - die Möglichkeiten derartiger Voraussagen ausgeleuchtet werden.

Insgesamt werden mit den auf diese Weise generierten Ergebnissen als Gesamtbefund für die bestehende Situation der Pflegeversicherung die wesentlich prägenden und steuernden Elemente hervorgehoben und so pointierte Aussagen zum bestehenden Handlungsbedarf und auch dessen Bedeutsamkeit für die Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung möglich.

4.5 Entwicklungsphasen der Pflegeversicherung und ihre Handlungslogiken

Die Charakterisierung und Bestandsaufnahme zum Entwicklungsverlauf der Pflegeversicherung ist in gleicher Weise von einer phasenweisen Nachzeichnung des Politikverlaufs inspiriert, wie sie im Policy-Ansatz prägend und grundlegend ist. Mit diesem Vorgehen können anhand der „idealtypisch“ nachgezeichneten Etappen der Entwicklung der Pflegeversicherung „Leitlinien“ identifiziert werden, die hier als bestimmende Handlungslogik(en) entwickelt werden. Sie stehen gleichsam determinierend für die Entwicklung der Pflegeversicherung und ermöglichen die Ein- und Zuordnung eines in abweichender Handlungslogik angelegten aber gleichwohl mittellosen PQsG als „Gesetz zwischen den Gesetzen“, das mit seinem Ergebnis letztlich der Handlungslogik in der Pflegeversicherung unterlag bzw. dieser entsprach.

Mit der chronologisch dem Entwicklungsverlauf der Pflegeversicherung folgenden

Aufteilung zunächst nach Entstehungsphase (bis zur Einführung der Pflegeversicherung) und Weiterentwicklung (mit in Kraft gesetzter Pflegeversicherung) sowie nach Regierungskonstellationen wird eine bewertende und zuordnende Systematisierung möglich. Im wesentlichen ergeben sich Grundlinien des Handlungsmusters, und zwar von Beginn an, die sich auch über die Regierungskonstellationen mit nur geringfügigen Abweichung (für die etwa die Initiative des PQsG steht) strukturieren und charakterisieren lassen. Es wird - quasi dem „sekundären“ Erkenntnisinteresse entsprechend - eine Ein- und Zuordnung möglich, um eine Bewertung der Regelungsinitiative (Charakterisierung, einordnend zu weiteren Änderungsgesetzen) vorzunehmen und Handlungsprämissen zu formulieren, wie vorrangig Mängelabwehr wirksam zu gestalten ist und wie sich eine Qualitätsentwicklung in der Pflegeversicherung regeln (Anreize, Unterstützung) lässt.

4.6 Ergebnisse der strukturanalytischen Untersuchung zusammenführen

So ergeben sich aus der Strukturanalyse in verschiedenen Bearbeitungssträngen²⁵ - inhaltlich und dem Verlauf nach - wechselweise sich ergänzende Ergebnisse, die zu einem Gesamtbild des zusammenhängenden und sich gegenseitig bedingenden Entwicklungsverlaufs der Pflegeversicherung wie auch der Änderungsgesetzgebung ebenso wie deren Inhalte verbunden werden können - und müssen. Denn das PQsG als „Gesetz im Gesetz“ war nicht „endemisch“ und richtete sich auf die Regelungen zur Qualität und Qualitätssicherung, die (der Vorgabe nach) als „Grundgesetz“ für das gesamte Leistungshandeln in der Pflegeversicherung zu gelten haben.

Die Strukturanalyse erschließt beides und bringt es in der Gesamtbewertung zusammen: Die Regelungslagen sowohl der Pflegeversicherung als auch des PQsG werden erkundet, analysiert und in gleicher Weise auch die Entwicklungsverläufe der Gesetze. Die inhaltliche Klammer bildet dabei sozusagen das Qualitätssicherungsinstrumentarium der Pflegeversicherung, das unzureichend angelegt wurde und das mit dem PQsG optimiert werden sollte.

Die zusammenfassende Betrachtung ermöglicht zudem eine Fazitformulierung von Handlungsempfehlungen für die weitere Entwicklung, mit denen ausblickhaft auch

²⁵ Dabei lassen sich im Ablauf Überschneidungen dieser Stränge nicht nur nicht vermeiden, sondern sie sind sogar beabsichtigt und fördern die Erkenntnis. Überschneidung wird hier sozusagen „zur Pflicht“. Vergleichbar ergiebig ist diese Redundanz in den Gesundheitswissenschaften als Multidisziplin, wenn sich die Ergebnisse aus den beteiligten Disziplinen überschneiden, sich aus den verschiedenen Blickwinkeln und mit den verschiedenen Ansätzen überlagern und auf diese Weise zugleich auch gegenseitig erweitern, inspirieren und ergänzen (Meier (2003), S. 84).

auf die jüngste Gesetzesänderung und die mit ihr verbundene neuerliche Implementation auf der Basis des bestehenden Regelungssystems eingegangen werden kann. Der hier bewusst weit umfassende Untersuchungsrahmen - was die Ausdehnung auf die weiteren Bereiche „oberhalb“ bzw. das einzelne Änderungsgesetz umgebend angeht - soll auch dienlich sein für eine mögliche vereinheitlichte Untersuchungsreihe, mit der sukzessive die jeweiligen Änderungen hinsichtlich ihrer Wirkungen im Kontext der Entwicklung der Pflegeversicherung in einem einheitlichen Design - und damit vergleichbare Ergebnisse zeitigend - beforscht werden können. Naheliegend wäre eine an diese Untersuchung anknüpfende Beforschung der mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz aktuell auf den Weg gebrachten „Neuimplementation“ der seinerzeit ausgesetzten Implementation der mit dem PQsG vorgesehenen Kontrollregelungen und weiterer Elemente der PQsG-initiative.

5 Zeitrahmen, auf den sich die Bearbeitung bezieht

Der zeitlich umfasste Rahmen der Untersuchung richtet sich nach der im Kern hier fokussierten Regulationsinitiative des PQsG aus. Die erstmalige Problemformulierung kann in den Koalitionsvereinbarungen nach der Übernahme der Regierungsverantwortung im Herbst 1998 gesehen werden, die mit dem Eckpunktepapier im Februar 2000 eine erste verbindliche(re) Formulierung und von da an in das konkrete Gesetzgebungsverfahren führte. Da ein wesentlicher Teil des Politikergebnisses unimplementiert blieb bzw. die Implementation ausgesetzt wurde, richtet sich der erkundend nachverfolgende Blick über den etwa eineinhalbjährigen Zeitraum der Gesetzesentwicklung bis zur Zustimmung des Bundesrates zum PQsG im Juli 2001 hinaus - letztlich bis zu einem faktischen Ende, den dieser offene Implementationsstrang durch die vorzeitig im Herbst 2005 mit den vorgezogenen Bundestagsneuwahlen beendete Rot-Grüne Regierung erfuhr.

Es ist daher mit Beginn dieser Bearbeitung im Frühjahr 2005 auch schlüssig, den zeitlichen Bearbeitungsrahmen hinsichtlich der Entwicklung des Politikverlaufs bis zum Herbst 2005 anzulegen.

Für die im empirischen Teil zur Situation der Pflegeversicherung (Kapitel 3) herangezogenen und verfügbaren Daten war auf die Entstehungsphase des PQsG in der ersten Legislatur der Rot-Grünen Regierung abzustellen. Zu dem Zeitpunkt (der Bearbeitung im Jahr 2005) lagen die Daten bis zum Jahr 2003 vor. Diese sind genutzt worden und umfassen den für die PQsG Entstehung und Entwicklung relevanten

Zeitraum seit dem Wirken der Pflegeversicherung.

Dort, wo dies zweckdienlich war, sachdienlich erschien und bearbeitungstechnisch geboten, gehen die Rahmen über diesen zeitlichen Kernbereich hinaus. Sie setzen früher an bei der Zeitreihe zur - die Pflegeversicherung „begründenden“ - Hilfe zur Pflege (ebenfalls in Kapitel 3) oder bei der „zwanzigjährigen Geschichte“ des Entstehens der Pflegeversicherung, wenn diese im Kontext ihrer Entwicklungsphasen hier entwickelt wird (Kapitel 4). Ebenfalls ohne dabei den zeitlichen Fokus dieser Bearbeitung zu bilden, geht der Blick auch über den Herbst 2005 hinaus. Etwa bei dem zwar faktisch zu diesem Zeitpunkt als beendet anzusehenden offenen Implementationsstrang, der aber formal bis zur aktuellen Gesetzesänderung zum Juli 2008 reicht, mit der die bis dahin im SGB XI enthaltenen Regelungen auch „de jure“ und - erst dann - tatsächlich aufgehoben wurden (in Kapitel 5). Dabei wurden diese inhaltlich in Teilen sogar neu implementiert, was angesichts der Relevanz und der damit zum Ausdruck kommenden Aktualität des Bearbeitungsthemas auch berücksichtigt wird.

Mit diesen verlängerten (Aus-)blicken soll wiederum dem Aspekt Rechnung getragen werden, dass in diesem Themenfeld so etwas wie eine Dauerimplementation im Gange ist, die im Grunde genommen auch weiterhin relevant ist und darüber hinaus für die Pflegeversicherung insgesamt einschlägig.

Gleichwohl waren hier Bezugsrahmen festzulegen, um den Blick auf den Kern der Untersuchung und das Thema nicht aus den Augen zu verlieren. Hinsichtlich der gesetzlichen Grundlagen wurde als Basis der Stand der Gesetzgebung des Jahres 2003 herangezogen - angesichts der wenigen vorgenommenen Gesetzesänderungen ist damit weitgehend der im Jahr 2005 aktuelle Rechtsstand der Pflegeversicherung berücksichtigt.²⁶ Dies entspricht der zeitlichen Umgebung der hier im Zentrum stehenden PQsG Regelungsinitiative, wie zuvor zur zeitlichen Basis beschrieben. Dort wo eine aktuellere Änderungsgesetzgebung einschlägig ist - dies gebietet auch die während dieser Bearbeitung wirkende hohe Änderungsdynamik beispielsweise im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung -, ist diese besonders gekennzeichnet und hervorgehoben beschrieben. Dies gilt in erster Linie natürlich ausdrücklich und ausführlich für das SGB XI - etwa beim KiBG als letztem und einzigem „pflegeversicherungsspezifischen“ Änderungsgesetz in der zweiten Legislatur - und beispielsweise für den Ausblick auf die während der Schlussphase dieser Bearbeitun-

²⁶ Siehe dazu auch den Hinweis in *Kapitel 2 (Fn. 96, Seite 46)*.

gen dann doch überraschend schnell in Kraft gesetzten Änderungen durch das „Pflege-Weiterentwicklungsgesetz“ (1.7.2008).

6 Forschungs- und Erkenntnisstand

Lässt sich schon insgesamt speziell auf das PQsG bezogen wenig Material finden, so gilt dies erst recht für das PQsG als originären Forschungsgegenstand. Nach dem verfügbaren, derzeitigen Erkenntnisstand findet sich keine Untersuchung des PQsG und damit insbesondere auch keine systematische Untersuchung als Strukturanalyse.

Eine systematische Erforschung bzw. eine koordinierte Begleitforschung der *Pflegeversicherung* erfolgt nicht. Auch Simon konstatiert eine insgesamt uneinheitlich und verstreute Beforschung der Pflegeversicherung²⁷ - ein ausführlicher Überblick über das breit angelegte Spektrum vorliegender Untersuchungen findet sich beispielsweise bei Wiese.²⁸

Insbesondere aus politikwissenschaftlicher (Forschungs-)sicht liegen überschaubar wenig Beiträge vor.²⁹ Diese analytischen Beiträge beziehen sich überwiegend auf die Entstehung und Einführung der Pflegeversicherung - die Änderungsgesetzgebung scheint weniger von Forschungsinteresse. Damit liegen insbesondere keine systematischen Darstellungen des weiteren Politikverlaufs und kaum Erkenntnisse über die Policy-Entwicklung seit in Kraft treten der Pflegeversicherung vor. Die vorliegenden Forschungserkenntnisse sind, soweit sie hier relevant sind, in *Kapitel 4* zum Politikverlauf expliziert und werden dort ausführlich verarbeitet.

Die Materiallage und den Erkenntnisstand zur Situation und zur Entwicklung der Pflegeversicherung geben insbesondere die ausdrücklich für die Politikgestaltung vorliegenden Materialien³⁰ wieder. Diese werden beispielsweise in *Kapitel 3* ausführ-

²⁷ Simon (S. 7 f.) spricht in diesem Zusammenhang von einem unbefriedigenden Forschungsstand (*ebd.*, S. 7).

²⁸ Wiese, S. 23-29.

²⁹ Siehe dazu beispielsweise den Überblick bei Dietz, S. 18 f. sowie 63-65.

³⁰ Beispielsweise *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* (2005), S. 371-504; Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“ (*Bundestags-Drucksache 14/8800*); der vierte Bericht der Bundesregierung zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland (*Bundestags-Drucksache 14/8822*). Im dritten Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung (*Bundestags-Drucksache 15/4125*) finden sich Hinweise zu den vom Bund initiierten Forschungsaktivitäten in der Pflege (*ebd.*, S. 77 - 79), in denen u.a. über die Modellvorhaben zum Thema Demenz berichtet wird (*ebd.*, S. 78 f.). Die Hinweise zu aktuellen Forschungsaktivitäten finden sich im vierten Bericht vom Januar 2008 (*Bundestags-Drucksache 16/7772*, S. 55-58) und lassen sich auch über eine „Forschungsberichterstattung“ des Bundesministeriums für Gesundheit erschließen (*ebd.*, S. 58).

lich herangezogen und im „Materialienachweis“ sogleich ausführlich benannt und zugeordnet.

7 Materialien und Quellen

Herangezogen wurden für das *dokument- und textanalytische* Vorgehen als Material die zum Stand der Bearbeitung vorliegende Literatur - die im Laufe der Bearbeitung erschienenen Materialien wurden genutzt, soweit sie erreichbar bzw. verfügbar waren. Berücksichtigt wurden thematisch einschlägige Veröffentlichungen, wie Monographien, Dissertationen, Zeitschriftenaufsätze und auch journalistische Beiträge, die der Tagespresse zu entnehmen waren - sowie erreichbare, sogenannte „graue Literatur“, bei der es sich um (zumeist) nicht veröffentlichte Materialien wie Tagungsdokumentationen, Vorträge, Stellungnahmen, etc. handelt.

Da sich die Bearbeitung so nah wie möglich an den originären Quellen orientiert, stehen insbesondere die „Parlamentaria“ im Vordergrund, wie sie in den Drucksachen von Bundestag und Bundesrat der legislativen Arbeit zugrunde liegen. Dies sind vor allem Gesetzentwürfe und Änderungen, Ausschussmaterialien, Berichte sowie die in den Stenographischen Berichten des Bundestages und des Bundesrates dokumentierten Sitzungsprotokolle und nicht zuletzt die erfolgten legislativen Beschlüsse, die als gesetzliche Grundlagen durch Verkündung im Bundesgesetzblatt wirksam geworden sind.

Da die jeweilige Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt die originäre Rechtsquelle darstellt, wurde diese - als Rechtsgrundlage - primär genutzt. Insbesondere, wenn es um die aufzuzeigenden Änderungen oder die Entwicklung von Vorschriften geht, wurde hier so verfahren, dass neben der Fundstelle (Quelle) im Bundesgesetzblatt auch die jeweilige(n) Bundestags- oder Bundesrats-Drucksache(n) zitiert und belegt sind. Wo immer dies möglich, praktikabel und auch zweckdienlich erschien, ohne zu viel Dokumentationsaufwand zu betreiben, wurde somit der Kontext der jeweils zitierten Vorschrift so nah als möglich an den Quellen entwickelt bzw. dokumentiert. Dort, wo es „lediglich“ um die Nennung der Fundstelle in den Gesetzen geht, ist es üblich, mit redaktionell aus den Veröffentlichungen im Bundesgesetzblatt zusammengestellten Gesetzestexten bzw. -sammlungen zu arbeiten. Dem wurde hier auch gefolgt und die jeweilige Vorschrift - als Hinweis auf die Rechtsgrundlage, vornehmlich natürlich im SGB und speziell im SGB XI - genau benannt. Die jeweilige Textausgabe bzw. die in der Gesetzessammlung befindlichen Textstellen sind als Fundstelle im Li-

teraturverzeichnis benannt.

Neben den Gesetzestexten werden in gleicher Weise auch die Verordnungen, Bekanntmachungen und Richtlinien genutzt und nachgewiesen.

Zu den weiteren Materialien zählen - ebenfalls möglichst original genutzt und deswegen teilweise auch Internetressourcen nutzend - die Berichte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie Daten des Statistischen Bundesamtes und weitere statistische Materialien.

Zunehmend ist auch dem „neuen“ Veröffentlichungsmedium Internet bei der Recherche und Beschaffung von Materialien, Informationen und Quellen (Text- und Datenrecherche) Rechnung zu tragen. Dem konnte sich auch diese Bearbeitung nicht entziehen. Die Bearbeitung bevorzugt stets die Originalreferenz und vermeidet Internetquellen, wo immer das möglich ist - zunehmend ist jedoch die einzige und damit einschlägige Referenz ausschließlich die jeweilige Internetressource bzw. Onlineveröffentlichung. Mitunter lassen sich einzelne Informationsquellen nur noch auf diesem Weg („online“) erschließen und bewirken die faktische Recherchenotwendigkeit, auf Internetquellen zugreifen zu müssen. Wegen der in diesem Bereich anzutreffenden - ja gleichsam „diesem Medium immanenten“ - Dynamik wurde äußerst zurückhaltend von diesem Medium Gebrauch gemacht und zur Nachvollziehbarkeit eine möglichst genaue Dokumentation jeweils angegeben.

Für den Bereich der Pflegeversicherung ist auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit eine ausführliche Sammlung von aggregierten Daten (Zeitreihen) verfügbar. Allerdings ist diese nicht immer so aktuell, wie es dieses Medium - wiederum im Gegensatz zu Druckversionen - zu leisten in der Lage wäre. Die hier genutzten Quellen zur Pflegeversicherung beziehen sich deswegen nur an den erforderlichen Stellen auf diese Homepageangaben und nutzen ansonsten gedrucktes veröffentlichtes Material.

Weitere, spezielle Hinweise auf die genutzten Materialien und Quellen zur Situation der Pflegeversicherung über die hier genannten hinaus, finden sich im Bearbeitungsteil jeweils an Ort und Stelle (beispielsweise in der Einführung in Kapitel 3).

Das gegliederte Literaturverzeichnis dokumentiert ausführlich alle genutzten Materialien und weist dabei gesondert die „*Parlamentaria*“ (Drucksachen, Protokolle, etc.), die *Rechtsgrundlagen* (Bundesgesetzblatt und weitere genutzte Gesetzestexte bzw. rechtliche Grundlagen) sowie die herangezogenen „*statistischen Materialien*“ (über-

wiegend aus dem Statistischen Bundesamt aber auch von weiteren Stellen) aus.

8 Ablauf der Bearbeitung

An diese Einführung schließt sich die Bearbeitung in vier Kapiteln an, die jeweils mit einer kurzen Einführung versehen sind und mit einem als Fazit angelegten Zwischenergebnis schließen. Wie beschrieben gehen die inhaltlichen Kapitel dabei vom Allgemeinen zum Besonderen vor:

Im *Kapitel 2* werden die grundsätzliche Einbindung und Charakterisierung der Pflegeversicherung als „neuestes Sozialleistungsgesetz“ im Kontext der Sozialversicherung entwickelt und die konkreten Regelungsdetails des SGB XI in der gebotenen Detailliertheit und Prägnanz vorgestellt.

Anschließend erfolgt eine Bestandsaufnahme der Situation und der Handlungsbedarfe der Pflegeversicherung u.a. anhand der vorliegenden Zahlenergebnisse, die zudem in Diagrammen visualisiert werden. Das *Kapitel 3* geht dabei bewusst pointierend auf die „Wertigkeit der Leistungen“ und das „Einstufungsgeschehen“, besonders im Vergleich von sozialer und privater Pflegeversicherung, ein. Erörtert werden die Bedeutung und die Möglichkeiten sowie die vorliegenden Annahmen über die Entwicklung des Pflegebedarfes. Last but not least wird die für die Bestandsaufnahme der Pflegeversicherung unerlässliche Entwicklung der Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe in ihrer systematischen Ausgestaltung und anhand der zahlenmäßigen Entwicklung in den Blick genommen.

Kapitel 4 bildet mit der vorgestellten „Pflegehistorie“, in der die wesentlichen Etappen der Entwicklung der Pflegeversicherung nachgezeichnet und nach Handlungslinien entwickelt werden, einen Übergang zur nachfolgenden Strukturanalyse des PQsG.

Das detailliert auf den Inhalt und den Verlauf des PQsG orientierte *Kapitel 5* führt auf den analytischen Ausgangspunkt der Arbeit. Dies ist zunächst das bestehende Qualitätssicherungssystem der Pflegeversicherung, auf das sich die Regelungen des PQsG richten, und die als Qualitätsmechanik der Pflegeversicherung in einem ersten Zwischenfazit innerhalb des Kapitels verdichtet werden. Inhalt der PQsG-Regelungsinitiative und Verlauf der Policy werden bis zum Beschluss des PQsG - an der Stelle mit einem weiteren Zwischenergebnis versehen - ausführlich vorgestellt und analysiert. Es folgt die Gesamtbewertung der Regelungsinitiative und die mit der ausgesetzten Implementation und fehlgeschlagener Reformulierung sich ergebende Ergebnissicht, die in Form einer - ebenfalls visualisierten - Qualitätsmatrix die mit

dem PQsG tatsächlich geänderten Regelungen (nach „Adressaten“, „Norminhalten“, und im Verlauf) darstellen. Das Kapitelfazit bringt schließlich die entwickelten Zwischenergebnisse zur PQsG-Initiative insgesamt zusammen.

In der mit dem *Kapitel 6* abschließend vorgenommenen zusammenfassenden Betrachtung werden die einzelnen, in den inhaltlichen Kapiteln entwickelten Ergebnisse gebündelt und pointiert, um das PQsG als mittelloses Gesetz im Gesamtzusammenhang der Entwicklung wie auch der aktuellen Bedingungen der Pflegeversicherung nach Inhalt und Verlauf im Ergebnis zu bewerten. In dem abschließenden Kapitel ist auch der Raum für den Ausblick auf die weitere Entwicklung und die Perspektive der Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung.

Zugunsten der Lesbarkeit werden Abkürzungen nur soweit genutzt, wie dies sinnvoll erschien, beispielsweise um dem Lesefluss zu dienen. Die dabei verwendeten Abkürzungen sind jeweils an Ort und Stelle erläutert oder aber gehen nicht über den üblichen Sprachgebrauch hinaus. Ein Abkürzungsverzeichnis ist daher hier entbehrlich.

Kapitel 2 Das System und der Regelungskreis der Pflegeversicherung

Die Ausgestaltung der Pflegeversicherung folgt in der Grundkonzeption der sozialversicherungsrechtlich konstituierten Gesetzlichen Krankenversicherung. Sie übernimmt wesentliche versicherungs-, leistungs- und beitragsrechtliche Elemente sowie deren organisatorische Ausgestaltung. Neben diesen übernommenen Grundzügen und Funktionsweisen der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde die Pflegeversicherung in ihrer Konzeption aber auch erweitert und weist spezifische Besonderheiten auf, die sich zum Teil artifiziell auf den Leistungstatbestand „Pflegebedürftigkeit“ beziehen. Zum Teil können sie aber auch als Elemente einer modernisierten, neuen bzw. geänderten Tradition der Leistungsgesetzgebung in der Sozialversicherung beschrieben werden.

Die sehr enge Anlehnung und auch Anbindung, wie sie u.a. in der viel genutzten Kurzform „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ zum Ausdruck kommt, legt es nahe, die Pflegeversicherung im Vergleich zur Krankenversicherung - der Identitäten und der Andersartigkeiten - zu beschreiben und so zu charakterisieren.

Zu diesem Zweck werden die elementaren Gestaltungselemente der Pflegeversicherung anknüpfend an die Grundkonzeption der Sozialversicherung besonders im Vergleich zur Gesetzlichen Krankenversicherung entwickelt und die Besonderheiten und „Andersregelungen“ hervorgehoben. Danach folgt eine Übersicht über die Regelungen der Pflegeversicherung im Detail, um abschließend anhand der Grundelemente sowie der vorgestellten konkreten Regelungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) die markanten Charakteristika der Pflegeversicherung im Kontext einer dynamisch sich entwickelnden Sozialversicherung bilanzierend und zusammenfassend herauszuarbeiten. Die Pflegeversicherung stellt sich dabei als „Element des Wandels“ dar: Ihre Gestaltung markiert den Wandel (in) der Sozialversicherung und unterliegt ihm zugleich auch.

1 Grundkonzeption der sozialversicherungsrechtlichen Regelungen insbesondere in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die wesentlichen Grundelemente der deutschen Sozialversicherung lassen sich verkürzt wie folgt skizzieren: Gesetzlich normiert sind versicherungspflichtige Personengruppen, eine daraus resultierende Beitragspflicht und die Art und Weise der Beitragsaufbringung sowie die sich ebenfalls aus der Versicherungspflicht ergebenden Leistungsansprüche. An dieser Grundkonzeption wurde bei allen Weiterentwicklungen und Änderungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung über einen Zeitraum von immerhin mehr als einem Jahrhundert pfadtreu festgehalten und so eine traditionelle Prägung manifest.

1.1 Einführung der Sozialversicherung in Deutschland

Das offiziell im November 1881 angekündigte „Regierungsprogramm“ zur Einrichtung einer obligatorischen Sozialversicherung in Deutschland³¹ sah ursprünglich bereits vor dieser Ankündigung vor, dass die Unfallversicherung als erstes Leistungsgesetz verabschiedet werden sollte. Der erste Gesetzentwurf für eine Unfallversicherung wurde schon am 15.1.1881 im Bundesrat eingebracht und ging im März des gleichen Jahres an den Reichstag - scheiterte dort jedoch an der fehlenden Zustimmung durch die Liberalen und die Sozialdemokraten. Vorgesehen war in dem abgelehnten Entwurf eine Pflichtversicherung für alle Industriearbeiter, die nicht mehr als 2.000 Mark jährlich verdienen. Für die Beitragsverteilung war an eine Staffelung gedacht: Bei Verdiensten unterhalb 750 Mark sollten zwei Drittel der Beiträge von den Unternehmen und ein Drittel vom Staat gezahlt werden. Bei Verdiensten über 750 Mark bis 1.000 Mark hatten die Arbeiter das „Staatsdrittel“ selber zu zahlen. Eine paritätische (also hälftige) Beitragstragung von Arbeitgeber und Arbeitnehmer war bei Löhnen zwischen 1.000 und 2.000 Mark vorgesehen. Nach den Vorstellungen des damaligen Reichskanzlers Bismarck sollte die Versicherung von einer Regierungsbank getragen werden, weil private Versicherungsgesellschaften wegen der auszuschüttenden Dividenden zu teuer würden - außerdem seien sie nicht sicher genug.³²

Nach dieser ersten gescheiterten Gesetzentwurfsphase legte Bismarck dem Bundesrat einen neuerlichen Entwurf zur Unfallversicherung sowie einen Gesetzentwurf für eine Krankenversicherung vor. Beide Vorschläge wurden innerhalb weniger Wochen gebilligt und gelangten im Frühjahr 1882 in den Reichstag. Dort folgten jedoch lang-

³¹ Durch die sogenannte „Kaiserliche Botschaft“ vom 17. November 1881.

wierige Debatten, die nach über einem Jahr im Juni 1883 zunächst zum Beschluss über die weniger umstrittene Einführung der Krankenversicherung führten - erst ein weiteres Jahr später, im Juli 1884, konnte auch das Unfallversicherungsgesetz beschlossen werden. Die lange Laufzeit bis zur Verabschiedung dieser Entwürfe weist auf die Schwierigkeiten im parlamentarischen Entscheidungsverfahren hin und lässt erahnen, welche großen Zugeständnisse Bismarck machen musste, um die Gesetze schließlich doch noch „durchzubekommen“. Die vom Initiator Bismarck weniger sozial- als mehr staats- bzw. machtpolitisch intendierten Leistungsgesetze³³ erfuhren hinsichtlich der leistungs- und beitragsrechtlichen sowie organisatorischen Ausgestaltung erhebliche Änderungen, bis sie schließlich mehrheitsfähig und damit als Gesetz umsetzbar wurden.³⁴

Die als Grundprinzipien der Sozialversicherung charakterisierten Elemente waren somit seinerzeit Ergebnisse eines Politikformulierungsprozesses, der den Mehrheitsverhältnissen und den Interessen der im Reichstag vertretenen Parteien sowie den besonderen Umständen in Form politischer Kompromisse Rechnung trug. So muss als Leitmotiv für das Handeln Bismarcks die „Reichsidee“ gesehen werden: Auch die Einrichtung der einzelnen Zweige der Sozialversicherung sollte (ihm) dazu dienen, das gerade erst gegründete Deutsche Reich in seinem Fortbestand zu festigen.³⁵ Mit - wirksamen - Gesetzen zur Absicherung im Krankheitsfall, bei Unfällen und zur Versorgung im Alter würden die Menschen an den Staat gebunden.³⁶ Neben dieser Bindungswirkung und der Befriedungsfunktion sozialer Sicherungssysteme spielte auch seinerzeit, insbesondere in einem föderal konstituierten Staatesgebilde, eine große Rolle, dass die regional (kommunal) zu tragende Armenfürsorge durch bestehende,

³² *Siegerist*, S. 200 f. .

³³ *Lütge*, S. 49; *Stone*, S. 56 f. .

³⁴ Siehe dazu sogleich in diesem Kapitel unter: 1.2 *Ursprünge und Grundlinien der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland* (Seite 29) und 1.3 *Die Einführung der Unfall- und Rentenversicherung* (Seite 31).

³⁵ In erster Linie sollte das am 18.10.1878 vom Reichstag verabschiedete „Gesetz gegen die gemeingefährlichen Bestrebungen der Sozialdemokratie“ die Aktivitäten der Sozialdemokratie eindämmen, deren Vertreter und Anhänger Bismarck als unversöhnlicher und gefährlicher Gegner des monarchischen Staates („Reichsfeinde“) galten. Das Gesetz untersagte alle „sozialdemokratischen, sozialistischen oder kommunistischen“ Vereine, Versammlungen und Druckschriften und ermöglichte Sondermaßnahmen der Ordnungsbehörden (Ausnahmestand, Einschränkung von Freiheitsrechten, Ausweisungen und Platzverweise) - die Wahl sozialdemokratischer Abgeordneter in den Reichstag blieb aber unangetastet. Das Sozialistengesetz, ursprünglich nur für zweieinhalb Jahre gültig, wurde bis zur Entlassung Bismarcks im Jahre 1890 immer wieder neu aufgelegt. Die Einführung sozialversicherungsrechtlicher Regelungen hatte in diesem Zusammenhang ergänzend zum Ziel, die Arbeiterschaft von der Sozialdemokratie zu entfremden und für den Erhalt des monarchischen Staates zu interessieren. Die Sozialversicherung war nach diesem Verständnis somit die Ergänzung des Sozialistengesetzes (*Lampert*, S. 67).

³⁶ *Gladen*, S. 58 f. .

vorgelagerte Leistungssysteme finanziell entlastet wird.

1.2 Ursprünge und Grundlinien der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland

Ausgangspunkt der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland ist somit das bereits im vorvergangenen Jahrhundert als erstes Sozialversicherungsgesetz eingeführte „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“.³⁷ Die für die Krankenversicherung ursprünglich vorgesehene Ausgestaltung war in dem beschlossenen Gesetz geradezu „auf den Kopf gestellt“: Um die Akzeptanz der Zwangsversicherungen bei den betroffenen Arbeiter zu erhöhen, sollten diese in der ursprünglichen Regelungsplanung keinerlei Beiträge entrichten. Die Finanzierung der Krankenversicherungsleistungen über den Staat bzw. das Reich, was wiederum auch die Abhängigkeit der Krankenversicherten vom alimentierenden Staat verstärkt hätte, hätte nach den Vorstellungen Bismarcks aus Steuermitteln über die Einnahmen aus dem Tabakmonopol erfolgen sollen. Dies war jedoch politisch nicht durchsetzbar - es fehlte somit auch das nötige Geld für die staatlichen Zuschüsse. So musste er sich - ohne die Tabaksteuereinnahmen - mit einer sozialversicherungsrechtlichen Kompromisslösung zufrieden geben.

Mit dem Krankenversicherungsgesetz von 1883 wurden seinerzeit verschiedene, zu dem Zeitpunkt bestehende, Absicherungselemente aufgegriffen.³⁸ So wurde das Prinzip der Selbstverwaltung von den Hilfskassen der Zünfte, Gesellen und Knappschaften übernommen. Als Versicherungsträger waren die Orts-, Betriebs-, Bau- und Innungskrankenkassen sowie die Knappschaftskrankenkassen für die Durchführung der Krankenversicherung zuständig.³⁹ Diese so gesetzlich aufgenommene Systematik der berufsständisch, branchenspezifisch und regional gegliederten Kassenarten prägt bis heute die „Kassenlandschaft“ in Deutschland und kann damit als kenn-

³⁷ Das *Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter* vom 15.6.1883 trat zum 1.12.1884 in Kraft.

³⁸ Die Preußische Allgemeine Gewerbeordnung ermächtigte bereits im Jahr 1854 die Gemeinden, eine Pflichtversicherung für Gesellen, Gehilfen und Fabrikarbeiter einzuführen. Aus den Jahrhunderte alten Einrichtungen gegenseitiger Hilfe bei Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und Tod (Witwenversorgung), sollten Hilfskassen mit obligatorischer Mitgliedschaft werden. Die bei den Gesellen bestehenden „Gegenseitigkeitshilfsgesellschaften“ wurden zu gemeindebezogenen Ortskassen mit Mitgliedschaftspflicht. Im Jahr 1849 wurde der einbezogene Personenkreis erweitert: Die Gemeinden erhielten das Recht, alle Beschäftigten einzubeziehen. Auch für die Fabrikarbeiter entstand eine entsprechende Versicherungspflicht. Auch wenn - oder vielleicht, weil - nur wenige Gemeinden von dieser Regelung Gebrauch machten, kann das Reglement als Vorläufer des dann in ganz Deutschland in Kraft gesetzten, verpflichtenden Krankenversicherungsrechts gelten.

³⁹ Von den Gemeinden wurde die Versicherung in Form der Gemeinde-Krankenversicherung für Personen durchgeführt, die nicht einer dieser Krankenkasse angehören mussten. Unter bestimmten Voraussetzungen war es Versicherungspflichtigen auch möglich, sich bei einer der „eingeschriebenen Hilfskassen“ (den Vorläufern der Ersatzkassen) zu versichern.

zeichnendes - traditionell-historisch determiniertes - Strukturelement der sozialversicherungsrechtlich verfassten Gesetzlichen Krankenversicherung bezeichnet werden.⁴⁰ Die Mitwirkung der Arbeitgeber an der Finanzierung und Verwaltung der Pflichtversicherung war bereits in den Fabrik-Krankenkassen obligatorisch. Sie hatten ihren Ursprung in den alten, sogenannten „Gesindeordnungen“ und waren von dem Verständnis einer unternehmerischen Haft(ungs)pflcht geprägt.⁴¹ Die Versicherungsbeiträge (Beitragshöhe zwei bis maximal sechs Prozent) wurden zu zwei Dritteln von den Arbeitnehmern und zu einem Drittel von den Arbeitgebern gezahlt. Die Besetzung der Selbstverwaltungsorgane, Vorstand und Generalversammlung, erfolgte in entsprechender Weise. Damit waren Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände kraft ihrer Beitragsverantwortung als Akteure in die gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen eingebunden.⁴²

Die Versicherungspflicht bezog gegen Entgelt Beschäftigte in Industrie, Handwerk, Handel, Binnenschifffahrt und bestimmten Dienstleistungsbereichen als Mitglieder ein.⁴³ Zu den Leistungen der Krankenkassen zählten damals bereits: ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Krankengeld (maximal 13 Wochen) für den Leistungsbestand „Krankheit“ sowie Wochenhilfe und Begräbniszuschüsse - alle Leistungen freilich in bescheidenem Umfang.

In den Anfängen lässt sich die Gesetzliche Krankenversicherung durchaus noch als „Nothilfesystem“ charakterisieren, mit dem erstmals mit Rechtsanspruch versehene Leistungen für bestimmte Arbeiter - eben dem versicherungspflichtigen Personenkreis - gesetzlich garantiert wurden.⁴⁴ Damit bestand für diese Beschäftigten vermit-

⁴⁰ Wobei heute „nur“ noch die Kassenarten bestehen. Die lange Zeit für die verpflichtende Zuordnung der Versicherten geltenden, exklusiven Zuständigkeiten nach Berufsgruppenzugehörigkeit bzw. „Arbeiter- oder Angestellteneigenschaft“, wurden erst sehr spät - seit dem Jahr 1996 - zugunsten weitgehender Wahlmöglichkeiten der Versicherten (siehe in diesem Kapitel *Fn. 72 (Seite 40)*) beendet (*Meier (1999), S. 97 f.*).

⁴¹ *Alber, S. 24 f.*

⁴² Zunächst nahmen überwiegend Arbeitgeber die Vorsitzfunktion in den Selbstverwaltungen wahr, doch schon bald wurden die Krankenkassen - entgegen der politischen Planung - zunehmend von Sozialdemokraten bestimmt. Durch das Sozialistengesetz, das organisierten Arbeiter die Mitwirkung in staatlichen Ämtern untersagte und dem preußischen Dreiklassenwahlrecht, welches die Mitarbeit in den Gemeindeverwaltungen praktisch ausschloss, geriet die Selbstverwaltung der Krankenkassen zum einzigen Ort, an dem Sozialisten sich noch öffentlich betätigen konnten (*Alber, S. 25, 29-33*).

⁴³ Erst in den Jahren bis 1887 wurde der obligatorische Mitgliederkreis erweitert (Transportarbeiter, Bauarbeiter, Land- und Forstarbeiter, Seeleute sowie Militärangehörige und Staatsangestellte).

⁴⁴ Neben dem bescheidenen Leistungsumfang, der angesichts der sozialen Not der meisten Beschäftigten nur in akuten Fällen eben nur eine Nothilfe, aber nicht einen wirklichen Ausgleich bot, ist zu beachten, dass der durch das Krankenversicherungsgesetz „begünstigte Personenkreis“ verhältnismäßig klein war (1885 etwa ein Zehntel der Bevölkerung) und auch keinesfalls die Beschäftigten erfasste bzw. erreichte, die unter den schwierigsten Arbeitsbedingungen bei geringsten Einnahmen litten.

tels dieser „Zwangsversicherung“ erstmals ein verpflichtend geregelter - wenn auch bescheidener⁴⁵ - Ausgleich für den mit der Krankheit (und auch Tod) verbundenen Verdienstausfall und die zusätzlichen Kosten für die Behandlung (auch Bestattung).

1.3 Die Einführung der Unfall- und Rentenversicherung

Noch schwieriger gestaltete sich - nach dem ersten, gescheiterten Versuch - die Entscheidung für die geplante Unfallversicherung. Erst mit dem dritten Entwurf und nach massiven politischen Manövern und Zugeständnissen gelang es Bismarck, einen mehrheitsfähigen Gesetzentwurf zur Abstimmung zu bringen.⁴⁶ Das am 6. Juli 1884 verabschiedete Unfallversicherungsgesetz sah nun die alleinige Beitragsaufbringung durch die Arbeitgeber - also ohne staatliche Zuschüsse - vor. Die Versicherungspflicht erstreckte sich anfänglich auf den begrenzten Kreis der Fabrikarbeiter, Bergleute sowie „Betriebsaufseher“ dieser Industriezweige, wenn der Verdienst 2.000 Mark im Jahr nicht überstieg.⁴⁷ Zu den Leistungen der Unfallversicherung gehörten ärztliche und zahnärztliche Behandlung sowie Lohnersatzleistungen bei Arbeits- und Berufsunfähigkeit ab der 14. Woche,⁴⁸ ferner Begräbniskosten und Renten für Hinterbliebene. Bis heute gilt dabei das Kausalitätsprinzip, wonach alle Leistungen der Unfallversicherung nur gewährt werden, soweit ein ursächlicher Zusammenhang mit der Berufsausübung besteht. Als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung fungier(t)en die von den Arbeitgebern für jeden Berufszweig einzurichtenden Berufsgenossenschaften.⁴⁹

⁴⁵ Zu den Profiteuren der gesetzlich geregelten Krankenversicherung zählten neben den Unternehmen vor allem die Ärzteschaft, die dadurch in ihrem Aufstieg zu einer anerkannten akademischen Profession maßgeblich gefördert und konsolidiert wurde (*Eckart*, S. 30 mit weiteren Nachweisen).

⁴⁶ Der vom Zentrum unterstützte Gesetzentwurf für eine Arbeiter-Unfallversicherung wurde am 6.3.1884 in den Reichstag eingebracht.

⁴⁷ In den Jahren 1885-1887 folgten Novellierungen, die den versicherten Personenkreis erweiterten (Personenkreise siehe zuvor in *Fn. 43*).

⁴⁸ Also nach dem bzw. im Anschluss an das Krankengeld der Krankenversicherung.

⁴⁹ Hier zeigt sich bis heute ausgeprägt die „Sonderstellung“ der Unfallversicherung: Sie ist formal als Zweig der Sozialversicherung innerhalb des Sozialrechts verfasst und setzt auf die Prinzipien der Sozialversicherung auf. In diesem Rahmen weist sie aber gleichzeitig artifizielle Besonderheiten auf - quasi wie ein in die Sozialversicherung implantiertes „Haftpflichtprinzip“. Dazu zählt zunächst die alleinige Beitragstragung durch die Arbeitgeber bzw. die Unternehmen. Dies erklärt sich durch die in der Unfallversicherung ebenfalls vorgenommene Anknüpfung bzw. Weiterentwicklung an bestehende Regelungen - in diesem Fall der unternehmerischen Haftungspflicht für Schäden im Zusammenhang mit der Beschäftigung. Auch die Gestaltung der Beitragshöhen erklärt sich aus diesem Zusammenhang. In der Unfallversicherung werden diese branchenbezogen nach dem „Unfallrisiko“ ermittelt. Der Beitrag richtet sich nach dem betrieblichem Risiko. Die alleinige Beitragstragung bewirkt innerhalb der Sozialversicherungslogik folgerichtig, dass die Selbstverwaltung allein von den Arbeitgebern besetzt und ausgeführt wird. In der Unfallversicherung besteht neben dem Kausalitätsprinzip eine weitere, deutlich von der Gesetzlichen Krankenversicherung abweichende Gestaltung: In der Unfallversicherung gilt das Primärarztsystem. Obligatorisch haben sich alle Verunfallten zunächst bei einem von der Unfallversicherung bestellten, sogenannten „Durchgangsarzt“ vorzustellen. Diesem obliegt dann die medizinische Behandlung und Verord-

Eigentlich sollte nach diesem zweiten Schritt die „Alters- und Invalidenversicherung“ sogleich nachfolgen, doch es brauchte noch bis zum 22. Juni 1889, ehe das Gesetz in Kraft treten konnte. Ursache dafür waren Vorbehalte der Liberalen und der Sozialdemokraten, hinzu kamen die befassungsintensiven Novellierungsverhandlungen der bereits eingeführten Sozialversicherungszweige. Der Entwurf für ein „Gesetz, betreffend die Invaliditäts- und Alterssicherung“ sah vor, die Beitragslast zu gleichen Teilen auf Arbeitnehmer, Arbeitgeber sowie den Staat zu verteilen - eine vollständige Staatsfinanzierung schied nach den gemachten Erfahrungen von vornherein aus. Die Verwaltung der Rentenversicherung sollte von den Berufsgenossenschaften durchgeführt werden. Der Bundesrat änderte jedoch diesen Vorschlag, und auch im Reichstag wurde noch einmal ausgiebig um einen Beschluss gerungen. Beschlossen wurde mit einem sehr knappen Abstimmungsergebnis (185 gegen 165 Stimmen) - in Abänderung zum Entwurf - die hälftige Beitragstragung von Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Der Staat sollte lediglich einen Zuschuss zu den Renten und Verwaltungskosten zahlen. Ferner wurden regional zuständige Rentenkassen eingerichtet (Landesversicherungsanstalten), über die der Staat die Kontrolle und die Garantie übernahm. Versicherungspflichtig in der gesetzlichen Rentenversicherung wurden alle Handwerker ohne Ansehen ihres Einkommens sowie Arbeiter (ab dem 16. Lebensjahr), deren Einkommen 2.000 Mark im Jahr nicht überschritt. Leistungen in Form von Rentenzahlungen waren für dauerhaft arbeitsunfähig Kranke (Erwerbsunfähigkeit) und für ältere Arbeiter ab dem vollendeten 70. Lebensjahr vorgesehen. Diese realistischere für die meisten Versicherten kaum erlebbare Altersgrenze⁵⁰ wurde erst im Jahr 1916 und auch nur um fünf Jahre (65. Lebensjahr) herabgesetzt. Eine Erwerbsunfähigkeitsrente bedurfte einer bereits zurückgelegten Beitragszeit von fünf Jahren, für die Altersrente mussten dreißig Beitragsjahre erfüllt sein. Hinterbliebenenrenten (Witwen- und Waisenrenten) sahen die Regelungen des Rentenrechts seinerzeit noch nicht vor.

1.4 Erweiterung der Sozialversicherung bis heute

Die Arbeitslosenversicherung wurde im Jahr 1927 erst sehr viel später nach diesem

nung der weiteren notwendigen Maßnahmen. Das Durchgangsarztverfahren der Unfallversicherung setzt so umgehend wie möglich ein - bei Notfällen erfolgt die Vorstellung beim Durchgangsarzt so früh wie möglich nach der Erstversorgung.

⁵⁰ 1871/1881 konnten die damals 60jährigen statistisch mit einer ferneren Lebenserwartung von 12,1 (Männer) und 12,7 Jahren rechnen (Frauen) - die Wahrscheinlichkeit, den sechzigsten Geburtstag zu erleben, lag jedoch nur bei rund dreißig Prozent. Nach der Sterbetafel 2002/2004 können in Deutschland

„Sozialversicherungspaket“ eingeführt. Für eine lange Zeit blieb es dann bei diesen vier Zweigen der Sozialversicherung. Erst 1995 wurde sie um die Pflegeversicherung ergänzt. Zusammen mit der Unfall-, Renten- sowie Arbeitslosenversicherung und seit dem Jahr 1995 auch der Pflegeversicherung, bilden diese Zweige die Sozialversicherung. Sie sind nunmehr einheitlich in den Büchern des Sozialgesetzbuches geregelt und konkretisieren bzw. realisieren die vom Sozialstaatsprinzip des Grundgesetzes⁵¹ geforderten sozialen Sicherungssysteme zur „Vorsorge“ gegen die Wechselfälle des Lebens.⁵²

Ebenfalls als charakteristisch wird für die Sozialversicherungs- wie auch für die Sozialleistungsgesetzgebung insgesamt eine Tendenz zur Expansion beschrieben. Sie ist auch in der Entwicklung des Krankenversicherungsrechts ablesbar. So wurden der krankenversicherungspflichtige Personenkreis sukzessive erweitert, der Leistungskatalog um weitere Leistungen ergänzt und diese auch dem Umfang nach erhöht. Vor allem in der Phase wirtschaftlicher Prosperität bei intensiver Teilhabe der Beschäftigten expandierten die Leistungsgefüge der Sozialversicherung in der Bundesrepublik Deutschland und wurden von den Gestaltungsverantwortlichen zunehmend einem „Prinzip vom Erhalt des Lebensstands“ verpflichtet. Spürbar seit Anfang der 1980er Jahre werden die Leistungen inhaltlich und auch dem Umfang sowie der Höhe nach wieder „heruntergefahren“.⁵³

2 Anknüpfung an Grundkonzeption der sozialversicherungsrechtlichen Regelungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung und Erweiterungen sowie „Andersregelungen“

Wie die Gesetzliche Krankenversicherung auch, ist die Pflegeversicherung der Grundkonzeption nach sozialversicherungsrechtlich modelliert, d.h. es gilt das sozialversicherungsrechtliche Grundprinzip von der Versicherungspflicht, die Beitragspflicht nach sich zieht. Die Leistungsansprüche ergeben sich aus der Versicherungspflicht.

durchschnittlich 88 Prozent der Männer und 93 Prozent der Frauen das 60. Lebensjahr erreichen. Mit einer ferneren Lebenserwartung von plus 20 Jahren (Männer) bzw. 24,1 Jahren (Frauen).

⁵¹ Artikel 20 Abs. 1 und 28 Abs. 1 Satz 1 Grundgesetz. Das Sozialstaatsprinzip ist in seinem Wesensgehalt unabänderbares Grundprinzip (sog. „Ewigkeitsgarantie“) der Verfassung (Artikel 79 Abs. 3 Grundgesetz).

⁵² Die Konkretisierung des Sozialstaatsprinzips ist vornehmlich dem Gesetzgeber als bindende Aufgabe übertragen: Der Staat hat für den „Ausgleich sozialer Gegensätze und damit für eine gerechte Sozialordnung zu sorgen“ - dabei besteht ein weiter Gestaltungsspielraum für den Gesetzgeber (Meier (1997c), S. 802 f. mit weiteren Nachweisen).

Es war für die systematisch organisatorische Gestaltung der Pflegeversicherung naheliegend, sich an der traditionell in bewährter Weise verfassten Sozialversicherung zu orientieren, die sich seit ihrer Einführung von durchgehender und damit außerordentlicher Bestandskraft zeigte und bis heute zeigt. Ein möglichst umfassendes Absicherungssystem für den Fall des, für die Gesellschaft zunehmend relevanter werdenden „allgemeinen Lebensrisikos der Pflegebedürftigkeit“⁵⁴ war gleichzeitig so zu realisieren, dass es für den dabei elementar erforderlichen langen Zeitraum auch tragfähig ist und bleibt. Der Charme einer sozialversicherungsrechtlichen Ausgestaltung liegt vor allem darin, zum einen eine sofortige Leistungsgewährung zum Teil auch für lange Zeiträume zu ermöglichen und zum anderen auch hinreichende Sicherheit für einen oft in weiter Zukunft liegenden Leistungsbedarf zu bieten. Auch eine rein leistungsrechtliche Gestaltung (steuerfinanziert) hätte diese Optionen geboten - hilfsweise auch in dem Rahmen einer Bedürftigkeitsleistung, wie sie mit der Sozialhilfe besteht. Doch ist eben auch ein weiteres Gestaltungselement der Sozialversicherung von großer Bedeutung: Die beitragsfinanzierte Leistungsgewährung entlastet die Allgemeinheit bzw. die über Steuern zu finanzierenden Haushalte. Vor allem dieser Aspekt hat letztlich den Ausschlag dafür gegeben, die Gestaltungsverantwortlichen im seinerzeitigen Aushandlungsprozess für eine sozialversicherungsrechtliche Lösung votieren zu lassen.⁵⁵ Dabei auf ein vorhandenes Regelwerk inklusive seiner Infrastruktur „aufzusetzen“, erscheint eben so ökonomisch wie pragmatisch. Nicht zuletzt auch wegen der „Ähnlichkeiten“ bei der Leistungsgewährung wurde bei der Konzeption und Modellierung des Pflegeversicherungssystems auf die organisatorische und systematische Struktur der Gesetzlichen Krankenversicherung zurückgegriffen⁵⁶ und darüber hinaus auch auf die private Krankenversicherung durch deren Einbeziehung in die gesetzliche Pflegeversicherung.

Hierfür war auch ein formal-rechtlicher Aspekt relevant, aus dem sich die begriffliche

⁵³ Mit einer entsprechend umfangreichen Änderungsgesetzgebung, deren Dynamik größte Aufmerksamkeit erfordert und die auch Experten oftmals vor „kaum lösbare Rätsel“ stellt.

⁵⁴ „Pflegebedürftigkeit ist ein unabhängig vom Lebensalter bestehendes allgemeines Lebensrisiko, das schon durch eine angeborene Behinderung, aber auch jederzeit durch Unfall oder durch Krankheit entstehen kann“, so die Begründung im maßgeblichen Gesetzentwurf der seinerzeitigen Regierungskoalition zur Einführung der Pflegeversicherung (*Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 1).

⁵⁵ Denn die stark zunehmenden Ausgaben der steuerfinanzierten Sozialhilfe im Rahmen der „Hilfe zur Pflege“ waren letztlich der entscheidende Auslöser und auch Antrieb für die Einführung der Pflegeversicherung.

⁵⁶ Innerhalb der - das ist ebenfalls von Bedeutung - die Krankenkassen als Einzugsstellen des Gesamtsozialversicherungsbeitrags fungieren und ihnen somit auch die Feststellung der Versicherungspflicht (sowie die Verarbeitung der Meldungen) obliegt.

„Nähe“ von Krankheit und Pflegebedürftigkeit erklärt. So war schon recht früh für den seinerzeit im Krankenversicherungsrecht gesetzlich festgelegten Leistungsanspruch juristisch zu klären, was „Krankheit“ als „leistungsauslösender Tatbestand“ definitivisch beinhaltet⁵⁷ - im Gesetz selbst ist der Begriff (bis heute) nicht definiert. Im Krankheitsfall ist neben der medizinischen Behandlung immer auch die Pflege erforderlich. Deutlich wird dies vor allem in der stationären Versorgung: Hier bilden Krankheitsbehandlung und Pflege offensichtlich eine Einheit. Für die Krankenkassen als Kostenträger stellte sich insbesondere bei längeren stationären Aufenthalten die Frage, wann die Krankheitsbehandlung endet bzw. nicht mehr im Vordergrund steht und folglich die Leistungs- und damit die Kostenübernahmepflicht endet.⁵⁸ Die für die Pflegeversicherung letztlich gefundene und im SGB XI normierte definitivische Begrifflichkeit für die Pflegebedürftigkeit gibt diese „Nähe“ wieder. Danach liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn wegen Krankheit oder Behinderung ein - gesetzlich näher bestimmter - qualifizierter, dauerhafter Hilfebedarf bei den „Aktivitäten des täglichen Lebens“ besteht.⁵⁹

2.1 Erweiterter Personenkreis in der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung übernimmt den in der Gesetzlichen Krankenversicherung einbezogenen Personenkreis und erweitert diesen um weitere Personenkreise, inklusive der privat Krankenversicherten.

Nach dem für die Gestaltung der Pflegeversicherung prägenden Grundprinzip, das unter der Kurzformel „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ bekannt wurde, folgt somit der in die Pflegeversicherung einbezogene Personenkreis dem der Krankenversicherung. Es verbindet dabei zum einen das sozialversicherungsrechtliche Prinzip der Versicherungspflicht und zum anderen das vertragsrechtliche Prinzip von

⁵⁷ Die Ergebnisse sind bekannt. Weitgehend bis heute maßgeblich ist die schon vom Preußischen Oberverwaltungsgericht formulierte objektiv-bedarfsbezogene Begriffsdefinition. Sie wurde im wesentlichen systematisch zur „Bedarfsfestlegung“, d.h. als Voraussetzung für die Versicherungsleistung beibehalten. Das Bundessozialgericht definiert Krankheit als einen regelwidrigen Zustand des Körpers, des Geistes oder der Seele, der ärztliche Behandlung notwendig macht oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (*Meier* (1997a), S. 11 mit weiteren Nachweisen).

⁵⁸ Die Pflegebedürftigkeit wurde aus dem Erfordernis der (Kosten-)Abgrenzung zum leistungsauslösenden Tatbestand „Krankheit“ des Krankenversicherungsrechts lediglich als Negativdefinition einer Situation außerhalb des Versicherungsfalles in Abgrenzung zum Krankheitsbegriff entwickelt (*Wirsching*, S. 147). Sozialrechtlich wurde zum Zweck einer solchen Abgrenzung das Vorliegen eines Pflegefalls dann angenommen, wenn die erforderlichen Pflegemaßnahmen nur noch dazu dienten, einem Zustand der Hilflosigkeit zu begegnen. Hierzu sowie zum Begriff der Hilflosigkeit als zentrales Element einer so bestimmten Pflegebedürftigkeit in den einschlägigen Rechtsnormen siehe ausführlicher und mit weiteren Nachweisen: *Meier* (1997a), S. 11 f.

⁵⁹ Detaillierter dazu siehe in diesem Kapitel unter 3.5.1 *Der Begriff der Pflegebedürftigkeit und die Pflegestufen* (Seite 57).

der Pflicht zur Versicherung. Auf diese Weise sind etwa 96 Prozent⁶⁰ der Bevölkerung in die Pflegeversicherung einbezogen.

Die Versicherungspflichtigen sind kraft Gesetz grundsätzlich ohne ihr Zutun und unabhängig von ihrem Willen und Wollen pflegeversichert.

Die ursprünglich nur für Beschäftigte in bestimmten Bereichen geltende Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde im Laufe ihres Bestehens auf weitere Personengruppen ausgedehnt. Im Jahr 2005 sind dies:⁶¹

- Beschäftigte,⁶² die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind,⁶³
- Arbeitslose,⁶⁴
- land- und forstwirtschaftliche Unternehmer und ihre mitarbeitenden Familienangehörigen,
- selbständige Künstler und Publizisten,
- Personen, die in Einrichtungen der Jugendhilfe für eine Erwerbstätigkeit befähigt werden sollen sowie Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation,
- behinderte Menschen, die in Werkstätten und Blindenwerkstätten,⁶⁵ in Heimen oder gleichartigen Einrichtungen tätig sind,
- an staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschulen eingeschriebene Studierende sowie Praktikanten und Auszubildende des zweiten Bildungsweges,
- Rentner und Rentenantragsteller.

Diese Versicherungspflichtigen der Gesetzlichen Krankenversicherung sind ebenfalls in der Pflegeversicherung pflichtversichert. Ebenfalls analogisiert ist die Regelung für die beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen. Darüber hinaus sind auch die freiwillig Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung in die Pflegeversicherungspflicht einbezogen.

In der Gesetzlichen Krankenversicherung bestehen jedoch besondere Regelungen

⁶⁰ Zu den genauen Zahlen siehe in *Kapitel 3* (Fn. 389 sowie 390, Seite 106).

⁶¹ Zu den aktuell ergänzten Personengruppen siehe in diesem Kapitel Fn. 358 (Seite 98).

⁶² Dazu zählen auch zu ihrer Berufsausbildung Beschäftigte, die nach einer zusätzlichen Bestimmung (§ 5 Abs. 1 Satz 1 Nr. 10 SGB V) auch ohne die Zahlung eines Arbeitsentgelts pflichtversichert sind.

⁶³ Diese „gegen Entgelt Beschäftigten“ stellen - derzeit noch - überwiegend die Mitglieder und damit die Beitragszahler der Sozialversicherungen dar.

⁶⁴ Auch Bezieher von Arbeitslosengeld II zählen dazu (§ 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V).

⁶⁵ Auch wenn sie für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind (§ 5 Abs. 1 Nr. 7 SGB V).

für die Versicherungsfreiheit bestimmter Personengruppen.⁶⁶ So sind beispielsweise Beschäftigte versicherungsfrei, wenn ihr Jahresarbeitsentgelt einen bestimmten Betrag überschreitet. Diesen Personenkreisen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei sind, steht es frei, ob sie sich für den Fall der Krankheit versichern oder nicht.

Anders als in der Gesetzlichen Krankenversicherung kennt die Pflegeversicherung eine solche „Versicherungspflichtgrenze“ jedoch ebenso wenig wie sonstige Regelungen über eine Versicherungsfreiheit. Bei der Ausgestaltung der Pflegeversicherung wurde konsequent auf diese nicht mehr zeitgemäßen Sonderregelungen verzichtet und eine umfassende Gesamtmodellierung vorgenommen. Um der Intention zu entsprechen, eine möglichst alle Bürger erreichende Pflegeversicherung zu gestalten und auch diese Personen in die Pflegeversicherung einzubeziehen, ist innerhalb des SGB XI darüber hinaus auch eine Versicherungspflicht für diese - von der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht erfassten - Personenkreise geregelt.

Idealtypisch sind diese Personenkreise, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfrei sind, über andere Absicherungssysteme für den Fall der Krankheit abgesichert und/oder haben hierzu einen Vertrag mit einem privaten Krankenversicherungsunternehmen abgeschlossen.

2.2 Einbeziehung der privaten Krankenversicherungsunternehmen

Ein besonderes Merkmal hinsichtlich des von der Pflegeversicherung erfassten Personenkreises wird im Vergleich zur Gesetzlichen Krankenversicherung zunächst an der formalen Einbeziehung der privat Versicherten sichtbar: Von der gesetzlichen Pflegeversicherung werden beide Personenkreise gleichermaßen erfasst: Die Regelungen der sozialversicherungsrechtlich verfassten Pflegeversicherung erfassen über eine analoge Pflichtversicherung in der Pflegeversicherung sowohl die Versicherungspflichtigen und freiwillig Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung als auch diejenigen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht versichert bzw. versicherungsfrei sind *und* gegen Krankheit kraft Vertrag bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind. Bei diesen „privat Krankenversicherten“ erfolgt die Analogisierung über die Pflicht zur Versicherung. Sie sind verpflichtet, bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen einen Vertrag über die Absi-

⁶⁶ Entweder kraft ausdrücklicher Bestimmung (§§ 6, 7 SGB V) oder auf Antrag (§ 8 SGB V), oder weil sie grundsätzlich nicht von der Versicherungspflicht erfasst werden (beispielsweise selbstständig Erwerbstätige).

derung des Risikos der Pflegebedürftigkeit abzuschließen und aufrechtzuerhalten. Die über die „Pflicht zur Versicherung“ Einbezogenen werden auf diese Weise in die sozialrechtlich verfasste Pflegeversicherung formal inkorporiert. Es gelten für sie dabei grundsätzlich und weitgehend die Regelungen über die gesetzlichen Leistungen wie für die „Pflegeversicherungspflichtigen“.

2.3 Krankenkassen wie Krankenversicherungsunternehmen sind ebenfalls zuständig für die Pflegeversicherung

Die Durchführung der Pflegeversicherung folgt in gleicher Weise der Krankenversicherung: In - formal - einfachster organisatorischer Umsetzung wurde dazu verordnet, „unter dem Dach der Krankenversicherung“ Pflegekassen zu errichten. Die Pflegeversicherung wird für die gesetzlich Krankenversicherten bei der zuständigen Krankenkasse und für die privat Krankenversicherten bei dem jeweiligen Krankenversicherungsunternehmen durchgeführt und ist so innerhalb der jeweiligen Krankenkasse institutionalisiert bzw. an diese gleichsam „angebunden“.

Da für die Durchführung der Pflegeversicherung bei den privaten Krankenversicherungsunternehmen im SGB XI Sonderregelungen gelten, gleichwohl beide Regelungskreise innerhalb des SGB XI normiert sind und also der Begriff „gesetzliche Pflegeversicherung“ beide Bereiche umfasst, wird sprachlich und auch im SGB XI systematisch zwischen *sozialer* und *privater Pflegeversicherung* unterschieden.⁶⁷

Die Beiträge sind in der Pflegeversicherung, wie auch in der Gesetzlichen Krankenversicherung, von den Versicherungspflichtigen aus deren beitragspflichtigen Einnahmen zu zahlen. Die auf Ausgleich gerichtete Beitragsaufbringung nach der individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit und -möglichkeit - anstatt einer Beitragskalkulation nach dem zu versichernden Risiko⁶⁸ - stellt ein weiteres, grundlegendes Prinzip dar, das, wie in der Gesetzlichen Krankenversicherung, auch in der sozialen Pflegeversicherung gilt.⁶⁹ Die Beitragsbemessungsgrundlage bilden somit überwiegend die

⁶⁷ Dieser „Nomenklatur“ wird hier auch gefolgt. Im weiteren Verlauf wird gezeigt, an welchen Stellen die Unterschiede dennoch - trotz grundsätzlich einheitlicher Regelung im SGB XI - bestehen. Und dass der „feine Unterschied“ zwischen den Personengruppen faktisch erhebliche Wirkungen und Handlungsbedarfe zeitigt.

⁶⁸ Vertragsrechtlich würde sich dies in erster Linie als individuelles, gesetztes oder bestehendes Kosten-„Risiko“ darstellen und wäre u.a. von Geschlecht, Gesundheitszustand, Krankheits- bzw. in diesem Fall auch „Pflegebedürftigkeitsrisiko“ abhängig, was wiederum zu entsprechenden (hohen) Beitragsprämienkalkulationen führen kann - bis hin zur „faktischen Verunmöglichung“ (wegen nicht mehr leistbarer Beiträge) oder dem tatsächlichen Versicherungsausschluss (einzelner Leistungen oder gar der gänzlichen Versagung eines Versicherungsvertrages).

⁶⁹ Für die privaten Pflegeversicherungsverträge sind die genannten Einschränkungen durch das SGB XI ausgeschlossen (Altbestand) bzw. eingeschränkt für Versicherungsverträge, die seit Inkrafttreten der

Gehälter und Löhne der Versicherungspflichtigen. Allein bei den freiwilligen Mitgliedern wird eine „breitere Beitragsbasis“ zu Grunde gelegt. Bei ihnen werden die zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehenden Einnahmen zur Berechnung des Beitrags herangezogen.⁷⁰ In beiden Regelungskreisen, also in der Pflegeversicherung wie auch in der Gesetzlichen Krankenversicherung, besteht diese Beitragspflicht bis zu einem Höchstbetrag. Von den Einnahmen oberhalb dieser, so treffend bezeichneten „Beitragsbemessungsgrenze“ sind keine Beiträge zu zahlen. Ausgenommen von der Beitragspflicht und somit „beitragsfrei“ sind auch in der Pflegeversicherung die Familienversicherten sowie die Mutterschafts- und Erziehungsgeld Beziehenden.

Alle weiteren Regelungen zur Höhe und Aufbringung der Beiträge weichen indes in der Pflegeversicherung von denen der Gesetzlichen Krankenversicherung ab.

In der Gesetzlichen Krankenversicherung ergibt sich die Höhe der Beiträge aus einem - prognostizierten - Ausgabenbedarf, der aus den der Beitragsbemessung zu Grunde liegenden Einnahmen („Grundlohnsumme“) zu finanzieren ist. Diese Einnahmen sind überwiegend die, unter der Bezeichnung „Lohnquote“ gefassten Löhne und Gehälter der Versicherten. Für deren voraussichtliche Entwicklung und Höhe ist ebenfalls eine Annahme zu treffen. Daraus ist von der Selbstverwaltung der jeweiligen Krankenkasse ein jährlicher Haushaltsplan zu erstellen.

Der Quotient aus prognostiziertem Ausgabenbedarf und voraussichtlich für die Beitragsbemessung zur Verfügung stehenden Einnahmen der Versicherten ist der vielzitierte „Beitragssatz“. Er ist - je nach Mitglieder- und Ausgabensituation - in den einzelnen Krankenkassen unterschiedlich hoch und wird ebenfalls von der Selbstverwaltung der jeweiligen Krankenkasse festgelegt. Bei Bedarf ist der Beitragssatz an eine sich wandelnde Einnahme- oder Ausgabensituation im laufenden Haushaltsjahr anzupassen. Die Satzung wie auch die erforderlichen Beschlüsse über außerordentliche Beitragserhöhungen unterliegen der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

In der Pflegeversicherung besteht diese an dem Ausgabenbedarf orientierte, „ausgabenbezogene“ Beitragsbemessung nicht. Im SGB XI ist der Beitragssatz (von 1,7 Prozent)⁷¹ für alle Beitragspflichtigen und für alle Pflegekassen bundeseinheitlich ge-

Pflegeversicherung zustande gekommen sind (Details siehe in diesem Kapitel unter 3.6 *Regelungen für die private Pflegeversicherung* (Seite 71)).

⁷⁰ Die Beitragsbelastung soll dabei die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtigen (§ 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V), wobei ein Mindestbeitrag obligatorisch ist (*ebd.*, Abs. 4).

⁷¹ Sowie - seit dem 1.1.2005 - zusätzlich 0,25 Prozent für kinderlose, beitragspflichtige Versicherte (siehe dazu in diesem Kapitel *Fn. 148* (Seite 53)).

setzung festgeschrieben. Dieser kann nur durch eine Gesetzesänderung verändert werden. Während also in der Gesetzlichen Krankenversicherung das Beitragsaufkommen an den Ausgabebedarfen zu orientieren ist und durch die Beitragssatzbildung prinzipiell auch die dafür verfügbare Grundlohnsumme berücksichtigt wird, sind die für die notwendigen Ausgaben zur Verfügung stehenden Mittel durch den festgelegten Beitragssatz in der Pflegeversicherung fest vorgegeben.

Seit der Einführung des „Kassenwahlrechts“ im Jahr 1996 können gesetzlich Krankenversicherte wählen, bei welcher gesetzlichen Krankenkasse sie Mitglied sein möchten. Zuvor wurde bereits (im Jahr 1994) der kassenartenübergreifende „Risikostrukturausgleich“ (RSA) in der Gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt.⁷² Die zwischenzeitlich mehrfach geänderte und verfeinerte Regelung⁷³ soll dafür sorgen, dass einzelne Krankenkassen nicht durch die höheren Leistungsausgaben überfordert werden, die ihnen im Vergleich zu den anderen Krankenkassen aufgrund der Mitgliederstruktur entstehen. Umgekehrt sollen den Krankenkassen keine Beitragsvorteile entstehen, die über eine „kostenpositivere Versichertenstruktur“ verfügen. Dazu werden vom Bundesversicherungsamt die über die Ausgaben hinausgehenden Einnahmen der jeweiligen Krankenkassen nach einem Schlüssel auf die jeweils anderen Krankenkassen umverteilt.⁷⁴ Um die Steuerungswirkung des RSA zu optimieren, erfolgte in der Zwischenzeit eine Weiterentwicklung zur verfeinerten Adjustierung des Ausgleichs in Bezug auf die „Morbiditätsstruktur“.⁷⁵

⁷² Durch das Ende des Jahres 1992 beschlossene und 1993 in Kraft getretene *Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz)* wurde der RSA mit Wirkung zum 1.1.1994 eingeführt. Das Gesetz war seinerzeit das Ergebnis aus dem, in den „Lahnsteiner Gesprächen“ (1. bis 4. Oktober 1992) erzielten, gesundheitspolitischen Konsens. Damit wurde auch die Grundlage für eine zunehmende „Verwettbewerbung“ in der Gesetzlichen Krankenversicherung durch die Einführung der Kassenwahlfreiheit (bzw. - aus seinerzeitiger Sicht - die Abschaffung der „personenstandsgebundenen Kassenmitgliedschaften“, die Wahlmöglichkeiten zwischen den Kassenarten nur sehr eingeschränkt zuließ) gelegt.

⁷³ Maßgebliche Rechtsgrundlagen für den RSA bilden im Jahr 2005 die §§ 266 bis 269, 313 Abs. 10 und 313a SGB V sowie die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (nach § 226 Abs. 7 SGB V).

⁷⁴ Das „Umverteilungsvolumen“ ist dabei enorm: So wurden im Jahr 2004 immerhin fast 15 Mrd. Euro umverteilt (*Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 29.03.2006). Wird der RSA der Gesetzlichen Krankenversicherung mit diesem Finanzvolumen als „virtuelle Krankenkasse“ gedacht, entspricht der umverteilte Betrag einem „virtuellen Beitragssatz“ von etwas über 10 Prozent.

⁷⁵ In dem Bericht zum RSA vom März 2001 (*Bundestags-Drucksache 14/5681*), der auch die Ausgangslage für die Einführung und die seinerzeit bestehende Ausgestaltung des RSA darstellte, wurde eine nicht ausreichende Berücksichtigung der Morbiditätsrisiken („chronisch bzw. schwer kranke Versicherte“) konstatiert (*ebd.*, S. 3-6). Mit dem *Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung* wurden daran anknüpfend eine besondere Berücksichtigung der Ausgaben für chronisch Kranke (§ 267 Abs. 2 Satz 4 SGB V) sowie ein „Risikopool“ zum Ausgleich „für aufwändige Leistungsfälle“ (§ 269 SGB V) als kurzfristige Maßnahme für den RSA normiert. Ab dem 1.1.2007 sollte der sogenannte „morbidityorientierte Risikoausgleich“ („Morbi-RSA“) die bisherigen Risikoausgleichsregelungen durch umfassendere, stärker individualisierende Klassifikationsmerkmale ersetzen (§ 268

In der Pflegeversicherung ist ebenfalls ein Finanzausgleich vorgesehen. Die Einnahmeüberschüsse der Pflegekassen werden auf die Pflegekassen verteilt, denen ansonsten zu wenig Einnahmen zur Deckung der Ausgaben zur Verfügung stehen. Allerdings findet dieser Ausgleich (derzeit noch)⁷⁶ nicht systemübergreifend und -ausgleichend statt: Der Ausgleich erfolgt innerhalb der bei den gesetzlichen Krankenkassen eingerichteten Pflegekassen und den privaten Krankenversicherungsunternehmen jeweils getrennt.

Anders als in der Gesetzlichen Krankenversicherung stellt der Ausgleichspool in der Pflegeversicherung jedoch weniger ein ausgleichendes Element der über die Beitragssätze im „Wettbewerb“ befindlichen Krankenkassen dar. Da sich die vielen Kassen insgesamt als eine große Pflegeversicherung mit einem gesetzlich vorgegebenen bundeseinheitlichen Beitragssatz darstellen und alle Einnahmen und Ausgaben unabhängig von der Versichertenstruktur der einzelnen Pflegekassen „gepoolt“ werden, kommt es zu keinerlei Steuerungswirkung. Anders als in der Gesetzlichen Krankenversicherung beabsichtigt, entsteht in der Pflegeversicherung über dieses Ausgleichselement keinerlei ausgabenmindernder Anreiz für die einzelne Pflegekasse.

2.4 Beitragsfinanzierung allein durch Mitglieder

Zu dieser Andersregelung hinsichtlich der Beitragsbemessung kommt in der Pflegeversicherung eine weitere, prinzipiell gewandelte Gestaltung bei der Beitragsaufbringung hinzu: Das Grundprinzip der paritätischen Beitragsaufbringung wurde in und mit der Pflegeversicherung nicht fortgeführt. Galt bei Einführung der Pflegeversicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung für die Tragung der Beiträge, dass diese von Arbeitgeber und Arbeitnehmer jeweils zur Hälfte gemeinsam aufgebracht werden, wurde für die Beitragstragung in der Pflegeversicherung ausdrücklich gesetzlich festgelegt, dass die mit den Arbeitgeberbeiträgen verbundenen Belastungen der Wirtschaft auszugleichen sind. Diese Kompensation erfolgte - so das seinerzeitige Ergebnis der politischen Kompromissbildung - durch die Streichung eines arbeitsfreien, landesweiten gesetzlichen Feiertages. Im Ergebnis bedeutet dies für die Beitragsaufbringung, dass die Leistungsausgaben in der Pflegeversicherung ganz ü-

SGB V) und der „Risikopool“ dann zu einem „Hochrisikopool für besonders aufwändige Leistungsfälle“ werden (§ 269 Abs. 6 SGB V).

⁷⁶ Einige Änderungsvorschläge gehen dahin, genau diesen Ausgleich - systemübergreifend - zu schaffen, um die signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Bereichen zu mindern. Insbesondere soll eine solche Erweiterung des vorhandenen Ausgleichs den stark belasteten Bereich der sozialen Pflegeversicherung konsolidieren.

berwiegend durch die pflegeversicherten Beschäftigten getragen werden.⁷⁷ Diese „einseitige“ Beitragsbelastung⁷⁸ besteht in der Gesetzlichen Krankenversicherung im Vergleich dazu so nicht.

2.5 Art, Höhe und Feststellung der Leistungen

Wie in der Gesetzlichen Krankenversicherung auch, gilt für die sozialversicherungsrechtliche Leistungsgewährung: Der Rechtsanspruch entsteht durch die Versicherungspflicht - grundsätzlich auch ohne Beitragszahlung -, sofern die „leistungstatbestandlichen Voraussetzungen“, wie beispielsweise Krankheit oder Pflegebedürftigkeit etc., vorliegen. Anders als in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist für die Leistungen der Pflegeversicherung allerdings ausdrücklicher das Antragserfordernis gesetzlich formuliert. Weiterhin ist für die Leistungsgewährung die Erfüllung einer Vorversicherungszeit von derzeit fünf Jahren vorausgesetzt.⁷⁹

Artifizuell anders ist die Leistungsgestaltung in der Pflegeversicherung, weil vorrangig die ambulante Versorgung im Rahmen häuslicher Pflege und diese wiederum durch die Laienpflege ehrenamtlich Pflegender vorgesehen ist. Die Regelungen des SGB XI sehen zur Realisierung dieser, von der „Gesetzesprosa“ postulierten, „neuen Kultur des Pflegens und des Helfens“⁸⁰ unter anderem das Pflegegeld vor, welches Pflegebedürftige ihren helfenden Familienangehörigen, Bekannten und Freunden als finanzielle Anerkennung zukommen lassen können. Hinzu kommen Regelungen über die Anerkennung der geleisteten Arbeit der Ehrenamtlichen - wenn auch im bescheideneren Umfang - durch die Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen sowie die Einbeziehung in den gesetzlichen Unfallversicherungsschutz. Zu diesen Anerkennungsleistungen sind auch die Möglichkeiten des Informations- und Erfahrungsaustausches ehrenamtlich Pflegender im Rahmen der von den Pflegekassen anzubietenden Pflegekurse zu zählen.

Innerhalb der vorrangigen Leistungen bei häuslicher Pflege - auch hieran zeigt sich der artifizielle Unterschied zu den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung

⁷⁷ Weitere Details zur Umsetzung der „Feiertagsregelung“ und der im Bundesland Sachsen geltenden Regelung, wonach die Beschäftigten die Beiträge überwiegend allein aufzubringen haben, weil dort die Streichung des Feiertags anders als in den übrigen Bundesländern nicht erfolgte, siehe in diesem Kapitel unter 3.3.2 *Tragung der Beiträge* (Seite 52).

⁷⁸ An der „Sonderbeitragsregelung“ in Sachsen wird die einseitige Belastung der Beschäftigten in der Pflegeversicherung ganz praktisch deutlich (*ebd.*).

⁷⁹ In der privaten Pflegeversicherung sind längere Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung ausgeschlossen - die Regelung wird insoweit also analogisiert. Es können dort jedoch vertraglich kürzere Wartezeiten vereinbart werden (§§ 110 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe c sowie Abs. 3 Nr. 4 SGB XI).

⁸⁰ *Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 67 f. .

- können die anspruchsberechtigten Pflegebedürftigen zwischen verschiedenen Leistungsarten (aus-)wählen. Das Pflegegeld kann anstelle der häuslichen Pflegehilfe als Sachleistung in Anspruch genommen werden. Die Geld- und Sachleistungen können auch kombiniert werden. Dies gilt auch für die teilstationären Leistungen der Tages- und Nachtpflege, für den Fall, dass die häusliche Pflege nicht ausreichend sichergestellt werden kann bzw. wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

Ein wesentliches Element im Bereich des Leistungserbringungsrechts der Krankenversicherung stellt die Monopolstellung der Ärzte dar.⁸¹ Ihnen obliegt innerhalb des Krankenversicherungssystems die „Verordnungsmacht“ und damit eine Schlüsselrolle im Leistungsgeschehen als „Leistungsverteiler“. Sie legen prinzipiell fest, wann der Leistungsfall „Krankheit“ vorliegt und welche Behandlung zur Vermeidung, Erkennung, Heilung und Linderung verordnet wird.⁸²

Diese Systematik kennt das SGB XI nicht. Anders als im Krankenversicherungsrecht, in dem der leistungsauslösende Tatbestand „Krankheit“ nicht legaldefiniert ist, sieht das SGB XI explizit eine Definition der Pflegebedürftigkeit vor.⁸³ Festgestellt wird das Vorliegen der so gesetzlich definierten Pflegebedürftigkeit in einem ebenfalls gesetzlich normierten Begutachtungsverfahren durch den Medizinischen Dienst⁸⁴ der Krankenversicherung. Die Ergebnisse dienen der Pflegekasse als Empfehlung für deren -

⁸¹ Dies ist eine Situation, die so nicht immer bestand. Mit Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung profitierten die Ärzte zunächst von einem deutlich erweiterten Klientel, inklusive einer zunehmend besseren Bezahlung. Allerdings bedeutete die Einbindung in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung auch eine zunehmende Abhängigkeit von den Krankenkassen. Da das Prozedere der Leistungserbringung wie auch das der Bezahlung (Abrechnung) zunächst gesetzlich noch nicht geregelt war, wurde dies zum Gegenstand von zwischen Kassen und Ärzten geschlossenen Einzelverträgen. Vielfach waren die Ärzte auch fest bei einzelnen Krankenkassen eingestellt. Erst mit den in der Endphase der Weimarer Republik neu gegründeten Kassenärztlichen Vereinigungen wurde das Verhältnis von Kassen und Ärzten auf eine neue rechtliche Grundlage gestellt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhielten den Auftrag zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung und ihnen oblag es, die von den Kassen als Gesamtvergütung gezahlten Honorare auf die Kassenärzte aufzuteilen. Damit wurde seinerzeit die bis heute manifeste Monopolstruktur der Kassenärztlichen Versorgung etabliert (ausführlich dazu *Gerlinger*, S. 69-86, 107 f.). Diese Monopolstruktur wurde allerdings durch die aktuelle Änderungsgesetzgebung (*Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung* (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG)) in ihrer Ausschließlichkeit gemindert.

⁸² In bescheidenem Umfang gebietet die Systematik des Krankenversicherungsrechts dabei lediglich, dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Eine das Maß des Notwendigen überschreitende oder unwirtschaftliche Leistungserbringung wird gesetzlich untersagt (§ 12 SGB V).

⁸³ Detaillierter dazu siehe in diesem Kapitel unter 3.5.1 *Der Begriff der Pflegebedürftigkeit und die Pflegestufen* (Seite 57).

⁸⁴ In der Gesetzlichen Krankenversicherung besteht ebenfalls die Möglichkeit, bei der Leistungsgewährung auf die Begutachtungstätigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zuzugreifen. Allerdings ist dies dort nur ergänzend und quasi als „Regulativ“ im Leistungsverfahren vorgesehen, um beispielsweise ärztlich verordnete Leistungen oder festgestellte Arbeitsunfähigkeiten zu überprüfen (§§ 275 ff. SGB V).

formal - finale Entscheidung über Art und Höhe der nach dem SGB XI zu gewährenden Leistung. Für die Art und den Umfang des Feststellungsverfahrens bestehen untergesetzliche Ausführungsrichtlinien, die zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung des zuständigen Bundesministeriums bedürfen. Damit ist also die ärztliche Monopolstellung im Leistungsgeschehen der Pflegeversicherung nicht vorhanden.

Auch ein weiteres Element wurde in der Pflegeversicherung nicht übernommen: In der Gesetzlichen Krankenversicherung gilt konstitutiv das „Bedarfsprinzip“, wonach sich die Leistungen grundsätzlich nach dem notwendigen Bedarf richten - der wiederum durch die ärztliche Verordnung bestimmt wird. In der Pflegeversicherung ist es genau umgekehrt: Die Leistungen des SGB XI sind durchgehend der Höhe nach in den einzelnen Leistungsvorschriften - nach Stufen der Pflegebedürftigkeit - vorgegeben.⁸⁵ In der Pflegeversicherung wird quasi der (Hilfe-)bedarf von Gesetzes wegen justiert und festgesetzt. Die so als Budgets festgelegten Leistungen der Pflegeversicherung können - und sollen⁸⁶ - dem Umfang nach nur teilweise den tatsächlichen Hilfebedarf ausgleichen. Aus diesem Grund werden sie auch als „Teilkaskoleistungen“ bezeichnet.⁸⁷

Im Gegensatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung sind also in der Pflegeversicherung beide „Haushaltsparameter“ von vornherein gesetzlich begrenzt: Die Leistungen über festgelegte Sätze und die Einnahmen über den bundeseinheitlich festgelegten Beitragssatz. Beide Parameter sind nicht von den auftragsverwaltenden Pflegekassen beeinflussbar.

3 Die Regelungen des SGB XI im Detail

3.1 Das Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit

Durch Artikel 1 des Pflegeversicherungsgesetzes wurde mit dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches - kurz: SGB XI - die Soziale Pflegeversicherung als ein neuer Zweig der Sozialversicherung⁸⁸ eingeführt.

⁸⁵ Durch festgelegte Pauschalsätze oder „Höchstbetragsregelungen“ (u.a. bei den Hilfsmitteln und vor allem auch bei den Ermessensleistungen), deren geringe Höhen faktisch einer Pauschalierung gleichkommen (siehe dazu unter 3.5 *Die Leistungen der Pflegeversicherung* (ab Seite 56) sowie - zu den Pflicht- und Ermessensleistungen - in *Übersicht 2* und *Übersicht 3* (Seiten 75 bis 77)).

⁸⁶ So ausdrücklich die Leistungscharakterisierung in der Regierungsbegründung zur Einführung der Pflegeversicherung (*Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 2, 61).

⁸⁷ Ausführlich zur „einnahmeorientierten Leistungsfestlegung“ siehe *Meier* (1997a), S 89-91.

⁸⁸ So auch als erste Vorschrift in § 1 Abs. 1 SGB XI gefasst.

Das „Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit“⁸⁹ wurde als Pflegeversicherungsgesetz bzw. auch in seiner Abkürzungsvariante „PflegeVG“ bekannt. So wurden die von den - bis dato zuständigen - Ministerien im Rahmen ihrer Informationsarbeit herausgegebenen Textausgaben des Gesetzes unter dem Titel „Pflegeversicherungsgesetz Textausgabe“ aufgelegt⁹⁰ und verbreitet. Mit Übernahme der Regierung durch die Rot-Grüne Koalition und der damit verbundenen Neugestaltung der Ministerien, wechselte im Jahr 1998 die Zuständigkeit für die Pflegeversicherung vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung zum Bundesgesundheitsministerium.⁹¹

Das die Pflegeversicherung einführende Artikelgesetz ist in sieben Teile gefasst. Unter dem Titel „Ergänzung des Sozialgesetzbuches“ fügte der erste Teil dem Sozialgesetzbuch das Elfte Buch mit dem Namen „Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (SGB XI) Soziale Pflegeversicherung“ an. Dieser erste Teil ist identisch mit Artikel 1 des Artikelgesetzes.⁹² Die übrigen Artikel 2 bis 69 nehmen die zur Einführung der Sozialen Pflegeversicherung notwendigen Änderungen im Sozialgesetzbuch sowie in weiteren Gesetzen vor und regeln die Überleitungsvorschriften und schließlich das Inkrafttreten der Regelungen.⁹³ Das Pflegeversicherungsgesetz vom 26. Mai 1994 trat am 1.1.1995 in Kraft.⁹⁴ Die Leistungen zur häuslichen Pflege werden seit dem 1.4.1995 gewährt und die Regelungen über die vollstationäre Pflege sind seit dem 1.7.1996 in Kraft.⁹⁵

Im folgenden werden die derzeit geltenden Regelungen der gesetzlichen Pflegever-

⁸⁹ Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit vom 26.5.1994.

⁹⁰ Pflegeversicherungsgesetz Textausgabe (erschieden seit 1994 - siehe Hinweise im Literaturverzeichnis).

⁹¹ Mit der Bekanntmachung des Organisationserlasses des Bundeskanzlers vom 27. Oktober 1998 (Artikel 219 f., S. 3289) erfolgte der Übergang der Zuständigkeit für die Pflegeversicherung vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) auf das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Die entsprechenden redaktionellen Anpassungen im Gesetz wurden durch die *Siebente Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung vom 29.10.2001* (S. 2832 f.) vorgenommen. Bis zur überraschend vorgezogenen Bundestagswahl im Oktober 2005 lautete die Bezeichnung Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS). Nach dem Regierungswechsel erfolgte ein neuerlicher Ressortzuschnitt des derzeit wieder als BMG in Angelegenheiten der Pflegeversicherung zuständigen Ministeriums.

⁹² Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, S. 1015-1045.

⁹³ Teile Zwei bis Sieben, *ebd.*, S. 1045-1073. Die im folgenden genannten Vorschriften aus dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (*Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) Soziale Pflegeversicherung*) werden hier in der gewohnten und gebräuchlichen - weil kürzeren - Schreibweise mit § ... SGB XI bezeichnet. Die weiteren Vorschriften des Artikelgesetzes (*Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit*) werden ebenfalls in der kürzeren Schreibweise jeweils mit der Nennung des Artikels wiedergegeben: Artikel ... PflegeVG.

⁹⁴ Artikel 68, § 1 PflegeVG (*ebd.*, S. 1070) normiert das grundsätzliche Inkrafttreten zum 1.1.1995.

⁹⁵ Artikel 68, § 2 und § 3 PflegeVG.

sicherung⁹⁶ als „Fünfte Säule der Sozialversicherung“⁹⁷ (neben der Renten-, Kranken-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung) dargestellt und erläutert. Die Darstellung folgt in der Hauptsystematisierung der gebräuchlichen - und auch im Gesetz umgesetzten - Aufteilung in versicherungs-, beitrags- und leistungsrechtliche Normen sowie organisatorische Regelungen. Der systematischen Besonderheit des jüngsten Zweiges der Sozialversicherung entsprechend, werden ergänzend ebenfalls die Regelungen für die private Pflegeversicherung vorgestellt und erläutert.⁹⁸

3.2 Versicherung in der Pflegeversicherung

Für die Versicherung in der Pflegeversicherung gilt der Grundsatz: Die Pflegeversicherung folgt der Krankenversicherung. Nach § 1 Abs. 2 SGB XI folgt die Pflegeversicherung der Krankenversicherung in zweierlei Weise: In den Schutz der sozialen Pflegeversicherung sind zunächst alle in der Gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten einbezogen. Die gegen Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versicherten Personen müssen eine private Pflegeversicherung abschließen.⁹⁹

3.2.1 Mitglieder und Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung

Grundsätzlich werden alle Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung ebenfalls versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung. Dazu wird die entsprechende Vorschrift über die Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen.¹⁰⁰

Eine Versicherungspflichtgrenze wie in der Gesetzlichen Krankenversicherung¹⁰¹ gibt

⁹⁶ Die Regelungen werden im wesentlichen auf dem aktuellen Rechtsstand des Jahres 2005 vorgestellt - abweichend davon werden aktuellere Regelungen besonders bezeichnet und kenntlich gemacht.

⁹⁷ Blüm, S. 3. Auch in der englischsprachigen Informationsbroschüre zur Übersicht über das deutsche System sozialer Sicherung findet sich der Begriff als „fifth pillar“ (*Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung* (2002), S. 58).

⁹⁸ Zur sprachlich-begrifflichen Unterscheidung zwischen *sozialer* und *privater Pflegeversicherung* siehe in diesem Kapitel *Fn. 67 (Seite 38)*.

⁹⁹ § 1 Abs. 2 SGB XI. Irritierend ist in diesem Zusammenhang die Betitelung des SGB XI, wenn dort von „Sozialer Pflegeversicherung“ die Rede ist (siehe zuvor *Fn. 93*), aber gleichzeitig in diesem Gesetz die Pflicht zur Versicherung für Versicherte bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen sowie die dafür geltenden Regelungen normiert sind. Die Systematik des SGB XI ist so aufgebaut, dass die soziale Pflegeversicherung zunächst die in der Gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten umfasst und deren Regelungen - weitgehend - auch für die privat Pflegeversicherten und ihren Versicherern gelten.

¹⁰⁰ § 20 Abs. 1 bis 2a SGB XI in Verbindung mit § 5 *Fünftes Buch Sozialgesetzbuch* (SGB V)).

¹⁰¹ Nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sind in der Gesetzlichen Krankenversicherung Arbeiter und Angestellte versicherungsfrei, wenn ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAE) übersteigt. Für das Jahr 2004 hat die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates gemäß § 6 Abs. 6 bis 8 SGB V die Jahresarbeitsentgeltgrenze auf 46.350,00 Euro festgesetzt (*Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2004*, S. 2497). Im Jahr 2005 betrug die JAE 46.800,00 Euro (*Bekanntmachung der Rechengrößen der Sozialversicherung für 2005*, S. 42). Dieses

es in der sozialen Pflegeversicherung nicht. Als Träger der sozialen Pflegeversicherung werden Pflegekassen bei den gesetzlichen Krankenkassen eingerichtet.¹⁰² Ein Wechsel der Pflegekasse ist daher nur zusammen mit dem Wechsel der Krankenkasse möglich.¹⁰³ Geringfügige Beschäftigungen, die u.a. krankenversicherungsfrei sind, führen ebenfalls zur Pflegeversicherungsfreiheit.¹⁰⁴

Freiwillig versicherte Mitglieder der Krankenkasse sind nach ausdrücklicher Regelung versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung.¹⁰⁵ Sie können sich jedoch auf Antrag von der Pflegeversicherungspflicht befreien lassen, wenn sie einen adäquaten, den Leistungen der Pflegeversicherung entsprechenden Vertrag bei einem privaten Versicherungsunternehmen nachweisen können.¹⁰⁶

Für Familienversicherte werden die Regelungen der Gesetzlichen Krankenversicherung¹⁰⁷ ebenfalls übernommen, wonach Ehegatten und - seit 1.8.2001 auch - Lebenspartner¹⁰⁸ sowie Kinder grundsätzlich beitragsfrei¹⁰⁹ mitversichert sind.¹¹⁰

Zur „[...] Vermeidung missbräuchlicher Ausnutzung der sozialen Pflegeversicherung. [...]“¹¹¹ durch „konstruierte“, die Pflegeversicherungspflicht dem Grunde nach begründende, Versicherungsverhältnisse ist bei Beschäftigungen und selbständigen

Festlegungsverfahren ist mit dem *Gesetz zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung* eingeführt worden. Bis einschließlich für das Jahr 2002 wurde die Jahresarbeitsentgeltgrenze direkt von der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten abgeleitet und entsprach - automatisch - 75 Prozent des dort geltenden Wertes (§ 6 Abs. 1 Nr.1 SGB V in der bis 31.12.2002 geltenden Fassung). Zweck der deutlichen Erhöhung der JAE - von 40.500,00 (2002) auf 45.900,00 Euro (2003) - war, die Einnahmesituation der Gesetzlichen Krankenversicherung zu verbessern. Die „günstigen Versicherungsrisiken“ (weniger Kosten bei höheren Beiträgen) haben seit 2003 eine „höhere Hürde“ zu nehmen, um von der gesetzlichen zur privaten Krankenversicherung wechseln zu können (siehe dazu ausführlich die Gesetzesbegründung in: *Bundestags-Drucksache 15/28*, S. 1 f., 11 f., 14 f.).

¹⁰² § 1 Abs. 3 SGB XI.

¹⁰³ § 48 Abs. 1 SGB XI.

¹⁰⁴ Dem SGB XI fehlt dazu eine spezielle Vorschrift, doch wurde bei Einführung des Gesetzes offensichtlich von einer entsprechenden Geltung des § 7 SGB V ausgegangen. Im Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung des Bundestages heißt es, dass die versicherungspflichtigen Beschäftigten der Gesetzlichen Krankenversicherung „nach näherer Bestimmung des SGB V“ und anderer Krankenversicherungsgesetze versicherungspflichtig in der gesetzlichen Pflegeversicherung sind (*Bundestags-Drucksache 12/5952*, S. 36).

¹⁰⁵ § 20 Abs. 3 SGB XI.

¹⁰⁶ § 22 SGB XI. Siehe dazu sogleich unter 3.2.3 *Wahlmöglichkeit zwischen Versicherungspflicht und Pflicht zur Versicherung* (Seite 48).

¹⁰⁷ § 10 SGB V.

¹⁰⁸ Ergänzt durch das *Gesetz zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften*, Artikel 3 § 56 Nr. 6, S. 286.

¹⁰⁹ Die Beitragsfreiheit der Familienversicherten ergibt sich aus § 56 Abs. 1 SGB XI.

¹¹⁰ § 25 SGB XI.

¹¹¹ *Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 103.

Tätigkeiten von untergeordneter wirtschaftlicher Bedeutung¹¹² die Prüfung der tatsächlichen Ausübung vorgesehen, wenn mindestens zehn Jahre lang keine Kranken- oder Pflegeversicherungspflicht bestand.¹¹³

3.2.2 Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen

Wer bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen gegen Krankheit mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert ist, *muss* für sich und gegebenenfalls seine Angehörigen eine private Pflegeversicherung abschließen, die nach Art und Umfang den Leistungen der Pflegeversicherung entspricht.¹¹⁴ Anders als in der gesetzlichen Pflegeversicherung erfolgt hier die Versicherung nicht kraft Gesetz, sondern es ist ein Versicherungsvertrag abzuschließen. Es kann also von einer *Pflicht zur Versicherung* statt von Versicherungspflicht¹¹⁵ gesprochen werden.¹¹⁶

3.2.3 Wahlmöglichkeit zwischen Versicherungspflicht und Pflicht zur Versicherung

Unter der etwas fehldeutigen Überschrift „Befreiung von der Versicherungspflicht“ wird freiwilligen Mitgliedern der Gesetzlichen Krankenversicherung die Wahlmöglich-

¹¹² Im Gesetzgebungsverfahren war vor allem „bei einer Beschäftigung bei Familienangehörigen“ vorgetragen worden, dass eine untergeordnete wirtschaftliche Bedeutung anzunehmen ist, wenn die Höhe des Einkommens in keinem angemessenen Verhältnis zur Arbeitsleistung steht oder die Hälfte der monatlichen Bezugsgröße gemäß § 18 *Viertes Buch Sozialgesetzbuch* (SGB IV) nicht übersteigt (*Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 103 f.). Die Bezugsgröße wird auf Grund der Ermächtigung des § 17 Abs. 2 Satz 1 SGB IV kalenderjährlich im voraus durch Rechtsverordnung bestimmt. Vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung wurde mit Zustimmung des Bundesrates für das Jahr 2004 die Bezugsgröße jährlich auf 28.980,00 Euro und 24.360,00 Euro im Beitrittsgebiet (monatlich 2.415,00 (West) und 2.030,00 (Ost)) festgelegt (*Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2004*, S. 2497). Diese Werte für die Bezugsgröße 2004 gelten unverändert auch im Jahr 2005 (*Bekanntmachung der Rechengrößen der Sozialversicherung für 2005*, S. 42).

¹¹³ § 20 Abs. 4 Satz 1 SGB XI. Insbesondere gilt dies für Beschäftigungen bei Familienangehörigen und Lebenspartnern (*ebd.*, Satz 2).

¹¹⁴ § 23 Abs. 1 Satz 1 SGB XI. Wird der Verpflichtung nicht nachgekommen, kann dies als Ordnungswidrigkeit mit einem Bußgeld (bis zu 2.500,00 Euro) geahndet werden (§ 121 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI). Der Vertrag kann auch bei einem anderen, muss aber ausdrücklich bei einem privaten Versicherungsunternehmen abgeschlossen werden (§ 23 Abs. 2 SGB XI).

¹¹⁵ Diese zunächst „semantische“ Unterscheidung bezeichnet ein wesensbestimmendes Element der Sozialversicherung und damit u.a. auch zur sozialen Absicherung bei Krankheit. Zwar ist in beiden Fällen gesetzlich eine Absicherung bestimmt. Jedoch ist sie im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung automatisch bei Vorliegen bestimmter Tatbestände wirksam (in der Grundausgestaltung vornehmlich für „Beschäftigungen gegen Entgelt“). „Versicherungspflicht“ besteht also durch hoheitliche Bestimmung (per Gesetz) ohne Willensbekundung oder weiteres Zutun der Versicherten und bewirkt so - quasi automatisch - Leistungsansprüche und damit den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz (beispielsweise auch unabhängig von der Beitragszahlung). Die „Pflicht zur Versicherung“ hingegen knüpft an die vertragsrechtlichen Voraussetzungen der gegenseitigen, übereinstimmenden Willenserklärungen an. Eingegrenzt wird diese Vertragsfreiheit vom Gesetz insoweit, als es bestimmt, dass ein Vertrag zu schließen ist und welche Mindestanforderungen dabei erfüllt werden müssen.

¹¹⁶ Der Vertragsabschluß erfolgt nach den allgemeinen zivilrechtlichen Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) durch die Annahme eines Vertragsangebotes. Das kann auch durch schlüssiges Verhalten geschehen (konkludenter Vertragsschluss). Dabei geht das Angebot in Form eines Versicherungsvertrages regelmäßig vom zukünftigen Versicherungsnehmer aus, und die Annahme liegt in der Übersendung des Versicherungsscheins (*Besche*, S. 11 f.).

keit zwischen gesetzlich sozialer und privater Pflegeversicherung ermöglicht. Dieser Personenkreis ist, wie bereits erwähnt, grundsätzlich kraft Gesetz automatisch in die Versicherungspflicht der Pflegeversicherung einbezogen. Auf Antrag können sich diese Mitglieder von der Versicherungspflicht in der (sozialen) Pflegeversicherung befreien lassen, wenn sie für sich und ihre Angehörigen einen, der sozialen Pflegeversicherung gleichwertigen, privaten Pflegeversicherungsvertrag abschließen und dies auch nachweisen.¹¹⁷ Der Befreiungsantrag ist innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Versicherungspflicht bei der jeweiligen Pflegekasse zu stellen. Die von der Kasse ausgesprochene Befreiung ist unwiderruflich,¹¹⁸ sie gilt für die Dauer der freiwilligen Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung und fällt weg, wenn in der Krankenversicherung Versicherungspflicht oder eine Familienversicherung wirksam wird.¹¹⁹

3.2.4 Weitere Personenkreise mit der Pflicht zur Versicherung

Der Pflicht zur Pflegeversicherung unterliegen auch weitere Personenkreise. Bei diesen Gruppen handelt es sich um Personen, für die der Anspruch auf Übernahme der Krankheitskosten auf andere Weise als durch die Gesetzliche Krankenversicherung oder einen privaten Krankenversicherungsvertrag gewährleistet ist. Auch hierbei gilt das „Folgeprinzip“, wenn auch in etwas abgewandelter Form, wonach die Pflegeversicherung der jeweils bestehenden Krankenversorgung folgt.

Die nachfolgenden Ausführungen erläutern auch diese Regelungen, mit denen sich die gesetzliche Pflegeversicherung im Gesamtergebnis fast vollständig¹²⁰ auf die gesamte Bevölkerung erstreckt.

Ebenfalls zum Abschluss einer privaten Pflegeversicherung verpflichtet sind aktive

¹¹⁷ § 22 Abs. 1 SGB XI. Die von der Versicherungspflicht Befreiten sind (genauso wie die nach § 23 SGB XI zur Versicherung Verpflichteten - siehe zuvor schon *Fn. 114* und sogleich *Fn. 126*) unter Androhung eines Bußgeldes dazu verpflichtet, ihren privaten Pflegeversicherungsvertrag aufrechtzuerhalten (§ 121 Abs. 1 SGB XI). Dazu hat das private Versicherungsunternehmen dem Bundesversicherungsamt eine entsprechende Meldung zu erstatten (§ 51 SGB XI).

¹¹⁸ § 22 Abs. 2 SGB XI.

¹¹⁹ Der Hintergrund für diese, nur für freiwillig versicherte Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehene, Option mag in folgender Überlegung gesehen werden: Gäbe es die Option nicht, wäre dieser Personenkreis gezwungen, die Gesetzliche Krankenversicherung ebenfalls verlassen zu müssen, „nur“ um sich für den Fall der Pflegebedürftigkeit privat versichern können. Mit der Regelung können freiwillig Versicherte in der Gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben und trotzdem einen privaten Pflegeversicherungsvertrag abschließen.

¹²⁰ Nicht von der Pflegeversicherung erreicht bleiben somit diejenigen, die weder gesetzlich noch privat krankenversichert sind und auch nicht über die weiteren Vorschriften zur „Pflicht zur Versicherung“ bestimmt werden. In der Gesetzesbegründung wurde zwar von einer grundsätzlich bestehenden „[...] Vorsorgepflicht für alle Bürger [...]“ ausgegangen, die aber „[...] nicht bis zur letzten Konsequenz zu verfolgen, [...]“ ist, da dies für diesen Personenkreis einen großen und mit hohen Nebenkosten verbundenen Aufwand bedeuten würde (*Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 102).

Beamte und Ruhestandsbeamte oder sonstige Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften beihilfeberechtigt sind, die aber weder einen privaten Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen haben noch ausnahmsweise freiwillig gesetzlich krankenversichert sind. Diese beihilfeberechtigten Personen sind nicht verpflichtet, den von der Beihilfe nicht abgedeckten Teil der Krankheitskosten¹²¹ privat zu versichern. Da dieser Personenkreis von der Pflicht zum Abschluss einer Pflegeabsicherung bei bestehendem privatem Krankenversicherungsschutz folglich nicht erreicht würde, blieb für die Realisierung der Grundintention, mit der Pflegeversicherung einen umfassenden Personenkreis zu verpflichten, nur, dafür eine eigene Regelung vorzusehen.¹²² Die beihilfekonforme Versicherung muss (mindestens) den Teil der Kosten absichern, den die Beihilfe nicht übernimmt und ebenfalls nach Art und Umfang den Leistungen der Pflegeversicherung entsprechen.¹²³

Dies gilt auch für Heilfürsorgeberechtigte, also Personen, die durch ihr Dienstverhältnis Anspruch auf freie Heilfürsorge¹²⁴ haben, sowie Mitglieder der Postbeamtenkrankenkasse und der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. Sie werden ebenfalls zum Abschluss eines privaten Pflegeversicherungsvertrages verpflichtet, sofern nicht Versicherungspflicht in der sozialen Pflegeversicherung besteht.¹²⁵

Um zu gewährleisten, dass diese zur Versicherung verpflichteten Personenkreise auch tatsächlich erreicht werden, ist zunächst eine Meldepflicht der privaten Krankenversicherungsunternehmen vorgesehen.¹²⁶ Die jeweiligen Dienstherrn haben die Heilfürsorgeberechtigten zu melden, die weder privat noch gesetzlich krankenversichert sind.¹²⁷

Interessanterweise sind auch die Mitglieder des Bundestages, des Europäischen

¹²¹ Als sogenannte „Restkostenversicherung“.

¹²² § 23 Abs. 3 Satz 1 SGB XI. Wobei darauf hinzuweisen ist, dass die Regelung insofern unter der Überschrift des § 23 SGB XI (siehe oben *Fn. 114*) sachlich nicht zutreffend zugeordnet ist (so auch *Udsching*, S. 131).

¹²³ § 23 Abs. 3 Satz 2 SGB XI

¹²⁴ Das sind vor allem Berufssoldaten, Polizeibeamte und Feuerwehrleute - sie sind mit ihrem Anspruch auf freie Heilfürsorge im Krankheitsfall voll abgesichert.

¹²⁵ § 23 Abs. 4 SGB XI.

¹²⁶ Die Unternehmen werden durch § 51 Abs. 1 SGB XI verpflichtet, dem Bundesversicherungsamt die Personen zu melden, die ihrer Verpflichtung zum Abschluss eines privaten Pflegeversicherungsvertrages nicht nachkommen.

¹²⁷ Ebenfalls beim Bundesversicherungsamt (§ 51 Abs. 2 Satz 1 SGB XI). Die gleiche Regelung gilt nach Satz 2 (*ebd.*) für die Postbeamtenkrankenkasse und die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten. Für Beihilfeberechtigte ohne Krankenversicherung ist eine solche Meldepflicht nicht vorgesehen. Eine vollständige Erfassung dieses Personenkreises geschieht somit nicht. *Besche* sieht für diesen Personenkreis einen möglichen Anreiz zur Pflegeabsicherung darin, dass die Beihilfevorschriften in dem Fall fehlender, eigener Pflegeabsicherung die Pflegegeldleistung auf die Hälfte mindert (*ebd.*, S. 13 f.)

Parlamentes und der Länderparlamente dazu verpflichtet, gegenüber dem jeweiligen Parlamentspräsidenten den Nachweis über die Absicherung des Pflegerisikos zu führen.¹²⁸

3.2.5 Sonstige Versicherungspflichtige

In Ergänzung zu dem Personenkreis der Gesetzlichen Krankenversicherung werden zudem auch Personen einbezogen, die weder privat noch gesetzlich krankenversichert sind, jedoch nach Sondergesetzen Anspruch auf kostenlose Krankenversorgung, nicht aber auf (dauerhafte) Versorgung bei Pflegebedürftigkeit haben.¹²⁹

3.2.6 Weiterversicherung und Versicherungsberechtigung

Neben der Möglichkeit, bei Wegfall der Versicherungspflicht bzw. der Familienversicherung auf Antrag der Versicherten eine Weiterversicherung¹³⁰ in der Pflegeversicherung durchzuführen, war in der Pflegeversicherung ursprünglich keine Regelung über den Beitritt zur Versicherung vorgesehen. Seit dem 1.7.2002 besteht - in engen Grenzen - für nicht Pflegeversicherte auch ein Beitrittsrecht zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung.¹³¹ Dazu müssen sie einem der folgenden Personenkreise angehören und besondere Voraussetzungen erfüllen: Beitrittsberechtigt sind Zuwanderer oder Auslandsrückkehrer, sofern sie noch nicht 65 Jahre alt sind, sowie nicht mehr auf die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt der Sozialhilfe Angewiesene, wenn sie in der Lage sind, den Beitrag zu zahlen.¹³² In beiden Konstellationen ist für die Beitrittsberechtigung weiter vorausgesetzt, dass zuvor keine Möglichkeit bestand, die - u.a. im Rahmen der Übergangsregelungen¹³³ - bestehenden Zugangsmöglichkeiten

¹²⁸ § 24 Satz 1 SGB XI. Das gilt ebenfalls für die Bezieher von Versorgungsleistungen nach den jeweiligen Abgeordnetengesetzen des Bundes und der Länder (§ 24 Satz 2 SGB XI).

¹²⁹ § 21 SGB XI. Diese Personengruppen haben grundsätzlich Anspruch auf Heilbehandlung, Krankenbehandlung, Krankenhilfe etc. gegenüber dem Staat (wie beispielsweise Kriegsoffer oder auch Zeitsoldaten).

¹³⁰ § 26 SGB XI. Zu den genauen Voraussetzungen und insbesondere zu den „anwartschaftswahrend Weiterversicherten“ nach einem Wechsel in das Ausland (*ebd.*, Abs. 2) inklusive der in diesen Fällen zu entrichtenden „Ruhens- bzw. Anwartschaftsbeiträge“ (§ 57 Abs. 5 SGB XI) siehe *Meier* (1997a), S. 42.

¹³¹ § 26a SGB XI. Die Regelung wurde erst im Ausschussverfahren (*Bundestags-Drucksache 14/7473*, Einfügung durch Artikel 1 Nr. 1c, S. 5 f.) ergänzt und so unverändert beschlossen (*Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz - PflEG)*, S. 3728 f.). Sie setzt die zuvor ergangene Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (*Bundesverfassungsgericht 1 BvR 81/98*) um. Mit dem Recht zum Beitritt soll auch den Personen der Zugang zur Pflegeversicherung ermöglicht werden, die ansonsten ohne Pflegeversicherungsschutz blieben (zur ausführlichen Begründung siehe *Bundestags-Drucksache 14/7473*, S. 20 f.)

¹³² § 26a Abs. 3 Satz 1 SGB XI.

¹³³ § 26a SGB XI wurde als „dreigestuftes Beitrittsrecht“ ausgestaltet. Für eine Übergangszeit bis zum 30.6.2002 bestand ein Beitrittsrecht, welches hinsichtlich der zu erfüllenden Voraussetzungen danach unterschied, ob der Zugang bereits zum Inkrafttreten der Pflegeversicherung („großzügigeres Beitrittsrecht“) oder erst danach ausgeschlossen war (*ebd.*, Abs. 1 und 2). Seit dem 1.7.2002 besteht nur noch das Beitrittsrecht nach § 26a Abs. 3 SGB XI.

zur Pflegeversicherung zu nutzen. Keine Beitrittsmöglichkeit besteht, wenn seit der Einführung der Pflegeversicherung eine private Kranken- und Pflegeversicherung ohne zwingende Gründe aufgegeben wurde.¹³⁴

3.3 Finanzierung der Pflegeversicherung

Auch die Beitragsregelung der Pflegeversicherung orientiert sich wesentlich an dem Beitragsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung: Die gesetzliche Pflegeversicherung wird durch die Beiträge der versicherungspflichtigen Mitglieder finanziert.¹³⁵

3.3.1 Beitragshöhe, Beitragssatz

Die Bemessungsgrenze bei der Beitragsberechnung ist identisch mit der in der Gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Beitragsbemessungsgrenze.¹³⁶ Im Gegensatz zur Krankenversicherung wird der Beitragssatz nicht durch die Satzung der Pflegekasse festgesetzt, sondern beträgt per Gesetz bundeseinheitlich 1,7 Prozent.¹³⁷

3.3.2 Tragung der Beiträge

Grundsätzlich werden die Beiträge für die versicherungspflichtigen Beschäftigten im Umlageverfahren je zur Hälfte von den Arbeitnehmer und den Arbeitgeber getragen.¹³⁸ Für die Aufbringung der Beiträge in der Pflegeversicherung gilt jedoch zusätzlich die Besonderheit, dass die mit den Arbeitgeberbeiträgen verbundenen Belastungen der Wirtschaft auszugleichen sind. Dieser Ausgleich erfolgt(e) durch die Aufhebung eines gesetzlichen landesweiten, stets auf einen Werktag fallenden und somit bis dato arbeitsfreien, Feiertags.¹³⁹ Zur Umsetzung dieser, als „Feiertagsregelung“¹⁴⁰ bekannt gewordenen, Regelung der Pflegeversicherung haben - mit einer Ausnahme

¹³⁴ § 26a Abs. 3 Satz 4 in Verbindung mit Abs. 2 Satz 2 SGB XI.

¹³⁵ § 54 SGB XI.

¹³⁶ § 55 Abs. 2 SGB XI. Im Jahr 2005 betrug die für die Pflegeversicherung gleichermaßen geltende Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung 42.300,00 Euro jährlich, das entspricht einem monatlichen Betrag von 3.252,00 Euro (*Bekanntmachung der Rechengrößen der Sozialversicherung für 2005*, S. 42). Für die in der Gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversicherten Mitglieder der Pflegeversicherung gelten nach § 57 Abs. 1 SGB XI ebenfalls die gleichen Regelungen für die Beitragsbemessungsgrundlagen. Beitragspflichtige Einnahmen sind danach - wie in der Gesetzlichen Krankenversicherung - u.a. das Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung, die Renten- und Versorgungsbezüge (§ 226 und §§ 228 bis 238 SGB V). Auch für freiwillige Mitglieder gilt diese Analogisierung (§ 57 Abs. 4 SGB XI), wonach die Beitragsbemessung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und einen Mindestbeitrag zu berücksichtigen hat (§ 240 SGB V).

¹³⁷ Seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung am 1.1.1995 bis zum 30.6.1996 betrug dieser Beitragssatz 1 Prozent, mit Inkraftsetzen der zweiten Stufe der Pflegeversicherung (Gewährung stationärer Leistungen) erhöhte sich der Beitragssatz auf den seit dem 1.7.1996 geltenden Wert von 1,7 Prozent (§ 55 Abs. 1 SGB XI).

¹³⁸ § 58 Abs. 1 Satz 1 SGB XI.

¹³⁹ § 58 Abs. 2 SGB XI.

- alle Bundesländer den Wegfall eines solchen Feiertags beschlossen und entschieden sich dabei für den Buß- und Betttag. Nur im Bundesland Sachsen wurde kein Feiertag gestrichen. Da der Buß- und Betttag in Sachsen somit weiterhin als arbeitsfreier Feiertag besteht, und die mit der „Feiertagsregelung“ beabsichtigte Ausgleichsregelung dort nicht wirken kann, gilt derzeit nur für die Beschäftigten in Sachsen eine weitere, spezielle Regelung des SGB XI zur Beitragsaufbringung. Danach haben die Beschäftigten die Beiträge in Höhe von einem Prozent¹⁴¹ alleine aufzubringen, wenn und solange das jeweilige Bundesland nicht einen solchen Feiertag streicht.¹⁴²

Beschäftigte, die freiwillig Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung sind und grundsätzlich den Beitrag allein zu tragen¹⁴³ haben, erhalten - ähnlich wie in der Krankenversicherung - von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss in Höhe des Arbeitgeberbeitrags zu Pflegeversicherung.¹⁴⁴ Dieser Zuschuss richtet sich ebenfalls nach der „Feiertagsregelung“.¹⁴⁵

Rentenbezieher sind seit dem Frühjahr 2004 verpflichtet, ihre Beiträge aus der Rente der gesetzlichen Rentenversicherung allein zu tragen.¹⁴⁶ Seit Beginn des Jahres 2005 gilt ein, den Beitragssatz der Pflegeversicherung erhöhender Beitragszuschlag für alle kinderlosen¹⁴⁷ Mitglieder der Pflegeversicherung, die das 23. Lebensjahr vollendet haben.¹⁴⁸ Die zum „Beitragszuschlag für Kinderlose“ verpflichteten Mitglieder

¹⁴⁰ Zum Verlauf dieser, für die Inkraftsetzung der Pflegeversicherung entscheidenden, „Kompromisslösung“ sowie zur Umsetzung siehe ausführlich *Meier* (1997a), S. 46 f., 79-88.

¹⁴¹ Seitdem die Streichung eines weiteren Feiertages zur Kompensation der Beitragsbelastung durch die zweite Stufe der Pflegeversicherung nicht mehr als erforderlich angesehen wurde, blieb es bei der Feiertagsregelung für die erste Stufe der Pflegeversicherung (siehe *Fn. 140*) bezogen auf den hierfür festgelegten Beitragssatz von einem Prozent (siehe oben *Fn. 137*). Die Beschäftigten in Sachsen tragen somit seit dem 1.1.1995 als einzige Bundesbürger den Beitrag zur ersten Stufe der Pflegeversicherung alleine.

¹⁴² § 58 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 SGB XI. Maßgebend ist die Anzahl der am 31.12.1993 bestehenden landesweiten gesetzlichen Feiertage.

¹⁴³ § 59 Abs. 4 SGB XI.

¹⁴⁴ § 61 Abs. 1 Satz 1 in Verbindung mit § 58 Abs. 1 Satz 1 SGB XI. Für Beschäftigte, die einen privaten Pflegeversicherungsvertrag abgeschlossen haben (§§ 22, 23 SGB XI) gilt dies ebenfalls - der Zuschuss beträgt dabei jedoch höchstens die Hälfte des tatsächlich gezahlten Beitrags (§ 61 Abs. 2 SGB XI).

¹⁴⁵ Für die übrigen Versicherungspflichtigen der sozialen Pflegeversicherung gelten die gleichen Grundsätze der Gesetzlichen Krankenversicherung. Für Personen, die Unterhaltsleistungen aus öffentlichen Kassen beziehen (Lohnersatzleistungen, Leistungen nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz etc.) und deshalb in der Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind, werden die Beiträge vom Leistungsträger - unabhängig von der Abschaffung von Feiertagen - gezahlt.

¹⁴⁶ § 59 Abs. 1 Satz 1 SGB XI. Die Regelung zur alleinigen Tragung des Beitrags zur Pflegeversicherung durch die Rentenbezieher wurde durch das *Zweite Gesetz zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze* (Artikel 6, S. 3015) eingefügt und trat zum 1.4.2004 in Kraft (Artikel 13 Abs. 4, *ebd.*, S. 3017).

¹⁴⁷ Dieser zusätzliche Beitragssatz in Höhe von 0,25 Beitragssatzpunkten wird ausdrücklich im Gesetz als „Beitragszuschlag für Kinderlose“ begrifflich definiert (Legaldefinition in § 55 Abs. 3 Satz 1 SGB XI).

¹⁴⁸ Er gilt nicht für vor dem 1.1.1940 geborene Versicherte, Wehr- und Zivildienstleistende sowie Bezieher von Arbeitslosengeld II. Die Vorschrift (§ 55 Abs. 3 SGB XI) wurde mit dem *Gesetz zur Berücksichtigung*

der Pflegeversicherung haben diesen ausschließlich alleine zu tragen.¹⁴⁹

Beitragsfreiheit besteht für Familienversicherte und für Mitglieder bei Bezug von Mutterschafts- oder Erziehungsgeld sowie *auf Antrag*, wenn sie sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und nach anderen Regelungen¹⁵⁰ hierfür Leistungen erhalten.¹⁵¹

3.4 Organisation der Pflegeversicherung

Die Pflegekassen sind „unter dem Dach der Krankenversicherung“ bei den gesetzlichen Krankenkassen eingerichtet.¹⁵² Dort wird auch die benötigte administrative Infrastruktur zur Verfügung gestellt. Die Organe der Krankenkassen sind gleichzeitig die Organe der Pflegekassen.¹⁵³ Nach außen ist aus der Sicht der Versicherten die Kranken- und Pflegekasse identisch.¹⁵⁴

3.4.1 Ausgleichsfonds und Finanzausgleich

Nach dem Verständnis der sozialen Pflegeversicherung werden die Leistungsausgaben und die Verwaltungskosten von allen Pflegekassen gemeinsam getragen.¹⁵⁵ Um finanzielle Engpässe bei den einzelnen Pflegekassen zu vermeiden, und um die Leistungsfähigkeit bei der Leistungsgewährung nach dem Pflegeversicherungsgesetz sicherzustellen, wird ein kassenübergreifender Finanzausgleich vom Bundesversicherungsamt¹⁵⁶ durchgeführt.¹⁵⁷

3.4.2 Die Investitionskosten

Der Auf- und Ausbau der pflegerischen Infrastruktur liegt in der Verantwortung der

von Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung (Kinder-Berücksichtigungsgesetz - KiBG) eingeführt und trat zum 1.1.2005 in Kraft.

¹⁴⁹ § 58 Abs. 1 Satz 3 SGB XI für Beschäftigte sowie § 59 Abs. 5 SGB XI für alle übrigen Mitglieder der Pflegeversicherung.

¹⁵⁰ Zum Beispiel aus der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 44 SGB VII).

¹⁵¹ § 56 Abs. 1, 3 und 4 SGB XI. Letztgenannte jedoch nur dann, wenn sie keine Familienangehörigen haben, für die eine Familienversicherung nach § 25 SGB XI besteht.

¹⁵² § 46 SGB XI. Die für die Aufsicht über die Krankenkassen zuständigen Stellen führen ebenfalls die Aufsicht über die Pflegekassen (§ 46 Abs. 6 Satz 1 SGB XI).

¹⁵³ § 46 Abs. 2 SGB XI. Die Pflegekassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts bestehen seit dem 1.6.1994 (Artikel 68 Abs. 4 PflegeVG). Sie haben keine eigenen Landes-, Bundes- oder Spitzenverbände, vielmehr werden die Aufgaben auf Landes- und Bundesebene von den Landes- und Bundesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen wahrgenommen, und die Spitzenverbänden der Krankenkassen nehmen die Aufgaben der Spitzenverbände der Pflegekassen wahr (§§ 52, 53, 53a SGB XI). Zur Durchführung der den Pflegekassen übertragenen Aufgaben sollen diese örtliche und regionale Arbeitsgemeinschaften bilden (§ 12 Abs. 1 SGB XI).

¹⁵⁴ Kranken- und Pflegekassen können nur gemeinsam gegründet, aufgelöst, geschlossen oder mit anderen Kassen vereinigt werden (§ 46 Abs. 5 SGB XI).

¹⁵⁵ § 66 Abs. 1 Satz 1 SGB XI. So sind also die bei den Krankenkassen eingerichteten Pflegekassen faktisch wie eine einheitliche Pflegekasse tätig.

¹⁵⁶ Das Bundesversicherungsamt ist die Aufsichtsbehörde u.a. für die gesetzlichen Krankenkassen.

Bundesländer und wird von diesen landesrechtlich selbst geregelt. Das SGB XI gebietet dabei lediglich, dass eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende und wirtschaftliche pflegerische Versorgungsstruktur bestehen soll - zur Finanzierung der hierfür erforderlichen Investitionsmittel sollen Einsparungen eingesetzt werden, die den Trägern der Sozialhilfe durch die Einführung der Pflegeversicherung entstehen.¹⁵⁸ Die Investitionskosten dürfen nicht in die von den Pflegekassen geleisteten Pflegevergütungen eingehen und auch nicht bei den Entgelten für Unterkunft und Verpflegung berücksichtigt werden,¹⁵⁹ für die die Pflegebedürftigen bei stationärer Pflege selbst aufzukommen haben.¹⁶⁰

3.4.3 Der Sicherstellungsauftrag

Die Pflegekassen haben im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.¹⁶¹ Im Rahmen dieses Sicherstellungsauftrages schließen die Pflegekassen mit adäquaten Pflegeeinrichtungen¹⁶² Versorgungsverträge,¹⁶³ Leistungs- und Qualitäts- sowie Vergütungsvereinbarungen¹⁶⁴ und Rahmenverträge.¹⁶⁵ Sicherzustellen ist dabei von den Pflegekassen, dass die Leistungsausgaben die Beitragseinnahmen nicht überstei-

¹⁵⁷ §§ 65 bis 68 SGB XI. Der Ausgleich erfolgt monatlich und wird um einen bereinigenden Jahresausgleich ergänzt.

¹⁵⁸ § 9 SGB XI. Im Unterschied zum dualen Finanzierungssystem nach dem Krankenhausfinanzierungsrecht haben damit die Pflegeeinrichtungen keine bundesgesetzlich abgesicherten Rechtsansprüche auf Förderung ihrer Investitionen durch die Länder.

¹⁵⁹ § 82 Abs. 2 SGB XI. Die Pflegeeinrichtungen können jedoch gleichwohl, wenn entsprechende Investition des Landes nicht erfolgen und das Land der gesonderten Berechnung zustimmt, den Pflegebedürftigen die nicht abgedeckten Aufwendungen gesondert berechnen (§ 82 Abs. 3 SGB XI). Das Zustimmungserfordernis entfällt für die nicht nach Landesrecht geförderten Pflegeeinrichtungen - diese haben statt dessen das Land über die gesonderte Berechnung zu informieren (§ 82 Abs. 4 SGB XI).

¹⁶⁰ § 82 Abs. 1 Satz 3 SGB XI.

¹⁶¹ § 69 SGB XI.

¹⁶² Als „vertragsfähige“ Pflegeeinrichtungen gelten nur solche, die die leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Pflegebedürftigen gewährleisten und sich verpflichtet haben, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (§ 80 SGB XI) einzuführen und weiterzuentwickeln (§§ 71, 72 Abs. 3 SGB XI).

¹⁶³ Durch den Versorgungsvertrag mit einer Pflegeeinrichtung im Sinne des § 71 SGB XI wird diese Einrichtung zur Pflege zugelassen und verpflichtet die Pflegekassen, die Leistungen der Pflegeeinrichtung zu vergüten (§ 72 Abs. 4 SGB XI). Der Vertrag wird zwischen dem Träger der Pflegeeinrichtung einerseits und den Landesverbänden der Pflegekassen andererseits im Einvernehmen mit den überörtlichen Sozialhilfeträgern geschlossen (§ 72 Abs. 2 SGB XI). Ein solcher Vertrag kann von beiden Seiten gekündigt werden, von den Landesverbänden der Pflegekassen jedoch nur dann, wenn eine Pflegeeinrichtung nicht nur vorübergehend eine der Zulassungsvoraussetzungen nicht mehr erfüllt (§ 74 Abs. 1 SGB XI) oder eine grobe Vertragsverletzung begeht (*ebd.*, Abs. 2). Der Rechtsweg zu den Sozialgerichten ist - ohne Vorverfahren - gegeben (§ 73 Abs. 2 SGB XI).

¹⁶⁴ Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen bei teil- oder vollstationärer Pflege gemäß § 80a SGB XI. Die Vergütungsvereinbarungen müssen Pflegesätze vorsehen, die den Pflegeeinrichtungen eine leistungsgerechte Versorgung ermöglichen (§§ 82 ff. SGB XI). Kommt es nicht zu einer Vergütungsvereinbarung, können die Pflegeeinrichtungen den Preis ihrer Leistungen direkt mit den Pflegebedürftigen vereinbaren - diese erhalten dann jedoch nur 80 Prozent ihrer Kosten von der Pflegekasse erstattet; die Sozialhilfe darf den Differenzbetrag ebenfalls nicht erstatten (§ 91 SGB XI).

gen.¹⁶⁶ Etwaige Konflikte werden einer Schiedsstelle übertragen.¹⁶⁷ Ergänzend sind „Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern“¹⁶⁸ geregelt: Zur Sicherstellung der häuslichen Pflege können Verträge mit einzelnen Pflegekräften geschlossen werden¹⁶⁹ - im Bedarfsfall können die Pflegekassen auch eigene Pflegekräfte einstellen.¹⁷⁰ Mit den Leistungserbringern sind Verträge über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln zu schließen.¹⁷¹

3.4.4 Qualitätssicherung

Die Regelungen des Qualitätssicherungssystems der Pflegeversicherung finden sich detailliert im *Kapitel 5*.¹⁷²

3.5 Die Leistungen der Pflegeversicherung

Als oberer Grundsatz steht über allen Leistungsansprüchen aus der Pflegeversicherung der Vorrang der häuslichen Pflege. Die Bereitschaft der Familien und der Angehörigen zur Pflege und Betreuung soll gefördert werden.¹⁷³ Die Leistungen bei ambulanter Pflege werden seit dem 1. April 1995 gewährt, seit dem 1. Juli 1996 auch die Leistungen bei stationärer Pflege.¹⁷⁴ Im Jahr 2002 wurden die Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf ergänzt. Alle Leistungen

¹⁶⁵ Diese Rahmenverträge sollen die wirksame und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten sicherstellen (§ 75 SGB XI).

¹⁶⁶ Damit soll u.a. die Beitragssatzstabilität gewährleistet werden (§ 70 SGB XI).

¹⁶⁷ Diese wird von den Landesverbänden der Pflegekassen und den Vereinigungen der Einrichtungsträger länderspezifisch besetzt. Die Schiedsstelle hat die Aufgabe, Rahmenvertragsregelungen festzulegen und Vergütungen festzusetzen, wenn sich Beteiligten nicht über eine Vereinbarung einigen können (§ 76 SGB XI).

¹⁶⁸ §§ 77, 78 SGB XI.

¹⁶⁹ Dies jedoch nur, soweit und solange die Versorgung nicht durch einen zugelassenen Pflegedienst gewährleistet werden kann (§ 77 Abs. 1 SGB XI). In den Verträgen sind Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der vereinbarten Leistung zu regeln (*ebd.*, Satz 2). Voraussetzung für eine solche einzelvertragliche Regelung - ohne Zulassung durch einen Versorgungsvertrag - mit geeigneten Pflegekräften ist ferner, dass die Pflegekräfte nicht mit den Gepflegten verwandt oder verschwägert sind und kein Beschäftigungsverhältnis besteht (*ebd.*). Die in der Sozialhilfe noch möglichen Verträge im Rahmen des sogenannten „Arbeitgebermodells“ (siehe *Meier* (1997a), S. 96 f.) sind für die Pflegeversicherung ausgeschlossen - es gilt aber ein „Bestandsschutz“ für solche Beschäftigungsverhältnisse, die vor dem 1.5.1996 bestanden haben, wenn sie von der Pflegekasse anerkannt und vergütet wurden (§ 77 Abs. 1 Satz 5 SGB XI).

¹⁷⁰ § 77 Abs. 2 SGB XI.

¹⁷¹ § 78 SGB XI.

¹⁷² *Kapitel 5 Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - „Gesetz im Gesetz“* ab Seite 269 sowie insbesondere auch die Übersichten (*Übersicht 15 bis Übersicht 17*) in dem Kapitel unter 4.1 Die „Qualitätsmatrix“ der Pflegeversicherung und ihre Erweiterung durch das PQsG (ab Seite 370).

¹⁷³ *Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 2.

¹⁷⁴ Mit dieser Stufenregelung wurde zum einen ein „Beitragsvorlauf“ (siehe in diesem Kapitel *Fn. 137* (Seite 52)) von drei Monaten realisiert (Beitragseinnahmen bereits seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung zum 1.1.1995). Um für die Leistungsgewährung die finanziellen wie organisatorischen Voraussetzungen zu schaffen, traten die Regelungen über die stationären Leistungen erst eineinhalb Jahre später als „zweite Stufe“ der Pflegeversicherung, zusammen mit der Beitragssatzsteigerung (*ebd.*), in Kraft.

werden *nur auf Antrag* gewährt.¹⁷⁵ Neben dem Antragserfordernis ist der Leistungsanspruch vom Bestehen einer Vorversicherungszeit abhängig, die seit dem 1. Januar 2000 mindestens fünf Jahre beträgt.¹⁷⁶ Die Höhe der jeweiligen Leistung ist im Gesetz vorgegeben. Prinzipiell kann die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates die Höhe der Leistungen anpassen.¹⁷⁷

3.5.1 Der Begriff der Pflegebedürftigkeit und die Pflegestufen

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist im SGB XI festgelegt.¹⁷⁸ Pflegebedürftigkeit liegt danach vor, wenn ein Hilfebedarf für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung¹⁷⁹ besteht.¹⁸⁰ Die Hilfe besteht in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens, die kranke oder behinderte Menschen nicht oder nur unvollständig ausüben können. Sie kann auch darin bestehen, dass Pflegebedürftige beaufsichtigt oder angeleitet werden, um sie an eine eigenständige Übernahme der Tätigkeiten heranzuführen.¹⁸¹ Dabei wird der Hilfebedarf in die Bereiche Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung eingeteilt,¹⁸² und die Pflegebedürftigen werden für die Leistungsgewährung einer von drei Pflegestufen zugeordnet.¹⁸³ Kriterien sind dabei unter anderem die Häufigkeit des Hilfebedarfs und ein zeitlicher Mindestaufwand.¹⁸⁴

Das Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit ist ebenfalls gesetzlich gere-

¹⁷⁵ § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB XI. Auch ohne Antrag hat die Pflegekasse schon dann beratend tätig zu werden, wenn sie erfährt, dass Pflegebedürftigkeit droht oder eingetreten ist (§ 7 Abs. 2 SGB XI).

¹⁷⁶ Diese Vorversicherungszeit oder auch „Wartezeit“ muss innerhalb der letzten zehn Jahre vor der Antragstellung erfüllt sein (§ 33 Abs. 1 und 2 Satz 1 Nr. 5 SGB XI). Als Versicherungszeiten gelten die Versicherung als Mitglied, Familienangehörige sowie Zeiten der Weiterversicherung bei Ausscheiden aus der Versicherungspflicht wegen eines Auslandsaufenthaltes (§ 26 Abs. 2 SGB XI). Zusätzlich gilt für versicherte Kinder die Vorversicherungszeit als erfüllt, wenn ein Elternteil sie erfüllt (§ 33 Abs. 2 Satz 3 SGB XI).

¹⁷⁷ Die seit Inkrafttreten des SGB XI unverändert bestehende Dynamisierungsregelung des § 30 SGB XI sieht dazu eine Verordnungsermächtigung vor. Diese ermöglicht allerdings nur Anpassungen im Rahmen des geltenden Beitragssatzes und der sich daraus ergebenden Einnahmeentwicklung.

¹⁷⁸ § 14 SGB XI.

¹⁷⁹ Dazu wird in § 14 Abs. 2 SGB XI festgelegt, was als Krankheit oder Behinderung im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes anzusehen ist: „[...] 1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, 2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, 3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.“

¹⁸⁰ Der Hilfebedarf muss sich auf einen Zeitraum von voraussichtlich mindestens sechs Monaten beziehen (§ 14 Abs. 1 SGB XI).

¹⁸¹ § 14 Abs. 3 SGB XI.

¹⁸² § 14 Abs. 4 SGB XI.

¹⁸³ § 15 Abs. 1 und 2 SGB XI.

¹⁸⁴ § 15 Abs. 3 SGB XI.

gelt.¹⁸⁵ Die Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Einstufung trifft die Pflegekasse auf der Grundlage des Begutachtungsergebnisses des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung prüft, ob Pflegebedürftigkeit besteht und welcher Pflegestufe diese zuzuordnen ist.¹⁸⁶ Gleichzeitig wird dabei geprüft, ob Rehabilitationsmaßnahmen¹⁸⁷ angezeigt sind.¹⁸⁸ Näher geregelt ist dieses Feststellungsverfahren in den „Richtlinien der Pflegekassen“,¹⁸⁹ die als „untergesetzliche Normen“ für die Pflegekassen wie für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung verbindlich sind und bundesweit einheitlich gelten.¹⁹⁰ Geringfügiger oder kurzzeitiger Hilfebedarf führen nicht zur Anerkennung einer Pflegestufe. Ein Hilfebedarf allein bei der hauswirtschaftlichen Versorgung wird ebenfalls nicht von der Pflegeversicherung finanziert.¹⁹¹

¹⁸⁵ § 18 SGB XI. Das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit wird durch einen Antrag des Pflegebedürftigen eingeleitet (§ 33 Abs. 1 SGB XI).

¹⁸⁶ Die Pflegekassen lassen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Pflegestufe vorliegt (§ 18 Abs. 1 SGB XI). Ferner hat der Medizinische Dienst Maßnahmen zur Rehabilitation, Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen (*ebd.*, Abs. 6 Satz 1). Wird Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen beantragt (§ 37 SGB XI), hat der Medizinische Dienst zu prüfen, ob die häusliche Pflege in ausreichender Weise sichergestellt ist (§ 18 Abs. 6 Satz 2 SGB XI). Die Begutachtung erfolgt durch Ärzte, Pflegefachkräfte und andere Fachkräfte des Medizinischen Dienstes (*ebd.*, Abs. 7).

¹⁸⁷ Wie in der gesetzlichen Rentenversicherung („Rehabilitation vor Rente“) gilt auch in der Pflegeversicherung das Prinzip vom Vorrang der Rehabilitationsmaßnahmen (§ 5 in Verbindung mit § 18 Abs. 6 Satz 1 SGB XI).

¹⁸⁸ Die Pflegekasse erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vorläufig, wenn diese erforderlich sind, um unmittelbar drohende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten und der zuvor über die Eilbedürftigkeit zu unterrichtende, zuständige Träger nicht spätestens vier Wochen nach der Antragstellung tätig wird (§ 32 SGB XI). Die Pflegekasse tritt dann für die jeweils zuständigen Leistungsträger in „Vorleistungen“ und hat anschließend diesen gegenüber einen „Erstattungsanspruch“. Die nunmehr als Handlungspflicht (und damit auch als Rechtsanspruchsleistung) ausgestaltete Regelung - zuvor war sie als Ermessensleistung normiert - zeigt, dass dem in § 5 SGB XI formulierten Prinzip von Prävention und Rehabilitation zunehmend größere Bedeutung beigemessen wird.

¹⁸⁹ Nach § 17 SGB XI sind von den Spitzenverbänden der Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes Richtlinien zur näheren Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit, der Pflegestufen und zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit festzulegen. Die Beteiligung weiterer Spitzenverbände sowie die abschließende Genehmigung des zuständigen Bundesministeriums (derzeit das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), siehe in diesem Kapitel *Fn. 91 (Seite 45)*) sind zur Wirksamkeit der Richtlinien vorausgesetzt. Im übrigen sieht § 16 SGB XI eine Verordnungsermächtigung des BMG als zuständiges Ministerium (dto.) zur Festlegung diesbezüglicher Richtlinien vor.

¹⁹⁰ Die *Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien - PfIRi)*, im Folgenden kürzer mit *Pflegebedürftigkeits-Richtlinien* bezeichnet, regeln allgemein und grundsätzlich die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen. Die *Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien - BRi)* - im Folgenden kürzer mit *Begutachtungs-Richtlinien* bezeichnet - regeln detailliert und einheitlich das Begutachtungsverfahren zur Feststellung und Einstufung bei Pflegebedürftigkeit. Die *Begutachtungs-Richtlinien* sind bei der Umsetzung des Feststellungsverfahrens von größerer praktischer Bedeutung.

¹⁹¹ 4.1 *Pflegebedürftigkeits-Richtlinien*. Zwar sind zur Aktivierung des Pflegebedürftigen auch Hilfeleistungen bei Verrichtungen außerhalb der Wohnung notwendig, doch sollen nur die für die Aufrechterhaltung der Lebensführung zu Hause unumgänglichen Maßnahmen einbezogen werden. Hilfen beispielsweise

Dieser muss zu einem Hilfebedarf in den einzelnen Bereichen der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität hinzukommen.¹⁹² Der pflegerische Aufwand (Grundpflege) muss dabei gegenüber dem hauswirtschaftlichen Aufwand stets im Vordergrund stehen.¹⁹³

Die *Pflegestufe I* („Erhebliche Pflegebedürftigkeit“) legt die Mindestvoraussetzungen für einen Leistungsanspruch aus der Pflegeversicherung fest. Erforderlich ist ein mindestens einmal täglicher Hilfebedarf bei wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität.¹⁹⁴ Der wöchentliche Zeitaufwand, den eine nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für alle für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss im Tagesdurchschnitt mindestens eineinhalb Stunden betragen - der pflegerische Aufwand muss dabei gegenüber dem hauswirtschaftlichen Aufwand überwiegen.¹⁹⁵

Die *Pflegestufe II* („Schwerpflegebedürftigkeit“) liegt vor, bei einem mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten erforderlichen Hilfebedarf bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität.¹⁹⁶ Der wöchentliche Zeitaufwand muss im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen - der pflegerische Aufwand muss gegenüber dem hauswirtschaftlichen Aufwand ein deutliches Übergewicht haben.¹⁹⁷

Wenn der Hilfebedarf so groß ist, dass jederzeit eine Pflegeperson unmittelbar erreichbar sein muss, weil der konkrete Hilfebedarf jederzeit anfallen kann (Rund-um-die-Uhr-Betreuung), besteht „Schwerstpflegebedürftigkeit“ im Sinne des SGB XI als *Pflegestufe III*.¹⁹⁸ Der wöchentliche Zeitaufwand muss in dieser Pflegestufe im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen - der pflegerische Aufwand muss

bei Spaziergängen oder Besuchen von kulturellen Veranstaltungen werden nicht gefördert (3.4.2 *Pflegebedürftigkeits-Richtlinien*).

¹⁹² In allen Pflegestufen ist in gleicher Weise vorausgesetzt, dass zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden (§ 15 Abs. 1 SGB XI).

¹⁹³ So bereits ausdrücklich in der Gesetzesbegründung zur Einführung der Pflegeversicherung formuliert (*Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 97).

¹⁹⁴ § 15 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI.

¹⁹⁵ § 15 Abs. 3 Nr. 1 SGB XI. Die Vorschrift legt ausdrücklich fest, dass dabei die Grundpflege mehr als 45 Minuten, also mehr als die Hälfte, ausmachen muss.

¹⁹⁶ § 15 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI.

¹⁹⁷ § 15 Abs. 3 Nr. 2 SGB XI. Auf die Grundpflege müssen mindestens zwei Stunden, also mindestens zwei Drittel, entfallen.

¹⁹⁸ § 15 Abs. 1 Nr. 3 SGB XI.

hierbei deutlich im Vordergrund stehen.¹⁹⁹

Übersicht 1: Hilfebedarf und Stufen der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit (14 Abs. 1 SGB XI)	erforderlicher Hilfebedarf (§ 14 Abs. 4 Nr. 1 - 4 SGB XI)			
Wer auf Dauer, mindestens sechs Monate, wegen Krankheit oder Behinderung bei den <i>gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen</i> des täglichen Lebens auf Hilfe angewiesen ist	Körperpflege <ul style="list-style-type: none"> • Waschen • Duschen • Baden • Zahnpflege • Kämmen • Rasieren • Darm- oder Blasenentleerung 	Ernährung <ul style="list-style-type: none"> • Mundgerechtes Zubereiten oder Aufnahme der Nahrung 	Mobilität <ul style="list-style-type: none"> • Selbständiges Aufstehen und Zu-Bett-Gehen • An- und Auskleiden • Gehen • Stehen • Treppensteigen • Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung 	Hauswirtschaftliche Versorgung <ul style="list-style-type: none"> • Einkaufen • Kochen • Reinigen der Wohnung • Spülen • Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung • Beheizen
Stufe I erheblich Pflegebedürftige (§ 15 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 3 Nr. 1 SGB XI)	mindestens einmal täglich bei wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen		zusätzlich mehrfach wöchentlich	
Stufe II Schwerpflegebedürftige (§ 15 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 3 Nr. 2 SGB XI)	mindestens dreimal täglich, zu verschiedenen Tageszeiten		zusätzlich mehrfach wöchentlich	
Stufe III Schwerstpflegebedürftige (§ 15 Abs. 1 Nr. 3 und Abs. 3 Nr. 3 SGB XI)	rund um die Uhr, auch nachts		zusätzlich mehrfach wöchentlich	
	mindestens fünf Stunden im Tagesdurchschnitt (wöchentlich) Pflegerischer Aufwand muss gegenüber dem hauswirtschaftlichen Aufwand <i>deutlich im Vordergrund</i> stehen (mindestens vier Stunden)			

(Quelle: eigene Darstellung)²⁰⁰

Pflegebedürftige Kinder sind zur Feststellung des Hilfebedarfs mit gesunden Kindern gleichen Alters zu vergleichen.²⁰¹ Im ersten Lebensjahr soll Pflegebedürftigkeit nur ausnahmsweise vorliegen - es ist dazu eine besondere Begründung erforderlich. Bei Säuglingen oder Kleinkindern soll für die Beurteilung nur der über den natürlichen, altersbedingten Pflegeaufwand hinausgehende Hilfebedarf maßgeblich sein. Bei kranken oder behinderten Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf zu berücksichtigen, der

¹⁹⁹ § 15 Abs. 3 Nr. 3 SGB XI. Auf die Grundpflege müssen mindestens vier Stunden, also mindestens 80 Prozent, entfallen.

²⁰⁰ Aktualisierte und überarbeitete Übersicht aus Meier (1997a), S. 54.

²⁰¹ § 15 Abs. 2 SGB XI.

sich zum Beispiel in Folge einer angeborenen Erkrankung, einer intensivmedizinischen Behandlung oder einer Operation im Bereich der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität ergibt und u.a. in häufigen Mahlzeiten oder zusätzlicher Körperpflege bzw. Lagerungsmaßnahmen bestehen kann.²⁰²

3.5.2 Leistungen bei häuslicher Pflege

Entsprechend der Pflegestufe erhalten Pflegebedürftige häusliche Pflegehilfe (Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung durch geeignete Pflegekräfte). Der Anspruch auf Pflegesachleistung umfasst Pflegeeinsätze bis zu einem Gesamtwert von 384,00 Euro in der Pflegestufe I, 921,00 Euro in der Pflegestufe II und 1.432,00 Euro in der Pflegestufe III monatlich.²⁰³ Zur Vermeidung von Härtefällen können die Pflegekassen darüber hinaus weitere Pflegeeinsätze bis zu einem monatlichen Gesamtwert von 1.918,00 Euro gewähren, wenn ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt, der das Maß der Pflegestufe III weit übersteigt.²⁰⁴ Dabei haben die Pflegekassen sicherzustellen, dass diese Ausnahmeregelung für nicht mehr als drei Prozent der bei ihr versicherten Pflegebedürftigen der Pflegestufe III, die häuslich gepflegt werden, angewendet wird.²⁰⁵ Auch zur Anwendung dieser Härtefallregelung wurden Richtlinien, ergänzend zu den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien,²⁰⁶ erlassen.²⁰⁷ Darin werden zum einen der Umfang eines außergewöhnlich hohen Hilfe- und Pflegebedarf näher gefasst und anhand einer Aufzählung von dafür typischen Krankheitsbildern konkretisiert.

Anstelle der Sachleistung kann auch ein Pflegegeld von 205,00 Euro in der Pflegestufe I, 410,00 Euro (Stufe II) und 665,00 Euro (Stufe III) beantragt werden, wenn damit die Pflege durch eine geeignete Person sichergestellt ist.²⁰⁸

Pflegebedürftige sind verpflichtet, in den Pflegestufen I und II mindestens einmal

²⁰² 4.2 *Pflegebedürftigkeits-Richtlinien* sowie *Begutachtungs-Richtlinien* (5. III Nr. 7) zu weiteren Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Kindern einschließlich der Zeitbemessung.

²⁰³ § 36 Abs. 1 bis 3 SGB XI.

²⁰⁴ § 36 Abs. 4 Satz 1 SGB XI sieht für die Pflegekassen im Rahmen einer Ermessensleistung die Übernahme weiterer Pflegeeinsätze vor.

²⁰⁵ § 36 Abs. 4 Satz 2 SGB XI.

²⁰⁶ Siehe in diesem Kapitel *Fn. 190 (Seite 58)*.

²⁰⁷ Die *Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Anwendung der Härtefallregelungen (Härtefall-Richtlinien - HRi)* im Folgenden kürzer mit *Härtefall-Richtlinien* bezeichnet, sind wie die *Pflegebedürftigkeits-Richtlinien* und die *Begutachtungs-Richtlinien* nach § 17 Abs. 1 Satz 3 SGB XI festzulegen (siehe in diesem Kapitel *Fn. 189 (Seite 58)*). Mit der zuletzt am 3.7.1996 erfolgten Änderung der *Härtefall-Richtlinien* wurde die bis dahin nur für den ambulanten Bereich geltenden Richtlinien um das Verfahren zur Feststellung bei Kombinationsleistungen und bei der vollstationären Pflege ergänzt. Die ministerielle Genehmigung für diese Änderungen wurde am 15.7.1996 erteilt (*ebd.*).

²⁰⁸ § 37 Abs. 1 SGB XI. Wenn der Anspruch nicht für einen vollen Kalendermonat besteht, wird das Pflegegeld entsprechend gekürzt. Das gilt dann nicht, wenn der Pflegebedürftige verstorben ist (*ebd.*, Abs. 2).

halbjährlich sowie in der Stufe III mindestens einmal vierteljährlich eine „professionelle“ Beratung²⁰⁹ durch eine vertragsgemäße Pflegeeinrichtung²¹⁰ abzurufen, um die Qualität der häuslichen Pflege zu sichern und die häuslich Pflegenden in ihrer Arbeit zu unterstützen.²¹¹ Die Vergütungen für diese „Pflichtberatungseinsätze“ sind gesetzlich festgelegt (Pflegestufen I, und II: 16,00 Euro; Pflegestufe III: 26,00 Euro) und von der zuständigen Pflegekasse bzw. von dem privaten Versicherungsunternehmen zu tragen. Die Pflegedienste haben die Beratungseinsätze zu bestätigen und müssen den Pflegebedürftigen die dabei gewonnenen Erkenntnisse mitteilen. Mit Zustimmung der Pflegebedürftigen werden diese ebenfalls an die zuständige Pflegekasse, bzw. bei privat Pflegeversicherten an das Versicherungsunternehmen, weitergegeben.²¹² Wird die vorgeschriebene Beratung nicht abgerufen, kommt es zur Kürzung und im Wiederholungsfall zum Entzug des Pflegegeldes.²¹³

Die Pflegesachleistung und das Pflegegeld können auch kombiniert werden. Dazu wird das Pflegegeld entsprechend der in Anspruch genommenen Sachleistung gekürzt.²¹⁴

Die „häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson“, oft verfälschend-
fehldeutig kurz als „Verhinderungspflege“ bezeichnet, umfasst die Kostenübernahme für eine Ersatzpflege für längstens vier Wochen im Kalenderjahr bis zu höchstens 1.432,00 Euro, wenn die Pflegeperson für einen begrenzten Zeitraum u.a. wegen Erholungsurlaubs oder auch bei einer Erkrankung nicht tätig sein kann.²¹⁵ Bei erstmaliger Inanspruchnahme dieser Leistung ist Voraussetzung, dass die Pflegebedürftigen durch die Pflegeperson zuvor mindestens zwölf Monate in ihrer häuslichen Umgebung gepflegt worden sind.²¹⁶ Für den Fall, dass die Ersatzpflege in einem Heim o-

²⁰⁹ Bis zum Jahr 2002 als sogenannter „Pflege-Pflichteinsatz“ bezeichnet.

²¹⁰ Siehe in diesem Kapitel *Fn. 162 (Seite 55)*.

²¹¹ § 37 Abs. 3 SGB XI. Zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche haben die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit den Trägern der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Empfehlungen zu beschließen (§ 37 Abs. 5). Diese liegen derzeit noch nicht vor.

²¹² § 37 Abs. 4 SGB XI.

²¹³ *ebd.*, Abs. 6.

²¹⁴ § 38 SGB XI. Wenn beispielsweise in der Pflegestufe II Pflegesachleistungen in Höhe von 736,80 Euro in Anspruch genommen werden (müssen), entspricht dies 80 Prozent der Pflegesachleistung gemäß § 36 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI. Es verbleibt ein Anspruch auf Pflegegeld in Höhe von 20 Prozent des in der Pflegestufe II gemäß § 37 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI maßgeblichen Wertes von 410,00 Euro, das sind 82,00 Euro auszuzahlendes Pflegegeld. An die gewählte Kombination sind Pflegebedürftige für die Dauer von sechs Monaten gebunden (§ 38 Satz 3 SGB XI).

²¹⁵ § 39 Satz 1 und 3 SGB XI.

²¹⁶ § 39 Satz 2 SGB XI. Die durch das *Erste Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze* (Artikel 1 Nr. 16, S. 831) geänderte und ergänzte Vorschrift stellt klar, dass die Ersatz-

der einer vergleichbaren Einrichtung erbracht wird, dürfen die Pflegekassen nur die pflegebedingten Aufwendungen übernehmen (also nicht die Investitionskosten, Unterkunft- und Verpflegungskosten oder Zusatzleistungen). Wird die Ersatzpflege von einer nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson²¹⁷ geleistet, gilt dies als selbstbeschaffte Hilfe - die Pflegekasse darf in diesem Fall nur Aufwendungen in Höhe des Pflegegeldes²¹⁸ erbringen. Sie *kann* zusätzlich entstandene, notwendige Aufwendungen der Pflegeperson erstatten, auch dann jedoch insgesamt nur bis zu 1.432,00 Euro im Kalenderjahr.²¹⁹

Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit notwendigen Hilfsmitteln zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung der Beschwerden oder um ihnen eine selbständigere Lebensführung zu ermöglichen²²⁰ - wobei technische Hilfsmittel²²¹ vorrangig leihweise überlassen werden sollen. Bei den „für zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln“²²² sind die Aufwendungen der Pflegekassen allerdings auf einen Höchstbetrag von 31,00 Euro monatlich begrenzt.²²³ Für alle anderen Hilfsmittel ist zudem von volljährigen Pflegebedürftigen eine Zuzahlung zu leisten.²²⁴

Zusätzlich können von den Pflegekassen Zuschüsse bis zu 2.557,00 Euro zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes gewährt werden. Voraussetzung für die im Ermessen der Pflegekassen zu gewährende Leistung ist, dass dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege überhaupt erst ermöglicht oder erheblich erleichtert wird o-

pflege nicht durch professionelle Kräfte erfolgen muss; sie ist auch nicht auf den Haushalt der Pflegebedürftigen beschränkt - es soll hier ein „erweiterter Häuslichkeitsbegriff“ gelten.

²¹⁷ Dies wird gesetzlich vermutet, wenn die „Ersatzpflegenden“ mit den Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind oder mit ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben (§ 39 Satz 4 SGB XI).

²¹⁸ Zu den Höchstbeträgen des Pflegegeldes nach § 37 Abs. 1 SGB XI siehe in diesem Kapitel, *Übersicht 2* (Seite 75).

²¹⁹ § 39 Satz 5 und 6 SGB XI (Zur Begründung siehe: *Bundestags-Drucksache 13/3696*, S. 13).

²²⁰ Die Notwendigkeit der Hilfsmittelversorgung wird durch die Pflegekasse unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes geprüft (§ 40 Abs. 1 SGB XI). Mittel des täglichen Lebensbedarfs sind ausgeschlossen (*Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 113). Als Anlage zum Hilfsmittelverzeichnis, welches für die gesetzliche Krankenversicherung gilt, haben die Spitzenverbände der Pflegekassen ein Verzeichnis der Pflegemittel erstellt, die von den Pflegekassen finanziert werden (§ 78 Abs. 2 SGB XI).

²²¹ Zum Beispiel Pflegebetten oder Hausnotrufanlagen.

²²² Zum Beispiel Desinfektionsmittel oder Unterlagen.

²²³ § 40 Abs. 2 SGB XI.

²²⁴ In Höhe von zehn Prozent je Hilfsmittel - höchstens 25,00 Euro - an die abgebende Stelle (§ 40 Abs. 3 Satz 4 SGB XI). Eine vollständige bzw. - seit deren Wegfall mit dem *Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung* seit 2004 allein noch vorgesehene - teilweise Befreiung von der Zuzahlung (bei Überschreitung der „Belastungsgrenze“), wie in der Gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtend vorgesehen (§§ 61 alte Fassung, 62 SGB V), ist in der Pflegeversicherung lediglich als Ermessensleistung der Pflegekasse vorgesehen (§ 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI). Eine verpflichtende Härtefallregelung wie in der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde für die Pflegeversicherung als nicht notwendig angesehen (*Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 114).

der eine möglichst selbständige Lebensführung der Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Bei den Maßnahmen (zum Beispiel die Verbreiterung von Türen, den Einbau einer Dusche oder eines Treppenliftes) ist eine individuelle Bezuschussung vorgesehen - die Pflegebedürftigen haben einen angemessenen Eigenanteil zu leisten.²²⁵

Alle Hilfsmittel sind von den Pflegekassen subsidiär zu gewähren, d.h. nur insoweit nicht andere Leistungsträger zuständig sind.²²⁶

Pflegebedürftige mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen *können* neben den ambulanten und teilstationären Leistungen in häuslicher Pflege einen zusätzlichen Betreuungsbetrag von der zuständigen Pflegekasse²²⁷ erhalten, wenn ein erheblicher allgemeiner Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf besteht²²⁸ und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung feststellt, dass eine dauerhafte, erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz besteht.²²⁹ Die in Anspruch genommenen zusätzlichen Betreuungsleistungen sind gegenüber der Pflegekasse²³⁰ nachzuweisen. Es werden bis zu höchstens 460,00 Euro jährlich erstattet. Der in einem Jahr nicht verbrauchte Betrag kann auf das Folgejahr übertragen werden.²³¹

3.5.3 Leistungen bei teilstationärer- und Kurzzeitpflege

Wenn häusliche Pflege nicht in ausreichendem Maße sichergestellt werden kann oder wenn dies zur Ergänzung oder Stärkung der häuslichen Pflege erforderlich ist,

²²⁵ § 40 Abs. 4 SGB XI. Sowohl zu den zu bezuschussenden Maßnahmen als auch zur Festlegung des „angemessenen“ Eigenanteils ist eine „nähere Regelung“ durch die Spitzenverbände der Pflegekassen vorgesehen (§ 78 Abs. 2 SGB XI).

²²⁶ In die Zuständigkeit der Pflegekassen fällt eine Leistung zum Beispiel dann nicht, wenn diese wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenkasse oder einem anderen Leistungsträger zu gewähren ist. Hier wird also der rein leistungsrechtliche Unterschied zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit zur Abgrenzung der Kostenträgerschaft relevant.

²²⁷ Bzw. von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen, im Fall der Beihilfeberechtigung von der Beihilfefestsetzungsstelle.

²²⁸ §§ 45a Abs. 1 und 45b SGB XI.

²²⁹ Das Gesetz legt als Maßgabe fest, dass die Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt ist, wenn wenigstens zwei von insgesamt 13 benannten Schädigungen und Fähigkeitsstörungen (u.a. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereichs (Weglauffendenz), Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen, unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen, tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation, inadäquates Verhalten im situativen Kontext) festgestellt werden (§ 45a Abs. 2 Satz 3 SGB XI). Die nach § 45a Abs. 2 Satz 3 SGB XI von den Spitzenverbänden der Pflegekassen und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes zu beschließenden Details zur Begutachtung und Feststellung liegen seit 2002 als *Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz* vor. Sie ergänzen die Richtlinien nach § 17 SGB XI (siehe in diesem Kapitel *Fn. 189 (Seite 58)*) welche um dieses Verfahren ergänzt werden sollen (*ebd.*).

²³⁰ Bzw. der zuständigen Stelle (siehe oben *Fn. 227*).

²³¹ § 45b Abs. 2 SGB XI.

haben Pflegebedürftige Anspruch auf teilstationäre Pflege in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege.²³² Die Aufwendungen sind nach Pflegestufen gestaffelt.²³³ Sie umfassen pflegebedingte Aufwendungen, Aufwendungen der sozialen Betreuung und notwendige Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.²³⁴ Kombinationsleistungen sind ebenfalls möglich: Zum einen können neben der Tages- und Nachtpflege auch Pflegesachleistungen der häuslichen Pflegehilfe in Anspruch genommen werden, sofern insgesamt die dort genannten Höchstbeträge nicht überschritten werden.²³⁵ Zum anderen können die Geld und Sachleistungen auch kombiniert werden.²³⁶

Für bis zu vier Wochen ist unter engen Voraussetzungen ein Anspruch auf stationäre Versorgung im Rahmen der Kurzzeitpflege vorgesehen, wobei die Aufwendungen jährlich 1.423,00 Euro nicht überschreiten dürfen.²³⁷ Als Aufwendungen gelten ebenfalls pflegebedingte Aufwendungen, Aufwendungen der sozialen Betreuung und - nach der bis zum 30.6.2007 verlängerten Übergangsregelung - Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.²³⁸

3.5.4 Leistungen bei vollstationärer Pflege

Für den Fall, dass häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist oder im Ein-

²³² Das sind Pflegeeinrichtungen, in denen Pflegebedürftige nur tagsüber oder nachts gepflegt werden (§ 71 Abs. 2 Nr. 2 SGB XI). Insbesondere bei kurzfristiger Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit, bei einer (Teil-) Erwerbstätigkeit der Pflegeperson bzw. zu ihrer Entlastung oder wenn Pflegebedürftige nur an einigen Stunden am Tag oder in der Nacht der ständige Beaufsichtigung bedürfen, sollen teilstationäre Aufwendungen erbracht werden. Die teilstationären Einrichtungen müssen die tägliche Hin- und Rückfahrt des Pflegebedürftigen sicherstellen, soweit dies den Pflegepersonen nicht möglich ist (§ 41 SGB XI, *Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 114 f.).

²³³ In der Pflegestufe I bis zu 384,00 Euro, Pflegestufe II bis zu 921,00 Euro und Pflegestufe III bis zu 1.432,00 Euro monatlich (§ 41 Abs. 2 SGB XI).

²³⁴ Diese Regelung über die Zuordnung der medizinischen Behandlungspflege gilt als Übergangsregelung für die stationären und teilstationären Leistungen schon seit 1996 und wurde seitdem mehrfach verlängert - zuletzt bis zum 30.6.2007 mit dem *Gesetz zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz)*, S. 828. Die Änderung wurde kurzfristig bei der Beratung im Ausschuss als Artikel 9a Nr. 2 eingefügt (*Bundestags-Drucksache 15/4751*, S. 25) und so unverändert beschlossen. Erst im Zuge der beabsichtigten umfassenden Reform der Pflegeversicherung - so die Begründung - soll(te) mit der dann ebenfalls vorgesehenen, endgültigen Ausgestaltung der stationären Pflegeleistungen auch die Frage der Zuordnung der medizinischen Behandlungspflege geregelt werden (*ebd.*, S. 47).

²³⁵ Zu den Höchstbeträgen bei den Pflegesachleistungen nach § 36 SGB XI siehe in diesem Kapitel, *Übersicht 2 (Seite 75)*.

²³⁶ Die Höhe des anteiligen Pflegegeldes wird wie bei der Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI, siehe in diesem Kapitel *Fn. 214 (Seite 62)*) berechnet (§ 41 Abs. 3 SGB XI).

²³⁷ Die Kurzzeitpflege ist vorgesehen, wenn weder häusliche noch teilstationäre Pflege ausreichen. Sie gilt für eine Übergangszeit im Anschluss an stationäre Behandlung (bei, für eine häusliche Pflege, noch erforderlichen Umbaumaßnahmen oder wenn die Pflegeperson die Pflege nicht sofort übernehmen kann) und für „Krisenzeiten“, etwa bei völligem Ausfall der Pflegeperson oder bei erheblicher Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit (§ 42 SGB XI, *Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 115).

²³⁸ Für diese Übergangsregelung hinsichtlich der Zuordnung der medizinischen Behandlungspflege siehe zuvor *Fn. 234*.

zelfall²³⁹ nicht in Betracht kommt, besteht ein Anspruch auf Ganztagspflege in Pflegeheimen (vollstationäre Pflege).²⁴⁰ Die Pflegekassen übernehmen auch für die vollstationäre Pflege die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.²⁴¹ Die Leistungen werden als Pauschalen, nach Pflegestufen in unterschiedlicher Höhe, geleistet: für Pflegebedürftige der Pflegestufe I in Höhe von 1.023,00 Euro monatlich, für Pflegebedürftige der Pflegestufe II in Höhe von 1.279,00 Euro monatlich und für Pflegebedürftige der Pflegestufe III in Höhe von 1.432,00 Euro monatlich.²⁴² Die Aufwendungen im Rahmen der Härtefallregelung²⁴³ sind von den Pflegekassen mit 1.688,00 Euro monatlich - ebenfalls pauschal - an die stationären Pflegeeinrichtungen zu leisten.²⁴⁴ Bei all dem ist der von der Pflegekasse zu übernehmende Betrag auf höchstens 75 Prozent des Heimentgeltes²⁴⁵ begrenzt.²⁴⁶ Hinzu kommt eine jährliche Ausgabenbegrenzung für die einzelne Pflegekasse. Danach dürfen dort die Ausgaben für die vollstationäre Pflege im Jahr durchschnittlich 15.339,00 Euro je Pflegebedürftigen nicht übersteigen.²⁴⁷ Bei dieser Ausgabenbegrenzung werden die Härtefälle nicht berücksichtigt. Die Pflegekasse hat nach der gesonderten Härtefallregelung zu gewährleisten, dass diese auf fünf Prozent der Pflegebedürftigen der Pflegestufe III begrenzt bleibt.²⁴⁸

Der gesamte Regelungskomplex zur vollstationären Pflege gilt in dieser Form bis zum 30.6.2007.²⁴⁹

²³⁹ Die Erforderlichkeit stationärer Pflege ist bei festgestellter Pflegestufe III grundsätzlich anzunehmen (4.4 der *Pflegebedürftigkeits-Richtlinien* und 6.4 der *Begutachtungs-Richtlinien*). Die vollstationäre Pflege kommt in Betracht, wenn beispielsweise die Überforderung der Pflegeperson oder die Verwahrlosung des Pflegebedürftigen droht oder schon eingetreten ist, bei Eigen- oder Fremdgefährdungstendenzen des Pflegebedürftigen sowie in den Fällen, in denen die häusliche Pflege durch die räumlichen Gegebenheiten verunmöglicht wird und dies durch Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (§ 40 Abs. 4 SGB XI) nicht verbessert werden kann.

²⁴⁰ § 43 Abs. 1 SGB XI.

²⁴¹ Für die Übergangsregelung hinsichtlich der Zuordnung der medizinischen Behandlungspflege siehe zuvor *Fn. 234*.

²⁴² § 43 Abs. 5 SGB XI.

²⁴³ § 43 Abs. 3 SGB XI. Zu den *Härtefall-Richtlinien* siehe in diesem Kapitel *Fn. 207 (Seite 61)*.

²⁴⁴ § 43 Abs. 5 Satz 1 Nr. 4 SGB XI.

²⁴⁵ Gesamtbetrag aus Pflegesatz, Entgelt für Unterkunft und Verpflegung sowie den anrechenbaren Investitionskosten (siehe dazu in diesem Kapitel unter *Fn. 159 (Seite 55)*).

²⁴⁶ § 43 Abs. 5 Satz 1 SGB XI.

²⁴⁷ § 43 Abs. 5 Satz 2 SGB XI. Die einzelne Pflegekasse darf die Durchschnittsvorgabe nur überschreiten, wenn innerhalb der Kassenart, der die Pflegekasse angehört, ein Ausgleichverfahren für die Einhaltung des Grenzwertes innerhalb der Kassenart auf Bundesebene wirksam ist (*ebd.*, Satz 3).

²⁴⁸ § 43 Abs. 3 Satz 2 SGB XI.

²⁴⁹ Auch die Übergangsregelungen für die stationären Sachleistungspauschalen, inklusive der weiteren Regelungen gelten (mit wechselnden Modifikationen) seit 1996 und wurden - wie die Übernahme der medizinischen Behandlungspflege in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen - zuletzt durch das

3.5.5 **Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen**

Die Vorschrift regelt die Übernahme von Leistungen für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen, in denen die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder Erziehung behinderter Menschen im Vordergrund stehen. Die Pflegekassen übernehmen auch hier die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der sozialen Betreuung und Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.²⁵⁰ Allerdings hat die Pflegekasse für diese vollstationären Leistungen nur zehn Prozent des bislang vereinbarten Heimentgelts zu übernehmen.²⁵¹ Zur Leistungsgewährung reicht die Einstufung in die Pflegestufe I.²⁵²

3.5.6 **Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen**

Neben den Leistungen an die Pflegebedürftigen sieht das Gesetz eine soziale Absicherung für Pflegepersonen²⁵³ vor, die Pflegebedürftige in deren Wohnungen pflegen.²⁵⁴

Die Pflegekasse bzw. das private Krankenversicherungsunternehmen hat für „nicht erwerbsmäßig“ Pflegenden²⁵⁵ Beiträge an die Rentenversicherung zu entrichten,²⁵⁶ wenn die Pflege wenigstens 14 Stunden wöchentlich in der häuslichen Umgebung ausgeübt wird.²⁵⁷ Weitere Voraussetzung ist, dass die Gepflegten Leistungsansprüche aus der sozialen bzw. privaten Pflegeversicherung haben.²⁵⁸ Keine Rentenversicherungspflicht besteht für die Pflegenden, wenn diese „neben“ der Pflege wöchent-

Gesetz zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht in ihrer Geltungsdauer bis zum 30.6.2007 verlängert (siehe oben *Fn.* 234).

²⁵⁰ Für die Übergangsregelung hinsichtlich der Zuordnung der medizinischen Behandlungspflege siehe oben *Fn.* 234.

²⁵¹ § 43a SGB XI. Im Einzelfall dürfen die Aufwendungen der Pflegekasse kalendermonatlich 256,00 Euro nicht übersteigen (*ebd.*, Satz 2).

²⁵² § 15 Abs. 1 Satz 5 SGB XI.

²⁵³ Als Pflegeperson im Sinne des SGB XI gilt nur, wer nicht erwerbsmäßig Pflegebedürftige in deren häuslicher Umgebung pflegt. Leistungen zur sozialen Sicherung erhält eine Pflegeperson nur dann, wenn sie wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegt (§ 19 SGB XI). Eine soziale Sicherung von Pflegepersonen findet sich auch im Bundesversorgungsgesetz (BVG) und im Sozialhilferecht (SGB XII): Nach § 40b BVG erhalten Witwen und Witwer bei sehr lang andauernder Pflege (20 Jahre) einen Pflegeausgleich; nach § 65 SGB XII (zuvor: § 69b *Bundessozialhilfegesetz*) ist die Übernahme von Beiträgen der Pflegeperson für eine angemessene Alterssicherung möglich, wenn diese nicht anderweitig sichergestellt ist.

²⁵⁴ § 44 Abs. 1 SGB XI.

²⁵⁵ Als „nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen“ gelten diese, wenn sie von den Pflegebedürftigen ein Arbeitsentgelt erhalten, das die Höhe des Pflegegeldes in der jeweiligen Pflegestufe (§ 37 SGB XI, siehe in diesem Kapitel *Übersicht 2 (Seite 75)*) nicht übersteigt (Legaldefinition in § 3 Satz 1 Nr. 1a und Satz 2 SGB VI).

²⁵⁶ § 44 Abs. 1 SGB XI.

²⁵⁷ Die Pflegepersonen sind nach § 3 Satz 1 Nr.1a Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) als „Sonstige Versicherte“ kraft Gesetz in der Rentenversicherung versicherungspflichtig (ohne selbst eigene Beiträge zu zahlen).

²⁵⁸ § 3 Satz 1 Nr. 1a SGB VI. Die Leistungen dürfen auch nicht gemäß § 34 SGB XI ruhen.

lich mehr als dreißig Stunden beschäftigt oder selbständig tätig sind.²⁵⁹ Die Beiträge, die von der Pflegekasse oder von dem privaten Pflegeversicherungsunternehmen - bei beihilfeberechtigten Pflegeversicherten von der Beihilfestelle - zu zahlen sind,²⁶⁰ richten sich nicht nach der Höhe des Pflegegeldes, sondern nach dem wöchentlich zeitlichen Pflegeaufwand in der jeweiligen Pflegestufe des Pflegebedürftigen, für den ein fiktives Einkommen zugrunde gelegt wird. Die Beitragsbemessungsgrundlage beträgt so, abhängig von der Pflegestufe und dem Betreuungsaufwand, zwischen mindestens 26,6667 Prozent und höchstens 80 Prozent der Bezugsgröße.²⁶¹

Teilen sich zwei oder mehrere Pflegepersonen die Pflege, werden die Rentenversicherungsbeiträge auf diese Personen aufgeteilt. Als beitragspflichtige Einnahme wird, im Verhältnis des jeweiligen (zeitlichen) Anteils an der Gesamtpflege, der entsprechende Teil des jeweiligen Höchstbetrages der Pflegestufe festgelegt.²⁶² Altersrentner, Bezieher von Versorgungsleistungen und diejenigen, die bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres nicht rentenversichert waren, bleiben auch in ihrer Pflege Tätigkeit rentenversicherungsfrei.²⁶³

Zusätzlich sind Pflegepersonen während ihrer Pflege Tätigkeit in der gesetzlichen Unfallversicherung beitragsfrei versichert.²⁶⁴ Unfallversichert sind stets die Pflege Tätigkeiten im Bereich der Körperpflege. In den Bereichen der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung ist weiter vorausgesetzt, dass die Pflege Tä-

²⁵⁹ § 3 Satz 3 SGB VI.

²⁶⁰ § 170 Abs. 1 Nr. 6 SGB VI. Anteilig ist der Beitrag von diesen Stellen und der Beihilfestelle oder dem Dienstherrn zu erbringen, wenn die Beihilfe- oder Heilfürsorgeberechtigten von diesen Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit beziehen (*ebd.*, Buchstabe c).

²⁶¹ § 166 Abs. 2 Satz 1 SGB VI. Abhängig vom Stundenaufwand in der jeweiligen Pflegestufe ergeben sich auf der Grundlage der für das Jahr 2004 und unverändert auch im Jahr 2005 geltenden Bezugsgröße (siehe dazu in diesem Kapitel *Fn. 112 (Seite 48)*) im Jahr 2005, wie auch im Vorjahr, monatliche Beiträge zwischen maximal (Pfleigestufe III bei mindestens 28 Stunden wöchentlichem Pflegeaufwand) 376,74 Euro bzw. 316,68 Euro (in den neuen Bundesländern) und minimal (Pfleigestufe I bei mindestens 14 Stunden wöchentlichem Pflegeaufwand) 125,58 bzw. 105,56 Euro. Für eine über ein Jahr hinweg ausgeübte Pflege Tätigkeit ergibt sich aus diesen Beitragszahlungen eine monatliche Rentenzahlung zwischen maximal 20,95 bzw. 18,12 Euro (in den neuen Bundesländern) und minimal 6,86 bzw. 6,04 Euro (eigene Berechnungen, Stand: Dezember 2004).

²⁶² § 166 Abs. 2 Satz 2 SGB VI.

²⁶³ § 5 Abs. 4 SGB VI. Diese Pflegepersonen werden nicht in der gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert und können so beispielsweise nicht einen Altersrentenzugang erwerben oder dessen Bezug erhöhen.

²⁶⁴ § 44 Abs. 1 Satz 6 SGB XI verweist dazu auf die Vorschriften der Gesetzlichen Unfallversicherung (*Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII)*). Nach § 2 Abs. 1 Nr. 17 SGB VII sind Pflegepersonen (siehe oben *Fn. 253*) bei der Pflege von Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI kraft Gesetz versichert, sofern sie nicht nach § 4 SGB VII unfallversicherungsfrei sind (u.a. wegen beamtenrechtlicher Unfallfürsorgevorschriften). Zuständig ist die Gemeindeunfallversicherung (§ 129 Abs. 1 Nr. 7 SGB VII). § 185 SGB VII bestimmt, dass während der unfallversicherten Pflege Tätigkeit Beitragsfreiheit besteht.

tigkeiten den Pflegebedürftigen „überwiegend zugute kommen“.²⁶⁵

Ein explizit auf die Tätigkeit als Pflegende bezogener Leistungsanspruch nach dem Recht der Arbeitsförderung besteht nicht. Im SGB XI findet sich lediglich der Hinweis auf die allgemein geltenden Förderungsmöglichkeiten bei beruflicher Weiterbildung²⁶⁶ zur Rückkehr ins Erwerbsleben.²⁶⁷ Pflegende Angehörige können sich nach dem Recht der Arbeitsförderung freiwillig weiterversichern.²⁶⁸

3.5.7 Pflegekurse der Pflegekassen

Für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pfl egetätigkeit interessierten Personen *sollen* die Pflegekassen kostenlose Schulungskurse anbieten, die diesen Personen die notwendigen Fähigkeiten zur eigenständigen Durchführung der Pflege vermitteln und ihnen darüber hinaus helfen, die seelischen und körperlichen Belastungen der Pflege besser bewältigen zu können.²⁶⁹ Durch den weit gefassten Personenkreis entfallen die im Rahmen der sozialen Sicherungsleistungen zu erfüllenden Voraussetzungen.²⁷⁰

²⁶⁵ Das Abstellen auf ein „überwiegendes Zugutekommen“ (§ 2 Abs. 1 Nr. 17, zweiter Halbsatz SGB VII) soll dazu dienen, die im familiären Betreuungsbereich typischen Überschneidungen der unfallversicherten Pflegearbeit mit „konventioneller Hausarbeit“ voneinander abzugrenzen und um zu vermeiden, dass über die unfallversicherte Pfl egetätigkeit eine „Art allgemeine Haushaltsversicherung“ eingeführt wird.

²⁶⁶ Ermessensleistung nach den §§ 77 bis 87 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch (SGB III) sowie Anspruch auf Arbeitslosengeld bei beruflicher Weiterbildung (§ 117 Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit § 124a SGB III).

²⁶⁷ § 44 Abs. Satz 7 SGB XI. Eine Änderung im *Dritten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt* (Artikel 10 Nr. 2, S. 2892) löste zum 1.1.2005 (*ebd.*, Artikel 124 Abs. 3, S. 2917) die expliziter gefasste Regelung (siehe *Meier* (1997a), S. 64) als „Folgeänderung zur Zusammenführung von Arbeitslosengeld und Unterhaltsgeld zu einer einheitlichen Entgeltersatzleistung bei Arbeitslosigkeit und beruflicher Weiterbildung“ (*Bundestags-Drucksache 15/1515*, S. 122) durch die allgemein gehaltene Formulierung ab.

²⁶⁸ Nach § 28a SGB III können u.a. diese Pflegenden (*ebd.*, Abs. 1 Nr. 1) wie auch Existenzgründer ein „Versicherungspflichtverhältnis auf Antrag“ begründen. Die Regelung wurde mit dem *Dritten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt* (Artikel 1 Nr. 20, S. 2853 f.) mit Wirkung zum 1.2.2006 eingeführt (*ebd.*, Artikel 124 Abs. 4, S. 2917). Die u.a. für Pflegenden geltende, besondere Rahmenfristregelung (siehe *Meier* (1997a), S. 64) wurde gestrichen (*Drittes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt* (Artikel 1 Nr. 66 Buchstabe b, S. 2858). Mit diesen Änderungen wurde die beitragsfreie Verlängerung der Rahmenfrist durch die - beitragspflichtige - Weiterversicherungsmöglichkeit ersetzt (*Bundestags-Drucksache 15/1515*, S. 78, 84).

²⁶⁹ § 45 SGB XI. Die Pflegekassen können die Kurse selbst oder in Zusammenarbeit mit anderen Pflegekassen durchführen, aber auch andere Einrichtungen - wie zum Beispiel Verbände der freien Wohlfahrtspflege - mit der Durchführung beauftragen. Wenn es zweckmäßig erscheint, sollen die Kurse auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden (Unterweisung im Gebrauch von Hilfsmitteln etc.). Weiter können die Pflegekassen auf Landesebene mit den beteiligten Einrichtungen Rahmenvereinbarungen schließen, um die Angebote sowohl inhaltlich als auch organisatorisch zu koordinieren und ein möglichst flächendeckendes, breitgefächertes Spektrum an Kursangeboten zu erreichen.

²⁷⁰ Der angesprochene Personenkreis geht somit weit über den Kreis der Leistungsberechtigten nach § 44 SGB XI hinaus. Insbesondere ist nicht vorausgesetzt, dass Gepflegte Leistungsansprüche nach dem SGB XI haben, um als Pflegende an einem Pflegekurs teilnehmen zu können. Ebenfalls ist nicht erforderlich, als Pflegeperson im Sinne des SGB XI tätig zu sein. Die Angebote der Pflegekassen können so prinzipiell auch Personen erreichen, die noch keine Pfl egetätigkeit ausüben, aber an der häuslichen Pflege interessiert sind.

3.5.8 Teilnahme am trägerübergreifenden Persönlichen Budget

Durch eine Ergänzung der Pflegeversicherung ist seit Mitte des Jahres 2004 vorgesehen, den Leistungsbeziehern die Teilnahme am „trägerübergreifenden Persönlichen Budget“ zu ermöglichen.²⁷¹ Die Ausgestaltung richtet sich grundsätzlich nach den, für diese Form der Leistungserbringung und -gestaltung zentral, im Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) gefassten Regelungen²⁷² und der dazu erlassenen Budgetverordnung.²⁷³ Im Rahmen dieser Budgetregelung können die Leistungsberechtigten selbst entscheiden, welche Leistungen von welchem Leistungsträger²⁷⁴ sie wann und in welcher Weise in Anspruch nehmen und so ihre Hilfeleistungen eigenverantwortlich organisieren und disponieren.²⁷⁵ Als „budgetfähig“ gelten nach dieser Regelung solche Leistungen, die sich über einen längeren Zeitraum regelmäßig wiederholen und alltäglichen Bedarfen entsprechen.²⁷⁶ Die Leistungen werden dabei „aus einer Hand“²⁷⁷ als Geldleistung²⁷⁸ von dem zuständigen der beteiligten Leistungsträger²⁷⁹ erbracht. Das Persönliche Budget²⁸⁰ soll die Summe der im Einzelfall erbrachten bzw. zu erbringenden Leistungen²⁸¹ nicht übersteigen.²⁸² Leistungsrechtlich, die sich für das Persönliche Budget entschieden haben, sind an diese

²⁷¹ § 35a SGB XI wurde durch das *Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch* (Art. 10 Nr. 5, S. 3058) mit Wirkung zum 1.7.2004 (*ebd.*, Art. 70 Abs. 2, S. 3071) eingeführt.

²⁷² Das als *Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX)* im Jahr 2001 in das Sozialgesetzbuch aufgenommene Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen sah bereits von Beginn an die Möglichkeit vor, mehrere Leistungen zusammengefasst in Form eines sogenannten „Persönlichen Budgets“ zu erbringen. Die Regelungen des SGB IX sind - überwiegend - bereits seit dem 1.7.2001 in Kraft (Art. 68 Abs. 1, *ebd.*, S. 1139). Mit Wirkung ab dem 1.7.2004 erfolgte mit der Neufassung des § 17 SGB IX eine weitere Detaillierung der bis dahin noch sehr allgemein gehaltenen Regelung zur Ausführung von Leistungen durch ein persönliches Budget (*Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch*, Art. 8 Nr. 3, S. 3057 sowie Art. 70 Abs. 2, S. 3071), die mit dem *Gesetz zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht* (Art. 8 Nr. 1 bis 3, S. 828) noch einmal geändert wurde.

²⁷³ *Verordnung zur Durchführung des § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch* (die Verordnungsermächtigung findet sich in § 21a SGB IX).

²⁷⁴ Diese sind gesetzlich ausdrücklich benannt: Rehabilitationsträger, Pflegekassen und Integrationsämter (§ 17 Abs. 2 Satz 2 SGB IX).

²⁷⁵ So die Erläuterung im Gesetzentwurf (*Bundestags-Drucksache 15/1514*, S. 72).

²⁷⁶ § 17 Abs. 2 Satz 4 SGB IX.

²⁷⁷ § 17 Abs. 2 Satz 3 SGB IX. Die sogenannte „Komplexleistung“ soll eine trägerübergreifend abgestimmte Leistungserbringung des persönlichen Gesamtbudgets gewährleisten.

²⁷⁸ Lediglich in begründeten Ausnahmefällen sind auch, der Sachleistung entsprechende, Gutscheine zulässig. Das kann - so die Begründung im Gesetzentwurf - insbesondere dann der Fall sein, wenn „[...] die Ausgabe eines Gutscheins zur Sicherung der Qualität der Leistung oder eine stationäre Leistung geboten ist. [...]“ (*Bundestags-Drucksache 15/1514*, S. 72).

²⁷⁹ Dieser führt als Beauftragter für die beteiligten Träger das gesamte Verwaltungsverfahren durch (§ 17 Abs. 4 SGB IX). Dabei können die Leistungsträger einvernehmlich und in Abstimmung mit dem Leistungsberechtigten einen anderen Leistungsträger zum Beauftragten erklären.

²⁸⁰ Mit dem *Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch* (Art. 8 Nr. 3, S. 3057) wurde das Persönliche Budget zum 1.7.2004 (*ebd.*, Art. 70 Abs. 2, S. 3071) ausdrücklich als eigenständige Begrifflichkeit im SGB IX eingeführt.

²⁸¹ Inklusiv der erforderlichen Beratung und Unterstützung (§ 17 Abs. 3 Satz 3 SGB IX).

²⁸² § 17 Abs. 3 Satz 4 SGB IX.

Wahl sechs Monate lang gebunden.²⁸³ Für die Leistungsanspruchnahme ist ein besonderer Antrag erforderlich.²⁸⁴ Bis Ende 2007 findet die Leistungsgewährung noch im Rahmen einer Erprobungsregelung statt²⁸⁵ und steht im Ermessen der Leistungsträger.²⁸⁶

Das SGB XI regelt - als Ermessenleistung - ausdrücklich, welche Leistungen der Pflegeversicherung im Gesamtbudget berücksichtigt werden können.²⁸⁷ Weiter sieht die Vorschrift zur Teilnahme am Persönlichen Budget für die Leistungen der Pflegeversicherung vor, dass bei der Kombinationsleistung²⁸⁸ nur das im Voraus bestimmte, anteilige Pflegegeld als Geldleistung budgetfähig ist und Sachleistungen²⁸⁹ nur in Form von Gutscheinen zu Verfügung gestellt werden.²⁹⁰ Alle weiteren Regelungen des SGB XI bleiben neben dieser Teilnahme am trägerübergreifenden Persönlichen Budget unberührt.²⁹¹

3.6 Regelungen für die private Pflegeversicherung

3.6.1 Versicherungsfreiheit bei Leistungsbezug

Ausgenommen von der Pflicht zum Abschluss eines privaten Pflegeversicherungsvertrages²⁹² sind diejenigen, die sich auf nicht absehbare Dauer in stationärer Pflege befinden und aufgrund eines Arbeits- oder Dienstunfalls bereits Pflegeleistungen beziehen.²⁹³

²⁸³ § 17 Abs. 2 Satz 6 SGB IX.

²⁸⁴ Das Antragserfordernis ist in § 17 Abs. 2 Satz 1 SGB IX und in § 35a Satz 1 SGB XI festgelegt.

²⁸⁵ § 17 Abs. 6 SGB IX. Bis zum Jahresende 2006 sind der Bundestag und der Bundesrat von der Bundesregierung über die in der wissenschaftlich begleiteten (*ebd.*, Satz 2) Erprobung gewonnenen Erkenntnisse zu unterrichten (§ 66 Abs. 3 SGB IX).

²⁸⁶ Ab dem 1.1.2008 ist § 17 Abs. 2 Satz 1 SGB IX mit der Maßgabe anzuwenden, dass ein uneingeschränkter Rechtsanspruch auf die Inanspruchnahme des Persönlichen Budgets besteht (§ 159 Abs. 5 SGB IX).

²⁸⁷ Die budgetfähigen Leistungen der häuslichen und teilstationären Pflege sind in der *Übersicht 2* (siehe in diesem Kapitel, *Seite 75*) als solche besonders gekennzeichnet.

²⁸⁸ § 38 SGB XI.

²⁸⁹ §§ 36, 38 und 41 SGB XI.

²⁹⁰ Mit den Gutscheinen können zugelassene Pflegeeinrichtungen in Anspruch genommen werden. Diese Regelung dient dazu, die nach dem SGB XI ausschließlich als Sachleistung vorgesehenen Leistungen „dennoch budgetfähig zu machen“ (siehe dazu die Begründung in: *Bundestags-Drucksache 15/1514*, S. 73).

²⁹¹ § 35a Satz 3 SGB XI. Das bedeutet unter anderem, dass alle nicht im Rahmen des Persönlichen Budgets abgegoltene Leistungsansprüche gegenüber der Pflegekasse bestehen bleiben und auch die vorgeschriebenen Beratungseinsätze beim Pflegegeldbezug (§ 37 Abs. 3 SGB XI) weiterhin verpflichtend bleiben. Darin unterscheidet sich das trägerübergreifende Persönliche Budget deutlich von den nach § 8 Abs. 3 SGB XI erprobten personenbezogenen Budgets, die im Rahmen der Modellvorhaben von den Regelungen des Siebten Kapitels (§§ 69 bis 81) sowie von § 36 des SGB XI abweichen (§ 8 Abs. 3 Satz 3 SGB XI).

²⁹² Gemäß § 23 SGB XI (siehe in diesem Kapitel *Fn. 114 (Seite 48)*).

²⁹³ Der Versicherungsschutz für Familienangehörige muss allerdings sichergestellt sein (§ 23 Abs. 5 SGB XI). Die Regelung entspricht so in ähnlicher Weise der Beitragsfreiheit auf Antrag, wie sie in der sozialen

3.6.2 Kontrahierungszwang

Der Pflicht zum Abschluss eines privaten Pflegeversicherungsvertrages steht die Annahmepflicht des Krankenversicherungsunternehmens gegenüber. Dies gilt sowohl für am 1.1.1995 bereits privat Krankenversicherte mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen²⁹⁴ als auch für diejenigen, die nach dem Inkrafttreten der Pflegeversicherung eine private Krankenversicherung abschließen.²⁹⁵ Allerdings ergeben sich erhebliche Unterschiede, was die Ausgestaltungsmöglichkeiten dieser - nach „Alt-“ und „Neubestand“ - voneinander zu unterscheidenden Versicherungsverträge angeht:

1. Für den „Altbestand“ ist es untersagt.²⁹⁶

- Vorerkrankungen vom Versicherungsschutz auszuschließen;
- pflegebedürftige Personen auszuschließen;
- längere Wartezeiten als in der sozialen Pflegeversicherung vorzusehen;
- die Beiträge geschlechterspezifisch oder nach dem Gesundheitszustand zu staffeln;
- den Höchstbeitrag der sozialen Pflegeversicherung zu überschreiten.²⁹⁷
- Für Ehegatten oder Lebenspartner gilt eine Beitragsbegrenzung auf 150 Prozent des Höchstbeitrages der sozialen Pflegeversicherung, wenn diese keine oder nur geringfügige Einkünfte haben.²⁹⁸

2. Für das „Neugeschäft“ gelten diese Bedingungen mit vier Einschränkungen:²⁹⁹

- Der Ausschluss bereits Pflegebedürftiger ist zulässig;
- Risikozuschläge sind zulässig;
- die Höchstbeitragsgarantie erfolgt erst nach einer fünfjährigen Vorversicherungszeit in der Privatversicherung;
- eine Beitragsermäßigung für Ehegatten bzw. Lebenspartnern ist nicht vorgesehen.

Pflegeversicherung vorgesehen ist (siehe in diesem Kapitel unter 3.3 *Finanzierung der Pflegeversicherung* sowie *Fn. 151 (Seite 54)*).

²⁹⁴ Sie gelten als „Altbestand“ (§ 110 Abs. 2 SGB XI).

²⁹⁵ Sogenanntes „Neugeschäft“ (§ 110 Abs. 3 SGB XI).

²⁹⁶ § 110 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI.

²⁹⁷ Für Beihilfeberechtigte den halben Höchstbeitrag.

²⁹⁸ § 110 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe g SGB XI. Kinder sind unter den gleichen Voraussetzungen wie in der sozialen Pflegeversicherung beitragsfrei mitversichert (siehe in diesem Kapitel *Fn. 110 (Seite 47)*).

²⁹⁹ § 110 Abs. 3 SGB XI.

3.6.3 **Kündigungsrecht bei Eintritt der Versicherungspflicht**

Personen, die in der sozialen Pflegeversicherung versicherungspflichtig werden, können die private Pflegeversicherung mit Eintritt der Versicherungspflicht kündigen.³⁰⁰

3.6.4 **Beiträge und finanzieller Belastungsausgleich**

Im Gegensatz zur gesetzlichen Pflegeversicherung werden die Beiträge nicht nach dem Umlageverfahren, sondern nach versicherungsmathematischen Grundsätzen im Kapitaldeckungsverfahren ermittelt.³⁰¹ Etwaige Beitragsausfälle bei den privaten Pflegeunternehmen, die sich u.a. aus den zuvor geschilderten "Bindungen" der Privatversicherer - insbesondere beim „Altbestand“ - ergeben können,³⁰² werden durch einen branchenübergreifenden³⁰³ Risikoausgleich „gepoolt“. Auch in der privaten Pflegeversicherung soll dieser Finanzausgleich dazu dienen, einzelnen Unternehmen im Falle einer finanziellen Überforderung gleichwohl zu ermöglichen, auch weiterhin der Erfüllung ihrer Aufgaben aus den abgeschlossenen Pflegeverträgen nachkommen zu können.³⁰⁴ Wie versicherungspflichtige Beschäftigte auch, erhalten privat Pflegeversicherte einen Arbeitgeberzuschuss zu ihren Beiträgen.³⁰⁵

3.6.5 **Gleichwertigkeit der privaten Pflegeleistungen bei Verfahrensautonomie**

Die privaten Krankenversicherungsunternehmen sind verpflichtet, sich an die für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer Pflegestufe nach dem SGB XI geltenden Maßstäbe der sozialen Pflegeversicherung zu halten.³⁰⁶ „Pflegefalledefinition“ und Pflegestufen gelten also in gleicher Weise wie in der sozialen Pflegeversicherung. Die Unternehmen bleiben jedoch nach dem SGB XI frei darin, wie sie die erforderlichen Begutachtungen durchführen. So ist zur Feststellung der

³⁰⁰ § 27 SGB XI. Diese Vorschrift entspricht der Regelung des § 5 Abs. 9 SGB V für die gesetzliche Krankenversicherung.

³⁰¹ Die Beiträge sind vor allem an dem jeweils zu kalkulierenden Risiko ausgerichtet (zuzüglich der sogenannten „Vertriebskosten“ und nicht zuletzt auch der zu erzielenden Gewinne) und nicht nach der jeweiligen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Zahlungsverpflichteten.

³⁰² Siehe zuvor unter 3.6.2 *Kontrahierungszwang*.

³⁰³ Unter den Versicherungsunternehmen, die eine private Pflegeversicherung im Sinne des SGB XI betreiben.

³⁰⁴ § 111 SGB XI. Die Aufsicht über diesen Ausgleich hat das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen. Für die Ausgestaltung des Ausgleichsverfahrens ist lediglich vorgeschrieben, dass ein dauerhafter, wirksamer Ausgleich der unterschiedlichen Belastungen gewährleistet sein muss (Details siehe *Besche*, S. 42-44). Die Privatversicherer haben dazu unter dem Namen „Pflege-Pool“ eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts errichtet, der alle Versicherer, die eine private Pflegeversicherung betreiben wollen, beitreten müssen. Geschäftsführer dieser Gesellschaft ist der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (*ebd.*, S. 43).

³⁰⁵ § 61 Abs. 2 in Verbindung mit § 58 SGB XI. Auch hier ist also der Arbeitgeberbeitrag von der in den Ländern jeweils getroffenen „Feiertagsregelung“ abhängig.

Pflegebedürftigkeit nicht der Medizinische Dienst der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig. Diese erfolgt für die privat Pflegeversicherten durch beauftragte Ärzte.³⁰⁷ Abweichend von dieser „Verfahrensautonomie“ sind die Privatversicherer hingegen bei Einführung der Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem Betreuungsbedarf³⁰⁸ dazu verpflichtet worden, die für diese Leistungen festzulegenden Begutachtungsgrundsätze gemeinsam mit den Pflegekassen und unter Beteiligung u.a. des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung festzulegen.³⁰⁹ In gleicher Weise sind gemeinsam Empfehlungen zur Qualitätssicherung der beim Bezug des Pflegegeldes vorgeschriebenen Beratungsbesuche³¹⁰ zu beschließen.³¹¹

Für die privaten Pflegeversicherungsverträge sind der sozialen Pflegeversicherung gleichwertige Leistungen vorzusehen. Dabei tritt an die Stelle der Sachleistung eine der Höhe nach gleiche Kostenerstattung.³¹² Da das Pflegeversicherungsgesetz von einer Leistungsidentität bei der sozialen und der privaten Pflegeversicherung ausgeht, sind von den Privatversicherern alle Leistungsarten³¹³ in gleicher Weise zur Verfügung zu stellen.

3.7 Pflicht- und Ermessensleistungen

Auf die beschriebenen Leistungen entsteht aus dem SGB XI ein Rechtsanspruch. In einigen Fällen wurde bereits deutlich, dass die gesetzlichen Regelungen den Pflegekassen bei der Leistungsgewährung Spielräume bieten. Diese Ausgestaltung - sie wird zumeist in Formulierungen wie: „kann ... gewähren“ oder etwa „soll ... bereitstellen“ zum Ausdruck gebracht - räumt den Leistungsträgern das Recht ein, in ihrem Ermessen zu handeln. Dabei finden sich im Gesetz zumeist noch weitere Vorschriften zur Ausführung der jeweiligen Ermessensnorm.³¹⁴ Die Ermächtigung, Entschei-

³⁰⁶ § 23 Abs. 6 SGB XI.

³⁰⁷ Über eine Gesellschaft, der MEDICPROOF Gesellschaft für medizinische Gutachten mbH, mit Sitz in Köln. Laut Angaben der privaten Krankenversicherungsunternehmen orientiert sich MEDICPROOF bei den Schulungen der beteiligten Ärzte an den Begutachtungsrichtlinien der sozialen Pflegeversicherung (*Besche*, S. 26).

³⁰⁸ §§ 45a bis 45c SGB XI.

³⁰⁹ § 45 a Abs. 2 Satz 3 SGB XI. Sie liegen als Ergänzung der Pflegebedürftigkeits- und Begutachtungsrichtlinien nach § 17 SGB XI vor (siehe in diesem Kapitel *Fn. 229 (Seite 64)*).

³¹⁰ § 37 Abs. 3 und 4 SGB XI.

³¹¹ § 37 Abs. 5 SGB XI.

³¹² §§ 22 Abs. 1 Satz 1, 23 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB XI.

³¹³ § 28 SGB XI.

³¹⁴ Etwa in § 40 Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB XI: Die Zuschusshöhe ist unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit vom Einkommen zu bemessen, die Zuschüsse dürfen 2.557,00 Euro je Maßnahme nicht übersteigen (siehe in diesem Kapitel unter *3.5.2 Leistungen bei häuslicher Pflege* sowie *Fn. 225 (Seite 64)*).

dungen im Ermessen treffen zu dürfen, bedeutet allerdings nicht, dass Pflegekassen beliebig und willkürlich Leistungen gewähren können. Im Gegenteil sind die gesetzlichen Grenzen des Ermessens bei der Leistungsgewährung einzuhalten und weiterhin besteht ein Rechtsanspruch gegenüber den Leistungsträgern auf die „Ausübung des pflichtgemäßen Ermessens“. Dieser Rechtsanspruch - er würde dann aus der jeweiligen Vorschrift des SGB XI hergeleitet - ist gerichtlich voll überprüfbar und durchsetzbar.³¹⁵

Die folgenden Übersichten fassen die Leistungen des SGB XI nach Pflichtleistungen (*Übersicht 2*) und Ermessensleistungen (*Übersicht 3*) jeweils zusammen.

Übersicht 2: Leistungsarten und deren Ausgestaltung in den jeweiligen Pflegestufen - **Pflichtleistungen**

Pflichtleistungen	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Pflegesachleistungen € (häusliche Pflegehilfe, § 36 Abs. 3 i.V.m. Abs. 1 und 2 SGB XI)	Pflegeeinsätze kalendermonatlich bis zu einem Gesamtwert von		
	384,00 Euro	921,00 Euro	1.432,00 Euro
Pflegegeld € (für selbstbeschaffte Pflegehilfen, § 37 Abs. 1 SGB XI; € für verpflichtende Beratungseinsätze, § 37 Abs. 3 Sätze 3 und 4 SGB XI)	Pflegebedürftige erhalten kalendermonatlich		
	205,00 Euro	410,00 Euro	665,00 Euro
	Kostenübernahme für den „Beratungseinsatz“ bis zu		
	16,00 Euro	16,00 Euro	26,00 Euro
Tages- und Nachtpflege € (teilstationäre Pflege, § 41 Abs. 2 i.V.m. Abs. 1 SGB XI; teilstationäre Pflege neben Pflegesachleistung, § 41 Abs. 3 Satz 1 i.V.m. § 36 Abs. 3 SGB XI)	Pflegebedingte Aufwendungen* inkl. notwendige Beförderung im Wert bis zu monatlich		
	384,00 Euro	921,00 Euro	1.432,00 Euro
	Zugleich Höchstwert bei Kombination mit Pflegesachleistungen.		

³¹⁵ Bei jeder Leistungsgewährung der Pflegekassen nach dem SGB XI handelt es sich um einen Verwaltungsakt im Sinne des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X). „Verwaltungsakt“ ist jede Verfügung, Entscheidung oder andere hoheitliche Maßnahme, die eine Behörde zur Regelung eines Einzelfalls auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts trifft und die auf unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet ist (§ 31 SGB X). Insbesondere für ablehnende Ermessensentscheidungen gilt: Sie müssen klar erkennen lassen, von welchem Sachverhalten die Behörde (Pflegekasse) ausgegangen ist, ob die Ermessensentscheidung als solche erkannt wurde und welche Ermessensgesichtspunkte der Entscheidung zugrunde gelegt wurden. Aus sich heraus muss der Verwaltungsakt (die „Entscheidung der Pflegekasse“) den Betroffenen und auch den Gerichten ermöglichen, die getroffene Entscheidung in vollem Umfang nachzuvollziehen. Bereits bei Nichteinhaltung dieser Voraussetzungen sind Leistungsentscheidungen wegen formaler Fehler nichtig. In einem gerichtlichen Verfahren wird die Ermessensausübung daraufhin überprüft, ob die gesetzlichen Grenzen des Ermessens eingehalten und ob von dem Ermessen in einer dem Zweck der Ermächtigung entsprechender Weise Gebrauch gemacht wurde (siehe dazu beispielsweise: *Erlenkämper*, S. 50 f., 256 ff. sowie *Rüfner*, S. 39 f., 42 f.).

€ Budgetfähige Leistung im Rahmen des trägerübergreifenden, Persönlichen Budgets nach § 35a SGB XI. Siehe dazu die Hinweise in *Übersicht 3: Leistungsarten und deren Ausgestaltung in den jeweiligen Pflegestufen - Ermessensleistungen*.

Pflichtleistungen	Stufe I	Stufe II	Stufe III
anteiliges Pflegegeld € (Kombinationsleistung, §§ 38, 41 Abs. 3 Satz 2 SGB XI)	Anteiliger Betrag des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI in dem Maße, in dem Pflegesachleistungen gemäß § 36 Abs. 3 SGB XI nicht in Anspruch genommenen werden oder der vorgesehene Höchstwert der Tages- und Nachtpflege gemäß § 41 Abs. 2 SGB XI nicht voll ausgeschöpft wird.		
Kosten für Ersatzpflege (bei Verhinderung der Pflegeperson, § 39 SGB XI)	Übernahme der Kosten für eine Ersatzpflege für längstens vier Wochen bis höchstens 1.432,00 Euro im Kalenderjahr. Begrenzung der Kostenübernahme in Höhe des Pflegegeldes (§ 37 SGB XI) für nicht erwerbsmäßig tätige Pflegepersonen.		
Pflegehilfsmittel (zum Gebrauch - technische Hilfsmittel, § 40 Abs. 1, 3 und 5 SGB XI;	Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und Änderungen, Instandsetzung, Ersatzbeschaffung sowie Ausbildung im Gebrauch, soweit notwendig (Begutachtung durch den Medizinischen Dienst oder Pflegefachkraft) vorrangig durch leihweise Überlassung. Zuzahlung 10 Prozent, höchstens 25,00 Euro je Hilfsmittel für Versicherte ab vollendetem 18. Lebensjahr.		
soweit zum Verbrauch bestimmt, § 40 Abs. 2, 1 und 3 SGB XI; €	Keine Zuzahlung. Aufwendungen - soweit notwendig - dürfen monatlich 31,00 Euro nicht übersteigen.		
Pflegehilfsmittelverzeichnis, § 78 Abs. 2 Satz 2 SGB XI)	In Ergänzung und Abgrenzung zum Hilfsmittelverzeichnis der Gesetzlichen Krankenversicherung (Festbeträge, Verleihbarkeit).		
Kurzzeitpflege (vollstationäre Pflege, § 42 SGB XI)	Übernahme der pflegebedingten Aufwendungen* für die Pflege in einer vollstationären Einrichtung für längstens vier Wochen bis höchstens 1.432,00 Euro im Kalenderjahr.		
Leistungen bei erheblichem Betreuungsbedarf (häusliche Pflege, §§ 45b i.V.m. 45a SGB XI, 45b Abs. 2 Satz 2 SGB XI)	Bei erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zusätzlicher Betrag für Betreuungsleistungen neben ambulanter und teilstationärer Pflege bis zu 460,00 Euro im Kalenderjahr (Übertragungsmöglichkeit des nicht verbrauchten Betrages in das Folgejahr).		
Vollstationäre Pflege (vollstationäre Pflege im Rahmen der verlängerten Übergangsregelung bis zum 30.6.2007, § 43 Abs. 5 SGB XI)	Pflegebedingte Aufwendungen* monatlich pauschal in Höhe von 1.023,00 Euro 1.279,00 Euro 1.432,00 Euro jedoch nicht höher als 75 Prozent des Heimentgeltes. Durchschnittliche jährliche Ausgaben je Pflegebedürftigen (ohne „Härtefälle“) dürfen - pflegekassenbezogen (hilfsweise kassenartbezogen) - 15.339,00 Euro nicht übersteigen.		
(vollstationäre Pflege im Rahmen der verlängerten Übergangsregelung bis zum 30.6.2007 - „Härtefälle“, § 43 Abs. 5 Satz 1 Nr. 4 SGB XI)	Pflegebedingte Aufwendungen* monatlich pauschal in Höhe von (gilt nur in der Pflegestufe III) 1.688,00 Euro in besonderen Ausnahmefällen mit außergewöhnlich hohem und intensivem Pflegeaufwand. „Härtefallregelung“ darf - pflegekassenbezogen - für nicht mehr als 5 Prozent der Pflegebedürftigen in der Stufe III angewendet werden.		

* Pflegebedingte Aufwendungen, Aufwendungen der sozialen Betreuung und (bis zum 30.6.2007) Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Pflichtleistungen	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§§ 43a, 71 Abs. 4 SGB XI)	Zur Abgeltung der pflegebedingten Aufwendungen* übernimmt die Pflegekasse 10 Prozent des vereinbarten Heimentgelts, im Einzelfall nicht mehr als 256,00 Euro monatlich; Festgestellte Pflegestufe I reicht zur Leistungsgewährung aus.		
Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson (Renten- und Unfallversicherung, § 44 Abs.1 SGB XI)	Beiträge zur Rentenversicherung nach fiktiv zugrunde gelegtem Einkommen in Abhängigkeit vom jeweiligen Pflegeaufwand (§§ 3, 166, 170 SGB VI) Beitragsfreie Versicherung durch Gemeindeunfallversicherung (§§ 2, 129, 185 SGB VII)		
Vorläufige Leistungen zur Rehabilitation (§ 32 SGB XI)	Vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, um unmittelbar drohende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhüten, wenn sonst die sofortige Einleitung der Leistungen gefährdet wäre.		

(Quelle: eigene Darstellung)³¹⁶Übersicht 3: Leistungsarten und deren Ausgestaltung in den jeweiligen Pflegestufen - **Ermessensleistungen**

Ermessensleistungen	Stufen I - III
Pflegesachleistungen (häusliche Pflegehilfe zur Vermeidung von Härten, § 36 Abs. 4 SGB XI)	Gilt nur in der <i>Pflegestufe III</i> : Weitere Pflegeeinsätze bis zu 1.918,00 Euro monatlich in besonders gelagerten Einzelfällen mit außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand. „Härtefallregelung“ darf - pflegekassenbezogen - nur für 3 Prozent der Pflegebedürftigen in der Stufe III angewendet werden
Kosten für Ersatzpflegekraft (bei Verhinderung der Pflegeperson, § 39 Sätze 5 und 6 SGB XI)	Übernahme der nachgewiesenen, im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstandenen, notwendigen Aufwendungen der Pflegeperson. Aufwendungen dürfen zusammen mit der Kostenübernahme in Höhe des Pflegegeldes (§ 37 SGB XI) 1.432,00 Euro im Kalenderjahr nicht übersteigen
Pflegehilfsmittel (Zuzahlung, § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI)	Teilweise Befreiung von der Zuzahlung zu Pflegehilfsmitteln analog der Regelung in der gesetzlichen Krankenversicherung („Überforderungsklausel“, § 62 SGB V) zur Vermeidung von Härten
Pflegehilfsmittel (Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes, § 40 Abs. 4, § 78 Abs. 2 Satz 1 SGB XI)	Subsidiärer Zuschuss bis zu höchstens 2.557,00 Euro Einkommensabhängige Eigenbeteiligung soweit notwendig (nähere Regelung durch die Spitzenverbände der Pflegekassen)
Pflegekurse (für Angehörige und ehrenamtlich Tätige sowie Interessierte, § 45 Abs. 1 SGB XI („Soll-Regelung“))	Unentgeltliche Schulungskurse zur Förderung und Stärkung des sozialen Engagements, zur Erleichterung und Verbesserung im Bereich der Pflege und Betreuung sowie zur Verminderung pflegebedingter körperlich - seelischer Belastungen; Vermittlung von Fertigkeiten, die eine eigenständige Pflege ermöglichen

³¹⁶ Aktualisierte und überarbeitete Übersicht aus Meier (1997a), S. 71 - die angehobenen Leistungspauschalen ab dem 1.7.2008 sind hier noch nicht berücksichtigt.

Ermessensleistungen	Stufen I - III
<p>Teilnahme am trägerübergreifenden Persönlichen Budget</p> <p>(eigenverantwortlich gestaltete Leistungsanspruchnahme durch <i>Budgets</i>, §§ 35a SGB XI, 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX)</p>	<p>Die mit € gekennzeichneten Pflichtleistungen (<i>Übersicht 2</i>) können im Rahmen des trägerübergreifenden, Persönlichen Budgets (§ 17 Abs. 2 SGB IX) bezogen werden. Bei Kombinationsleistung (§ 38 SGB XI) nur im Voraus bestimmtes Pflegegeld als Geldleistung budgetfähig. Sachleistungen (§§ 36, 38 und 41 SGB XI) nur in Form von Gutscheinen (§ 35a Satz 1 SGB XI).</p> <p>Besonderer Antrag der Pflegebedürftigen erforderlich.</p> <p>Bindung an gewählte Leistungsgestaltung für sechs Monate.</p>

(Quelle: eigene Darstellung)³¹⁷

4 Kapitelfazit: Charakterisierung der Pflegeversicherung als modernes und modernisierendes Sozialversicherungsgesetz

Bis hierher wurden die Grundelemente der sozialversicherungsrechtlich kodifizierten Pflegeversicherung - vornehmlich im Vergleich zur Gesetzlichen Krankenversicherung - entwickelt und die konkreten Regelungen des SGB XI im Detail vorgestellt. Auf dieser Grundlage werden nunmehr die markanten Charakteristika der Pflegeversicherung herausgearbeitet und die Pflegeversicherung im Kontext einer dynamisch sich entwickelnden Sozialversicherung eingeordnet. Dieser Teil beschließt dieses Kapitel zum System und zum Regelungskreis der Pflegeversicherung.

Der Blick auf die wesentlichen Elemente der Pflegeversicherung von 1995 im Vergleich zur Gesetzlichen Krankenversicherung zeigt oberflächlich übernommene und neue Elemente. D.h. die Pflegeversicherung koppelt an die bestehenden Regelungen an und erweitert diese bzw. bestätigt und setzt neue Traditionslinien und führt diese auch fort. Bei genauerem Hinsehen bzw. der Würdigung der faktisch wirksamen Gestaltungsregelungen zeigt sich jedoch ein unscharfes, verschwimmendes Bild. Der Versuch beispielsweise, die einzelnen Elemente in diesen Kategorien eindeutig zuzuordnen, verfängt sich in einem „Sowohl-als-auch“: Scheinbar neu Geregeltes folgt alten, bestehenden Traditionslinien und scheinbar traditionell Übernommenes stellt sich tatsächlich als neu und gestaltend dar - wobei die Elemente der Pflegeversicherung insgesamt wiederum ein beschreibbares Netz bilden.

Das entspricht zum einen dem Wesen der Sozialversicherung, deren Prinzipien wenige sind und alles weitere höchst wandel- und gestaltbar ist. Diese Dynamik und Flexibilität tritt bei der Gestaltung der Pflegeversicherung wie auch bei Entwicklung

der Gesetzlichen Krankenversicherung zutage. Zum anderen bestätigt die für die Pflegeversicherung gefundene Modellierung diesen „Fluss“ bzw. entspricht ihm. Die Pflegeversicherung zeigt sich als Sozialleistungsgesetz in neuer, geänderter, sich wandelnder wie gewandelter Tradition der Sozialversicherung und markiert die Richtung einer sozialversicherungsrechtlichen Gestaltung der Vorsorge, die beständig im Wandel befindlich ist.

4.1 Die Pflegeversicherung als traditionell sozialversicherungsrechtlich verfasster und verfassender Regelungskreis

Die Pflegeversicherung steht in der gleichen traditionellen Linie wie die Gesetzliche Krankenversicherung. Ebenso wie seinerzeit die Regelungen u.a. für eine für bestimmte Personengruppen verordnete, obligatorische, gesetzlich mit „Zwangsmemberschaft“ verfasste Krankenversicherung nicht „vom Himmel fielen“, gab es für die Pflegeversicherung „handfeste“, vor allem finanzielle Gründe zur Einführung einer obligatorischen, verpflichtenden Absicherung für den erforderlichen Hilfebedarf bei Pflegebedürftigkeit. Und ähnlich, wie seinerzeit verfahren wurde, um die Versicherungspflicht zu etablieren, wurde auch bei der Entscheidung für eine gesetzliche Pflegeversicherung auf eine bereits bestehende Infrastruktur gesetzt bzw. daran angeknüpft und diese genutzt. Waren es seinerzeit die bereits bestehenden Absicherungssysteme bei Verdienstaufbruch und zur Minderung der individuellen Kostenbelastung für die Krankenbehandlung und bei Tod, so setzt die organisatorische Umsetzung der Pflegeversicherung auf ein bestehendes Krankenversicherungssystem (auf). Dabei wird die bestehende gegliederte Krankenkassenstruktur inklusive der privaten Krankenversicherungsunternehmen zur Ausführung des Gesetzes genutzt. Ebenfalls können ähnliche politische Handlungsmuster für die Etablierung der Absicherungssysteme ausgemacht werden: Auch das Zustandekommen der Pflegeversicherung unterlag stark dem politischen Kompromiss und war vorrangig sachfremden Handlungszwängen unterworfen bzw. von diesen bestimmt.

Mit der organisatorischen Anknüpfung der gesetzlichen Pflegeversicherung an die Krankenkassen wird die traditionell etablierte und verfasste gegliederte Zuständigkeit für die Leistungsausführung vollständig übernommen. Die aus Sicht der Krankenkassen und Pflegekassen als Kontrahierungszwang zu bezeichnende Versicherungspflicht³¹⁸

³¹⁷ Aktualisierte und überarbeitete Übersicht aus *Meier (1997a)*, S. 72 - die angehobenen Leistungspauschalen ab dem 1.7.2008 sind hier noch nicht berücksichtigt.

³¹⁸ Die so uneingeschränkt für die soziale Pflegeversicherung gilt, in der privaten Pflegeversicherung und der dort geltenden Pflicht zur Versicherung jedoch mit Einschränkungen.

ist ebenso elementare Basis wie die daraus resultierende Leistungspflicht bzw. - aus Sicht der Versicherten - der Leistungsanspruch bei Vorliegen bzw. Eintreten der Leistungsanspruchsvoraussetzungen und die ebenfalls aus der Versicherungspflicht entstehende Beitragspflicht. Dabei richten sich die Beiträge in der sozialen Pflegeversicherung nicht nach dem jeweiligen Risiko, sondern prinzipiell nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit.³¹⁹

Wie auch deren sozialrechtliche Einordnung in das Sozialgesetzbuch verdeutlicht, ist die soziale Pflegeversicherung für diesen Teil (offensichtlich und auch tatsächlich) als klassische sozialversicherungsrechtliche Regelung zu charakterisieren: Inhaltlich-systematisch wird der sozialversicherungsrechtlich bewährten Struktur, wie sie u.a. die Gesetzliche Krankenversicherung prägt, gefolgt. Während diese im Vergleich zur Gesetzlichen Krankenversicherung hinsichtlich der Art und der Bestimmung des kraft Gesetz versicherungspflichtigen Personenkreises und der Berechnungsgrundlagen (Ausgangswert bei der Beitragsberechnung sowie Beitragsbemessungsgrundlage) in der Pflegeversicherung weitgehend identisch ausgestaltet ist und jedenfalls die gleichen Merkmale und Ausgangsgrößen übernimmt, weichen vor allem die für die Leistungserbringung und -ausgaben bestimmenden Regelungen von der etablierten Handhabung ab. Der Lesart der Regelungen nach lassen sich solche Abweichung zwar feststellen, doch tatsächlich ist der Unterschied bei genauer Betrachtung und Würdigung gar nicht so groß. D.h. vielfach sind bzw. waren die Elemente beispielsweise in der Gesetzlichen Krankenversicherung ebenfalls schon angelegt. Mit der Pflegeversicherung wurden sie - lediglich - konsequenter benannt und justiert.

4.1.1 Exklusivität der Versicherung - Exklusion durch Sozialversicherung

Hinsichtlich der einbezogenen Personenkreise und der für die Beitragsberechnung herangezogenen Einkommen ist die Pflegeversicherung traditionell gestaltet. Traditionell bildet die „Versichertengemeinschaft“ genau besehen - letztlich - eine exklusive Gruppe. Dies zeigt sich bereits an der Festlegung von - so ausdrücklich benannten³²⁰ - Personenkreisen, die der Versicherungspflicht unterliegen.³²¹ Damit bleiben - eben

³¹⁹ Wobei diese ursprünglich mit dem Bezug auf die Einnahmen aus der Beschäftigung zutreffend erfasst wurde. Diese bis dato überwiegend für die Beitragsaufbringung relevante Lohn- und Gehaltverkopplung ist heute sicherlich nicht mehr zeitgemäß, da sie die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit nur noch teilweise abbildet. Gleichwohl wurde bei der Konzeption der Pflegeversicherung auch an dieser Stelle unverändert das bestehende Regularium übernommen.

³²⁰ Nämlich als „versicherungspflichtige Personen“ vgl. § 5 Abs. 1 SGB V bzw. § 20 Abs. 1 SGB XI.

³²¹ Durch die „positive“ Benennung von Personenkreisen, bleiben zwangsläufig diejenigen außen vor, die schlicht nicht benannt sind. Es wäre sehr aufwendig, alle Personengruppen benennen zu müssen. Das ist in diesem „Exklusivprinzip“ jedoch nicht beabsichtigt. Ein „inklusive Prinzip“ würde umgekehrt eine

die nicht benannten Personenkreise - von der Versicherung ausgeschlossen.³²² Ebenfalls kommt die Absicht, bestimmte Personenkreise ausdrücklich von der Versicherungspflicht auszunehmen - ihnen quasi die „Zwangsmitgliedschaft“ zu ersparen bzw. nicht zuzumuten - in den Regelungen über die Versicherungsfreiheit bzw. mit den gesetzlich eingeräumten Befreiungsmöglichkeiten von der Versicherungspflicht zum Ausdruck. Insgesamt betrachtet, ist also die traditionelle Gestaltung mit dem Versicherungspflichtprinzip zunächst als Aufteilung zwischen versicherungspflichtigen und nicht versicherungspflichtigen bzw. ausdrücklich versicherungsfreien Personen angelegt. Innerhalb der zweiten Gruppe lässt sich noch zwischen denen, die gleichwohl - aber eben nicht gesetzlich - versichert sind und denen, die nicht über eine solche Versicherung verfügen (können), unterscheiden. In dieser stärkeren Differenzierung lassen sich somit drei Personenkreise unterscheiden: Versicherungspflichtige, Privatversicherte und Unversicherte. Die Pflegeversicherung regelt diese Gestaltung in gleicher Weise - führt also, trotz anderer Lesart im Gesetz, diese traditionelle Verfasstheit fort.

4.1.2 Versicherungspflichtige und Beitragseinnahmebasis

Die beschriebene Exklusivität die für den einbezogenen, versicherungspflichtigen Personenkreis gilt, wirkt sich kraft der ebenfalls traditionell übernommenen Regelungslogik über die Beitragseinnahmebasis (Beitragsberechnungsgrundlage ist Grundlohnsumme) in zweierlei Weise aus. Zunächst bleibt sie durch die Kopplung an die Personenkreise ebenso eingeschränkt, wie dies auch in der Gesetzlichen Krankenversicherung der Fall ist. Neben dieser durch die an die Personenkreise gekoppelte Determiniertheit erfasst sie zum anderen innerhalb der einbezogenen Personenkreise nicht alle Einnahmepotentiale. Auch in der Pflegeversicherung wird per „Positivdefinition“ des Gesetzes exklusiv die Einnahmebasis für die zu zahlenden Beiträge normiert. Insoweit ergibt sich damit eine doppelte Exklusivität: Die Beitragspotentiale der versicherungsfreien Personenkreise bleiben der (Sozial-)Versicherung vollständig vorenthalten (erste Wirkungsebene). Bei den beitragszahlenden Versicherten werden nicht alle Einkommen für die Beitragszahlung herangezogen (zweite Wirkungsebene).

allgemein bestehende Versicherungspflicht verordnen, für die wiederum Ausnahmen definiert werden könnten, also versicherungsfreie Personen (beispielsweise weil sie anderweitig abgesichert werden bzw. sind).

³²² Insoweit zeigt sich auch die privilegierte Möglichkeit der Weiterversicherung als Element dieses „Exklusivitätsprinzips“.

Elemente dieser Exklusion, die sowohl in dem Status der Personen als auch in dem beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten begründet ist, bilden die Jahresarbeitsentgeltgrenze und die Beitragsbemessungsgrenze. Auch hierbei führt die Pflegeversicherung die bestehende Tradition fort. Zur Jahresarbeitsentgeltgrenze: An dieser „Friedensgrenze“ entscheidet sich, wer wegen hohem Einkommen nicht mehr der Versicherungspflicht unterliegt und damit frei von dieser Verpflichtung - eben „versicherungsfrei“ - wird. Es handelt sich um eine Systemgrenze, die zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung aufteilt.³²³ Da die Pflegeversicherung an die Krankenversicherung gekoppelt ist, gilt de facto dort der gleiche Wirkungszusammenhang. Der in der Pflegeversicherung erfolgte Verzicht auf eine solche Befreiungsregelung war also gar nicht mehr nötig, um gleichwohl die traditionelle Festlegung auch in der Pflegeversicherung wirken zu lassen. Oder anders herum gesprochen - entgegen der Lesart im SGB XI - besteht in der Pflegeversicherung sehr wohl eine „Befreiungsgrenze wegen Höherverdienst“ - schlicht dadurch, dass sie sich bereits aus dem Recht der Krankenversicherung ergibt und lediglich auf das SGB XI übertragen wird. Die Jahresarbeitsentgeltgrenze war lange Zeit identisch mit der Beitragsbemessungsgrenze, also dem Wert bis zu dem bei bestehender Versicherungspflicht Beiträge zu zahlen sind. Die Beitragsbemessungsgrenze selbst nimmt innerhalb der zweiten Wirkungsebene eine weitere Einschränkung vor, insoweit die Beiträge durch die Freistellung oberhalb dieser Grenze entfallen.³²⁴

4.1.3 Private Versicherung

Neu ist nun scheinbar mit der kraft Pflegeversicherung verordneten „Pflicht zur Versicherung“ für die von der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht freien und befreiten Personen, die deswegen bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen krankenversichert sind, dass eben dadurch die „Exklusivität“ in diesem Bereich und damit auch die „Systemgrenze“ überwunden wird. Die Pflegeversicherung normiert aber dieses genau nicht. Trotz anderer bzw. entgegen der Lesart im Gesetz bleibt es bei der „Abgetrenntheit“ der Privatversicherung von der gesetzlichen Versicherung - wenn auch innerhalb eines beide Gruppen grundsätzlich bestimmenden Regelungskreises. Das scheinbar neue Element, per Pflicht zur Versicherung auch die in der Gesetzlichen Krankenversicherung Versicherungsfreien bei privaten Krankenversicherungsunternehmen in die gesetzliche Pflegeversicherung einzubeziehen, wirkt

³²³ Siehe dazu in diesem Kapitel in *Fn. 101 (Seite 46)*.

³²⁴ Zur Beitragsbemessungsgrenze siehe in diesem Kapitel *Fn. 136 (Seite 52)*.

durch die Detailregelung im Gesetz nicht durch. Das SGB XI verpflichtet privat Krankenversicherte dazu, einen Versicherungsvertrag zur Absicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit ausdrücklich bei einem privaten Versicherungsunternehmen - wenn auch nicht zwingend bei dem gleichen - abzuschließen. Da dieser Versicherungsvertrag dann an das private Krankenversicherungsunternehmen gebunden bleibt oder bei einem anderen privaten Versicherungsunternehmen angeschlossen wird, bleibt es in jedem Fall auch bei der Nichteinbeziehung dieser Personengruppen in die soziale Pflegeversicherung. Die so mit der Pflegeversicherung fortgeführte systematische Trennung zwischen privat und „gesetzlich“ Krankenversicherten, die mit dem SGB XI lediglich mit privater und „sozialer“ Pflegeversicherung sprachlich anders gefasst ist, wird durch den derzeit noch nicht „systemübergreifend“ normierten Finanzausgleich verstärkt.

4.1.4 Unversicherte

Fortgeführt wird in und mit der Pflegeversicherung - entgegen der Prosa des Gesetzes - neben der beibehaltenen Systemtrennung von privaten und gesetzlich Krankenversicherten auch die gänzliche Nichteinbeziehung von Personengruppen, die über gar keine Krankenversicherung verfügen.³²⁵ Hierzu zählen Sozialhilfebeziehende und andere krankenversicherungsfreie Personengruppen, wie beispielsweise die sogenannten „Geringfügig Beschäftigten“ oder auch selbstständig Tätige. Letztere wären potenziell Personen, die einen privaten Krankenversicherungsvertrag abschließen und damit zur Pflegeversicherung verpflichtet wären oder als freiwillige Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung zwischen der sozialen und privaten Pflegeversicherung wählen könnten. Die Kopplung an die bestehende Krankenversicherung ist in den Fällen problematisch, in denen eine solche Krankenversicherung nicht abgeschlossen wurde bzw. nicht (mehr) besteht oder nicht zustande kommen kann - beispielsweise, weil dafür die notwendigen Mittel nicht zur Verfügung stehen, also die freiwilligen Beiträge nicht aufgebracht oder die Prämienforderungen des privaten Versicherungsunternehmens nicht mehr (ausreichend) bedient werden können.

Bei der Personengruppengestaltung in der Pflegeversicherung wurde auf die Einbeziehung der Sozialhilfebeziehenden verzichtet, die nicht der Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen.³²⁶ Seit dem 1.1.2005 besteht über

³²⁵ Zu der ab dem 1.4.2007 neu eingeführten „Versicherungspflicht für Unversicherte“ siehe in diesem Kapitel Fn. 358 (Seite 98).

³²⁶ Ursprünglich war vorgesehen, dass auch Bezieher von laufenden Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz, sofern sie nicht bereits als freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung in die

den Bezug von Arbeitslosengeld II Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Mit der „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ werden seitdem grundsätzlich auch Erwerbsfähige von der Pflegeversicherung erreicht und sind dort ebenfalls pflichtversichert, die bis dahin Sozialhilfe bezogen haben. Dies gilt natürlich nicht, wenn kein Arbeitslosengeld II bezogen wird bzw. werden kann, beispielsweise weil eigenes Einkommen oder einsetzbares Vermögen vor allem auch aus den Regelungen über den Einkommenseinsatz von Bedarfsgemeinschaften zum Wegfall des Anspruchs auf Arbeitslosengeld II führt bzw. diesen ausschließt. In diesen Fällen bleibt es beim Ausschluss dieser Personen von der Kranken- wie von der Pflegeversicherung.

4.2 Neue Elemente durch die Pflegeversicherung

Nicht als Übernahme klassisch-bestehender Sozialversicherungselemente, aber auf diese aufbauend bzw. an diese ankoppelnd und sie erweiternd, stellen sich die Elemente Beitragsaufbringung und Auftragsverwaltung mit den Regelungen und der Handhabung in der Pflegeversicherung dar. Dabei werden jeweils auch „neue Traditionen, neue Verständnisse“ in und von Sozialversicherung mit der Pflegeversicherung etabliert.

4.2.1 Beitragsaufbringung

Als Politikum war die bei der Beitragstragung festgelegte Beteiligung und Heranziehung der Arbeitgeber schon von Beginn an ein Thema für die Ausgestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung - und prinzipiell durchaus beweglich.³²⁷ Die manifest gewordene „Parität“ in Form der hälftigen Beitragstragung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern schien geradezu als elementares und unveränderliches Grundprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung und auch in der Sozialversicherung etabliert.³²⁸ Aus einem politisch motivierten Entscheidungsansatz für die hälftige Beitrags-

Pflegeversicherung einbezogen werden, dort zum 1.1.1997 versicherungspflichtig werden. Das war der Zeitpunkt, zu dem im Jahr 1992 für diesen Personenkreis nach Artikel 28 des *Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz)* - üblicherweise mit „GSG“ abgekürzt - die Aufnahme in den versicherungspflichtigen Personenkreis der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen war. Zu einer Umsetzung dieses im Kontext des GSG gefassten Beschlusses kam es jedoch bis dato nicht. Bis heute kündigt die Sonderregelung des § 33 Abs. 4 SGB XI von dieser geplanten Ergänzung des Personenkreises, mit der für diese die zu erfüllenden Vorversicherungszeiten ausgesetzt werden.

³²⁷ Siehe dazu in diesem Kapitel zum Beginn unter *1 Grundkonzeption der sozialversicherungsrechtlichen Regelungen insbesondere in der Gesetzlichen Krankenversicherung* (auf den Seiten 27 bis 32).

³²⁸ Faktisch handelt es sich bei der Beitragsparität aber um eine Fiktion, die jedoch gleichwohl Wirkung entfaltet: In der Sozialversicherung hat die „Illusion vom Arbeitgeberbeitrag“ - wonach die Arbeitgeber die Beiträge zwar zahlen, nicht hingegen tragen (sondern überwiegend „verwälzen“) - vor allem symbolischen Wert. Das mit der Pflegeversicherung eingeläutete „Ende der paritätischen Beitragsaufbringung“

tragung wurde ein real Wirksamkeit entfaltendes, zur Tradition verfestigtes Prinzip der Beitragsparität. Dass dieses Prinzip letztlich nicht unantastbar und ebenso wenig monolithisch oder starr - wie die Sozialversicherung insgesamt - ist, zeigt sich zum einen an der für die Pflegeversicherung gefundenen Regelung und zum anderen an den aktuellen Beitragsgestaltungsentscheidungen sowohl in der Pflegeversicherung als auch in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die bereits auf den Wirkungsebenen³²⁹ gezeigte Exklusion bei der Beitragsaufbringung erfährt durch das mit dem der Pflegeversicherung etablierte neue Verständnis zur Heranziehung von Arbeitgebern in der Sozialversicherung ein weiteres Detail. In der Pflegeversicherung ist - wie gezeigt - die in einer zwar schwer durchdringbaren Regelungslage angelegte,³³⁰ im Ergebnis weitgehend alleinige Beitragstragung der Versicherten als Entlastung der Arbeitgeber bei den Sozialversicherungsbeiträgen festgelegt. Dieses mit der Pflegeversicherung etablierte Verständnis hat inzwischen auch Eingang in die Gesetzliche Krankenversicherung gefunden und ist de facto als neu tradiertes Element wieder in der Pflegeversicherung aufgenommen: Noch bis zum 1.7.2005 galt das - scheinbar - für die Sozialversicherung konstitutive Prinzip der paritätischen, hälftigen Beitragsaufbringung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Mit dem „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG)“ wurde durch eine Ergänzungsregelung ab Mitte des Jahres 2005 jedoch auch in der Gesetzlichen Krankenversicherung die bis dato geltende „Grundkonstante“ der Sozialversicherung beendet: Zusätzlich zu der grundsätzlich auch weiterhin hälftigen Beitragstragung des allgemeinen Beitragssatzes sieht die einschlägige Vorschrift für die Mitglieder (Pflicht- wie freiwillig Versicherte) die alleinige Aufbringung eines zusätzlichen Beitrags von 0,9 Prozent vor.³³¹ Hier schließt die Gesetzliche Krankenversicherung im Ergebnis an die in der Pflegeversicherung zum Ausdruck gekommene Nejustierung der Ausgestaltung an. Die zunächst noch in der Pflegeversicherung allein umgesetzte Verlagerung der Beitragsaufbringung wurde in der

lässt sich mit dem - weitgehenden - Wegfall der Arbeitgeberbeiträge somit auf der Symbolebene durchaus auch als Bruch in der traditionellen Systemverortung der Sozialversicherung bezeichnen (siehe dazu ausführlich und mit weiteren Nachweisen: *Meier* (1997a), S. 82-85.

³²⁹ Siehe zuvor unter 4.1.2 *Versicherungspflichtige und Beitragseinnahmehasis* (Seite 81).

³³⁰ Siehe dazu ausführlich in diesem Kapitel unter 3.3.2 *Tragung der Beiträge* (Seite 52).

³³¹ Zu diesem Zweck wurde durch das *Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG)* mit § 241a SGB V ein „zusätzlicher Beitragssatz“ eingeführt (*ebd.*, S. 2229) und die Vorschriften über die der Beitragstragung Beschäftigter und Rentner wurden um den Passus ergänzt, dass diese Personen den zusätzlichen Beitrag alleine zu tragen haben (§§ 249, 249a SGB V). Durch das *Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz* wurde der von den Versi-

Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen und hernach wieder in der Pflegeversicherung - dort quasi als weitergeführte „neue Tradition der alleinigen Beitragstragung“ - mit dem „Gesetz zur Berücksichtigung von Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung (Kinder-Berücksichtigungsgesetz - KiBG)“³³² für die seit Anfang 2005 geltende ergänzende Beitragsfinanzierung genutzt.³³³ Besonders bei der Verteilung der Beitragslasten bestätigt sich die Einschätzung, wie sie schon im Jahr 1997 anhand der Analyse zur Bewertung und zur Bedeutung der Pflegeversicherung als - seinerzeit - neuestes Sozialleistungsgesetz entwickelt wurde. Danach entspricht die mit dem SGB XI geregelte Verlagerung des Schwerpunktes der Beitragsverantwortung - weg von der paritätischen Beitragsaufbringung - einer *gewandelten Tradition der Sozialversicherung*, die mit den bis dato geltenden Grundkonzepten des Sozialversicherungssystems bricht.³³⁴ Trat dies mit der für den Pflegekompromiss gefundenen Feiertagsregelung zur Finanzierung noch nicht offen zutage, so sind die jüngsten Änderungen - auch in der Pflegeversicherung - für die Betroffenen ganz offensichtlich erkennbar.

4.2.2 Selbstverwaltung als Auftragsverwaltung

Die Heranziehung der Krankenkassen und Nutzung deren bestehender Infrastruktur, um die Pflegeversicherung zu installieren und umgehend ausführen zu können, knüpft an ein bestehendes Leistungssystem an. Die Selbstverwaltungen der Krankenkassen als elementar traditionell verfasste Elemente innerhalb der gegliederten Struktur der Krankenkassen werden - organgleich - zur Durchführung herangezogen. Die so „vereinnahmte“ Selbstverwaltung der Leistungsträger ist in der Ausgestaltung der Pflegeversicherung jedoch neu justiert. Die Selbstverwaltungen werden nicht nur zur Durch- und Ausführung der Pflegeversicherung instrumentalisiert. Die organisato-

cherten allein zu tragende „zusätzliche Beitragssatz“ zum 1.7.2005 auf 0,9 Prozent festgelegt (§ 241a SGB V).

³³² Siehe ausführlich in *Kapitel 4* unter *3.4.7 Mini-Pflegereform? (Seite 244)*.

³³³ Die Einführung der alleinigen Beitragstragung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (siehe zuvor *Fn. 331*) wurde so gestaltet, dass gleichzeitig die übrigen Beitragssätze ebenfalls gemindert wurden (§ 241 a SGB V). Auf diese Weise wurden im Ergebnis die Arbeitgeber und die Arbeitnehmer jeweils beitragsanteilig entlastet, während die Arbeitnehmer *allein* um den „zusätzlichen Beitragssatz“ belastet wurden - in der seinerzeitigen Gesetzesbegründung finden sich allerdings zu dieser Regelungssystematik keine Ausführungen (*Bundestags-Drucksache 15/3681*). Hingegen wurde in der Pflegeversicherung nur eine Belastung für kinderlos Versicherte normiert. In der unterschiedlichen Umsetzung zeigt sich zweierlei: Zum einen, dass in der Pflegeversicherung de facto die alleinige Beitragstragung der Versicherten maßgebliches Basisprinzip ist (analog hätte dann jedoch zunächst eine Beitragssatzerhöhung für alle erfolgen müssen und danach die Beitragssatzminderung für die Kinder Erziehenden, siehe *Kapitel 4, Fn. 903* sowie *910*) - zum anderen, dass sich hier wechselseitig verstärkend genau dieses Grundelement mit dem KiBG in der Pflegeversicherung (weiter) fortgesetzt hat.

³³⁴ *Meier* (1997a), S. 123.

rische Nutzung durch Organidentität geht noch weiter. Denn sie nutzt die Selbstverwaltung und nimmt ihr gleichzeitig die entscheidenden Selbstverwaltungselemente und damit ihre wesentliche Funktion und Bedeutung.³³⁵ Die Selbstverwaltung hat in der Pflegeversicherung kaum Gestaltungsräume oder -aufgaben, und die Haushaltsautonomie ist ihr in der Pflegeversicherung vollständig versagt. Durch bundeseinheitliche Beitragssätze und eine Gesamtpoolung der Einnahmen wird die bestehende Infrastruktur im Grunde nur zur Durchführung eines bundeseinheitlich geltenden Leistungsgesetzes genutzt und quasi mitzuständig (gemacht). Die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung sind zwar ohnehin Behörden im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB) und damit als Auftragsverwaltung tätig - mit der in der Pflegeversicherung geltenden „Entmachtung“ und dem Entzug der Haushaltsautonomie sowie einem festgelegten, nicht beeinflussbaren Finanzrahmen geraten die Selbstverwaltungen in der Pflegeversicherung jedoch faktisch zu einer reinen Durchführungs- bzw. Ausführungsinstanz. In gleicher Weise würde auch eine bundesunmittelbar tätige Behörde zur Durchführung der Pflegeversicherung ausgestaltet sein. Hier zeigen sich Elemente einer stark leistungsgesetzlich ausgerichteten Pflegeversicherung. Es kann somit durchaus davon gesprochen werden, dass sich der regelnde Staat sowohl das bestehende Instrument der Sozialversicherung als auch die ebenfalls bei den privaten Krankenversicherungsunternehmen bestehende Versicherungsinfrastruktur zunutze macht und gleichermaßen per Auftragsverwaltung zur Ausführung des SGB XI bestimmt. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen oder sonstigen Versicherungsunternehmen unterliegen bei der Durchführung der (privaten) Pflegeversicherung ebenfalls Einschränkungen durch die gesetzlichen Vorgaben. So sind sie in ihrer Behausung gebunden und werden durch die Pflegeversicherung in der Vertragsgestaltung bereits stärker bestimmt. Im Vergleich zu den ansonsten nur wenigen, die Tätigkeit einschränkenden bzw. bestimmenden Regelungen haben die privaten Versicherer in der Pflegeversicherung somit analog zu den Selbstverwaltungen der gesetzlichen Krankenkassen ebenfalls instrumentalisierende Einschränkungen hinzunehmen. Private wie gesetzliche (Sozial-)Versicherung werden somit als gemeinsame Auftragsverwaltung zur Durchführung der Pflegever-

³³⁵ Damit bleibt sie auch ohne die Möglichkeiten, die sich an einem „eigenen Ort für die Pflegeversicherung“ durch eine eigene organisatorische Zuständigkeit eröffnet hätten. Eine pflegeversicherungsspezifische Selbstverwaltung zur Durchführung und Umsetzung, aber - angesichts der durchzuführenden neuen Aufgaben und Herausforderungen - auch als begleitende und optimierende Instanz ist durchaus auch weiterhin angezeigt (siehe dazu ausführlich: *Meier* (1997d)).

sicherung bestimmt und instrumentalisiert (Nivellement).³³⁶

Dieses Nivellement ist unterhalb der fortgeführt systemtrennend ausgestalteten Regelungen in der Pflegeversicherung zwar eine „sehr lose Anbindung“ der privaten Pflegeversicherung - gleichwohl rücken die Systeme hier näher zusammen. Nicht mehr aber auch nicht weniger. Denn anders als in der Gesetzlichen Krankenversicherung werden die zur Ausführung der Pflegeversicherung verpflichteten privaten Krankenversicherungsunternehmen durch das SGB XI dazu bestimmt, die Regelungen der sozialen Pflegeversicherung zu übernehmen. Die Zwischenstellung zeigt sich in den so gefassten Sonderregelungen für die private Pflegeversicherung,³³⁷ in denen die Vertragsfreiheit der privaten Unternehmen beim Abschluss und bei der Durchführung von privaten Pflegeversicherungsverträgen mit Mindeststandards belegt und sozusagen „sozialversicherungskompatibel“ gemacht wurden. Doch zugleich zeigt sich an dieser Stelle auch das weiterhin Systemunterscheidende dieser Handhabung: Während (nur noch) für die sogenannten „Altbestände“ annähernd die Standards der sozialen Pflegeversicherung gelten, ist dies für alle neuen Verträge an wesentlichen Stellen durchbrochen.³³⁸

4.2.3 Bedeutung des Finanzausgleichs

Die Wirkung des Finanzausgleichs in der Pflegeversicherung ergänzt das Element der als reine Auftragsverwaltung ausgestalteten Pflegekasseninfrastruktur. Der in der Pflegeversicherung als „gemeinsame Rücklage“ - wenn auch getrennt nach Systemen - ausgestaltete Finanzausgleich hat ausschließlich zur Aufgabe, die Liquidität und damit die Ausführung der Pflegeversicherungsleistungen durch die Auftragsverwaltung sicherzustellen und dauerhaft zu gewährleisten. Er hat somit in der sozialen Pflegeversicherung eine ganz andere Wirkungsabsicht und Funktion als der Risikostrukturausgleich (RSA) in der Gesetzlichen Krankenversicherung, der „qualitativ risikoadjustierend“ dem Ansatz nach auf den Ausgleich von Wettbewerbsnachteilen ausgerichtet ist. Zusammen mit dem bundeseinheitlich festgelegten Beitragssatz fungiert das Rücklagen- und Ausgleichssystem des SGB XI der Funktion und Wirkung nach als „Pflegekosten-Ausgleichsfonds“. Die Kostenausgleichsregelung - jeweils ge-

³³⁶ Siehe dazu Meier (1997a), S. 123 f. .

³³⁷ Im 10. Kapitel des SGB XI.

³³⁸ Für die im „Neu“Geschäft geschlossenen Verträge (ab/seit 1995), blieb es bei entscheidenden Andersregelungen im Vergleich zur sozialen Pflegeversicherung und damit beim „vertragsrechtlich verfassten“ Sonderstatus in der privaten Pflegeversicherung. So wurde der Kontrahierungszwang durch die Ausschlussmöglichkeit bei bestehender Pflegebedürftigkeit eingeschränkt, Beiträge oberhalb der Beitragsobergrenzen sind möglich.

trennt für die private und soziale Pflegeversicherung - bestätigt somit die Charakterisierung der Pflegeversicherung als eine „reine Auftragsverwaltung“ eines bundeseinheitlichen Leistungsgesetzes, zu dessen Ausführung die Pflegekassen wie ein einheitlicher Leistungserbringer wirken. Die „Poolung“ hat dabei „lediglich“ den Zweck, den jeweiligen Pflegekassen die für die Erfüllung der vorgeschriebenen Leistungspflichten erforderlichen Mittel zur Verfügung stellen zu können. Somit fehlt auf dieser Ebene für die Pflegekassen in der sozialen wie in der privaten Pflegeversicherung jeglicher Anreiz, wirtschaftlich zu agieren.³³⁹

4.2.4 Geänderte Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze

Zwar ist durch die Übernahme der identisch geltenden Beitragsbemessungsgrenze Bestehendes für die Pflegeversicherung übernommen worden. Die Freistellung von Beiträgen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze bewirkt, dass diese nicht zur Finanzierung der Leistungen herangezogen werden. Die Beitragsbegrenzung bewirkt insoweit im Verhältnis zu dem bis zur Beitragsbemessungsgrenze proportional mit dem Einkommen steigenden Beitrag für den potentiellen Leistungsbezug einen geringeren Beitragseinsatz. Dieser Zusammenhang ist nicht für die Leistungen relevant, die der Höhe nach abhängig vom Beitrag gezahlt werden.³⁴⁰ Er ist aber intensiv relevant für Leistungen, die unabhängig von der Höhe des Einkommens bzw. der Beitragszahlung geleistet werden. In der Pflegeversicherung gibt es jedoch überhaupt *keine* beitragsbezogenen Leistungen. Nach der Wirkung bewertet, ist also insofern die zunächst als Übernahme der bestehenden Beitragsbemessungsgrenze gefasste Regelung für die Pflegeversicherung als Anders- bzw. Neuregelung zu charakterisieren.³⁴¹

4.3 Strenges Budgetprinzip in der Pflegeversicherung

Mit den übernommenen Linien zum Personenkreis und den u.a. auch damit verbundenen Beitragseinnahmeregeln stehen auch in der Pflegeversicherung traditionell nur geringe (und abnehmende) Beitragseinnahmen zur Verfügung. Wie be-

³³⁹ Dies gilt in besonderer Weise für die Unternehmen der privaten Versicherungswirtschaft, da sie - bis auf Weiteres - mit außergewöhnlich hohen Überschüssen agieren können (siehe detailliert zu diesem Aspekt in *Kapitel 3* unter *3 Private Pflegeversicherung* (ab Seite 141)).

³⁴⁰ In der Gesetzlichen Krankenversicherung betrifft dies direkt das Krankengeld als Lohnersatzleistung und auch das von den Krankenkassen ebenfalls als Lohnersatzleistung (allerdings nur für weibliche Mitglieder) ausgezahlte Mutterschaftsgeld.

³⁴¹ Die Beitragsbemessungsgrenze hat in der Pflegeversicherung einen stärker wirkenden Distributionseffekt. Dies bestätigen auch die Ergebnisse von *Rothgang* (1997), der in seiner Untersuchung zu den Wirkungen der Pflegeversicherung anhand eines Vergleichs zwischen der Situation vor und nach der Einführung der Pflegeversicherung für die beitragsfinanzierten Leistungen eine „Umverteilung von unten nach oben“ konstatiert (S. 316).

schrieben, wird der auf den beiden Wirkungsebenen wirkende Einnahmeverzicht fortgeführt. Da zur Finanzierung der Ausgaben somit, durchaus der traditionellen Linie folgend, die Einnahmeseite verknappt (unausgeschöpft) bleibt, kann dieser Mittelknappheit in der sozialen Pflegeversicherung nur eine entsprechend wirksame Begrenzung (und Steuerung) der (Leistungs-)ausgaben entsprechen. Die dazu geschaffenen Regelungen lassen sich zusammenfassend als „Budgetprinzip“ charakterisieren, das sowohl neue als auch bestehende Elemente zusammenbringt. Die Grundlinie ist die Ausgabenminimierung und -begrenzung. Das Budgetprinzip in der Pflegeversicherung ist geprägt durch die gesetzlich festgelegten Leistungssätze und das geänderte Leistungsvergabeverfahren sowie die Festschreibung des zur Verfügung stehenden Ausgabenpotentials.³⁴² Die Regelungen bewirken in der Pflegeversicherung hinsichtlich der Ausgaben eine gegenüber der Gesetzlichen Krankenversicherung umgekehrt wirkende Steuerungsrichtung.

Die, als Zuschuss zu den tatsächlich erforderlichen Pflegeaufwendungen höchstbetraglich fest vorgegebenen, faktisch als Leistungspauschalen wirkenden³⁴³ Leistungssätze bewirken eine kraft Gesetz vorgegebene Begrenzung der Leistungsausgaben. Auch das Feststellungsverfahren für die Leistungsgewährung bestimmt wesentlich die Höhe der Ausgaben.

Die beiden Elemente - zum einen die Leistungshöhe, die nicht bedarfsentsprechend und als Zuschuss ausgestaltet ist („Teilkaskoleistung“), zum anderen deren Höchstbetragsregelung („Leistungspauschalen“) sind bei genauerer Betrachtung ebenfalls eine Fortführung bestehender Entwicklungslinien, die sich im Grunde genommen - so ließe sich der Vorgang zusammengenommen charakterisierend würdigen - als eine für die Pflegeversicherung nur konsequent stärker und eindeutig benannte und vollzogene Justierung bei der Leistungsgestaltung darstellen, wie sie in der Gesetzlichen Krankenversicherung bereits seit längerem wirksam ist.

Das vermeintlich neue und einschränkende „Teilkaskoprinzip“ der Pflegeversicherung - wonach die Leistungen als Zuschuss zu den tatsächlichen Kosten fungieren - gilt dem Ergebnis und der Wirkung nach in der Gesetzlichen Krankenversicherung ebenfalls. Faktisch besteht in der Gesetzlichen Krankenversicherung ebenfalls ein „Teilkostenübernahmeprinzip“. Spätestens seit dem Jahr 1989 wurde mit dem Ge-

³⁴² Hinzu kommt die global wirkende Regelung zur Beitragssatzstabilität (§ 70 SGB XI).

³⁴³ Ausdrücklich war die pauschale Abgeltung der „pflegebedingten Aufwendungen“ so nur in der Übergangsregelung bei der Übernahme der stationären Leistungen vorgesehen.

sundheits-Reformgesetz³⁴⁴ unter dem Stichwort „Solidarität und Eigenverantwortung“ wieder³⁴⁵ eine stärkere Heranziehung der auf die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung angewiesenen behandlungsbedürftig Kranken etabliert. Die Leistungsbezieher müssen seitdem Leistungskürzungen durch die sogenannten Eigenanteile, Zuzahlungen sowie weitere Einschränkungen im Leistungskatalog (u.a. durch die Herabsetzung der Leistungshöhen) hinnehmen. Die so auf der Ausgaben-seite bei der Leistungsgewährung vorgenommenen Einschränkungen der dem Grunde nach immer noch am Bedarf zu orientierenden Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung bewirken zunehmend, dass diese Leistungen nur anteilig zu den tatsächlich entstehenden Kosten übernommen werden. Die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung decken vielfach nicht (mehr) den Bedarf und müssen von den Leistungsbeziehern - wie auch bei der „Teilkaskoabsicherung“ der Pflegeversicherung - individuell durch eigene Mittel ergänzt werden. Bei Lichte besehen handelt es sich damit um Zuschussleistungen - eben um eine Teilkaskokonstellation. Die Pflegeversicherung übernimmt das Prinzip der nur noch als Teilkostenübernahme ausgestalteten Leistungserbringung und überwindet mit den eindeutig so benannten Zuschussleistungen dabei zugleich die in der Gesetzlichen Krankenversicherung weitgehend nur noch behauptete Bedarfsorientierung.

4.3.1 Pauschalen als sozialleistungsgesetzliches Element

Gleichwohl lässt sich in diesem Zusammenhang auch sagen, dass die Festlegung pauschaler Leistungen, vor allem auch mit Blick auf deren Höhe sowie der in der Pflegeversicherung einheitlich verrichtungsbezogen normierte Hilfebedarf, weniger dem Sozialversicherungsprinzip entspricht, sondern eher - steuerfinanzierten - rein leistungsrechtlichen Regelungen ähnelt, wie sie bei den sogenannten Bedürftigkeitsleistungen vorgesehen sind. Die Ausgestaltung der Leistungen der Pflegeversicherung unterscheidet sich nicht sehr von steuerfinanzierten Leistungen in entsprechenden Leistungsgesetzen,³⁴⁶ in denen die Leistungsansprüche unabhängig von gezahlten Beiträgen bestehen. An dieser Stelle ähnelt die Pflegeversicherung der Herkunft

³⁴⁴ Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG).

³⁴⁵ Zuzahlungen im Krankheitsfall sind keineswegs „neuartige“ Elemente der Gesetzlichen Krankenversicherung - Selbstbeteiligungen wurden erstmals bereits im Jahr 1923 verlangt.

³⁴⁶ Die Dynamisierungsregelung des § 30 SGB XI als Verordnungsermächtigung für die Bundesregierung (mit Zustimmung des Bundesrates) unterstreicht diesen Charakter zusätzlich. Es ist als neues Element in diesem Zusammenhang schlüssig, die im SGB XI einheitlich unter Bedarf der Höhe nach genau bestimmten und festgelegten Leistungen anpassen zu können, ohne dafür das Gesetz ändern zu müssen. In der Gesetzlichen Krankenversicherung wäre dies wegen des dort grundsätzlich geltenden Bedarfsprinzips so nicht möglich.

nach den Regelungen der Sozialhilfe, die bis zur Einführung der Pflegeversicherung über die Hilfe zur Pflege das „klassische“ Leistungssystem für die Finanzierung der Pflege darstellte.³⁴⁷ Dies gilt ebenfalls für die „Rangigkeit“ und Ausgestaltung der Leistungsarten im SGB XI. Gleichermaßen - wenn auch anders ausgeprägt als in der Sozialhilfe - steht bei den Leistungen in der Pflegeversicherung an erster Stelle die häusliche Pflege, die der Lesart nach vorrangig von professionellen Pflegediensten zu leisten ist (Pflegetascheleistung), wobei jedoch das SGB XI tatsächlich mit dem Pflegegeld stark zu ehrenamtlicher Pflege motivieren will.³⁴⁸ In der Sozialhilfe hingegen wird dieser ehrenamtliche Einsatz zunächst verlangt.³⁴⁹

Insgesamt zeigt die Leistungsausgestaltung nach der Höhe und der Art eine Tendenz zur „Vergrundsicherung“, die sich bei abnehmendem Wirkungsgrad auch für die weiteren Bereiche der Sozialversicherung - wie beispielsweise auch für die Gesetzliche Krankenversicherung - abzeichnet.

4.3.2 Feststellungsverfahren der Leistungen

Die Regelungen der Pflegeversicherung zum Feststellungsverfahren der Leistungsansprüche haben erhebliche Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen und die damit verbundenen Ausgaben. Gleiches gilt - so ausschließlich jedoch nur in der sozialen Pflegeversicherung wirksam - für die erfolgte Neubestimmung in der Akteurskonstellation, mit der die Schlüsselrolle der Ärzte als „Leistungsverteiler“ beendet wurde.

Zunächst sind die Regelungen des SGB XI über den Leistungszugang und die Einordnung in eine Pflegestufe („Pflegeeinstufung“) als Element der Kostensteuerung zu sehen. Anders als in der Gesetzlichen Krankenversicherung bewirkt der verrichtungsbezogene, technisch klar im Gesetz definierte Leistungstatbestand zusammen mit dem bundeseinheitlich normierten und vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung durchgeführten Feststellungsverfahren zusätzlich eine stärkere Be-

³⁴⁷ Wenn auch im Rahmen der „Nothilfe“ und in Ermangelung anderer Finanzierungssysteme eher unbeabsichtigt, mit stetig zunehmendem Kostenaufwand und mit der Folge, dass es eben entscheidend deswegen zur Pflegeversicherung kam (siehe dazu ausführlich in *Kapitel 3* unter *5 Steigender Ausgabenbedarf in der Sozialhilfe - (wieder) wachsende Abhängigkeit von der Sozialhilfe* (ab Seite 169).

³⁴⁸ Meier (1997a), S. 92, 95.

³⁴⁹ Vorausgesetzt ist - anders als in der Pflegeversicherung - zudem der Einsatz weiterer, eigener Mittel in Erfüllung des Subsidiaritätsprinzips als Kernelement der Sozialhilfe. Im Unterschied dazu ist die Leistungsgewährung in der Pflegeversicherung von eigenem Einkommen und Vermögen unabhängig. Hieran zeigt sich - wenn auch schwach ausgeprägt - die Zuordnung der Pflegeversicherung zur Sozialversicherung. Zu den Details der „Hilfe zur Pflege“ siehe ausführlich in *Kapitel 3* unter *5.3 Die Hilfe zur Pflege nach dem Recht der Sozialhilfe* (ab Seite 178).

grenzung des Leistungszugangs.³⁵⁰

Während in der Gesetzlichen Krankenversicherung der leistungstatbestandliche Bedarfsfall „Krankheit“ nicht definiert ist und damit sowohl das Vorliegen der Leistungsvoraussetzung als auch die daraus folgende Behandlung der ärztlichen Entscheidung unterliegen, sind in der Pflegeversicherung sowohl die Anspruchsvoraussetzungen wie auch die daraus folgende(n) Leistung(en) und sogar das Entscheidungs- bzw. Feststellungsverfahren eindeutig geregelt und festgelegt. An dieses Verfahren sind nach dem SGB XI auch die für die private Pflegeversicherung tätigen bzw. von dieser über die MEDICPROOF-Gesellschaft beauftragten Ärzte gebunden. Das festgelegte Verfahren und die eindeutige Leistungsdefinition bewirken allein schon eine Eingrenzung der Leistungen der Pflegeversicherung im Unterschied zum Verordnungsgeschehen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Denn die Ärzte sind freiberuflich Tätige, die sich natürlich anhand der verordneten Behandlungen auch ihrer Einkommen zu vergewissern haben.

In der sozialen Pflegeversicherung wurde vollständig auf die Einbeziehung der Ärzte verzichtet. Sie spielen im Leistungsgeschehen der sozialen Pflegeversicherung keine Rolle mehr. Das gesamte Feststellungs- und Einstufungsverfahren findet dort über den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung statt. Es handelt sich dabei um eine Entscheidung von erheblicher Bedeutung und Reichweite: Zum einen wurde die Position der als Pflegekassen tätigen Krankenkassen im Leistungsgeschehen deutlich gestärkt. Der in der Gesetzlichen Krankenversicherung eher begleitend tätige Medizinische Dienst der Krankenversicherung³⁵¹ wurde quasi zum medizinischen Feststellungsdienst der Pflegekassen „befördert“, was dessen Bedeutung ebenfalls erhöht hat. Dagegen erfahren die Ärzte und ihre kassenärztliche Selbstverwaltung als von der Pflegeversicherung isolierte Akteure einen (fast) vollständigen Bedeutungsverlust - lediglich im Bereich der privaten Pflegeversicherung besteht ihre Rolle noch. Zum anderen wird mit dieser Festlegung die bereits an anderer Stelle konstatierte Systemtrennung zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung faktisch auch für den Bereich der Leistungen festgelegt.

³⁵⁰ Wobei an diese Stelle sogleich der Hinweis angezeigt ist, dass damit nicht automatisch auch eine stärkere Transparenz dieses „Einstufungsgeschehens“, welches für die Leistungsverteilung das Verordnungsgeschehen ablöst, einhergeht. Dies zeigen die Ergebnisse und die damit verbundenen Fragen nach dem tatsächlich wirksamen Steuerungsgeschehen, wie in *Kapitel 3* angesprochen und ausgeführt.

³⁵¹ Siehe dazu in diesem Kapitel *Fn. 84 (Seite 43)*.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung³⁵² bildet somit bei der Leistungsfestlegung in der sozialen Pflegeversicherung einen zentralen Ort. Der Zugang zu den Leistungen erfolgt nur über diese Stelle. Es handelt sich in der sozialen Pflegeversicherung um ein stärker behördengebundenes medizinisches Feststellungsverfahren. Das Begutachtungsverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt zwar nicht durch bei der Kranken- bzw. Pflegekasse angestelltes medizinisches Personal in direkter arbeitsvertraglicher Abhängigkeit und Bestimmtheit, gleichwohl - das bringt schon die Bezeichnung zum Ausdruck - besteht eine sachlich-fachliche sowie vor allem auch organisatorische Nähe zu den Krankenkassen, die wie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung gleichermaßen als „Körperschaft des öffentlichen Rechts“ konstituiert sind.³⁵³ Die Kassen haben somit einen an sie gebundenen Feststellungsdienst.

Diese Ausgestaltung lässt sich als „Leistungsregulativ“ charakterisieren, wie es in einem Primärarztsystem wirksam ist. Die Gesetzliche Krankenversicherung kennt ein solches primärärztliches Verfahren nicht³⁵⁴ - gleichwohl ist dieses Prinzip der Sozialversicherung nicht fremd. In der gesetzlichen Unfallversicherung trägt das dort geltende Primärarztsystem in Form des „Durchgangsarztverfahrens“ neben dem - ebenfalls der speziellen (exklusiven) Leistungsausrichtung dieses Absicherungssystems entsprechenden - Kausalitätsprinzip zu einer wirksamen Kostensteuerung bei.³⁵⁵ Die mit dem Durchgangsarztverfahren der Unfallversicherung praktizierte medizinische Versorgung durch nicht frei wählbare, sondern von der Unfallversicherung bestellte und von den Verunfallten zu konsultierenden Ärzte gilt in der Pflegeversicherung durch das Begutachtungsverfahren durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sinngemäß in gleicher Weise. Die Regelung der Pflegeversicherung kann

³⁵² Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung ist hervorgegangen aus dem zuvor beim Rentenversicherungsträger zur Feststellung und Überprüfung von Indikationen in der Rehabilitation eingesetzten und konstituierten „Vertrauensärztlichen Dienst“ (VäD), der als unabhängige Institution die medizinische Begründetheit ärztlicher Verordnungen überprüfte und in dieser Funktion auch von den Krankenkassen zur Prüfung der medizinischen Begründetheit von Leistungsansprüchen - beispielsweise bei Arbeitsfähigkeitsbescheinigungen - herangezogen wurde. Ein Element, das für die „begleitende Tätigkeit“ des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung bis heute relevant ist (siehe dazu ebenfalls in diesem Kapitel *Fn. 84 (Seite 43)*).

³⁵³ §§ 4, 278 SGB V. Die „Organnähe“ des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ergibt sich aus den §§ 278 bis 281 SGB V.

³⁵⁴ Beziehungsweise nur in dem bereits angesprochenen Kontext als Korrektiv - entstanden aus dem „amtsärztlichen“ verfahren des „VäD“ (siehe zuvor *Fn. 352* und dortigen Hinweis).

³⁵⁵ Siehe ausführlich in *Fn. 49 (Seite 31)* zur spezifischen Gestaltung, mit der die Unfallversicherung eine „Sonderstellung“ innerhalb der Sozialversicherung einnimmt.

durch die fest definierten Leistungsvoraussetzungen in Verbindung mit dem ebenfalls festgelegten Feststellungsverfahren durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung die Kosten bzw. Leistungsausgaben wirksam steuern. Das Verfahren ist dabei in der Wirkung dem Primärarztsystem ähnlich. Jeder Leistungsantrag wird einer Stelle und einer einheitlichen Bewertung zugeführt - mit der technischen Definition des Leistungstatbestandes Pflegebedürftigkeit ist dies einem Ursächlichkeitsprinzip (wie es in der Unfallversicherung gilt) in der Wirkung durchaus nicht unähnlich.

4.3.3 Ausgabenbegrenzung durch strikte gesetzliche Budgetvorgaben

Neben die über die enge Vorgabe der Leistungen und ihrer Vergabe wirkende Kostenbegrenzung treten zu Ausgabensteuerung noch weitere Elemente hinzu, die im Zusammenspiel zur Begrenzung der Ausgaben beitragen. Sie bestimmen die für Ausgaben zur Verfügung stehenden Mittel und begrenzen damit quasi neben den Regelungen über die begrenzten Leistungen zusätzlich das Budget. Auf diese Weise bilden sie die zweite Komponente der „strengen Budgetierung“ in der Pflegeversicherung.

Das zur Verfügung stehende Ausgabenpotential, welches ohnehin sehr eingeschränkt ist, muss in dieser Logik zusätzlich reglementiert werden. Die Pflegeversicherung verkehrt dazu das in der Gesetzlichen Krankenversicherung mit dem dort grundsätzlich am Bedarf orientierten Ausgabenprinzip in das Gegenteil. Das Prinzip wird quasi auf den Kopf gestellt bzw. von der anderen Seite „angesteuert“: Nicht die notwendig zur Erfüllung der bestehenden Bedarfe erforderlichen Ausgaben bestimmen die zur Verfügung zu stellenden Einnahmen, sondern es ist in der Pflegeversicherung gerade umgekehrt: Die als Budget bezeichnbaren, zur Verfügung gestellten Ausgabemittel bestimmen das Maß, in dem den Bedarfen zu entsprechen ist bzw. ihnen entsprochen werden kann. Es ließe sich ohne Wertung und Vergleich zur Gesetzlichen Krankenversicherung objektiver für die Ausgabenlogik auch formulieren, dass in der Pflegeversicherung die Leistungen durch gesetzlich bestimmte Pauschalen unabhängig vom Bedarf festgelegt sind und weiterhin die verfügbaren Ausgaben ebenfalls per gesetzlicher Vorgabe und unabhängig vom individuellen Bedarf bestimmt sind.

Der Budgetrahmen der zur Verfügung stehenden Ausgabemittel wird zunächst durch den bundeseinheitlich im Gesetz festgelegten Beitragssatz vorgegeben. Ohne Haushaltsautonomie, lediglich als Auftragsverwaltung fungierend, kann die Pflegekasse

auf diese Einnahmegröße keinen Einfluss nehmen - sie muss, wie alle sonstigen Beteiligten auch, mit dem vorgegebenen Budget auskommen. Da - wie gezeigt - bereits die für die Beitragserhebung zur Verfügung stehende Grundlohnsumme in der sozialen Pflegeversicherung deutlich eingeschränkt ist, korrespondiert diese Mittelknappheit auf der Leistungsebene mit den dort budgetierend wirkenden Regelungen. Das fest vorgegebene Budget - die fest zur Verfügung stehende Ausgabensumme - begrenzt den Handlungsspielraum. Die so gesetzlich normierte Vorgabe zwingt die Akteure mit den Beträgen auszukommen und steuert so die Ausgaben durch eine Budgetvorgabe. Es handelt sich hierbei auch um ein Selbststeuerungskonzept zur Ausgabenbegrenzung. Die verfügbaren Ausgaben sind in der Pflegeversicherung quasi wie ein „Gesamtbudget“ fixiert, dem sich die Leistungsfestlegung nachordnen muss. Hinzu kommt, dass das SGB XI mit dem „Grundsatz der Beitragssatzstabilität“³⁵⁶ gebietet, dass die Pflegekassen in den Verträgen mit den Leistungserbringern sicher zu stellen haben, dass ihre Leistungsausgaben die Beitragseinnahmen nicht übersteigen.

Das Budgetprinzip der Pflegeversicherung setzt sich also aus diesen beiden Elementen zusammen: Zum einen die pauschalierten Leistungen und zum anderen die umgekehrte Steuerungsrichtung, wonach sich die Ausgaben nach den Einnahmen zu richten haben. Der Charakter dieser Budgetsteuerung: Ohne die potenziell ebenfalls möglichen Einnahmeerhöhungsmöglichkeiten im Rahmen einer sozialversicherungsrechtlich ausgestalteten Gesetzgebung zu aktivieren - hier bleibt also alles beim alten (traditioneller Linie folgend) - steuert ein strenges Budget in der sozialen Pflegeversicherung die Ausgaben. Diesem, auch für die Gesetzliche Krankenversicherung geltenden, Impetus entspricht die Pflegeversicherung allerdings wirksam(er) durch eine so charakterisierbare „Umkehrung der Steuerungsrichtung“. Die als neuester Zweig der Sozialversicherung etablierte Pflegeversicherung kann die Ausgabenbegrenzung damit entschiedener regeln. Ihr strenges Budget muss nicht mehr über Zuzahlungen, Eigenanteile oder verordneten Budgetverhandlungen der Leistungsanbieter über die Höhe von Gesamtvergütungen o.a. auf die Minderung der Ausgaben einwirken, sondern erzwingt durch die Vorgabe der zur Verfügung stehenden Mittel einerseits sowie durch damit korrespondierende, bedarfsunabhängig festgelegte - also nicht nach dem Bedarfsprinzip zu orientierende - Leistungshöhen andererseits eine strikte und wirksame Ausgabenbegrenzung.

³⁵⁶ So legaldefiniert in § 70 Abs. 1 SGB XI.

4.4 Zur Charakterisierung der Erweiterungen und Andersregelungen der Pflegeversicherung

Ohne dabei seinen grundsätzlichen Charakter als weiteres Sozialversicherungsgesetz zu verlieren, zeigen die für die Pflegeversicherung gegenüber der Gesetzlichen Krankenversicherung abweichend und anders geltenden Regelungen vor allem intensiven Ausgabenbegrenzungscharakter. Pointierter ließe sich mit Blick auf die Regelungsdetails davon sprechen, dass die Pflegeversicherung die *Mittelknappheit* bzw. Verknappung institutionalisiert. Dazu wird - auch das durchaus traditioneller Wirkung und Aufgabe von Sozialversicherung entsprechend - gesetzlich geregelt, wer die Ausgaben aufbringt (und weniger wie). Die Pflegeversicherung steht somit auch klassisch in der Linie einer Sozialversicherung, die mit ihren Wirkungselementen zur Finanzierung von Vorsorgeaufgaben im Sozialstaat instrumentalisiert wird.

Die nicht nur, aber vor allem auch, in der Gesetzlichen Krankenversicherung problematische Entwicklung der zur Finanzierung der notwendigen Leistungsausgaben zur Verfügung stehenden bzw. zu stellenden Einnahmen werden konsequent auf der Ausgabenseite gesteuert - auch insoweit bleibt die Pflegeversicherung ganz etablierter, traditioneller Handhabung und Festlegung verpflichtet und quasi pfadidentisch.³⁵⁷

In der Pflegeversicherung sind die Ausgaben mit dem Budgetprinzip (inklusive der administrierten Feststellung der Leistungsbedarfe) kraft gesetzlicher Festlegung begrenzt durch einen festgelegten, bundeseinheitlich geltenden Beitragssatz und eine Selbstverwaltung ohne faktische Haushaltsautonomie - d.h. ohne, bzw. durch nur sehr begrenzte eigene Haushaltsmöglichkeiten. Ausgeschaltet ist in der Pflegeversicherung damit die „Budgethoheit“ der gesetzlichen Kassen, die mit faktisch festgelegten Haushalten auszukommen haben, statt mit einer Haushaltsautonomie wie in der Gesetzlichen Krankenversicherung agieren zu können. Die ebenfalls für die Pflegeversicherung zuständige Selbstverwaltung der Krankenkassen erfährt hier(durch) eine wesentliche Einschränkung und verliert damit letztlich auch ein - bislang - insbesondere die Gesetzliche Krankenversicherung prägendes und bestimmendes Prinzip einer selbstverwalteten Leistungsausführung.

Mit der Gestaltung der Pflegeversicherung wurde die bestehende Infrastruktur des gegliederten Kassenwesens konsequent genutzt und zur Auftragsverwaltung einge-

³⁵⁷ Im Ergebnis kann es nur diese beiden Elemente für die Gestaltung der leistungsgesetzlichen Regelungen geben. So wurde seinerzeit im *Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter* sogar ausdrücklich festgelegt, was geschieht, wenn einer Krankenkasse „das Geld ausgeht“: Entweder war der Beitrag zu erhöhen oder es waren die Leistungen mindern (*ebd.*, § 33).

setzt und so das vorhandene Potential der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsgestaltung herangezogen.

Erstmals wurden in einem Sozialversicherungsgesetz mit dem Pflegeversicherungsrecht auch die Regelungen für die private Versicherung kodifiziert. Die Detailregelungen des SGB XI für die private Pflegeversicherung bewirken jedoch praktisch weiterhin eine Abgetrenntheit der beiden Systeme, die sich insbesondere durch den fehlenden Finanzausgleich aber auch durch die - fortgeführte - Exklusivität des Personenkreises sowie die eigenständige Umsetzung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen manifestiert.

Die Pflegeversicherung entspricht traditionell verfassten Elementen der Sozialversicherung, die wiederum nicht sakrosankt und im stetigen Wandel begriffen sind. Dieser Entwicklung entspricht die Pflegeversicherung ebenfalls und markiert als neuestes und „modernes“ sozialversicherungsrechtlich verfasstes Leistungsgesetz mit ihrer Einführung im Jahr 1995 den Wandel. Besonders deutlich zeigt sich dies in der Retrospektive. So wurde durch die Änderungsgesetzgebung in der Gesetzlichen Krankenversicherung der Bedeutungswandel für die hälftige Beitragsaufbringung beendet. Die bis dato quasi als „Grundprinzip“ und „Selbstverständnis“ wahrgenommene Parität wurde aufgebrochen. Dieser „Aufbruch“ wurde in der Pflegeversicherung ausdrücklicher vollzogen.

Insofern die Pflegeversicherung mit der Berücksichtigung weiterer Personenkreise und die obligatorische Einbeziehung der in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherungsfreien, als freiwillige Mitglieder versicherten, Personen und - nicht zuletzt - mit den Regelungen für die privat Krankenversicherten auch auf den Bereich der damit gleichwohl auch weiterhin von der Pflegeversicherung unberücksichtigten Personenkreise hinwies, markierte sie den Handlungsbedarf für eine möglichst umfassende Berücksichtigung aller Personenkreise. Mit der jüngsten Änderungsgesetzgebung wurde die Versicherungspflicht bzw. Pflicht zur Versicherung der bisher noch „Unversicherten“ normiert.³⁵⁸

³⁵⁸ Mit dem *Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)* sind seit dem 1.4.2007 alle im Inland wohnenden Personen ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall versicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V - ausgenommen bleiben davon die ausdrücklich nach § 5 Abs. 5 SGB V nicht versicherungspflichtigen und nach § 6 Abs. 1 und 2 SGB V versicherungsfreien Personen, die bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren (§ 5 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe b SGB V). In der Pflegeversicherung gilt diese Regelung der Gesetzlichen Krankenversicherung in geübter Weise durch die Analogisierung gleichermaßen (§ 20 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 in Verbindung mit Satz 1 SGB XI). Seit dem 1.7.2007 sind die

Die - besonders in der Pflegeversicherung naheliegende - Erweiterung des Finanzausgleichs auf eine systemübergreifende, gemeinsame Rücklage ist derzeit noch nicht geplant. Bereits beschlossen ist in der Gesetzlichen Krankenversicherung hingegen eine grundlegend geänderte Finanzierungsform. Treten die Änderungen wie vorgesehen in Kraft, erfolgt die Aufbringung der Beiträge ab dem Jahr 2009 über einen sogenannten „Gesundheitsfonds“. Der Beitragssatz wird dann - anders als bisher - bundesweit einheitlich per Rechtsverordnung festgelegt. Damit entfällt die Beitragsautonomie der gesetzlichen Krankenkassen - sie erhalten aus dem vom Bundesverwaltungsamt verwalteten Gesundheitsfonds eine Pauschale sowie einen „alters- und risikoadjustierten“ Zuschlag.³⁵⁹ Ab dem Jahr 2009 wird die Situation hinsichtlich der Mittelaufbringung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ähnlich sein, wie sie bereits in der sozialen Pflegeversicherung exerziert wird.

privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet, Personen ohne Absicherung im Krankheitsfall einen Versicherungsvertrag („Basisvertrag“) anzubieten (§ 315 SGB V). Ab dem 1.1.2009 ist für diese Personen zusätzlich die Verpflichtung zum Abschluss eines Versicherungsvertrages vorgesehen (§ 178a Abs. 5 Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)). Nach den derzeit vorliegenden Änderungsvorschlägen ist vorgesehen, diese „Pflicht zur Versicherung“ entsprechend der für die Verträge im „Altbestand“ geltenden Tarifbedingungen (siehe *Fn. 296, Seite 72*) auszustatten (*Bundestags-Drucksache 16/7439, S. 193-196*).

³⁵⁹ Das bisherige Ausgleichverfahren über den RSA soll damit vereinfacht werden. Den Gesetzlichen Krankenkassen verbleibt mit dem Gesundheitsfonds lediglich die Möglichkeit, von ihren Mitgliedern einen - der Höhe nach begrenzten - Zuschlag zu erheben, wenn die zugewiesenen Mittel nicht ausreichen (*Bundestags-Drucksache 16/3100, S. 91 f.*).

Kapitel 3 Situation und Herausforderungen für die Pflegeversicherung

Die Situation und der Handlungsbedarf für die weitere Entwicklung der Pflegeversicherung sind weitgehend bekannt und benannt. Medial werden unterschiedliche Aspekte der „Pflegeversicherungsproblematik“ aufgegriffen, wenn es um aktuelle Bekanntmachungen zu den neuesten Zahlen und Ergebnissen im Kontext der Pflegeversicherung geht. In den Berichten über die Betreuungssituation der Pflegebedürftigen wurden und werden vor allem immer wieder auch die oft bestehenden Defizite der stationären Versorgung in den Heimen reklamiert. Auch wird die „Zahlungsunfähigkeit“ der Pflegeversicherung thematisiert, wenn immer wieder neue „Ausgabenrekorde“ vermeldet werden.

Fachlich werden die Situation und die Handlungserfordernisse vornehmlich in den turnusgemäßen Berichten der Bundesregierung über die Pflegeversicherung sowie in den Fachberichten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, aber auch in den Berichten der eingesetzten Kommissionen - wie beispielsweise der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, der Sachverständigenkommissionen zur Erstellung des Dritten und des Vierten Altenberichts oder der sogenannten „Rürup-Kommission“ - beschrieben und vorgestellt.³⁶⁰

Den Entscheidungsverantwortlichen, aber auch den weiteren Akteuren im „Politikfeld Pflegeversicherung“ sind Situation und auch die Herausforderungen, vor denen die Pflegeversicherung steht, bekannt. Von hier gelangen neue Überlegungen in die Diskussion oder werden als neu aufgemachte Vorschläge zur Problemlösung veröffentlicht.

Auch besteht über die anstehenden Probleme weitgehender Konsens bei den Gestaltungsverantwortlichen - unklar ist hingegen, wie die Lösungen für die benennbaren

³⁶⁰ Auch das Gutachten des *Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* (2005) widmet sich der Pflegeversicherung. In der ausführlichen Darstellung (S. 371-504) wird die „Schnittstellenproblematik“ zwischen Gesetzlicher Kranken- und sozialer Pflegeversicherung fokussiert und eine „langfristig anzulegende“ Integration der beiden Versicherungszweige empfohlen (S. 478 f.).

Problemlagen zu gestalten sind. Naturgemäß uneinheitlich fallen die Handlungsempfehlungen aus. Dazu liegen eine Reihe von Vorschlägen sowohl aus der Fachwelt als auch bei den Parteien vor. Sie reichen von der vollständigen Aufgabe der Pflegeversicherung bis hin zu einer weiterentwickelnden, modellierten Ausgestaltung innerhalb des bestehenden Pflegeversicherungssystems.

Die zu gestaltenden Probleme bzw. offenen Handlungsbedarfe, auf die die Handlungsprogramme Antworten für die zukünftige Entwicklung der Pflegeversicherung bzw. für die Zukunft der Pflegeversicherung geben müssen, ergeben sich - teilweise auch wechselseitig sich bedingend -

- zum einen aus bestehenden, mit der Pflegeversicherung nicht oder nicht wirksam gelösten Herausforderungen, - also in den Fällen, in denen das Handlungsprogramm auf die seinerzeit erkannten Probleme einwirken sollte, in denen aber das Ziel nicht bzw. nicht dauerhaft erreicht wurde;
- zum anderen aus im Laufe des Bestehens und Wirkens der Pflegeversicherung neu entstandenen und sich weiter entwickelnden Bedarfen. Es handelt sich dabei sozusagen um „sich weiter entwickelnde“ Probleme.

Die Situation und die Handlungsbedarfe der Pflegeversicherung werden hier anhand einer systematischen Bestandsaufnahme entwickelt. In diese Bestandsaufnahme werden die vorliegenden Erkenntnisse einbezogen und um weitere Aspekte ergänzend entwickelt, die so noch nicht bzw. nicht in dieser Form vorliegen. Ziel ist es dabei, durch eine bewusst in diesem Sinne pointierte, auf einzelne Problembereiche zugespitzte Betrachtung anhand der bisherigen Entwicklung und dem „Ist-Zustand“ die Wirkung der Pflegeversicherung zu bewerten und für ihre weitere Entwicklung einordnen zu können. Dabei schließt die Darstellung an den zuvor in *Kapitel 2* vorgestellten Regelungskreis und der dortigen Systematisierung an. Gezeigt wurde dort bereits, dass es sich bei der gesetzlichen Pflegeversicherung praktisch um zwei voneinander getrennte Systeme handelt. Aus diesem Grund erfolgt einleitend zunächst eine knappe Übersicht anhand von „Eckdaten“ über die gesetzliche Pflegeversicherung, um dann detailliert auf die soziale Pflegeversicherung einzugehen.

Im zeitlichen Verlauf werden zunächst die Entwicklung der Anzahl der Versicherten sowie der Leistungsbezieher der sozialen Pflegeversicherung nach Leistungsarten betrachtet. Da sich vor allem die Finanzsituation als determinierend für die politisch wahrgenommene Gestaltungsverantwortung darstellt, wird in einem weiteren Schritt die Ausgabenentwicklung in den Blick genommen. Auf die Übersicht über die Ent-

wicklung der Ausgaben, der Einnahmen und der Rücklage der sozialen Pflegeversicherung insgesamt folgen genauere Betrachtungen zu den Leistungsausgaben, insbesondere zu ausgewählten Leistungen und deren Entwicklung und Situation im Verhältnis zu den Leistungsbeziehern („Wertigkeit der Leistungen“). Die ebenfalls im zeitlichen Verlauf und nach Leistungsarten unterteilte Betrachtung der Einstufungsergebnisse beleuchtet das faktisch ausgabensteuernde Einstufungsgeschehen in der sozialen Pflegeversicherung.

Daran schließen sich vergleichend die Ausführungen zur privaten Pflegeversicherung an, die sich dem Umfang nach zwar bescheiden ausnimmt, aber gleichwohl mit bemerkenswert anderen Ergebnissen aufwartet, welche vor allem auch im Vergleich zur sozialen Pflegeversicherung detailliert werden.

Von großer Wichtigkeit für die Entwicklung bzw. die Gestaltung oder die wahrgenommenen Gestaltungserfordernisse der Pflegeversicherung sind die Annahmen über die Entwicklung des Pflegebedarfs. In einem gesonderten Abschnitt werden daher anhand der vorliegenden Erkenntnisse und ihrer Bewertung die Grenzen einer Bedarfsabschätzung erörtert und die Anforderungen skizziert, die an eine gleichwohl erforderliche Bedarfserhebung zu stellen sind.

Unerlässlich ist es, im Rahmen einer systematischen Bestandsaufnahme auch auf die Sozialhilfe einzugehen. Die Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe bildet faktisch - neben der sozialen und privaten Pflegeversicherung - einen dritten Bereich in der „Trias der Pflegeabsicherung“ und kann deswegen nicht ausgeblendet bleiben. Namentlich die Entwicklung der Ausgaben der Hilfe zur Pflege als „Bedürftigkeitsleistung“ und damit leistungsrechtlich nachgeordnetes „Nothilfesystem“ beleuchtet die Situation und Herausforderungen für die Pflegeversicherung.

Die Zahlenangaben beziehen sich für den für diese Untersuchung relevanten Zeitraum anhand der zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Materialien. Als Grundlage dienen die Deutschlandergebnisse der Pflegestatistik³⁶¹ des Statistischen Bundesam-

³⁶¹ Die Pflegestatistik wird von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder seit Dezember 1999 im zweijährigen Turnus durchgeführt, um Daten zum Angebot und zur Nachfrage nach pflegerischer Versorgung zu gewinnen. Dazu werden die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen befragt. Die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung liefern Informationen über die Empfänger von Pflegegeldleistungen (zumeist Angehörige). Die Rechtsgrundlage für die Statistik bildet die nach § 109 Abs. 1 SGB XI im Jahr 1999 erlassene *Verordnung zur Durchführung einer Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege* (Pflegestatistik-Verordnung).

tes³⁶² sowie die zum größten Teil auf dieser Grundlage vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vorgelegten Daten.

Die Berichterstattung über die Entwicklung der Pflegeversicherung, den Stand der pflegerischen Versorgung in Deutschland und die Umsetzung der Empfehlungen und Vorschläge des Ausschusses für Fragen der Pflegeversicherung ist eine Informationsquelle über die Situation und die Entwicklung der Pflegeversicherung, inklusive erkannter Handlungsbedarfe und Problembereiche. Diese Berichtstätigkeit ist als Aufgabe gesetzlich vorgeschrieben.³⁶³ Der erste Bericht wurde im Dezember 1997³⁶⁴ vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) erstellt,³⁶⁵ das bis Ende Oktober 1998 innerhalb der „alten“ Bundesregierung für die Pflegeversicherung zuständig war. Im März 2001 wurde der zweite Bericht³⁶⁶ vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorgelegt,³⁶⁷ welches ab 1998³⁶⁸ innerhalb der neu gewählten Rot-Grünen Regierungskoalition zuständig war. Seit November 2004³⁶⁹ liegt der dritte Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) vor. Diese mit weiteren Ergänzungen versehene Berichterstattung der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung wurde für die Bearbeitung in der offiziellen Form der Bundestags-Drucksache³⁷⁰ herangezogen. Dabei soll dieser Bericht hier nicht wiedergegeben werden, sondern es soll pointiert auf einzelne, zentrale Aspekte eingegangen werden, um problemorientiert zu Erkenntnissen und zu den Handlungsbedarfen zu gelangen.

Ebenfalls als Grundlage diene der Bericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“ von 2002, der zentrale Analysen und auch eine sehr aus-

³⁶² Im April 2005 wurden die Ergebnisse aus dem Jahr 2003 veröffentlicht: *Statistisches Bundesamt* (2005a).

³⁶³ Nach der einschlägigen Bestimmung, die sich unter den Aufgaben des Bundes in der Pflegeversicherung findet, berichtet das zuständige Ministerium im Abstand von drei Jahren, erstmals 1997 (§ 10 Abs. 4 SGB XI). Dabei beziehen sich die Angaben ganz überwiegend auf die soziale Pflegeversicherung, während die Pflegestatistik die gesamte Pflegeversicherung einbezieht und vor allem die personale Situation sowie die Infrastruktur im Blick hat.

³⁶⁴ *Bundestags-Drucksache* 13/9528.

³⁶⁵ *Ebd.*, S. 8.

³⁶⁶ *Bundestags-Drucksache* 14/5590. Turnusgemäß hätte dieser bereits Ende 2000 erfolgen müssen

³⁶⁷ *Ebd.*, S. 10.

³⁶⁸ Per *Bekanntmachung des Organisationserlasses des Bundeskanzlers vom 27. Oktober 1998* wurde die Zuständigkeit für die Pflegeversicherung auf das Bundesministerium für Gesundheit übertragen.

³⁶⁹ Turnusgemäß hätte dieser bereits Ende 2003, spätestens im Frühjahr 2004 erfolgen müssen.

³⁷⁰ *Bundestags-Drucksache* 15/4125.

föhrlich Situationsdarstellung der Pflegeversicherung beinhaltet.³⁷¹ Dies gilt ebenso für die Altenberichte der Sachverständigenkommissionen: Mit dem Dritten Altenbericht wurde im Jahr 2001 erneut ein Gesamtbericht zur Lebenslage älterer Menschen in der Bundesrepublik Deutschland vorgelegt.³⁷² Der „Vierte Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland“³⁷³ befasst sich insbesondere mit den Auswirkungen von Hochaltrigkeit und Demenz und enthält weitere, ergänzende Ausführungen zur Pflegeversicherung im Zusammenhang mit der gegenwärtigen Situation in der Altenhilfe und ihrer künftigen Entwicklung.³⁷⁴

Für den Bereich der privaten Pflegeversicherung wurden zusätzlich die im Oktober 2004 vom Verband der privaten Krankenversicherung vorgelegten Leistungszahlen 2003³⁷⁵ genutzt.

Weiterhin wurden einschlägige Fachbeiträge vornehmlich zur Leistungsentwicklung berücksichtigt.³⁷⁶

Die amtliche „Arbeits- und Sozialstatistik“, in der laufend insbesondere alle Detailangaben über die Sozialversicherung in der Rubrik „Soziale Sicherung“ erschlossen werden konnten, kann als bewährte Materialgrundlage nicht mehr über das Bundesarbeitsblatt genutzt werden. Mit der Fünften Ausgabe wurde der Abdruck 2003 eingestellt und für den Bereich der Pflegeversicherung auf das Internetangebot des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung verwiesen.³⁷⁷

³⁷¹ *Bundestags-Drucksache 14/8800.*

³⁷² *Bundestags-Drucksache 14/5130.* Der Erste Altenbericht informierte im Jahr 1993 erstmals umfassend über die Lebenssituation älterer Menschen. Der im Jahr 1998 vorgelegte Zweite Altenbericht behandelte das Schwerpunktthema „Wohnen im Alter“.

³⁷³ *Bundestags-Drucksache 14/8822.*

³⁷⁴ Erst am 28. Januar 2005 beschloss der Deutsche Bundestag einstimmig (*Deutscher Bundestag - Plenarprotokoll 15/155*, S. 14490), sich zentralen Anliegen der von der Kommission in 77 Punkten als vorrangige Handlungserfordernisse formulierten Empfehlungen (*Bundestags-Drucksache 14/8822*, S. 354-362) anzuschließen. Definiert wurden Schwerpunkte einer weitergehenden Altersforschung und es wurden Aufgaben benannt, die beim Wohnen und Leben im Alter sowie für die pflegerische und medizinische Betreuung anstehen. Ein Schwerpunkt wurde dabei auf dem Bereich demenzieller Erkrankungen gelegt (*Bundestags-Drucksache 15/4192*, S. 2-8). Ende des Jahres 2004 kündigte die Bundesregierung an, dass der Fünfte Altenbericht erarbeitet werde und die Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft zum Schwerpunkt habe (*ebd.*, S. 10).

³⁷⁵ *Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2004).* Der Zahlenbericht 2003/2004 enthält das endgültige und umfassende Geschäftsergebnis des Jahres 2003.

³⁷⁶ Weitere Materialien, insbesondere zur „Pflegeeinstufung“, zur Bedarfsabschätzung sowie zur Sozialhilfe werden jeweils an Ort und Stelle benannt.

³⁷⁷ *Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2003).* Auch an dieser Stelle ergibt sich somit die faktische Recherchenotwendigkeit, auf Internetquellen zugreifen zu müssen. Die jeweils einschlägigen bzw. herangezogenen Internetressourcen sind an Ort und Stelle genannt.

1 Situation der Pflegeversicherung insgesamt

Nach der aktuellen Pflegestatistik³⁷⁸ waren am Jahresende 2003 insgesamt 2,08 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Damit ist die Zahl der Leistungsbezieher in der sozialen und privaten Pflegeversicherung insgesamt weiter gestiegen - gegenüber 2001 um fast zwei Prozent.³⁷⁹ Der Anteil der Leistungen der Pflegeversicherung Beziehenden an der gesamten Bevölkerung betrug 2,5 Prozent.³⁸⁰ Dabei kann dieser „statistisch-rechnerische Wert“, in der Statistik des Bundesamtes vorsichtig als „Pflegequote“ bezeichnet, lediglich als Indiz für den bestehenden und zunehmenden Hilfebedarf herangezogen werden.³⁸¹

Innerhalb der Gruppe der Leistungsbezieher nimmt die häusliche Pflege nach wie vor den größten Umfang ein. Mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen werden zu Hause von Angehörigen und/oder Pflegediensten versorgt. Insgesamt nimmt der Anteil der zu Hause Versorgten aber ab. Die Zahl derer, die ausschließlich Pflegegeld beziehen und in der Regel zu Hause allein durch Angehörige gepflegt werden, sinkt. Der Anteil „professioneller“ Pflege durch ambulante Pflegedienste³⁸² und - noch deutlicher - in Pflegeheimen steigt.³⁸³ Das Statistische Bundesamt konstatiert dabei eine zunehmende Bedeutung der vollstationären Dauerversorgung.³⁸⁴

In Zahlen zeigte sich diese, auf den „Ort der Pflege“ bezogene, Leistungsbilanz zum Jahresende 2003 wie folgt: Von den in Privathaushalten lebenden Pflegebedürftigen erhielten 987 Tausend ausschließlich Pflegegeld. Für weitere 450 Tausend Pflegebedürftige wurde die Pflege zum Teil oder vollständig durch ambulante Pflegedienste erbracht. In Pflegeheimen wurden 31 Prozent der Pflegebedürftigen (640 Tausend) betreut.³⁸⁵ Von den Heimbewohnern waren fast die Hälfte (45 Prozent) 85 Jahre und älter, bei den zu Hause Versorgten etwa ein Viertel (26 Prozent). Ganz überwiegend sind die Heimbewohner weiblich (78 Prozent).

Pflegebedürftigkeit ist überwiegend „weiblich, alleinstehend, alt“. Über zwei Drittel der

³⁷⁸ Statistisches Bundesamt (2005a).

³⁷⁹ Ebd., S. 9.

³⁸⁰ Ebd., S. 10.

³⁸¹ Siehe dazu die Ausführungen in diesem Kapitel unter 4.2 „Pflegefallwahrscheinlichkeit“ bezogen auf das Lebensalter (S. 157).

³⁸² Wobei insgesamt die Zahl der ambulanten Dienste nur leicht gestiegen ist (Statistisches Bundesamt (2005a), S. 3, 5).

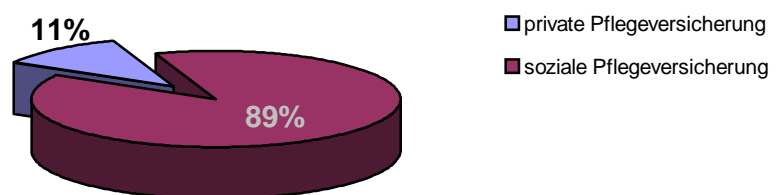
³⁸³ Ebd., S. 3, 9.

³⁸⁴ Ebd., S. 7.

Leistungsbezieher insgesamt sind Frauen. Im Verhältnis zu ihrer jeweiligen Altersgruppe lag der Anteil der Pflegebedürftigen insgesamt im Alter von 90 bis unter 95 Jahren bei 60 Prozent und damit - verglichen mit den anderen Jahrgängen - am höchsten. Nach den Auswertungen des Mikrozensus vom Mai 2003 ermittelte das Statistische Bundesamt in seinem Sonderbericht vom Oktober 2004,³⁸⁶ dass von den ambulant versorgten Pflegebedürftigen fast jeder zweite verwitwet, 18 Prozent ledig und fast 5 Prozent geschieden waren. Die meisten Pflegebedürftigen lebten alleine in einem Ein-Personen-Haushalt (40 Prozent) und mehr als ein Drittel (36 Prozent) lebte zu zweit. Ambulant versorgte Frauen lebten deutlich häufiger alleine (mehr als die Hälfte) als Männer (etwa ein Fünftel).³⁸⁷ Auffällig häufiger benötigten in Pflegeheimen Männer gegenüber Frauen in doppelt so vielen Fällen ausschließlich hauswirtschaftliche Versorgung bei der Hilfe im täglichen Leben.³⁸⁸

Ende des Jahres 2003 waren 8,9993 Millionen Personen privat pflegeversichert,³⁸⁹ während insgesamt 70,422 Millionen in der sozialen Pflegeversicherung versichert waren.³⁹⁰ Deutlich sichtbar ist das für die Pflegeversicherung insgesamt relevante Übergewicht der sozialen gegenüber der privaten Pflegeversicherung anhand des Verhältnisses der Versichertenzahlen dieser nebeneinander bestehen „Versicherten-gemeinschaften“.

Diagramm 1: Verhältnis Versicherte in der privaten und in der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende 2003



³⁸⁵ *Ebd.*, S. 3.

³⁸⁶ *Statistisches Bundesamt* (2004). Die freiwilligen Antworten auf die Fragen zur Pflegebedürftigkeit sind dabei traditionell im Bereich der ambulanten Versorgung aussagekräftiger (höherer Rücklauf von 87 Prozent) als die im stationären Bereich (geringere Antwortquote bei 68 Prozent) und führen gegenüber der Pflegestatistik zu Abweichungen (*ebd.*, S. 3).

³⁸⁷ *Ebd.*, S. 10.

³⁸⁸ *Ebd.*, S. 15.

³⁸⁹ *Verband der privaten Krankenversicherung e.V.* (2004), S. 20.

³⁹⁰ *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung* (2004a).

Die Pflegeversicherung umfasst damit zum Jahresende 2003 insgesamt - private und soziale Pflegeversicherung zusammengenommen - etwa 79,5 Millionen Personen. Gemessen an der Gesamtbevölkerung von rund 82,5 Millionen Menschen ergibt sich daraus zunächst, dass etwa drei Millionen Menschen nicht in der Pflegeversicherung versichert sind. Diese können in anderen Sicherungssystemen abgesichert sein. Ansonsten bliebe im Bedarfsfall, wenn und soweit eigene Mittel nicht zur Verfügung stehen, nur noch, Leistungen der Sozialhilfe zu beziehen. Genaue Zahlen der von der Pflegeversicherung nicht erfassten Personen lassen sich jedoch nur annähernd ermitteln.³⁹¹

Wegen ihres zahlenmäßigen Umfangs bestimmt die Entwicklung in der sozialen Pflegeversicherung weitgehend die Gesamtentwicklung der Pflegeversicherung, wobei auch die dem Umfang nach deutlich größere Zahl der Leistungsbezieher in der sozialen Pflegeversicherung die Gesamtergebnisse bestimmen. Die Ergebnisse der privaten Pflegeversicherung, die teilweise stark abweichen, ändern wegen des geringen zahlenmäßigen Umfangs diese Basis kaum.

2 Soziale Pflegeversicherung

Um sich ein Bild über die Situation der Pflegeversicherung machen zu können, sind zunächst die zahlenmäßigen Entwicklungsverläufe in der sozialen Pflegeversicherung von Interesse. Die nachfolgenden Diagramme verschaffen einen Überblick über die Entwicklung der Zahl der Leistungsbezieher insgesamt und unterteilt nach Leistungsarten sowie über die Finanzentwicklung (Einnahmen, Ausgaben, Rücklage) der Pflegeversicherung seit ihrem Bestehen bzw. Wirken ab 1995.

Hinweise sowie ergänzende Angaben sind den Darstellungen beigelegt. Abschließend erfolgt jeweils eine Gesamtwürdigung auf der Grundlage der vorgestellten Daten: Die dargestellten Verläufe werden herangezogen bzw. im Detail ergänzt, um diese bewerten und damit Aussagen zu den Handlungsbedarfen treffen zu können.

2.1 Versicherte

Die Zahl der Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung sinkt. Am größten war die Zahl der Versicherten mit 72,263 Millionen Personen im Jahr 1996.³⁹² Zum Jahresende 2002 betrug die Versichertenzahl in der sozialen Pflegeversicherung noch

³⁹¹ Näher und eingehender zu diesem zunächst allgemeinen Befund siehe in diesem Kapitel die Ausführungen sogleich unter 2.1 *Versicherte* sowie zur Sozialhilfe unter 5.5 *Bestandsschutz für Pflegegeldbeziehende in der Sozialhilfe* (Seite 187).

70,853 Millionen³⁹³ - am Jahresende 2003 waren dort 70,422 Millionen Personen versichert.³⁹⁴ Damit nahm die Zahl der Versicherten von 2002 bis 2003 (Anzahl jeweils am Jahresende) um etwa 431 Tausend ab.³⁹⁵ Es zeigt sich also ein Trend für den Rückgang der Versichertenzahl in der sozialen Pflegeversicherung. Bei diesem Rückgang handelt es sich auch nicht bzw. nur in geringem Umfang um ein „Wanderungs- oder Wechselsaldo“, denn die leichte Zunahme der Versicherten der privaten Pflegeversicherung³⁹⁶ entspricht zahlenmäßig nicht dem konstatierten Rückgang. Für die Pflegeversicherung insgesamt, die von der wesentlich umfassenderen Versicherungsgemeinschaft der soziale Pflegeversicherung repräsentiert wird, ist somit ebenfalls zu konstatieren, dass sich die Zahl der nicht von der Pflegeversicherung erfassten Personen erhöht.

Mit ihrer Ausgestaltung der Versicherungspflicht, bzw. der Pflicht zur Versicherung in der privaten Pflegeversicherung, umfasste die Pflegeversicherung noch bei Inkrafttreten annähernd die gesamte Bevölkerung. Und auch jetzt kann noch davon gesprochen werden, dass die überwiegende Zahl der Bevölkerung durch die Pflegeversicherung erfasst wird - jedoch mit rückläufiger Tendenz: Wenn weniger Menschen krankenversichert sind, bedeutet dies auch eine zurückgehende Zahl der Pflegeversicherten, da in der Konzeption „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ die Zahl der Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung an die Zahl der gesetzlich Krankenversicherten gekoppelt ist.

In den Blick gerät damit die Entwicklung der Zahl der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Und in der Tat ist hier als problematische Entwicklung zu konstatieren, dass die Zahl der nicht Krankenversicherten wieder zunimmt. Über die Zeit lässt sich insgesamt die Tendenz einer zunehmenden Zahl von nicht krankenversicherten Personen aufzeigen.

Im Jahr 1992 waren von den insgesamt 80,594 Millionen Bundesdeutschen etwa 309

³⁹² Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004a).

³⁹³ Ebd. - am 1.7.2003 waren es 70.485 Millionen (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004b)).

³⁹⁴ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004a).

³⁹⁵ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004) (ohne Seitenzählung). Wobei in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen ist, dass sich dieser Rückgang überwiegend bei den Familienversicherten manifestiert hat. Zuvor nahm die Zahl der Versicherten von 2001 und 2002 (ebenfalls bezogen auf die Anzahl jeweils am Jahresende) insgesamt um über 500 Tausend ab (ebd.).

³⁹⁶ Um 172.200 (siehe in diesem Kapitel Fn. 485 (Seite 141)).

Tausend ohne jeglichen Krankenversicherungsschutz.³⁹⁷ Im Jahr 1995 lag diese Zahl bei nur noch 105 Tausend. Aber die Anzahl der für den Krankheitsfall nicht abgesicherten Personen steigt seitdem wieder an: 1999 waren von den insgesamt 82,024 Millionen Bundesdeutschen bereits wieder etwa 150 Tausend ohne jeglichen Krankenversicherungsschutz.³⁹⁸ Und für das Jahr 2003 wurde sogar eine weitere Zunahme der nicht krankenversicherten Bundesbürger auf 188 Tausend gemeldet.³⁹⁹ Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums sind neben Hausfrauen und Angestellten eine wachsende Zahl von Gewerbetreibenden betroffen. Die Zahl der Selbständigen ohne Krankenversicherungsschutz stieg von sechstausend im Jahr 1995 auf 31 Tausend im Jahr 2003 an. Die wahrscheinliche Annahme geht dahin, dass angesichts knapper werdender finanzieller Spielräume vermehrt die Beitragszahlungen „eingespart“ werden, mit dem nicht abwägbaren Risiko, im Leistungsfall selbst für die Kosten eintreten zu müssen.⁴⁰⁰

Nach Angaben von Kassenexperten steigt die Zahl der Bürger, die ohne Krankenversicherungsschutz sind, weiter kräftig an und erreichte im Frühjahr 2005 mit bis zu 300 Tausend Personen⁴⁰¹ fast wieder den Umfang des Jahres 1992. Als Ursachen für den deutlichen Anstieg werden die Wirtschaftslage und auch die Änderungsgesetzgebung im Kontext der sogenannten „Hartz-Gesetze“ genannt. Gemeint ist hier vor allem die seit Jahresbeginn 2005 wirkende Änderung, die mit der Einführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende („Hartz IV“), die Arbeitslosenhilfe als Leistung des Arbeitsförderungsrechts abschaffte.⁴⁰² Beides habe die Zahl der Bürger ohne Krankenversicherung ansteigen lassen. Die Zahl wurde jedoch vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung noch nicht bestätigt. Vielfach seien Langzeitarbeitslose betroffen, die es versäumten, sich um ihren Versicherungsschutz zu kümmern - oder Personen, denen aus finanziellen Gründen die Zahlung der Krankenversicherungsbeiträge nicht (mehr) möglich sei. Oft zählten zu den Unversicherten auch Privatversicherte, die sich nach dem Verlust des Arbeitsplatzes die Prämien

³⁹⁷ Bundeszentrale für Politische Bildung, S. 21, 206 f. .

³⁹⁸ Die Angaben beruhen auf den Ergebnissen des Mikrozensus 1999 (Bundesministerium für Gesundheit (2000)).

³⁹⁹ Diese letzte amtliche Zahlenangabe, die auf einer Erhebung durch das Statistische Bundesamt beruht, wird weiterhin von der Bundesregierung zitiert - so beispielsweise in der Antwort auf eine Kleine Anfrage Anfang des Jahres 2006 (Bundestags-Drucksache 16/615).

⁴⁰⁰ Ebd.

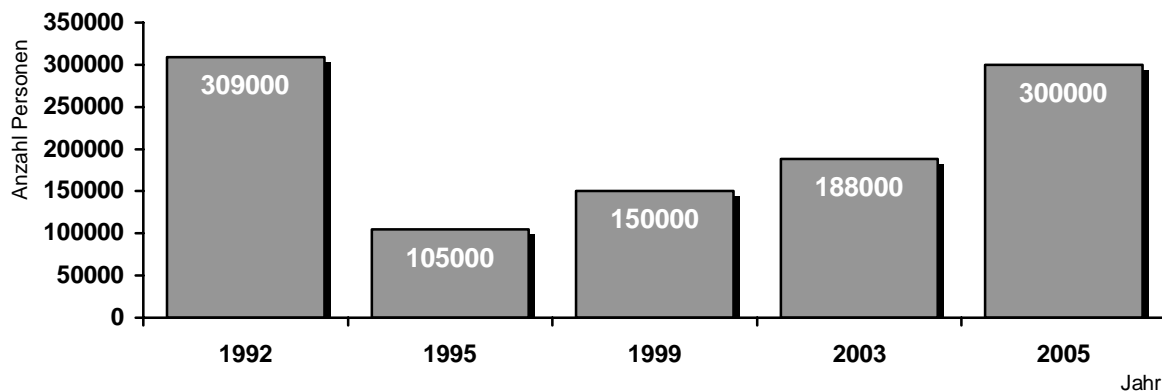
⁴⁰¹ Der Bund der Versicherten geht sogar von noch höheren Zahlen aus (Schmitt).

⁴⁰² Viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 24.12.2003.

nicht mehr leisten könnten.⁴⁰³

Das nachfolgende Diagramm visualisiert diesen Verlauf anhand der angegebenen Daten in den Jahren 1992 bis 2005:

Diagramm 2: Entwicklung der Zahl der Bundesbürger **ohne Krankenversicherungsschutz**



Auch wenn die jüngsten Zahlen zur Entwicklung der nicht gesetzlich krankenversicherten in der konkreten Höhe - noch - unbestätigt sind, zeigt sich doch anhand der bereits ablesbaren, rückläufigen Zahl der Vorjahre zumindest der Trend bestätigt. Der Rückgang der Zahl der gesetzlich Krankenversicherten wirkt unmittelbar auf die soziale Pflegeversicherung. Durch die Ankopplung nimmt auch in der sozialen Pflegeversicherung die Zahl der Versicherten ab, was sich anhand der Entwicklung der Versichertenzahlen deutlich ablesen lässt. Anders herum gesprochen besteht das Problem einer größer werdenden Zahl von Personen, die von dem Absicherungssystem der Pflegeversicherung nicht mehr erreicht werden.⁴⁰⁴

2.2 Anzahl der Leistungsbezieher und Verteilung nach Leistungsarten

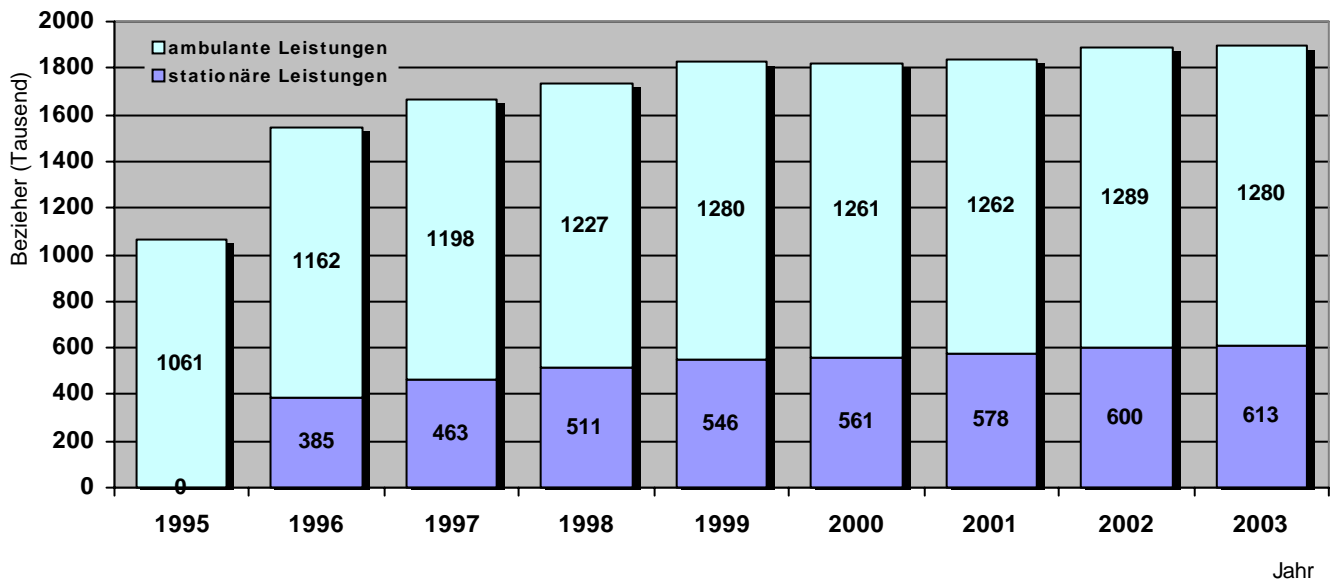
2.2.1 Stetige Zunahme der Leistungsbezieher

Die Zahl der Leistungsbezieher in der sozialen Pflegeversicherung ist kontinuierlich gestiegen und hat sich seit dem Bestehen der Pflegeversicherung fast verdoppelt.

⁴⁰³ *Hessische/Niedersächsische Allgemeine* vom 18.04.2005. Viele Medien berichteten in diesem Tenor und bezogen sich dabei auf einen Bericht in der "Leipziger Volkszeitung", der wiederum von der Deutschen Presseagentur (dpa) verbreitet wurde.

⁴⁰⁴ Einstweilen bleibt anzuwarten, ob und wie die jüngst für die bislang in der Kranken- und Pflegeversicherung „Unversicherten“ eingeführte Versicherungspflicht (siehe dazu die Ausführungen zuvor in *Kapitel 2* in *Fn. 358 (Seite 98)*), bei der die Sozialhilfe als „Ausfallbürge“ für individuelle nicht leistbare Versicherungsbeiträge fungieren soll, diesem Trend begegnen kann.

Diagramm 3: Entwicklung der Zahl der **Leistungsbezieher** in der **sozialen Pflegeversicherung** bis 2003 (jeweils am Jahresende) gesamt und unterteilt nach **ambulanten** und **stationären** Leistungen (in Tausend)⁴⁰⁵



2.2.2 Zunehmender Anteil professioneller Pflegeleistungen

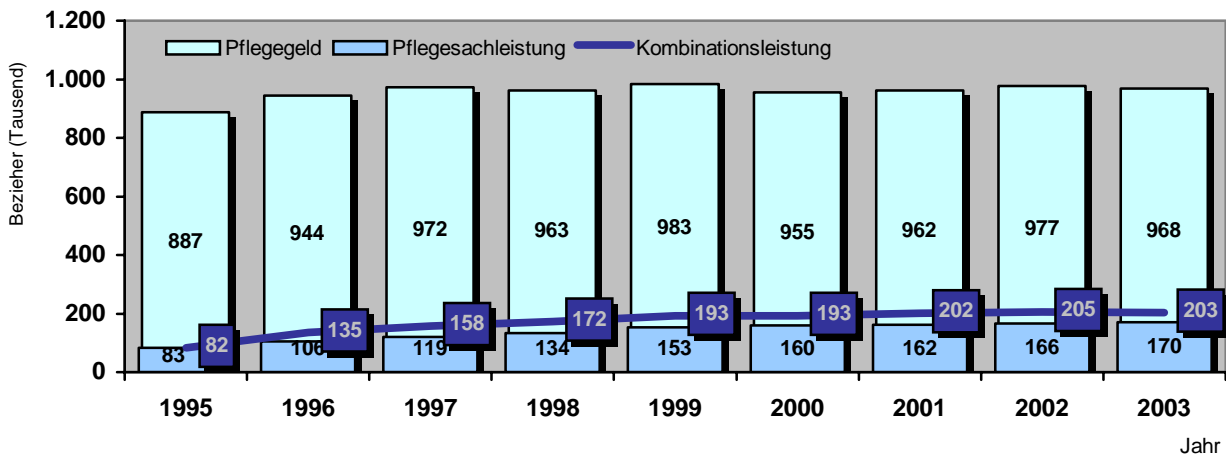
An der im Verlauf dargestellten Entwicklung der insgesamt wachsenden Zahl der Leistungsempfänger zeigt sich die zunehmende Bedeutung der professionellen Pflege in der sozialen Pflegeversicherung. So lässt sich an der Verteilung nach stationären und ambulanten Leistungen deutlich ablesen, dass der Anteil der vollstationär Versorgten kontinuierlich zunimmt. Eine genauere Betrachtung der ambulanten Leistungen (siehe folgendes *Diagramm 4*) zeigt einen steigenden Anteil der Versorgung durch die ambulanten Dienste (Pflegesachleistung): Der Bezug von Pflegegeld nimmt zwar, bezogen auf die Gesamtzahl der Leistungsbezieher, weiterhin den größten Anteil bei den ambulanten Leistungen ein. Dieser Anteil hat dabei jedoch einen, von Beginn der Leistungsgewährung an, wenig veränderten Verlauf. Angesichts der zunehmenden Zahl der Leistungsbezieher insgesamt entspricht dies somit einem im Trend zurückgehenden Anteil der mit dem Pflegegeld repräsentierten, ehrenamtlichen Pflege, während zugleich der Anteil der professionellen Leistungen steigt.

Die Pflegesachleistung macht zwar gegenüber dem Pflegegeld nach wie vor einen eher geringen Anteil aus. Im Verlauf zeigt sich aber, dass ihr Anteil kontinuierlich steigt. Die Kombinationsleistung spiegelt diesen Trend ebenfalls wieder. Die Kombi-

⁴⁰⁵ Eigene Darstellung nach Zahlenangaben des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Dritten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (*Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 82).

nationsleistung entspricht dem Umfang, in dem die häusliche Pflege allein durch ehrenamtliche Hilfe der „nichtprofessionellen Helfer“ nicht mehr ausreicht und entsprechender professionell-unterstützender Einsatz erforderlich ist.

Diagramm 4: Entwicklung der Zahl⁴⁰⁶ der **Leistungsbezieher in der sozialen Pflegeversicherung** bis 2003 (jeweils am Jahresende) unterteilt nach **Pflegegeld** und **Pflegesachleistung** sowie Inanspruchnahme der **Kombinationsleistung**⁴⁰⁷ (in Tausend)⁴⁰⁸



Die Angaben für das Jahr 1999 fallen gegenüber den übrigen Jahren „statistisch überhöht“ aus.⁴⁰⁹ Für die Zahl der Pflegegeldbeziehenden ist zudem relevant, dass das Pflegegeld seit dem Jahr 1999 bis zum Ende des Kalendermonats geleistet wird, in dem der Pflegebedürftige gestorben ist.⁴¹⁰

2.2.3 Ursachen für den Rückgang der ambulanten Pflegeleistungen

Dem zunehmenden Bedarf, der sich an der insgesamt steigenden Zahl der Leistungsbezieher zeigt, kann also offensichtlich immer weniger durch ambulante Leis-

⁴⁰⁶ Errechnet aus Leistungstagen einschließlich Mehrfachzählungen und Summenabweichungen durch Rundung, siehe *ebd.*, S. 84.

⁴⁰⁷ Durch den gleichzeitigen Bezug der Geld- und Sachleistung liegt es in der Natur der Sache, dass diese bei der Kombinationsleistung mehrfach gezählt werden.

⁴⁰⁸ Eigene Darstellung nach Zahlenangaben in *Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 82.

⁴⁰⁹ *Rothgang* (2001) weist darauf hin, dass die statistische Erfassung der Zahl der Leistungsempfänger im Jahr 1999 wegen des erwarteten „Jahr 2000 Problems“ bei Datenverarbeitungsanlagen und -software verzögert und erst später als sonst üblich erfolgte. Diese spätere Datenerfassung für das Jahr 1999 führte zur Berücksichtigung auch nachträglicher Meldungen und damit zu einer höheren Bezieherzahl im Vergleich zu den anderen Jahreswerten (S. 15).

⁴¹⁰ Bis Mitte des Jahres 1999 wurde das Pflegegeld „taggenau“ bis zum jeweiligen Sterbetag gezahlt. Durch das *Vierte Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (4. SGB XI-Änderungsgesetz - 4. SGB XI-ÄndG)* erfolgte die Umstellung der Zahlung auf den Sterbemonat (Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a). Die Änderung trat zum 1.8.1999 in Kraft (*ebd.*, Artikel 3). Dies bedeutet gegenüber der bis dahin bestehenden Regelung nicht nur eine Zunahme des Leistungsbezuges (*Bundestags-Drucksache 14/580*, S. 1). Für die Erhebung der Zahl der Leistungsempfänger zum Stichtag am Monatsende bedeutet diese Änderung, mit der seitdem auch der Sterbemonat berücksichtigt wird, ebenfalls eine Erhöhung (so auch *Rothgang* (2001), S. 15).

tungen und - innerhalb der häuslichen Pflege - immer weniger durch die ehrenamtliche Pflege durch Angehörige entsprochen werden. Beide sichtbaren Veränderungen gehören zusammen und weisen, soweit die Bedarfe nicht objektiv in einem geänderten Hilfebedarf begründet sind, subjektiv auf abnehmende Möglichkeiten oder eine zurückgehende Bereitschaft der Ehrenamtlichen hin, häusliche Pflege leisten zu können bzw. zu leisten.

Zu diesem Befund ist zunächst zu konstatieren, dass damit die Grundkonzeption der Pflegeversicherung, die in der Ausgestaltung der Leistungen vorrangig und grundsätzlich auf bestehende Pflegearrangements im häuslichen Umfeld - vornehmlich durch ehrenamtlich Pflegende - „setzt“, zunehmend fehl geht bzw. an ihre Grenzen stößt. Die ehrenamtlich-häusliche „Pflegeressource“ wirkt als Ausgangspunkt für die darauf aufbauende bzw. an diese Basis anschließende „Leistungskette“ der „Leistungspalette“ des SGB XI (Pflegegeld ggf. ergänzt um die ambulante Pflegesachleistung, teil- und schließlich auch vollstationäre Pflege) „monokausal“ ausschließend: Fällt die ehrenamtliche häusliche Pflege weg und können die Pflegesachleistungen im häuslichen Umfeld dieses Hilfedefizit nicht kompensieren, gibt es keinen weiteren „Zwischenschritt“ mehr - es bleibt dann nur noch der „zäsurhafte“ Übergang in die stationäre Pflege. Das auf den ersten Blick vielfältig angelegte Leistungsangebot der Pflegeversicherung wirkt hier überraschend undifferenziert.

In der Konzeption der Pflegeversicherung ist der Vorrang der häuslichen Pflege - vor allem auch die ehrenamtlich geleistete Pflege, die mit dem Pflegegeld attraktiviert und befördert werden soll - grundsätzlich gleichermaßen zum Vorteil und im Interesse der Gepflegten⁴¹¹ wie auch hinsichtlich der Ausgabenwirkung angelegt. Geht dieses Konzept nicht auf, entstehen jedoch umgekehrt in eben diesen Bereichen Probleme.

In der persönlichen Situation ist die professionelle Pflege, vor allem der Übergang in die vollstationäre Versorgung, dann ein Problem, wenn dadurch eine tendenziell dem auf fremde Hilfe Angewiesenen näherliegende häusliche bzw. ambulante Versorgung „ohne Not wegsubstituiert“ wird. Handlungsbedarf zeigt sich in diesem Zusammenhang auch mit Blick auf die Kostenentwicklung: In dem Maße, wie die „ausgaben-

⁴¹¹ Die Ausgestaltung häuslicher Pflegeleistungen durch die Pflegeversicherung mit der lediglich „traditionelle Pflegestrukturen“ instrumentalisiert werden, bewirkt jedoch eine verhängnisvolle Renaissance bestehender Probleme (Abhängigkeitsverhältnisse, Diskriminierung pflegender Frauen). Der erklärter Wunsch auf Hilfe Angewiesener ist es, möglichst unabhängig die *eigene* häusliche Umgebung, die *eigene* Wohnung beizubehalten (ausführlicher und mit weiteren Nachweisen: *Meier* (1997a), S. 92 f.)

günstige“ ehrenamtliche Pflege nicht mehr möglich ist bzw. nicht mehr ausreicht, wird diese durch die „kostenintensivere“ professionelle Hilfe ersetzt. Insbesondere wird die „Hospitalisierungstendenz“, mit der der zunehmende Anteil vollstationärer Versorgung bezeichnet ist, als ein Problem bei der Ausgabenentwicklung wahrgenommen, da in diesem Bereich innerhalb der Pflegeversicherung die höchsten Kosten anfallen.⁴¹²

Die Gründe für die abnehmende häuslich-ehrenamtliche Pflegeressource sind vielfältig: So ist die Konstellation, mit der die Leistungsprosa der Pflegeversicherung im wesentlichen auf ein Pflegearrangement aufsetzt, das von einer Lebenssituation der Pflegebedürftigen im familiären Umfeld ausgeht, in der die Familienangehörigen für die Pflege zur Verfügung stehen und das sich als Ergänzung dieser Leistungserbringung versteht, immer weniger realistisch. Zum einen besteht diese familiäre Situation (also in Familien lebende Pflegebedürftige) immer weniger (geänderte Lebensentwürfe mit Abschied vom traditionellen „Familienroman“, steigende Scheidungsrate, „Single-Haushalte“, „Ein- bzw. Keinkinderehen und -partnerschaften“); zum anderen sind, selbst wenn Angehörigenetzwerke vorhanden sind, deren Potentiale für die Pflege zunehmend eingeschränkt. Ein allein auf die „pflegenden Frauen“ setzendes Konzept „familiärer Pflege“ verkennt die gewandelten Lebensbedingungen und -notwendigkeiten, unter denen Erwerbstätigkeit vor allem auch angesichts knapper werdender Einkommensmöglichkeiten schlicht notwendig ist. Die verknappte Einkommenssituation und auch die Mehrbelastung durch eine erschwerte Arbeitsmarktsituation, in der der Sozialversicherungsstaat - und seit „Hartz IV“ auch der sozial sichernde Staat - deutlich höhere Zumutungen für die vorrangig geforderte Absicherung durch Erwerbstätigkeit an die Bundesbürger stellt (längere Anfahrtszeiten und auch höhere Mobilität bei der Aufnahme von Beschäftigungen, aber auch einkommens- und tätigkeitsbezogen: „jede Beschäftigung ist zumutbar“), wirken auch auf die pflegenden Angehörigen. Eine bestehende Pflegebereitschaft wird unter diesen Bedingungen erschwert und vielfach verunmöglicht. Die Entscheidung für die ehrenamtlich-häusliche Pflege bedeutet, auf die eigene Erwerbstätigkeit - ganz oder teilweise⁴¹³ - verzichten zu müssen und damit eine entsprechend steigende persönliche wie

⁴¹² Wie in diesem Kapitel sogleich unter 2.4.1 *Ausgaben unterteilt nach Leistungsarten* (Seite 119) gezeigt wird.

⁴¹³ In Ermangelung entsprechender Teilzeitangebote besteht diese Möglichkeit in vielen Erwerbssituationen nicht - hier zeigt sich also eine ähnliches gesellschafts- und beschäftigungspolitisches Defizit wie bei der Kinderbetreuung.

auch finanzielle Belastung, die im ungünstigen Fall zur Überforderung der Pflegenden führt.

Das so stärker werdende „häusliche Pflegedefizit“ wirkt direkt auf den Bedarf an stationären Leistungen durch. Dieser ist dabei nicht primär objektiv in der Pflegebedürftigkeit begründet, sondern hat seine Ursache in fehlenden oder nicht (mehr) vorhandenen „Unterstützungsnetzwerken“. In Ermangelung von Alternativen - vor allem wegen nicht vorhandener bzw. nicht verfügbarer Pflegeressourcen im Umfeld bzw. überhaupt fehlendem sozialen Umfeld - bleibt nur der Wechsel in die vollstationäre Versorgung.

2.3 Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung

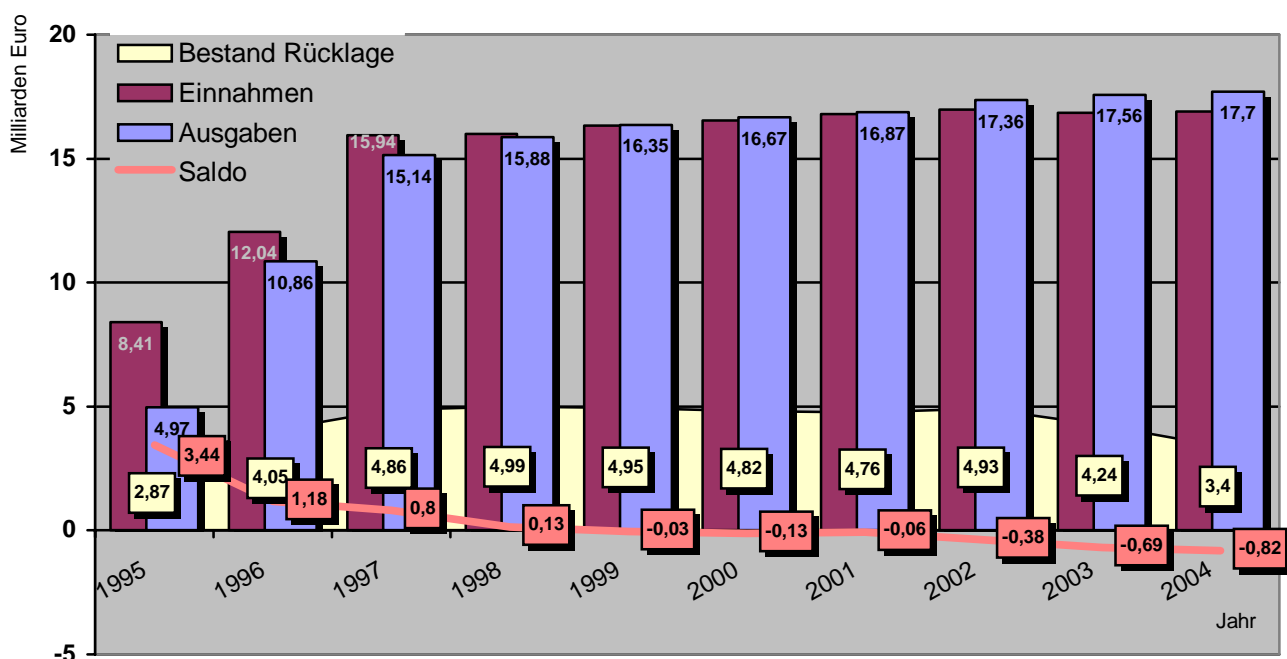
Das Erkenntnisinteresse bei der Verlaufsbeurteilung der Finanzergebnisse ist zunächst vorrangig von der Ausgangsfrage geleitet, ob die Mittel (Beiträge) zur Finanzierung (Leistungen) ausreichen (werden). Aus diesem Grund wird eine Saldendarstellung genutzt, um zu ersehen, wie sich die Einnahme- und Ausgabenentwicklung - nicht zuletzt auch - in ihrem zeitlichen Verlauf auf das „abschmelzende Vermögen“, die Rücklage, auswirkt. Eigentlich ist dies eine untypische Darstellungsform in der Sozialversicherung. In der Gesetzlichen Krankenversicherung richtet sich der Beitrag nach den voraussichtlich ermittelten Ausgaben (Haushalt).⁴¹⁴ In der Pflegeversicherung ist dieses Kernproblem einer „tendenziell nach oben offenen Beitragssatzfestlegung“ durch deren systematische Ausgestaltung von vornherein ausgeschlossen bzw. unterbunden worden.

Für die Darstellung im Verlauf ist relevant, dass das Leistungsgesetz am 1.1.1995 mit einem dreimonatigen „Beitragsvorlauf“ startete, der bewusst wegen der erwarteten Ausgabenzunahmen „eingebaut“ wurde. Mit dem Beginn der Leistungen der Pflegeversicherung erst zum 1.4.1995 ergeben sich in den Angaben des ersten Jahres des Bestehens der Pflegeversicherung 1995 noch deutlich abweichende Werte. Die stationären Leistungen traten zudem erst eineinhalb Jahre später in Kraft - allerdings auch die dazugehörige und kalkulierte Beitragssatzerhöhung. Die in der Verlaufsübersicht deutlich sichtbare Ausgabensteigerung im Jahresergebnis 1996 geht auf die Einführung der vollstationären Pflegeleistungen zum 1.7.1996 zurück.

⁴¹⁴ Aus diesem Grund wird dort auch nicht „saldiert“ - das rechnerische „Saldo“ entspricht dem Beitragssatz bzw. wird durch dessen Erhöhung oder auch Minderung ausgeglichen (siehe dazu auch die Ausführungen in Kapitel 2 unter 2.3 Krankenkassen wie Krankenversicherungsunternehmen sind ebenfalls zuständig für die Pflegeversicherung (ab Seite 38)).

Insbesondere die ersten beiden Jahre (1995 und 1996) der Pflegeversicherung zeigen noch einen sehr dynamischen Charakter, was sich durch die beschriebenen Besonderheit der unterschiedlich in Kraft gesetzten Elemente (Beitragsvorlauf, ambulante und erst sehr viel später einsetzende stationäre Leistungsgewährung) ergibt. Damit kann eine stabilisierte Entwicklung der Jahresergebnisse erst seit Inkrafttreten aller Leistungen - etwa ab dem Jahr 1997 - abgelesen werden. Von hier aus bewegen sich die Werte nicht mehr sprunghaft und können insgesamt zutreffendere Auskünfte über den Finanzverlauf in der sozialen Pflegeversicherung geben.

Diagramm 5: Entwicklung der jährlichen **Ausgaben**,⁴¹⁵ **Einnahmen**⁴¹⁶ und **Rücklagen** der sozialen Pflegeversicherung insgesamt⁴¹⁷ in Milliarden Euro bis 2004⁴¹⁸



Erkennbar ist in der Verlaufsübersicht zunächst, dass die Ausgaben in der sozialen Pflegeversicherung kontinuierlich ansteigend sind, während die dafür zur Verfügung stehenden Einnahmen nicht „mitwachsen“. Vielmehr stagnieren die Einnahmen bis

⁴¹⁵ Bei den Gesamtausgaben der sozialen Pflegeversicherung werden zusätzlich zu den Leistungsausgaben die Ausgaben für die (Hälfte der) Kosten des Medizinischen Dienstes, die Verwaltungsausgaben sowie sonstige Ausgaben berücksichtigt, vgl. Fn. 430 (in diesem Kapitel, Seite 120).

⁴¹⁶ Die Einnahmen setzen sich weitgehend aus den Beitragseinnahmen zusammen. Hinzu kommen aber auch die sonstigen Einnahmen u.a. aus der Verzinsung der Rücklagenmittel, die im Jahr 2003 immerhin 0,25 Milliarden Euro ausmachten (*Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 86).

⁴¹⁷ Tatsächlich am Jahresende vorhandener Mittelbestand ohne Forderungen und Verpflichtungen anhand der Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung (Liquiditätsrechnung).

⁴¹⁸ Eigene Darstellung nach Zahlenangaben 1995 bis 2003 (die DM-Angaben wurden in Euro umgerechnet) in *Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 86 (siehe oben Fn. 405) sowie ergänzt um die Zahlenangaben für 2004 nach: *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung* (2005a).

zum Jahr 2004 bei Werten unterhalb von 17 Milliarden Euro: Sie erreichten im Jahr 2002 ihren bis dahin höchsten Wert mit 16,98 Milliarden Euro, gingen im Jahr 2003 auf 16,86 Milliarden Euro zurück und lagen schließlich im Jahr 2004 bei etwa 16,9 Milliarden Euro. Dieser Entwicklungszusammenhang deutet bereits darauf hin, dass in der sozialen Pflegeversicherung nicht ein Ausgaben- sondern ein Einnahmenproblem besteht.

Die soziale Pflegeversicherung konnte seit ihrem Beginn bis zum Jahr 1998 drei Jahre lang Überschüsse verbuchen, welche in die Rücklage flossen. Die seinerzeit durchaus beabsichtigte „Überkompensation“ durch die deutlich erhöhten Beitragsmehreinnahmen führte zunächst zur Verbesserung der Rücklagensituation. Die Rücklage ist so - durch höhere Mittel aufgefüllt - länger nutzbar.⁴¹⁹ Im ersten und auch noch im zweiten Jahr fiel das Saldo noch positiv aus, im dritten und vierten Jahr war es gegenüber den Vorjahresergebnissen bereits deutlich schwächer. Seit dem fünften Jahr ist das Saldo dann erstmals negativ: Am Jahresende 1999 überstiegen die Ausgaben erstmals die Einnahmen, und die Rücklagemittel mussten zur Deckung der Ausgaben herangezogen werden. Seitdem ist dieser Zustand unverändert, wobei das jährliche negative Saldo kontinuierlich zunahm.⁴²⁰

Dennoch war Ende des Jahres 1999 die Rücklagensituation mit einem Bestand von 4,95 Milliarden Euro noch auskömmlich. Der vorgeschriebenen Finanzreserve von 1,5 Monatsausgaben entsprachen seinerzeit 2,05 Milliarden Euro.⁴²¹ Das seit dem Jahresergebnis 1999 negative Saldo minderte die Rücklage Ende des Jahres 2003 auf 4,24 Milliarden Euro. Dem Betriebsmittel- und Rücklagesoll von 1,5 Monatsausgaben entsprachen im Jahr 2003 laut den Haushaltsplänen der Pflegekassen zu dem Zeitpunkt 2,25 Milliarden Euro.⁴²² Dieser Rücklagenbetrag entsprach am Jahresende 2004 rund 2,3 Monatsausgaben.⁴²³

Die Rücklage wird seit dem Jahr 1999 zur Bestreitung des Ausgabenüberschusses eingesetzt und so laufend abgeschmolzen. Dieses negative Saldo aus den nicht von den Einnahmen gedeckten Ausgaben wächst allerdings beträchtlich. Damit stellt sich sogleich die Frage, warum der Mittelbestand nicht im gleichen Umfang abgenommen

⁴¹⁹ Rückwirkend betrachtet ist somit die Diskussion um den Einsatz der seinerzeit zu hohen Einnahmen insoweit aktuell faktisch obsolet, als auf diese Mittel seit dem Jahr 1999 zurückgegriffen werden muss(te).

⁴²⁰ Mit Ausnahme des Jahresergebnisses 2001, in dem das Defizit im Vergleich zum Vorjahr etwa um die Hälfte geringer ausfiel.

⁴²¹ *Bundestags-Drucksache 14/5590*, S. 30.

⁴²² *Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 38.

hat. Die Antwort darauf ergibt sich durch eine genauere Betrachtung der Mittelverwendung im ersten Haushaltsjahr: Der Rücklage am Jahresende 1995 wurden 0,56 Milliarden Euro zur Finanzierung von Investitionen in Pflegeeinrichtungen in den neuen Ländern entnommen. Diese Mittel wurden dem Bund als zinsloses Darlehen gewährt. Der Mittelbestand der sozialen Pflegeversicherung fiel damit zunächst und für die Jahre bis zur Rückzahlung um diesen Betrag geringer aus. Zum Jahresende 2002 stieg der Mittelbestand trotz des saldierten Defizits, da das dem Bund im Jahre 1995 gewährte Darlehen zurückgezahlt wurde und damit der Rücklage wieder zugeführt werden konnte.⁴²⁴ Eigentlich wäre im Jahresergebnis 2002 der Bestand auf 4,38 Milliarden Euro abgeschmolzen. Die „Wiederauffüllung“ der im Jahr 1995 entnommenen 0,56 Milliarden Euro „besserte“ das Jahresergebnis 2002 auf. Die Rückzahlung des seinerzeit gewährten Investitionsdarlehens von 0,56 Milliarden Euro mindert das Abschmelzergebnis und lässt es seitdem durch die „Wiedereinbuchung“ von einem höheren Niveau aus weiter sinken - das allerdings in intensiver werdendem Umfang. Angesichts der in der Verlaufsübersicht bis zum Jahresergebnis 2004 ablesbaren Entwicklung besteht die Sorge, dass ein immer höher werdendes und sogar höher wachsendes „Ausgabedefizit“ den Rücklagenbetrag immer schneller aufzehren wird. Damit würde in kurzer Zeit der Nullpunkt erreicht werden und so in der Gesamtbilanz - in Ermangelung eines zum Ausgleich heranziehbaren Rücklagenbetrages - ein Defizit bestehen, also die Leistungsfähigkeit der Pflegeversicherung fiskalisch-faktisch an ihr Ende geraten. Das Abschmelzen der Rücklage zeigt den Handlungsbedarf auf: Die in den Jahren der Mehreinnahmen aufgebaute Rücklage kann derzeit den wachsenden Ausgabenüberschuss noch ausgleichen. Der Rücklagenbestand wird aber perspektivisch - ohne Änderungen - bei gleichbleibender Entwicklung unter Fortschreibung der zahlenmäßigen Ergebnisse voraussichtlich im Jahr 2008 bei Null ankommen.⁴²⁵

Systematisch besteht für die soziale Pflegeversicherung innerhalb ihres derzeitigen Regelungssystems die Möglichkeit, die Einnahmen zu erhöhen⁴²⁶ oder die Ausgaben

⁴²³ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005a).

⁴²⁴ Bundestags-Drucksache 15/4125, S. 37.

⁴²⁵ Siehe zu dieser „Vorhersage“ in diesem Kapitel unter 4.1 *Vorliegende Modellrechnungen* (Seite 155).

⁴²⁶ Neben einer Erhöhung des Beitragssatzes sind auch andere Strategien möglich, um einnahmeseitig die Ausgaben auszugleichen. Beispielsweise könnte eine Rücklagenerhöhung vorgenommen werden. Genau dies erfolgte im Jahr 2002 mit der Rückzahlung des Investitionsdarlehens (siehe oben), weswegen das eigentlich geringere Jahresergebnis und damit auch die Rücklagenentnahme weniger drastisch ausfiel. Wobei hier der Hinweis nicht fehlen darf, dass es sich bei dieser Rückzahlung nicht um eine „zusätzliche“ Erhöhung der Rücklagen handelte, weil ja lediglich der seinerzeit entnommene Betrag wieder in

zu senken. Innerhalb der ersten Option wurde ab dem Jahr 2005 eine Beitragssatzerhöhung der kinderlos pflegeversicherten Mitglieder um 0,25 Prozent normiert. Die damit geplante jährliche Beitragsmehreinnahme in Höhe von 0,7 Milliarden Euro entspricht rechnerisch genau dem negativen Saldo des Jahres 2003. Sofern sich die geplanten Mehreinnahmen ab dem Jahr 2005 einstellen, würde also das Niveau, von dem aus weiterhin die Ausgaben die Einnahmen übersteigen und somit Rücklagen zu nutzen sind, erhöht⁴²⁷ werden. Die „Abschmelzgeschwindigkeit“ der Rücklage würde sich verlangsamen, weil weniger Mittel aus der Rücklage benötigt werden.

2.4 Zu hohe Ausgaben in der sozialen Pflegeversicherung?

Angesichts der Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung, deren Mittelverfügbarkeit nur noch über Heranziehung der Rücklagen vollständig realisiert werden kann, wird nun mit dem in der Ausgangsfrage formulierten Interesse der Ausgabenbereich näher in den Blick genommen. In einem ersten Schritt wird die Entwicklung der Leistungsausgaben näher betrachtet. Dann folgt eine „Wertigkeitsuntersuchung“ anhand einer ebenfalls leistungsbezogenen Verlaufsdarstellung der Ausgaben im Verhältnis zu den Beziehern. Schließlich wird an den - ebenfalls im Verlauf dargestellten - Einstufungsergebnissen die Ausgabensteuerung der Pflegeversicherung beschrieben.

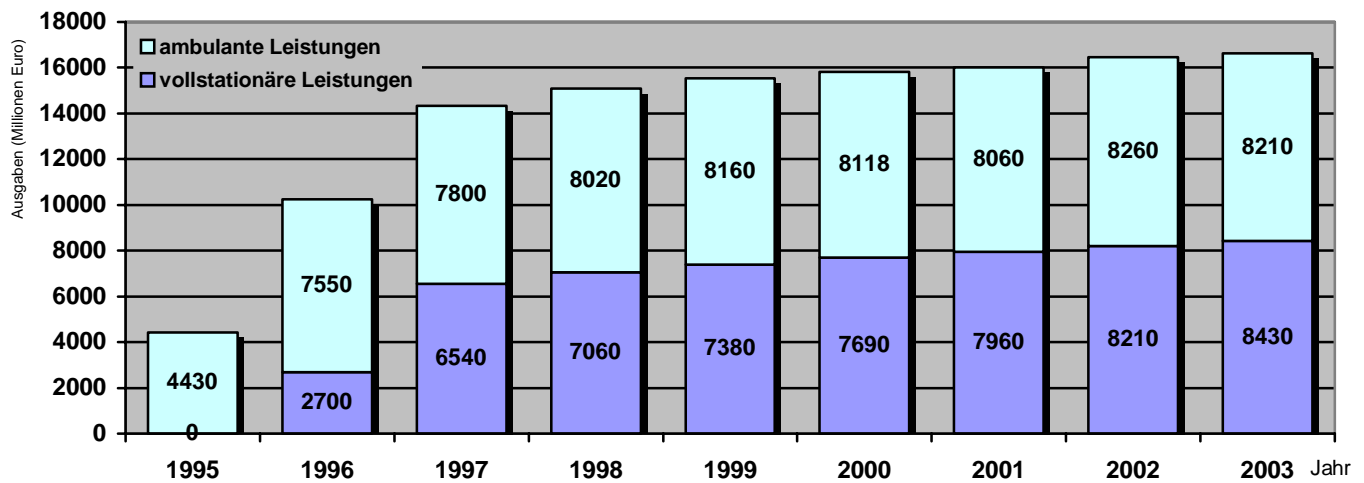
2.4.1 Ausgaben unterteilt nach Leistungsarten

Bei einer detaillierten Betrachtung der Leistungsausgaben, bezogen auf die einzelnen Leistungsarten, zeigt sich (siehe folgendes *Diagramm 6*) zunächst auch hier insgesamt der Trend zu einem wachsenden Anteil der stationären Leistungen, wie er bereits bei der Betrachtung der Zahlen der Leistungsbezieher zu konstatieren war: Ende des Jahres 2003 machten die vollstationären Leistungen mehr als die Hälfte aller Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung aus. Während die ambulanten Pflegeleistungen im Trend - hier auch an den Ausgaben ablesbar - verharren und sogar rückläufig sind, nehmen die Ausgaben für stationäre Leistungen kontinuierlich zu.

die Rücklage zurückgegeben wurde. Streng genommen handelt es sich wegen der Zinsfreiheit dieses Betrages sogar um eine Minderung der Rücklage in Höhe der entgangenen Zinseinnahmen aus dem für diesen Zeitraum entnommenen Betrag.

⁴²⁷ Bei unveränderter Fortschreibung der Rechnungsergebnisse ergibt sich mit den geplanten Mehreinnahmen für das Jahresergebnis 2005 ein negatives Saldo von 0,4 Milliarden Euro. Die Rücklage würde bei dieser Entnahme auf 3,0 Milliarden Euro zurückgehen.

Diagramm 6: Entwicklung der **Leistungsausgaben in der sozialen Pflegeversicherung** jährlich bis 2003 - unterteilt nach **ambulanten**⁴²⁸ und **vollstationären Leistungen**⁴²⁹ (in Millionen Euro)⁴³⁰



Bei dem Blick auf die Leistungsausgaben wird zudem deutlich, dass die Ausgaben im Bereich der stationären Pflege im Verhältnis zu den Leistungsbeziehern deutlich höher ausfallen - sozusagen eine stärkere Ausgabenwirkung haben. Pointiert ausgedrückt: Die Zunahme der Bezieher stationärer Leistungen auf etwa ein Drittel aller Leistungsbezieher⁴³¹ bewirkt eine Steigerung der Ausgaben auf über die Hälfte der Gesamtausgaben. Hieran wird deutlich, wie intensiv die Zunahme der Leistungen im stationären Bereich auf die Pflegeversicherung insgesamt wirkt. Wenige Leistungsbezieher mehr bewirken deutlich gesteigerte Ausgaben im Bereich der stationären Pflegeleistung. Die Inanspruchnahme stationärer Leistungen - das ergibt sich somit schon aus dieser Betrachtung - ist für die Ausgabenentwicklung der Pflegeversicherung von höchster Sensibilität.

⁴²⁸ Das umfasst die teilstationäre Pflege (Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege), Pflegesachleistungen, Pflegeurlaub, Pflegehilfsmittel, Pflegegeld und die „Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen“ sowie die ab dem Jahr 2002 im Gesetz aufgenommenen zusätzlichen Betreuungsleistungen für „Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“ (§§ 45a bis 45c SGB XI).

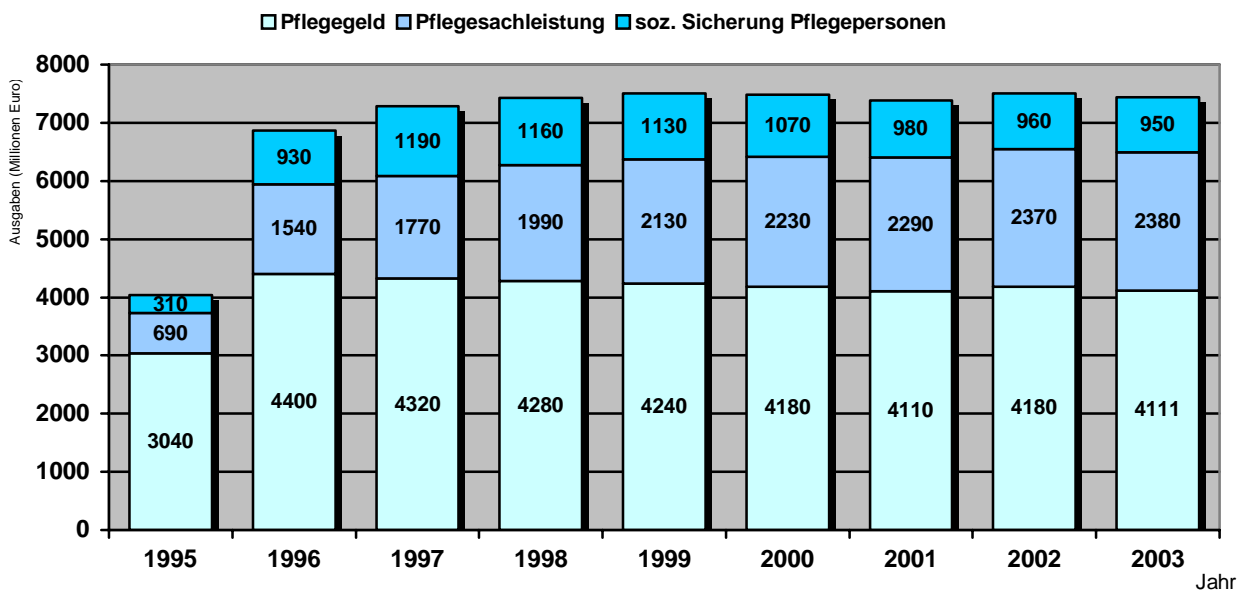
⁴²⁹ Inklusive Leistungen für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI), deren Höhe seit dem Jahr 1998 im Mittel bei 210 Millionen Euro (zuletzt im Jahr 2003 bei 230 Millionen Euro) lag und damit einen relativ geringen Anteil von etwa 2,73 Prozent (im Jahr 2003) an diesen Leistungsausgaben ausmacht (eigene Berechnungen nach Zahlenangaben in *Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 86).

⁴³⁰ Eigene Darstellung sowie eigene Berechnungen nach Zahlenangaben in *Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 86. Die Differenz zu den zuvor in *Diagramm 5* (siehe oben *Seite 116*) genannten Gesamtausgaben ergibt sich aus den dort zusätzlich zu den Leistungsausgaben berücksichtigten Ausgaben für die (Hälfte der) Kosten des Medizinischen Dienstes, den Verwaltungsausgaben sowie sonstigen Ausgaben. Diese lagen 2003 zusammen bei 910 Millionen Euro (260 Millionen davon für den Medizinischen Dienst und für Verwaltungsausgaben 590 Millionen Euro).

⁴³¹ Siehe in diesem Kapitel *Diagramm 3* (*Seite 111*).

Aus der Betrachtung der ambulanten Leistungen sowie der Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen ergibt sich das ebenfalls anhand der Entwicklung der Leistungsbezieherzahlen konstatierte, wonach bei insgesamt steigender Zahl der Leistungsbezieher der Anteil der ambulanten Leistungen stagniert bzw. rückläufig ist und innerhalb der ambulanten Leistungen die professionellen Dienstleistungen an Umfang und damit an Bedeutung zunehmen:

Diagramm 7: Entwicklung der **Leistungsausgaben in der sozialen Pflegeversicherung** jährlich bis 2003 für das **Pflegegeld**, die **Pflegesachleistung** sowie die „**soziale Sicherung der Pflegepersonen**“ (in Millionen Euro)⁴³²



Der Rückgang der Leistungsausgaben für das Pflegegeld, aber vor allem auch der Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen, markiert deutlich den Trend zu einer geminderten, ehrenamtlich im Familien- oder Bekanntenkreis geleisteten häuslichen Pflege, wie es für die Pflegeversicherung eigentlich als Ziel unter der Überschrift „Neue Kultur des Helfens und der Pflege“ vorgesehen bzw. beabsichtigt war. Sichtbar ist ebenfalls die Zunahme professioneller Dienstleistungen im häuslichen Bereich der Pflege. Die dort erbrachten Pflegesachleistungen zeigen im Verlauf einen kontinuierlich wachsenden Umfang.

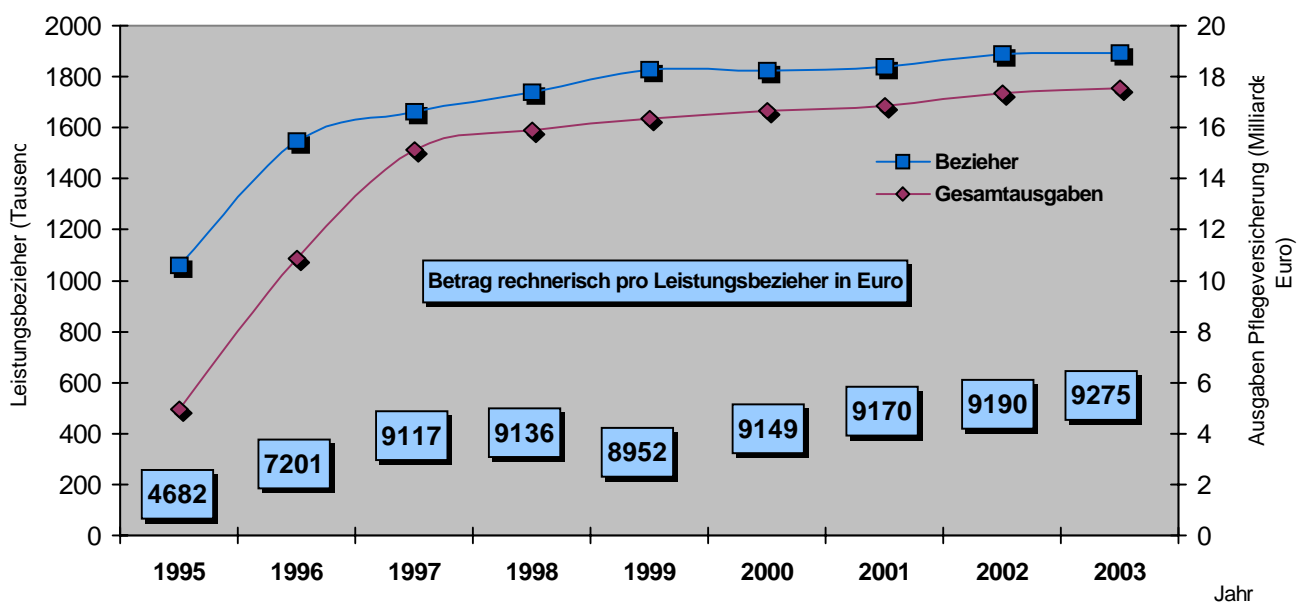
2.4.2 Ausgaben im Verhältnis zu den Leistungsbezieher*innen

Um zu erkunden, ob die Leistungsausgaben der sozialen Pflegeversicherung zu hoch sind bzw. unverhältnismäßig zugenommen haben, soll nunmehr genauer betrachtet werden, wie sich die Ausgaben im Verhältnis zu den Leistungsempfängern

⁴³² Eigene Darstellung sowie eigene Berechnungen nach Zahlenangaben in *Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 86.

entwickelt haben. Dieses Verhältnis gibt Auskunft über das Potenzial der Leistungen der sozialen Pflegeversicherung, d.h. es zeigt vor allem das Maß der individuellen Leistungsgewährung an. Mit einer „Pro-Kopf-Darstellung“ können die steigenden Leistungsausgaben zu der zunehmenden Zahl der Leistungsbezieher ins Verhältnis gesetzt werden, und es kann so eine (relative) Aussage zu den absolut steigenden Zahlen getroffen werden.

Diagramm 8: **Soziale Pflegeversicherung insgesamt**: Vergleich Zahl der Bezieher (in Tausend) und jährliche Ausgaben⁴³³ (in Milliarden Euro) bis 2003 sowie rechnerische⁴³⁴ „pro Kopf Beträge“⁴³⁵



Die Betrachtung der sozialen Pflegeversicherung insgesamt nach dem Verhältnis von Gesamtausgaben und Leistungsbezieher zeigt bei insgesamt steigenden Zahlen der Leistungsbezieher und im Verhältnis relativ konstant und dem Umfang nach nur gering wachsender Ausgaben insgesamt, dass die Ausgaben bezogen auf den einzelnen Leistungsbezieher - fast - konstant geblieben sind bzw. im Verlauf der Jahre von 1997 bis 2003 nur minimal gewachsen sind.⁴³⁶

⁴³³ Ausgaben insgesamt, also inklusive Leistungsausgaben und weiterer Ausgaben (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Verwaltungskosten, siehe oben Fn. 430)

⁴³⁴ Das Verhältnis von Bezieher und Ausgaben (Quotient) entspricht rechnerisch dem Leistungsbetrag pro Bezieher.

⁴³⁵ Eigene Darstellung sowie eigene Berechnungen nach Zahlenangaben in *Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 82, 86.

⁴³⁶ Zu dem aus dem „Rahmen fallenden“ Wert für das Jahr 1999: Hier wirkt sich die statistische Überhöhung bei der Bezieherzahl (siehe dazu in diesem Kapitel Fn. 410 (Seite 112)) auf den daraus im Ver-

Das zeigt an, dass die Leistungsausgaben im Verhältnis zu den Leistungsbeziehern seit Inkrafttreten der zweiten Stufe der Pflegeversicherung Mitte des Jahres 1996 - und damit der Wirkung nach in vollem Umfang ab dem Jahr 1997 - kaum gestiegen sind. Dabei ist zu beachten, dass für dieses rechnerisch ermittelte Verhältnis alle Ausgaben (also auch Verwaltungskosten, Aufwendungen für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung) betrachtet wurden. Insgesamt kann gesagt werden, dass die minimale Erhöhung (rechnerisch im Mittel der Jahre 1997 bis 2002 etwa bei 14,6 Euro pro Kopf) sogar noch hinter einer normalerweise einzukalkulierenden Preissteigerung deutlich zurückbleibt.

Anhand dieser Verlaufsübersicht zur Entwicklung der Gesamtausgaben der sozialen Pflegeversicherung - bezogen auf die Anzahl aller Leistungsbezieher - zeigt sich bereits deutlich, dass keine „überbordende“ Ausgabenentwicklung oder gar eine übermäßige Steigerung der Ausgaben vorliegt.

Hinsichtlich der in den Gesamtausgaben enthaltenen und diesen Betrag weitgehend bestimmenden Leistungen der sozialen Pflegeversicherung ist zu der Verlaufsdarstellung wiederum - wie auch schon bei vorangegangenen Detailbetrachtungen erläutert - relevant, dass eine relativ konstante Verlaufsentwicklung und damit auch eine Vergleichsmöglichkeit erst ab vollständigem Inkrafttreten der Pflegeversicherung aussagekräftig möglich ist. So müssen die ersten beiden Jahreswerte deutlich geringer als die nachfolgenden ausfallen, weil im ersten Jahr ab dem zweiten Quartal ausschließlich ambulante Leistungen gewährt wurden und erst Mitte des Jahres 1996 die stationären Leistungen hinzugekommen sind. Damit sind die individuellen Leistungsbeträge, die das Verhältnis der Bezieher zu den Ausgaben wiedergeben, in diesen Jahren entsprechend gering. Deutlich zeigt sich aber beispielsweise in dieser Konstellation, dass die ambulanten Leistungen „kostengünstig“ sind: Der „Sprung“ des „Pro-Kopf-Betrages“ im Jahr 1995 auf fast das Doppelte im Jahr 1997 - während die Zahl der Leistungsbezieher in diesem Zeitraum weniger stark gestiegen ist - markiert den Beginn der Leistungen zur vollstationären Pflege. Die Ausgaben stiegen um mehr als das dreifache an.

Um so überraschender ist nun mit Blick auf die konstatierte Zunahme der Leistungsbezieher und der damit verbundenen Ausgabenerhöhung bei vollstationärer Pflege,

hältnis zu den Leistungsausgaben ermittelten Quotienten aus, der somit im Vergleich zu den übrigen Jahresergebnissen entsprechend gering(er) ausfällt.

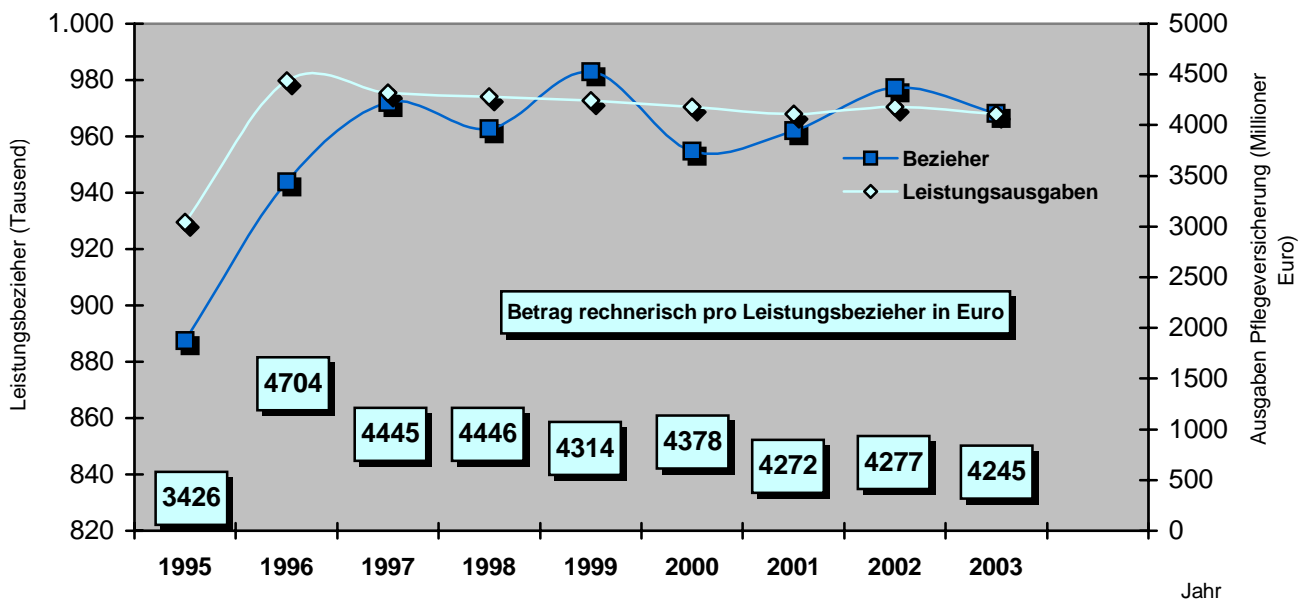
dass dieser Zusammenhang offenbar in den Folgejahren im Gesamtverhältnis der „Pro-Kopf-Ausgaben“ keine Entsprechung findet. Dies bedarf der weiteren Erörterung, was auf eine nach Leistungsarten differenzierte Betrachtung der „Pro-Kopf-Ausgaben“ führt.

Eine genauere Betrachtung der „reinen Leistungsausgabenentwicklung“, also der „Pro-Kopf-Ausgaben“ unterteilt nach Pflegegeld, Pflegesachleistung und vollstationären Leistungen, in Bezug auf die jeweils dafür verausgabten Beträge im Verhältnis zu den Beziehern der jeweiligen Leistung, soll nunmehr Aufschluss darüber geben, ob die Leistungsausgaben in den einzelnen Leistungsarten im gleichen Verhältnis zu der zunehmenden Anzahl der Leistungsbezieher zugenommen haben. Werden die Ausgaben zu den Beziehern der Leistungen ins Verhältnis gesetzt und erhalten die Leistungsbezieher unverändert die gleichen Leistungen, so ist der Quotient aus Leistungsausgaben und Leistungsbeziehern, also der rechnerische „Pro-Kopf-Betrag“, im Verlauf der Jahre stets gleichbleibend - dies unabhängig davon, ob die Zahl der Leistungsbezieher zu- oder abnimmt. Steigt dieser rechnerische „Pro-Kopf-Betrag“, so entspricht dies einer Zunahme der Leistungsausgaben - er müsste um den Effekt der Preissteigerungen im geringen Umfang mindestens gesteigert sein, um angemessene Leistungen zu gewährleisten bzw. diese im Wert zu erhalten. Sinkt er, entspricht dies einer Abnahme der Leistungsausgaben. Oder anders formuliert: Ein im Betrag sinkendes Verhältnis von Leistungsausgaben zu den Leistungsbeziehern bedeutet, dass die Bezieher in einer Leistungsart jeweils mit einem geringeren Leistungsbetrag auskommen müssen - die Ausgaben werden auf mehr Bezieher aufgeteilt. Bei insgesamt wachsenden Werten (Zahl der Bezieher und Ausgaben zunehmend) müssen dann beispielsweise insgesamt mehr Bezieher mit weniger Leistungen auskommen.

Mit diesen Überlegungen richtet sich der Blick zunächst auf das Pflegegeld, für das insgesamt sowohl nach der Anzahl der Bezieher als auch nach den Ausgaben ein Rückgang des Anteils zu konstatieren war. Der beschriebene Effekt der „individuellen“ Leistungshöhe kommt anhand der im Verlauf dargestellten Werte sehr deutlich zum Ausdruck (siehe folgendes *Diagramm 9*): Mit Schwankungen der Zahl der Leistungsbezieher versehen, zeigt sich im Verlauf anhand der kontinuierlich sinkenden Leistungsausgaben für das Pflegegeld der deutliche Rückgang des individuell geleisteten Pflegegeldes. Insgesamt zeigt sich also bei einem Rückgang der Leistungen sowie der Bezieherzahl zusätzlich auch eine stark ausgeprägte Minderung der rechnerischen „Pro-Kopf-Beträge“. Diese müssten aber als Quotient von Ausgabe pro

Leistungsbezieher, auch bei insgesamt sinkender Tendenz, bei einem unveränderten Leistungsniveau gleich bleiben.

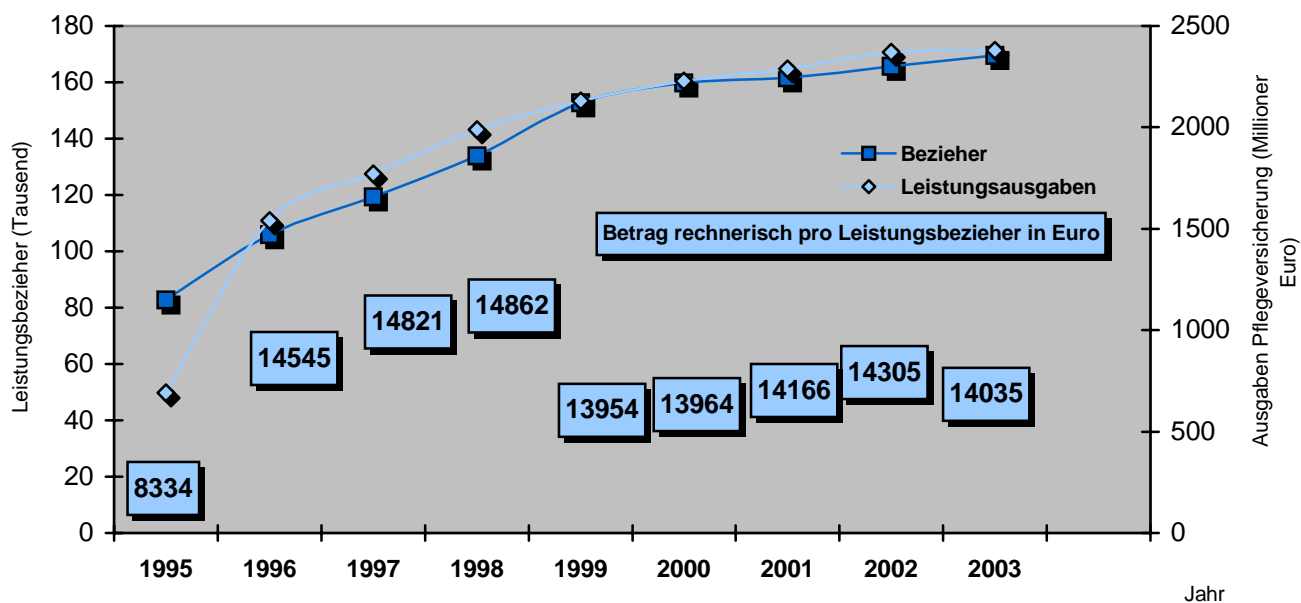
Diagramm 9: **Pflegegeld**: Vergleich Zahl der Bezieher (in Tausend) und jährliche Ausgaben (in Millionen Euro) bis 2003 sowie rechnerische „Pro-Kopf-Beträge“⁴³⁷



Zu sehen ist jedoch deutlich, dass dieses rechnerische Verhältnis einen in der Tendenz immer geringeren Betrag ausmacht und im Jahr 2003 den geringsten Wert seit 1996 erreicht hat. Rechnerisch erhielt jeder Pflegegeldempfänger im Jahr 2003 somit durchschnittlich etwa 354 Euro monatlich (ermittelt auf der Basis des über das ganze Jahr hinweg bestehenden Leistungsbezuges) - dieser Wert liegt oberhalb des Leistungssatzes für das Pflegegeld der Stufe I (205 Euro) und leicht unterhalb des Betrages der Stufe II (410 Euro).

Bei der Pflegesachleistung ist ebenfalls der oben angesprochene Effekt sichtbar (siehe folgendes *Diagramm 10*): Hier zeigt er sich anhand steigender Leistungsausgaben und einer zunehmenden Zahl der Pflegesachleistungsbeziehenden an einem geminderten „Pro-Kopf-Betrag“, der im Jahr 2003 gegenüber fast allen Jahreswerten (bis auf 1999 und 2000) geringer ausfällt. Rechnerisch liegt der Wert des Jahres 2003 mit monatlich fast 1.170 Euro etwa in der Mitte zwischen dem Leistungssatzes für die Pflegesachleistung der Stufe II (921 Euro) und dem Betrag der Stufe III (1.432 Euro).

Diagramm 10: **Pflegesachleistung**: Vergleich Zahl der Bezieher (in Tausend) und jährliche Ausgaben (in Millionen Euro) bis 2003 sowie rechnerische „Pro-Kopf-Beträge“⁴³⁸



Auch bei den stationären Leistungen zeigt sich der für die bereits betrachteten Leistungen beobachtbare Ausgabeneffekt (siehe folgendes *Diagramm 11*): Gerade unter Berücksichtigung des stark ausgabenerhöhenden Effekts einer zunehmenden Zahl von Leistungsbeziehern stationärer Leistungen zeigt sich im Verlauf, bezogen auf den individuellen Betrag, kein gleichmäßiges „Mitwachsen“ der individuellen Leistungsausgaben. Seit der sichtbaren Ausgabenwirkung mit Beginn der stationären Leistungen zeigt sich im Zeitverlauf, dass der jährliche rechnerische Pro-Kopf-Betrag im Mittel sank und am Jahresende 2002 unter dem Wert des Jahres 1997 lag. Auch bei den stationären Leistungen zeigt sich somit - zumindest bis 2002 - im Verlauf, dass mehr Leistungsbezieher jeweils weniger Leistungen erhielten.

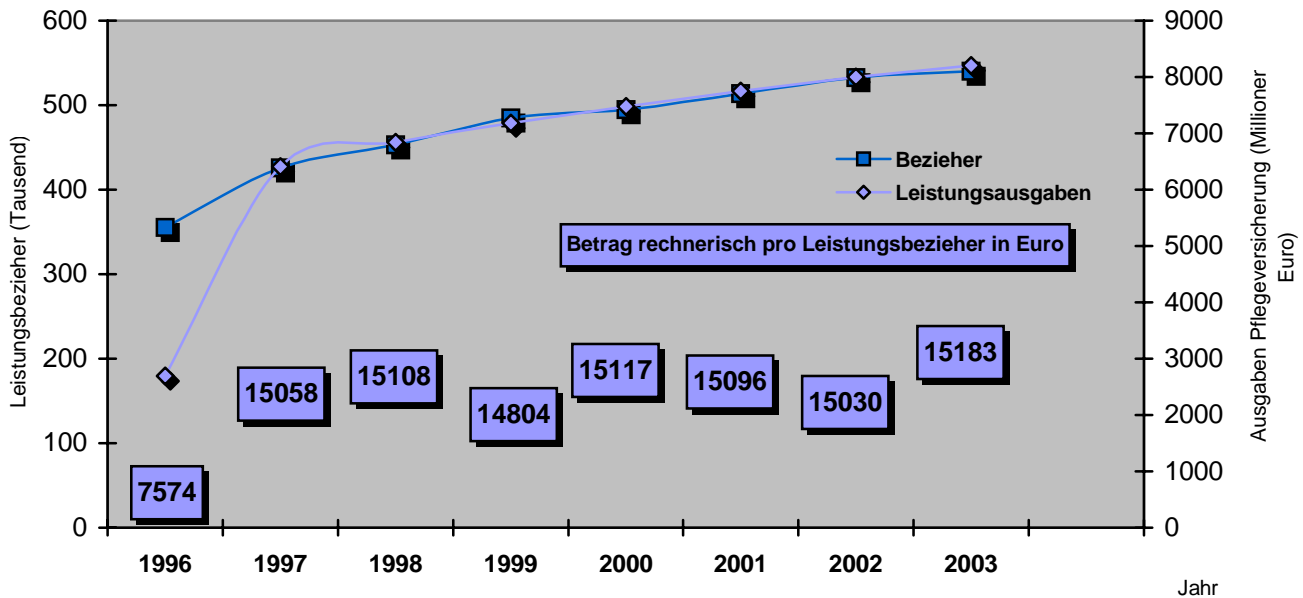
Während bei den ambulanten Leistungen, Pflegegeld und Pflegesachleistung, der Verlauf auf eine fortgesetzte - wenn auch gedämpfte - Minderung des individuellen Leistungsbetrages hinweist, wird dies für den „Pro-Kopf-Betrag“ der vollstationären Leistungen anhand des Jahresergebnisses 2003 nicht bestätigt. Vielmehr erhöht sich dieser rechnerische Leistungsbetrag pro Leistungsbezieher beträchtlich und findet sich knapp unterhalb des vom SGB XI normierten Begrenzungswertes des maxima-

⁴³⁷ Eigene Darstellung sowie eigene Berechnungen nach Zahlenangaben in *Bundestags-Drucksache 15/4125* (S. 84, 86) sowie Erläuterung in *Fn. 434*.

⁴³⁸ *Ebd.* (*Fn. 437*).

len Durchschnittsbetrages bei der Gewährung von stationären Leistungen ein.⁴³⁹

Diagramm 11: **Vollstationäre Pflege:**⁴⁴⁰ Vergleich Zahl der Bezieher (in Tausend) und jährliche Ausgaben (in Millionen Euro) bis 2003 sowie rechnerische „Pro-Kopf-Beträge“⁴⁴¹



Rechnerisch erhielt im Jahr 2003 jeder Leistungsempfänger vollstationärer Pflegeleistungen durchschnittlich etwa 1.266 Euro monatlich (ermittelt auf der Basis des über das ganze Jahr hinweg bestehenden Leistungsbezuges). Dieser Wert entspricht annähernd - er liegt knapp darunter - dem Leistungssatz für vollstationäre Leistungen der Stufe II (1.279 Euro). Der Betrag der Stufe I liegt bei 1.023 Euro.

Die rechnerische Pro-Kopf-Betrachtung zeigt im Verlauf der Jahresergebnisse (unterteilt nach Leistungsarten) ein Absinken der individuellen Leistungen - beim Pflegegeld bei gleichzeitiger Abnahme der Zahl der Leistungsbezieher wie auch der Ausgaben, bei den Pflegesachleistungen bei steigender Zahl der Bezieher und der Ausgaben. Diese insgesamt für die soziale Pflegeversicherung ausgabenmindernde Absenkung in den Leistungsarten scheint angesichts einer zunehmenden Zahl der Leistungsempfänger auf einen „Bedarfssockel“ zu treffen. Darauf, dass ein solcher „unterer Leistungsgrenzwert“, der nicht weiter unterschritten werden kann, erreicht wird bzw. ist, weist die gedämpfte Minderung bei den Pflegesachleistungen und den stati-

⁴³⁹ Nach § 43 Abs. 5 Satz 2 SGB XI dürfen die jährlichen Ausgaben im Rahmen der vollstationären Leistungen im Durchschnitt 15.339 Euro nicht übersteigen.

⁴⁴⁰ Ohne Leistungen für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen.

onären Leistungen hin. Vor allem ergibt sich dieser Hinweis bei der Entwicklung der individuellen stationären Leistungen mit Blick auf den Jahreswert 2003.

2.4.3 Entwicklung der Pflegeeinstufungen

Maßgeblich für die Leistungsausgaben ist die Anerkennung und Festlegung des Pflegebedarfs im Sinne des SGB XI durch die Pflegeeinstufung anhand der Begutachtungsempfehlungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung. Sofern mindestens ein Hilfebedarf im Umfang der Pflegestufe I anerkannt wird, legen die Einstufungen die Höhe der Leistungen innerhalb der jeweiligen Leistungsart des SGB XI fest. Die zuvor im Zusammenhang mit den Betrachtungen der einzelnen Leistungen ermittelten durchschnittlichen individuellen Leistungsbeträge - über das Jahr - entsprechen dem Mittelwert aus diesen, nach den drei Pflegestufen unterschiedlichen Leistungshöhen, bezogen auf die Leistungsbezieher der jeweiligen Pflegeversicherungsleistung. Die Pflegeeinstufung steuert somit das als Ergebnis bereits gezeigte Ausgabengeschehen. Es ist daher folgerichtig im nächsten Schritt zu zeigen, wie das „Einstufungsgeschehen“ auf die Leistungsausgaben in der sozialen Pflegeversicherung wirkt. So müsste sich angesichts eines Rückgangs der individuellen Leistungsbeträge in den Leistungsarten im Verlauf eine deutlich größere, zunehmende Gruppe von Leistungsbeziehern in der jeweiligen Pflegestufe I bzw. II, hingegen ein Rückgang in der Pflegestufe III - mit den höchsten Leistungsbeträgen - zeigen.

Zunächst soll diese Aussage anhand der im Verlauf dargestellten „Einstufungsergebnisse“ im Bereich der ambulanten Leistungen geprüft werden (siehe folgendes *Diagramm 12*): Bei insgesamt zunehmender Zahl der Bezieher⁴⁴² ambulanter Leistungen - wie in dieser Übersicht ebenfalls ablesbar - zeigt sich deutlich, dass über die Jahre insbesondere die Einstufungen in der Pflegestufe III kontinuierlich zurückgegangen sind. Innerhalb der Pflegestufe III beträgt der Rückgang drei Prozent über den gesamten Zeitraum. Noch ausgeprägter zeigt sich der Rückgang jedoch in der Pflegestufe II. Dort beträgt die Abnahme über den gesamten Zeitraum fast elf Prozent.⁴⁴³ Hingegen nahmen die Einstufungen in die Pflegestufe I - absolut und auch

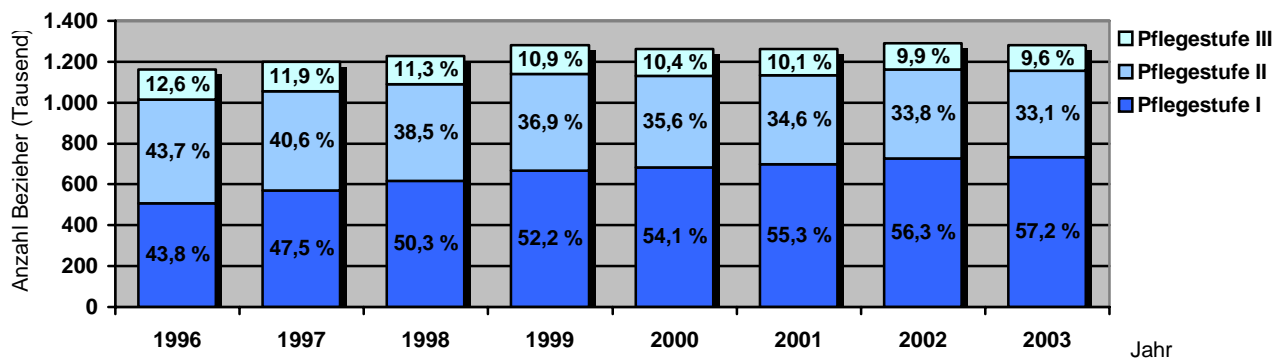
⁴⁴¹ Ebd. (Fn. 437).

⁴⁴² Wobei hier zunächst ausschließlich die Leistungsbezieher betrachtet werden. Zu den abgelehnten Anträgen auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit („Ablehnungsquote“) als weiteres „Steuerungselement zur Ausgabenminderung“ siehe direkt im Anschluss.

⁴⁴³ In den Jahren 1995 und 1996 wirkte noch der „automatische Einstufungseffekt“. Mit Inkrafttreten der Leistungen der Pflegeversicherung wurden kraft ausdrücklicher Regelung (Artikel 45 *PflegeVG*) die Leistungsempfänger der Gesetzlichen Krankenversicherung ohne weitere Prüfung, d.h. ohne Begutach-

im Verhältnis zu den Leistungsbeziehern ambulanter Pflegeleistungen insgesamt - sehr deutlich zu: rechnerisch um über dreizehn Prozent.

Diagramm 12: Entwicklung der Einstufungen der Bezieher **ambulanter** Leistungen in die Pflegestufen I - III von 1996 bis 2003 nach jeweiligem prozentualen Anteil⁴⁴⁴



Im Ergebnis kann also eine Verlagerung bzw. „Umgewichtung“ der Einstufungen von den Pflegestufen II und III zur Pflegestufe I konstatiert werden,⁴⁴⁵ was wiederum - rechnerisch - eine entsprechende Minderung der Leistungsausgaben im Bereich der ambulanten Pflegeleistungen bewirkt. Die genannten prozentualen Abgänge in den Pflegestufen II und III sowie der Zugang in der Pflegestufe I entsprechen in etwa einem Unterschiedsbetrag von 54 Millionen Euro im Jahr 2003.⁴⁴⁶

Auch für die Einstufungsergebnisse der stationären Pflegeleistungen zeigt sich, bei ebenfalls insgesamt zunehmender Zahl der Leistungsbezieher, im Verlauf ein „Umgewichtungseffekt“ (siehe folgendes *Diagramm 13*): Allerdings gestaltet sich dieser „Umgewichtungseffekt“ im Vergleich zu den ambulanten Leistungen anders. Zunächst ist, ganz anders als bei den ambulanten Leistungen, der Anteil der Leistungsbezieher der Pflegestufe III bereits zu Beginn der Leistungsgewährung in den Jahren 1996 und 1997 recht hoch. Etwa ein Viertel aller stationären Leistungen werden in der Pflegestufe III gewährt. Dieser Anteil geht im Verlauf zwar zurück, macht aber im

tungsverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung - zunächst - in die Pflegestufe II eingestuft. 1995 waren dies etwa 600.000 sogenannte „Schwerpflegebedürftige“ (*Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung* (2004c)).

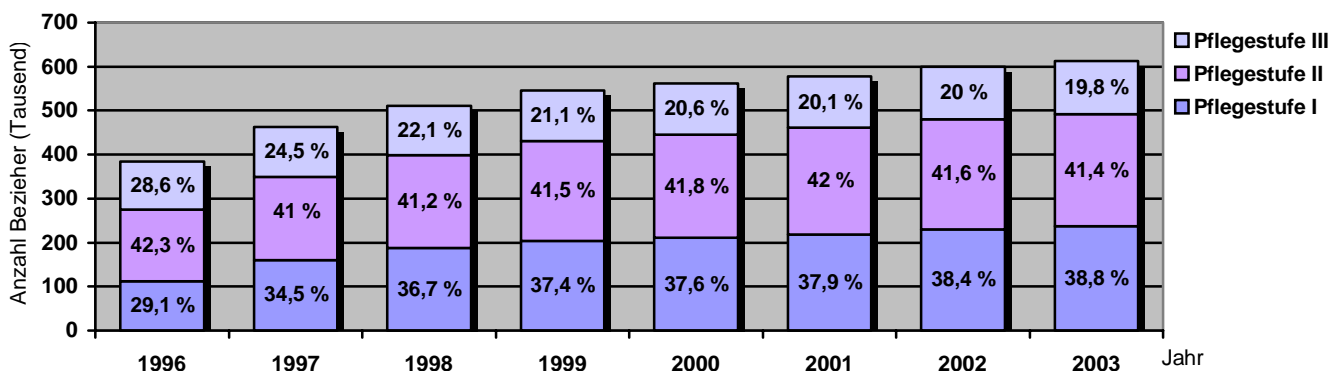
⁴⁴⁴ Eigene Darstellung nach Zahlenangaben in *Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 82 f. .

⁴⁴⁵ Das Statistische Bundesamt beschreibt diesen Trend in der jüngsten Pflegestatistik ebenfalls in dieser Weise, wonach bei zunehmender Zahl der ambulant Versorgten (um 3,6% bzw. 15.000), „[...] insbesondere der starke Anstieg (15.000 bzw. 7,2%) bei den Pflegebedürftigen der Pflegestufe I [...]“ auffällt (*Statistisches Bundesamt* (2005a), S. 5).

⁴⁴⁶ Ermittelt anhand der in den jeweiligen Pflegestufen im Jahr 2003 eingestufteten Leistungsbezieher (Zahlenangaben in *Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 82), unterteilt nach den Leistungsarten der ambulanten Pflege und gewichtet nach der prozentualen Zu- und Abnahme - bezogen auf die jeweiligen Leistungsausgaben (*ebd.*, S. 86 sowie eigene Berechnungen) in den Pflegestufen (plus 3 Prozent in der Stufe III, plus 11 Prozent in der Stufe II abzüglich 13 Prozent in der Stufe I).

Jahr 2003 immer noch knapp ein Fünftel aus.

Diagramm 13: Entwicklung der Einstufungen der Bezieher **stationärer** Leistungen in die Pflegestufen I - III von 1996 bis 2003 nach jeweiligem prozentualen Anteil⁴⁴⁷



Während bei den ambulanten Leistungen eine Verlagerung von den Pflegestufen II und III zur Pflegestufe I im Trend deutlich erkennbar ist, bleibt der Anteil der in der Pflegestufe II eingestuften Bezieher stationärer Leistungen von Beginn an - fast - unverändert bei durchgehend leicht über zwei Fünftel.

Etwa in dem gleichen Umfang, wie die Einstufungen in der Stufe III zurückgingen (fast neun Prozent), nahmen diese im Verlauf in der Stufe I zu (etwa zehn Prozent). Für die Einstufungen der stationären Leistungsbezieher lässt sich also im Trend sagen, dass sich die Gewichtung von der Pflegestufe III weg und hin zur Pflegestufe I bewegt. Oder anders formuliert: Die zunehmende Zahl der Leistungsbezieher wird überwiegend der Pflegestufe I zugeordnet.⁴⁴⁸ Rechnerisch entspricht der genannte prozentuale Rückgang in der Pflegestufen III sowie der - in gleichem Umfang festzustellende - Zugang in der Pflegestufe I in etwa einem Unterschiedsbetrag von 95 Millionen Euro im Jahr 2003⁴⁴⁹ und damit einer entsprechenden Minderung der stationären Leistungsausgaben. Dieser Betrag ist fast doppelt so hoch wie der Unterschiedsbetrag bei den ambulanten Leistungen.

Weiterhin ist anhand der Verlaufsübersicht zu konstatieren, dass - anders als bei den

⁴⁴⁷ Eigene Darstellung nach Zahlenangaben in *Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 82 f. .

⁴⁴⁸ Das Statistische Bundesamt beschreibt diesen Trend in der jüngsten Pflegestatistik ebenfalls in dieser Weise, wonach bei zunehmender Bedeutung der stationären Versorgung, bei der insbesondere die vollstationäre Dauerversorgung den größten Anteil ausmacht, der Anstieg im Bereich der Pflegestufe I am stärksten ausfällt. In Zahlen beziffert das Statistische Bundesamt diesen Trend für die gesamte Pflegeversicherung mit einer Zunahme von 16.000 Leistungsbezieher, was einer Zunahme des Anteils von 8,6 Prozent entspricht (*Statistisches Bundesamt (2005a)*, S. 7).

⁴⁴⁹ Ermittelt anhand der in den jeweiligen Pflegestufen im Jahr 2003 eingestuften stationären Leistungsbezieher (Zahlenangaben in *Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 82) gewichtet nach der prozentualen Zu-

ambulanten Leistungen - bei den stationären Leistungen offenbar keine durchgreifende Senkung der Einstufungen in die, einem umfangreichen Pflegebedarf entsprechenden, Stufen III und II möglich ist.

Insgesamt zeigt sich für die Pflegestufenzuordnung deutlich, dass innerhalb der Gesamtbezieherzahl der Anteil sehr stark bei den Stufen II und III zurückgeht und vor allem der Anteil der Stufe I zunimmt. Es ist ein Trend zur zunehmenden Einstufung in die Pflegestufe I zu konstatieren.⁴⁵⁰ Bezogen auf das Jahresergebnis 2003 entspricht dies für die soziale Pflegeversicherung rechnerisch einem Leistungsausgabenbetrag von insgesamt etwa 149 Millionen Euro.

2.4.4 Ablehnungsquote bei den Empfehlungen

Ergänzend zu der Betrachtung der sich verändernden Anteile der Pflegeeinstufungen bei einer Leistungsgewährung ist auch nach dem Umfang zu fragen, in dem die Anträge auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI abgelehnt wurden. Die Mindestvoraussetzung einer festgestellten Pflegebedürftigkeit, mit der die Leistungsgewährung überhaupt erst ermöglicht wird bzw. für diese vorausgesetzt ist, wirkt ebenfalls auf die Leistungsausgaben bzw. kann deren Steuerung bewirken. Dies zeigt sich dann, wenn bei einer zunehmenden Zahl von Leistungsempfängern nicht nur eine stärkere Gewichtung der Pflegestufe I vorliegt, sondern zusätzlich auch in zunehmender Zahl ein Leistungszugang ausgeschlossen wird, weil Pflegebedürftigkeit nicht in dem Umfang besteht, der eine Einstufung und damit die Leistungsgewährung nach dem SGB XI bewirkt. Bei dieser Betrachtung ist allerdings auch zu bedenken, dass die „reine Ablehnungsquote“ lediglich quantitative und keine qualitativen Aussagen enthält.⁴⁵¹ Eine Ablehnung erfolgt bei Antragstellung ohne weitere Unterscheidung danach, ob überhaupt ein Hilfebedarf⁴⁵² vorliegt, oder ob Antragstellern eine „nicht erhebliche Pflegebedürftigkeit“ deswegen bescheinigt wird,

und Abnahme bezogen auf die Leistungsausgaben für stationäre Pflege (*ebd.* (S. 86) sowie eigene Berechnungen) in der Pflegestufe III (plus 8,8 Prozent) abzüglich 9,7 Prozent in der Stufe I.

⁴⁵⁰ So stellt das Statistische Bundesamt in seiner Pflegestatistik für die gesamte Pflegeversicherung, also private und soziale Pflegeversicherung zusammen, bei insgesamt zunehmender Zahl der Leistungsempfänger gegenüber 2001 (1,8% bzw. 37.000) fest: „[...] Die Zunahme zeigt sich jedoch nur bei den Pflegebedürftigen der Pflegestufe I (+ 4,9% bzw. 48.000) hingegen ist bei den Pflegestufen II und III ein leichter Rückgang um rund 1,1% (8.000) bzw. 0,1% (300) zu verzeichnen.[...]“ (*Statistisches Bundesamt* (2005a), S. 3).

⁴⁵¹ Was aussagt, dass theoretisch jeder Versicherte in der Pflegeversicherung einen Antrag auf Leistungen stellen kann und damit ein Feststellungsverfahren mit dem entsprechenden Begutachtungsergebnis des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung erfolgt.

⁴⁵² Wiewohl in diesem Zusammenhang die Annahme realistischerweise schon sehr stark dahin gehen muss, dass ein solcher Leistungsantrag in der Regel nicht ohne einen begründeten Hilfebedarf des Versicherten erfolgt.

weil der nach dem SGB XI für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit festgeschriebene, erforderliche zeitliche oder sächliche Hilfebedarf nur knapp unterschritten ist bzw. nicht erreicht wird. Diese, unter anderem als „leichtpflegebedürftig“⁴⁵³ bzw. Angehörige der „Pflegestufe 0“ bezeichneten, Pflegebedürftigen haben keinen Leistungsanspruch nach dem SGB XI und werden deswegen nicht in der Pflegestatistik berücksichtigt.

Auch kann beispielsweise bei vielen Pflegebedürftigen ein Hilfebedarf bestehen (beispielsweise bei demenziellen Erkrankungen oder Verhaltensstörungen), der nicht von den Kriterien des SGB XI umfasst ist bzw. erfasst wird. Sie werden zwar hinsichtlich des gesetzlich vorgesehenen Hilfebedarfs im grundpflegerischen Bereich in den Begutachtungen entsprechend berücksichtigt, der ganz spezifische Hilfebedarf dieser „Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz“,⁴⁵⁴ der allgemeine Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf, kann jedoch nach derzeit gültiger Gesetzeslage (nach wie vor) nicht als Kriterium für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit herangezogen werden.⁴⁵⁵ Hier zeigt sich deutlich ein Mangel der Pflegebedürftigkeitsdefinition im SGB XI: Hinsichtlich der Bedarfssituation von psychisch Kranken, Demenzkranken und hirnerkrankten Menschen geht der verrichtungsbezogene Pflegebegriff an den spezifischen *Fähigkeitsstörungen* dieser Personengruppe vorbei.⁴⁵⁶ Seit der Änderung durch das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz ist die notwendige umfassende Betreuung und allgemeine Beaufsichtigung in dem Katalog von Hilfeleistungen der Pflegeversicherung lediglich ergänzend als Ermessensleistung anerkannt worden.⁴⁵⁷ Nur insoweit sind diese Bedarfe beispielsweise anhand der Leistungszahlen in der Ausgabenstatistik der Pflegeversicherung sichtbar.

Vielfach kommt es auch bei Kindern zur Ablehnung einer beantragten Pflegeeinstufung, da bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr für die Anerkennung von Pflegebedürftigkeit nicht der gesamte Hilfebedarf des Kindes zählt, sondern nur der

⁴⁵³ Beispielsweise so bezeichnet in einer Pressemitteilung (*Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung*).

⁴⁵⁴ Als Abkürzung wird „PEA“ genutzt (*Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.* (2003), S. 5).

⁴⁵⁵ *Ebd.*, S. 35.

⁴⁵⁶ *Bundestags-Drucksache 14/8800*, S. 232.

⁴⁵⁷ Versicherte, die im Sinne der Verrichtungen nach § 14 SGB XI pflegebedürftig sind und die eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen, können seit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz lediglich in bescheidenem Umfang Zusatzleistungen in Form von Sachleistungen erhalten (§ 45b SGB XI).

über den für alle Kinder dieser Altersgruppe typischen Hilfebedarf hinausgehende.⁴⁵⁸

Die Anzahl der im Verlauf abgelehnten Anträge auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit kann zunächst anhand der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung erstellten Übersicht über die Erledigung der Anträge auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der sozialen Pflegeversicherung erschlossen werden.⁴⁵⁹ Nach dieser „Erledigungsstatistik“ liegt die „Ablehnungsquote“, also die Zahl der nicht bewilligten⁴⁶⁰ Anträge in der sozialen Pflegeversicherung insgesamt (ohne Differenzierung nach Leistungsarten) im Mittel der Jahre 1996 bis 2003 bei etwa 28 Prozent. Die höchste Ablehnungsquote lag im Jahr 1997 bei 29,2 Prozent, die geringste im Jahr 2002 bei 26,5 Prozent. Anhand dieser Zahlen lässt sich eine sichtbare Zunahme der Ablehnungsquote - zumindest bis zum Jahr 2002 - nicht feststellen.

Einschränkend ist zu diesem Ergebnis jedoch darauf hinzuweisen, dass eventuelle, aktuell geänderte Daten in der Statistik nicht berücksichtigt sind. In der vorliegenden, hier herangezogenen „Erledigungsstatistik“, die im Juni 2004 veröffentlicht wurde, sind die Angaben für das Jahr 2003 noch als Prognose angegeben. Weiter ist zu der eingeschränkten Nutzbarkeit der Angaben anzumerken, dass keine Unterteilung nach ambulanten und stationären Leistungsanträgen vorgenommen wird und die in der „Erledigungsstatistik“ als „nicht erledigt“ bezeichneten, offenen Antrags- und Feststellungsverfahren nicht berücksichtigt werden können. Dies lässt wiederum die Ergebnisse ungenau werden. So lagen etwa am Jahresende 2001 noch 217.775 unerledigte Anträge vor. Im Verhältnis zu den im Jahr 2001 insgesamt in der sozialen Pflegeversicherung gestellten 836.618 Anträgen machte die Zahl der noch nicht entschiedenen Antragsverfahren damit mehr als ein Viertel aus.

Mehr Aufschluss über die Einstufungsergebnisse bieten die Angaben in den seit dem Jahr 1998 vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen erstellten Berichten⁴⁶¹ nach § 53a Satz 1 Nr. 3 SGB XI,⁴⁶² deren Ergebnisse auch in

⁴⁵⁸ Wobei der *Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.* (2003) in seinem Bericht auch darauf hinweist, dass u.a. für diese Situation in einer Vielzahl bei nochmaliger Begutachtung (wegen eingelegten Widerspruchs) die ursprüngliche Ablehnung revidiert wird und eine Pflegeeinstufung erfolgt (S. 22).

⁴⁵⁹ *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung* (2004c).

⁴⁶⁰ Abgelehnte oder „auf sonstige Art erledigte“ Anträge (*ebd.*).

⁴⁶¹ 1998 wurde erstmals ein Pflegebericht gemäß § 53a Satz 1 Nr. 3 SGB XI und der dazu erlassenen 'Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die von den Medizinischen Diensten für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung zu übermittelnden Berichte und Statistiken' vom 8. Dezember 1997 erstellt.

den Pflegebericht der Bundesregierung nach § 10 Abs. 4 SGB XI - zum Teil wort- und inhaltsgleich - eingeflossen sind. Während der zweite Bericht der Regierung aus dem Jahr 2001 noch ausdrücklich auf die festgestellten Quoten „nicht erheblich Pflegebedürftiger“ des Medizinischen Dienstes, als der für die Ablehnung maßgeblichen Empfehlung, im Verlauf eingeht, geschieht dies im zuletzt vorgelegten dritten Bericht nicht mehr. Dort wird lediglich auf die Werte des Jahres 2003 hingewiesen.

So konstatiert der zweite Bericht der Bundesregierung eine Zunahme der Ablehnungsquoten⁴⁶³ bei Erstanträgen auf ambulante Leistungen von 30,4 Prozent im Jahr 1997, 32,4 Prozent im Jahr 1998 und 31,8 Prozent im Jahr 1999.⁴⁶⁴ Diese Entwicklung zeigte sich für die Einstufungsergebnisse im Bereich der ambulanten Leistungen bereits im Vorfeld und mit dem Beginn der Leistungsgewährung ab 1.4.1995. Bis zum 24.3.1995 lag die Ablehnungsquote noch bei 22,5 Prozent, Ende Oktober 1995 betrug sie bereits 29,8 Prozent.⁴⁶⁵

Dieser Trend einer Zunahme der Ablehnungsquoten bei ambulanten Leistungen wird - wenn auch nur mit leicht gestiegenen Zahlen - in den letzten Jahren bestätigt. Im Jahr 2002 wird der Anteil „nicht erheblich Pflegebedürftiger“ mit 32,2 Prozent⁴⁶⁶ beziffert und erreichte im Jahr 2003 mit 32,6 Prozent den höchsten Wert im bisherigen Verlauf.⁴⁶⁷ Damit lag die Ablehnungsquote mit dem Jahresergebnis 2003 zuletzt bei gut einem Drittel.⁴⁶⁸

Für den stationären Bereich lässt sich dieser Trend so nicht ablesen. Im Verlauf liegen die Ablehnungsquoten im Jahr 1999 wie auch im Jahr 2002 bei 16,5 Prozent und im Jahr 2003 - nur sehr leicht angestiegen - bei 16,6 Prozent. Insgesamt kann hieraus eher der Trend abgelesen werden, dass sich der Anteil der „nicht erheblich Pflegebedürftigen“ bei etwa 16,5 Prozent „eingependelt“ hat.

⁴⁶² Wobei sich die in dem Bericht vorgelegten Daten auf die Begutachtungstätigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung beziehen. Hingegen bezieht sich die „Erledigungsstatistik“ auf die gestellten Anträge. Diese Zahlen sind nicht identisch.

⁴⁶³ Ebenso, wie - oben bereits gezeigt - auch die Einstufungen in der Pflegestufe I zunehmen, während die Einstufungen in den Pflegestufen II und III - prozentual abnehmen (*Bundestags-Drucksache 14/5590*, S. 33).

⁴⁶⁴ Die Zahlenangabe für 1999 wurde aus dem Quartalsbericht entnommen (*Bundestags-Drucksache 14/5590*, S. 33). Die Zahlenangaben für die Jahre 1997 und 1998 sind identisch mit den im Bericht des Medizinischen Dienstes von 1998 genannten (*Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.* (1998), S. 21).

⁴⁶⁵ Meier (1997a), S. 117.

⁴⁶⁶ *Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.* (2003), S. 17.

⁴⁶⁷ *Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 43.

⁴⁶⁸ Was einer Einstufungsquote im ambulanten Bereich von gut zwei Dritteln entspricht (*Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 41).

Die Betrachtung der Ablehnungsquoten im zeitlichen Verlauf ergibt bei einer Unterteilung nach Leistungsarten damit folgendes Bild: Während im ambulanten Bereich im Verlauf insgesamt die Zahl der abgelehnten Pflegeeinstufungen zunahm, kann dies für den stationären Bereich so nicht konstatiert werden. Dafür ergeben sich die Verschiebungen bei der stationären Pflege innerhalb der Pflegestufen.⁴⁶⁹ Dieses Ergebnis zeigt also den bereits in diesem Zusammenhang für die Pflegestufenbildung beschriebenen Effekt, wonach bei den stationären Leistungen wegen der bestehenden Bedarfe keine durchgreifende Senkung der Einstufungen möglich ist.

Zu den Einstufungsergebnissen ist ergänzend noch auf folgende Details hinzuweisen. In dem ersten Pflegebericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen wurden insbesondere für das Jahr 1998 erhebliche regionale Abweichungen bei den Begutachtungsergebnissen im stationären Bereich⁴⁷⁰ festgestellt, so dass der Gesamtwert „lediglich“ einem rechnerischen Mittel entsprach und damit entsprechend geringe Aussagekraft entfalten konnte.⁴⁷¹ Auch bei den Ergebnissen im Jahr 2002 sind diese Abweichungen in kaum verändertem Umfang abzulesen.⁴⁷² Dies weist auf das Problem hin, dass offenbar noch nicht in ausreichendem Maße auf die Ergebnisse einer konsolidierten Begutachtungstätigkeit zurückgegriffen werden kann.⁴⁷³ Diese Einschätzung wird durch die ebenfalls in den Berichten wiedergegebenen „Erfolgsquoten“ bei wiederholten Begutachtungsverfahren wegen eines eingelegten Widerspruchs gegen die Erstentscheidung noch verstärkt. So wurden nach dem Pflegebericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen für das Jahr 1998 bei vierzig Prozent der nach einer Erstbegutachtung abgelehnten Anträge auf ambulante Leistungen höhere Pflegeeinstufungen vorgenommen, was somit in entsprechend höherem Umfang festgestellten Pflegebedar-

⁴⁶⁹ Siehe zuvor in diesem Kapitel *Fn. 448 (Seite 130)*.

⁴⁷⁰ So lagen die Empfehlungen für „nicht pflegebedürftig“ bei stationären Leistungen im Jahr 1998 nach den Erstbegutachtungsergebnissen zwischen 11,6 und 31,4 Prozent (*Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (1998), S. 22 f.*).

⁴⁷¹ So konnte zwischenzeitlich in einer aktuellen Forschungsarbeit gezeigt werden, dass trotz identifizierbarer, über die Landesgrenzen hinweg bestehenden gleichen räumlichen Muster, die für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit prägend sind, das Bundesland für die Einstufungsergebnisse offenbar stärker wiegt als diese räumlich-regionale Zuordnung (*Pritzkuleit*). Das lässt aus den stark variierenden Ergebnissen der jeweiligen länderbezogen konstituierten und tätigen Medizinischen Dienste der Krankenversicherung vermuten, dass offenbar andere bzw. weitere Faktoren bei der Feststellung des Pflegebedarfs nach dem SGB XI und damit für die Empfehlung einer Pflegestufe relevant sind.

⁴⁷² Die Spannweite lag im Jahr 2002 zwischen 9,6 und 26,2 Prozent (*Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (2003), S. 18*).

⁴⁷³ Im Dritten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung wird dieser Sachverhalt - wie auch im vorangegangenen Bericht - notiert, jedoch ohne weitere Hinweise oder Anmerkungen (*Bundestags-Drucksache 15/4125, S. 41*).

fen entspricht. Bei den stationären Leistungen lag diese Zahl sogar bei 50 Prozent. Diese Ergebnisse wurden im gleichen Umfang auch für das Jahr 2000 genannt.

Gleichwohl ergibt sich aus der Betrachtung der „Ablehnungsquote“ in der sozialen Pflegeversicherung eine ergänzende Aussagekraft, wenn diese mit der privaten Pflegeversicherung verglichen wird. So lassen sich signifikant andere Ablehnungsquoten feststellen - wie sich auch insgesamt deutliche Unterschiede im Einstufungsgeschehen zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung zeigen. Während die Begutachtungen im Jahr 2003 in der sozialen Pflegeversicherung im Bereich der ambulanten Pflege bei 32,6 Prozent der Begutachtungen keine Pflegestufenempfehlung ergaben, betrug dieser Anteil festgestellter „nicht erheblicher Pflegebedürftigkeit“ in der privaten Pflegeversicherung 21,8 Prozent und fiel damit deutlich geringer aus. Ähnlich auch das Verhältnis der Ablehnungsquoten im stationären Bereich. In der sozialen Pflegeversicherung erfolgte zu 16,6 Prozent keine Pflegeeinstufung, also eine Ablehnung, in der privaten Pflegeversicherung traf dies lediglich in einem Umfang von 8,8 Prozent zu.⁴⁷⁴

Zwar werden auch die Einstufungsergebnisse in der offiziellen Berichterstattung berücksichtigt. Auch der Pflegestatistikbericht des Statistischen Bundesamtes geht hierauf ein, wenn er eine Zunahme der Pflegebedürftigen der Stufe I und einen Rückgang bei den Stufen II und III konstatiert.⁴⁷⁵ Aber diese Feststellung wird in den Berichten nicht zur Entwicklung der Ausgaben in Beziehung gesetzt, wie dies hier soeben unternommen wurde. Folglich kann ohne diese Zuordnung auch nicht auf das damit verbundene Problem einer nicht angemessenen Berücksichtigung der Bedarfe hingewiesen werden.

Auch in dem aktuellen Dritten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung wird kurz erwähnt, dass bei den Empfängern ambulanter und stationärer Leistungen der Anteil der Pflegestufe I an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen weiter gestiegen ist. Als Grund für diese Entwicklung werden in dem Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung zwei Vermutungen formuliert. Zum einen die vermehrte Antragstellung nur leicht Pflegebedürftiger. Und zum anderen, dass „[...] eine durch konkretisierte Begutachtungs-Richtlinien und Gutachterschulung vereinheitlichte Einstufung der Pflegebedürftigen durch die Medizinischen Dienste zu

⁴⁷⁴ Ebd., S. 43. Eine genauere Übersicht der Unterschiede in den einzelnen Pflegestufen findet sich in diesem Kapitel unter 3.6 *Pflegeeinstufungsergebnisse in der privaten Pflegeversicherung* (Seite 145).

der Veränderung beigetragen haben [...]“ könnte.⁴⁷⁶ Mit diesen nur angedeuteten Hinweisen zeigt sich, dass ebenfalls nicht ernsthaft davon ausgegangen wird, dass sich etwa eine Minderung der Hilfebedarfe und mithin eine Verbesserung der Hilfesituation Pflegebedürftiger eingestellt haben könnte. Vielmehr weist die zusätzliche Anmerkung auf die bereits beschriebene Bedeutung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in diesem Zusammenhang hin. Letztlich muss jedoch die tatsächliche Ursache offen bleiben und kann - wie geschehen - nur anhand der faktischen Ausgabenwirkung beschrieben bzw. konstatiert werden. Einstweilen bestehen bei gleichzeitiger Signifikanz des veränderten Einstufungsgeschehens keine weiteren Erkenntnismöglichkeiten hinsichtlich bestehender oder zunehmender Bedarfe, hinter denen die Einstufungsergebnisse wohlmöglich zurückbleiben. Oder kann etwa aus den vorliegenden Ergebnissen gefolgert werden, dass ein großer Teil der zunehmenden Zahl der auf pflegerische Hilfen Angewiesenen sozusagen einen immer geringer werdenden Hilfebedarf hat? Diese Annahme erscheint doch - so hoffnungsvoll sie zu begrüßen wäre - eher unwahrscheinlich.⁴⁷⁷

Nun ist aber eigentlich die Entscheidung über einen bestehenden Hilfebedarf im Sinne des SGB XI und die dazu vorzunehmende Einstufung kein fiskalischer oder rechnerischer Vorgang, sondern die Einstufungen sind anhand der jeweiligen Empfehlung nach der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung über die festgestellten, individuellen Bedarfe vorzunehmen. Dabei ist davon auszugehen, dass sich die Pflegekasse als Leistungsträger und den Verwaltungsakt erlassende Behörde weitgehend an den Empfehlungsvorgaben orientiert bzw. sich in ihrer Entscheidung daran anschließt.⁴⁷⁸ Damit ergibt sich unter Berücksichtigung der bis hierher entwickelten Erkenntnissen schließlich auch die Frage, in wie weit sich - obwohl das theoretisch nicht vorgesehen ist - faktisch die festgelegten Bedarfe (sozusagen dem „SGB XI-Imperativ“ folgend) auch - bzw. treffender formuliert: bereits - bei der Begutachtung am Mittelbudget und nicht am (eigentlich bestehenden) Bedarf orientieren. Letztlich würde mit einem solchen Fazit das Einstufungsprozedere obsolet. Positiv ließe sich dazu formulieren: Bei ohnehin nicht bedarfsdeckender Leis-

⁴⁷⁵ Siehe in diesem Kapitel Fn. 450 (Seite 131).

⁴⁷⁶ Bundestags-Drucksache 15/4125, S. 35.

⁴⁷⁷ Dagegen sprechen auch die in diesem Kapitel im folgenden aufgezeichneten Ergebnisse eines weiter steigenden Leistungsbedarfs, wie sie im Rahmen der Hilfe zur Pflege (Seite 169 ff.) aber auch in der privaten Pflegeversicherung (Seite 141 ff.) sichtbar sind.

⁴⁷⁸ So die allgemeine Einschätzung, ohne dass darüber „belastbare Daten“ vorliegen, wie auch Simon bestätigt (S. 44 f.).

tungsgewährung, wie bereits vom Gesetz mit den jeweiligen Leistungssätzen intendiert (Stichwort: „Teilkaskoabsicherung“), und zusätzlich unter Berücksichtigung der hier entwickelten Ergebnisse einer „einstufungsgesteuerten Ausgabenminderung“ wäre es vielleicht viel sinnvoller, die Gewährung „pauschaler Grundbeträge“ in einem vereinfachten Zugang zu regulieren - beispielsweise im Rahmen einer (dann auch ausdrücklich so benannten) „Grundsicherung bei Pflegebedürftigkeit“ für die Gewährung der Leistungen der Pflegeversicherung. Diese könnten auf der Basis mittlerer Leistungswerte ermittelt und festgelegt werden, ähnlich wie sie derzeit in der Pflegeversicherung faktisch schon bestehen, jedoch ohne „vorgeschaltetes Begutachtungsverfahren“. Mit dem persönlichen Budget ist ein solches Modell dem Grunde nach derzeit schon eingeführt.⁴⁷⁹

2.5 Einnahme- statt Ausgabenproblem bei unveränderbar zunehmendem „Bedarfssockel“

Wie schon bei der Ausgabenentwicklung, bezogen auf die Leistungsausgaben und im jeweiligen Verhältnis zu der Entwicklung der Leistungsbezieherzahlen, gezeigt, kann nicht von einer übermäßigen oder gar „überbordenden“ Zunahme der Ausgaben gesprochen werden. Dieser Befund wird auch durch einen Vergleich der Ausgaben in der sozialen Pflegeversicherung mit dem Bruttoinlandsprodukt bestätigt (siehe folgendes *Diagramm 14*): Wie in der Verlaufsübersicht der Gesamtausgaben der sozialen Pflegeversicherung im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt gut sichtbar wird, liegt der Anteil der Ausgaben über den gesamten Verlauf - nach dem „Aufstieg“ in den ersten drei Jahren bis zur vollständigen Leistungsetablierung - seit dem Jahr 1998 konstant bei etwa 0,8 Prozent und nimmt im Jahr 2004 - wie auch 2001 - sogar noch etwas ab. Für die reinen Leistungsausgaben der Pflegeversicherung - also ohne die verwaltungs- und sonstigen Kosten sowie die Kosten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung - liegt dieser Anteil in gleicher Weise bei etwa 0,77 Prozent.

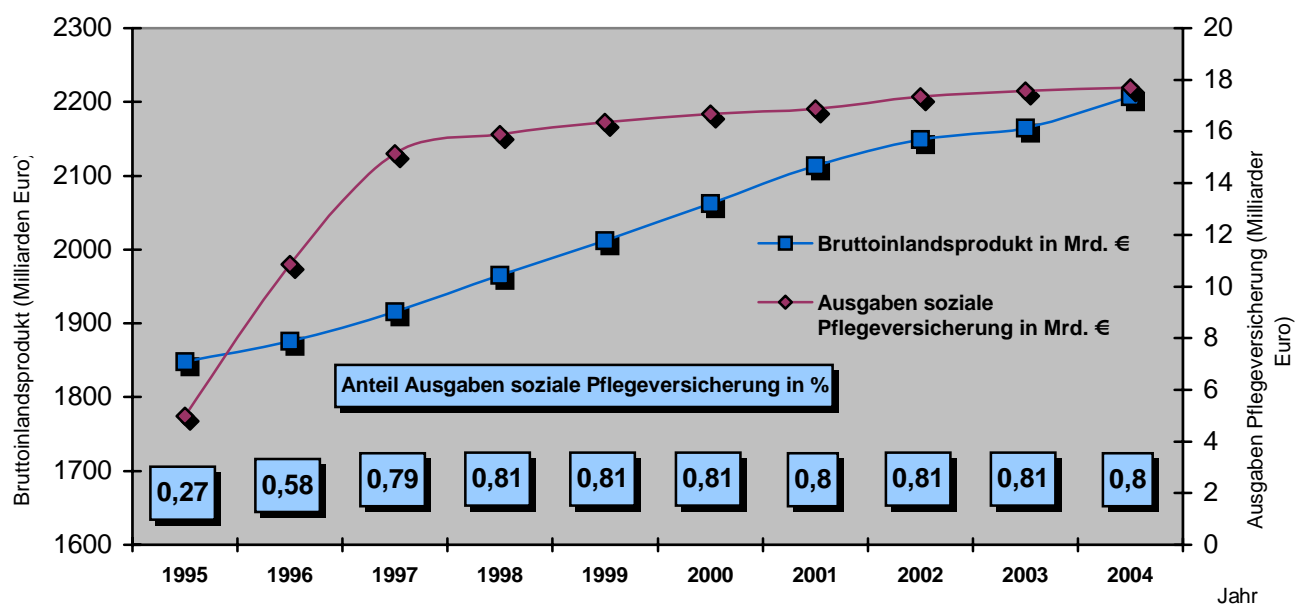
Berücksichtigt wurden in dieser Übersicht bereits die geänderten Angaben zum Bruttoinlandsprodukt, wie sie vom Statistischen Bundesamt nach der Revision der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung genutzt werden.⁴⁸⁰ Die neuen Daten fallen im

⁴⁷⁹ Die Leistungen des persönlichen Budgets könnten durchaus ein „leistungsexperimenteller Vorbote“ einer solchen grundsichernden Modellierung sein - quasi als Möglichkeit zur individuellen, selbstverantwortlichen Leistungsgestaltung in „der Knappheit des Budgets“.

⁴⁸⁰ Die neuen Ergebnisse nach der Revision der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR) wurden erstmals Ende April 2005 veröffentlicht (*Statistisches Bundesamt (2005b)*).

Ergebnis höher aus. Im Zeitverlauf ergeben sich zwischen den „alten“ und den revidierten, „neuen“ Ergebnissen uneinheitlich Unterschiede zwischen etwa 47 Milliarden Euro im Jahr 1995 und etwa 30 Milliarden Euro im Jahr 2004. Damit fallen die aktualisiert ermittelten Anteile der Gesamtausgaben der Pflegeversicherung am Bruttoinlandsprodukt gegenüber den bisherigen Werten ebenfalls durchgehend (etwa um 0,01 Prozent) geringer aus.

Diagramm 14: Ausgaben der **sozialen Pflegeversicherung insgesamt**⁴⁸¹ im Verhältnis zum **Bruttoinlandsprodukt** (in Milliarden Euro) - Anteil jeweils in Prozent - bis 2004⁴⁸²



Und ein Weiteres wird deutlich: Anhand der „Pro-Kopf“-bezogenen, reinen Leistungsausgaben war festzustellen, dass die Ausgaben gemessen an dem zunehmenden Bedarf - der durch eine zunehmende Zahl von Leistungsbezieher zum Ausdruck kommt - sinken. Wenn die Ausgaben in ihrem anteiligen Verhältnis zur Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts konstant bleiben, bedeuten diese beiden Ergebnisse zusammengenommen, dass in der Pflegeversicherung auf diese Weise so „gewirtschaftet“ wurde, also die „interne Steuerung der Pflegeversicherung“ so „gut“ funktioniert hat, dass die Ausgaben - die eigentlich nach den Bedarfen „überborden“, jedenfalls in höherem Umfang als das Bruttoinlandsprodukt, zunehmen müssten - so „im

⁴⁸¹ Ausgaben insgesamt, also inklusive Leistungsausgaben und weiterer Ausgaben (siehe in diesem Kapitel Fn. 415 (Seite 112)).

⁴⁸² Eigene Darstellung sowie eigene Berechnungen nach Zahlenangaben - für die soziale Pflegeversicherung - in *Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 82, 86 sowie für 2004 ergänzt in *Bundesministerium für*

Zaum gehalten“ wurden, dass kein Zunahmeeffekt erkennbar ist.

Das „Finanzproblem“ der Pflegeversicherung ist also vor allem ein Finanzierungsproblem. Nicht zu hohe Ausgaben oder gar eine übermäßige Ausgabensteigerung, sondern zu geringe und sogar sinkende Einnahmen führen zu dem negativen Saldo und damit zu der Notwendigkeit, seit Jahresende 1999 fortgesetzt und zunehmend, die nicht durch Einnahmen gedeckten Ausgaben aus den Rücklagen finanzieren zu müssen.

Ähnlich wie für die Ausgaben des Gesundheitswesens kann für die Pflegeversicherung noch deutlicher gezeigt werden, dass die Ausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt nicht überhöht sind, sondern dass - zunächst - die geschmälerte Einnahmebasis das Problem ist.⁴⁸³ Auch ohne den Vergleich zum Bruttoinlandsprodukt ergibt sich bereits anhand der vorangegangenen Betrachtung der Entwicklung der Ausgaben, dass diese nur sehr langsam ansteigen. Der Anstieg fällt im Verhältnis zur Entwicklung des Bruttoinlandsprodukt so aus, dass dieser - seit durchgehender Wirkung der Pflegeversicherung, also mit Inkrafttreten der stationären Leistungen - als konstant zu beschreiben ist. Dies wird durch den unveränderten Anteil am Bruttoinlandsprodukt bestätigt.

Zusammen mit der konstatierten Zunahme der Leistungsbezieher und dem insgesamt damit zum Ausdruck kommenden, wachsenden Bedarf zeigt der im Verlauf auf die Entwicklung des Bruttoinlandsprodukt bezogene prozentuale Anteil der Ausgaben in der sozialen Pflegeversicherung eine bemerkenswerte Stabilität. Dieser Effekt ist um so beachtlicher, als in der Zeit von 1997 bis 2003 die Zahl der Leistungsbezieher um etwa 250.000 kontinuierlich gestiegen ist, was 14,4 Prozent des Wertes von 1997 entspricht. Er zeigt zugleich auch sehr eindrücklich die Steuerungslogik der Pflegeversicherung auf, wonach die Ausgaben letztlich den Bedarf bestimmen - egal, wie viele Leistungsbezieher hinzukommen, die Ausgaben bleiben auf festgelegten Niveau. Dies bedeutet wiederum verteilungstechnisch - also einem rechnerischen Wert einer „Pro-Kopf-Ausgabe“ entsprechend -, dass immer mehr Leistungsbezieher mit einem kaum geänderten, verfügbaren Ausgabenbetrag auskommen müssen und auf

Gesundheit und Soziale Sicherung 2005a. Aktualisierte Zahlenangaben zum Bruttoinlandsprodukt in: *Statistisches Bundesamt* (2005b).

⁴⁸³ Für die seinerzeit noch unter dem Schlagwort „Kostenexplosion“ geführte Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen beispielsweise gezeigt in *Meier* ((1998), S. 19 f.). Auch der *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* (2003) stellt dies in seinem Gutachten ausdrücklich für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung dar (S. 20 f.).

diese Weise jeder Einzelne weniger erhält.

Bei einer - gemessen am Bruttoinlandsprodukt - konstanten Ausgabenhöhe zeigt sich somit, dass diese unter anderem durch die im Vorfeld bereits benannten sinkenden bzw. verharrenden „Pro-Kopf-Beträge“, genauer gesagt, der Verteilung des Leistungsbudgets auf eine größere Zahl von Leistungsbeziehern, „erwirtschaftet“ wird.

Damit entspricht der Ausgabenverlauf der explizit und konsequent im SGB XI verankerten „Leistungsausgabenbegrenzung“ vollständig. Dies freilich - und das wird im Folgenden noch weiter auszuführen sein - auf Kosten eines dementsprechenden Wertigkeits- und Funktionsverlustes der Leistungen. Dem „Stabilitätsgebot“ bzw. „Ausgabenbegrenzungsgebot“ der Pflegeversicherung entspricht bei zunehmendem Bedarf unweigerlich, dass dieser an anderer Stelle auszugleichen ist. In dem Umfang, wie die Leistungen der Pflegeversicherung nicht (mehr) bzw. immer weniger ausreichen, um dem bestehenden Bedarf zu entsprechen, ist eine Zunahme der Ausgaben an anderer Stelle, beispielsweise in der Sozialhilfe zu konstatieren.

3 Private Pflegeversicherung

3.1 Ungleiche Entwicklung in der privaten und in der sozialen Pflegeversicherung

Die Entwicklung und die Situation in der privaten Pflegeversicherung verläuft im Gegensatz zu den geschilderten Problemlagen der sozialen Pflegeversicherung in ganz anderen Bahnen und kann auch aktuell eher als positiv bezeichnet werden. Das ganz andere Bild, dass die private Pflegeversicherung im Überblick zeigt, ist gekennzeichnet von einem deutlichen Kapitalüberschuss, der letztlich - die vorliegenden Daten im Ergebnis ernst genommen - nur begründbar ist mit einer besseren Morbiditätsstruktur der Versicherten.⁴⁸⁴

Trotz der identischen Leistungsvoraussetzungen - wie bereits beschrieben, einheitlich im SGB XI geregelt - nahm und nimmt die private Pflegeversicherung einen gänzlich anderen Entwicklungsverlauf als die soziale Pflegeversicherung. Im Folgenden sollen wesentliche „Elemente der Andersartigkeit“ im Vergleich zu den Ergebnissen der sozialen Pflegeversicherung dargestellt werden.

Für die private Pflegeversicherung liegen vergleichsweise wenige, vor allem weniger detaillierte Daten vor. Und dies, obwohl die privaten Krankenversicherungsunter-

⁴⁸⁴ So auch *Lauterbach/Lüngen* (u.a. 2005), S. 4, 19.

nehmen, die die private Pflegeversicherung durchführen, ebenfalls die Statistikangaben zu liefern haben und auch im Regierungsbericht auf deren Situation und Entwicklung eingegangen wird.

3.2 Versicherte in der privaten Pflegeversicherung

Ende des Jahres 2003 waren - mit einer leichten Steigerung um 172.200 gegenüber dem Vorjahr⁴⁸⁵ - 8,9993 Millionen Personen privat pflegeversichert. In der sozialen Pflegeversicherung betrug die Zahl der Versicherten - gegenüber den Vorjahren mit abnehmender Tendenz⁴⁸⁶ - am Jahresende 2003 insgesamt 70,422 Millionen.⁴⁸⁷ Bei den Versicherten der privaten Pflegeversicherung ist - anders als in der sozialen Pflegeversicherung⁴⁸⁸ - ein Männerüberschuss zu verzeichnen, der insbesondere in den geburtenstarken Jahrgängen deutlich ausgeprägt ist.⁴⁸⁹

3.3 Leistungsbezieher

Nach der Geschäftsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung bezogen Ende des Jahres 2002 rund 79.000 Pflegebedürftige ambulante und etwa 35.000 stationäre Leistungen der privaten Pflegeversicherung.⁴⁹⁰ Das entspricht einem Anteil von etwa 30,7 Prozent von Beziehern stationärer Leistungen bezogen auf alle Leistungsbezieher in der privaten Pflegeversicherung. Dieses Verhältnis lag damit leicht unterhalb der gesamten Entwicklung, die überwiegend durch die Situation in der sozialen Pflegeversicherung gekennzeichnet ist. Dort betrug der Anteil von Beziehern stationärer Leistungen etwa 31,76 Prozent.

3.4 Finanzergebnis

Ganz anders als die soziale Pflegeversicherung hat die private Pflegeversicherung kein Finanzierungsproblem. Während die soziale Pflegeversicherung negative Jahresabschlüsse zu bewältigen hat, verzeichnet die private Pflegeversicherung neben einem deutlichen Einnahmeüberschuss aus dem Beitragsvorlauf zu Beginn der Pfle-

⁴⁸⁵ Ende 2002 waren noch 8,8271 Millionen Personen privat pflegeversichert (*Verband der privaten Krankenversicherung e.V.* (2004), S. 20).

⁴⁸⁶ Vgl. in diesem Kapitel unter 2.1 *Versicherte* (Seite 107).

⁴⁸⁷ *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung* (2004a).

⁴⁸⁸ Insgesamt spiegelt sich in der Versichertenanteile der sozialen Pflegeversicherung damit die Geschlechterverteilung der Gesamtbevölkerung wieder. Als Mitglieder sind in der sozialen Pflegeversicherung zwar leicht mehr Männer als Frauen versichert (36,03 zu 35,9 Prozent) aber die Zahl der Versicherten insgesamt setzt sich mehrheitlich aus Frauen (53,16 Prozent - Männer: 46,93 Prozent) zusammen (*ebd.*).

⁴⁸⁹ *Verband der privaten Krankenversicherung e.V.* (2004), S. 21.

⁴⁹⁰ Dabei sind die stationären Leistungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht berücksichtigt. Sie werden als „zahlenmäßig von untergeordneter Bedeutung“ bewertet (*Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 39).

geversicherung auch in den Folgejahren und aktuell Einnahmeüberschüsse.⁴⁹¹ Diese fließen vorwiegend in die Rückstellung zum Aufbau des Kapitalstocks, der für eine privatversicherungsrechtliche Absicherung existentiell notwendig ist. Seit Beginn der Pflegeversicherung wurden in den Jahren 1995 bis 2002 insgesamt rund 12,3 Milliarden Euro an Rückstellungen für diesen Mittelbestand angesammelt.⁴⁹² 2002 wurden insgesamt 58 Prozent der Aufwendungen in der privaten Pflegeversicherung zum Aufbau des Kapitalstocks bzw. zur Abfederung späterer Beitragsanhebungen in die Rücklagen eingestellt.⁴⁹³ Auch für das Jahr 2003 gaben die privaten Krankenversicherungsunternehmen wiederum eine erhebliche Mehreinnahme bekannt, die in die Rückstellung gegeben wurde.⁴⁹⁴

Im Jahr 2003 standen insgesamt 1.847,9 Millionen Euro Beitragseinnahmen⁴⁹⁵ (soziale Pflegeversicherung 16,86 Milliarden Euro Einnahmen insgesamt) Gesamtausgaben der privaten Pflegeversicherung in Höhe von „nur“ 517,9 Millionen Euro⁴⁹⁶ gegenüber. Rechnerisch bedeutet das einen Jahresüberschuss von 1.330 Millionen Euro. Bemerkenswert und gänzlich anders im Vergleich zur sozialen Pflegeversicherung, wurde somit nur ein kleiner Teil der Einnahmen verwendet: Im Jahr 2003 waren dies lediglich etwa 28 Prozent der Einnahmen der privaten Pflegeversicherung, und im Jahr 2002 betrug dieser Anteil sogar nur 16 Prozent.⁴⁹⁷

Insgesamt machen die Beitragseinnahmesummen in der privaten Pflegeversicherung im Gesamtgeschäft der privaten Krankenversicherungsunternehmen nur einen geringen - und auch abnehmenden - Anteil aus. Lediglich 7,47 Prozent betrug 2003 der Anteil der Beitragseinnahmen in der Sparte der „Pflegepflichtversicherung“ von den insgesamt eingenommenen 24.740,7 Millionen Euro. Damit liegt das Pflegepflichtversicherungsgeschäft dem Umfang nach im „Zusatzversicherungsbereich“, und als ein solches kleines Geschäft wird die Pflegepflichtversicherung von den Versicherern auch geführt und gebucht.⁴⁹⁸

Auch in der privaten Pflegeversicherung kam es im Jahr 2003 gegenüber dem Vor-

⁴⁹¹ In den Jahren 1997 bis 2002 lagen diese jährlichen Überschüsse im Mittel bei etwa 0,11 Milliarden Euro (*Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 38 und *Bundestags-Drucksache 14/5590*, S. 31, DM-Beträge in Euro umgerechnet).

⁴⁹² *Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 38 f. .

⁴⁹³ *Ebd.*, S. 39.

⁴⁹⁴ *Verband der privaten Krankenversicherung e.V.* (2004), S. 31, 34 sowie 39.

⁴⁹⁵ *Ebd.*, S. 30.

⁴⁹⁶ *Ebd.*, S. 39.

⁴⁹⁷ *Bundestags-Drucksache 14/5590*, S. 39.

jahr zu einer geringeren Beitragseinnahme (2002: 1.985,2 Millionen Euro). Ganz anders jedoch als in der sozialen Pflegeversicherung war der Grund für den Rückgang der Einnahmen eine Beitragssenkung, die für viele Versicherte zum Jahresbeginn 2003 durchgeführt wurde.⁴⁹⁹ Die kontinuierlichen Überschüsse der vergangenen Jahre wurden also an die privat Pflegeversicherten über einen geringeren Beitrag zurückgegeben.⁵⁰⁰ Dies bedeutet für das rechnerische Jahresergebnis zunächst eine Mindereinnahme, deren Umfang aber durch eine geringere Rückstellungssumme aus dem wiederum insgesamt erzielten Jahresüberschuss kompensiert wurde.

3.5 Verteilung der Ausgaben nach Leistungsarten

Die Verteilung der Ausgaben nach Leistungsarten stellt sich in der für die soziale Pflegeversicherung aufgezeigten Weise dar: Auch in der privaten Pflegeversicherung hat die vollstationäre Pflege innerhalb der Leistungsausgaben den größten Umfang. Im Jahr 2002 machte dieser Anteil knapp die Hälfte der Ausgaben aus, gefolgt vom Pflegegeld mit einem Anteil von etwa einem Viertel und der Pflegesachleistung mit etwa einem Fünftel.⁵⁰¹ In der privaten Pflegeversicherung stiegen die Leistungsausgaben ebenfalls, jedoch gegenüber der sozialen Pflegeversicherung in höherem Umfang.⁵⁰² Das Jahresergebnis 2003 weist - bei in etwa unveränderten Anteilen der genannten Leistungsarten - Leistungsausgaben in Höhe von insgesamt 517,9 Millionen Euro aus. Im Jahr 2003 betrug die Zunahme gegenüber dem Vorjahr 4,23 Prozent.⁵⁰³ In der sozialen Pflegeversicherung lag dieser Wert bei etwa 1,032 Prozent bezogen auf die reinen Leistungsausgaben bzw. bei 1,152 Prozent bezogen auf die Gesamtausgaben.⁵⁰⁴

Eine weitere Besonderheit stellen die Verwaltungskosten in der privaten Pflegeversicherung dar. Im Vergleich zur sozialen Pflegeversicherung zeigt sich ein wesentlich höherer Mitteleinsatz. Im Dritten Bericht zur Entwicklung der Pflegeversicherung wird hierzu der bemerkenswert hohe Anteil dieser Ausgaben mit 9 Prozent im Jahr 2002 beziffert. Zu diesen Kosten zählen unter anderem die Aufwendungen für die ärztliche Feststellung der Pflegestufen. Diese machten im Jahresergebnis 2003 an den Leis-

⁴⁹⁸ *Ebd.*, S. 25.

⁴⁹⁹ *Ebd.*, S. 30.

⁵⁰⁰ Eine solche Beitragsrückerstattung - wie teilweise bei den privaten Krankenversicherungsverträgen üblich - war ursprünglich in der privaten Pflegeversicherung nicht vorgesehen (*Meier*, (1997a), S. 67).

⁵⁰¹ *Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 39.

⁵⁰² *Ebd.*

⁵⁰³ *Verband der privaten Krankenversicherung e.V.* (2004), S. 87.

⁵⁰⁴ Gegenüber 2003 stiegen die Ausgaben insgesamt im Jahr 2004 sogar um nur noch etwa 0,8 Prozent.

tungsausgaben einen Anteil von 3,115 Prozent aus.⁵⁰⁵ Weiter kommen bei den privaten Krankenversicherungsunternehmen erhebliche „Akquisekosten“ hinzu: Die Abschlusskosten für die Antragsabteilung sowie ein Teil der Kosten für die Geschäftsstellen und die festen Gehälter des angestellten Außendienstes sowie als unmittelbare Abschlusskosten die Provisionen, die bei Abschluss eines Versicherungsvertrages für die Vermittlung gezahlt werden, stiegen im Jahr 2003 um 2,8 Prozent.⁵⁰⁶ Auch aus dieser, grundsätzlich in der Natur privatversicherungsrechtlich ausgestalteter Versicherung liegenden, Andersartigkeit ergeben sich somit Hinweise auf die abweichende Ausgabengestaltung in der privaten Pflegeversicherung.

3.6 Pflegeeinstufungsergebnisse in der privaten Pflegeversicherung

Wie bereits bei den Ausführungen zur Ablehnungsquote in der sozialen Pflegeversicherung angesprochen, bestehen zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung erhebliche Unterschiede bei der Einstufung. Dies gilt sowohl für die ambulanten wie auch für die stationären Leistungen.

3.6.1 Pflegeeinstufungen und -ablehnungen im Vergleich

Obwohl in der privaten Pflegeversicherung weniger Personen als „nicht erheblich pflegebedürftig“ eingestuft und höhere Einstufungen bewilligt werden als in der sozialen Pflegeversicherung, wird noch im Zweiten Bericht zur Entwicklung der Pflegeversicherung positiv angemerkt, dass die Unterschiede zur sozialen Pflegeversicherung bei der Verteilung auf die Pflegestufen - bezogen auf die Einstufungsergebnisse in der privaten Pflegeversicherung des Jahres 1999 - gegenüber den Vorjahren abgenommen haben und gegenüber den Ergebnissen des Jahres 1996 im ambulanten Bereich (bis auf die Stufe I) sowie im stationären Bereich (bis auf die Stufen I und II) eine „Tendenz zur Angleichung“ ausweisen.⁵⁰⁷

Im Dritten Bericht findet sich diese Aussage nicht mehr. Konstatiert wird hinsichtlich der Gemeinsamkeiten bei der Pflegeeinstufung in den beiden Versicherungssystemen für die aktuelle Entwicklung einzig, dass sich auch in der privaten Pflegeversicherung der Anteil der unteren Pflegestufen an der Gesamtzahl der Pflegebedürfti-

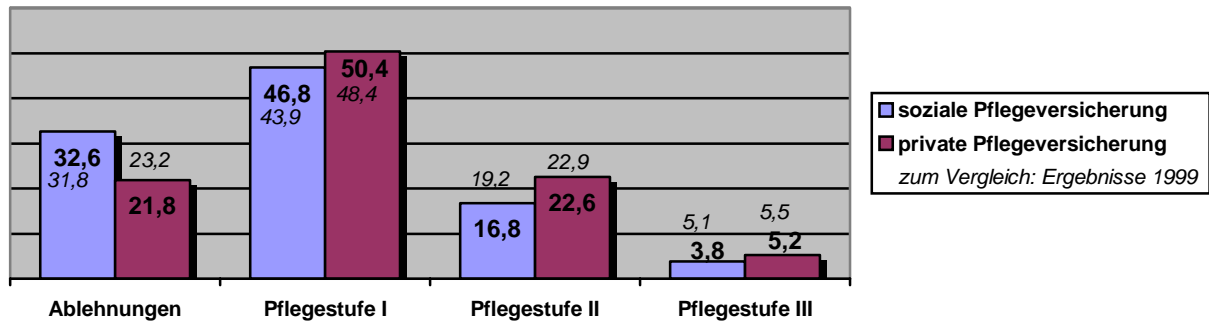
⁵⁰⁵ In der privaten Pflegeversicherung werden die Kosten für die ärztliche Feststellung der Pflegestufe als Bestandteil der einzelnen Leistungsarten - ambulant (2,323 Prozent) und stationär (0,792 Prozent) - in der Leistungsausgabenstatistik erfasst (*Verband der privaten Krankenversicherung e.V.* (2004), S. 88 f.).

⁵⁰⁶ Insgesamt weist das Jahresergebnis der privaten Krankenversicherungsunternehmen im Jahr 2003 einen Verwaltungskostenanteil in Höhe von fast 2,3 Milliarden Euro aus (Vorjahreswert etwa 2,23 Milliarden Euro). Der Anteil an den gesamten Beitragseinnahmen lag damit bei etwas mehr als 3 Prozent (*Verband der privaten Krankenversicherung e.V.* (2004), S. 43).

⁵⁰⁷ *Bundestags-Drucksache 14/5590*, S. 29, 36.

gen weiter erhöht hat.⁵⁰⁸ Aktuell besteht eine bemerkenswerte Diskrepanz der Einstufungsverteilung die im Vergleich deutlich wird.

Diagramm 15: **Ambulante Pflegeleistungen** - Einstufungen soziale und private Pflegeversicherung im Vergleich (in Prozent) 2003 und 1999⁵⁰⁹



Wie in dem Vergleich der Einstufungsquoten bei den ambulanten Leistungen gut sichtbar, weist die private Pflegeversicherung in allen Pflegestufen und auch bei der Ablehnungsquote im Jahr 1999 ebenso wie im Jahr 2003 „bessere“ Ergebnisse auf. Sehr deutlich zeigt sich der bereits angesprochene Unterschied bei den im Verhältnis sehr viel weniger ausgesprochenen Ablehnungen. Gegenüber den Ergebnissen des Jahres 1999 zeigt sich sogar eine gegenläufige Tendenz. Während sich der Anteil der Ablehnungsquote in der sozialen Pflegeversicherung um gut ein Prozent erhöht hat, ist er in der privaten Pflegeversicherung um deutlich mehr als ein Prozent gesunken. Bei den Leistungsstufen fällt die Quote über alle Stufen ebenfalls höher aus. Im Vergleich der Jahre 1999 zu 2003 fällt auf, dass die Einstufungsanteile in der sozialen Pflegeversicherung deutlich stärker sanken als in der privaten Pflegeversicherung. Im Ergebnis erhalten also in der privaten Pflegeversicherung verhältnismäßig mehr Antragsteller die Leistungsberechtigung und damit einen Zugang zu den ambulanten Leistungen, die zudem auch höher ausfallen.

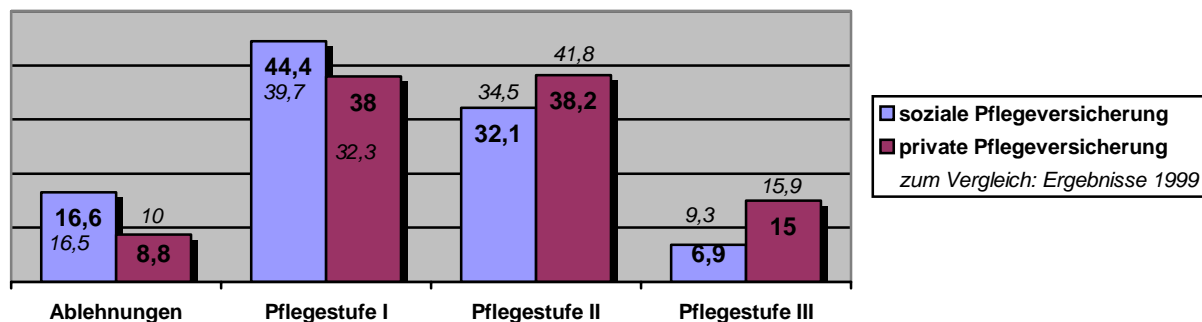
Auch bei den Einstufungsergebnissen für die stationären Leistungen zeigt sich mit einer nur etwa halb so hohen Ablehnungsquote im Jahr 2003 zunächst ein deutlich höherer Leistungszugang für die privat Pflegeversicherten (siehe folgendes *Diagramm 16*): Hier fällt im Vergleich zum Jahr 1999 ebenfalls ein Rückgang der Ablehnungsquote in der privaten Pflegeversicherung um über ein Prozent auf, während dieser Wert in der sozialen Pflegeversicherung fast unverändert blieb. Bei der Auftei-

⁵⁰⁸ Bundestags-Drucksache 15/4125, S. 36.

⁵⁰⁹ Eigene Darstellung nach Zahlenangaben in Bundestags-Drucksache 15/4125, S. 43 und Bundestags-Drucksache 14/5590, S. 36.

lung der Leistungsberechtigten auf die Pflegestufen zeigt sich für die private Pflegeversicherung im Jahr 2003 nicht ein über alle Stufen höherer Anteil, aber dennoch eine gut sichtbare höhere Quote in den Pflegestufen II und III.

Diagramm 16: **Stationäre Pflege** - Einstufungen soziale und private Pflegeversicherung im Vergleich (in Prozent) 2003 und 1999⁵¹⁰



Die Ergebnisse fallen in der Stufe III sogar um mehr als das Doppelte höher aus. Hier kommt insbesondere die für die soziale Pflegeversicherung beschriebene Zunahme der Einstufungen in die Pflegestufe I zum Ausdruck. Gegenüber dem Jahr 1999 hat sich der Anteil der Pflegestufe I in der privaten Pflegeversicherung um ein Prozent stärker erhöht, in der Stufe III ist er mit 0,9 Prozent kaum gesunken, wohingegen dieser Anteil in der sozialen Pflegeversicherung deutlich stärker um 2,4 Prozent abgenommen hat. Lediglich in der Stufe II fiel der Rückgang des Anteils für die private Pflegeversicherung höher als in der sozialen Pflegeversicherung aus - allerdings nur um knapp mehr als ein Prozent. Der Unterschied zwischen den beiden Versicherungsarten bleibt jedoch - auch für die Pflegestufe II mit knapp über sechs Prozent im Jahr 2003 - noch deutlich sichtbar bestehen. Insgesamt erhalten auch im stationären Bereich mehr Versicherte der privaten Pflegeversicherung höhere Leistungen.

3.6.2 Gründe für die „besseren“ Einstufungsergebnisse

Diese Unterschiede bei den Leistungszugängen und bei der Leistungsverteilung zwischen den Versicherten in der sozialen und in der privaten Pflegeversicherung bieten natürlich einen Anknüpfungspunkt für die Erörterung der Frage, warum es zu diesem Ungleichgewicht in der Leistungsverteilung kommt und ob wohlmöglich eine - nicht sachgemäße - Bevorzugung der Grund dafür ist.

Dazu liest sich in dem Zweiten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung

⁵¹⁰ Ebd.

nach § 10 Abs. 4 SGB XI - der erste Bericht, den die Rot-Grüne Regierung zu verantworten hatte - zunächst die eindeutige Feststellung, dass in den Begutachtungen zu den Leistungsanträgen in der privaten Pflege-Pflichtversicherung im Verhältnis zur sozialen Pflegeversicherung unverändert in höherem Umfang auf das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und damit grundsätzlich auch auf Leistungszugang erkannt wird. Zudem werden auch höhere Einstufungen als in der sozialen Pflegeversicherung vorgenommen. Allerdings wird ergänzend auch konstatiert, dass aus diesen festgestellten Unterschieden nicht gefolgert werden könne, den privat Versicherten würden die Pflegeleistungen entgegen den gesetzlichen Vorgaben großzügiger bewilligt werden.⁵¹¹

In dem jüngsten, Dritten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung werden die fortgesetzte Entwicklung und auch die dazu formulierte Einschätzung dieser Situation fortgeführt, wonach trotz des Unterschieds der deutlich geringeren Ablehnungsquoten und der häufiger empfohlenen Pflegestufen II und III der privaten Pflegeversicherung - sowohl im ambulanten aber vor allem auch im stationären Bereich - keine überhöhte Inanspruchnahme festgestellt werden kann. Die in den letzten Jahren deutlich stärker als in der sozialen Pflegeversicherung gestiegenen Leistungsausgaben entsprächen dem stärkeren Zuwachs bei der Zahl der privat versicherten Pflegebedürftigen. Vermerkt wird jedoch - wie bereits in dem vorangegangenen Bericht⁵¹² - wiederum ein hoher Verwaltungskostenanteil.⁵¹³

Zur Begründung der geringeren Ablehnungsquoten und der höheren Einstufungen in der privaten Pflegeversicherung wird in dem Bericht auf die „strukturellen Besonderheiten“ des versicherten Personenkreises und damit darauf hingewiesen, dass in der privaten Pflege-Pflichtversicherung die Mehrheit der Antragsteller über achtzig Jahre alt sind - was insbesondere auf die Erklärung der wesentlich höheren Feststellungs- wie Einstufungsergebnisse in der stationären Versorgung abzielt.⁵¹⁴ Hinzu kommt ein, für die höheren Einstufungsergebnisse ambulant wie stationär etwa gleich wirksamer, stärkerer Anstieg der Pflegebedürftigenzahl wegen der durchschnittlich jünge-

⁵¹¹ *Bundestags-Drucksache 14/5590*, S. 36 f. .

⁵¹² *Ebd.*, S. 31.

⁵¹³ Wobei hier insbesondere die Abschlusskosten sowie die Kosten für den Begutachtungsdienst MEDICPROOF als „auffällig hoch“ benannt werden (*Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 39), vgl. oben unter 3.5 *Verteilung der Ausgaben nach Leistungsarten* (Seite 144) sowie Fn. 505 (Seite 145).

⁵¹⁴ *Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 43. Im Jahr 2002 waren etwa 53 Prozent der Antragsteller in der privaten Pflegeversicherung über achtzig Jahre alt. Im Gegensatz dazu waren unter den erstbegutachteten Antragstellern im Bereich der sozialen Pflegeversicherung im Jahr 2002 etwa 44 Prozent über achtzig Jahre alt. Dies sind 12 Prozent weniger Hochbetagte als in der privaten Pflegeversicherung.

ren Privatversicherten, die in den letzten Jahren verstärkt in die Altersgruppen mit einem höheren Pflegerisiko hineinwachsen.⁵¹⁵

3.7 Gründe für die bessere Situation

Insgesamt ergibt sich für die private Pflegeversicherung ein zunächst paradox erscheinendes Ergebnis, das der Klärung bedarf. Gegenüber der sozialen Pflegeversicherung besteht für die Antragsteller ein durchgehend höherer Leistungszugang für die privat versicherten Pflegebedürftigen durch die geringere Ablehnungsquoten und die höheren Einstufungen. Gleichzeitig fällt das Finanzergebnis der privaten Pflegeversicherung dennoch günstiger aus.

Für die Auflösung dieses Widerspruchs ist zunächst bei den Einstufungsergebnissen, die für die Betrachtung der Unterschiede zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung vergleichsweise nebeneinander gestellt wurden, deren unterschiedliche Basis zu beachten.

3.7.1 „Günstigere“ Versichertenstruktur

Der erste Hinweis auf die „Andersartigkeit“ in der privaten Pflegeversicherung ist die günstigere Versichertenstruktur. Zunächst einmal beziehen sich die dargestellten Pflegestufenanteile auf insgesamt weniger Versicherte in der privaten Pflegeversicherung. Dieser Unterschied liefert jedoch noch nicht die Erklärung, denn damit ist noch nichts über die „Gewichtung“ der Leistungsbezüge ausgesagt. So wäre an dieser Stelle der Hinweis, die „bessere“ Situation könne auch darin begründet liegen, dass die Zahl der privat pflegeversicherten Personen im Verhältnis zur sozialen Pflegeversicherung vergleichsweise gering ist, letztlich als tautologisch zu werten. Denn bei einem gleichen Verhältnis spielen die absoluten Zahlen keine Rolle. Es gäbe zwar bei einer zahlenmäßig geringeren Versichertengemeinschaft weniger „Leistungsfälle“, aber eben auch geringere Einnahmen, die „budgetsteuernd“ auf die Pflegeeinstufung einwirken könnten. Bei gleichen Relationen bzw. Bedingungen ergäben sich somit in jedem Fall auch identische Einstufungsanteile. Dies ist hier jedoch genau nicht der Fall.

Daher ist dieser Unterschied noch eingehender zu betrachten, um eine vollständige Erklärung, bezogen auf die Zahl der Leistungsbezieher, zu ermöglichen. Denn nur dann, wenn im Verhältnis zu den insgesamt privat Pflegeversicherten nur wenige von

⁵¹⁵ *Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 36. Die Zahl der Pflegebedürftigen stieg in den Jahren von 1999 bis 2002 in der privaten Pflegeversicherung prozentual fast dreimal so stark wie in der sozialen Pflegeversicherung.

diesen auch Leistungsbezieher sind, können in der privaten Pflegeversicherung trotz höherer Einstufung und anteilig weniger Ablehnungen insgesamt per Saldo Überschüsse erzielt werden.

Vorrangig ist also die Leistungsbezieherquote interessant. Um vollständig Auskunft über die Gewichtung zu erhalten, ist das Verhältnis der damit verbundenen Leistungsausgaben zu ermitteln - zunächst bezogen auf die Versichertengemeinschaft. Daraus ergibt sich eine Antwort auf den erforderlichen Mitteleinsatz aller Versicherten in Bezug auf den Anteil der Leistungsbezieher.

3.7.2 Geringere Leistungsquote

Von den am Jahresende 2003 privat pflegeversicherten 8.999.300 Personen bezogen 117.000⁵¹⁶ Leistungen. Bezogen auf die Versichertengruppe erhielten damit etwa 1,3 Prozent der privaten Pflegeversicherten - ambulante wie stationäre - Leistungen der Pflegeversicherung. Diese Leistungsquote gibt auch den Wert der Wahrscheinlichkeit für einen Leistungsbezug - also die rein rechnerische Leistungsbezugswahrscheinlichkeit - wieder. Im Vergleich lag dieser Wert in der sozialen Pflegeversicherung, ausgehend von 70.422.000 Versicherten, von denen 1.893.181 Leistungen bezogen, bei etwa 2,69 Prozent. Damit liegt die Leistungsbezugswahrscheinlichkeit bezogen auf die Versichertengruppe in der sozialen Pflegeversicherung mehr als doppelt so hoch als die der privaten Pflegeversicherung. Dieses Ergebnis bedeutet zudem, dass die auf die Gesamtbevölkerung bezogene „Pflegequote“ - als statistischer Wert⁵¹⁷ - wesentlich vom Ergebnis der sozialen Pflegeversicherung gespiegelt bzw. gebildet wird. Oder anders gesprochen: Die privat Pflegeversicherten sind zwar in „ihrer Versichertengemeinschaft“ um fünfzig Prozent weniger von einer „Pflegebedürftigkeitsleistungswahrscheinlichkeit“ betroffen. Das wirkt sich aber wiederum nur auf die, für die Durchführung der privaten Pflegeversicherung verantwortlichen, privaten Krankenversicherungsunternehmen aus bzw. schlägt sich dort in den Tarifikalkulationen nieder.⁵¹⁸

Noch deutlicher zeigt sich dieses ungleiche „Risiko“ für den Leistungsbezug, das die „Pflegequote“ der jeweiligen Versichertengruppe als rechnerischen Wahrscheinlichkeitswert für den Leistungsbezug bezeichnet, wenn jeweils die Versichertenzahl zu

⁵¹⁶ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005b), S. 1 f. sowie eigene Berechnungen.

⁵¹⁷ Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes lag die „Pflegequote“ Ende des Jahres 2003 bei 2,5 Prozent (Statistisches Bundesamt (2005a), S. 10).

⁵¹⁸ Siehe Hinweis (oben unter 3.4 Finanzergebnis (Seite 142)) auf die im Jahr 2003 erfolgte Beitragsentlastung in der privaten Pflegeversicherung.

den Leistungsausgaben in Beziehung gesetzt wird: Bezogen auf die reinen Ausgaben für die Leistungen⁵¹⁹ ergaben sich im Jahr 2003 in der sozialen Pflegeversicherung 16,64 Milliarden Euro,⁵²⁰ die - bezogen auf 70.422.000 Versicherte - rechnerisch 236,29 Euro für jeden einzelnen Versicherten entsprechen. Für die private Pflegeversicherung lag dieser Betrag im Jahr 2003 bei 55,76 Euro - ausgehend von 8.999.300 privat Pflegeversicherten und Leistungsausgaben in Höhe von 501,77 Millionen Euro.⁵²¹

Diese Werte geben zugleich auch rechnerisch den erforderlichen Beitrag eines einzelnen Angehörigen der Versichertengemeinschaft an, um die Ausgaben - hier nur bezogen auf die reinen Leistungsausgaben - zu decken. Anhand dieser Betrachtung ergibt sich bereits der deutliche Unterschied zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung. Der rechnerisch leistungsausgabendeckende „Pro-Kopf-Beitrag“ liegt in der sozialen Pflegeversicherung vier mal höher als in der privaten Pflegeversicherung.

3.7.3 Höhere Beitragseinnahmen

Das günstige Verhältnis von Einnahmen und Ausgaben in der privaten Pflegeversicherung ergibt sich also schon bei der Ausgabensituation. Es besteht dort gegenüber der sozialen Pflegeversicherung ein um mehr als die Hälfte geringerer Ausgabenbedarf, weil es in der „Versichertengemeinschaft“ der privaten Pflegeversicherung schlicht „weniger“ Leistungsbezieher gibt. Die bereits beschriebene Situation, wonach in der privaten Pflegeversicherung nur ein sehr geringer Teil der Beitragseinnahme für die Ausgaben verwendet wird und kontinuierlich eine hohe Rücklagenbildung möglich ist, sowie die im Jahr 2003 zudem durchgeführte Beitragssenkung, weist aber auch noch auf einen zweiten Effekt hin: Neben einer günstigen Ausgabensituation, die nur einer verhältnismäßig geringen Beitragsbelastung pro Versicherten entsprechen, können auch die Einnahmen so gestaltet sein, dass aus ihnen - quasi zusätzlich - ein positives Saldo resultiert. Dafür spricht schon die Beitragssenkung in der privaten Pflegeversicherung. Wie soeben gezeigt, reichen in der privaten Pflegeversicherung rechnerisch bereits 55,76 Euro pro Kopf aus, um die Leistungs-

⁵¹⁹ Also ohne Verwaltungskosten, Feststellungskosten durch ärztliche Tätigkeit (MEDICPROOF bzw. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung).

⁵²⁰ *Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 86.

⁵²¹ Die insgesamt genannten Leistungsausgaben in Höhe von 517,9 Millionen Euro im Jahr 2003 (siehe oben *Fn. 496 (Seite 143)*) sind um die Ausgaben für die ärztliche Feststellungskosten (16,132585 Millionen Euro) zu bereinigen, da diese nicht zu den reinen Leistungsausgaben zählen (vgl. oben *Fn. 505 (Seite 145)*).

ausgaben zu decken. Eine Verhältnisberechnung der insgesamt von den Versicherten gezahlten Beiträge für ihre private Pflegeversicherung beleuchtet diesen Zusammenhang.

Die Beitragseinnahmen für die private Pflegeversicherung beliefen sich im Jahr 2003 bei den privaten Krankenversicherungsunternehmen auf insgesamt 1.847,9 Millionen Euro (mit einbezogener Beitragssenkung ab dem Jahr 2003). Bei insgesamt 8.999.300 Versicherten entspricht dieser Betrag rechnerisch einem Jahresbeitrag pro Kopf von 205,34 Euro.

In der sozialen Pflegeversicherung betragen die reinen Beitragseinnahmen - ohne Zuführungen aus Rücklagen, Zinsen etc., also ausschließlich die „gezahlten Beiträge“ - 13,30 Milliarden Euro. Bezogen auf insgesamt (also auch beitragsfrei Familienversicherte) 70.422.000 Versicherte entspricht dies einem rechnerischen Pro-Kopf-Betrag von 188,86 Euro.

Diese Werte stellen in der jeweiligen Versichertengemeinschaft den notwendigen Ausgabenbetrag ‚auf den Kopf‘. Denn während rechnerisch im Jahr 2003 in der sozialen Pflegeversicherung 236,29 Euro ausgabendeckend erforderlich waren, aber nur 188,86 Euro als ‚Pro-Kopf-Einnahme‘ zur Verfügung standen, war es in der privaten Pflegeversicherung genau umgekehrt. Dort waren ausgabendeckend 55,76 Euro pro Kopf erforderlich, eingenommen wurden aber 205,34 Euro. Oder anders formuliert: Im Vergleich zu den nötigen Ausgaben waren die Einnahmen pro Kopf in der privaten Pflegeversicherung um etwa das Vierfache ‚überzahlt‘, während in der sozialen Pflegeversicherung beim ‚Pro-Kopf-Beitrag‘ eine Unterdeckung in Höhe von etwa einem Viertel des gezahlten Beitrags bestand.

3.8 Fortgeführte Systemtrennung

Die Betrachtung der Leistungsausgaben ergibt, bezogen auf die jeweilige „Versichertenbasis“, in der privaten Pflegeversicherung einen geringeren Ausgabenbedarf als in der sozialen Pflegeversicherung. Damit zeigt sich die „Andersartigkeit“ der privaten im Vergleich zur sozialen Pflegeversicherung im Wesentlichen in den unterschiedlichen „Pflegeleistungswahrscheinlichkeiten“ begründet. Durch die zugleich auch in höherem Umfang verfügbaren Einnahmen ist das System der privaten Pflegeversicherung gegenüber der sozialen Pflegeversicherung sogar in zweifacher Weise im Vorteil.

Die Unterschiede zeigen sich in der sozialen Pflegeversicherung als „chronische

Ausgabenunterdeckung“ und in der privaten Pflegeversicherung als fortgesetzt optimierter „Einnahmenüberschuss“ - wobei dieser Überschuss zwischenzeitlich so günstig ausfiel, dass nicht nur eine passable Fortschreibung und Auffüllung der Rücklagen, sondern zudem sogar Beitragserstattungen vorgenommen werden konnten. Dabei ist der „laufende Einnahmeüberschuss“ zunächst wesentliches Element der privaten Pflegeversicherung, da diese Überschüsse für die Rücklagenbildung erforderlich sind. Allerdings zeigt sich, dass der Unterschied gegenüber der sozialen Pflegeversicherung darüber hinaus weit größer ist, als dies systematisch angelegt ist bzw. sein sollte. Angesichts der im Verhältnis zur sozialen Pflegeversicherung geringeren Beitragserfordernisse pro Kopf sowie einer daraus resultierenden Überzahlungen in dem Umfang, dass sogar noch Beitragserstattungen möglich sind, besteht hier Handlungsbedarf.

Pointiert formuliert, lässt sich somit eine quasi „diametral“ entgegengesetzte Entwicklung konstatieren: Während in der Versichertengemeinschaft der privaten Pflegeversicherung die Einnahmen schon wegen des geringeren Leitungsaufwandserfordernisses nur in geringerem Umfang notwendig sind und darüber hinaus noch höher ausfallen, besteht in der sozialen Pflegeversicherung schon durch die hohen Leistungsbedarfe ein höheres Ausgabenerfordernis, das jedoch mit den verfügbaren Einnahmen nicht (mehr) ausgeglichen werden kann. Zusätzlich verringert sich diese Einnahmebasis.

Mit Blick auf die Einstufungen lässt sich auch noch ein anderes eindrucksvolles Kontrastbild zeichnen: Während sich in der sozialen Pflegeversicherung angesichts des bestehenden Mitteldefizits eine „ausgabengesteuerte Komprimierung des Bedarfs“ an eine „untere Bedarfsgrenze“ annähert, scheint in der privaten Pflegeversicherung mit ihren so auskömmlichen Mitteln eine entsprechende Expansion der Bedarfsfestlegung stattzufinden.

Neben der in *Kapitel 2* bereits charakterisierten Fortführung der „Abgetrenntheit“⁵²² einer *theoretisch* durch die Fassung des SGB XI formulierten Einbeziehung der privaten Pflegeversicherung in die gesetzliche Pflegeversicherung, die in der Anwendung der dort normierten Regelungen *praktisch* bereits eine „Systemtrennung“ bedeutet, tritt mit den hier entwickelten Ergebnissen eine faktische, dritte Ebene hinzu: Die konstatierte Abgetrenntheit wird hier in ihrer „Andersartigkeit“ deutlich an den

⁵²² Siehe in *Kapitel 2* unter 4.1.3 *Private Versicherung* (Seite 82).

Fakten manifest, mit der sich die private Pflegeversicherung als „weiterbestehendes Sondersystem“ zeigt. Die private Pflegeversicherung zeigt sich somit *theoretisch* nivellierend, *praktisch* bereits differenzierend und auf der *faktischen Ebene* trennend. Die Systemtrennung wird also durch die Pflegeversicherung nicht nur erhalten, sondern vielmehr etabliert und sogar verstärkt. Hieran zeigen sich insbesondere die Handlungserfordernisse, die durch die systematisch angelegte Theorievorgabe des SGB XI zugleich auch Handlungsmöglichkeiten sind. So eröffnet sich beispielsweise die Möglichkeit, wenn schon keine „faktische Einbeziehung“ stattfindet, so doch immerhin die „Einnahmenvorteile“ der privaten Pflegeversicherung zur Kompensation und damit zum Vorteil auch der sozialen Pflegeversicherung zu nutzen - etwa, indem ein Anteil des Einnahmeüberschusses in einen gemeinsamen Finanzausgleich fließt.

4 Bedarfsentwicklung

In diesem Abschnitt werden die Überlegungen und vorliegenden Ergebnisse einer *Bedarfsentwicklung* dargestellt sowie die Determinanten, die nach derzeitigen Erkenntnissen mit einer seit dem Jahr 1995 bestehenden Pflegeversicherung und deren Empirie, für eine vorausschauende Weiterentwicklung der Pflegeversicherung relevant sind bzw. werden.

Dabei wird zunächst auf die Möglichkeiten eingegangen, den Bedarf - bezogen auf den Leistungsbezug bzw. auf die Leistungsbezugsnotwendigkeit - vorausschauend abschätzen zu können. In einem weiteren Schritt werden dann Elemente angesprochen, die tatsächlich für die pflegerischen Bedarfe der auf Hilfe Angewiesenen und ihrer Helfer relevant sind - sowie die Möglichkeiten, diese zu bestimmen. Damit sind auch qualitative Elemente angesprochen.

Seitdem Leistungen der Pflegeversicherung gewährt werden, kann zumindest anhand der vorliegenden Ergebnisse mit Erfahrungswerten operiert werden. Wie sich jedoch zeigt, lassen sich auch bei der vorhandenen Datenfülle Aussagen über den quantitativen wie qualitativen Pflegebedarf für die Zukunft nur begrenzt treffen, verlässliche Berechnungen sind nicht möglich.

Um Leistungsausgaben in ihrer Entwicklung abschätzen zu können, braucht es Modellrechnungen. Leistungsausgaben haben in der Pflegeversicherung keine direkte Abhängigkeit vom Bedarf, da die Pflegeversicherung nur teilweise den jeweils bestehenden Bedarf deckt bzw. mit ihren „Teilkaskoleistungen“ ergänzt. Gleichwohl ist die

Zahl der Leistungsbezieher grundsätzlich für die Ausgaben von Bedeutung. Der Bedarf richtet sich quantitativ an der Frage aus: Wie viele Menschen sind in welchem Umfang wie lange zu versorgen? Die qualitative Frage dazu lautet: Wie müssen die Leistungen beschaffen sein?

Modellrechnungen für den quantitativen Umfang liegen vor. Eingeschränkt sind sie bereits insofern, als sie sich (qualitativ) am bestehenden Pflegeversicherungssystem ausrichten.

4.1 Vorliegende Modellrechnungen

Aus einer „vereinfachenden“ Fortschreibung der vorliegenden Zahlen zur Entwicklung der Pflegeversicherung lässt sich ein Datum benennen, zu dem die Rücklagenreserve der sozialen Pflegeversicherung durch die fortgesetzte Abschmelzung wegen des negativen Finanzergebnisses (Ausgaben übersteigen Einnahmen) voraussichtlich an die Grenze der „Mindestrücklage“, also dem gesetzlich vorgeschriebenen Rücklagensoll von eineinhalb Monatsausgaben, gelangen wird. Aus Sicht der Mittelsituation im Jahr 2003 wurde seinerzeit - ohne Änderung der Regelungslage und bei unveränderter Entwicklung der Einkommens- und Ausgabensituation - mit einem Erreichen dieser Grenze im Jahr 2007 gerechnet.⁵²³ Das Erreichen dieser Grenze markiert den Termin zu dem unabwendbarer Handlungsbedarf eintritt („fiskalisch-faktische Grenze“).

Ebenfalls nach dieser „Fortschreibungsmethode“ hat das Statistische Bundesamt 2003 - aus den genannten Gründen - eine, vorsichtig als „langfristige Berechnung mit Modellcharakter“ bezeichnete, „einfache Vorausberechnung“ erstellt - wobei diese realistischere auch „nur“ bis zum Jahr 2020 reicht.⁵²⁴ Danach steigt die Zahl der Leistungsbezieher⁵²⁵ auf insgesamt 2,15 Millionen im Jahr 2005. Im Jahr 2010 werden nach dieser Berechnung 2,36 und 2,83 Millionen Bezieher von Leistungen der Pflegeversicherung im Jahr 2020 vom Statistischen Bundesamt erwartet.

Innerhalb der nächsten fünfzehn Jahre (von 2005 bis 2020) würde dies rechnerisch einer Zunahme um 680.000 - oder rund ein Drittel mehr - Leistungsbezieher, ohne

⁵²³ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003b), S. 188. Durch die Beitragssatzerhöhung für Kinderlose und die damit vorgesehene Mehreinnahme von 700 Millionen Euro jährlich seit Jahresbeginn 2005 verschiebt sich das Erreichen dieser Grenze rechnerisch um ein Jahr auf 2008 (*Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 25).

⁵²⁴ Statistisches Bundesamt (2003), S. 41.

⁵²⁵ In der Vorausberechnung wird von Pflegebedürftigen gesprochen - gemeint sind damit die Leistungsbezieher der Pflegeversicherung (*Ebd.*).

Differenzierung nach Leistungsarten, entsprechen.⁵²⁶ Der damit verbundene Ausgabenbedarf würde so in den nächsten fünfzehn Jahren - sehr grob rechnerisch vereinfacht - um ebenfalls mindestens dreißig Prozent steigen, was - so ermittelt - für die soziale Pflegeversicherung einer Zunahme der Ausgaben um etwa 5,37 Milliarden Euro auf 23,27 Milliarden Euro entspräche.

Rothgang beziffert in seiner Modellrechnung für die Enquête-Kommission „Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“ für das Jahr 2020 die Zahl der Leistungsbezieher in der sozialen Pflegeversicherung zwischen 2,43 und 2,55 Millionen⁵²⁷ und ermittelt die damit entstehenden Ausgaben zwischen 21,82 und 22,989 Milliarden Euro. Bei einem angenommenen, stärker wachsenden Anteil professioneller Pflege steigen diese Beträge in der Modellrechnung auf 23,727 und maximal auf knapp unter 25 Milliarden Euro.⁵²⁸ Nach Modellrechnungen des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung würde die Anzahl der Leistungsempfänger in der sozialen Pflegeversicherung bis zum Jahr 2020 auf 2,94 Millionen steigen.⁵²⁹ Die Experten der sogenannten „Rürup-Kommission“ gehen in ihrem im August 2003 vorgelegten Bericht in dieser Konstellation von etwa 2,67 Millionen Leistungsbezieher im Jahr 2020 aus.⁵³⁰

In ihrem Schlussbericht fasste die Enquête-Kommission ihre Erkenntnisse dahingehend zusammen, dass für die zu erwartende Zahl der Leistungsempfänger die Annahmen über die fernere Lebenserwartung der 65-jährigen und vor allem die angenommenen altersspezifischen Pflegehäufigkeiten relevant sind - Fertilität und Wanderung hingegen beeinflussen die zu erwartende Leistungsempfängerzahl nur in begrenztem Umfang.⁵³¹ Überdies hätten die Modellrechnungen nur begrenzte Aussagekraft, insoweit ihnen Annahmen über Veränderungen gestaltbarer und deswegen schwer vorhersehbarer Einflussfaktoren zugrunde liegen. Solche Variablen sind beispielsweise die gesetzliche Definition des Pflegebegriffs, aber auch rechtliche Änderungen in angrenzenden Sicherungssystemen.⁵³²

⁵²⁶ *Ebd.*

⁵²⁷ Rothgang (2001), S. 201. Bei einem unverändertem Verhältnis von privat und sozial Pflegeversicherten entspräche der Zahlenwert - rechnerisch von der höchsten Variante ausgehend - mit 2,8378 Millionen für die gesamte Pflegeversicherung ziemlich genau dem Wert, den das Statistische Bundesamt dafür ermittelt hat.

⁵²⁸ *Ebd.*, S. 223-227 (die dortigen DM-Angaben wurden hier zur Vergleichbarkeit in Euro umgerechnet).

⁵²⁹ *Bundestags-Drucksache 14/8800*, S. 236.

⁵³⁰ *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung* (2003b), S. 189.

⁵³¹ *Bundestags-Drucksache 14/8800*, S. 235.

⁵³² *Ebd.*, S. 237.

4.2 „Pflegefallwahrscheinlichkeit“ bezogen auf das Lebensalter

Damit rückt für die Benennung der zu erwartenden Leistungsempfängerzahl zunächst die Frage nach der Bestimmbarkeit der sogenannten „Pflegefallwahrscheinlichkeiten“ in den Vordergrund. Zusammen mit der dazu vorliegenden Empirie der altersmäßigen Verteilung der Leistungsbezieher wäre zusätzlich die Entwicklung der Bevölkerung relevant. Gäbe es beispielsweise die Erkenntnis, dass ab einem bestimmten Lebensalter eine Hilfebedürftigkeit in bestimmbarem Umfang besteht, könnte - zumindest quantitativ - für eine Ausstattungserforderlichkeit der Pflegeversicherung eine entsprechende Prognose erstellt werden.

Zunächst ist allerdings zu konstatieren, dass die Datengrundlage, die aus den Ergebnissen der Pflegeversicherung erhoben werden kann, bei genauer Betrachtung *allenfalls Hinweise* auf den derzeitigen pflegerischen Bedarf in der Bevölkerung geben kann. Denn die Angaben beziehen sich ausschließlich auf den Leistungsbezug. Eine „Pflegequote“, ermittelt auf der Basis des Verhältnisses von Leistungsbezieher der Pflegeversicherung und dem Gesamtbevölkerungsanteil, beinhaltet faktisch „lediglich“ eine Zahlenangabe über diesen altersbezogenen Anteil.⁵³³

Treffender bzw. präziser beschreibend ist es also, statt dessen von einer „Leistungsquote“ zu sprechen. Denn die zahlenmäßig beschriebene Leistungsquote entspricht nicht dem Hilfe- bzw. Pflegebedarf bzw. kann diesen nur zum Teil abbilden, weil diese ausschließlich auf den Leistungsbegriff und die Einstufungsdefinition nach derzeit gültiger Regelungslage der Pflegeversicherung abstellt. „Gemessen“ werden kann also letztlich auf diesem Weg nur die Zahl der positiven Verwaltungsakte der Pflegeversicherung - damit ist jedoch nur ein Teil des Hilfebedarfs abgebildet.⁵³⁴ Viele Hilfebedarfe, die dem Umfang nach nicht dem zeitlich und/oder sachlich vom SGB XI vorgegebenen Umfang entsprechen, wie beispielsweise demenziell verursachte Hilfebedarfe, werden in dieser „Auszahlung“ nicht erfasst. Die Leistungsquote kann deswegen nicht mit einer „Pflegefallwahrscheinlichkeit“ gleichgesetzt werden.

Positiv formuliert können die Leistungsbezugsdaten dahingehend gedeutet werden, dass die so bezeichnete „Leistungsquote“ als Trend für den Bedarf herangezogen werden kann. Diese Erfahrungswerte sind allerdings nur ein, wenn auch gewichtiges, Indiz für die Bedarfsannahmen bzw. die Entwicklung der Leistungsbedarfe. Denn sie

⁵³³ Deswegen benennt auch das statistische Bundesamt in seiner Auswertung diesen Wert nur sehr vorsichtig als statistisch-rechnerische Zahl.

⁵³⁴ Simon, S. 22.

können letztlich nur wiedergeben, wie viele Menschen in welchem Lebensalter seit dem Jahr 1995 und aktuell Leistungen nach den derzeit geltenden Regelungen der Pflegeversicherung - d.h. insbesondere auch nach der derzeit geltenden Definition des SGB XI für das Vorliegen einer leistungsauslösenden „Pflegebedürftigkeit“ - beziehen. Nicht mehr, aber auch nicht weniger.

Dass die Leistungsquote und die darauf basierende Entwicklung insoweit nur in bescheidenem Umfang als Trend für die Bedarfssituation gelten bzw. herangezogen werden kann, ist verstärkend vor allem auch deswegen so, weil hier eine Besonderheit der Pflegeversicherung zum Tragen kommt: Wenn im Gesetz die Bedarfe an den zur Verfügung stehenden Mitteln orientiert sind, geben sie in letzter Konsequenz eben diesen - ja verknappten - Trend sich mindernder Einnahmen wieder, aber damit gleichzeitig auch den „einnahmebezogenen Bedarf“ vor. Eine wechselseitig sich bedingende Ausgangssituation also, die „sich selber messen würde“, wenn nur diese Ergebnisse als Ausgangswert zur Festlegung der erforderlichen Leistungsgestaltung der Pflegeversicherung herangezogen werden würden. Eine weitere Einschränkung bedeutet die Fokussierung auf die Leistungsbezieher der Pflegeversicherung, wenn - wie bereits gezeigt wurde⁵³⁵ - die Zahl der von der Pflegeversicherung umfassten Personen abnimmt.

Nun mag das für eine kalkulatorische Bewertung hinsichtlich des bestehenden Leistungsausgabenbedarfs der Pflegeversicherung hinreichen. Doch können auch für eine solche Entwicklungsprognose nur bedingt Aussagen getroffen werden. Denn zumindest derzeit noch scheint selbst die Basis dieser Daten - die Pflegeeinstufung -, wie bereits an anderer Stelle angesprochen, nicht sehr tragfähig zu sein, weil sie zur Ausgabensteuerung dient.⁵³⁶ Zahlenangaben zum pflegerischen Bedarf bezogen auf die Bevölkerung lassen sich aus den vorliegenden Daten der Pflegeversicherung über die Leistungsbezüge allein nicht gewinnen.

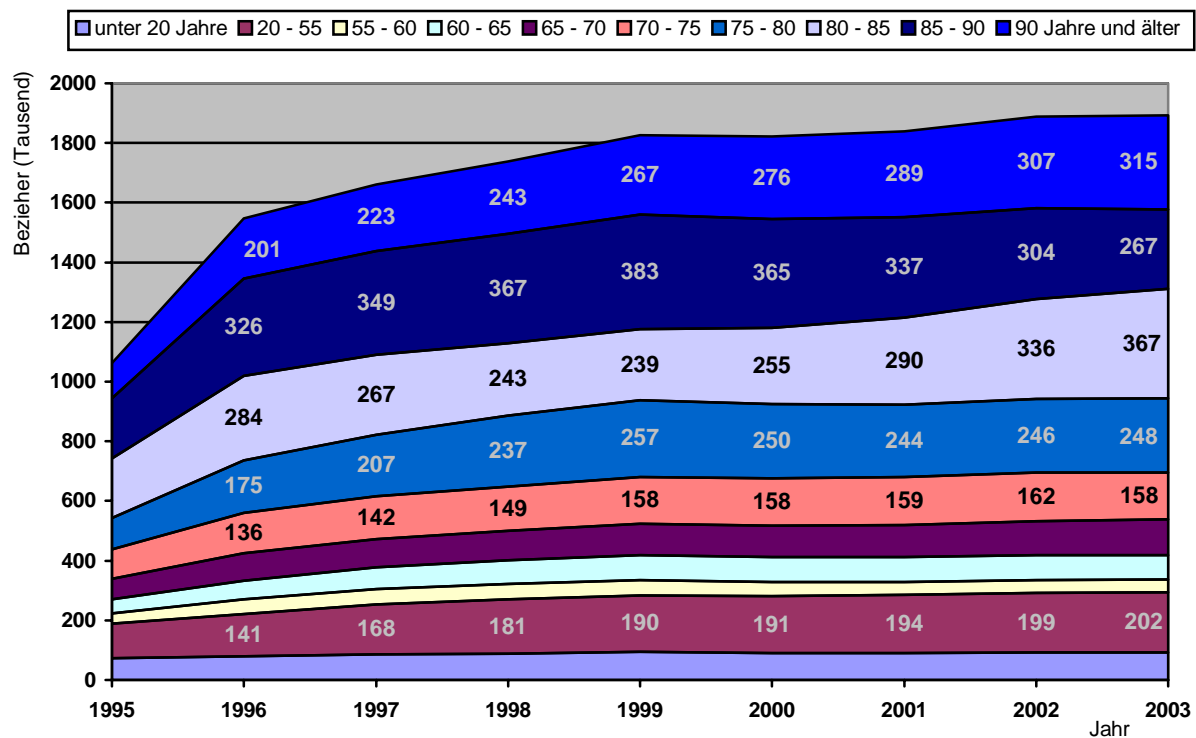
Das Statistische Bundesamt erhebt in regelmäßigen Abständen Daten im Rahmen der Pflegestatistik. Nach der Auswertung dieser Statistik ergab sich im Jahr 2003 - bezogen auf die Angehörigen der jeweiligen Altersgruppe ab 80 Lebensjahren - eine steigende Quote derer, die insgesamt (also private und soziale Pflegeversicherung) Pflegeleistungen bezogen. Sie steigt von einem Fünftel (20,6 Prozent) ab dem 85

⁵³⁵ Siehe in diesem Kapitel unter 2.1 *Versicherte* (Seite 107).

⁵³⁶ Fortgeschrieben würde in dieser Konstellation die „nicht sachgerechte Pflegeeinstufung“. Schon in dem Fall, dass die Einstufungspraxis geändert würde, ergäben sich bereits abweichende Werte.

Lebensjahr auf über ein Drittel (39,9 Prozent) und ab dem 90. Lebensjahr⁵³⁷ auf knapp zwei Drittel (60,4 Prozent).⁵³⁸ Ab dem 95. Lebensjahr sinkt der Anteil jedoch wieder (56,1 Prozent). Bezogen auf die Gesamtbevölkerung (2003 etwa 82,5 Millionen) entsprach der Anteil aller Leistungsbezieher 2,5 Prozent.⁵³⁹

Diagramm 17: Entwicklung der Zahl der **Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung nach Altersgruppen** 1995 bis 2003 (jeweils am Jahresende)⁵⁴⁰



Diese Anteile der Leistungsbezieher in den jeweiligen Altersgruppen ergeben zusammen mit dem altersgruppenbezogenen Anteil an allen Leistungsbezieher in der sozialen Pflegeversicherung einen Zusammenhang von Leistungsbezug und Lebensalter - wie der Blick auf die derzeitige Zusammensetzung der Leistungsbezieher in der sozialen Pflegeversicherung zeigt (siehe *Diagramm 17*).

Die Empirie zeigt allerdings nur diesen Zusammenhang zwischen Alter und Leistungsbezug. Diese Zahlen bilden also nur den derzeitigen Leistungsbezug in der Pflegeversicherung ab. Keineswegs beinhalten sie eine Wahrscheinlichkeitsaussage,

⁵³⁷ Um auf die enorme Zeit- und Lebensspanne hinzuweisen: Das sind die Menschen, die in der Zeit etwa um den Ersten Weltkrieg geboren sind.

⁵³⁸ Mit deutlichem Unterschied zwischen den Geschlechtern. Bei den 90- bis unter 95jährigen Frauen betrug diese Quote 65 Prozent, bei den Männern gleichen Alters hingegen „nur“ 44 Prozent (*Statistisches Bundesamt (2005a), S. 4*).

⁵³⁹ *Ebd.*, S. 10.

⁵⁴⁰ Eigene Darstellung nach Zahlenangaben in *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004d)*.

nach der eine Formel (im Sinne: „Je älter, desto höher die Pflegefallwahrscheinlichkeit“) für die zukünftige Entwicklung abgeleitet und davon ausgegangen werden kann, dass mit dem „Älterwerden“ automatisch ein Mehr an erforderlichen Hilfeleistungen (Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit) einhergeht. In dieser Annahmelogik wäre Pflegebedürftigkeit das unabwendbare Schicksal, das uns mit dem „Altsein“ erwartet.⁵⁴¹ Auch die vielfach noch anzutreffende, grob vereinfachende und stigmatisierende Sichtweise, wonach „Alter (zunehmende) Unselbständigkeit und Abbau bedeutet“, ist mit diesen Ergebnissen zu relativieren.⁵⁴² Neuere empirische Daten unterstützen diese Bewertung.⁵⁴³

Es zeigt sich vielmehr, dass Unselbständigkeit im Alter die Ausnahme ist und Kompetenz die Regel, was eine differenzierte Betrachtung des Zusammenhangs von Alter und Pflegebedürftigkeit erforderlich macht.⁵⁴⁴ So auch die Feststellung im Dritten Bericht zur Entwicklung der Pflegeversicherung. Dort wird hinsichtlich der Vorhersagbarkeit von Pflegebedarfen konstatiert, dass sich aus der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen in den letzten Jahren keine gesicherten Erkenntnisse über die längerfristige Entwicklung der altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit gewinnen lassen und somit auch eine längerfristige Finanzprognose nicht möglich ist.⁵⁴⁵

Zu dieser Unsicherheit bzw. Unmöglichkeit bezüglich der Annahmen künftiger Leistungsbedarfe kommt zusätzlich auch die Unbestimmbarkeit des zu erwartenden Anteils der jeweiligen Altersgruppen - als potenzieller Ausgangswert für eine angenom-

⁵⁴¹ Ähnlich verfehlt ist es, gleichsam selbstverständlich davon auszugehen, dass „automatisch“ mit dem Alter der Verlust der Zähne einhergeht. Allen „Greisen“ wäre in dieser Annahmelogik unvermeidbar die Zahnlosigkeit vorherbestimmt. Allerdings kann von der umgekehrten Annahme - „schlechte“ Zähne und Zahnverlust können durch angemessene Vorbeugung durchgängig verhindert werden - eben so wenig allgemein ausgegangen werden. Dies zeigt eine Auswertung des bis dato verfügbaren - veröffentlichten - Wissens über die Ursachen von Zahnverlust, durch das Institut für evidenzbasierte Medizin in Köln. Danach können „[...] Vor allem Menschen, die an chronischen Erkrankungen leiden, [...] ihr hohes Risiko, Zähne zu verlieren, durch eigenverantwortliche Vorbeugung nicht wesentlich herabsetzen. [...]“ (Sawicki, S. 19). „[...] Genetische Prädisposition, [...] chronische Krankheiten und sozioökonomische Einflüsse erhöhen [...] trotz strikter Prävention die Wahrscheinlichkeit für Karies, Parodontose und Zahnverlust. [...]“ (ebd., S. 18).

⁵⁴² Auch die für die seinerzeitigen Annahmen zur Entwicklung der Pflegeversicherung in Deutschland erstellte und herangezogene Socialdata-Studie bestätigt diese - letztlich aber auch nur statistische - Empirie: Bei den über 65jährigen in Privathaushalten lebenden Menschen ermittelte die Studie einen Anteil von insgesamt 11,1 Prozent Pflegebedürftigen (Socialdata, 1980, S. 43 „Anteil der Hilfebedürftigen an der jeweiligen Altersgruppe nach Pflegegruppen in Prozent“)

⁵⁴³ Das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung befragte 1998 im Rahmen eines Lebenserwartungssurveys Westdeutsche danach, ob sie sich bei der Erfüllung der alltäglichen Aufgaben, beispielsweise im Haushalt, eingeschränkt fühlen. Für 28 Prozent der 70 bis 79jährigen Befragten traf dies „gar nicht“ und für 51 Prozent „ein wenig“ zu. Über 80jährige fühlten sich zu 21 Prozent „gar nicht“ und zu 43 Prozent „ein wenig eingeschränkt“ (zitiert nach Roloff, S. 49 f.).

⁵⁴⁴ Meier (1997a), S. 24 f. (mit weiteren Nachweisen).

⁵⁴⁵ Bundestags-Drucksache 15/4125, S. 76.

mene Fortschreibung der anteiligen Leistungsquoten⁵⁴⁶ - hinzu. Die Entwicklung der Bevölkerung und ihrer altersmäßigen Zusammensetzung ist kaum abschätzbar. Da tatsächlich nicht in die Zukunft geschaut werden kann, bleibt zwangsläufig jede Vorausberechnung in der Aussage unsicher.

Eine Vorausberechnung kann nur mit den vorhandenen Daten operieren und ist deswegen eine „Fortschreibung“. Es können nur die verfügbaren Daten über den bestehenden, derzeitigen Bevölkerungsaufbau fortgeschrieben werden. Andere messbare Ausgangswerte stehen nicht zur Verfügung - analog zu den oben bereits angesprochenen altersgruppenbezogenen Anteilen der Leistungsbezieher in der sozialen Pflegeversicherung. In den Modellierungen können diese Fortschreibungen mit unterschiedlichen Variablen ausgestattet werden. Diese sind zum einen Gestaltungselemente, zum anderen unplanbare Entwicklungen. Als gestaltbare Elemente sind die Geburtenrate und das Zu- und Abwanderungssaldo zu benennen. Was die Zunahme - aber das theoretisch ebenfalls mögliche Sinken - der Lebenserwartung angeht, lassen sich zwar Abhängigkeiten von der Bildungs- und Einkommensherkunft bzw. -situation beschreiben, die insoweit auch gestaltbar sind, jedoch können Forschungsfortschritte bei der Krankheitsvermeidung bzw. -bekämpfung ebenso wenig wie epidemische Ereignisse, die zu erhöhter Morbidität oder Mortalität führen, vorhergesehen werden. Mit zunehmendem Abstand vom Basiszeitpunkt ist der Verlauf der maßgeblichen Einflussgrößen immer schwerer vorhersehbar.⁵⁴⁷ Die darauf basierenden Aussagen verlieren zunehmend an Genauigkeit und geraten so bis hin zur Beliebigkeit.

Dass mit vorliegenden Zahlenergebnissen keine altersbezogenen „Leistungsbezugswahrscheinlichkeiten“ ermittelt werden können, zeigt schon eine einfache Überlegung: Selbst wenn die Quoten als stetig angenommen würden, käme beispielsweise die bevölkerungsgrößte Altersgruppe der ab dem Jahr 1960 Geborenen - die im Jahr 2003 um die vierzig Jahre alt waren - etwa in weiteren vierzig Jahren, also rechnerisch ab dem Jahr 2043, in den Bereich des für das Jahr 2003 ermittelten „Schwellenwertes“ steigender Pflegequoten (ab der Altersgruppe ab 80 Lebensjahren) mit einem Anteil von einem Fünftel (20,6 Prozent). Es kann heute für vierzig Jahre im Voraus keine realistische Aussage über den dann bestehenden Bevölke-

⁵⁴⁶ Bei einem auch noch beispielsweise in vierzig Jahren in gleicher Weise, unverändert wie im Jahr 2003 gemessen, angenommenen Zusammenhang zwischen Alter und Leistungsbezugsquote(!).

⁵⁴⁷ Statistisches Bundesamt Deutschland (2003).

rungsanteil in den Altersgruppen getroffen werden. Bei einem - angenommenen - Leistungsbezug von fünf bis zehn Jahren wäre sogar für fünfzig Jahre im Voraus eine solche Aussage zu treffen.

Ausgehend von einer „Modellsituation“ mit den oben genannten Ausgangsgrößen ist relevant, wie lange die Leistungen bezogen werden. Hier spielen also Größen eine Rolle, die kaum bestimmbar sind: Hinsichtlich der absoluten Zahl der Leistungsbezieher müsste bekannt sein, *wie lange* die Leistungen - für eine prognostizierte Zahl von Beziehern - bezogen werden. Für diesen Wert spielt die Lebenserwartung eine Rolle. Vor allem ist hier die fernere Lebenserwartung im höheren Alter relevant.

Um nur auf einen weiteren Unsicherheitsaspekt dabei hinzuweisen: In dieser Annahmekonstellation ist weiter relevant, ob davon auszugehen ist, dass eine zunehmende Lebenserwartung mit einem gleichzeitig längerem Bezug von Pflegeleistungen einhergeht. Ob also von einem unveränderten Beginn der jetzt an den Leistungsbezieherzahlen ermittelten „Altersquote“ ausgegangen werden kann - was einen längeren Leistungsbezug bedeuten würde. Oder aber - was ebenso möglich erscheint -, ob sich der altersbezogene Anteil der Leistungsbezieher bei insgesamt längeren Lebensspannen quasi mit verschiebt und erhöhte Leistungsbezieherzahlen dann beispielsweise erst ab dem neunzigsten Lebensjahr signifikant wären. In diesem Fall bliebe die Dauer des individuellen Leistungsbezuges unverändert. Ebenso können aber auch „Kompressionseffekte“ nicht ausgeschlossen werden, wonach künftig über alle Leistungsbezieher - unabhängig von dem Lebensalter - der Leistungsbezug für eine kürzer werdende Dauer erforderlich ist.⁵⁴⁸

Die als „demographische Zeitbombe“ bezeichnete Generation⁵⁴⁹ kann mit diesen Unsicherheiten unmöglich für vierzig Jahre im Voraus hinsichtlich des dann bestehenden Bedarfes abgeschätzt werden. Dafür besteht mit den derzeitigen Erkenntnismöglichkeiten schon anfänglich quantitativ, wie bereits ausgeführt, keine Möglichkeit. Eine solche Vorausermittlung liegt derzeit außerhalb jeglicher seriöser Voraussagemöglichkeit. In den meisten Szenarien für eine Abschätzung des zukünftigen Bedarfs endet daher zumeist die Zeitlinie der Vorausschau - spätestens - 2050, meist jedoch

⁵⁴⁸ Also der Theorie der „Compression of Morbidity“ (*Fries*) folgend, die aussagt, dass wir länger „gesund“, d.h. ohne den Bedarf an Behandlungs- oder Hilfeleistungen leben - oder anders bzw. pointierter formuliert: Wir sterben „gesünder“. Trotz vieler Hinweise in der Literatur kann diese Annahme in Bezug auf die Pflegeversicherung (noch) nicht uneingeschränkt bestätigt werden. Siehe dazu die Hinweise und den Überblick bei *Rothgang* (mit weiteren Nachweisen (2001), S. 15-18).

⁵⁴⁹ Siehe dazu (mit weiteren Nachweisen): *Meier* (1997a), S. 23.

früher.

Die Ergebnisse einer in die Zukunft gerichteten Vorausschau sind also auch für die Annahmen über die Entwicklung der Bevölkerung für einen kürzeren Zeitraum bereits unsicher. Für einen weit in die Zukunft gerichteten Zeitraum, der für die Entwicklung der Pflegeversicherung gleichwohl anstrebenswert wäre, ist eine solche Vorausschau untauglich, da sie keine brauchbaren Erkenntnisse liefern kann.⁵⁵⁰

4.3 Entwicklung des Verhältnisses von ambulanten und stationären Leistungen

Für eine Bedarfsbestimmung in der Pflegeversicherung ergeben sich aber noch weitere wichtige Elemente. Quantitative und qualitative Aspekte spielen bei einer „Bedarfsvorausbestimmung“ zusammen. Selbst wenn eine hinreichend genau bestimm- bare Größe bekannt wäre, was die Anzahl der Hilfebedürftigen angeht (quantitativ), wäre - selbst bei einem so „technisch ausgestalteten“ Leistungsgesetz wie der Pflegeversicherung - in einem weiteren Schritt der Leistungsumfang zu bestimmen. Ausgehend von der absoluten Zahl hilfebedürftiger Menschen müsste deren jeweiliger Hilfebedarf dem Umfang (quantitativ-qualitativ) und der Art (qualitativ) nach bestimmt werden. Selbst wenn für den quantitativen Umfang planbare Zahlen ermittelt würden, wäre es für die Entwicklungs- und Ausstattungsnotwendigkeiten der Pflegeversicherung erforderlich, weitere Faktoren für den voraussichtlichen Leistungsbedarf zu bestimmen bzw. zu berücksichtigen. So weisen die derzeit verfügbaren Hinweise zu den Auswirkungen und den Umfang der demenziellen Erkrankungen auf eine erhebliche Bedeutung nicht nur für die Zahl der Leistungsbezieher hin, sondern ebenfalls für die Ausgestaltung der Pflegeversicherung, die diese Bedarfe derzeit noch nicht bzw. nicht adäquat berücksichtigt und auf die Lebenswirklichkeit antworten muss.⁵⁵¹

Hinzu kommen Einschätzungen zu der Frage, wie dem Bedarf personell entsprochen werden kann. Vor allem für die von der derzeitigen Ausgestaltung der Pflegeversicherung determinierte, prioritäre häusliche Versorgung ist offen, wie sich das Poten-

⁵⁵⁰ Als ehemaliger Mitarbeiter des Statistischen Bundesamtes charakterisiert *Bosbach* derlei weit in die Zukunft reichenden Aussagen zur Bevölkerungsentwicklung als „moderne Kaffeesatzleserei“. Er rückt in seinem Beitrag zurecht, dass die demographischen Zahlen vielmehr oft als „schicksalhaft vorgegeben“ benutzt werden, um politische Programme (und auch Nichthandeln) zu legitimieren. Wobei ein Großteil der Entwicklung von den tatsächlich vorgenommenen Entscheidungen abhängt, und es letztlich dabei immer um die Verteilung der verfügbaren Mittel geht.

⁵⁵¹ Demenzielle Erkrankungen sind eine Hauptursache für Pflegebedürftigkeit im Alter: An einer schweren oder mäßig schweren Demenz leiden laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes ein bis vier Prozent der 65 bis 69jährigen, fünfzehn Prozent der 80 bis 84jährigen und vierzig Prozent der über 90jährigen (zitiert nach *Roloff*, S. 57).

tial der sogenannten häuslichen oder ehrenamtlichen „Pflege- oder auch Fürsorgereserve“ entwickeln wird - also der zumeist von den Frauen (idealerweise, aber noch nicht umgesetzt, der Familien) geleisteten häusliche Pflege. Denn die gesetzliche Pflegeversicherung ist derzeit so ausgestaltet, dass diese häusliche Pflege in entscheidendem Umfang die Basis der Pflegeversicherung bildet. Diese entscheidet nicht nur über die Ausgaben bzw. den Finanzierungsbedarf, sondern auch über Art und Umfang der - von der Logik der Pflegeversicherung ausgehend - „umgebenden Infrastruktur“ von ambulanten sowie teil- und vollstationären Leistungsangeboten. Auch hierzu können aus der Bevölkerungsvorausschau nur Indizien, aber keine Voraussagen entwickelt werden.⁵⁵²

4.4 Weitere Unsicherheiten bei der „Bedarfsabschätzung“

Um diese Fülle von einerseits für eine sachgerechte Vorausschau notwendigen, andererseits aber nur sehr schwer bestimmbaren bzw. annäherbaren Variablen zu ergänzen, ist auf eine weitere ebenfalls entscheidende Bestimmungsgröße hinzuweisen. So ist es innerhalb des Leistungsbezuges - nach der Regelungslogik der Pflegeversicherung - wichtig zu wissen, wie lange jeweils Leistungen in einer Pflegestufe bezogen werden und ab wann beispielsweise ein zunehmender Hilfebedarf besteht. In der Logik der Pflegeversicherung gesprochen: Ab wann ist ein Wechsel in die nächste Pflegestufe erforderlich? Ebenso möglich ist aber auch ein abnehmender Hilfebedarf. Gänzlich unvorausehbar ist in diesem Kontext derzeit beispielsweise die Wirkung von gesundheitsfördernden, aber vor allem auch präventiv bzw. rehabilitativ wirkenden Maßnahmen⁵⁵³ - auch abhängig davon, ob und in welchem Umfang sie ergriffen bzw. entwickelt und angeboten werden. Denn es ist keineswegs so, dass von dem derzeit herrschenden Glaubenssatz für alle Zeiten ausgegangen werden muss, wonach mit der „Einstufung in die Pflegestufe I“ (wiederum technisch im Sinne der Pflegeversicherung gesprochen) eine „Pflegefallkarriere“ unumkehrbar vorherbestimmt ist, die über die „Stufen II und III“ bis an das Lebensende führen muss.

In dieser Annahmekonstellation sind also die „unbestimmbaren Größen“ zum einen,

⁵⁵² Wie sich schnell an folgender Überlegung zeigt: Denn die potentiell Pflegenden dieser Generation sind zum jetzigen Zeitpunkt noch gar nicht geboren. Ein angenommenes frühestes mögliches Alter für eine Pflegetätigkeit ab dem 20. Lebensjahr würde einem Geburtsdatum der zukünftig Pflegenden ab dem Jahr 2023 entsprechen. Bei einem durchschnittlichen Alter der Pflegenden von 30 Jahren läge deren Geburtsdatum etwa um das Jahr 2013.

⁵⁵³ Ein wichtiges Innovationsfeld, dem erhebliche Fortschritts- und Wirkungsmöglichkeiten - inklusive damit verbundener Kostendämpfung - attestiert werden (*Blanke* u.a. (2000), S. 77, 81 f.).

wie viele Menschen wie lange, und zum anderen, in welchem - möglicherweise sich ändernden - Umfang Leistungen der Pflegeversicherung bedürfen bzw. nach den jeweils geltenden Regelungen der Pflegeversicherung erhalten (werden).

Damit ergäbe sich ein „oberer Erwartungsbetrag“, der jedoch um die - mindestens quantitativ - zu bestimmenden Ausgabeneffekte hinsichtlich ihrer Verteilung bzw. der genaueren Gewichtung zwischen den Leistungsarten, inklusive der jeweiligen Einstufungen innerhalb dieser Leistungen, sowie der Gewichtung der Details - wie absoluter und relativer Zunahme der Leistungsbezieher im Bereich stationärer und ambulanter Leistungen - feiner zu justieren wäre.

Hinzu kommt noch, dass bei dieser Zahl keine Unterscheidung zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung gemacht werden würde, obwohl - wie gezeigt - erhebliche Unterschiede bestehen.⁵⁵⁴ Eine tatsächliche Inkorporierung der privaten Pflegeversicherung in ein „Gesamtsystem Pflegeversicherung“ beispielsweise würde hier zu neuen Ergebnissen führen.

Die Effekte von Steuerungsmaßnahmen, wie beispielsweise die beabsichtigten Neujustierungen der Leistungen⁵⁵⁵ sowie die als notwendig erkannte Ergänzung weiterer Leistungssegmente (Demenz), aber auch in dieser Zeit möglicherweise wirksam werdende gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen, die wiederum die Leistungsquoten senken können, blieben bei dieser Pauschalbetrachtung vollständig ausgeblendet. Auch diese - hier nur angedeutete - Dynamik oder besser Bandbreite der zu berücksichtigen und wirksamen Variablen, die bereits in einem Zeitraum von fünfzehn Jahren innerhalb des Systems der Pflegeversicherung wirksam werden können, weist zusätzlich auf die Unsicherheit bzw. Unvorhersagbarkeit hin, mit der zwangsläufig jeglicher Versuch einer längerfristigen Vorausschau verbunden ist. Immerhin steht bei einer solchen Vorausbetrachtung ein Zeitraum in Rede, in dem wohlmöglich auch drei bis vier Regierungswechsel möglich sind.

4.5 Unprognostizierbarkeit der Pflegeversicherung

Eine Vorausschau auf die Entwicklung der Pflegebedarfe scheint also realistischer-

⁵⁵⁴ Siehe in diesem Kapitel unter 3 *Private Pflegeversicherung* (Seite 141 ff.).

⁵⁵⁵ So war beispielsweise im Vorfeld zu den aus dem Ministerium zu erwartenden Reform- bzw. Änderungsvorschlägen an die Öffentlichkeit gelangt, dass bei den stationären Leistungen hinsichtlich der Leistungshöhe Abstriche geplant seien. Damit wären dann die ambulanten Pflegeleistungen im „relativen Verhältnis wieder stärker gewichtet“, was zu einem Rückgang der Inanspruchnahme stationärer Leistungen führen sollte.

weise nicht möglich.⁵⁵⁶ Und auch für die Aussagen über die Entwicklung der Leistungsquote der Pflegeversicherung bestehen insbesondere für einen längeren Zeitraum erhebliche Unsicherheiten der Variablen. Die Determinanten verlieren an Aussagekraft, je weiter in die Zukunft zu prognostizieren wäre. Schlicht und einfach schon anfänglich deswegen, weil diese Zahlen vielfach erst noch entstehen und somit (noch) nicht bekannt sind.

Es bleibt also nur, mit verschiedenen Annahmen zu operieren und die Bedarfsprognosen in verschiedenen Szenarien durchzuführen. Hier ergibt sich - trotz bestehender Erfahrungswerte aus den vergangenen zehn Jahren - eine erhebliche Varianzbreite und - fast - der gleiche Befund wie vor der Einführung der Pflegeversicherung. Die Aussagegenauigkeit verliert in dem Maß an Sicherheit, wie weiter in die Zukunft prognostiziert werden soll. Hier genau liegt das Problem. Denn für die Pflegeversicherung braucht es einen „weiten Blick“. Anders als in den weiteren Absicherungssystemen (Rente,⁵⁵⁷ Krankheit, Arbeitslosigkeit) sind für die Bedarfsplanung(en) längere Lebensphasen in voraussichtlich sehr weiter Zukunft in den Blick zu nehmen, was einem Dilemma gleichkommt. Denn für die Pflegeversicherung ist dies ebenso elementar wie vorausschauend nicht leistbar.

Trotz der Pflegeversicherung, die inzwischen seit 1995 im ambulanten und seit Mitte 1996 im stationären Bereich wirkt, bleibt mit den daraus vorliegenden bzw. ermittelbaren Erkenntnissen somit der Faktor „Unsicherheit“ noch der (ge-)sicher(t)ste.

4.6 Das Problem, aber gleichzeitig die systematische Notwendigkeit, den Bedarf in der Pflegeversicherung prognostizieren zu müssen

Für die Pflegeversicherung besteht ein Dilemma der Voraussagemöglichkeiten:

1. Pflegefallwahrscheinlichkeiten haben nur stochastischen Wert - nicht mehr, aber auch nicht weniger.
2. Die vorliegenden statistischen Daten sind nur bedingt geeignet, um für unvor-

⁵⁵⁶ So im Ergebnis auch *Rothgang*, wenn er auf die erhebliche Unsicherheit bezüglich der für seine Modellrechnungen genutzten Parameterwerte hinweist ((1997), S. 320) und darauf, dass diese keine Prognose mit Entwicklungswahrscheinlichkeiten darstellen ((2001), S. 2); ebenfalls: *Statistisches Bundesamt* (2003), S. 41.

⁵⁵⁷ Während beispielsweise in der gesetzlichen Rentenversicherung der Leistungsumfang anhand des ab einem bestimmten Rentenzugangsalters zu realisierenden Leistungsbezuges vorsichtig eingeschätzt werden kann, also „lediglich“ quantitativ vorauszuberechnen wäre, wie viele Menschen kraft Erreichen des Renteneintrittsalters für voraussichtlich wie lange (dieser Wert ist der unsichere) monatliche Leistungen beziehen, ist dieser „Zugangsalterwert“ in der Pflegeversicherung so nicht existent. Und nach derzeitiger Regelungslage wäre selbst bei einer quantitativ bestimmten Anzahl der Leistungsbezieher (ebenfalls Bezugsdauer als unsicherer Wert) weiterhin der Umfang zu bestimmen, in dem Hilfeleistun-

hersehbare Dynamiken taugliche Aussagen zu liefern.

3. Es besteht ein Zielkonflikt: Die Aussagekraft der Daten nimmt ab, je weiter die Spanne, um die in die Zukunft prognostiziert werden soll, gewählt wird - andererseits spielen entscheidende Faktoren erst in einer späteren Zukunft eine stärker Rolle.
4. Damit gerät jede „Bedarfsvorausermittlung“ unweigerlich in ein Dilemma: Wird als These noch determinierend vorausgesetzt, dass es die sehr alten Jahrgänge sind, die den Bedarf entscheidend prägen (werden), muss die Zeitspanne noch weiter in die Zukunft gefasst werden. Die Hilflosigkeit bei diesem Unterfangen ergibt sich allein schon daraus, dass eine derartige Demographie keinen Vergleich kennt.

4.7 Anforderungen an die Bestimmung des Pflegebedarfs

Für den quantitativen Bedarf kann derzeit davon ausgegangen werden, dass bei einer angenommenen Fortschreibung der Bevölkerungsentwicklung eine Zunahme des Bedarfs wahrscheinlich werden wird. Auf einer einfachen Erklärungsebene zunächst einmal deswegen, weil derzeit davon auszugehen ist, dass die Zahl der Älteren und der älter werdenden einen wachsenden Anteil an der Gesamtbevölkerung ausmacht. Über die Größenordnung besteht allerdings schon Unklarheit. Der Unsicherheitsfaktor wächst, je weiter „voraus geschaut werden soll“. Denn die Aussagegenauigkeit ist mit wachsender Unsicherheit für die Zukunft behaftet. Allenfalls für die kommende Dekade kann somit derzeit ein funktionales Handlungsprogramm für die Entwicklung und die notwendige Ausstattung der Pflegeversicherung gestaltet werden.

Im Folgenden sollen skizzenhaft einige Elemente benannt werden, auf deren Grundlage zielführend Leistungsbedarfe und die damit notwendigen Ausgabenentwicklungsplanungen innerhalb der Pflegeversicherung vorgenommen werden können. Aber auch qualitative Elemente sollen in den Blick genommen werden, um die sich bei der weiteren Gestaltung der Pflegeversicherung zu bemühen sein wird - dies immer auch mit dem Hinweis, dass die Leistungsquoten diesbezüglich lediglich bescheidene Auskunftsmöglichkeiten bieten.

So besteht für die weitere Entwicklung der Pflegeversicherung das Erfordernis, auf umfassendere Bedarfserhebung abzustellen. Im Blickpunkt muss dabei die Frage stehen: Was benötigen die Menschen, die auf die pflegerische Hilfe Anderer ange-

gen zu gewähren sind - wobei insbesondere der zweite Aspekt intensiver gestalterischer Tätigkeit zugänglich ist und auch unterliegt.

wiesen sind? Das schließt selbstverständlich auch die Helfenden ein. Hierbei können individueller angelegten Bedarfsuntersuchungen, beispielsweise anhand des Einsatzes und der Umsetzung von biographischen Interviews, zukunftsweisende Ergebnisse liefern, die nutzbringend für die Entwicklung der Pflegeversicherung eingesetzt werden können.

Weiter können Gestaltungsentscheidungen bedarfsadäquat optimiert werden, indem die Erfahrungen von sogenannten „Betroffenen“, also der auf die Hilfen Angewiesenen wie auch ihrer Helfenden und ihrer Selbsthilfeinitiativen bzw. Verbände, stärker eingebunden werden - beispielsweise auch durch deren intensivere Berücksichtigung bei Befragungen. Ebenfalls die Leistungsbedarfsgestaltung optimierend bzw. deren Mitgestaltung befördernd würde eine institutionalisierte Einbeziehung in die Gestaltungsentscheidung dergestalt wirken, dass eine stärker zugunsten der Betroffenen ausgestaltete Selbstverwaltung etabliert würde.⁵⁵⁸

Annäherung an die mit der zu erwartenden Entwicklung der Leistungsbezieherzahlen verbundenen finanziellen Anforderungen, die auch handlungsleitend-zielführend sind, ergeben sich einstweilen aus dem Ansatz, die derzeit und im Verlauf der Pflegeversicherung messbaren Werte sorgfältig zu gewichten, um sie so fortzuschreiben - allerdings nicht für vierzig Jahre, das ist unrealistisch und nicht zielführend. Eine Annahme bzw. Fortschreibung wie in den vorgestellten Modellrechnungen um fünfzehn Jahre erscheint schon weitgehend unsicher.

Damit gerät der Blick auf zweierlei, was realistischere Einschätzungen möglich macht: Zum einen die sorgfältige Beobachtung und Auswertung der „Ist-Situation“ und zum zweiten - darauf aufbauend - eine laufende modellhafte Fortschreibung dieser Situation, die zumindest einen Planungs- und Gestaltungsrahmen von fünf Jahren relativ solidisiert ermöglichen kann. Zusammen mit der für die Pflegeversicherung festgelegten und derzeit wirkend-regelnden „einfachsten Form“ der Bedarfsermittlung, die Leistungsbedarfe mit Budgets „einfach“ vorzugeben, wird es so möglich, im Verlauf des Wirkens der gesetzlichen Regelungen diese ggf. „nachzujustieren“.

Um diese Fern- und Nahregelung zu realisieren, braucht es ein differenzierteres Berichtswesen über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Die derzeitige Berichterstattung ist eine wichtige Grundlage für die sachgerechte Bearbeitung, aber sie muss dazu noch verfeinert werden. In einem ersten Schritt hieße das, die Frequenz der

laufenden Berichtstätigkeit zu erhöhen. Ähnlich wie im Vorfeld der seinerzeit noch zu modellierenden Pflegeversicherung sind weiterhin entsprechende, (weiter-)entwicklungsbegleitende Bedarfserhebungen erforderlich, um zugleich realistische Einschätzungen darüber treffen zu können, was geleistet werden kann. Vor allem könnte so ein Instrumentarium entstehen, um pflegerische Bedarfe adäquat „ausmessen“ bzw. bestimmen zu können. Dies entspricht der laufenden Gestaltungsaufgabe für die verantwortliche Politik, inklusive der Exekutive. Mit einer solchen umfassenden „Bedarfsschau“ könnte über die Leistungsbezieher der gesetzlichen Pflegeversicherung hinaus auch die bereits angesprochene, zunehmende Zahl derer, die nicht (mehr) von der gesetzlichen Pflegeversicherung erreicht werden (können) in den Blick genommen werden. Insbesondere sind dies potenziell die auf die Leistungen der Sozialhilfe Verwiesenen.

5 Steigender Ausgabenbedarf in der Sozialhilfe - (wieder) wachsende Abhängigkeit von der Sozialhilfe

Eines der Hauptkriterien für die Entscheidung für die Pflegeversicherung war - wie im Verlauf auch noch weiter zu zeigen sein wird - der wachsenden Finanzierungslast der Sozialhilfe beizukommen. Vor allem die steigenden Ausgaben der Hilfe zur Pflege schufen seinerzeit für die Gestaltungsverantwortlichen den Handlungsdruck, eine Regelung für die Übernahme der pflegebedingten Kosten außerhalb der Sozialhilfe zu finden. Eindrücklich zeigt sich anhand der nachgezeichneten Entwicklungsverläufe, dass der Ausgabenbedarf für die Sozialhilfe insgesamt vor allem durch die Zunahme der Hilfe zur Pflege, insbesondere durch die stationären Pflegekosten, in stetig wachsendem Umfang zunahm. Hauptansatzpunkt für eine neue Regelung war somit eine für die Sozialhilfe wirkende Kostenreduzierung.

So überrascht es auch nicht, dass in dem seinerzeitigen Regierungsentwurf zur Einführung einer Pflegeversicherung als elementare Ziele formuliert wurden, die Überforderung der Sozialhilfe ebenso wie die persönliche Abhängigkeit von der Sozialhilfe zu beenden.⁵⁵⁹

Rothgang, der u.a. in regionalen Untersuchungen diesen Wirkungszusammenhang intensiv beforscht hat, notierte 1997 in der Einleitung seiner ökonomischen Analyse der Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung dazu ebenso schlicht wie treffend:

⁵⁵⁸ Zu der Forderung nach einem „eigenen Ort für die Pflege“, siehe *Meier* (1997b).

⁵⁵⁹ *Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 1 f., 61 f. .

„ ... während die öffentlich getragenen Pflegekosten vor Einführung der Pflegeversicherung primär steuerfinanziert von den Sozialhilfeträgern getragen wurden, werden sie nun vor allem von der durch Beiträge finanzierten Pflegeversicherung übernommen [...]“.⁵⁶⁰

Um das Wirken der Pflegeversicherung auf die Sozialhilfe beschreiben und einschätzen zu können, ist hier zunächst eine Übersicht über das Regularium und die Funktionsweise vorangestellt.⁵⁶¹

5.1 Grundverständnis und Grundsätze der Sozialhilfe

Das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) trat am 1. Juni 1962⁵⁶² in Kraft.⁵⁶³ Mit Wirkung zum 1.1.2005 wurde das Recht der Sozialhilfe als Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII)⁵⁶⁴ gefasst und in das Sozialgesetzbuch eingeordnet.⁵⁶⁵

Das Recht der Sozialhilfe konkretisiert das Sozialstaatsprinzip des Grundgesetzes sowie die damit verbunden Grundrechte: Unantastbarkeit der Menschenwürde,⁵⁶⁶ freie Entfaltung der Persönlichkeit,⁵⁶⁷ Recht auf Leben, körperliche Unversehrtheit und Freiheit.⁵⁶⁸ Der Staat - zu sozialer Aktivität verpflichtet⁵⁶⁹ - muss mindestens diese Basissicherung normieren: Menschen, die in eine soziale Notlage geraten (sind), ist Hilfe anzubieten. Diese Hilfe muss sie in die Lage versetzen, ihre Notlage mit

⁵⁶⁰ Rothgang (1997), S. 9 f. .

⁵⁶¹ Gliederungspunkte 5.1 bis 5.3 (bis Seite 184).

⁵⁶² Der Gesetzestext des Bundessozialhilfegesetzes in der Fassung bis zum 31.12.2004 findet sich beispielsweise in *Bundessozialhilfegesetz*.

⁵⁶³ Es löste - recht spät, angesichts des bereits seit dem Jahr 1949 existierenden Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland - die bis dahin geltende Reichsfürsorgepflichtverordnung aus dem Jahr 1924 ab. Dabei wurde nicht nur der Begriff „Fürsorge“ durch „Sozialhilfe“ ersetzt. Als die entscheidende Neuerung muss der mit dem Bundessozialhilfegesetz normierte Rechtsanspruch auf Leistungen gesehen werden. Der - überholte - Fürsorgegedanke beinhaltete ein Verständnis von „barmherziger Hilfe zur Armenversorgung“. In der Deutschen Demokratischen Republik bestand für den geringen Anteil ungeschützter Bürger eine Absicherung nach der Verordnung über die Allgemeine Sozialfürsorge aus dem Jahr 1956. Diese wurde am 1.7.1990 durch das Sozialhilfegesetz der Deutschen Demokratischen Republik abgelöst. Seit dem 1.1.1991 ist das Bundessozialhilfegesetz (via Einigungsvertrag) in den „neuen“ Bundesländern anzuwenden (ausführlich und instruktiv dazu: Schoch, S. 12-21).

⁵⁶⁴ *Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII)*.

⁵⁶⁵ Mit dem *Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch* vom 27.12.2003 wurde die Sozialhilfe mit Artikel 1 als Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) neu gefasst (*ebd.*, S. 3023-3054). Insgesamt 69 weitere Artikel regeln die sich dadurch ergebenden Änderungen in weiteren Gesetzen (*ebd.*, S. 3054-3071). Das Bundessozialhilfegesetz wird durch Artikel 68 Abs. 1 Nr. 1 (*ebd.*, S. 3070) - bis auf wenige Vorschriften (*ebd.*, Abs. 2) - aufgehoben.

⁵⁶⁶ Artikel 1 Abs. 1 Satz 1 Grundgesetz.

⁵⁶⁷ Artikel 2 Abs. 1 Grundgesetz.

⁵⁶⁸ Artikel 2 Abs. 2 Grundgesetz.

⁵⁶⁹ Zur Entscheidung, das Sozialstaatsprinzip des Artikel 20 Abs. 1 und 28 Abs. 1 Grundgesetz als in seinem Wesensgehalt nicht antastbar (Artikel 79 Abs. 3 Grundgesetz) in die Verfassung aufzunehmen, sowie zum Inhalt des Sozialstaatsprinzips und den sich daraus ergebenden Anforderungen und Grenzen siehe die Ausführungen und weiteren Hinweise in Meier (1997c), S. 802 f., 806.

Würde⁵⁷⁰ zu überleben. Dies schließt grundsätzlich auch die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ein.⁵⁷¹

Über das zum Leben Unerlässliche hinaus, ist auch der gesellschaftlich-kulturelle Bedarf der Hilfeempfänger (als gemeinschaftsgebundene Wesen) zu berücksichtigen. Damit garantiert die Sozialhilfe ein „soziokulturelles Existenzminimum“.⁵⁷² In der Begründung zur Einführung des als SGB XII neu gefassten Sozialhilferechts wird dieses soziokulturelle Existenzminimum explizit aufgenommen und bereits an vordecker Stelle konstitutiv für das Gesetz argumentiert, dass es durch das neue Regelungssystem dauerhaft gesichert ist.⁵⁷³

Aus diesem vorausgesetzten Grundverständnis folgen die Grundsätze der Sozialhilfe, wie sie schon bei Inkraftsetzung des Bundessozialhilfegesetz zugrunde gelegt wurden und für das mit dem SGB XII aktualisiert gefasste Sozialhilferecht auch weiterhin gelten.

Die Aufgabe der Sozialhilfe besteht darin, in einer gegenwärtigen Notlage Hilfe zur Deckung eines konkreten, individuellen Bedarfs zu leisten („Bedarfsdeckungsprinzip“),⁵⁷⁴ um dem Empfänger die Führung eines Lebens zu ermöglichen, dass - wie bereits beschrieben - dem Umfang nach mindestens der Würde des Menschen entspricht.⁵⁷⁵ Auch sollen die Hilfeempfänger soweit wie möglich dazu befähigt werden, unabhängig von der Hilfe zu leben („Hilfe zur Selbsthilfe“)⁵⁷⁶ bzw. die Bedürftigkeit zu

⁵⁷⁰ § 1 Satz 1 SGB XII (bis 31.12.2004 § 1 Abs. 2 Satz 1 *Bundessozialhilfegesetz*).

⁵⁷¹ § 9 *Erstes Buch Sozialgesetzbuch* (SGB I).

⁵⁷² Siehe dazu die Ausführungen von *Rothkegel* mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung des - inzwischen in Leipzig ansässigen - Bundesverwaltungsgerichts noch zum „alten“ Regelungssystem des Bundessozialhilfegesetzes (*ebd.*, S. 21).

⁵⁷³ „[...] Es entsteht damit auf der Grundlage des geltenden Rechts ein in sich schlüssiges und einfaches Verfahren zur Bemessung der Regelsätze, das geeignet ist, das soziokulturelle Existenzminimum dauerhaft zu sichern. [...]“ (*Bundestags-Drucksache 15/1514*, S. 1, 50, 52). Ganz ausdrücklich heißt es dazu auch an weiterer Stelle in der Begründung: „[...] Bei der Sozialhilfe handelt es sich um das unterste soziale Leistungssystem zur Sicherstellung des soziokulturellen Existenzminimums. [...]“ (*ebd.*, S. 55).

⁵⁷⁴ Aus dem Bedarfsdeckungsprinzip ergibt sich grundsätzlich: 1.) Die Gründe für die Notlage sind bei der Hilfgewährung nicht von Bedeutung - Ausnahme bei fehlender Mitwirkung (siehe sogleich *Fn. 578*); 2.) Sozialhilfe ist nur für die Gegenwart und grundsätzlich nicht für die Vergangenheit zu gewähren - Ausnahme bei Leistungsverzögerung des zuständigen Trägers; 3.) Sozialhilfe darf grundsätzlich nicht dazu dienen, Schulden Hilfesuchender zu begleichen - Ausnahmen: §§ 25 und 34 Abs. 1 SGB XII (bis 31.12.2004 §§ 15a und 121 *Bundessozialhilfegesetz*) sowie in den Fällen, in denen - wegen Verzögerungen (anfängliche Nichtleistung oder verspätete Gewährung) durch den zuständigen Träger - die Verschuldung unausweichlich war, um die Lebensführung zu gewährleisten (Angaben nach: *Roscher* (1998a), S. 96).

⁵⁷⁵ § 1 Satz 1 SGB XII (bis 31.12.2004 § 1 Abs. 2 Satz 1 *Bundessozialhilfegesetz*).

⁵⁷⁶ § 1 Satz 2 erster Halbsatz SGB XII (bis dahin § 1 Abs. 2 Satz 2 erster Halbsatz *Bundessozialhilfegesetz*).

überwinden.⁵⁷⁷ Die Hilfeempfänger müssen dabei nach ihren Kräften mitwirken und zusammen mit den Leistungsträgern auf diese Ziele hinwirken.⁵⁷⁸

Wichtig sind nun die Bedingungen, unter denen die Aufgaben bestehen: Die Sozialhilfe greift nur ein, wenn und soweit keine anderen Hilfemöglichkeiten bestehen. Sozialhilfe erhält danach nicht, wer sich selbst vor allem durch Einsatz seiner Arbeitskraft, seines Einkommens und seines Vermögens helfen kann, oder wer die erforderliche Hilfe von anderen, besonders von Angehörigen oder Trägern anderer Sozialleistungen, erhält.⁵⁷⁹ Dieses Prinzip von der Nachrangigkeit der Sozialhilfe („Nachrangigkeitsprinzip“)⁵⁸⁰ ist elementarer Kern der Leistungsgewährung und wird auch durch die weiteren Vorschriften des Sozialhilferechts konkretisiert. Daraus folgen besondere, weitgehend deutlich enger gefasste Leistungsvoraussetzungen, zu denen insbesondere die Regelungen über die vorrangig einzusetzenden Einkommens- und Vermögensmittel der Anspruchsberechtigten zählen.

Die Sozialhilfe richtet sich nach der Besonderheit des Einzelfalls („Individualitätsprinzip“).⁵⁸¹ Wünschen⁵⁸² der Hilfeempfänger, die sich auf die Gestaltung der Hilfeleistung beziehen, soll entsprochen werden, soweit diese angemessen sind.⁵⁸³ Innerhalb des Sozialhilferechts bestehende Leistungsmöglichkeiten sind mit den Interessen Hilfesuchender soweit wie möglich abzustimmen. Eine Grenze dieser „Soll-Vorschrift“ findet sich letztlich im Kostenvergleich. So legt die Vorschrift ausdrücklich fest, dass Wünschen nicht zu entsprechen ist, die mit unverhältnismäßigen Mehrkosten ver-

⁵⁷⁷ Laut Gesetzesbegründung werden mit dem SGB XII „[...] die Instrumente zur Förderung eines aktiven Lebens und zur Überwindung der Bedürftigkeit ausgebaut. [...]“ (*Bundestags-Drucksache 15/1514*, S. 1).

⁵⁷⁸ In Erweiterung der „lediglich“ als Mitwirkung verpflichtenden Regelung des Bundessozialhilfegesetzes (§ 1 Abs. 2 Satz 2 zweiter Halbsatz) wird im neuen Sozialhilferecht eine aktivere Rolle von den Leistungsberechtigten - aber auch von den Trägern der Sozialhilfe - verlangt (§ 1 Satz 2 zweiter Halbsatz und Satz 3 SGB XII): „[...] Entsprechend dem Grundsatz des „Förderns und Forderns“ sollen die Leistungsberechtigten dabei eine größere Verantwortung übernehmen bzw. andernfalls auch Nachteile in Kauf nehmen müssen. [...]“ (*Bundestags-Drucksache 15/1514*, S. 1). Dazu sieht das Gesetz Angebote zur Förderung und Unterstützung Leistungsberechtigter vor, aber auch Sanktionsregelungen (in denen auch die bereits in den §§ 25 und 25a *Bundessozialhilfegesetz* geltenden Regelungen übernommen wurden). Zu den Details siehe *Bundestags-Drucksache 15/1514*, S. 52, 55 f., 58, 62. Allgemein sind die Mitwirkungspflichten des Sozialgesetzbuchs in den §§ 60 bis 64 SGB I („verfahrensmäßige Mitwirkungspflichten“) geregelt.

⁵⁷⁹ § 2 SGB XII (Bis 31.12.2004 - fast wortgleich - § 2 *Bundessozialhilfegesetz*).

⁵⁸⁰ Gelegentlich wird dafür auch der Begriff „Subsidiaritätsprinzip“ benutzt.

⁵⁸¹ Bei den Leistungen sind die persönliche Situation (Art des Bedarfs, Leistungsfähigkeit) und die örtlichen Verhältnisse zu berücksichtigen (§ 9 Abs. 1 SGB XII (bis 31.12.2004 § 3 Abs. 1 Satz 1 *Bundessozialhilfegesetz*)).

⁵⁸² Damit wird die Verpflichtung der helfenden Institution zum Ausdruck gebracht, bei der Gestaltung der Hilfe auch und besonders die „Sicht des Hilfeempfängers“ zu berücksichtigen. So die seinerzeitige Gesetzesbegründung (*Roscher* (1998a), S. 100, mit Hinweis auf *Bundestags-Drucksache 7/308*).

⁵⁸³ § 9 Abs. 2 Satz 1 SGB XII (bis 31.12.2004 § 3 Abs. 2 Satz 1 *Bundessozialhilfegesetz*).

bunden sind.⁵⁸⁴ Insbesondere gilt dies für den Wunsch danach, den Bedarf - beispielsweise bei der Hilfe zur Pflege - stationär oder teilstationär zu erbringen. Dies ist im besonderen Einzelfall nur möglich, wenn auf andere Weise der Bedarf nicht oder nicht ausreichend gedeckt werden kann.⁵⁸⁵ Die ambulante Versorgung hat damit stets Vorrang, auch gegenüber den im Einzelfall eventuell anderslautenden Wünschen der Hilfebeziehenden.

Abweichend von den anderen Leistungen des Sozialgesetzbuchs ist für das Einsetzen der Sozialhilfe keine ausdrückliche Antragstellung erforderlich bzw. vorausgesetzt.⁵⁸⁶ Soweit einem Sozialhilfeträger ein Hilfebedarf bekannt wird, hat er diesen nach dem „Kenntnisprinzip“ zu ermitteln, die Leistungsvoraussetzungen zu prüfen und mit der Hilfe einzusetzen. Der „Schlüssel“ für den Beginn, die Art und den Umfang des Tätigwerdens der Sozialhilfeträger liegt in der Vorschrift über das Einsetzen der Sozialhilfe.⁵⁸⁷ Danach setzt die Sozialhilfe ein, sobald dem Sozialhilfeträger eine Bedarfslage bekannt wird.⁵⁸⁸ Dies gilt auch, wenn dieser Träger nicht zuständig ist: Bei „Unzuständigkeit“ ist die Bedarfslage unverzüglich dem zuständigen Träger der Sozialhilfe⁵⁸⁹ bekannt zu machen und die vorhandenen Unterlagen sind zu übersenden.⁵⁹⁰

Das Kenntnisprinzip verpflichtet den zuständigen Träger der Sozialhilfe ebenfalls, den gesamten (weiteren) Hilfebedarf zu berücksichtigen („Gesamtfallgrundsatz“). Der Hilfefall muss umfassend geprüft werden.⁵⁹¹ Das ist ein weitergehender, direkter Zu-

⁵⁸⁴ § 9 Abs. 2 Satz 3 SGB XII (bis 31.12.2004 ähnlich, jedoch weniger konkret „[...] braucht Wünschen nicht zu entsprechen, [...]“, in § 3 Abs. 2 Satz 3 *Bundessozialhilfegesetz*).

⁵⁸⁵ § 9 Abs. 2 Satz 2 SGB XII (bis 31.12.2004 § 3 Abs. 2 Satz 2 *Bundessozialhilfegesetz*).

⁵⁸⁶ Während für einen Antrag - ohne weitere formale Voraussetzungen - im Sozialrecht (§ 16 SGB I) mindestens eine, auf eine Leistung des Sozialgesetzbuches gerichtete, erkennbare Willensbekundung vorausgesetzt ist, kann die Sozialhilfe nach dem Kenntnisprinzip auch ohne eine solche Willensäußerung gewährt werden, wenn ein Hilfebedarf bekannt wird. Schon konkrete Anhaltspunkte für einen bestehenden Hilfebedarf reichen hier aus. Ein „Aufdrängen“ der Leistungen, gegen den Willen der Berechtigten, ist jedoch ausgeschlossen (*Roscher* (1998b), S. 127 und 133).

⁵⁸⁷ Nach § 18 SGB XII (bis 31.12.2004 § 5 *Bundessozialhilfegesetz*) im Zusammenhang mit dem Untersuchungsgrundsatz des § 20 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) muss der zuständige Träger tätig werden, wenn ihm eine Bedarfslage bekannt wird. Dies umfasst die Verpflichtung der Träger, „von Amts wegen“ den Sachverhalt zu ermitteln und dabei alle im Einzelfall bedeutsamen Umstände zu berücksichtigen (§ 20 SGB X).

⁵⁸⁸ § 18 Abs. 1 SGB XII (bis 31.12.2004 § 5 Abs. 1 *Bundessozialhilfegesetz*).

⁵⁸⁹ Zur „Zuständigkeit“ und „Trägerschaft“ in der Sozialhilfe siehe sogleich *Seite 175*.

⁵⁹⁰ § 18 Abs. 2 SGB XII (bis 31.12.2004 § 5 Abs. 2 *Bundessozialhilfegesetz*). Die Vorschrift analogisiert insoweit den aus § 16 Abs. 2 SGB I für die Antragstellung bekannten Grundsatz bei Unzuständigkeit, wonach der Antrag mit Eingang beim unzuständigen Leistungsträger als gestellt gilt, für das „Bekanntwerden“ in der Sozialhilfe.

⁵⁹¹ Beispielsweise für die gesamte Familie, wenn nur für ein Familienmitglied ein Bedarf bekannt wird: Verliert die allein erziehende Mutter ihre Einkommensgrundlage bedeutet dies, dass der Bedarf für die gesamte Familie zu prüfen ist. Oder wenn eine 75jährige Rentenbezieherin wegen zu geringer Rentenzah-

gang zu Leistungen. Damit soll der besonderen Bedeutung der Sozialhilfe als Basis-sicherungssystem,⁵⁹² das in einer gegenwärtigen Notlage helfen soll, Rechnung getragen werden. Lediglich in einigen besonderen, über die regelmäßige Bedarfssituation hinausgehende bzw. von ihr abweichenden Fällen setzt das Sozialhilferecht einen Antrag voraus. Weiterhin von einem Antrag abhängig⁵⁹³ bleiben die - erst im Vermittlungsverfahren als viertes Kapitel in das Sozialhilferecht eingefügten⁵⁹⁴ - Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung.⁵⁹⁵ Ebenfalls sind im SGB XII von einem Antrag abhängig die Leistungen, die im Rahmen des trägerübergreifenden persönlichen Budgets für die Eingliederungshilfe⁵⁹⁶ und für die Hilfe zur Pflege⁵⁹⁷ erbracht werden,⁵⁹⁸ die ergänzenden Darlehen⁵⁹⁹ sowie die Erstattung der von anderen im Eilfall gewährten Hilfen.⁶⁰⁰

Auch die Hilfe für Deutsche im Ausland erfolgt nur auf Antrag.⁶⁰¹ Mit der Neuordnung des Gesetzes ist diese Hilfe grundsätzlich ausgeschlossen.⁶⁰² Sie kann nur noch in ganz außergewöhnlichen Notlagen gewährt werden, wenn und soweit sie unabweisbar notwendig ist und wenn zugleich die Rückkehr in das Inland in vom Gesetz exklusiv bestimmten Fällen - darunter u.a. die Schwere der Pflegebedürftigkeit⁶⁰³ - nachweislich unmöglich ist.⁶⁰⁴

Als Formen der Sozialhilfe kommen Dienst-, Geld- oder Sachleistungen in Betracht.⁶⁰⁵ Zur Dienstleistung gehören insbesondere⁶⁰⁶ die Beratung in Fragen der So-

lung in eine Notlage gerät und auch Hinweise auf Pflegebedürftigkeit vorliegen, ist - neben der Hilfe zum Lebensunterhalt - ebenfalls zu prüfen, ob Hilfe zur Pflege geleistet werden kann.

⁵⁹² Auch bezeichnet als „letztes Auffangnetz“, oder auch: „Netz unter dem Netz“.

⁵⁹³ § 41 Abs. 1 SGB XII.

⁵⁹⁴ *Bundestags-Drucksache 15/2260*, S. 2-4.

⁵⁹⁵ Das *Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung* (GSiG) wird durch Artikel 68 Abs.1 Nr. 5 (*Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch*, S. 3070) aufgehoben.

⁵⁹⁶ § 57 SGB XII.

⁵⁹⁷ § 61 Abs. 2 Satz 3 SGB XII.

⁵⁹⁸ Dies ist insoweit schlüssig, als es bei diesen Leistungen ausdrücklich auf den Wunsch der Leistungsberechtigten ankommt bzw. diese nur in der Form des trägerübergreifenden Budgets gewährt werden, wenn der Leistungsberechtigte dies so wünscht (ausführlicher dazu *Bundestags-Drucksache 15/1514*, S. 52, 72).

⁵⁹⁹ § 37 SGB XII.

⁶⁰⁰ § 25 SGB XII, vorher ebenso geregelt in § 121 *Bundessozialhilfegesetz*.

⁶⁰¹ § 24 Abs. 4 Satz 1 SGB XII.

⁶⁰² § 24 Abs. 1 Satz 1 SGB XII.

⁶⁰³ § 24 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB XII.

⁶⁰⁴ § 24 Abs. 1 Satz 2 SGB XII.

⁶⁰⁵ § 10 Abs. 1 SGB XII (bis 31.12.2004 § 8 Abs. 1 *Bundessozialhilfegesetz*).

⁶⁰⁶ Mit dem Begriff „insbesondere“ wird angezeigt, dass es sich um eine nicht abschließende Aufzählung im Gesetz handelt.

zialhilfe sowie die Beratung und Unterstützung in sonstigen sozialen Angelegenheiten.⁶⁰⁷

Zuständig für die Sozialhilfe sind als örtliche Träger die Kreise und kreisfreien Städte sowie die überörtlichen Träger der Sozialhilfe.⁶⁰⁸ Konkretisierend ist geregelt, dass für die Sozialhilfe grundsätzlich der örtliche Träger zuständig ist, in dessen Bereich sich der Hilfesuchende tatsächlich aufhält.⁶⁰⁹ Dieser Träger ist dann auch sachlich zuständig.⁶¹⁰ Abweichend davon kann nach Landesrecht der überörtliche Träger als sachlich zuständig bestimmt werden. Dabei soll gewährleistet sein, dass die Leistungen der Sozialhilfe „aus einer Hand“ gewährleistet werden. Insbesondere bezieht sich dies auf den Bereich von ambulanten, teilstationären und stationären Leistungen, weswegen - spätestens nach einer Übergangsfrist bis zum Jahr 2007,⁶¹¹ soweit nicht schon entsprechende landesrechtliche Umsetzungen erfolgt sind - festgelegt ist, dass u.a. die Hilfe zur Pflege in überörtlicher Trägerschaft gewährt wird.⁶¹²

5.2 Arten der Hilfeleistungen und Funktionsweise

Im neuen Sozialhilferecht stehen nun die Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLu) und die einzelnen Leistungsarten der Hilfe in besonderen Lebenslagen (HbL) als gleichwertige Leistungen in unterschiedlichen Notlagen nebeneinander.⁶¹³ Damit wurde systematisch die ausdrückliche Zweiteilung bzw. Trennung der Leistungen

⁶⁰⁷ § 10 Abs. 2 SGB XII (bis 31.12.2004 ähnlich, aber weniger weit gehend in § 8 Abs. 2 Satz 1 Bundessozialhilfegesetz). Ergänzend dazu sieht § 11 SGB XII die Beratung, Unterstützung und Aktivierung vor (siehe dazu auch oben unter *Fn. 578 (Seite 172)*).

⁶⁰⁸ § 28 Abs. 2 SGB I.

⁶⁰⁹ § 98 Abs. 1 Satz 1 SGB XII (bis 31.12.2004 § 97 Abs. 1 Satz 1 *Bundessozialhilfegesetz*).

⁶¹⁰ § 97 Abs. 1 SGB XII (bis 31.12.2004 § 99 *Bundessozialhilfegesetz*).

⁶¹¹ In der Form, dass diese Vorschrift verpflichtend erst zum 1.1.2007 in Kraft tritt (§ 97 Abs. 3 SGB XII in Verbindung mit Artikel 70 Abs. 2 *Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch*, (S. 3071)).

⁶¹² § 97 Abs. 2 und 3 SGB XII. Mit dieser Vorschrift wurde die Regelung des Bundessozialhilfegesetzes (§ 100 *Bundessozialhilfegesetz*) insbesondere um eine verpflichtende „Harmonisierung“ via überörtlicher Trägerschaft bei den Leistungen ergänzt, die sich dafür anbieten - etwa um klarere, einheitlichere Zuständigkeiten mit mehr Transparenz und weniger „Schnittstellenproblematik“ zu erhalten (siehe zur Begründung auch *Bundestags-Drucksache 15/1514*, S. 67). Damit können auch eine höhere Ziel- und Wirkungsgenauigkeit erreicht werden.

⁶¹³ Als Begründung wurde dazu zunächst vorgetragen, dass das, aus der neu eingeführten Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) resultierende, Ausscheiden der erwerbsfähigen Sozialhilfebeziehenden - zumeist - aus der Hilfe zum Lebensunterhalt diese neue Systematisierung nach sich zieht. Es ist - so die Logik - danach nicht mehr von zwei etwa gleich großen Leistungsbereichen in der Sozialhilfe auszugehen. Weiter wurde - und dies ist sicherlich der viel stärker wiegende Hinweis auf ein sich wandelndes Verständnis des Leistungssystems - vorgetragen: „[...] Die aus der Armenfürsorge alter Prägung stammende Hilfe zum Lebensunterhalt hat bisher den Begriff und das Image der Sozialhilfe geprägt. Richtig ist aber, dass alle Leistungen der Sozialhilfe der selben Aufgabenstellung und sozialen Grundidee unterliegen: Es soll der Notlage abgeholfen werden, dass ein zur Führung eines menschenwürdigen Lebens notwendiger Bedarf durch eigene Kräfte und Mittel nicht abgedeckt werden kann. Diese einheitliche, auch verfassungsrechtliche Grundlage der Sozialhilfe kann durch die systematische Umstellung besser zum Ausdruck gebracht werden. [...]“ (*Bundestags-Drucksache 15/1514*, S. 53 f.).

des Bundessozialhilfegesetzes⁶¹⁴ nicht fortgeführt bzw. aufgegeben. Es bleiben aber die bisher schon im Bundessozialhilfegesetz geltenden einzelnen, notlagenspezifisch unterschiedlichen Leistungsvoraussetzungen weiterhin bestehen.⁶¹⁵

Zum Verständnis der Zusammensetzung der Leistungen der Sozialhilfe kann daher nach deren Funktionsweise weiterhin die Hilfe zum Lebensunterhalt als „Basiskomponente“ beschrieben werden, die immer dann greift, wenn eigene Mittel - also vor allem finanzielle Mittel - nicht ausreichen, um den täglichen Lebensbedarf zu decken. Als weitere, oft diese Basisleistung ergänzenden, Hilfen dienen beispielsweise die „Hilfen zur Gesundheit“ oder auch die „Hilfe zur Pflege“ dazu, den Bedarf auszugleichen, der in schicksalhaften, besonderen Lebenslagen besteht - etwa bei Krankheit oder bei Pflegebedürftigkeit, soweit er nicht durch andere, vorgelagerte Sicherungssysteme (bei diesem Beispiel etwa Kranken- oder Pflegeversicherung) ausgeglichen wird. Für diese besonderen Bedarfssituationen gelten - im Vergleich zur Hilfe zum Lebensunterhalt - andere, meist geringere Anforderungen an den Mitteleinsatz.

Die Sozialhilfe als steuerfinanzierte Leistung ist - anders als beitragsfinanzierte Leistungen der Sozialversicherung - von einem grundlegend anderen Verständnis bestimmt. Leistungsansprüche bestehen in der Sozialhilfe nur insoweit, wie eigene Mittel nicht zur Verfügung stehen, um den im Einzelfall erforderlichen Hilfebedarf zu decken. Der zuständige Leistungsträger prüft nach dem „Bekanntwerden“ des Hilfebedarfs, ob Leistungen zu gewähren sind. Bei dieser „Bedürftigkeitsprüfung“ werden die heranziehbaren Einkommens- und Vermögensbeträge von den im Gesetz als Bedarf festgelegten Leistungssätzen abgezogen. Verbleibt nach dieser Vergleichsberechnung ein nicht von eigenen Mitteln gedeckter Bedarf, ist dieser von der Sozialhilfe als sogenannter „Fehlbedarf“ auszugleichen und damit zu übernehmen.

Mit der Hilfe zum Lebensunterhalt soll der notwendige Lebensunterhalt gesichert werden. Die Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt umfassen die für den alltäglichen Lebensbedarf notwendigen Leistungen.⁶¹⁶ Dazu zählen insbesondere⁶¹⁷ Ernährung, Unterkunft, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Heizung und persönliche Bedürf-

⁶¹⁴ § 1 Abs. 1 *Bundessozialhilfegesetz*.

⁶¹⁵ Erkennbar ist dies daran, dass die bisher in Abschnitt 3 des Bundessozialhilfegesetzes (§§ 27-75 *Bundessozialhilfegesetz*) gefassten Leistungsarten der Hilfe in besonderen Lebenslagen nun als einzelne Kapitel 3 bis 9 (§§ 41-74 SGB XII) gefasst sind.

⁶¹⁶ Dies entspricht den oben genannten Grundsätzen (siehe in diesem Kapitel unter 5.1 *Grundverständnis und Grundsätze der Sozialhilfe* (Seite 170)).

⁶¹⁷ Also keine abschließende Aufzählung. Dies würde dem Individualitätsprinzip (Einzelfallgrundsatz) widersprechen (siehe oben *Fn. 581* (Seite 172)).

nisse.⁶¹⁸ Der notwendige Lebensunterhalt wird - außerhalb von Einrichtungen - als Regelbedarf in Form von pauschalieren,⁶¹⁹ landesrechtlich⁶²⁰ fest zu legenden Regelsätzen⁶²¹ erbracht⁶²² sowie durch die Übernahme von Unterkunft- und Heizungskosten.⁶²³ Die Unterkunft- und Heizungskosten sind mindestens in angemessener Höhe zu übernehmen,⁶²⁴ dabei können auch Pauschalen gewährt werden.⁶²⁵ Die Regelungen zur Übernahme der Unterkunft- und Heizungskosten waren bislang noch nicht im Bundessozialhilfegesetz enthalten, sondern ausschließlich über die sogenannte „Regelsatzverordnung“⁶²⁶ geregelt. Sie wurden mit dem SGB XII in das Gesetz übertragen und um die Möglichkeit der pauschalen Kostenübernahme ergänzt.⁶²⁷ In Einrichtungen umfasst der notwendige Lebensunterhalt über die dort erbrachten Leistungen hinaus ausdrücklich Kleidung und einen angemessenen Barbetrag (sogenanntes „Taschengeld“) zur persönlichen Verfügung als weiteren notwendigen Lebensunterhalt.⁶²⁸

Mit den Regelsätzen sind nach dem Verständnis der neuen Regelsatzsystematik des SGB XII grundsätzlich auch alle einmalig entstehenden Bedarfe umfasst.⁶²⁹ Einmalig-

⁶¹⁸ § 27 SGB XII (bis 31.12.2004 § 12 *Bundessozialhilfegesetz*).

⁶¹⁹ Gemeint ist hiermit: In gleicher Höhe für alle Bezieher.

⁶²⁰ Per Verordnung (§ 28 Abs. 2 Satz 1 SGB XII - bis 31.12.2004 § 22 Abs. 2 Satz 1 *Bundessozialhilfegesetz*).

⁶²¹ Dabei können die Länder die Träger der Sozialhilfe ermächtigen, regionale Regelsätze unter Beachtung von Mindestregelsätzen zu bestimmen (§ 28 Abs. 2 Satz 2 SGB XII - zuvor identische Ermächtigungsregelung in § 22 Abs. 2 Satz 2 *Bundessozialhilfegesetz*, von der lediglich im Bundesland Bayern Gebrauch gemacht wurde).

⁶²² § 28 SGB XII (zuvor § 22 *Bundessozialhilfegesetz*) im Zusammenhang mit der dazu (auf Grund von § 40 SGB XII) erlassenen *Verordnung zur Durchführung des § 28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Regelsatzverordnung - RSV)*, die die bisherige Regelsatzverordnung von 1962 (*Verordnung zur Durchführung des § 22 Bundessozialhilfegesetz*) mit Wirkung vom 1.1.2005 ablöst (§ 6 RSV).

⁶²³ § 29 Abs. 1 und 3 SGB XII.

⁶²⁴ § 29 Abs. 1 und 3 Satz 1 SGB XII.

⁶²⁵ Pauschalenregelung für Unterkunftskosten in § 29 Abs. 2 SGB XII; für Heizungskosten in § 29 Abs. 3 Satz 2 und 3 SGB XII.

⁶²⁶ in § 3 Abs. 1 und 3 der *Verordnung zur Durchführung des § 22 Bundessozialhilfegesetz*.

⁶²⁷ Einzelne Kommunen haben bereits vorher im Rahmen von Modellvorhaben auf Grund der Ermächtigung durch die Experimentierklausel des § 101a *Bundessozialhilfegesetz* auch Unterkunft- und Heizungskosten pauschalier erbracht. Die Regierung bewertet die Ergebnisse dieser „Leistungserprobung“ positiv und hat deswegen - mit Zustimmung der Länder - die Regelungen im SGB XII als Option verstetigt (*Bundestags-Drucksache 15/1514*, S. 59 f.).

⁶²⁸ § 35 SGB XII. Zuvor gab es im Bundessozialhilfegesetz eine so ausdrückliche Regelung für den notwendigen Lebensunterhalt in Einrichtungen nicht (§ 21 Abs. 3 *Bundessozialhilfegesetz*). Die Höhe des Barbetrages zur persönlichen Verfügung für Volljährige lag zuvor im Bundessozialhilfegesetz bei mindestens 30 Prozent des Regelsatzes des Haushaltsvorstandes (*ebd.*, Satz 2) - nach § 35 Abs. 2 Satz 2 SGB XII liegt dieser jetzt bei 26 Prozent des Eckregelsatzes.

⁶²⁹ Bis dato war das Verständnis der Regelsätze so normiert, dass diese in einer Zweiteilung der Leistungen die laufenden Leistungen zum Lebensunterhalt (§ 22 Abs. 1 Satz 1 *Bundessozialhilfegesetz*) zusammen mit denen für die Unterkunft und die Heizung (§ 3 Abs. 1 und 3 der *Verordnung zur Durchführung des § 22 Bundessozialhilfegesetz*) als Regelbedarf realisierten. Die einmaligen Leistungen - als bisherige zweite Komponente der Leistungsgewährung (§ 21 Abs.1 *Bundessozialhilfegesetz*) - werden nunmehr

ge Leistungen sind nun nur noch in bestimmten, vom Gesetz benannten Fällen⁶³⁰ vorgesehen.⁶³¹

Weiterhin werden zusätzliche Bedarfe, die wegen „besonderer Lebensumstände“ über den Regelbedarf hinaus bestehen, berücksichtigt. Dieser sogenannte Mehrbedarf wird aus dem jeweiligen Regelsatz ermittelt. Beispielsweise⁶³² wird behinderten Menschen über 15 Jahren ein Mehrbedarf von 35 Prozent des maßgebenden Regelsatzes zugestanden, wenn sie Eingliederungshilfe beziehen.⁶³³ Bedürfen Kranke, Genesende, behinderte Menschen oder von einer Krankheit oder von einer Behinderung bedrohte Menschen einer kostenaufwändigen Ernährung, wird dafür ein Mehrbedarf in angemessener Höhe anerkannt.⁶³⁴ Einzelne Mehrbedarfe können nebeneinander gewährt werden. Insgesamt darf dabei aber der jeweils geltende Regelsatz nicht überschritten werden.⁶³⁵

5.3 Die Hilfe zur Pflege nach dem Recht der Sozialhilfe

Die Regelungen des Bundessozialhilfegesetzes über die Hilfe zur Pflege⁶³⁶ wurden inhaltlich im Wesentlichen unverändert als Siebtes Kapitel in das als Zwölftes Buch

nach dem geänderten Verständnis im SGB XII weitgehend vom Regelsatz mit umfasst (*Bundestags-Drucksache 15/1514*, S. 52, 59).

⁶³⁰ Nach ausdrücklicher Regelung sind dies Leistungen für Erstaussstattungen für die Wohnung einschließlich Haushaltsgeräte sowie für Bekleidung, einschließlich bei Schwangerschaft und Geburt, und für mehrtägige Klassenfahrten im Rahmen der schulrechtlichen Bestimmungen (§ 31 Abs. 1 SGB XII). Die Träger können die beiden erstgenannten Leistungen auch als Pauschalen gewähren (*ebd.*, Abs. 3).

⁶³¹ Im bisherigen Recht der Sozialhilfe mit der systematischen Unterteilung der Hilfe zum Lebensunterhalt in laufende und einmalige Leistungen (siehe soeben *Fn.* 629) entsprachen letztgenannte den notwendigen Bedarfen, die nicht durch die laufende Hilfe (Ernährung, hauswirtschaftlicher Bedarf usw.) abgedeckt waren. Dazu zählten insbesondere (also keine exklusive Aufzählung) die einmaligen Leistungen für Bekleidung, Wäsche, Schuhe, Hausrat, besondere Anlässe (wie beispielsweise Taufe, Eheschließung, Trauerfeier) usw. (§ 21 Abs. 1a *Bundessozialhilfegesetz*), die jeweils einzeln zu beantragen und zu bewilligen waren. Das bedeutete für die Leistungsträger auch einen erheblichen Verwaltungsaufwand, weswegen in der Praxis zumeist schon seit längerem dazu übergegangen wurde, Pauschalen festzulegen. Insbesondere gilt dies für Bekleidung (Schwangerschaftskleidung, Erstlingsausstattung), aber beispielsweise auch für Einschulungsbedarf, Reparaturen in größerem Umfang (beispielsweise bei Waschmaschinen) oder für die Weihnachtsbeihilfe - vielfach ebenfalls im Rahmen des § 101a *Bundessozialhilfegesetz* (siehe zuvor *Fn.* 623).

⁶³² Weitere „Mehrbedarfstatbestände“ sind beispielsweise Schwangerschaft und Kindererziehung, siehe Auflistung in § 30 SGB XII.

⁶³³ § 30 Abs. 4 SGB XII (nach § 23 Abs. 3 *Bundessozialhilfegesetz* lag dieser Betrag zuvor bei 40 Prozent).

⁶³⁴ § 30 Abs. 5 SGB XII.

⁶³⁵ § 30 Abs. 6 SGB XII (zuvor § 23 Abs. 5 Satz 2 *Bundessozialhilfegesetz*). Es kann sich also rechnerisch höchstens ein gesamter Bedarf in Höhe des doppelten, jeweiligen Regelsatzes ergeben.

⁶³⁶ Bis zum 31.12.2004 als Unterabschnitt 10 „Hilfe zur Pflege“ der im 3. Abschnitt aufgeführten „Hilfe in besonderen Lebenslagen“ in den §§ 68 bis 69c *Bundessozialhilfegesetz* gefasst. Vor der Anpassung der Regelungen im *Bundessozialhilfegesetz* an die neu eingeführte Pflegeversicherung war die Hilfe zur Pflege des Sozialhilferechts lediglich in zwei Vorschriften (§§ 68, 69 *Bundessozialhilfegesetz* in der bis zum 31.3.1995 maßgeblichen Fassung) geregelt. Durch Artikel 18 im *Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit* (S. 1056 f.) wurden diese neu gefasst, redaktionell bearbeitet und um weitere Vorschriften ergänzt. Zuvor wurden die häuslichen Pflegehilfen der Hilfe zur Pflege an die

Sozialgesetzbuch (SGB XII) neu gefasste Recht der Sozialhilfe übernommen⁶³⁷ und gelten in dieser Fassung ebenfalls seit Jahresbeginn 2005. Ergänzt wurden die Leistungen der Hilfe zur Pflege um die Möglichkeit, diese im Rahmen des sogenannten persönlichen Budgets in Anspruch zu nehmen.⁶³⁸

5.3.1 Definition der Pflegebedürftigkeit in der Sozialhilfe

Die für die Leistungsgewährung der Hilfe zur Pflege vorausgesetzte Definition der Pflegebedürftigkeit entspricht grundsätzlich der aus der Pflegeversicherung bekannten Formulierung für den zeitlichen Umfang und der Art des Hilfebedarfs.⁶³⁹ Darüber hinaus werden nach dem Sozialhilferecht aber auch Pflegebedarfe berücksichtigt, die voraussichtlich für weniger als sechs Monate, in geringerem Umfang („Pflegestufe 0“)⁶⁴⁰ oder bei „anderen Verrichtungen“⁶⁴¹ bestehen.⁶⁴² Der Pflegebegriff ist im Bundessozialhilfegesetz insoweit abweichend vom Pflegeversicherungsrecht weiter gefasst.⁶⁴³

5.3.2 Leistungen der Hilfe zur Pflege und Höhe

Die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit der Hilfe zur Pflege umfassen nach dem Recht der Sozialhilfe die Pflegesachleistung, Hilfsmittel, die teilstationäre Pflege, die Kurzzeitpflege und die stationäre Pflege in inhaltlich gleicher Weise wie in der Pflegeversicherung.⁶⁴⁴ Hingegen sind diese Leistungen der Hilfe zur Pflege gesetzlich der Höhe nach nicht definiert.⁶⁴⁵ Dies entspricht letztlich dem Bedarfsdeckungsprinzip der Sozialhilfe, wonach grundsätzlich auch die auf keine andere Weise gedeckten

neu eingeführten Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung angepasst (Artikel 42 *Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen*).

⁶³⁷ §§ 61-66 SGB XII.

⁶³⁸ § 61 Abs. 2 Satz 3 SGB XII.

⁶³⁹ § 61 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 5 SGB XII (zuvor § 68 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 5 *Bundessozialhilfegesetz*) sind inhaltsgleich mit den § 14 Abs. 1 und 4 SGB XI.

⁶⁴⁰ Anders als im Pflegeversicherungsrecht, wonach mindestens „erhebliche Pflegebedürftigkeit“ für die Leistungsgewährung vorausgesetzt ist (Pflegestufe I), wird im Sozialhilferecht auch „einfache Pflegebedürftigkeit“ bei der Hilfe zur Pflege berücksichtigt. Dies ist die vielzitierte „Pflegestufe 0“.

⁶⁴¹ § 61 Abs. 1 Satz 2 SGB XII (ursprünglich § 68 Abs. 1 Satz 2 *Bundessozialhilfegesetz*). *Krahmer* (1998) nennt als Beispiele für „andere Verrichtungen“, die zwar körperbezogen, aber nicht im Katalog der Verrichtungen nach § 61 Abs. 5 SGB XII (ursprünglich § 68 Abs. 5 *Bundessozialhilfegesetz*) bzw. § 14 Abs. 4 SGB XI genannt sind, u.a. die Haar- oder Nagelpflege sowie die medikamentöse Versorgung, soweit Pflegebedürftige nicht in der Lage sind, Medikamente selbst planvoll einzunehmen (S. 599 f., 617).

⁶⁴² § 61 Abs. 1 Satz 2 SGB XII (zuvor § 68 Abs. 1 Satz 2 *Bundessozialhilfegesetz*).

⁶⁴³ *Krahmer* (2004) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe mit dem weiter gefassten Pflegebegriff offen ist für eine pflegewissenschaftlich orientierte Praxis der Sozialhilfeträger (S. 11).

⁶⁴⁴ Das Sozialhilferecht verweist insoweit auf die Regelungen der Pflegeversicherung (§ 61 Abs. 2 Satz 2, erster Halbsatz SGB XII (ursprünglich § 68 Abs. 2 Satz 2, erster Halbsatz *Bundessozialhilfegesetz*)).

⁶⁴⁵ Verwiesen wird ausdrücklich nur auf den Inhalt und nicht auf den Umfang der Regelungen der Pflegeversicherung (*ebd.*). Damit gelten die über die genannten Höchstbeträge in der Pflegeversicherung vorgenommenen Deckelungen der Leistungen in der Sozialhilfe nicht.

Bedarfe auszugleichen sind. Eine Grenze, wie sie beispielsweise bei der Bedarfsberechnung (siehe oben) relevant bzw. ausschlaggebend ist, findet der berücksichtigte Hilfebedarf in aller Regel in den zwischen den Trägern und Leistungsanbietern vereinbarten Leistungssätzen. In der Leistungspraxis werden diese herangezogen.⁶⁴⁶ An die Stelle der im Sozialhilferecht der Höhe nach nicht gesetzlich geregelten Bedarfe treten somit die vereinbarten Vergütungen.

5.3.3 Besondere Regelungen der häuslichen Pflege in der Sozialhilfe

Für die im Rahmen der häuslichen Pflege zu gewährenden Leistungen sieht die Sozialhilfe gesonderte Regelungen vor.

Die Regelungen der Hilfe zur Pflege über das Pflegegeld⁶⁴⁷ entsprechen, durch die wortgleich formulierten Kriterien für die Einstufung und auch der Höhe nach, denen der Pflegeversicherung.⁶⁴⁸ Anders als bei den übrigen Leistungen der Hilfe zur Pflege gelten für das Pflegegeld die pauschalierten Leistungsbeträge der Pflegeversicherung in den Pflegestufen I bis III. Pflegegeld bei „einfacher Pflegebedürftigkeit“ - also „unterhalb“ der Pflegestufe I - ist somit auch nach dem Sozialhilferecht ausgeschlossen.⁶⁴⁹ Das Pflegegeld fungiert auch nach dem Verständnis des Sozialhilferechts als „Motivationshilfe“ und nicht als „Entlohnung“.

Der Auftrag, auf häusliche Pflege hinzuwirken, besteht in der Pflegeversicherung wie in der Sozialhilfe gleichermaßen. Er ergeht an die Leistungsträger in der Sozialhilfe durch deren Nennung im Gesetzestext jedoch expliziter. Während in der Systematik des SGB XI das Pflegegeld - im Rahmen des Vorrangs häuslicher Pflege - neben der Pflegesachleistung⁶⁵⁰ steht und - bei sichergestellter Versorgung - anstelle bzw. in Kombination oder ergänzend zur Pflegesachleistung gewährt wird,⁶⁵¹ ist diese Regelungssystematik im Recht der Sozialhilfe so nicht wiederfindbar. Zunächst bereitet es Schwierigkeiten, die Rechtsgrundlage für die Pflegesachleistung im Sozialhilferecht auszumachen. Obwohl diese in der Ausgangsvorschrift über den Inhalt der „Leistungen bei Pflege“ mit dem Verweis auf die entsprechend geltenden Regelungen des

⁶⁴⁶ Siehe dazu beispielsweise in *Schoch/Brühl*, S. 217, 221 f. .

⁶⁴⁷ § 64 SGB XII; ursprünglich § 69a *Bundessozialhilfegesetz*.

⁶⁴⁸ § 37 Abs. 1 SGB XI.

⁶⁴⁹ *Krahmer* (2004) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass jedoch die Berücksichtigung der „anderen Verrichtungen“ in der Sozialhilfe zu einer anderen Einstufung als in der Pflegeversicherung bzw. überhaupt zu einer Einstufung führen kann (*ebd.*, S. 20 f., 37 f.).

⁶⁵⁰ § 36 SGB XI.

⁶⁵¹ § 37 Abs. 1 SGB XI.

SGB XI⁶⁵² genannt wird,⁶⁵³ folgt in der Hilfe zur Pflege keine ausdrückliche Leistungsvorschrift.⁶⁵⁴ Die Vorschriften über die häusliche Pflege enthalten keine ausdrückliche Regelung über die Pflegesachleistung und auch nicht über die Kombinationsleistung oder die häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson, der sogenannten „Verhinderungspflege“. Der Anspruch auf die Pflegesachleistung wie auch der Verhinderungspflege ergibt sich - sozusagen ergänzend - nur über die sogenannten „anderen Leistungen“ der Hilfe zur Pflege.⁶⁵⁵

Dementsprechend ist für die Sozialhilfe - anders als in der Pflegeversicherung - davon auszugehen, dass der Regelfall der häuslichen Pflege darin besteht, dass diese von vertrauten Personen übernommen wird⁶⁵⁶ - dies grundsätzlich zunächst auch ohne finanzielle Entlastung. Erst über das Pflegegeld werden Mittel gewährt. Über diese Mobilisierung des „nichtprofessionellen Umfelds“ des verwandtschaftlichen oder nachbarschaftlichen Umfeldes hinaus, werden professionelle Pflegekräfte nur erforderlichenfalls in einer besonderen Vorschrift berücksichtigt. Nur über diesen Weg wird die - im SGB XI vorrangig genannte - Pflegesachleistung zur Gewährleistung häuslicher Pflege im Sozialhilferecht möglich.

Gegenüber der Pflegeversicherung ist in der Sozialhilfe also das Vorrangprinzip der Leistungsarten - in der Reihenfolge des dafür aufzuwendenden Mitteleinsatzes - umgekehrt. Dies ist vielleicht insoweit schlüssig, als Leistungen der - steuerfinanzierten - Sozialhilfe grundsätzlich nachrangig - also nur insoweit, als Leistungen aus anderen Rechtsquellen (vor allem eben aus der - beitragsfinanzierten - Pflegeversicherung) nicht ausreichen, bzw. auch mangels Anspruch⁶⁵⁷ nicht - gewährt werden.

5.3.4 Eigener Mitteleinsatz bei der Hilfe zur Pflege

Gegenüber der Hilfe zum Lebensunterhalt sieht die Hilfe zur Pflege nach den

⁶⁵² § 61 Abs. 2 Satz 1 erster Halbsatz verweist inhaltlich für die häusliche Pflege auf § 28 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI und somit allein auf die Pflegesachleistung des § 36 SGB XI.

⁶⁵³ Siehe oben *Fn.* 644.

⁶⁵⁴ Auch nicht in dem als SGB XII neu gefassten Recht der Sozialhilfe ab 1.1.2005.

⁶⁵⁵ Sofern neben oder anstelle der - vorrangigen - häuslichen Pflege „die Heranziehung einer besonderen Pflegekraft erforderlich [...] oder zeitweilige Entlastung der Pflegeperson geboten“ ist, sind die angemessenen Kosten zu übernehmen (§ 65 Abs. 1 Satz 2 SGB XII, zuvor in § 69b Abs. 1 Satz 2 *Bundessozialhilfegesetz*). Als Ermessensleistung können im Rahmen der „anderen Leistungen“ Alterssicherungsbeiträge der Pflegenden übernommen werden (*ebd.*, Satz 1) - beim Bezug des Pflegegeldes sind diese zu übernehmen, wenn sie nicht anderweitig sichergestellt sind (*ebd.* Abs. 2). Zur „Kombinationsleistung“: Die „anderen Leistungen“ werden neben dem Pflegegeld gewährt, wobei dieses dabei um bis zu zwei Drittel gekürzt werden kann (§ 66 Abs. 2 SGB XII, zuvor § 69c Abs. 2 *Bundessozialhilfegesetz*).

⁶⁵⁶ § 63 Abs. 1 Satz 1 SGB XII (zuvor § 69 Abs. 1 Satz 1 *Bundessozialhilfegesetz*).

⁶⁵⁷ Beispielsweise auch wegen nicht erfüllter Vorversicherungszeit (§ 33 Abs. 2 SGB XI) oder wegen nicht bestehender Mitgliedschaft in der Pflegeversicherung (§§ 20 bis 26a SGB XI).

Grundsätzen der Sozialhilfe neben der stets vorrangigen Berücksichtigung von gewährten Pflegeleistungen aus anderen Sicherungssystem, vor allem aus der Pflegeversicherung, besondere Regelungen für den eigenen Mitteleinsatz vor.

Mit der Neufassung der Sozialhilfe wurden die Regelungen über das von den Pflegebedürftigen einzusetzende Einkommen zur Deckung des Bedarfs der Hilfe zur Pflege gegenüber den bis dahin geltenden Einkommensgrenzen zwar vereinfacht, sie sind deswegen aber immer noch nicht besonders „benutzerfreundlich“ gestaltet. Danach gilt zunächst eine Einkommensgrenze, die sich aus einem Grundbetrag in Höhe des zweifachen Eckregelsatzes,⁶⁵⁸ den - angemessenen - Kosten der Unterkunft sowie einem Familienzuschlag⁶⁵⁹ in Höhe von 70 vom Hundert des Eckregelsatzes⁶⁶⁰ zusammensetzt.⁶⁶¹

Überschreitet das Einkommen des Hilfebedürftigen die so ermittelte Grenze, ist es von ihm zur Deckung der Pflegekosten einzusetzen. Allerdings nicht uneingeschränkt, sondern nur in angemessenem Umfang. Für die Festlegung des zumutbaren Eigenmitteleinsatzes ist dem Sozialhilfeträger - jeweils bezogen auf den Einzelfall - vorgegeben, die Art des Bedarfs sowie die Dauer und die Höhe der erforderlichen Aufwendungen und der damit verbundenen besonderen Belastungen zu berücksichtigen.⁶⁶² Mit den seit Jahresbeginn 2005 geltenden Regelungen der Sozialhilfe wurde zur Bestimmung des angemessenen Umfangs als auszulegender „unbestimmter Rechtsbegriff“ ausdrücklich auch die ebenfalls zu berücksichtigende Art oder Schwere der Behinderung oder der Pflegebedürftigkeit hinzugefügt und im Falle der Schwerstpflegebedürftigkeit (Pflegestufe III) konkretisierend festgelegt, dass der Einsatz des Einkommens über der Einkommensgrenze in Höhe von mindestens 60 vom

⁶⁵⁸ Also dem zweifachen Regelsatzbetrag des Haushaltsvorstands, abhängig vom jeweiligen Bundesland, im Jahr 2005 in der Regel bei 690,00 Euro.

⁶⁵⁹ Für den nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartner und für jede Person, die von der nachfragenden Person, ihrem nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartner überwiegend unterhalten worden ist.

⁶⁶⁰ Ebenfalls abhängig vom jeweiligen Bundesland, im Jahr 2005 in der Regel bei 214,50 Euro.

⁶⁶¹ Über diese allgemeine Einkommensgrenze des § 79 hinaus sah das Bundessozialhilfegesetz bis zum 31.12.2004 noch besondere Einkommensgrenzen vor, die je nach Art der geleisteten Hilfe unterschiedlich hoch ausfiel (§ 81 *Bundessozialhilfegesetz*). Die in diesen Vorschriften genannten Beträge - beispielsweise in § 79 Abs. Nr. 1 *Bundessozialhilfegesetz*: 539,92 € bis zum 30.6.2001 - waren zusätzlich nach der „Dynamisierungsregelung“ des § 82 Abs. 1 *Bundessozialhilfegesetz* jährlich fortzuschreiben, mit der die Grundbeträge, nach „Ost“ und „West“ unterschiedlich, an die Änderung des jeweils aktuellen Rentenwertes gekoppelt waren.

⁶⁶² § 87 Abs. 1 SGB XII (zuvor in § 84 Abs. 1 *Bundessozialhilfegesetz*).

Hundert nicht zugemutet werden darf.⁶⁶³

Sozialhilferechtlich kann allerdings bei teilstationärer und stationärer Pflege auch der Einsatz des Einkommens unterhalb der Einkommensgrenze verlangt werden, wenn und soweit dadurch Aufwendungen für den häuslichen Lebensunterhalt erspart werden.⁶⁶⁴ Bei voraussichtlich längere Zeit andauernder⁶⁶⁵ vollstationärer Pflege soll darüber hinaus von Alleinstehenden in angemessenem Umfang die Aufbringung der Mittel verlangt werden.⁶⁶⁶ Einkommen aus Beschäftigungen sind dabei stets besonders geschützt.⁶⁶⁷

Vermögen ist nur einzusetzen, soweit es verwertbar ist.⁶⁶⁸ Im Sozialhilferecht werden dazu ausdrücklich von der Verwertung ausgenommene Vermögenswerte benannt. Danach werden u.a. Mittel zur baldigen Beschaffung oder Erhaltung von Hausgrundstücken für Pflegebedürftige „geschont“.⁶⁶⁹ Sogenannte „kleinere Barbeträge“ und sonstige Geldwerte werden ebenfalls beim Vermögenseinsatz nicht berücksichtigt.⁶⁷⁰ Bei der Hilfe zur Pflege ist das Geldvermögen in höherem Umfang „ge-

⁶⁶³ § 87 Abs. 1 Satz 3 SGB XII. Diese Ergänzungen, zu den ansonsten inhaltsgleich übernommenen Regelungen des Einkommenseinsatz oberhalb der Einkommensgrenze, erfolgte aufgrund der Empfehlung des Vermittlungsausschusses (*Bundestags-Drucksache 15/2260*, S. 4).

⁶⁶⁴ Diese Ermessensregelung findet sich in § 88 Abs. 1 Nr. 3 SGB XII (zuvor in § 85 Abs. 1 Nr. 3 *Bundessozialhilfegesetz*). Als „häusliche Ersparnis“ kann beispielsweise bei der teilstationären Pflege das in diesem Leistungsrahmen enthaltene Mittagessen in Betracht kommen.

⁶⁶⁵ Mindestens ein Jahr.

⁶⁶⁶ In dieser Konstellation wird also die „Einkommenschutzregelung“ der Hilfe zur Pflege weitgehend wieder aufgehoben. Was angemessen ist, ist wiederum in der Praxis auslegungs- bzw. bestimmungsbedürftig (siehe dazu oben in *Fn.* 662 f.).

⁶⁶⁷ Nach § 88 Abs. 2 SGB XII (zuvor § 85 Abs. 2 *Bundessozialhilfegesetz*) wird Entgelt aus einer Beschäftigung in Höhe von einem Achtel des Eckregelsatzes zuzüglich 25 vom Hundert des diesen Betrag übersteigenden Einkommens aus der Beschäftigung nicht herangezogen.

⁶⁶⁸ Die Vermögensanrechnung gilt für das gesamte Sozialhilferecht. § 90 SGB XII (zuvor § 88 *Bundessozialhilfegesetz*) regelt zusammen mit der Durchführungsverordnung, welches Vermögen einzusetzen ist und welche Ausnahmen bestehen. Verwertbar ist grundsätzlich jeder Vermögensgegenstand, über den Einsatzpflichtige nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten tatsächlich zu einem vertretbaren Preis in einem absehbaren Zeitraum verfügen können. An der Verwertbarkeit fehlt es beispielsweise, wenn tatsächlich kein Verkauf möglich ist bzw. dies nur unter erheblichen Verlusten geschehen kann (Wertpapiere, die nicht gehandelt werden oder ein überschuldetes Grundstück, für das auch bei einer Zwangsversteigerung kein Gebot abgegeben wird). Aus rechtlichen Gründen nicht verwertbar sind Gegenstände, die eine menschenwürdige Existenz sichern (Haushaltsgeräte).

⁶⁶⁹ Grundsätzlich sind zudem nach § 90 Abs. 2 SGB XII (zuvor § 88 Abs. 1 *Bundessozialhilfegesetz*) von der Verwertung des Vermögens ausgenommen: Zahlungen aus öffentlichen Haushaltsmitteln zur Sicherung der Lebensgrundlage oder der Gründung eines Hausstandes (u.a. Aufbaudarlehen), das aus den Fördermitteln der sogenannten „Riester-Rente“ entstandene Kapital, angemessener Hausrat (u.a. Möbel, Haushaltsgeräte, Wäsche, Bücher), Gegenstände zur Berufsausübung (beispielsweise das eigene Auto, wenn nur so die Arbeitsstelle erreicht werden kann), Familien- und Erbstücke (wenn die Veräußerung eine besondere Härte bedeuten würde), Gegenstände die zur Befriedigung geistiger, besonders wissenschaftlicher oder künstlerischer Bedürfnisse dienen (soweit es sich nicht um Luxusgegenstände handelt - beispielsweise eine Briefmarkensammlung nur, wenn sie „nicht wertvoll“ ist und damit nicht über dem Üblichen liegt) sowie angemessenes Wohneigentum (Details dazu siehe *Krahmer* (2004), S. 15).

⁶⁷⁰ § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII (zuvor § 88 Abs. 2 Nr. 8 *Bundessozialhilfegesetz*).

schützt“.⁶⁷¹ Besondere Notlagen sind dabei zu beachten.⁶⁷² Nicht zu berücksichtigen ist zudem das Vermögen, soweit dies eine Härte bedeuten würde.⁶⁷³

5.4 Sozialhilfe als Regelfinanzierung vor allem bei stationärer Pflege

In Ermangelung von Leistungssystemen bzw. deren unzureichender Ausstattung geriet die Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe für vollstationäre Pflege mehr und mehr zur Regelfinanzierung.

Der Anteil der Hilfeempfänger an allen Pflegebedürftigen in vollstationären Alteneinrichtungen lag 1989 bei 67,4 Prozent.⁶⁷⁴ In der Folgezeit stieg der Anteil der stationär Versorgten, die von Sozialhilfe abhängig waren, auf 80 Prozent.⁶⁷⁵ Auch der seinerzeitige Regierungsentwurf für die Einführung einer Pflegeversicherung ging von diesem hohen Abhängigkeitsanteil aus.⁶⁷⁶

Der damit verbundene Ausgabenzuwachs der Sozialhilfe entsprach zum einem dem zunehmenden Bedarf an Pflegeleistungen, zum anderen aber auch der Wirkungslosigkeit bzw. „Leistungslosigkeit“ der vorgelagerten (Ab-)Sicherungssysteme mangels existenter Leistungstatbestände und -ansprüche. Vorrangig war dieser Bedarf - entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip als konstitutives Strukturmerkmal der Sozialhilfe - aus eigener Kraft der auf die Leistungen Angewiesenen zu decken. Das meint vorrangig durch eigene Mittel aus Erwerbseinkommen oder Vermögen bzw. durch, aus diesen Mitteln aufgebaute, eigene Absicherung beispielsweise durch Kapitaleinkünfte aus Lebensversicherungen (o.ä.), aber auch aus den Leistungsansprüchen beste-

⁶⁷¹ Die Höhe der Beträge ergab sich bis zum 31.12.2004 aus der nach § 88 Abs. 4 *Bundessozialhilfegesetz* erlassenen Verordnung zur Durchführung des § 88 Abs. 2 Nr. 8 des *Bundessozialhilfegesetzes*. Die Verordnung ist nachlesbar in: *Bundessozialhilfegesetz*, S. 89 f. Die geänderte sowie neu gefasste Durchführungsverordnung ergibt sich mit dem *Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch* aus § 96 Abs. 2 SGB XII. Danach werden seit dem 1.1.2005 für den Hilfesuchenden 2.600,00 Euro, für den nicht getrennt lebenden Ehegatten 614,00 Euro sowie für jede weitere Person, die überwiegend von ihnen unterhalten wird 256,00 Euro, als Freibetrag angesetzt (*ebd.*, Artikel 15, S. 3060 f.). Zuvor galt für den Hilfesuchenden ein deutlich höherer Betrag von 4.091,00 Euro. Die übrigen Beträge wurden unverändert übernommen. Zur Begründung siehe *Bundestags-Drucksache 15/1514*, S. 74.

⁶⁷² Siehe zuvor *Fn. 670* sowie § 2 der Durchführungsverordnung (siehe zuvor *Fn. 671*).

⁶⁷³ § 90 Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB XII (zuvor § 88 Abs. 3 Satz 1 und 2 *Bundessozialhilfegesetz*).

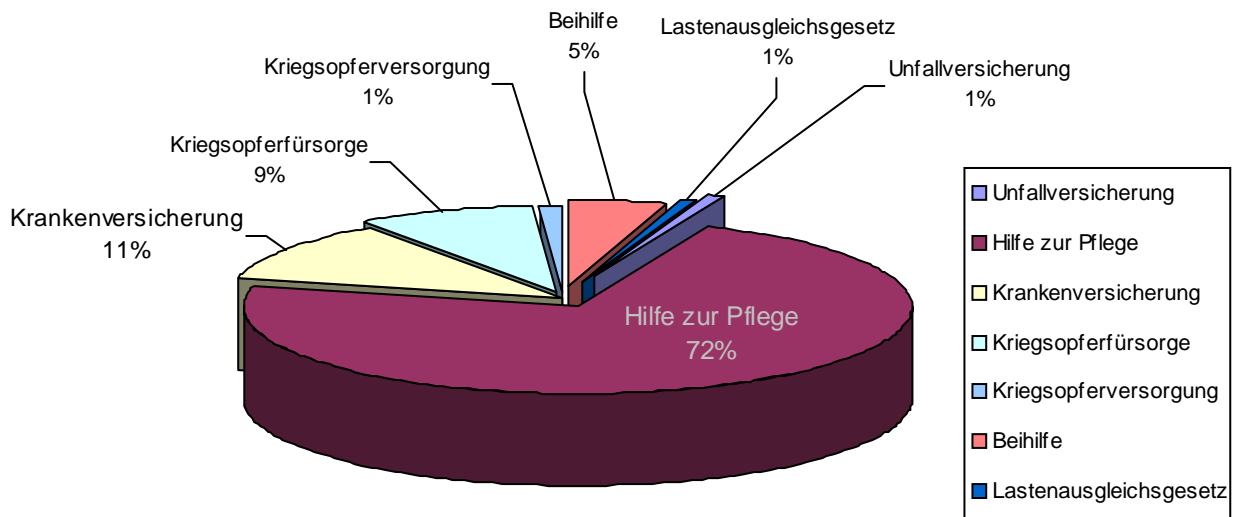
⁶⁷⁴ *Krug/Reh*, S. 126. Die Autoren führten im Jahr 1989 im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren eine repräsentative Stichprobe unter allen Bewohnern in Alteneinrichtungen (ehemaliges Bundesgebiet („Alte“ Bundesländer)) durch. Die dort erhobenen Zahlen wurden so auch von der Sozialhilfestatistik (Fachserie 13 „Sozialleistungen“, Reihe 2.1 „Sozialhilfe - Hilfe zum Lebensunterhalt“; Reihe 2.2 „Sozialhilfe - Hilfe in besonderen Lebenslagen“) und danach - erstmals bundesweit - mit der Infratest-Heimstudie bestätigt (*Rothgang/Vogler* (S. 5 f.)).

⁶⁷⁵ *Schulin*.

⁶⁷⁶ Hierbei spielen auch die Zahlen aus dem Beitrittsgebiet, den fünf sogenannten „Neuen Bundesländern“ eine Rolle, die die „Bundesgesamtannahme“ eher nach oben hin runden ließen (*Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 61).

hender, obligatorischer Absicherungssysteme und damit vornehmlich der Sozialversicherung.

Diagramm 18: Ausgaben für Pflegeleistungen im Jahr 1991, aufgeteilt nach Kostenträgern bzw. Leistungsarten.⁶⁷⁷



Für die Hilfe zur Pflege bestand insoweit kein bzw. nur ein minimales Absicherungssystem und jedenfalls keine gesetzlich normierte Versicherungs- oder sonstige gesetzlich verordnete Absicherungspflicht für die „Allgemeinheit“ - weder als eigenständige Sozialversicherung noch im Rahmen einer privatrechtlich verpflichtend abzuschließenden Pflichtversicherung. Pflegeleistungen aus weiteren Sozialleistungen waren gegenüber dem „Hauptfinanzier Sozialhilfe“ nur von untergeordneter Bedeutung. Damit geriet der Ausgabenzuwachs mit steigendem Umfang der „Hilfe zur Pflege“ zunehmend in den Blickpunkt. Er markierte den steigenden Bedarf, der mangels anderer Sicherungssysteme weitgehend für die eigentlich nachgelagerte und als Notsicherungssystem angelegte Sozialhilfe relevant wurde. Die Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe übernahm bis zur Einführung der Pflegeversicherung zunehmend die Funktion einer Grundsicherung bzw. Regelfinanzierung - ähnlich wie dies innerhalb der Sozialhilfe derzeit für den Bereich der Eingliederungshilfe zu beobachten ist.⁶⁷⁸

⁶⁷⁷ Eigene Darstellung und Berechnung nach Zahlenangaben in: *Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 186. Für diesen Zeitraum bezogen sich die Angaben auf das ehemalige Bundesgebiet („Alte“ Bundesländer). Insgesamt ergibt sich nach den dortigen Zahlenangaben für das Jahr 1991 ein Gesamtausgabenbetrag für Pflegeleistungen in Höhe von etwa 7,808 Milliarden Euro (die DM-Angaben wurden zur besseren Vergleichbarkeit mit dem Faktor 1,95583 in Euro-Werte umgerechnet), wobei die Höhe der Ausgaben für die Beihilfe nur als Schätzung beziffert wurde (*ebd.*).

⁶⁷⁸ *Haustein*, S. 237.

Die Visualisierung (siehe *Diagramm 18*) zeigt deutlich das Übergewicht der Hilfe zur Pflege, die seinerzeit ganz überwiegend Kostenträger der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit war.

Der Blick auf die Entwicklung dieses Ausgabevolumens zeigt die seinerzeitige finanzielle Ausgangsposition für die Diskussion um eine eigenständige Pflegeversicherung noch deutlicher. Die Aufwendungen der Sozialhilfe für die Hilfe zur Pflege stiegen in einem Zeitraum von gut dreißig Jahren konstant von - umgerechnet - knapp einer halbe Milliarden Euro im Jahr 1970 auf über sieben Milliarden Euro im Jahr 1993.

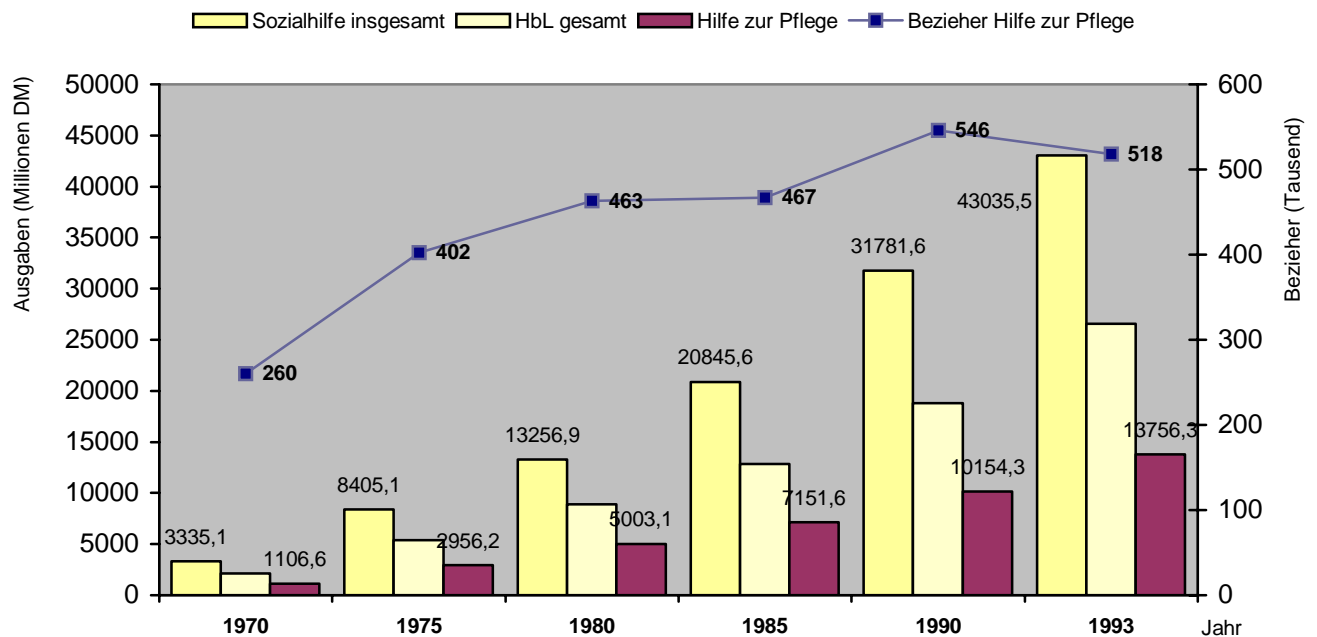
Insgesamt stiegen die Sozialhilfeausgaben in den Jahren 1970 bis 1993 von - umgerechnet - etwa 1,7 Milliarden Euro deutlich auf über 22 Milliarden Euro. Dieser Anstieg geschah insgesamt bei in etwa gleich gebliebenen Anteilen der Leistungsarten. Er war also nicht etwa durch eine überbordende Zunahme der Leistungen zum laufenden Lebensunterhalt geprägt. Auch für die Ausgaben der Hilfe zur Pflege kann - im Gesamtausgabenkontext - nicht von einer übermäßigen Kostensteigerung gesprochen werden.

Das Verhältnis der Leistungen an den Sozialhilfeausgaben teilte sich zu gut einem Drittel auf die Hilfe zum Lebensunterhalt und zu gut zwei Dritteln auf die Leistungen im Rahmen der Hilfe in besonderen Lebenslagen auf. Diese Anteile variierten in dem Zeitverlauf zwischen einem Umfang der Ausgaben der Hilfe in besonderen Lebenslagen von 64 Prozent im Jahr 1970 und einem höheren Anteil von 67 Prozent im Jahr 1980 bis zu 61 Prozent im Jahr 1993.

Die Hilfe zur Pflege wiederum hatte an der Hilfe in besonderen Lebenslagen durchgehend einen hohen Anteil. Im Zeitverlauf machte sie laufend stets mehr als die Hälfte aus. Von 51,4 Prozent im Jahr 1970 stieg dieser Anteil bis zum Jahr 1975 auf 54,9 und im Jahr 1980 noch einmal auf 56,04 Prozent. Erst im Jahr 1985 sank der Anteil wieder auf 55,78 Prozent und lag dann im Jahr 1993 erneut bei 51,81 Prozent. Bezogen auf die Gesamtausgaben der Sozialhilfe lag der Anteil der Hilfe zur Pflege, als Bestandteil der Hilfe in besonderen Lebenslagen, etwa bei einem Drittel - in den Jahren 1970 und 1993⁶⁷⁹ bei 33,18 bzw. 31,97 Prozent. Die folgende Darstellung zeigt diese Zahlenergebnisse noch einmal anschaulich in dem besprochenen Zeitverlauf:

⁶⁷⁹ 1993 machten die Ausgaben im Rahmen der Hilfe zur Pflege am Gesamtbudget (gesamte Ausgaben) der Sozialhilfe etwa ein Drittel aus - der Anteil an den Hilfen in besonderen Lebenslagen etwa die Hälfte.

Diagramm 19: Ausgaben der Hilfe zur Pflege 1970 bis 1993 in Millionen DM sowie Anzahl der Leistungsbezieher (in Tausend) im Vergleich zu den Sozialhilfeausgaben insgesamt sowie Umfang der Hilfe in besonderen Lebenslagen (HbL).⁶⁸⁰



Somit kann in diesem Zeitraum bis zur Einführung der Pflegeversicherung für die Sozialhilfeausgaben der Hilfe zur Pflege zwar eine kontinuierliche, aber - im Verhältnis zu den wachsenden Ausgaben der Sozialhilfe insgesamt - keineswegs übermäßige Zunahme konstatiert werden. Bemerkenswert ist jedoch der Zusammenhang der Ausgaben für die Hilfe zur Pflege bezogen auf die Entwicklung der Zahl der Leistungsbezieher. Während sich in dem Zeitraum die Zahl der Empfänger „lediglich“ von 260 auf 518 Tausend Leistungsempfänger annähernd verdoppelte, nahmen die Leistungsausgaben gegenüber dem Ausgangsjahr 1970 um mehr als das Dreizehnfache zu.⁶⁸¹ Diese Entwicklung wirkte noch bis zum Jahr 1995.

5.5 Bestandsschutz für Pflegegeldbeziehende in der Sozialhilfe

Zu den Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Sozialhilfe ist - für die Anfangszeit - auch die sogenannte „Bestandsschutzregelung“ zur Weitergeltung der für den Pflegegeldbezug geltenden Regelungen zu zählen.

Um sicher zu stellen, dass Pflegegeldbeziehende nach dem seinerzeit bestehenden Recht der Sozialhilfe durch die neu eingeführten Leistungen der Pflegeversicherung

⁶⁸⁰ Eigene Darstellung nach Zahlenangaben (*Statistisches Bundesamt (1995)*) für das ehemalige Bundesgebiet („Alte“ Bundesländer).

⁶⁸¹ *Sievering*, S. 23 f.

und der daran angepassten Regelungen im Sozialhilferecht nicht schlechter gestellt werden, wurden diese um eine Bestandsschutzregelung ergänzt.⁶⁸² Damit den Pflegegeldempfängern nach dem Bundessozialhilfegesetz durch die Pflegeversicherung keine finanziellen Nachteile entstehen, sollten sie den Teil des Pflegegeldes weiter erhalten, der die Leistungen der Pflegeversicherung übersteigt.⁶⁸³ Ohne eine solche Regelung zur Wahrung des Besitzstandes hätten diese Pflegegeldempfänger wegen der mit der Einführung der Pflegeversicherung neu gefassten Voraussetzungen für die Einstufung in eine Pflegestufe,⁶⁸⁴ nur (noch) ein geringeres Pflegegeld beanspruchen können. Vielfach wäre dieser Anspruch auch schlicht weggefallen.

Weiterhin war die Besitzstandregelung für die Fälle zu normieren, in denen bis dahin Pflegegeld der Gesetzlichen Krankenversicherung auf das Pflegegeld der Sozialhilfe angerechnet wurde. Beide Regelungen sind mit der Einführung der Pflegeversicherung weggefallen: Die Regelungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung über die Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit wurden durch die des SGB XI abgelöst - damit fiel folglich auch das Pflegegeld aus der Gesetzlichen Krankenversicherung mit dem 1.4.1995 weg.⁶⁸⁵ Die Regelung über das Pflegegeld in der Sozialhilfe wurde gänzlich neu gefasst.⁶⁸⁶ Es bestand somit das Erfordernis, diesen „ergänzenden Pflegegeldanspruch“ für die seinerzeitigen Sozialhilfebeziehenden in seinem Bestand zu schützen.

Vor Einführung der Pflegeversicherung betrug die Höhe des Pflegegeldes grundsätzlich 378,00 DM. In der Vorschrift selbst war, ausgehend von einem ursprünglich festgesetzten Betrag, über eine Dynamisierungsklausel⁶⁸⁷ ein jährlich fortzuschreibender Betrag festgelegt. Dieser betrug am 31.3.1995 (als maßgeblicher Stichtag) 378,00 DM (Neue Bundesländer: 295,00 DM) bzw. 1.031,00 DM (804,00 DM) bei dort so genannter Schwerstpflegebedürftigkeit.⁶⁸⁸ Für den Anspruch auf Pflegegeld war bis

⁶⁸² Unter dem Titel „Pflegegeld nach dem Bundessozialhilfegesetz“ wurde der Pflegegeldbezug in der bis zum 31.3.1995 geltenden Fassung des § 69 Bundessozialhilfegesetz (abgedruckt in: *Bundessozialhilfegesetz*, S. 23 f.) weiterhin durch eine Ergänzung (Artikel 51) im *Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit* (S. 1064) gewährleistet.

⁶⁸³ Ausdrücklicher Wille - so die Gesetzesbegründung - sollte sein, dass die Pflegegeldempfänger in der Sozialhilfe „[...] durch die Einführung der Pflegeversicherung keine finanziellen Nachteile erleiden. [...]“ (*Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 174).

⁶⁸⁴ Wie sie ja für die neue Pflegegeldregelung der Sozialhilfe - weitgehend - identisch gelten (siehe zuvor in diesem Kapitel *Fn. 647 (Seite 180)*).

⁶⁸⁵ *Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit* (Artikel 4 Nr. 4, S. 1047).

⁶⁸⁶ Siehe zuvor in diesem Kapitel *Fn. 647 (Seite 180)*.

⁶⁸⁷ § 69 Abs. 6 Bundessozialhilfegesetz in der bis zum 31.3.1995 geltenden Fassung (abgedruckt in: *Bundessozialhilfegesetz*, S. 24).

⁶⁸⁸ § 69 Abs. 4 Sätze 1 und 2 *ebd.*, Zahlenangaben nach: *Krahmer* (1998), S. 627.

zum 31.3.1995 lediglich als Voraussetzung normiert:

„Ist ein Pflegebedürftiger, [...], so hilflos, daß er für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfange der Wartung und Pflege dauernd bedarf, so ist ihm ein Pflegegeld zu gewähren; [...]“.⁶⁸⁹

Seit 1991 wurde in der Gesetzlichen Krankenversicherung ein Pflegegeld in Höhe von 400,00 DM für Schwerpflegebedürftige gewährt.⁶⁹⁰ Wurde gleichzeitig Pflegegeld in der Sozialhilfe bezogen, wurde dieses dort pauschal um 200,00 DM gemindert.⁶⁹¹

Mit den in der Gesetzlichen Krankenversicherung eingeführten Leistungen bei Schwerstpflegebedürftigkeit ergab sich für die Sozialhilfeträger bereits eine - dem Umfang nach aber kaum ins Gewicht fallende - Entlastung bei deren Finanzierungsverpflichtungen. Mit der eingeführten Pflegeversicherung und den dort vorrangig zu erbringenden Leistungen verbanden die Sozialhilfeträger große Erwartungen an eine Entlastung bei den Ausgabeverpflichtungen im Rahmen der Hilfe zur Pflege.

So lag nahe, was sich in der Praxis der Hilfe zur Pflege bei der Leistungserbringung sehr rasch zeigte. Entgegen der ausdrücklich mit Blick auf diese Entwicklung beschlossenen Bestandsschutzregelung, mit der der höhere Leistungsanspruch aus der Sozialhilfe gesichert werden sollte, wurde diese von den Sozialhilfeträgern vielfach ignoriert. Den Pflegegeldbeziehenden wurde der ausdrücklich durch die Bestandsschutzregelung zugesicherte Unterschiedsbetrag mit Einführung der Pflegeversicherung seit dem 1.4.1995 vielfach nicht (mehr) gewährt.⁶⁹² Für die Betroffenen blieb einzig der Klageweg, um die Sozialämter zur Einhaltung der geltenden Rechtsvorschriften zu bewegen.⁶⁹³ Um diesem Missstand abzuhelpen und um der Regelung Nachdruck zu verleihen,⁶⁹⁴ verabschiedete der Bundestag noch im Juli 1995 eine Resolution.⁶⁹⁵ Doch erst die Verabschiedung eines Gesetzes,⁶⁹⁶ in dem die bereits beschlossene Bestandsschutzregelung durch eine Neufassung der Regelung erfolg-

⁶⁸⁹ § 69 Abs. 3 Satz 1 erster Halbsatz Bundessozialhilfegesetz in der bis zum 31.3.1995 geltenden Fassung (abgedruckt in: *Bundessozialhilfegesetz*, S. 23).

⁶⁹⁰ § 57 SGB V in der bis zum 31.3.1995 geltenden Fassung.

⁶⁹¹ § 69 Abs. 3 Satz 4 Bundessozialhilfegesetz in der bis zum 31.3.1995 geltenden Fassung - abgedruckt in: *Bundessozialhilfegesetz*, S. 24.

⁶⁹² *Hannoversche Allgemeine Zeitung* vom 17.5.1995; *Prüfig*.

⁶⁹³ *Frankfurter Rundschau* vom 11.9.1995; *Badische Zeitung* vom 2.11.1995.

⁶⁹⁴ *Frankfurter Rundschau* vom 29.6.1995.

⁶⁹⁵ *Bundestags-Drucksache 13/1845*; *Frankfurter Rundschau* vom 29.6.1995.

⁶⁹⁶ Mit dem *Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit*, das auf Initiative des Bundesrates zustande kam, wurde Mitte Dezember 1995 durch einen erneuten Gesetzesbeschluss eine präzisierende Neufassung des Artikels 51 des *Gesetzes zur sozialen Absicherung*

te, konnte den gewünschten Regelungsstandard herbeiführen.⁶⁹⁷ Die faktische Benachteiligung wurde damit für die Betroffenen erst zum Ende des Jahres der Einführung der Pflegeversicherung beendet. Unabhängig davon, ob die Regelungsunklarheiten tatsächlich bestanden oder nur behauptet wurden, waren sie jedenfalls für die Betroffenen leistungsausschließend wirksam und damit faktisch bestehend. Rückwirkend zum Inkrafttreten der ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung ab 1.4.1995⁶⁹⁸ wurde durch die Neuregelung unmissverständlich klargestellt und ein weiteres Mal - wie schon in der Entschließung - deutlich gemacht, dass Pflegegeldbeziehenden das am 31.3.1995 bezogene Pflegegeld nach dem Bundessozialhilfegesetz weiterhin erhalten und zusätzlich das bis zum 31.3.1995 nach dem bis dahin geltenden Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung bezogenen Pflegegeld.⁶⁹⁹ Ausdrücklich wurde normiert, dass für den Anspruch auf das Pflegegeld nach der Bestandsschutzregelung *nicht* Pflegebedürftigkeit bzw. mindestens erhebliche Pflegebedürftigkeit (Stufe I) im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI) oder des Bundessozialhilfegesetz vorliegen muss und ebenfalls *nicht* Voraussetzung ist, dass bis zum 31.3.1995 Pflegegeld nach dem Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) bezogen wurde.⁷⁰⁰ Weiterhin abweichende Verwaltungsakte (Ablehnungsbescheide) wurden für unwirksam erklärt und waren somit von den zuständigen Sozialleistungsträgern zurückzunehmen.⁷⁰¹ Die Regelung stellte ebenfalls klar, welche Einkommens- und Vermögensgrenzen heranzuziehen sind⁷⁰² und welche Leistungsbeträge wie bei der Gewährung der Besitzstandsleistung in Abzug zu bringen sind.

5.6 Entwicklung seit Einführung der Pflegeversicherung

Das Jahresergebnis 1994 markiert den Ausgangspunkt für die Situation der Sozialhil-

cherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit vom Parlament beschlossen (*Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit*, S. 1724).

⁶⁹⁷ Eine ausführliche Sachverhaltsdarstellung findet sich in: *Bundestags-Drucksache 13/2940*; siehe auch: *Bundestags-Drucksache 13/2207*.

⁶⁹⁸ *Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit* (Artikel 2, S. 1725).

⁶⁹⁹ *Ebd.*, Artikel 1 Nr. 1 (Art. 51 Abs. 1), S. 1724.

⁷⁰⁰ *Ebd.* (Art. 51 Abs. 2).

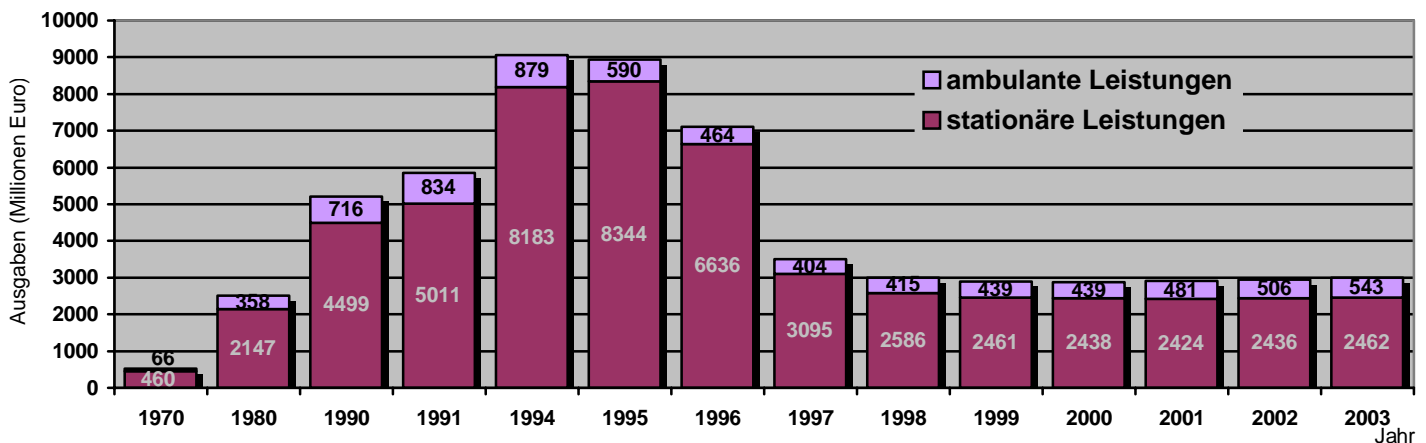
⁷⁰¹ Mit Wirkung für die Vergangenheit und durch einen neuen Verwaltungsakt mit Wirkung vom 1.4.1995 zu ersetzen (*ebd.* (Art. 51 Abs. 2)).

⁷⁰² Maßgebend sind die Einkommens- und Vermögensgrenzen, wie sie am 31.3.1995 gegolten haben: Die allgemeine Einkommensgrenze (§ 79 Abs. 1 und 2 Bundessozialhilfegesetz) 999,00 DM (in den „Neuen“ Ländern: 924,00 DM), die besonderen Einkommensgrenzen (§ 81 Abs. 1 und 2 Bundessozialhilfegesetz) 1.499,00 DM (1.399,00 DM) und 2.998,00 DM (2.339,00 DM); das sogenannte „Schonvermögen“ zwischen mindestens 500,00 und höchstens 8.000,00 DM (§ 88 Abs. 2 Nr. 8 *Bundessozialhilfegesetz* in Verbindung mit der *Verordnung zur Durchführung des § 88 Abs. 2 Nr. 8 des Bundessozialhilfegesetzes*).

fe im Vorfeld der in Kraft tretenden Regelungen der Pflegeversicherung mit den bis dato höchsten Ausgaben⁷⁰³ für die Hilfe zur Pflege. In den folgenden Jahren zeigte sich mit dem Einsetzen der Pflegeversicherung seit dem 1.4.1995 für die ambulanten Leistungen und seit dem 1.7.1996 für die stationären Leistungen der erwartete und angestrebte Effekt für die Sozialhilfeausgaben.

Die folgende Darstellung mit der Unterteilung der Ausgaben in stationäre und ambulante Leistungen zeigt ebenfalls deutlich den dabei durchgehend stark prägenden Ausgabeneffekt der stationären Leistungen, deren Anteil an den Gesamtausgaben der Hilfe zur Pflege im Jahr 2003 bei 81,93 Prozent lag.

Diagramm 20: Entwicklung der Ausgaben für die **Hilfe zur Pflege** in der Sozialhilfe von 1970 bis 1991⁷⁰⁴ und von 1994 bis 2003⁷⁰⁵ (in Millionen Euro) unterteilt nach ambulanten und stationären Leistungen



Der Blick auf die Entwicklung der Ausgaben der Sozialhilfe für die Hilfe zur Pflege seit dem Jahr 1970 zeigt im Vorfeld des Wirkens der Pflegeversicherung zunächst eine deutliche Zunahme der Ausgaben, die im Jahr 1994 ihren bis dato höchsten Wert erreichten. Mit dem Einsetzen der ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung ab 1995 gingen die Ausgaben leicht zurück und ab 1996 stellte sich mit dem Einsetzen der stationären Leistungen der Pflegeversicherung ab Mitte des Jahres und dann in den Folgejahren durchgängig ein deutlicher Ausgabenerückgang der Hilfe

⁷⁰³ Siehe dazu sogleich in *Diagramm 20: Entwicklung der Ausgaben für die Hilfe zur Pflege in der Sozialhilfe von 1970 bis 1991 und von 1994 bis 2003 (in Millionen Euro) unterteilt nach ambulanten und stationären Leistungen*.

⁷⁰⁴ Eigene Darstellung und Berechnung (die dortigen DM-Angaben wurden zur besseren Vergleichbarkeit mit dem Faktor 1,95583 in Euro-Werte umgerechnet) nach Zahlenangaben in: *Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 185. Für diesen Zeitraum bezogen sich die Angaben auf das ehemalige Bundesgebiet („Alte“ Bundesländer).

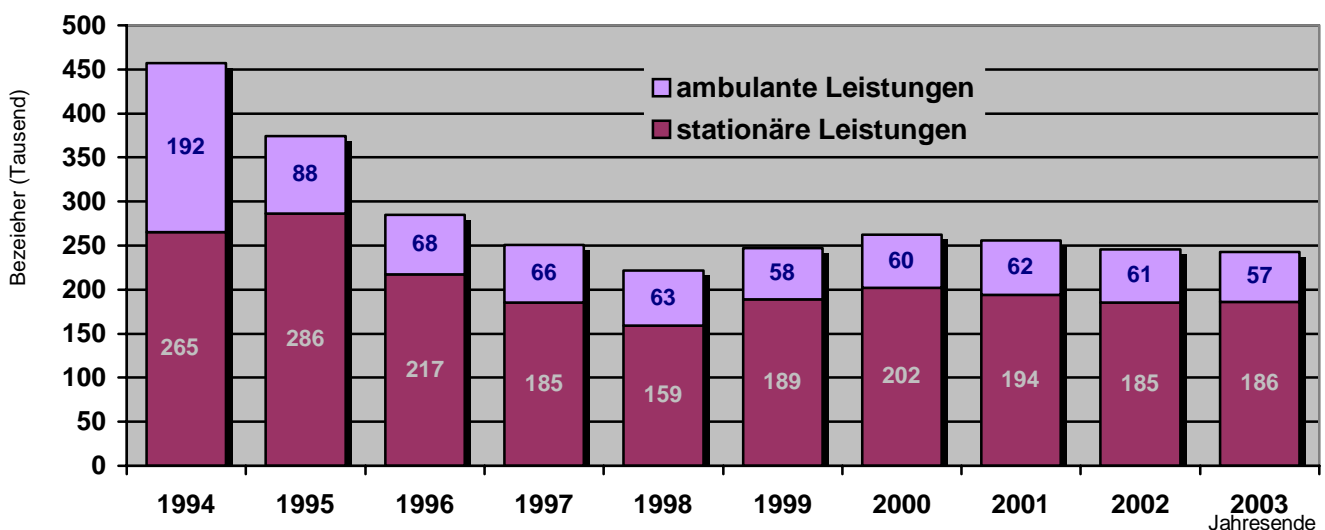
⁷⁰⁵ Für diesen Zeitraum beziehen sich die Zahlen auf das gesamte Bundesgebiet (inklusive „Neue“ Bundesländer). Eigene Darstellung nach Zahlenangaben (Bruttoausgaben in Euro) in: *Haustein*, S. 238.

zur Pflege ein. Die mit der Pflegeversicherung ab dem Jahr 1995 beabsichtigte Kostentlastungs- bzw. Ausgabenminderungswirkung trat ein. Die Ausgaben wurden - ausgehend vom Stand des Jahres 1994 - während der folgenden vier Jahre um über sechzig Prozent gemindert.

Allerdings sanken die Ausgaben der Hilfe zur Pflege trotz der Einsetzens der ausgabenmindernden Wirkung der Pflegeversicherung bis dato nicht unter das Niveau vor dem Jahr 1980. Im Vergleich über den betrachteten Zeitraum von gut dreißig Jahren ist sichtbar, dass die Ausgabenminderung bereits ab dem Jahr 1998 verharrt und sich die Ausgaben nach Erreichen eines unteren Plateauwerts stabilisiert haben - mit dem Trend zu steigen. Ab dem Jahresergebnis 2001 lassen sich anhand der Zahlen-ergebnisse insgesamt wieder wachsende Ausgaben ablesen, wobei die Ausgaben für ambulante Leistungen bereits seit 1999 wieder steigen - die Ausgaben für stationäre Leistungen nehmen seit 2002 wieder zu.

Auch für die Zahl der Leistungsbezieher von Hilfe zur Pflege ergibt sich ein ähnliches Bild. Sie ist - ablesbar - deutlich gesunken:

Diagramm 21: Entwicklung der Zahl der **Leistungsbezieher** von Hilfe zur Pflege in der **Sozialhilfe** im Zeitraum von 1994 bis 2003 (jeweils am Jahresende) unterteilt nach ambulanten⁷⁰⁶ und stationären Leistungen (in Tausend)⁷⁰⁷



Sichtbar ist aber auch, dass dieser Rückgang ab dem Jahr 1998 offenbar auf ein nicht unterschreitbares „unteres, stabiles Niveau“ getroffen ist, und die Zahl der Emp-

⁷⁰⁶ Inklusiv teilstationärer Pflege.

⁷⁰⁷ Eigene Darstellung nach Zahlenangaben in: *Haustein*, S. 236.

fänger seitdem „insgesamt relativ konstant“ geblieben ist.⁷⁰⁸ Die Zahl der Leistungsbezieher zeigt nach dem kurzen Zeitraum des Rückgangs keine Tendenz, zu diesem Wert zurückzukehren bzw. diesen zu unterschreiten. Dies bedeutet, dass durch die Pflegebedürftigkeit wieder zunehmend mehr Menschen - wenn auch im Jahr 2003 nicht in dem Umfang wie im Jahr 1994 - von Leistungen der Sozialhilfe abhängig wurden. Auffällig ist zudem das bereits konstatierte, durchgehende und in der Tendenz weiter zunehmende Übergewicht des Anteils stationärer Leistungen innerhalb der Leistungsarten. Es scheint für die Pflege konstitutiv zu sein.

5.6.1 Wirkung der Pflegeversicherung auf die Sozialhilfe

Zur Wirkung der eingeführten Pflegeversicherung auf die Sozialhilfe ist anhand der vorliegenden Zahlenergebnisse zu konstatieren: Während das finanzpolitische Ziel der durch die Pflegeversicherung beabsichtigten Minderung der Sozialhilfeausgaben und damit die finanzielle Entlastung der Sozialhilfeträger, sogar in noch höherem Umfang als erwartet⁷⁰⁹ realisiert wurde, konnte das sozialpolitische Ziel der Pflegeversicherung, die persönliche Abhängigkeit von der Sozialhilfe bei Pflegebedürftigkeit zu verringern, nur teilweise erreicht werden. Zwar minderte sich die Zahl der auf die Leistungen der Sozialhilfe angewiesenen Pflegebedürftigen seit Einführung der Pflegeversicherung,⁷¹⁰ sie konnte aber den im Jahr 1998 erreichten „unteren Sockelwert“ nicht unterschreiten und verfehlte damit die seinerzeit bei Einführung der Pflegeversicherung als Zielvorgabe beabsichtigte, deutliche Reduzierung der Sozialhilfeabhängigkeit. Insbesondere gilt diese „Zielverfehlung“ für den beabsichtigten Rückgang im stationären Bereich.⁷¹¹ Gegenüber dem für die stationären Leistungen maßgeblichen Ausgangswert am Jahresende 1995 lag die Zahl der Leistungsbezieher zum Jahresende 2003 bereits wieder bei fast zwei Dritteln dieses Wertes.

Im Jahr 2003 bildete die Hilfe zur Pflege bei den Hilfen in besonderen Lebenslagen - nach den deutlich dominierenden Eingliederungshilfen - den zweitgrößten Ausgabenbereich und hatte an den Gesamtausgaben der Sozialhilfe bereits wieder einen Anteil von mehr als zehn Prozent:

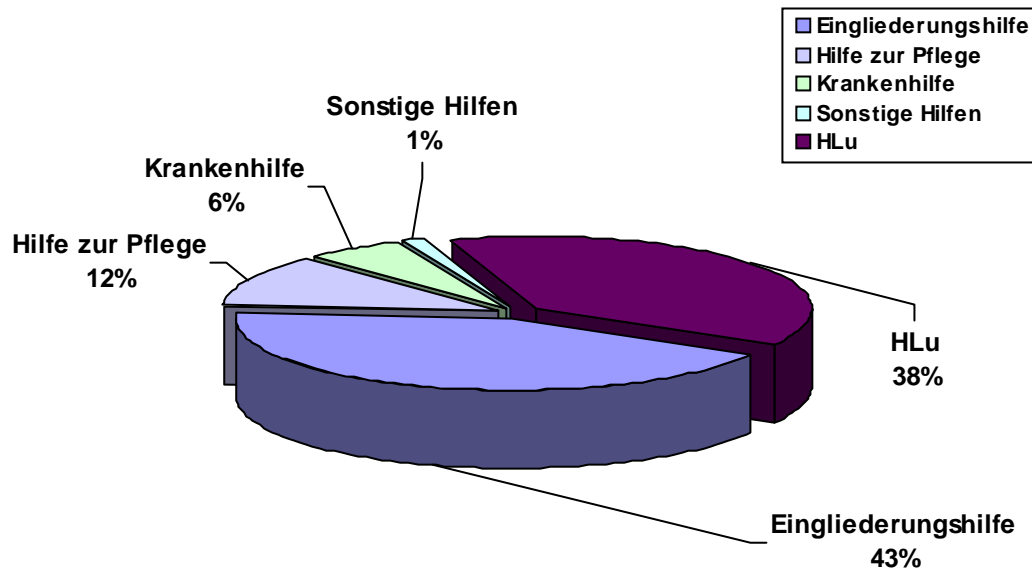
⁷⁰⁸ So auch *Haustein*, S. 236.

⁷⁰⁹ *Roth/Rothgang*, S. 69 f. .

⁷¹⁰ Wobei *Roth* und *Rothgang* in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, dass anhand der Zahlenergebnisse nicht geklärt werden kann, inwieweit die Veränderungen kausal auf die Einführung der Pflegeversicherung allein oder aber auf weitere Faktoren zurückzuführen sind (*ibd.*, S. 48, 62).

⁷¹¹ Bis 1998 sollte ein Rückgang von etwa 75 Prozent realisiert werden, tatsächlich minderte sich die Zahl jedoch nur um etwa 40 Prozent - im ambulanten Bereich fiel die Diskrepanz zwischen etwa erwarteten 80 Prozent und tatsächlich etwa 67 Prozent geringer aus (mit weiteren Nachweisen *Roth/Rothgang*, S. 70 f.).

Diagramm 22: Verteilung der Gesamtausgaben der Sozialhilfe nach den Anteilen der Hilfe zum Lebensunterhalt (HLu) und den weiteren Hilfearten (Hilfen in besonderen Lebenslagen) im Jahr 2003⁷¹²

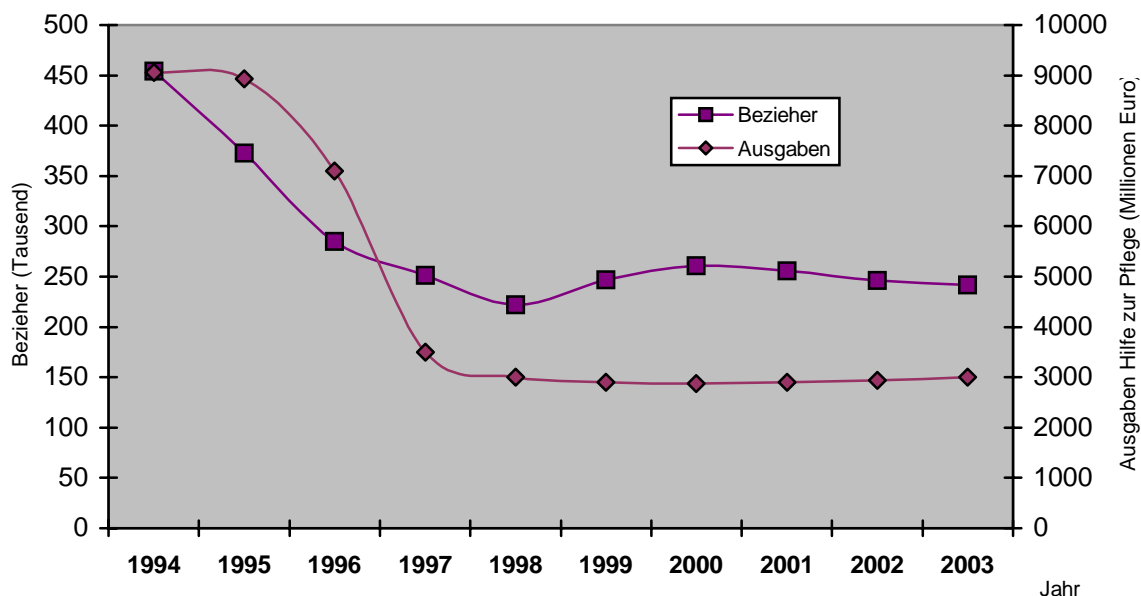


Die vergleichende Gegenüberstellung der Entwicklung der Zahlen der Leistungsbezieher und der Ausgaben der Hilfe zur Pflege zeigt deutlich den intensiven Ausgabeneffekt der stationären Leistungen auf (siehe folgendes *Diagramm 23*). Trotz insgesamt in den Jahren seit 1998 relativ stabiler - und, verglichen mit dem Wert des Jahres 2000, sogar sinkender - Leistungsbezieherzahlen, steigen die Ausgaben. Die Ausgabensteigerung geht hauptsächlich auf die stationären Leistungen⁷¹³ zurück. Während die Zahl der Bezieher stationärer Leistungen „nur“ um eintausend jeweils bezogen auf das Jahresende 2002 bis 2003 stieg, nahmen die stationären Leistungsausgaben gleichwohl um 26 Millionen Euro zu.

Unverändert wirkt also der intensive Ausgabeneffekt der stationären Leistungen fort. Die Einführung der Pflegeversicherung hatte auf die Hilfe zur Pflege offensichtlich nur einen temporären Effekt. Die Ausgabenentwicklung der Hilfe zur Pflege setzt sich - seit dem Jahr 2001 - von einem niedrigeren Niveau aus fort.

⁷¹² Eigene Darstellung nach Zahlenangaben (Bruttoausgaben) in: *Haustein*, S. 237. Für diese Darstellung wurde mit Blick auf die seit Jahresbeginn 2005 geltende „Gleichberechtigung“ aller Hilfearten auf die bis dahin übliche, gesonderte Aufteilung nach den beiden Leistungsarten (Hilfe zum Lebensunterhalt und Hilfe in besonderen Lebenslagen) verzichtet. Rechnerisch lässt sich leicht erschließen, dass auch im Jahr 2003 die in der Hilfe in besonderen Lebenslagen zusammengefassten Hilfen den Hauptanteil (62 Prozent) an den insgesamt geleisteten Bruttoausgaben der Sozialhilfe in Höhe von 25,59 Milliarden Euro bildeten.

Diagramm 23: **Sozialhilfe:** Vergleich Zahl der Bezieher von „Hilfe zur Pflege“ (in Tausend) und Ausgaben von 1994 bis 2003 (in Millionen Euro)⁷¹⁴



Die Dynamik scheint dabei allerdings sogar noch zuzunehmen. Denn insgesamt nehmen die Leistungsausgaben auch bei einer abnehmenden Zahl von Leistungsbeziehern weiter zu. Das weist darauf hin, dass es weitere Gründe geben muss, die für diese Entwicklung eine Rolle spielen.

5.6.2 Wirkungsgrad der Pflegeversicherung abnehmend

Wenn insgesamt weniger Leistungsbezieher, aber gleichwohl steigende Ausgaben der Hilfe zur Pflege zu verzeichnen sind, bedeutet dies, dass pro Leistungsbezieher mehr Sozialhilfeausgaben für die pflegerischen Leistungen getätigt werden. Dies lässt sich schlüssig nur dadurch erklären, dass offenbar die nicht bedarfsdeckend festgelegten „Teilkaskoleistungen“ der Pflegeversicherung in geringer werdendem Umfang in der Lage sind, den Leistungsbedarf zu decken. Dies wiederum weist auf den abnehmenden Wert der Pflegeversicherungsleistungen hin, die ohne Anpassung an die Preissteigerungen für Pflegeleistungen (Dynamisierung) stetig an Kaufkraft verlieren.⁷¹⁵ Die nicht (mehr) von den Leistungen der Pflegeversicherung gedeckten

⁷¹³ Siehe zuvor *Diagramm 20: Entwicklung der Ausgaben für die Hilfe zur Pflege in der Sozialhilfe von 1970 bis 1991 und von 1994 bis 2003 (in Millionen Euro) unterteilt nach ambulanten und stationären Leistungen* (Seite 191).

⁷¹⁴ Eigene Darstellung dieser Zusammenschau aus den Zahlenangaben zu den Ausgaben (*Haustein*, S. 238 - siehe oben *Fn. 705*) und zu den Beziehern (*Haustein*, S. 236 - siehe oben *Fn. 707*).

⁷¹⁵ Die „Rürup-Kommission“ ermittelte in ihrem Bericht eine zum Erhalt des Niveaus notwendige „realwert-erhaltende Dynamisierung“ der Leistungspauschalen von 2,25 Prozent jährlich (*Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung* (2003b), S. 192 f.). Die von der Bundesregierung eingesetzte „Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme“ wurde nach ihrem

Pflegekosten müssen unweigerlich an anderer Stelle getragen werden - also vornehmlich von den auf die Leistung der Pflegeversicherung Angewiesenen.

5.6.3 Die drei „Aus“wirkungskategorien für die Hilfe zur Pflege

Bevor dies jedoch auf die Sozialhilfe wirkt, sind von den Leistungsbezieher (weitere) Eigenmittel einzusetzen, um den Bedarf zu decken. Diese Leistungsbezieher müssen in zunehmendem Maß die verfügbaren eigenen Mittel zur Finanzierung des erforderlichen Pflegebedarfs einsetzen, um die immer weniger zur Finanzierung der Pflegekosten ausreichenden Leistungen der Pflegeversicherung auszugleichen. In dem Umfang, wie die Eigenmittel „abgeschmolzen“ werden, wird der - von der Sozialhilfe auszugleichende - „Fehlbedarf“ sichtbar(er). Verstärkt wird diese Entwicklung von dem auch auf die Sozialhilfe stark ausgabensteigernd wirkenden Hospitalisierungstrend, also der zunehmenden Inanspruchnahme stationärer Pflegeleistungen im Verhältnis zur abnehmenden Zahl derer, die ambulante Pflegeleistungen beziehen. Darauf deutet der un stetige Verlauf der Zu- und Abnahme der Zahl der Leistungsbezieher ab dem Jahr 1998 hin.

Ein zunehmender Ausgabenbedarf der Hilfe zur Pflege kann also auch darauf zurückgeführt werden, dass die (noch verfügbaren) eigenen Mittel - mit dem abnehmenden Wirkungsfaktor der Pflegeversicherungsleistungen - schneller „verbraucht“ sind, und die Leistungsbezieher insoweit stärker und wieder umgehender auf die Leistungen der Sozialhilfe angewiesen.⁷¹⁶ Der in der „Teilkaskokonzeption“ der Pflegeversicherung ohnehin erforderliche Eigenmitteleinsatz führt somit wieder direkter zu einer Sozialhilfebedürftigkeit (*erste Wirkungskategorie*). Diesen Zusammenhang bestätigen auch die im Dritten Bericht zur Entwicklung der Pflegeversicherung ausgewiesenen Zahlenergebnisse des Statistischen Bundesamtes für den gleichzeitigen Bezug von Hilfe zur Pflege und anderen Sozialversicherungspflegeleistungen, wonach der Anteil der Bezieher „ergänzender Sozialhilfe“ in diesem Bereich in den vergangenen Jahren überproportional zugenommen hat.⁷¹⁷

Hierbei ist nun noch ein Aspekt wichtig: In den Leistungsbezug - und damit in die Zählung - geraten die Bezieher von Hilfe zur Pflege erst dann, wenn sie ihre eigenen Mittel im Rahmen des von der Sozialhilfe geforderten, zugemuteten Mitteleinsatzes

Vorsitzenden, Bert Rürup, benannt und von der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, Ulla Schmidt, formal am 12.11.2002 eingerichtet.

⁷¹⁶ Meier (1997a), S 12 f. .

⁷¹⁷ Bundestags-Drucksache 15/4125, S. 50.

eingesetzt und verbraucht haben. D.h. die „sichtbare“ Zahl der auf die Leistungen der Sozialhilfe angewiesenen Pflegebedürftigen weist zusätzlich auch auf eine „latente“, derzeit noch nicht in Erscheinung getretene Zahl Pflegebedürftiger hin, die künftig der Hilfe zur Pflege bedürfen. Hierbei wirkt sich auch die perspektivisch zu erwartende, längere Bezugsdauer aus.

Eine weitere, *zweite Wirkungskategorie* kann für diejenigen Pflegeversicherten (also Leistungsanspruchsberechtigten) skizziert werden, die erst seit kurzer Zeit Leistungen der Pflegeversicherung beziehen bzw. diese in nächster Zukunft beziehen werden. Für sie gelten unter den beschriebenen Voraussetzungen - also bei weiter abnehmendem Wirkungsgrad der Pflegeversicherungsleistungen, einem fortgesetzten Hospitalisierungstrend sowie längerer Bezugsdauer - sich intensivierende Eigenmitteleinsatznotwendigkeiten. Die Eigenmittelverfügbarkeiten werden noch umgehender und in noch stärkerem Umfang einzusetzen sein. Die Eigenmittel werden trotz der gewährten Leistungen der Pflegeversicherung „früher angebrochen“ werden müssen und damit auch früher aufgezehrt sein.

Hinzu kommt perspektivisch nach derzeitigem Kenntnisstand - wie gezeigt - eine laufend zunehmende Zahl Pflegebedürftiger, die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen müssen.

Für künftige Generationen und damit insbesondere auch für die derzeit in der Mitte ihrer „Erwerbsbiographie“ stehenden Angehörigen der sogenannten „geburtstarken Jahrgänge“ droht, dass sich diese Ausgangsbedingungen kumulativ verschärfen: Anders und in noch geringerem Umfang als die vorangegangenen Generationsangehörigen ist für sie eine schlechter werdende Eigenmittelperspektive für die Teilhabsituation konstitutiv und damit auch für das Alter determinierend. Zunehmend prekäre Eigenmittelsituationen erschweren bzw. verunmöglichen die eigene Alterssicherung. Der Aufbau von Vermögen ist deutlich eingeschränkt. Zusätzlich bewirkt der intensivierte Eigenmitteleinsatz der vorangegangenen Generationen verringerte „Weitergabemöglichkeiten“ von vererbten Vermögenswerten.

Eine *dritte Wirkungskategorie* stellen die Pflegebedürftigen dar, die von der Pflegeversicherung gar nicht mehr erreicht werden. Die potenziell zunehmende Zahl derer, die derzeit und künftig von den Leistungen der Pflegeversicherung ausgeschlossen sind, wird „ohne Puffer“ direkt auf die Ausgaben der Sozialhilfe wirken. Das ist zum einen die bereits angesprochene, zunehmende Zahl derer, die nicht mehr pflegever-

sichert sind und deswegen überhaupt keinen Leistungszugang zur Pflegeversicherung (mehr) haben werden bzw. diesen künftig verlieren werden. Sie haben unter den beschriebenen Voraussetzungen keinen Zugang zu den - wenn auch im Wirkungsgrad stark geminderten - Leistungen der Pflegeversicherung und werden insoweit direkt auf den ebenfalls vorrangigen Eigenmitteleinsatz verwiesen. Doch ist davon auszugehen, dass die „Pflegeversicherungslosigkeit“ zumeist in engem Zusammenhang mit prekären Eigenmittelsituationen steht. Die zu finanzierenden Pflegeleistungen können nicht (mehr) von der Pflegeversicherung „abgefangen“ werden und somit bleibt - in Ermangelung verfügbarer Eigenmittel - als „Netz unter den Netz“ nur noch bzw. wieder zunehmend die Sozialhilfe. Vielfach wird hier ein umgehender, nahtloser „Bedürftigkeitsübergang“ nicht vermeidbar sein. Zum zweiten gilt dies natürlich in gleicher Weise für den Personenkreis, der ohnehin auf die Sozialhilfe zur Finanzierung des Lebensunterhaltes angewiesen ist, da dieser Leistungsbezug alleine keinen Zugang zur Pflegeversicherung bewirkt.

Anders und pointiert gesprochen, lässt sich die Wirkung der Pflegeversicherung auf die Sozialhilfe im Verlauf der Entwicklung bildhaft wie folgt beschreiben: Die Pflegeversicherung, vor allem mit den seit Mitte des Jahres 1996 gewährten Leistungen für die stationäre Pflege, hat aus Sicht der Sozialhilfe den dort zu finanzierenden Fehlbedarf einstweilen nur „puffern“ können - mit einer „Pufferlösung“ aus Pflegeversicherung und Eigenmitteln, wie dies von der Sozialhilfe vorrangig gefordert wird. Mit dem abnehmenden Wirkungsgrad der Pflegeversicherungsleistungen und den in den drei Wirkungskategorien beschriebenen Bedingungen, die zu einem schnelleren Abschmelzen der eigenen Mittel bei abnehmendem Potenzial des Eigenmitteleinsatzes führen, kann diese Melange eine sich wieder und weiter verstärkende Finanzierungsnotwendigkeit der pflegebedingten Ausgaben über die Hilfe zur Pflege der Sozialhilfe nicht dauerhaft wirksam verhindern.

Die sichtbare Zunahme der Ausgaben für die Hilfe zur Pflege kann insoweit als Indikator für fehlende Antworten bzw. für die nicht wirksame Ausgestaltung der Leistungen gesehen werden, die einem wachsenden pflegerischen Bedarf der Bevölkerung nicht zu entsprechen vermögen.

6 Kapitelfazit: Befunde, Handlungsbedarf und Ausblick

Die Bestandsaufnahme zeigt einen auf die soziale Pflegeversicherung wirkenden stetig zunehmenden Leistungsbedarf, dem die laufenden Beitragseinnahmen nicht

entsprechen (können). Da die Ausgabenüberschüsse aus der Rücklage zu finanzieren sind und diese damit laufend mindern, gerät das System an die Grenze der Finanzierbarkeit. Der Ausgabenbedarf wird insbesondere durch die stationären Leistungen geprägt. Innerhalb der sozialen Pflegeversicherung bewirkt die Budgetkonzeption, wonach sich die Leistungen an den verfügbaren Einnahmen auszurichten haben, eine Komprimierung der Leistungsbedarfe. Dies wirkt sich durch eine „geringere Wertigkeit“ der Leistungen pro Leistungsbezieher aus: Die Leistungsausgaben werden durch das „Einstufungsgeschehen“ gesteuert, bei dem die Zuordnung in die Pflegestufen I, II oder III wie auch die fehlende Anerkennung eines Pflegebedarfs (Ablehnung) in der sozialen Pflegeversicherung anhand der Feststellung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erfolgt. Sichtbar ist im zeitlichen Verlauf deutlich ein Trend zur Einstufung in „niedrigere“, weniger kostenintensive Pflegestufen bzw. die Nichtanerkennung eines Pflegebedarfs (Ablehnung) im Sinne des SGB XI. Das Einstufungsgeschehen folgt dabei offenbar dem „impliziten Imperativ“ der Budgetknappheit.

Diese Ausgabenbegrenzung der über die Einstufung (und Ablehnung) wirkenden „Bedarfskomprimierung“ trifft offensichtlich im Bereich der stationären Leistungen auf einen zunehmend „unelastischeren“ unteren Grenzwert. Dieser markiert einen Bedarfssockel, der auf unabwendbare Bedarfe hinweist. Trotz unveränderlich bestehender Mittelknappheit lassen sich die Bedarfe an stationären Leistungen offenbar nicht (weiter) reduzieren. Hinzu kommt eine sich zunehmend ausgeprägter entwickelnde Verlagerung von der ambulanten zur stationären Versorgung. Sie resultiert aus abnehmenden Möglichkeiten, die Pflege im häuslichen Umfeld zu realisieren. Die Zahl der ehrenamtlich Pflegenden nimmt ab und die Belastungen der pflegebereiten Angehörigen steigen. Nicht zuletzt verstärkt die im ambulanten Bereich mit der „Bedarfskomprimierung“ wirksame individuelle Leistungsminderung diese Entwicklung - damit zeigt sich auch, dass die Elastizität zur Minderung der Bedarfe im ambulanten Bereich nur scheinbar besteht: Tatsächlich werden die im ambulanten Bereich nicht erfüllten bzw. unerfüllbaren Hilfebedarfe auf die stationäre Pflege verlagert und wirken insoweit (zusätzlich) auf den bestehenden Bedarfssockel.

Damit gerät die Steuerungssystematik der sozialen Pflegeversicherung zwingend in die Situation, den Mitteleinsatz erhöhen zu müssen: Werden die Leistungsausgaben im ambulanten Bereich nicht erhöht, nimmt die Verlagerung zu den (kostenintensiveren) stationären Leistungen zu. In jedem Fall bedarf es zusätzlicher Mittel, um den

Bedarfen zu entsprechen, die entweder bei den stationären Leistungen entstehen oder im ambulanten Bereich zu erbringen sind, um die Verlagerung in den stationären Bereich zu vermeiden.

Neben dieser fiskalischen Betrachtung, die die Notwendigkeit der Mittelerhöhung aufzeigt, ist auch in den Blick zu nehmen, dass offenbar das mit dem Pflegegeld in der Pflegeversicherung konzipierte „Anreizsystem“ nicht (mehr) wirksam ist. In einer sich wandelnden Gesellschaft sind die dafür seinerzeit zugrundegelegten Annahmen einer „familialen Pflege“ immer weniger realistisch.⁷¹⁸ Die Leistungsangebote der Pflegeversicherung sind an die Anforderungen heutiger und zukünftiger Pflegearrangements anzupassen, die individualisierter und quartiersbezogener auszugestalten sind. Vor allem muss das Augenmerk darauf liegen, möglichst Alternativen zwischen der Entscheidung „ambulant“ oder „stationär“ zu schaffen, wie sie grundsätzlich mit teilstationären Leistungen und Kurzzeitpflegeangeboten im SGB XI vorgesehen sind. Auch die eingeführte Möglichkeit, „Persönliche Budgets“ in Anspruch zu nehmen, bietet der Konzeption nach Möglichkeiten für eine zukunftsfähige Modellierung der Leistungen.

Die private Pflegeversicherung stellt sich faktisch als gänzlich abgetrenntes „Sondersystem“ der gesetzlichen Pflegeversicherung dar, für den sich ähnliche Entwicklungen des Bedarfs nachzeichnen lassen. Vollständig anders wirkt sich jedoch die günstigere Einnahmensituation, verbunden mit einem - auf den „Versichertenbestand“ bezogenen - geringeren Ausgabenbedarf, auf die Leistungen pro Leistungsbezieher aus, die sich als Expansion der Leistungsbedarfe darstellen. Auch in der privaten Pflegeversicherung richten sich die Leistungsausgaben nach den „Einstufungen“ - die Zuordnung in die Pflegestufen wie auch die Ablehnung erfolgt hingegen anhand der Feststellung der von den privaten Krankenversicherungsunternehmen beauftragten Ärzte.⁷¹⁹ Sichtbar sind im Vergleich zu den Einstufungsergebnissen in der sozialen Pflegeversicherung durchweg ein umfassenderer Leistungszugang (weniger Ablehnungen) sowie die Einstufung in „höhere“ Pflegestufen.

Für die soziale Pflegeversicherung ist, pointiert formuliert, zu konstatieren: Die Kosten der Pflegebedürftigkeit werden immer weniger von dem eigentlich dafür geschaf-

⁷¹⁸ Dies war bereits bei Einführung der Pflegeversicherung problematisch (siehe in diesem Kapitel *Fn.* 411, *Seite* 113).

⁷¹⁹ Siehe dazu in *Kapitel 2* auf *Seite* 74 (*Fn.* 307).

fenen Absicherungssystem, nämlich der Pflegeversicherung, getragen. Die zahlenmäßig beschriebenen Ergebnisse der Hilfe zur Pflege bilden den „Lackmustest“ für das Wirken, bzw. noch treffender formuliert, für die Wirksamkeit der Pflegeversicherung. Das Maß, in dem die subsidiären Sozialhilfeausgaben im Bereich der Hilfe zur Pflege - wieder - steigen, zeigt den Umfang an, in dem das - vorrangige - Leistungsgesetz nicht - mehr - wirkt bzw. wirken kann. Hier aktualisiert sich eine Entwicklung, wie sie im Vorfeld der Einführung der Pflegeversicherung stattfand - allerdings mit geänderter Dynamik. Der Pflegeversicherung droht die Wirkungslosigkeit und mit den aufgeführten Entwicklungsproblemen der Finanzsituation der Sozialhilfe die gleiche Situation - auf geändertem Niveau - wie vor der Einführung der Pflegeversicherung. Dies jedoch bei einer sich verschärfenden Ausgangslage, die durch steigenden Bedarf und abnehmendem Eigenmitteleinsatzmöglichkeiten der Pflegebedürftigen und damit deutlich gesteigerten Finanzmittelerfordernissen der Hilfe zur Pflege gekennzeichnet ist.

Ohne - neuerliche - Intervention bliebe der sozialrechtlich vorgelagerten Pflegeversicherung absehbar, lediglich als zeitlich befristeter „Puffer“ kostendämpfend gewirkt zu haben - sie würde als nicht mehr nennenswerte Absicherung des Pflegerisikos letztlich obsolet.⁷²⁰ Die Kosten bei Pflegebedürftigkeit stellen zunehmend intensivere finanzielle Anforderungen an die Hilfebedürftigen und in zunehmendem Umfang, wie diese bei dem Einsatz der Eigenmittel überfordert werden, letztlich - wieder - an die Hilfe zur Pflege.

Der jeweils innerhalb der Entwicklung der Leistungsbezieherzahlen und bei den Ausgaben der Hilfe zur Pflege aufgezeigte „nicht unterschreitbare Leistungssockel“ markiert den Ausgangspunkt für den Handlungsbedarf in Bezug auf das Zusammenwirken von vorgelagerter Pflegeversicherung und nachgelagerter Sozialhilfe. Dabei ist davon auszugehen, dass dieser Sockel temporär noch um die verfügbaren und eingesetzten Eigenmittel „geschont“ ist. Sind die eigenen Mittel der Leistungsbezieher, die derzeit verzehrt werden, verbraucht bzw. restlos zur Finanzierung der Leistungsbedarfe eingesetzt, wirkt der „Fehlbedarf“ direkt auf die Sozialhilfe durch und erhöht diesen Sockel zusätzlich zum steigenden Bedarf.

Dem so abgebildeten Nachlassen des Wirkungsgrads der sozialen Pflegeversiche-

⁷²⁰ Oder wie es im Bericht der „Rürup-Kommission“ (siehe oben *Fn. 715 (Seite 195)*) dazu heißt: Die Pflegeversicherung würde sich somit selbst überleben (*Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003b), S. 191 f.*).

rung wäre also in einem ersten Schritt zu begegnen. Angesichts der aufgezeigten Potenz der anstehenden Bedarfsentwicklung ist - wie erkannt und vorgeschlagen⁷²¹ - erforderlich, die ohnehin ausstehende „Anpassung“ (Dynamisierungsregelung) der Leistungen der Pflegeversicherung umzusetzen.⁷²² Dafür sind zusätzliche Mittelein-sätze erforderlich, die jedoch nicht zwingend und allein über Beitragserhöhungen realisiert werden müssen, sondern durch eine dementsprechende Justierung der im System der Pflegeversicherung verfügbaren Möglichkeiten für einen systemübergrei-fenden Finanzausgleich (Rücklage) oder die Einbeziehung aller verfügbarer Ein-kommen (Einnahmehasis verbreitern) erfolgen können. Nicht zuletzt kann auch eine wirksame Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung (Folge-)Kosten vermeiden, die durch mangelhafte Pflege entstehen. Den wachsenden Belastungen durch einen stetig zunehmenden Pflegebedarf kann mit durchgehend präventiven Strategien be-gegnet werden.

⁷²¹ U.a. von der „Rürup-Kommission“ (*ebd.*, S. 17, 39 f., 186, 191-193).

⁷²² Zu den mit dem *Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung* beschlossenen, un-terschiedlichen Erhöhungsregelungen für die Leistungen ab 1.7.2008 sowie der erst ab dem Jahr 2015 vorgesehenen Dynamisierungsregelung siehe *Fn. 1325 in Kapitel 6 (Seite 396)*. Ebenfalls zum 1.7.2008 erfolgte eine Beitragssatzerhöhung.

Kapitel 4 Der Politikverlauf

In diesem Kapitel wird Übersicht über den Verlauf der Entwicklung und die Gestaltung der Pflegeversicherung geschaffen, um das in der nachfolgenden Strukturanalyse detailliert zu untersuchende Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) im Entstehungskontext bewerten zu können. Die hier nachgezeichnete „Pflegeversicherungshistorie“ orientiert sich chronologisch über einen Zeitraum von etwa dreißig Jahren. Dabei lassen sich zunächst zwei große Abschnitte unterscheiden. An den zwanzigjährigen Prozess, an dessen Beginn im Jahr 1974 die erstmalige Wahrnehmung eines Bedarfs für eine gesetzliche Lösung des „Pflegeproblems“ steht und der in dem mit dem „Pflegekompromiss“ im Jahr 1994 beschlossenen Pflegeversicherungsgesetz einen vorläufigen Abschluss fand, schließt sich ab dem Jahr 1995 ein fortdauernder Weiterentwicklungsprozess der Pflegeversicherung an. Der erste Abschnitt der Entwicklung der Pflegeversicherung von der Problemwahrnehmung bis zur Politikformulierung lässt sich in Phasen aufteilen. Dieser Darstellungsweise wird hier ebenfalls gefolgt, um die Etappen und Debatten bis zu dem Kompromiss über die Einführung einer gesetzlichen Pflegeversicherung in der gebotenen Pointierung nachzuzeichnen. Die phasenweise Sequenzierung wird für die weitere Entwicklung der Pflegeversicherung ab dem Jahr 1995 fortgeführt und um weitere Phasen ergänzt. Die Änderungsgesetzgebung ist in korrigierende, umsetzende und inhaltlich gestaltende Initiativen unterteilbar. Dabei zeigt sich für das PQsG, dass es stärker inhaltlich-gestaltend motiviert war. Innerhalb der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung lassen sich weiterhin Unterschiede in Abhängigkeit von der jeweiligen Regierungskonstellation ausmachen. Während insbesondere die Regierungskoalition von CDU/CSU und F.D.P prägend für die Entwicklung der Pflegeversicherung war, wirkte die Rot-Grüne Regierungskoalition nach dem Regierungswechsel im Jahr 1998 für zwei Wahlperioden auf die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Die Verlaufsübersicht schließt mit der durch die vorgezogenen Neuwahlen im Herbst 2005 vorzeitig beendeten Legislatur am „Vorabend der großen Koalition“.

Zusammenfassend erfolgt, diese Einteilungen verbindend, eine Zuordnung des Geschehens nach „Handlungslogiken“, denen die Entwicklung und Gestaltung der Pflegeversicherung erkennbar unterliegen bzw. die für ihre Weiterentwicklung und Gestaltung prägend sind. Die nach Handlungslogiken charakterisierbare (Weiter-)Entwicklung der Pflegeversicherung ermöglicht die Einordnung und Bewertung des PQsG in diesem Kontext.

Notwendigerweise kommt es in der Darstellung der Gesetzesfortentwicklung zu Redundanzen mit dem bereits in den vorangegangenen Kapiteln dargestellten und bearbeiteten Regelungskreis, der Situation und den Handlungsbedarfen der Pflegeversicherung. Diese Dopplungen sind durchaus beabsichtigt und sollen - sich gegenseitig ergänzend - mit Querverbindungen und unterschiedlichen Blickrichtungen das Gesamtbild komplettieren und so gleichzeitig einen Gesamtblick wie auch die erforderliche Tiefenschärfe bieten.

1 Entscheidungs- und Gesetzgebungsverlauf - der Entwicklungsprozess bis zum Pflegeversicherungsgesetz

Der Entwicklungs- und Entstehungsverlauf von der Problemformulierung bis zur Politikformulierung, die den Gesetzesbeschluss als „Pflegekompromiss“ zum Ergebnis hatte, lässt sich in der Abfolge in folgenden Phasen darstellen:⁷²³

1.1 Formulierungsphase

Als Problem wurde zunächst die soziale Situation der Pflegebedürftigen, insbesondere bei stationärer Unterbringung, hinsichtlich der zunehmenden Kostenbelastung wahrgenommen. So stellte das Kuratorium Deutsche Altershilfe im Jahr 1974 ein Gutachten vor, wonach die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der Leistungen bei Krankenhausbehandlung einen „Mindeststandard“ für Pflegebedürftige zu leisten haben, weil es keine sachliche Begründung für eine Unterscheidung von Krankenhausbehandlung und Krankenhauspflege gibt.⁷²⁴

⁷²³ Eine phasenweise Unterteilung zur Darstellung des Entwicklungsverlaufs bis zur Einführung der Pflegeversicherung nahm erstmals *Igl* in seiner Bearbeitung im Jahr 1992 vor (S. 1). *Meyer* übernahm 1996 diesen Ansatz und erweiterte ihn um die Zeit bis zum Beschluss über die Einführung der Pflegeversicherung (S. 153 f.). Diese sieben Phasen von 1973 bis 1994 liegen als Kurzzusammenfassung vor (beispielsweise in *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005*, S. 375). Die hier vorgenommene Unterteilung ist sachdienlicherweise an diesen Phasen orientiert und setzt dabei für den hier verfolgten Darstellungszweck eigene Schwerpunkte.

⁷²⁴ *Kuratorium Deutsche Altershilfe* (S. 25). *Rothgang/Vogler* (1998) weisen ergänzend darauf hin, dass ursprünglich ein sozialpolitisches Argument der Auslöser der Debatte war, wenn vom Kuratorium Deutsche Altershilfe als ungerecht kritisiert wurde, dass zwar Krankheit sozialversicherungsrechtlich abgesi-

Der Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt schlug im Jahr 1976 eine Dreiteilung der Kostenübernahme bei stationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgung vor:

- Wohnraum- und Verpflegungskosten sollten von den Nutzern (bzw. den Unterhaltsverpflichteten oder der Sozialhilfe) selbst getragen werden,
- die Pflegekosten sollten von den Krankenkassen und
- die sonstigen Dienstleistungen von der Sozialhilfe übernommen werden.

Langfristig wurde zur Deckung der Kosten bei Pflegebedürftigkeit für alle Bürger eine Pflichtversicherung unter dem Dach der Gesetzlichen Krankenversicherung gefordert - ohne Rücksicht auf das Einkommen, ohne Ansehen des Alters und ohne Befreiungsmöglichkeit.⁷²⁵

Den Abschluss dieser ersten Wahrnehmungs- und Aufarbeitungsphase⁷²⁶ bildete ein umfassender Bericht einer von der Bundesregierung einberufenen Arbeitsgruppe⁷²⁷ sowie die im Zusammenhang mit diesem Bericht erstellte, seinerzeit maßgebliche sozialwissenschaftliche Studie des Instituts SOCIALDATA über die Anzahl und Situation von zu Hause lebenden Pflegebedürftigen.⁷²⁸ Es folgten weitere Vorschläge zur Absicherung des Risikos bei Pflegebedürftigkeit,⁷²⁹ die aber trotz der Erkenntnis, dass sich die Pflegeproblematik auf alle Altersgruppen und auf die gesamte Gesell-

chert sei, hingegen trotz „normaler“ Erwerbsbiographien die Pflegebedürftigkeit Sozialhilfeabhängigkeit und „Taschengeld“empfängerstatus bewirken, weil es dafür sonst keine Absicherung gebe (*ebd.*, S. 1).

⁷²⁵ *Arbeiterwohlfahrt Bundesverband* (S. 68). Ein bemerkenswerter Vorschlag, denn (fast) genau so wurde es etwa zwanzig Jahre später für die Pflegeversicherung beschlossen.

⁷²⁶ *Igl* (1992), S. 2.

⁷²⁷ Die Arbeitsgruppe wurde im Jahr 1978 eingesetzt - mit dem Auftrag, erste Überlegungen hinsichtlich der besseren (sozial)versicherungsrechtlichen bzw. sozialgesetzlichen Absicherung der Pflegebedürftigen anzustellen. Im Jahr 1980 wurden die Ergebnisse vorgestellt. Der Bericht enthielt einen Problemaufriss, eine Beschreibung des Handlungsbedarfs und stellte denkbare Modelle zur Verbesserung der Absicherung im Pflegefall vor (*Bund-Länder-Arbeitsgruppe*).

⁷²⁸ Im Auftrag des seinerzeitigen Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit (in Auftrag gegeben im Jahr 1977) wurden im Jahr 1978 erstmals Repräsentativdaten über die Anzahl der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen erhoben. Insgesamt wurden 29.000 deutsche Haushalte mit 75.000 Personen befragt. Der Rücklauf lag bei über 85 Prozent. Die im Jahr 1980 veröffentlichte Studie gewann deshalb derart an Bedeutung, weil es zuvor „[...] keine auch nur annähernd ausreichenden Vorstellungen über die Anzahl der Pflegebedürftigen gab [...]“ (*Socialdata*, S. 2). Das Ergebnis lag weit höher als erwartet (*ebd.*, S. 91). Die Studie stellte Versorgungsdefizite fest, legte aber auch Schwächen und Probleme bei der Erforschung des Problems Pflegebedürftigkeit offen. Defizite wurden in den Bereichen „Behinderte“, „finanzielle Absicherung der Pflegebedürftigen“, „Situation stationär versorgter Pflegebedürftiger“ sowie „Existenz und Nutzung von Beratungssystemen“ ausgemacht (*ebd.*, S. 15, 93 und 236 f.). Es gelang nicht, den Begriff der Pflegebedürftigkeit genau festzulegen. Eine Einteilung in Grade der Hilfebedürftigkeit war nur unter Berücksichtigung aller verfügbaren Antwortdaten möglich (und unter Aufgabe des Begriffs der Pflegebedürftigkeit, *ebd.*, S. 20-22).

⁷²⁹ So zum Beispiel in den Jahren 1981 von der *Transfer-Enquête-Kommission*, 1983 von den Spitzenverbänden aus dem Bereich der Wohlfahrtspflege als *Gemeinsamer Vorschlag* und 1984 vom *Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge*.

schaft erstreckt, vorrangig um die Sicherung älterer Menschen bemüht waren.⁷³⁰

1.2 Gesetzentwurfsphase

Den ersten Schritt einer politischen Partei in Richtung einer gesetzlichen Konkretisierung unternahm im Jahr 1984 DIE GRÜNEN mit einem Gesetzentwurf zur Pflege.⁷³¹ In der Folgezeit wurden weitere Entwürfe vorgelegt, vornehmlich von den Bundesländern.⁷³² Während das Land Hessen im Jahr 1986⁷³³ mit der Gesetzesinitiative der Grünen⁷³⁴ einen Schutz bei Pflegebedürftigkeit in allgemeiner Form ohne Einschränkung auf einen bestimmten Personenkreis vorsah, war im bayerischen⁷³⁵ und im rheinland-pfälzischen⁷³⁶ Vorschlag - beide aus dem Jahr 1986 - lediglich für pflegebedürftige alte Menschen ein Schutz vorgesehen. Alle genannten Vorschläge sahen steuerfinanzierte Leistungen vor.

Die Bundesregierung (CDU/CSU und F.D.P.) hielt jedoch in ihrem Pflegeverbesserungsgesetz⁷³⁷ nur für die Gruppe der Schwerstpflegebedürftigen eine Absicherung für notwendig. Zwar hatte sie zuvor in ihrem Bericht zur Pflegebedürftigkeit festgestellt, dass die Versorgung und Sicherung Pflegebedürftiger grundsätzlich verbessert werden müsse. Eine Regelung in Form eines Pflegegesetzes zu Lasten des Bundes wurde jedoch - auch im Rahmen einer eigenständigen Pflegeversicherung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung - aus finanziellen Gründen für unmöglich gehalten.⁷³⁸

1.3 Vorläufige Einstiegsphase

Gleichwohl wurden die Eckpunkte des Pflegeverbesserungsgesetzes in das Gesundheitsreformgesetz von 1988⁷³⁹ aufgenommen: Mit der Einführung häuslicher

⁷³⁰ Sie wurden deshalb von *Igl* als „Einstieglösungen“ bezeichnet ((1992), S. 3).

⁷³¹ *Bundestags-Drucksache 10/2609*.

⁷³² Das Länderinteresse lag dabei auf der Hand: Die steigenden Ausgaben der Sozialhilfe durch die „Hilfe zur Pflege“ setzten die Kommunen und damit auch die Länder unter Druck und trieben so die Befassung voran.

⁷³³ *Bundesrats-Drucksache 81/86*.

⁷³⁴ Hessen war seinerzeit Rot-Grün regiert.

⁷³⁵ *Bundesrats-Drucksache 138/86*.

⁷³⁶ *Bundesrats-Drucksache 137/86*.

⁷³⁷ *Bundesrats-Drucksache 270/86*, siehe auch *Bundestags-Drucksache 10/6134*.

⁷³⁸ *Bundestags-Drucksache 10/1943*.

⁷³⁹ Das *Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen* wurde als Gesundheitsreformgesetz bzw. auch in seiner Abkürzungsvariante „GRG“ bekannt. Durch Artikel 1 des Artikelgesetzes (*ebd.*, S. 3023-3054) wurde das bis dahin noch als „Zweites Buch“ in den §§ 165 bis 536a der Reichsversicherungsordnung (RVO) geregelte Krankenversicherungsrecht als Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) neu gefasst und in das Sozialgesetzbuch eingeordnet. Es trat in seinen wesentlichen Bestandteilen zum 1.1.1989 in Kraft. Neben einer sprachlich-redaktionellen Neuordnung, die angesichts der an vielen Stellen antiquier-

Pflegehilfen für Schwerpflegebedürftige, als neuartige Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung im Zusammenhang mit der Reform des Krankenversicherungsrechts, „wagte“ die Bundesregierung den Einstieg in eine sozialversicherungsrechtliche Regelung zur Leistungsgewährung bei Pflegebedürftigkeit über die Gesetzliche Krankenversicherung.⁷⁴⁰ Die seinerzeit eingeführten „Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit“⁷⁴¹ regelten die im einzelnen nach ärztlicher Feststellung notwendige häusliche Pflegehilfe:

- Bei Urlaub oder Verhinderung der Pflegeperson die Übernahme der häuslichen Pflege bis zu vier Wochen im Kalenderjahr mit einer Aufwendungsgrenze der Krankenkasse von 1.800,00 DM;⁷⁴²
- Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bis zu einer Stunde je Pflegeeinsatz und bis zu 25 Pflegeeinsätze je Kalendermonat;⁷⁴³
- die Gewährung eines Pflegegeldes in Höhe von 400,00 DM kalendermonatlich auf Antrag, wenn Pflegebedürftige die Pflege selbst sicherstellen.⁷⁴⁴

Bereits an dieser Stelle wurde die obligatorische Begutachtungstätigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) normiert. Die Krankenkassen wurden dazu verpflichtet,⁷⁴⁵ das Vorliegen von Schwerpflegebedürftigkeit⁷⁴⁶ durch den MDK prüfen zu lassen.⁷⁴⁷

ten Sprache (die RVO wurde 1911 in Kraft gesetzt), aber auch wegen der Zersplitterungen der Regelungen durch eine Vielzahl von Gesetzesänderungen - „mehrhundertfach“, so *Bley/Kreikebohm/Marschner* (S. 114) - geboten war, wurden auch erhebliche inhaltliche Änderungen durch die Neufassung vorgenommen.

⁷⁴⁰ *Zipperer* forderte seinerzeit, andere Finanzierungsformen für die Absicherung von Pflegebedürftigkeit als vorrangig zu lösende Aufgabe in der Bundesrepublik Deutschland zu finden, weil diese nicht in den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung gehöre (*ebd.*, S. 18).

⁷⁴¹ Unter dieser Überschrift wurden die §§ 53 bis 57 als sechstes Kapitel des SGB V mit dem GRG neu gefasst (siehe *Fn.* 739).

⁷⁴² § 56 SGB V, Leistungen ab 1.1.1989.

⁷⁴³ § 55 SGB V, Leistungen ab 1.1.1991.

⁷⁴⁴ § 57 SGB V, Leistungen ebenfalls ab 1.1.1991.

⁷⁴⁵ § 275 Abs. 2 Nr. 2 SGB V.

⁷⁴⁶ Im Sinne des § 53 SGB V.

⁷⁴⁷ Letztlich wurden diese „Einstiegsregelungen“ des SGB V - fast regelungsgleich - im SGB XI weitergeführt. Da die „soziale Pflegeversicherung“ die „Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit“ im Rahmen des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) vorsieht, sind die §§ 53 bis 57 SGB V mit dem 1.4.1995 weggefallen. Weitere Regelungen, wie etwa die in den §§ 11 Abs. 2 SGB V geregelten Leistungsansprüche zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, wurden durch das *Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit* in Artikel 4 (*ebd.*, S. 1046-1048) entsprechend geändert. Die Leistungsbezieher wurden bei Inkrafttreten der - nach Pflegestufen differenzierenden - Pflegeversicherung automatisch (d.h. ohne die ansonsten grundsätzlich erforderliche Antragstellung) der Pflegestufe II zugeordnet (Artikel 45 *ebd.*, S. 1063).

1.4 Entscheidung für ein Sozialversicherungsgesetz

Die so von der Regierung vorgegebene Tendenz war in der Folgezeit auch bestimmend für die weitere Diskussion um eine umfassende Regelung des „Pflegeproblems“.

1.4.1 *Privat- versus sozialversicherungsrechtliche Lösung*

Grundsätzlich standen sich zwei Umsetzungsformen gegenüber:

Auf der einen Seite wurde eine Privatversicherungslösung vorgeschlagen, bei der nur die privaten Haushalte für die Beiträge aufkommen sollten. Der im Jahr 1990 vorgelegte Entwurf des Landes Baden-Württemberg⁷⁴⁸ sah vor, dass sich jede Person ab dem 45. Lebensjahr im Rahmen einer privaten Pflegevorsorgepflicht (Grundversicherung) gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit abzusichern habe.

Als problematisch wurde bei dem vorgelegten Vorschlag vor allem die lange Anlaufzeit von rund fünfzehn Jahren gesehen.⁷⁴⁹ Es fehlten auch Regelungen über begleitende Maßnahmen, wie etwa die Absicherung der Pflegepersonen, Pflegekurse für Angehörige oder pflegeinstitutionelle Angebote. Unbefriedigend blieb in dem Entwurf vor allem, dass - angesichts der langen Anlaufzeit - damit keine sofort wirksam werdende Hilfe für die bereits pflegebedürftigen Menschen bereit gestellt würde. Eine Realisierung des baden-württembergischen Vorschlags⁷⁵⁰ brächte den Arbeitgebern lediglich den Vorteil, keine Beiträge entrichten zu müssen - Vorteile für Versicherte seien hingegen nicht erkennbar.⁷⁵¹

Auf der anderen Seite wurde mit dem sogenannten „Blüm-Modell“⁷⁵² von 1991 eine Lösung im Kontext der Sozialversicherung vorgeschlagen. Die Absicherung im Pflegefall sollte damit in Form einer eigenständigen Pflegeversicherung unter dem Dach der Gesetzlichen Krankenversicherung nach sozialversicherungsrechtlichen Grundsätzen erfolgen, die traditionell eine paritätische Beitragsaufbringung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern vorsehen.

Die Versicherungspflicht sollte sich auf den Personenkreis der gesetzlich Krankenversicherten erstrecken. Zur Finanzierung sah das „Blüm-Modell“ die paritätische Beitragsaufbringung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern vor, in Höhe von zwei

⁷⁴⁸ Bundesrats-Drucksache 367/90.

⁷⁴⁹ Marburger, S. 170.

⁷⁵⁰ Bundesrats-Drucksache 367/90.

⁷⁵¹ Igl (1992), S. 6.

⁷⁵² Benannt nach dem seinerzeitigen Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Norbert Blüm.

Prozent des Einkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze, wie sie in der Gesetzlichen Krankenversicherung galt. Hinsichtlich der Leistungen wurde von einem Mindestsicherungskonzept - aufgeteilt in drei Pflegestufen - ausgegangen, welches ohne Wartezeit Geld- und Sachleistungen bei häuslicher (vorrangig) und stationärer (ohne die sogenannten „Hotelkosten“) Pflege sowie eine soziale Absicherung der Pflegepersonen gewährt.⁷⁵³

Der von den Ländern Bremen, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Schleswig-Holstein und Hamburg zur Einführung einer Pflegeversicherung - ebenfalls im Jahr 1991 - vorgelegte Gesetzesantrag⁷⁵⁴ sowie der wenig später von der Fraktion der SPD im Bundestag eingebrachte, wortgleiche Entwurf⁷⁵⁵ stimmte in den Grundsätzen mit dem „Blüm-Modell“ überein.

Hinsichtlich des versicherten Personenkreises ging der Vorschlag der SPD jedoch weiter: Die gesamte Wohnbevölkerung (einschließlich „Ausländer“) sollte erfasst sein. Weiter wurde ein geringerer Beitragssatz von 1,4 Prozent des Einkommens - ebenfalls paritätisch aufgebracht -, allerdings bis zur (höheren) Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung, angesetzt. Über das Konzept des Bundesarbeitsministeriums hinaus gingen Vorschläge zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung durch eine Bedarfsplanung, den Abschluss von Landespflege- und Versorgungsverträgen zwischen Kassen und Leistungserbringern sowie durch die Einrichtung von Landespflegekonferenzen.⁷⁵⁶

1.4.2 Die Finanzierungsfrage als Streitpunkt

Im weiteren Verlauf gerieten folglich insbesondere die Frage nach der Ausgestaltung bzw. systematischen Einordnung eines Leistungsgesetzes und damit vor allem auch die Frage nach der Finanzierung in den Vordergrund der politischen Diskussion - zunächst im Regierungslager.

Schon zu Beginn der Legislaturperiode hatte sich nach der gewonnenen Bundestagswahl Ende 1990 der Dissens zwischen den Regierungspartnern in den Koalitionsverhandlungen abgezeichnet. Die konträren Positionen waren gekennzeichnet durch die Festlegungen des CDU-Vorstands, der - maßgeblich durch das Wirken Norbert Blüms - letztlich am 30.9.1991 einen Tendenzbeschluss für eine soziale

⁷⁵³ Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (1991).

⁷⁵⁴ Bundesrats-Drucksache 534/91.

⁷⁵⁵ Bundestags-Drucksache 12/1156.

Pflegeversicherung fasste, und der Beschlusslage des kleineren Koalitionspartners zur Einführung einer privaten Pflegeversicherung.

Für eine Lösung in der Sozialversicherungsgestaltung sprachen die in der Öffentlichkeit vorherrschende Popularität der bekannten und vertrauten Sozialversicherung (zumindest im Gegensatz zu privatversicherungsrechtlichen Lösungen), die als historisch bewährt eingeschätzt wurde. Auch die Attraktivität hinsichtlich einer sofortigen Umsetzungsmöglichkeit - ohne finanzielle Ansparphasen - und nicht zuletzt die Nähe zum Modell der SPD sprachen ebenfalls dafür. Schließlich musste mit Blick auf das Gesetzgebungsverfahren auch davon ausgegangen werden, dass das zustimmungspflichtige Regelungswerk einen „SPD-Länder“ dominierten Bundesrat - tatsächlich stellten die SPD-regierten Länder 1992 die Mehrheit im Bundesrat - zu passieren hatte. Für den Fall einer Umsetzung des „Blüm-Modells“ drohte die F.D.P. jedoch seinerzeit mit dem Ende der Koalition.

Die F.D.P. legte sich in ihrem Parteitagsbeschluss vom 2.11.1991⁷⁵⁷ auf die - ausdrücklich so formulierte - Einführung einer privaten Pflichtversicherung bei Pflegebedürftigkeit fest. Um den Preis des vorläufigen Handlungsstillstands wurde in diesem Verlauf der politischen Entscheidungsphase eine Regierungs- bzw. Koalitionskrise abgewendet.⁷⁵⁸

Der Beschluss der großen Koalitionsrunde legte dann am 30.6.1992 die Eckwerte der Pflegeversicherung fest. Schwerpunktartig waren umfangreiche Maßnahmen zum „Ausgleich der Belastung der Wirtschaft“ bei der möglichst zügigen Einführung des neuen Leistungsgesetzes vorgesehen.

Die vereinbarten „Eckwerte“ entsprachen überwiegend dem „Blüm-Modell“. Hinsichtlich des Ausgleichs der Belastung für die Wirtschaft wurden u.a. folgende Maßnahmen vorgesehen bzw. entlastende Effekte durch die Einführung einer Pflegeversicherung dargestellt: Einsparungen bei den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung und in der Sozialhilfe durch den Wegfall von Pflegeleistungen, Abbau der „Fehlbelegung“ in Krankenhäusern, Einsparungen im Haushalt der Bundesanstalt für Arbeit durch Änderung der Leistungen, Einführung eines „Karenztages“ bei der Lohn-

⁷⁵⁶ *Igl* (1992), S. 7.

⁷⁵⁷ Nachdem dies so schon am 8.10.1991 von der F.D.P.-Bundestagsfraktion beschlossen wurde.

⁷⁵⁸ Nicht zuletzt durch die Zusicherung des Bundeskanzlers und CDU-Parteivorsitzenden, Helmut Kohl, die Koalition dafür nicht gefährden zu wollen - ausführlich wird der Verlauf dieser Ereignisse von Meyer geschildert (S. 273-275, 292, 311-319).

fortzahlung im Falle der Arbeitsunfähigkeit bzw. alternativ und wahlweise dazu die Inanspruchnahme eines Urlaubstages, weitere Einsparungen bei der Lohnfortzahlung durch eine Verschärfung der Anzeige- und Nachweispflichten sowie weitere Regelungen zur Vermeidung von Leistungsmissbrauch.⁷⁵⁹

Die Ausgleichsregeln für die Wirtschaft gingen im wesentlichen auf den Beschluss der F.D.P. zurück, ihre Position für ein Privatversicherungsmodell nur aufzugeben, wenn in dem neu zu schaffenden Pflegeversicherungsgesetz Entlastungen für die Unternehmen geschaffen würden und bei der Beitragsbemessung die Grenze der Gesetzlichen Krankenversicherung gelte.⁷⁶⁰

Die Ausgleichsregelungen bildeten auch den entscheidenden Streitpunkt⁷⁶¹ der, zu diesem Zeitpunkt im Grundkonzept bereits vorliegenden, Pflegeversicherung. Der Vorschlag, einen Karenztag einzuführen, erschien nicht durchsetzbar⁷⁶² und wurde von der Regierungskoalition im September 1993 durch ein anderes Modell ersetzt: Vorgesehen war nach dieser neuerlichen „Kompensationsvariante“, dass die Arbeitnehmer an zehn Feiertagen 20 Prozent weniger Lohn und Gehalt erhalten oder auf zwei Urlaubstage verzichten sollten. Das Pflegeversicherungsgesetz der Regierungskoalition wurde so vom Deutschen Bundestag gegen die Stimmen der Opposition verabschiedet.⁷⁶³ Gleichzeitig wurde eine Rechnung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung bekannt, wonach der Wegfall eines gesetzlichen Feiertages die Unternehmen um rund neun Milliarden Deutsche Mark entlasten würde. Im Dezember 1993 scheiterte dieser Gesetzentwurf von CDU/CSU und F.D.P. jedoch im Bundesrat an der Mehrheit der SPD-regierten Bundesländer.⁷⁶⁴

1.4.3 Einigung und Gesetzesbeschluss

Die Diskussion verdichtete sich dann auf eine Entscheidung zwischen dem von Rudolf Scharping - gerade erst als Kanzlerkandidat der SPD und damit neuer Herausforderer für die Bundestagswahl aufgestellt - angebotenen Verzicht auf einen Feier-

⁷⁵⁹ *Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung* (1992).

⁷⁶⁰ *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 1.7.1992.

⁷⁶¹ Die nur durch die Stillstandslosung abgewendete Krisensituation (vgl. *Fn.* 758) trat nun wieder hervor. In „geänderter Besetzung“ stellte die F.D.P. im Frühjahr 1993 öffentlich die Einführung der Pflegeversicherung wieder zur Disposition.

⁷⁶² *Droge*, S. 12 f. .

⁷⁶³ In namentlicher Abstimmung votierten 322 Abgeordnete mit „Ja“, 227 mit „Nein“ und sieben Abgeordnete enthielten sich (*Das Parlament* vom 29.10.1993).

⁷⁶⁴ Schon frühzeitig gab der Bundeskanzler Helmut Kohl die Losung für die zu erwartende Niederlage im Bundesrat aus, wonach nicht zu verhandeln sei, sondern frühestens im Vermittlungsausschuss nach Kompromissen gesucht werden sollte (*Meyer*, S. 350).

tag und der Forderung der Regierung, zwei Feiertage zu streichen.⁷⁶⁵ Nachdem mehrere Vermittlungsgespräche scheiterten,⁷⁶⁶ konnte - durchaus überraschend⁷⁶⁷ - am 10.3.1994 mit der „Feiertagsregelung“ eine - nunmehr - endlich von allen Parteien gebilligte Lösung gefunden werden. Die als „Durchbruch“ charakterisierte Kompromisslösung wurde am 10.3.1994 in einem Gespräch zwischen Rudolf Scharping und Wolfgang Schäuble, CDU/CSU-Fraktionschef, vereinbart.⁷⁶⁸ Sogleich nach der Billigung dieses Lösungsvorschlags durch den Vermittlungsausschuss wurde im Bundestag eine Entschließung verabschiedet.⁷⁶⁹

Die mit dieser Kompromissregelung erfolgte Beschlussempfehlung des Vermittlungsausschusses⁷⁷⁰ wurde vom Parlament am 22.4.1994 angenommen.⁷⁷¹ Die Zustimmung des Bundesrates erfolgte am 29.4.1994.⁷⁷² Damit konnte das „Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit“ am 28.5.1994 im Bundesgesetzblatt verkündet und somit wirksam werden.⁷⁷³

Die Diskussions- und Ausgestaltungsphase konnte so mit der Beschlussfassung über das - vor allem im Bereich der Finanzierung - stark vom Kompromiss geprägte Pflegeversicherungsgesetz *vorläufig* abgeschlossen werden. Gleichzeitig prägte die so formulierte und beschlossene gesetzliche Grundlage die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.

⁷⁶⁵ Droge, *ebd.* (Fn. 762).

⁷⁶⁶ *Süddeutsche Zeitung* vom 8.2.1994 sowie vom 10.2.1994.

⁷⁶⁷ Hinter dieser, hier grob und sehr vereinfachend skizzierten, Konsensfindung verbirgt sich weitaus mehr Dramatik, als es die Darstellung annehmen lässt. So gab es auch innerhalb der SPD erhebliche Differenzen zwischen dem Sozialexperten Rudolf Dreßler und dem Parteivorsitzenden Rudolf Scharping (*Hannoversche Allgemeine Zeitung* vom 3.3.1994; *Süddeutsche Zeitung* vom 4.3.1994). Auch führten die Rolle der F.D.P. sowie die Vorgänge und Befindlichkeiten im engeren Regierungskreis sowohl im Verhältnis zwischen dem Bundeskanzler und Parteivorsitzenden, Helmut Kohl, und seinem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Norbert Blüm (*Der Spiegel* vom 28.2.1994, S. 29), als auch innerhalb der Koalition zu Spannungen (*Süddeutsche Zeitung* vom 26.2.1994 sowie vom 28.2.1994). Meyer beschreibt in seiner Bearbeitung zur Pflegeversicherung ausführlich auch den Verlauf dieser Ereignisse bis zur Einigung über den „Pflegekompromiss“ (S. 362-375).

⁷⁶⁸ *Hannoversche Allgemeine Zeitung* vom 11.3.1994.

⁷⁶⁹ Eine ausführliche Wiedergabe der anschließenden Debatte im Deutschen Bundestag, in der noch einmal alle Parteien ihre Positionen vortragen, findet sich in: *Das Parlament* vom 25.3./1.4.1994, S. 2-5.

⁷⁷⁰ *Bundestags-Drucksache* 12/7323.

⁷⁷¹ *Deutscher Bundestag - Plenarprotokoll* 12/223, S. 19279 ff.

⁷⁷² *Bundesrats-Drucksache* 342/94.

⁷⁷³ *Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz - PflegeVG)*.

2 Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

2.1 Umsetzungsphase

2.1.1 Umsetzung der Bestandsschutzregelung

Sogleich nach Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes zeigten sich Probleme bei der Umsetzung. Die Bestandsschutzregelung des Artikel 51⁷⁷⁴ wurde seit dem 1.4.1995 von der Mehrzahl der Sozialhilfeträger nicht umgesetzt.⁷⁷⁵ Diese Regelung sollte den - eventuell gegenüber den, durch das Elfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) neu eingeführten, Leistungssätzen - höheren Leistungsanspruch aus der Sozialhilfe sichern, wenn Sozialhilfebeziehende bis zum 31.3.1995 Pflegegeld vom Sozialamt bezogen hatten.⁷⁷⁶ Selbst eine Resolution des Bundestages vom Juli 1995⁷⁷⁷ blieb erfolglos und erst die Initiative des Bundesrates schuf zum Jahresende 1995 nochmalige Klarstellung. In diesem ersten Änderungsgesetz zur Pflegeversicherung wurde ausdrücklich noch einmal der gesetzgeberische Wille zur Bestandsschutzregelung als - eigenes - Gesetz gefasst.⁷⁷⁸

2.1.2 Inkraftsetzen der zweiten Stufe der Pflegeversicherung

Wie im „Pflegekompromiss“ vereinbart, erfolgte vor Einsetzen der stationären Leistungen zunächst die Festlegung über die damit verbundene Beitragssatzfestlegung bzw. über die - bei einem als notwendig erachtetem weiteren Ausgleichsbedarf für die Wirtschaft - weitere Streichung eines landesweiten, stets auf einen Werktag fallenden, Feiertags. Das dazu am 31. Mai 1996 verkündete Gesetz⁷⁷⁹ stellte klar, dass es nicht zur Streichung eines weiteren Feiertages kommt, wenn ab 1.7.1996 die Leistungen bei vollstationärer Pflege in Kraft treten. Zudem legte es die Beitragsregelungen im Zusammenhang mit dem seit Juli 1996 zusätzlich zu zahlenden Beitrag zur Pflegeversicherung fest. Dies war vor allem im Hinblick auf die Situation der Arbeit-

⁷⁷⁴ Ebd., S. 1064.

⁷⁷⁵ Siehe dazu ausführlich in Kapitel 3 unter 5.5 Bestandsschutz für Pflegegeldbeziehende in der Sozialhilfe (Seite 187).

⁷⁷⁶ Bundestags-Drucksache 12/5262, S. 174.

⁷⁷⁷ Bundestags-Drucksache 13/1845.

⁷⁷⁸ Durch den erneuten Gesetzesbeschluss wurde mit dem Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit vom 15.12.1995 eine präzisierende Neufassung des Artikels 51 PflegeVG vom Parlament beschlossen (ebd., S. 1724) - rückwirkend zum Inkrafttreten der ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung ab 1.4.1995 (ebd., S. 1725). Damit war unmissverständlich klargestellt und ein weiteres Mal - wie schon in der Entschließung (siehe Fn. 777) - deutlich gemacht, dass ein am 31.3.1995 bestehender Pflegegeldanspruch nach dem Bundessozialhilfegesetz weiterhin besteht. Abweichende Verwaltungsakte (Ablehnungsbescheide) wurden für unwirksam erklärt und waren somit von den zuständigen Sozialleistungsträgern zurückzunehmen (Artikel 1 Abs. 6 Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, S. 1724).

⁷⁷⁹ Gesetz zum Inkraftsetzen der 2. Stufe der Pflegeversicherung.

nehmer im Bundesland Sachsen erforderlich.⁷⁸⁰

2.1.3 Erste inhaltliche Änderungsinitiative

Zu einer ersten inhaltlichen Auseinandersetzung um die (weitere) Gestaltung und Entwicklung der Pflegeversicherung kam es auf Grund einer Initiative aus der Opposition. Bereits im Dezember 1994 legte die Fraktion von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN noch vor Inkrafttreten der Pflegeversicherung einen Ergänzungsentwurf vor, der vorrangig auf die Defizite des Leistungsgesetzes im Hinblick auf die Situation jüngerer, behinderter Menschen abstellte.⁷⁸¹ Noch vor Inkrafttreten der Leistungen bei häuslicher Pflege am 1.4.1995 - so die Idee der seinerzeit frühzeitig zum Beschluss vorgelegten Änderungsvorschläge - sollten die als „besonders misslungen“ titulierten Vorschriften des SGB XI korrigiert werden.⁷⁸² Zu dem vorgelegten Gesetzentwurf führte der zuständige Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung am 20.9.1995 eine Anhörung durch.⁷⁸³

Im November 1995 wurden Pläne der Regierung über die von ihr beabsichtigten Änderungen in der Pflegeversicherung bekannt. Im Gegensatz zu den bisherigen Gesetzgebungsmaßnahmen ging es nun um die erste umfangreichere Änderung des Gesetzes im Zuge der ab 1.7.1996 zu erbringenden Leistungen bei vollstationärer Pflege. Die vorgesehenen inhaltlichen Änderungen waren vor allem auf die Umsetzung der zweiten Stufe der Pflegeversicherung gerichtet, enthielten überwiegend Klarstellungen der bestehenden Normen und hatten darüber hinaus keinen weiteren inhaltlich-gestaltenden Anspruch.⁷⁸⁴ Die Wohlfahrtsverbände kritisierten die Bestrebungen, die Behindertenhilfe aus der Pflegeversicherung auszugrenzen. Die Arbeitgeber zeigten sich verärgert darüber, dass mit dem Inkrafttreten der zweiten Stufe der Pflegeversicherung keine speziellen Ausgleichsmaßnahmen für die Wirtschaft

⁷⁸⁰ Siehe dazu ausführlich in *Kapitel 2* unter 3.3.2 *Tragung der Beiträge* (Seite 52).

⁷⁸¹ Der Entwurf machte einen Nachbesserungsbedarf in den Bereichen „Ruhe der Leistungen bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten“, „Selbstbeschaffte Hilfe - Arbeitgebermodell“ und „Pflegefachkraft - Ergänzung um andere, geeignete Fachkräfte“ (*Bundestags-Drucksache 13/99*) aus.

⁷⁸² *Ebd.*, S. 1.

⁷⁸³ Die öffentliche Anhörung ist dokumentiert in *Bundestags-Drucksache 13/4091*. In dieser Anhörung trugen die beteiligten Interessenvertreter und Organisationen ihre Einschätzungen zu den gerade kurze Zeit wirkenden Regelungen des SGB XI vor. Sie können insoweit als eine erste Erfahrungssammlung hinsichtlich der praktischen Umsetzung gelten. Zum anderen wurden bekannte Positionen aktualisiert, wie sie schon im Vorfeld der Entscheidung für die Pflegeversicherung vorgetragen wurden. Zur Einschätzung u.a. dieser Anhörung siehe beispielsweise: *Jürgens*.

⁷⁸⁴ So die Begründung der Gesetzesvorlage, die insbesondere keinerlei Mittlerfordernisse vorsah (*Bundestags-Drucksache 13/3696*, S. 1 f., 20).

vorgesehen waren.⁷⁸⁵ Ende 1995 teilte die Regierung mit, dass der Gesetzentwurf zur zweiten Stufe der Pflegeversicherung „vom Kabinett beschlossen“ worden sei. Auf die von der Wirtschaft angemahnten Entlastungen der Arbeitgeber ging die Bundesregierung in ihren Presseverlautbarungen besonders ein: Betont wurde, dass den „Belastungen der Wirtschaft aus den Pflichtbeiträgen der Arbeitgeber“ - zwar nicht mit dem Entwurf zum Pflegeversicherungsgesetz, aber - „rechtzeitig vor Inkrafttreten der zweiten Stufe als Teil eines sozialen Konsolidierungspakets“ entsprochen würde.⁷⁸⁶ Zahlreiche Proteste und u.a. die Vorlage eines eigenen Gesetzentwurfes durch mehrere Behindertenverbände, mit dem der befürchteten Ausgrenzung behinderter Menschen aus der Pflegeversicherung begegnet werden sollte,⁷⁸⁷ begleiteten die weitere parlamentarische Befassung zu den vorgesehenen Änderungen des Pflegeversicherungsgesetzes.

Auch innerhalb der Koalition ergab sich ein Streit um die Ausgestaltung der Leistungen: In der Auseinandersetzung zwischen Bundesarbeitsminister Norbert Blüm und Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer ging es darum, ob die Kosten für die medizinische Behandlung im Rahmen der stationären Pflege aus der Pflegeversicherung (praktisch sinnvoll) oder aus der Krankenversicherung (sachgemäß, weil ärztliche Leistungen nicht zum Leistungskatalog des Pflegeversicherungsgesetzes zählen) zu erbringen sind.⁷⁸⁸ Der Streit wurde aber rasch beigelegt. Blüm konnte sich nicht gegen Seehofer durchsetzen und damit fiel die Entscheidung, die Kosten der medizinischen Behandlungspflege für stationär Gepflegte mit Beginn der Leistungsgewährung bei stationärer Pflege (ab dem 1.7.1996) ebenfalls von der Pflegeversicherung übernehmen zu lassen.⁷⁸⁹ Damit war zunächst einmal der Weg zur Vorlage des *Regierungsentwurfes* für ein erstes Pflegeversicherungs-Änderungsgesetz frei.⁷⁹⁰

⁷⁸⁵ *Frankfurter Rundschau* vom 30.11.1995.

⁷⁸⁶ *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 20.12.1995.

⁷⁸⁷ *Frankfurter Rundschau* vom 18.1.1996.

⁷⁸⁸ *Handelsblatt* vom 7.2.1996.

⁷⁸⁹ Der Versuch Blüms, die Kosten der medizinischen Behandlungspflege im Rahmen der stationären Betreuung (geschätzte Höhe etwa 2,5 Milliarden DM) zugunsten der Pflegeversicherung auszugleichen, scheiterte also (*Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 7.2.1996).

⁷⁹⁰ *Bundestags-Drucksache* 13/3696. Die im Zusammenhang mit der bereits erwähnten Kostenübernahme der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung bei stationärer Versorgung (*ebd.*, S. 14) für die Pflegeversicherung entstehenden Mehraufwendungen, so der vorgelegte Regierungsentwurf vom 6.2.1996, würden „[...] jedoch durch die Einbeziehung in die bestehenden Höchstbetragsregelungen des SGB XI aufgefangen werden. [...]“ (*ebd.*, S. 2). Weiterhin wurde darauf hingewiesen, dass die Ände-

Der Bundestag beschloss diesen Gesetzentwurf der Koalition am 15.3.1996.⁷⁹¹ Damit war das Änderungsgesetz gegen die Stimmen der Opposition beschlossen.⁷⁹² Allerdings versagte der Bundesrat diesem Änderungsgesetz Anfang Mai die Zustimmung und rief den Vermittlungsausschuss an.⁷⁹³ Dieser legte bereits am 22.5.1996 eine Beschlussempfehlung vor: Im Vermittlungsverfahren kam es insbesondere zu einer Einigung über die Kostenübernahme bei der Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe⁷⁹⁴ und zu einer Verständigung darüber, die Einbeziehung der medizinischen Behandlungspflege zunächst bis Ende 1999 zu befristen.⁷⁹⁵ Weiter wurde die - zunächst bis Ende 1997 als Übergangsregelung gestaltete - pauschale Übernahme der Leistungen bei vollstationärer Pflege nach Pflegestufen festgelegt.⁷⁹⁶ Mit den Stimmen von CDU/CSU, F.D.P. und SPD wurde das Erste SGB XI-Änderungsgesetz (1. SGB XI-ÄndG) am 23.5.1996 mit den vom Vermittlungsausschuss empfohlenen Änderungen im Deutschen Bundestag angenommen⁷⁹⁷ - der Bundesrat stimmte am folgenden Tag ebenfalls zu. Damit trat das erste inhaltliche

rungen zu „[...] keiner finanziellen Mehrbelastung für die Gesetzliche Krankenversicherung sowie für Bund, Länder und Gemeinden. [...]“ führen (*ebd.*).

⁷⁹¹ In der Fassung und mit den Änderungen der vom Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung vorgelegten Beschlussempfehlung (*Bundestags-Drucksache 13/4091*). In namentlicher Abstimmung votierten 300 Abgeordnete mit „Ja“, 216 mit „Nein“ und 2 enthielten sich der Stimme. Der von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vorgelegte „Nachbesserungsentwurf“ (siehe *Fn. 781*) wurde in der gleichen Sitzung abgelehnt (*Deutscher Bundestag - Plenarprotokoll 13/96*, S. 8607-8609).

⁷⁹² Auf starken Widerspruch stießen die geplanten Regelungen für die schwerstbehinderten Beschäftigten der Werkstätten für Behinderte (*Dahesch; Frankfurter Rundschau* vom 16.3.1996.). Die geänderte Regelung, die die berücksichtigungs- und damit abrechnungsfähigen Pflegeeinrichtungen definiert, sah für diese Einrichtungen eine Ausschlussregelung vor. Artikel 1 Nr. 22 ergänzte dazu § 71 SGB XI u.a. um den Abs. 4 (*Bundestags-Drucksache 13/3696*, S. 5 sowie zur Begründung S. 15).

⁷⁹³ *Frankfurter Rundschau* vom 4.5.1996.

⁷⁹⁴ Auf Betreiben der Bundesländer wurde im Zuge des Vermittlungsverfahrens die Regelung des § 43a SGB XI eingeführt. Danach haben die Pflegekassen 10 Prozent des Heimentgelts in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe, im Einzelfall höchstens 500,00 DM (jetzt 256,00 €) monatlich, zu übernehmen. Zu dem von der Bundesregierung zunächst beabsichtigten, gänzlichen Leistungsausschluss (siehe *Fn. 792*) kam es damit zwar nicht, doch der Ausschluss als vertragsfähige Einrichtung wurde, wie ursprünglich im Gesetzentwurf der Regierung vorgesehen, in § 71 Abs. 4 SGB XI festgeschrieben (*Meier* (1997b), S. 27 f.).

⁷⁹⁵ *Bundestags-Drucksache 13/4688*.

⁷⁹⁶ In dem Regierungsentwurf vom Februar 1996 war bis zum Vorliegen der nach dem SGB XI für die vollstationären Pflegeleistungen vorgesehenen Pflegesatzvereinbarungen als Übergangsregelung die Ablösung der bisherigen Heimentgelte durch zwei Teilentgelte (abgestufte Pflegesätze und ein einheitlicher Heimkostensatz) vorgesehen - inklusive einer nach Pflegestufen gestaffelten pauschalen Höchstbetragsregelung (*Bundestags-Drucksache 13/3696*, S. 7 f. sowie - zur Begründung - S. 17 f.). In der endgültigen Fassung wurden für die Übergangszeit - bis zum Jahresende 1997 - mit Artikel 49a *PflegeVG* pauschale Beträge in den drei Pflegestufen sowie ergänzende Höchstbetragsregelungen (*Erstes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze* (1. SGB XI-ÄndG), Artikel 2, S. 834 f.) normiert. Die Vergütung nach Teilentgelten blieb als alternative Übergangsregelung erhalten (*ebd.*, S. 836 f.). Weitere Details zur ursprünglichen Regelung der Leistungen der Pflegeversicherung bei vollstationärer Pflege, zur geänderten Regelungslage und zu den Übergangsregelungen durch die Änderungen des 1. SGB XI-ÄndG sind ausführlich dargestellt in *Meier* (1997a), S. 57-60.

⁷⁹⁷ *Deutscher Bundestag - Plenarprotokoll 13/107*, S. 9424.

Änderungsgesetz zum SGB XI nach seiner Verkündung im Bundesgesetzblatt in den wesentlichen Teilen am 15.6.1996 in Kraft.⁷⁹⁸

2.2 Weitere Umsetzungsregelungen

Bis zum Ende der Legislatur im Herbst 1998 kam es nicht mehr zu inhaltlich gestaltenden Gesetzesbeschlüssen. Die Gesetzgebungstätigkeit der Regierung lässt sich für diese Phase der Legislatur - die zugleich auch die Endphase der Regierungstätigkeit der Koalition von CDU/CSU und F.D.P. sein sollte - als reine Umsetzungstätigkeit charakterisieren. Mit den Gesetzesbeschlüssen wurde - pflichtenerfüllend - lediglich den Erfordernissen aus den vorangegangenen Entscheidungen für die Pflegeversicherung und den bis dahin erfolgten Änderungen entsprochen.

So wurde der im SGB XI normierte Berichtsauftrag zur Pflegeversicherung⁷⁹⁹ erfüllt. Der erste Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung wurde im Dezember 1997 vorgelegt.⁸⁰⁰

Das Zweite Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch klärte auf Initiative der Bundesländer im Mai 1998 die Berücksichtigung von Ausbildungsvergütungen bei den Pflegesätzen rückwirkend zum Jahresbeginn. Mit dem Gesetz zur Änderung bzw. Ergänzung der Pflegeversicherung, das auf die Initiative des Landes Nordrhein-Westfalen⁸⁰¹ zurückging, wurde geregelt, dass die Aufwendungen für die Ausbildungsvergütungen in der Altenpflege oder Altenpflegehilfe in den Pflegesätzen berücksichtigt werden dürfen.⁸⁰²

Das 3. SGB XI-Änderungsgesetz (3. SGB XI-ÄndG) regelte kurz darauf, im Juni 1998, die Verlängerung der Übergangsregelungen für die pauschale Leistungsgewährung bei vollstationärer Pflege bis Ende 1999 - ebenfalls rückwirkend zum

⁷⁹⁸ *Erstes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (1. SGB XI-ÄndG).*

⁷⁹⁹ § 10 Abs. 4 SGB XI.

⁸⁰⁰ *Bundestags-Drucksache 13/9528.*

⁸⁰¹ *Bundesrats-Drucksache 481/97* - darin auch die ausführliche Begründung (S. 4-6). Der Bundesrat beschloss den Antrag Ende September 1997 und brachte den Gesetzentwurf als Bundesratsinitiative ein (*Bundestags-Drucksache 13/8941*, S. 3). In ihrer Stellungnahme vom November 1997 stimmte die Bundesregierung dem Vorschlag zu (*ebd.*, S. 6 (Anlage 2)).

⁸⁰² Dazu fügte das *Zweite Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) und anderer Gesetze* mit Artikel 1 (*ebd.*, S. 1188) den § 82a SGB XI ein. Vereinfacht gesprochen, erfolgte durch die Einfügung des § 82a SGB XI - aus Sicht der Pflegeeinrichtungen - eine Klarstellung dahingehend, dass die Kosten der Ausbildungsvergütungen den Aufwendungen für Personalkosten zuzurechnen sind. Die Ergänzungen in den Artikeln 2 und 3 zur Änderung anderer Gesetze (Achstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) sowie Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI)) wurden durch den Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung eingefügt (*Bundestags-Drucksache 13/10330*, S. 6-13).

1.1.1998. Als nicht zustimmungspflichtige Regierungsvorlage im Februar 1998, zunächst als „4. SGB XI-Änderungsgesetz“ eingebracht,⁸⁰³ entsprach die Vorlage dem Erfordernis, für die im Jahr 1996 mit dem 1. SGB XI-ÄndG bis zum Jahresende 1997 befristete Übergangsregelung⁸⁰⁴ zum Jahresbeginn 1998 eine dauerhafte Gestaltung finden zu müssen. Beschlossen wurde statt dessen eine Verlängerung der Übergangsregelung um weitere zwei Jahre, bis zum 31.12.1999.⁸⁰⁵

In den Beratungen des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung wurden neben dem schließlich beschlossenen 3. SGB XI-ÄndG noch weitere Gesetzentwürfe und Anträge befasst.⁸⁰⁶

Einstimmig verabschiedete der Ausschuss einen Entschließungsantrag zur sogenannten „Umwidmungsproblematik“. Dieser wurde vom Bundestag als fraktionsübergreifende Entschließung am 20.4.1998 angenommen.⁸⁰⁷ Gerügt wurde die Umwidmung von Einrichtungen der Behindertenhilfe in Pflegeeinrichtungen bzw. die „Verlegung“ pflegebedürftiger behinderter Menschen in eine bestehende oder eingerichtete („umgewidmete“) Pflegeeinrichtung, allein zu dem von den Trägern der Sozialhilfe verfolgten Zweck, die Leistungen der Pflegeversicherung voll ausschöpfen zu können.⁸⁰⁸ Es wurde bekräftigt, dass die Ganzheitlichkeit des Betreuungsansatzes in Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht gefährdet werden dürfe.

Ohne Mehrheit im Ausschuss blieb die von der SPD formulierte Kritik an dem ersten Pflegebericht der Bundesregierung.⁸⁰⁹ Dem Bericht fehle es - so die Bewertung - an

⁸⁰³ *Bundestags-Drucksache 13/9816*. Die Änderung auf den zutreffenden Namen („3. SGB XI-Änderungsgesetz“) erfolgte erst in der Schlussphase des Gesetzgebungsverfahrens im Mai 1998.

⁸⁰⁴ Siehe zuvor *Fn. 796*.

⁸⁰⁵ *Drittes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (3. SGB XI-Änderungsgesetz - 3. SGB XI-ÄndG)*. Das Gesetz regelte ausschließlich diese eine Vorschrift: Rückwirkend zum 1.1.1998 wurde die Übergangsregelung des Artikel 49a *PflegeVG* (siehe *Fn. 796*) nun direkt im SGB XI als Ergänzung des § 43 SGB XI um einen weiteren, fünften Absatz gefasst (§ 43 SGB XI war zuvor schon durch Artikel 19 des 1. SGB XI-ÄndG (S. 832) geändert und um einen Absatz ergänzt worden). Der mit dem 3. SGB XI-ÄndG ergänzte § 43 Abs. 5 SGB XI schrieb die pauschale Gewährung vollstationärer Pflegeleistungen nach den drei Pflegestufen (2.00,00; 2.500,00 und 2.800,00 DM) sowie nach der Härtefallregelung (3.300,00 DM) fort und modifizierte die Regelung zur Einhaltung des Durchschnittsausgabenbetrages auf die seinerzeit bereits von den Pflegekassen praktizierte „kassenartbezogene Durchschnittsregelung“.

⁸⁰⁶ *Bundestags-Drucksache 13/10312* (zu den Beschlussempfehlungen siehe dort S. 4 f.).

⁸⁰⁷ Bei Enthaltung der PDS (*Bundestags-Drucksache 14/5590*, S. 48).

⁸⁰⁸ Die im Zuge des Vermittlungsverfahrens als Kompromiss eingeführte Regelung des § 43a SGB XI (siehe zuvor *Fn. 794*) eines „kleinen Pauschalbetrages“ erwies sich - wenig überraschend - als nicht wirksam (genug), um der Umwidmung von Einrichtungen der Behindertenhilfe in Pflegeeinrichtungen zu begegnen.

⁸⁰⁹ Der von der SPD dazu im März 1998 eingebrachte Entschließungsantrag wurde mit der Stimmenmehrheit der Mitglieder der Koalitionsfraktionen gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktionen von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der - seinerzeit mit Gruppenstatus agierenden -

Aussagen darüber, wie die Pflegeversicherung konzeptionell weiter entwickelt werden soll. Ebenfalls defizitär sei die Berichterstattung u.a. in den folgenden Bereichen:⁸¹⁰

- Umsetzung des in der Pflegeversicherung normierten Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“;
- negative Wirkung der gegenseitigen Berücksichtigung von Leistungen der Tagespflege und der ambulanten Pflege auf die Nachfrage nach Tagespflegeangeboten und damit auch auf den Vorrang der häuslichen Pflege;
- Kostenwirkung der den Pflegeleistungen „zugeschlagenen“ medizinischen Behandlungskosten,⁸¹¹
- zukünftige Belastung der Sozialhilfeträger sowie Auswirkungen des Arbeitsmarktes auf die Einnahmesituation der Pflegeversicherung;
- Perspektive der auf dem „Pflegemarkt“ nachfragenden Kunden mit Blick auf die für die Qualitätssicherung erforderliche Kundenorientierung und den Verbraucherschutz.

Ebenfalls ohne Mehrheiten blieben die Gesetzentwürfe der Opposition. Vorgeschlagen wurde u.a.:

- bereits im Oktober 1997 eine Öffnungsklausel, wonach Pflegekassen in Ausnahmefällen auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung eine Befreiung von dem Pflegepflichtersatz aussprechen oder die Zeiträume zwischen den einzelnen Pflegepflichteseinsätzen verlängern können, wenn die Qualität der häuslichen Pflege gewährleistet ist;⁸¹²
- im Februar 1998 die Verlängerung der Übergangsregelung zur pauschalen Leistungsgewährung bei vollstationärer Pflege⁸¹³ und die Änderung weiterer

Mitglieder der Gruppe der PDS abgelehnt (*Bundestags-Drucksache 13/10312*, S. 7 - zu den Beratungen, S. 9 f.).

⁸¹⁰ *Ebd.*, S. 9 f. .

⁸¹¹ Siehe oben *Fn.* 795.

⁸¹² *Bundestags-Drucksache 13/8681*. Zur Umsetzung sollten, lt. dem Gesetzentwurf von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Details in den Richtlinien der Pflegekassen bestimmt werden können (*ebd.*, S. 3)

⁸¹³ Dieser gemeinsame Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 4.2.1998 (*Bundestags-Drucksache 13/9773*) wurde insoweit inhaltlich in dem Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 9.2.1998 (siehe zuvor *Fn.* 803) vollständig übernommen. Auch der von der Gruppe der PDS eingebrachte Änderungsantrag empfahl die Fortführung der Übergangsregelung (sogar als dauerhafte Regelung - *Bundestags-Drucksache 13/10312*, S. 11). Damit erklärt sich die Zustimmung aller im Ausschuss vertretenen Mitglieder zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung, also mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen von CDU/CSU, SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der Gruppe der PDS - „bei Nichtbeteiligung des Mitglieds der Fraktion der F.D.P.“, wie es im Ausschussbericht dokumentiert wurde (*ebd.*, S. 7).

leistungsrechtlicher Vorschriften⁸¹⁴ sowie

- die Verlagerung der Kostentragung für die Pflegepflichtsätze von den Pflegebedürftigen auf die jeweils zuständige Pflegekassen bzw. das private Versicherungsunternehmen als eigenständiger Gesetzentwurf.⁸¹⁵

Gesondert wurde der Gesetzentwurf für ein „Pflege-Versicherungsänderungsgesetz“⁸¹⁶ im Ausschuss befasst, den die Gruppe der PDS schon im Juni 1996 - direkt im Anschluss an das 1. SGB XI-ÄndG⁸¹⁷ - eingebracht hatte.⁸¹⁸ Der Entwurf sah unter anderem vor, eine Pflegestufe 0 mit einem Mindestpflegegeld von monatlich 300,00 DM einzuführen, wenn kein täglicher, aber gleichwohl mehrfacher Hilfe- und Pflegebedarf in der Woche besteht. Auf diese Weise würden die auf fremde Hilfe Angewiesenen unabhängig von der Sozialhilfe - die Sozialhilfe könnte als Regelfinanzierung tatsächlich abgelöst werden. Weiter wurde vorgeschlagen, die bestehende Kompensationsregelung⁸¹⁹ wieder zu streichen, um eine gleichgewichtete Beitragsbelastung von Arbeitgebern und Beschäftigten in der Pflegeversicherung zu realisieren.⁸²⁰

3 Neue Regierungskonstellation: Rot-Grüne Mehrheit nach der Bundestagswahl 1998

Nach der gewonnenen Bundestagswahl übernahm die neue Koalition aus SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Oktober 1998 mit dem neu gewählten Bundeskanzler, Gerhard Schröder, die Regierung. Damit war die Regierung von CDU/CSU und F.D.P. nach 16jähriger Amtszeit - insgesamt also nach vier Legislaturperioden - ab-

⁸¹⁴ *Bundestags-Drucksache 13/9773*. U.a. sollte das Pflegegeld bis zum Ende des Sterbemonats geleistet werden. Verbesserungen waren in den Bereichen der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege und der Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson und im Unterhaltsrecht vorgesehen.

⁸¹⁵ *Bundestags-Drucksache 13/9772*. Der ebenfalls gemeinsame Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit gleichem Datum (siehe zuvor *Fn. 813*) wurde gesondert vorgelegt, weil die beabsichtigte Regelung zustimmungspflichtig war (*Bundestags-Drucksache 13/9772*, S. 4).

⁸¹⁶ *Bundestags-Drucksache 13/5002*.

⁸¹⁷ Siehe oben *Fn. 798*.

⁸¹⁸ Die Vorschläge der PDS wurden zwar ebenfalls am 1.4.1998 im Ausschuss beraten, jedoch nicht im Zusammenhang mit den Beratungen über das 3. SGB XI-ÄndG (siehe zuvor *Fn. 806*), sondern davon abgetrennt im Verfahren zum Zweiten Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (*Bundestags-Drucksache 13/10330*).

⁸¹⁹ Also die „Feiertagsregelung“ und damit das Kernelement des seinerzeit beschlossenen „Pflegekompromisses“ (siehe zuvor unter *1.4.3 Einigung und Gesetzesbeschluss, Seite 211*).

⁸²⁰ Der Gesetzentwurf der PDS wurde von der Mehrheit der Ausschussmitglieder - bei Stimmenthaltung der Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - als „nicht mehr aktuell und nicht finanzierbar“ abgelehnt (*Bundestags-Drucksache 13/10330*, S. 14 f.). Beide Gesetze, das 2. und das 3. SGB XI-ÄndG wurden am 2.4.1998 vom Deutschen Bundestag im Sinne der dazu vorgelegten Beschlussempfehlungen des Ausschusses beschlossen (*Deutscher Bundestag - Plenarprotokoll 13/227*, S. 20855).

gelöst. Die für die Einführung und Gestaltung der neuen Pflegeversicherung maßgeblich bestimmende Regierungskoalition von CDU/CSU und F.D.P. war - retrospektiv betrachtet - nur relativ kurze Zeit für die Umsetzung des Gesetzes verantwortlich. Bereits nach etwas mehr als zwei Jahren seit dem vollständigem Inkrafttreten des Gesetzes, also mit der Gewährung der Leistungen bei stationärer Pflege zum 1.7.1996, musste sie die Regierungsverantwortung abgeben.

Mit dem Übergang waren große Erwartungen verknüpft. Die Frage war, welche Akzente die neue Regierung bei der Gestaltung und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung setzen würde. Die Bedingungen hierfür waren - zunächst - äußerst komfortabel. Die neue Rot-Grüne Regierungskoalition hatte zu dieser Zeit - noch - eine Mehrheit in der Länderkammer. Damit hätte jede Gestaltungsinitiative - so sie denn innerhalb der Koalition selbst befürwortet worden wäre - umgesetzt werden können.

Die SPD trug die Pflegeversicherung ebenfalls. Sie war im Entscheidungs- und Gestaltungsprozess zur Einführung der Pflegeversicherung beteiligt und hatte die schließlich gefundene Kompromisslösung mit entwickelt sowie - durch die Zustimmung - mit zu verantworten. Aus dieser Richtung waren also entscheidende Änderungsimpulse für die Pflegeversicherung nicht zu erwarten.⁸²¹ Hingegen waren in der Regierung mit den Grünen nun ausdrückliche Ablehner des seinerzeitigen Pflegekompromisses für das gegen ihren ausdrücklichen Willen beschlossene Gesetz mit verantwortlich. In der neuen Regierungskoalition erhielten sie sogar das Ministerium für Gesundheit, das für die Pflegeversicherung zuständig war.⁸²²

Ebenso wie die PDS/Linke Liste votierten auch die Abgeordneten von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei dem Beschluss über die Einführung der Pflegeversicherung ablehnend. In der Debatte am 11.3.1994 über den zwischen SPD und Regierung gefundenen Pflegekompromiss kritisierte Ilja Seifert für die PDS/Linke Liste die nicht ausreichend vorgesehene Bedarfsdeckung der Leistungen, die damit nicht realisierte Loslösung der Abhängigkeit von Sozialhilfeleistungen sowie die ebenfalls mit dem Gesetz entstehende finanzielle Schonung Besserverdienender bei der Finanzierung

⁸²¹ Schon im Wahlkampf betonte der seinerzeitige Kanzlerkandidat, Gerhard Schröder, dass er nicht alles anders, aber vieles besser machen wolle.

⁸²² Die Zuständigkeit wurde neu geordnet. Für die Pflegeversicherung war nun das Bundesministerium für Gesundheit zuständig (*Bekanntmachung des Organisationserlasses des Bundeskanzlers vom 27. Oktober 1998*, S. 3289). Als Ministerin wurde Andrea Fischer ernannt. Sie wurde damit die erste „grüne“ Gesundheitsministerin. Fischer hatte sich zuvor als Sozialexpertin der grünen Bundestagsfraktion profiliert und war in der Bundestagswahl als Spitzenkandidatin für die Berliner Grünen angetreten (*Gaserow*).

von Pflegeleistungen, da deren Einkommen nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze herangezogen werden. Als Vertreter von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ergänzte Konrad Weiß diese Kritik und bemängelte den gefunden Kompromiss hinsichtlich der „Feiertagsregelung“ dahingehend, dass damit das bewährte Prinzip der paritätischen Finanzierung aufgegeben und den Arbeitnehmern diese Last allein aufgebürdet werde - die Kompensationsregelung sei zudem auch menschenunwürdig, da so auf Hilfe Angewiesene zu reinen Kostenfaktoren gemacht würden. Zusätzlich erinnerte er an das Konzept einer steuerfinanzierten Pflegeabsicherung, wie es im Jahr 1984 von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN⁸²³ erstmals parlamentarisch aufgegriffen und als Gesetz vorgeschlagen wurde.⁸²⁴

Würde BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN die vorgetragene Kritik aus Oppositionszeiten nunmehr als Regierungspartei, wenn auch als kleinerer Partner, umsetzen können - würde es gelingen, die Interessen dabei mit und ggf. auch gegen die SPD durchzusetzen?

Dieser Konflikt sollte sich bis in die - durch die im Jahr 2005 überraschend vorgezogenen Bundestagswahlen abrupt verkürzte - Endphase der Rot-Grünen Regierungskoalition hinein fortsetzen. Dabei ist allerdings auch darauf hinzuweisen, dass realistischere die Pflegeversicherung nicht die vorrangige Bedeutung bei der Themenbearbeitung der Regierungskoalition hatte.⁸²⁵

3.1 Die Koalitionsvereinbarung 1998 als programmatische Absichtserklärung und Zielvereinbarung der Regierungsparteien

Programmatisch können die Koalitionsvereinbarungen vom 20. Oktober 1998⁸²⁶ als erster Schritt gelten, mit denen die neu gewählte Mehrheit von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN in ihre erste Legislatur in gemeinsamer Regierungsverantwortung ging.

⁸²³ *Bundestags-Drucksache 10/2609* (siehe zuvor in diesem Kapitel unter 1.2 *Gesetzentwurfsphase*, Seite 206).

⁸²⁴ *Das Parlament* vom 25.3./1.4.1994, S. 1, 3 f. .

⁸²⁵ Das galt insgesamt für die neue Regierungskoalition und vor allem bei den Grünen: Sie hatten als langjährige Oppositionspartei mit der erstmaligen Übernahme der Regierungs(mit)verantwortung ganz andere, den Grundkonsens der Partei strapazierende (und wandelnde), Bewährungsproben zu bestehen, u.a.: „Atomausstieg“ versus Regelung über die (Aus-)Laufzeiten der Kraftwerke, Einsatz der Bundeswehr im Kosovo nach und mit dem „out of area-Urteil“ des Bundesverfassungsgerichts (*Weinlein*) sowie im Rahmen von UNO-Blauhelm-Einsätzen.

⁸²⁶ Siehe dazu in der folgenden *Übersicht 4: Synopse der wesentlichen Aussagen zur Sozialversicherung insbesondere zur Pflegeversicherung*, (Seite 223 f.).

Übersicht 4: Synopse der wesentlichen Aussagen zur Sozialversicherung insbesondere zur Pflegeversicherung in den Koalitionsvereinbarungen der Jahre 1998 und 2002⁸²⁷

Koalitionsvereinbarung 1998	Koalitionsvereinbarung 2002
<p>I. Bekämpfung der Arbeitslosigkeit und Stärkung der Wirtschaft⁸²⁸</p> <p>Wichtigstes Ziel ist Abbau der Arbeitslosigkeit. Starke, wettbewerbsfähige und an Nachhaltigkeit orientierte Wirtschaft ist Grundlage für Arbeitsplätze, für Wohlstand und für soziale Sicherheit. Alle gesellschaftlichen Kräfte mobilisieren und im Bündnis für Arbeit und Ausbildung konkrete Maßnahmen vereinbaren um Arbeitslosigkeit zu bekämpfen. Rahmenbedingungen für neue Arbeitsplätze und nachhaltige Wirtschaftsentwicklung verbessern. Dazu zählt Senkung der gesetzlichen Lohnnebenkosten.</p>	<p>Arbeit</p> <p>Abbau der Arbeitslosigkeit bleibt wichtigstes Ziel. Finanz-, Wirtschafts-, Arbeitsmarkt- und Bildungspolitik müssen dabei zusammenwirken. Senkung der Lohnnebenkosten trägt zu mehr Wachstum und Beschäftigung bei. Arbeitsmarktreform durch vollständige Umsetzung der Vorschläge der Kommission für „Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“ auf den Weg bringen. Damit entscheidender Beitrag um Arbeitslosigkeit abzubauen und in der Folge auch zur Entlastung aller betroffenen öffentlichen Haushalte und der sozialen Sicherungssysteme.</p>
<p>III. Gerechte Steuern, ökologische Steuer- und Abgabenreform</p> <p>Neue Arbeitsplätze durch Senkung der gesetzlichen Lohnnebenkosten. Strukturen der sozialen Sicherungssysteme. Gesetzliche Lohnnebenkosten im Rahmen einer ökologischen Steuer- und Abgabenreform senken. Sozialversicherungsbeiträge von 42,3 Prozent des Bruttolohns durch die Einnahmen aus der ökologischen Steuerreform auf unter 40 Prozent senken. Das entlastet Beschäftigte und Unternehmen.</p>	<p>Finanzen und Steuern</p> <p>weitere Strukturen bei den sozialen Sicherungssystemen sind unverzichtbar. Hohe Sozialabgaben hemmen Wachstum und Beschäftigung. Strukturen im Sozialversicherungsbereich und auf dem Arbeitsmarkt. Sozialversicherung muss auf den Prüfstand. Reformen zur nachhaltigen Senkung der Sozialversicherungsbeiträge.</p>
<p>VI. Soziale Sicherheit und Modernisierung des Sozialstaates</p> <p>System der sozialen Sicherung weiterentwickeln und modernisieren. Qualität, Zielgenauigkeit und Gerechtigkeit der sozialen Sicherung erhöhen. Finanzierungsgrundlagen der sozialen Sicherung gerechter gestalten und beschäftigungswirksam reformieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> • soziale Sicherheit gegenüber den wichtigen Lebensrisiken garantieren, • Armut so weit wie möglich vermeiden, • Auseinanderdriften der Gesellschaft in Arm und Reich durch gerechte und solidarische Verteilung von Leistungen und Lasten entgegenwirken, • Chancengleichheit herstellen und spezifische Benachteiligungen ausgleichen, • gerechter Ausgleich zwischen den Geschlechtern und den Generationen • finanzielle Stabilität der sozialen Sicherungssysteme durch entschiedene Bekämpfung der Arbeitslosigkeit und durch Strukturreformen sicherstellen. <p>6. Rechte von Menschen mit Behinderung stärken</p> <p>Selbstbestimmung und gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe fördern. Dem grundgesetzlich verankerten Benachteiligungsverbot für Behinderte Geltung</p>	<p>VI. Solidarische Politik und Erneuerung des Sozialstaats</p> <p>Generationengerechtigkeit, Nachhaltigkeit und Verlässlichkeit Gestaltungsmaximen des modernen Sozialstaats um wichtigste Lebensrisiken zu bewältigen. gerechte, innovative, effiziente und transparente Sozialpolitik. Weiterentwicklung der Sozialversicherungssysteme angesichts demografischer Entwicklung, sinkender Lohnquote und zunehmender Diskontinuität von Erwerbs- und Berufsbiografien bei Männern und Frauen prüfen.</p> <p>Fördern und Fordern - Sozialhilfe modern gestalten</p> <p>Die Sozialhilfe ist unverzichtbare Säule des Sozialstaates. Gesamtreform der Sozialhilfe auf den Weg bringen und dabei bewährten Grundsätzen Rechnung tragen. Aktivierende Instrumente und Leistungen verbessern und Selbsthilfe stärken. Finanzielle Leistungen transparent und bedarfsgerecht weiter entwickeln. Selbstverantwortung der Menschen durch konkrete Hilfevereinbarungen und Pauschalierungen stärken. Verbindliche Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung für alle Sozialhilfebezieher. Mit Zusammenführung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe Kompetenzen zur Bekämpfung der Langzeitarbeitslosigkeit bündeln und Anreize zur Integration in das Ar-</p>

⁸²⁷ Zusammenschau (eigene Darstellung und Hervorhebungen) der für die Pflegeversicherung relevanten Aussagen aus den Koalitionsvereinbarungen vom 20.10.1998 (*Aufbruch und Erneuerung - Deutschlands Weg ins 21. Jahrhundert. Koalitionsvereinbarung zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN*) und vom 16.10.2002 (*Erneuerung - Gerechtigkeit - Nachhaltigkeit. Für ein wirtschaftlich starkes, soziales und ökologisches Deutschland. Für eine lebendige Demokratie, Koalitionsvereinbarung zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN*).

⁸²⁸ Die Überschriften inklusive der Zählungen entsprechen jeweils dem Originalwortlaut.

Koalitionsvereinbarung 1998	Koalitionsvereinbarung 2002
<p>verschaffen. Schwerpunkte dabei sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • grundgesetzlichen Gleichstellungsauftrag in Gesetz umsetzen. • Recht der Rehabilitation in einem Sozialgesetzbuch IX zusammenfassen und weiterentwickeln. • Vermittlung von Behinderten in ersten Arbeitsmarkt hat Vorrang; ihnen müssen auch die Instrumente der Arbeitsmarktpolitik offen stehen. Spezifische Instrumente zur Eingliederung Behinderter, z.B. die Schwerbehindertenabgabe und die Integrationsfachdienste, verbessern und weiterentwickeln. • Prüfen, wie die Deutsche Gebärdensprache anerkannt und gleichbehandelt werden kann. <p>7. Pflegeversicherung stabilisieren</p> <p>Sicherung einer menschenwürdigen und ganzheitlichen Pflege ist angesichts der Veränderungen im Altersaufbau unserer Gesellschaft ein wichtiges Zukunftsthema. Qualität der Pflege und Betreuung erhalten und angesichts begrenzter Finanzspielräume weiter verbessern.</p> <p>Dazu werden folgende Maßnahmen ergriffen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rücklage der Pflegeversicherung vorrangig für dauerhafte Stabilisierung des Beitragssatzes verwenden. Teilkapitalstockbildung anstreben; • bereits in der 13. Wahlperiode vereinbarte maßvolle Leistungsverbesserungen umsetzen; • prüfen, wie Betreuung Demenzkranker bei Feststellung der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt werden kann; • prüfen, ob "Arbeitgebermodelle" berücksichtigt werden können; • vorhandene sozialrechtliche Abgrenzung und Aufgabenteilung zwischen der Pflegeversicherung einerseits und der Krankenversicherung bzw. dem Sozialhilferecht andererseits überprüfen und gegebenenfalls neu regeln; • Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege durch die Krankenversicherung wird angestrebt. 	<p>beitsleben schaffen.</p> <p>Gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung stärken</p> <p>Gleichstellung von Menschen mit Behinderung auf allen Ebenen und insbesondere Abschluss von Zielvereinbarungen fördern.</p> <p>Barrierefreiheit weiter im Alltag verankern und Bevölkerung dafür sensibilisieren.</p> <p>Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung stärken und Fortentwicklung der Eingliederungshilfe prüfen.</p> <p>Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter mit weiter entwickelten Zielvorgaben fortsetzen.</p> <p>Pflegeversicherung bleibt wesentlicher ergänzender Zweig moderner, auf Bedürfnisse der zu pflegenden Menschen ausgerichteten Sozialversicherung. Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung und die Rehabilitation besser aufeinander abstimmen.</p> <p>Humane Pflege</p> <p>Pflegeversicherung leistungsfähig erhalten und weiterentwickeln. Qualität und bedarfsgerechte Versorgungsinfrastruktur im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich im Sinne einer ganzheitlichen Pflege sichern.</p> <p>Bundesverfassungsurteil zum Familienlastenausgleich bei der Pflege fristgerecht umsetzen.</p> <p>bestehende Konflikte zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung und Pflegeversicherung auflösen und für abgestimmte Aufgaben- und Finanzierungsverteilung sorgen.</p> <p>Pflege ihren Platz im Rahmen der integrierten Versorgung ebenso wie in der Rehabilitation sichern.</p> <p>Rechte der Pflegebedürftigen stärken.</p>
<p>VII. Solidarische Politik für alle Generationen</p> <p>Bedingungen für die Pflege älterer Menschen verbessern. Bundeseinheitliche Regelung einer qualifizierten Altenpflegeausbildung vorantreiben. Ausbildung in den Pflegeberufen langfristig auf gemeinsame Grundlage stellen und gleiche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für alle Pflegeberufe schaffen. Heimgesetz novellieren, Rechtsverordnungen aktualisieren und Qualitätsstandards anpassen.</p> <p>Betreuungsrecht novellieren, um dem sozialpflegerischen Schwerpunkt von Betreuungsverhältnissen besser gerecht zu werden.</p>	<p>Politik für ältere Menschen</p> <p>Rahmenbedingungen für aktives Alter sowie Schutz und Hilfe für kranke und pflegebedürftige Menschen verbessern. Bedarfe bei Migrationshintergrund berücksichtigen. Zugang zum ehrenamtlichen Engagement gezielt erleichtern.</p> <p>Qualität von Betreuung und Pflege weiter verbessern und Verbraucherschutz in der Altenhilfe stärken. Schutz der Nutzer ambulanter Dienste.</p> <p>Altenhilfestrukturen soll Hilfen für ältere Menschen besser koordinieren und ihre Position stärken. Nutzer in Planung und Durchführung des Hilfeprozesses einbinden. Durch nationale Pflegestandards Qualität der professionellen Pflege und Betreuung verbessern und z. B. mit den Wohlfahrtsverbänden Verbesserung der Betreuung und Pflege alter Menschen vereinbaren. Personal in der Altenhilfe halten und neu gewinnen. Besonderes Augenmerk auf die Versorgung Demenzerkrankter richten.</p>

3.1.1 Sozialstaatliche Handlungsprämissen

Als oberstes Ziel benannte die neue Bundesregierung im Oktober 1998 für ihre Tätigkeit den Abbau der Arbeitslosigkeit. In dem von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vereinbarten Regierungsprogramm wurde als Zielorientierung zunächst noch sehr allgemein formuliert, den Sozialstaat zu sichern und zu erneuern sowie die solidarische Gesellschaft zu stärken. Auch für die neu gewählte Regierung war dafür eine zu stärkende wirtschaftliche Entwicklung Voraussetzung. Dazu wurde wiederum die Senkung der Lohnnebenkosten als handlungsleitend angesehen.

Für die sozialen Sicherungssysteme wurde deren Fortbestand garantiert, wobei insbesondere die finanzielle Stabilität sicher gestellt werden sollte. Die angekündigten Maßnahmen bezogen sich zum einen auf die Rücknahme bereits in Kraft gesetzter gesetzlicher Regelungen und im Bereich der Sozialversicherung vornehmlich auf das Ziel, Beitragssatzstabilität zu erreichen.

3.1.2 Regierungsprogramm für die Entwicklung der Pflegeversicherung

Unter der Überschrift „Pflegeversicherung stabilisieren“ bekannte sich die neue Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag von 1998 zu einer menschenwürdigen und ganzheitlichen Pflege. Bereits an dieser Stelle wurde jedoch das Ziel, die Qualität der Pflege und Betreuung zu erhalten, unter den Vorbehalt „begrenzter Finanzspielräume“ gestellt. Die im Regierungsprogramm angekündigten Maßnahmen und Zielvorstellungen zur Entwicklung der Pflegeversicherung waren also schon planerisch angesichts geringer werdender finanzieller Mittel begrenzt.

Vereinbart wurde, die Rücklage der Pflegeversicherung vorrangig für die dauerhafte Stabilisierung des Beitragssatzes zu verwenden. Die Leistungsausgaben sollten also - auch weiterhin - aus den vorhandenen Rücklagen bestritten werden, soweit und solange diese die Einnahmen übersteigen. Nicht jedoch sollte in diesem Fall der Beitragssatz in der eigentlich erforderlichen Höhe, nämlich ausgabendeckend angepasst, d.h. erhöht werden. Mit anderen Worten: Der Beitragssatz sollte nicht angetastet werden und unverändert bleiben, notwendige Ausgaben waren aus den Rücklagen zu bestreiten. Ausdrücklich wurde zudem das Bestreben zum Ausdruck gebracht, einen Teilkapitalstock zu bilden.

Gleichwohl wurden - quasi innerhalb dieses Spielraums - neben der vorgesehenen Qualitätssicherung konkrete Maßnahmen angekündigt. So sollten „bereits in der 13. Wahlperiode vereinbarte maßvolle Leistungsverbesserungen“ umgesetzt werden.

Das „Regierungsprogramm für die Entwicklung der Pflegeversicherung“ kündigte ferner die Prüfung an, wie die Betreuung Demenzkranker bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit einzubeziehen sei und ob „Arbeitgebermodelle“ berücksichtigt werden können. Überprüft und gegebenenfalls neu geregelt werden sollte die bestehende sozialrechtliche Abgrenzung und Aufgabenteilung zwischen der Pflegeversicherung und der Krankenversicherung bzw. dem Sozialhilferecht. Angestrebt war, die medizinischen Behandlungspflege (wieder) durch die Krankenversicherung zu finanzieren.⁸²⁹

Unter der Überschrift „Politik für ältere Menschen“ wurde im Koalitionsvertrag vom Oktober 1998 zusätzlich ein Passus zu den beabsichtigten Verbesserungen der Bedingungen für die Pflege älterer Menschen gefasst.⁸³⁰ Im Interesse der Pflegebedürftigen und der Pflegenden wurde angekündigt, die Altenpflegeausbildung bundeseinheitlich zu regeln, um die Ausbildung in den Pflegeberufen auf eine gemeinsame Grundlage zu stellen und gleiche Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für alle Pflegeberufe zu schaffen. Zudem sollten das Heimgesetzes novelliert und die Qualitätsstandards angepasst werden. Um dem sozialpflegerischen Schwerpunkt von Betreuungsverhältnissen besser gerecht zu werden, sollte das Betreuungsrecht ebenfalls erneuert werden.

3.2 Korrekturgesetzgebungsphase

Ähnlich wie in anderen Bereichen der Sozialpolitik, erfolgte auch in der Pflegeversicherung zunächst die Rücknahme bzw. Korrektur bestehender gesetzlicher Regelungen.⁸³¹ Dazu legte die Bundesregierung im März 1999 einen Gesetzentwurf für

⁸²⁹ Was im einfachsten Falle bedeutet hätte, die mit den Vereinbarungen zum 1. SGB XI-ÄndG übergangsweise bis Ende des Jahres 1999 geltende Regelung über die Einbeziehung der medizinischen Behandlungspflege in die Pflegeversicherung (siehe oben Fn. 795) nicht zu verlängern und damit auslaufen zu lassen.

⁸³⁰ In den Vereinbarungen kam damit auch ein systematisch differenzierend gefasstes Verständnis zum Ausdruck: Zunächst wurde auf die Pflege allgemein im Kontext der Pflegeversicherung eingegangen und dann zusätzlich auf die Pflege Älterer.

⁸³¹ Als Sofortprogramm wurden in der Gesetzlichen Krankenversicherung noch im Dezember 1998 mit dem *Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz - GKV-SolG)* zunächst einige Änderungen der „alten Regierung“, die auch im Wahlkampf eine entscheidende Rolle spielten, zurückgenommen. Diesem sogenannten „Vorschaltgesetz“ sollte alsbald ein umfangreicheres Gesetzeswerk unter dem Titel „Gesundheitsreform 2000“ (siehe dazu beispielsweise *Presse- und Informationsamt der Bundesregierung* (2000)) nachfolgen. Zu den von der „alten Regierung“ im Zuge der „Dritten Stufe der Gesundheitsreform“ mit den Neuordnungsgesetzen in Gang gesetzten Regelungen und zur Bedeutung der „Neuordnung“ sowie zur - nur teilweisen - Rücknahme durch die „neue Regierung“ siehe ausführlich und mit weiteren Nachweisen: *Meier* (1999). Auch in weniger beachteten Bereichen gab es „Korrekturen“: So wurden beispielsweise die zum 1.8.1996 in Kraft gesetzten deutlichen Einschränkungen (die sogenannte „18. BAföG-Novelle“ führte erstmals verzinsliche Bankdarlehen ein) einer ohnehin schon auf verknapptem Niveau befindlichen Aus-

ein Viertes SGB XI-Änderungsgesetz vor,⁸³² in dem zum Teil auf die an den seinerzeitigen Mehrheitsverhältnissen gescheiterten Vorschläge der vorangegangenen Legislatur zurückgegriffen wurde.⁸³³ Das Gesetz wurde im Juli 1999 beschlossen und trat am 1.8.1999 in Kraft.⁸³⁴ Insgesamt wurden zur „Klarstellung und Leistungsverbesserung“ nur wenige Regelungen des SGB XI verändert:

- Weitgehende Anrechnungsfreiheit des weitergeleiteten Pflegegeldes bei der Ermittlung von Unterhaltsansprüchen oder -verpflichtungen der Pflegeperson.⁸³⁵
- Pflegegeldzahlung im Sterbefall bis zum Monatsende.⁸³⁶
- Pflegepflichtsätze sind von den Trägern der Pflegeversicherung zu zahlen.⁸³⁷
- Nähere Bestimmung der „nicht erwerbsmäßig Pflegenden“ in der Vorschrift über die häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson.⁸³⁸

bildungsförderung (siehe dazu ausführlich und ebenfalls mit weiteren Nachweisen: *Meier* (1996)) - jedoch ebenfalls nur zum Teil - aufgehoben (*Meier* (2001)).

⁸³² *Bundestags-Drucksache 14/580*.

⁸³³ Nicht aufgegriffen wurde der seinerzeitige Vorschlag einer „Öffnungsklausel“ zur Befreiung vom Pflegepflichtsatz (siehe zuvor *Fn. 812*). Aus Sicht der Pflegekassen hätte mit dem Änderungsgesetz die Möglichkeit genutzt werden sollen, für alle Pflegekassen bundesweit einheitliche Regelungen über die Aussetzung von Pflegepflichtsätzen anhand eines sachgemäßen Kriterienkatalogs im Rahmen der Richtlinien-Kompetenz der Spitzenverbände der Pflegekassen (§ 17 SGB XI) zu ermöglichen (*Spiethoff*, S. 39).

⁸³⁴ *Viertes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch* (4. SGB XI-ÄndG). Alle neuen bzw. geänderten Regelungen des 4. SGB XI-ÄndG traten am 1.8.1999 in Kraft (*ebd.*, Artikel 3). Das Gesetzgebungsverfahren verlief reibungslos. Im Ausschuss für Gesundheit wurde der Gesetzentwurf einstimmig angenommen (*Bundestags-Drucksache 14/1203*, S. 7).

⁸³⁵ Artikel 1 Nr. 1 4. SGB XI-ÄndG ergänzte dazu die Vorschrift über das Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen (§ 13 Abs. 6 SGB XI). Als Beispiel wurde in der Begründung genannt, mit dieser Ergänzung werde u.a. verhindert, dass bei einer geschiedenen Frau der Unterhaltsanspruch gegenüber ihrem geschiedenen Mann gemindert wird, wenn sie für die Pflege des gemeinsamen behinderten Kindes Pflegegeld erhält (*Bundestags-Drucksache 14/580*, S. 5).

⁸³⁶ Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a 4. SGB XI-ÄndG. Also keine Rückforderung des Pflegegeldes im Sterbemonat (siehe zuvor *Fn. 814*). Gegenüber dem ursprünglichen Entwurf der Regierung wurde lediglich ergänzt, diese Verfahrensregelung auch auf die Sozialhilfe (Artikel 2 4. SGB XI-ÄndG) zu übertragen - dies war so vom Ausschuss für Gesundheit zum Beschluss vorgeschlagen worden (*Bundestags-Drucksache 14/1203*, S. 5 und 7).

⁸³⁷ Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe b 4. SGB XI-ÄndG. Bis dahin waren die Kosten der vorgeschriebenen Pflegepflichtsätze (§ 37 Abs. 3 SGB XI in der bis zum 31.7.1999 geltenden Fassung) von den Pflegebedürftigen selbst zu tragen (siehe zuvor *Fn. 815*).

⁸³⁸ Die von Beginn an in § 39 SGB XI normierte Höchstbetragsregelung (seinerzeit 2.800,00 DM im Kalenderjahr) wurde bereits mit dem 1. SGB XI-ÄndG (Artikel 1 Nr. 16 Buchstabe b, S. 831) insoweit gemindert, als bei nicht erwerbsmäßiger „Ersatzpflege“ die Leistung grds. auf den jeweiligen - geringeren - Betrag des Pflegegeldes begrenzt wurde und nur in Ausnahmefällen nachgewiesene, notwendig entstandene Aufwendungen zusätzlich übernommen werden können - insgesamt jedoch höchstens bis zu dem maximalen Höchstbetrag von 2.800,00 DM (*Bundestags-Drucksache 13/3696*, S. 13). Mit der Änderung durch das 4. SGB XI-ÄndG (Artikel 1 Nr. 3) wurde lediglich als „Vermutungsregel“ (§ 39 Satz 4 SGB XI) ergänzt, wer zu den „nicht erwerbsmäßig Ersatzpflegenden“ zu zählen ist (Verwandte oder Verschwägerter bis zum zweiten Grad sowie mit den Pflegebedürftigen im gemeinsamen Haushalt lebende Pflegepersonen).

- Anhebung der Höchstbeträge bei teilstationärer Tages- oder Nachtpflege in den Pflegestufen II (von 1.500 auf 1.800 DM) und III (von 2.100 auf 2.800 DM).⁸³⁹
- Streichung der einschränkenden Leistungsvoraussetzung, wonach Kurzzeitpflege nur in Anspruch genommen werden kann, wenn zuvor ein Jahr Pflege erbracht wurde.⁸⁴⁰

Ein von den Ländern Bayern und Baden-Württemberg im Januar 1999 in der Länderkammer vorgelegter Gesetzentwurf⁸⁴¹ - u.a. zur Einführung einer „Generationenreserve“ - scheiterte bereits im Bundesrat an den dort bestehenden Mehrheitsverhältnissen.⁸⁴²

Noch vor der angekündigten Reform- und damit der Gestaltungsphase wurden weitere Gesetzesänderungen im Bereich der Sozialversicherung und damit auch für die Pflegeversicherung wirksam.⁸⁴³ In gleicher Weise wie schon ihre Vorgängerin nahm sich die Regierung - pflichtenerfüllend, in reiner Umsetzungstätigkeit - den Erfordernissen an, die sich in der Pflegeversicherung durch das Auslaufen der vereinbarten Übergangsregelungen ergaben. Zum 31. Dezember 1999 lief die Regelung aus, nach der die Pflegekassen bei teilstationärer und vollstationärer Pflege im Rahmen der gedeckelten leistungsrechtlichen Höchstbeträge neben den Aufwendungen für die Grundpflege und die soziale Betreuung auch die im Pflegesatz enthaltenen Aufwendungen für die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege übernehmen.⁸⁴⁴ Diese Übergangsregelung wurde ebenso um weitere zwei Jahre bis zum

⁸³⁹ Artikel 1 Nr. 4 4. SGB XI-ÄndG.

⁸⁴⁰ Artikel 1 Nr. 5 4. SGB XI-ÄndG. Zur Stärkung der häuslichen Pflege kann die Kurzzeitpflege in Krisensituationen (§ 42 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI) seitdem ohne Vorbedingungen geleistet werden.

⁸⁴¹ Bundesrats-Drucksache 40/99.

⁸⁴² Bis zum 7.4.1999 bestand eine Rot-Grüne Mehrheit im Bundesrat. Im März (736. Sitzung am 19.3.1999) wurde beschlossen, den Gesetzentwurf nicht einzubringen. In dem Gesetzentwurf war neben einigen der im 4. SGB XI-ÄndG beschlossenen Leistungsverbesserungen vor allem die Einführung und der Aufbau eines Kapitalstocks in der Pflegeversicherung (als Sondervermögen) vorgesehen, der sich aus den Überschüssen finanziert und dessen Erträge ab dem Jahr 2025 „zur Verstetigung des Beitragssatzes“ - also zur Vermeidung bzw. Minderung von Beitragssatzsteigerungen in der Pflegeversicherung - eingesetzt werden sollten (Bundesrats-Drucksache 40/99, S. 2 sowie zur Begründung ausführlicher, S. 15-19).

⁸⁴³ Die Bemessungsgrundlage der Beiträge zur Pflegeversicherung wurde für Bezieher von Arbeitslosenhilfe gemindert (von 80 Prozent des dem Zahlbetrag der Arbeitslosenhilfe zugrundeliegenden Arbeitsentgelts auf den - geringeren - tatsächlichen Zahlbetrag der Arbeitslosenhilfe). Die Entgeltgrenze für geringfügige Dauerbeschäftigungen wurde mit dem Gesetz zur Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse zum 1.4.1999 (Artikel 19, *ebd.*, S. 395) für alle Sozialversicherungszweige sowie einheitlich in den alten und neuen Bundesländern bei 630 DM monatlich festgeschrieben.

⁸⁴⁴ Zu der mit dem 1. SGB XI-ÄndG beschlossenen Übergangsregelung bis zum 31.12.1999 siehe oben Fn. 795.

31.12.2001 verlängert⁸⁴⁵ wie die - ebenfalls bis zum Jahresende 1999 befristete - Regelung über die pauschalen Leistungsbeträge bei stationärer Pflege.⁸⁴⁶

3.3 Gestaltungsphase

Im Jahr 2001 wurden für die soziale Pflegeversicherung in zwei Gesetzen wesentliche Änderungen des SGB XI beschlossen, die im Jahr 2002 in Kraft traten. Auch mit der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts wurde das Jahr 2001 zu einem impulsgebenden und richtungsgestaltenden Jahr für die Pflegeversicherung.

3.3.1 Gesetzesinitiativen

Die Bundesgesundheitsministerin und ihr Ministerium blieben trotz des Projektes „Gesundheitsreform 2000“ (das letztlich gerade noch rechtzeitig beschlossen wurde, um - wie angekündigt - zum Jahrtausendwechsel in Kraft treten zu können) auch beim Thema Pflegeversicherung nicht untätig. Bereits Ende Februar 2000 wurden die Eckpunkte für ein Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) angekündigt, mit dem die Mängel in der Pflege beseitigt werden sollten. Medienberichte hatten - öffentlichkeitswirksam - die bestehenden Missstände vor allem in den Pflegeheimen bekannt gemacht. Fortan stand die Gestaltung auf der Agenda und die Debatte wurde rege geführt. Doch es sollte dennoch zu Verzögerungen kommen. Der Gesetzesentwurf der Bundesregierung⁸⁴⁷ wurde erst im Februar 2001 eingebracht, nachdem der Regierungsentwurf zuvor dem Bundesrat im November 2000 vorgelegt worden war.⁸⁴⁸ Andrea Fischer konnte den parlamentarischen Weg des PQsG nicht mehr als Ministerin erleben - sie trat im Januar 2001 von ihrem Amt zurück. Als ihre Nachfolgerin übernahm die Sozialdemokratin Ulla Schmidt das Gesundheitsministerium.

Mit dem schließlich im September 2001 - etwa ein Jahr später als ursprünglich in der Fachöffentlichkeit erwartet - verkündeten „Gesetz zur Qualitätssicherung und zur

⁸⁴⁵ Die Verlängerungen erfolgten - kurz vor Auslaufen der Befristungen - in beiden Fällen im Dezember 1999 mit dem *Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000* (Artikel 3 Nr. 4, S. 2648) und traten - rechtzeitig - zum 1. Januar 2000 in Kraft (Artikel 22, *ebd.*, S. 2655).

⁸⁴⁶ Zu der mit dem 3. *SGB XI-ÄndG* bereits verlängerten und in § 43 Abs. 5 SGB XI gefassten Übergangsregelung siehe oben *Fn. 805*. Die Höhe der Leistungspauschalen (2.000 DM in der Pflegestufe I, 2.500 DM in der Pflegestufe II, 2.800 DM in der Pflegestufe III und 3.300 DM in Härtefällen) wurde nicht geändert.

⁸⁴⁷ Im Wesentlichen kam die Regierung damit den Besorgnis erregenden Berichten über bestehende Missstände in der pflegerischen Versorgung nach (*Bundestags-Drucksache 14/5395*, S. 1 f.).

⁸⁴⁸ Ausführlich zum Verlauf des Politikformulierungsprozesses und den Verzögerungen bis zum schließlich formulierten Handlungsprogramm, das in dem Gesetzesbeschluss festgelegt wurde, siehe im folgenden *Kapitel 5* unter 2 *Politikformulierung und Handlungsprogramm* (ab Seite 315).

Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege⁸⁴⁹ (PQsG) wurde der Versuch unternommen, weitere qualitätssichernde und -schaffende Regelungen in das SGB XI zu integrieren. Unter anderem⁸⁵⁰ wurden mit dem PQsG Pflegeheime wie Pflegedienste zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verpflichtet, ein umfassendes und einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen. In regelmäßigen Abständen sollte die Qualität durch unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen nachgewiesen werden. Auch wurden den Pflegeeinrichtungen und ihren Verbänden Instrumente an die Hand gegeben, um mit den Kostenträgern Vereinbarungen treffen zu können, die den erforderlichen Personalaufwand berücksichtigen. Für jedes Pflegeheim müssen Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen und auf Landesebene Personalrichtwertvereinbarungen getroffen werden. Pflegekassen können sich mit eigenen Mitteln an Beratungsangeboten anderer Träger beteiligen und müssen den Leistungsberechtigten eine Leistungs- und Preisvergleichsliste der in ihrem regionalen Umfeld zugelassenen Pflegeeinrichtungen übermitteln. Neu eingeführt wurde u.a. die Regelung, wonach der Pflegevertrag mit einem ambulanten Pflegedienst innerhalb von zwei Wochen nach dem ersten Einsatz ohne Angabe von Gründen und ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist vom Pflegebedürftigen beendet werden kann. Die Zusammenarbeit zwischen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und der Heimaufsicht im stationären Bereich sollte ebenfalls verbessert werden. Ergänzend zum PQsG wurden erhebliche Änderungen im Heimgesetz vorgenommen.

Zur Umsetzung des PQsG war kein Mitteleinsatz von Bund, Ländern und Gemeinden vorgesehen. Die Einführung von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen wurde mit einem, von den Einrichtungsträgern und den Pflegekassen zu tragenden, Verwaltungskostenaufwand von 10 Mio. DM quantifiziert. Für die regelmäßig zu erbringenden Leistungs- und Qualitätsnachweise wurden insgesamt - für alle Einrichtungen - Kosten in Höhe von jährlich 40 Mio. DM genannt, die in die Pflegesätze einkalkuliert werden könnten.⁸⁵¹

⁸⁴⁹ Das Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - PQsG) vom 9.9.2001 trat mit seinen Regelungen zum 1.1.2002 in Kraft (Artikel 2, *ebd.*, S. 2330).

⁸⁵⁰ Ausführlich zu den mit dem PQsG vorgesehenen und umgesetzten Änderungen siehe im folgenden Kapitel 5 unter 4 Die Regelungslage nach dem PQsG: Erweiterung des Qualitätssicherungssystems der Pflegeversicherung (ab Seite 368).

⁸⁵¹ Bundestags-Drucksache 14/5395, S. 3.

Das „Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“⁸⁵² (PflEG) führte zum 1.4.2004 als Ermessensregelung die Möglichkeit ein, „zusätzliche Betreuungsleistungen“ bis zu 460,00 Euro je Kalenderjahr gewähren zu können, um die Situation von pflegebedürftigen Menschen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung zu verbessern. Im Fokus dieser Regelung stehen Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II oder III mit demenzbedingten Störungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung dauerhaft erhebliche Einschränkungen der Alltagskompetenz festgestellt hat (beispielsweise die Unfähigkeit, den eigenen Tagesablauf zu gestalten). Mit dieser Regelung wurde einerseits versucht, dem bestehenden und erkannten Bedarf zu entsprechen, andererseits wurde vermieden, die Definitionsbegrifflichkeit im SGB XI auszuweiten. Immerhin kam es im Ergebnis letztlich mit dieser Berücksichtigung zu einer größeren Sensibilität für den „nicht verrichtungsbezogenen Bedarf“ zu Gunsten der Betroffenen in Form einer eigenen Regelungsgrundlage im SGB XI.⁸⁵³

Die Vorschläge für die vorgesehenen „Leistungsausweitungen“ wurden durch den begrenzten Finanzrahmen determiniert. In der Begründung zum Gesetzentwurf wurde für die Handelnden ein schmaler Korridor für die Gestaltung gezeichnet, der - quasi präambelhaft - vor den Erläuterungen zu den Änderungen deren engen Gestaltungsspielraum vorwegnahm.⁸⁵⁴

Die zum 31.12.2001 auslaufenden Übergangsregelungen⁸⁵⁵ zur Übernahme der medizinischen Behandlungspflege sowie die Regelung über die pauschalen Leistungs-

⁸⁵² Das Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz - PflEG) vom 14.12.2001 trat in seinen wesentlichen Teilen am 1.1.2002 in Kraft (Artikel 6, *ebd.*, S. 3733). Der am 24.9.2001 vorgelegte Regierungsentwurf (*Bundestags-Drucksache 14/6949*) nahm einen zügigen Verlauf. Er wurde bereits im November vom Bundestag mit den im Ausschuss für Gesundheit ergänzten Änderungen (*Bundestags-Drucksache 14/7473*) beschlossen.

⁸⁵³ Fünfter Abschnitt „Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf“, §§ 45a bis 45c SGB XI, eingefügt durch Artikel 1 Nr. 1 Buchstabe c und Nr. 5 PflEG (S. 3728, 3730-3732).

⁸⁵⁴ *Bundestags-Drucksache 14/6949*, S. 9. Leistungsverbesserungen, wie beispielsweise „die Demenzproblematik durchgreifend zu lösen“ oder allgemeine Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarfe bei dem Hilfebedarf in der Pflegeversicherung zu berücksichtigen, lasse der Finanzrahmen nicht zu. Die Erhöhung des Beitragssatzes wurde mit dem Hinweis auf die Festlegung im Koalitionsvertrag („Lohnnebenkosten senken“, siehe in diesem Kapitel *Übersicht 4: Synopse der wesentlichen Aussagen zur Sozialversicherung insbesondere zur Pflegeversicherung*, Seite 223) ausgeschlossen. Andere Möglichkeiten zur Ausweitung des Finanzrahmens wurden nicht in Betracht gezogen.

⁸⁵⁵ Sie waren zuletzt mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 verlängert worden (siehe zuvor Fn. 845).

beträge bei stationärer Pflege⁸⁵⁶ wurden erneut, nunmehr um drei Jahre, bis zum 31.12.2004 verlängert.⁸⁵⁷

Mit dem PflEG wurde ferner eine umfangreiche Neufassung der Regelung über den Pflegepflichteneinsatz bei Bezug von Pflegegeld vorgenommen, in dessen Zentrum die Wandlung des Pflichteneinsatzes zum qualitätsbestimmten Beratungseinsatz stand.⁸⁵⁸

Mit in dem Gesetzespaket des PflEG wurde neben den leistungsrechtlichen Ergänzungen versicherungsrechtlich auch eine Erweiterung des von der Pflegeversicherung einbezogenen Personenkreises vorgenommen. Erst im Zuge der Beratungen des Ausschusses für Gesundheit⁸⁵⁹ wurde ein - der Grundkonzeption der Pflegeversicherung wesensfremdes - Beitrittsrecht ergänzt.⁸⁶⁰ Anlass dafür war ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts, in dem der dauerhafte Ausschluss und Nichtzugang zu den Leistungen für solche Personenkreise gerügt wurde, die faktisch ab dem Jahr 1995 keinen Zugang zu dem seinerzeit neu in Kraft gesetzten Leistungsgesetz erlangen konnten.⁸⁶¹ Ebenfalls ergänzt wurde die Vorschrift über Modellvorhaben zur Entwicklung neuer, qualitätsgesicherter Versorgungsformen für Pflegebedürftige.⁸⁶²

3.3.2 Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Beitragsbemessung

Auf die Klage eines Familienvaters, die noch aus den Anfängen der Pflegeversicherung stammte und die aufgrund der eingelegten Verfassungsbeschwerde vom Bundesverfassungsgericht zu bewerten war, kam es im April 2001 zu einem für die Pflegeversicherung entscheidenden Urteil. Der verheiratete Vater von zehn Kindern hatte geltend gemacht, dass die Betreuung und Erziehung von Kindern bei der Bemessung des Beitrags zur sozialen Pflegeversicherung nicht berücksichtigt werden. Das Bundesverfassungsgericht beanstandete die Beitragsregelungen in der Pflegeversi-

⁸⁵⁶ In Höhe von 1.023,00 Euro in der Pflegestufe I, 1.279,00 Euro in der Pflegestufe II und 1.432,00 Euro in der Pflegestufe III sowie 1.688,00 Euro in Härtefällen - die Pauschalen (siehe zuvor *Fn. 846*) blieben weiterhin unverändert. Sie waren lediglich auf die entsprechenden Eurobeträge (gerundet) umgerechnet worden (Artikel 2 *Gesetz zur Umstellung von Gesetzen und anderen Vorschriften auf dem Gebiet des Gesundheitswesens auf Euro*, S. 2703 f.).

⁸⁵⁷ Die dazu entsprechenden Änderungen im SGB XI erfolgten durch Artikel 1 Nr. 3 Buchstabe b und Nr. 4 *PflEG* (S. 3730).

⁸⁵⁸ § 37 Abs. 3 SGB XI. Siehe dazu ausführliche Synopse (Exegese) zum Entwicklungsverlauf der Änderungen dieser Regelung in *Kapitel 5* unter *1.6.3 Wandlung vom kontrollierenden Pflege-Pflichteneinsatz zum unterstützenden Beratungseinsatz* (ab Seite 294).

⁸⁵⁹ *Bundestags-Drucksache 14/7473*.

⁸⁶⁰ § 26a SGB XI wurde eingefügt durch Artikel 1c (*PflEG*, S. 3728 f.). Zu den Details siehe die Ausführungen in: *Bundestags-Drucksache 14/7473*, S. 20 f. .

⁸⁶¹ *Bundesverfassungsgericht 1 BvR 81/98* vom 3.4.2001.

cherung als nicht mit dem Grundgesetz zu vereinbaren: Ein gleicher Pflegeversicherungsbeitrag führe zu einem ungerechtfertigten Ungleichgewicht zwischen dem Gesamtbetrag der Eltern (Kindererziehung und Geldbeitrag) und dem Geldbeitrag der Kinderlosen. Und er gab dem seinerzeitigen Gesetzgeber bis spätestens Ende des Jahres 2004 auf, die gegen den verfassungsrechtlichen Gleichheitssatz verstoßende Ungleichheit im Beitragsrecht auszugleichen.⁸⁶³

Erst sehr viel später, kurz vor Auslaufen der Frist, kam es zu einer Umsetzung des Urteils - bis dahin galten die als verfassungswidrig bewerteten Beitragsregelungen in der Pflegeversicherung fort.

3.4 Verharrensphase

3.4.1 **Wiederwahl: Die zweite Legislatur in der Regierungskonstellation Rot-Grün ab 2002**

Es war eine schwache Bundestagswahl am 22. September 2002, deren Ergebnis aber dennoch ausreichte, um die Regierungskonstellation in die zweite Legislatur zu tragen. Dabei war keinesfalls klar, dass diese Wahl gewonnen werden konnte. Tatsächlich waren die Koalitionäre im Oktober 2002 durchaus überrascht von dem Wahlergebnis, das ihnen eine knappe Mehrheit und damit eine weitere Legislatur bescherte.

Als Antwort auf die drängenden Fragen, insbesondere zur Lösung der Finanzierungsfragen, der Sozialversicherung wurde noch in der vorangegangenen ersten Legislatur angekündigt, dafür eine Kommission einzurichten. Die „Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme“, die sogenannte „Rürup-Kommission“, nahm bereits kurz nach der Wiederwahl im Dezember 2002 die Arbeit auf.⁸⁶⁴ Nicht mehr das Ministerium, sondern eine Expertenkommission sollte

⁸⁶² Die ergänzte Vorschrift (§ 8 Abs. 3 SGB XI - eingefügt durch Artikel 1a, *PfIEG*, S. 3728) gab dazu vor, vorrangig regional personenbezogene Budgets und neue Wohnkonzepte modellhaft zu erproben und wissenschaftlich zu begleiten.

⁸⁶³ *Bundesverfassungsgericht 1 BvR 1629/94* vom 3.4.2001. In dem Urteil wurde die „Benachteiligung der beitragspflichtigen Versicherten mit Kindern gegenüber kinderlosen Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung“ konstatiert und als verfassungswidrig beurteilt (*ebd.*, Rn. 55). Dem Gesetzgeber wurde aufgegeben, bis spätestens Ende des Jahres 2004 zu handeln und „beitragspflichtige Versicherte mit einem oder mehreren Kindern gegenüber kinderlosen Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung *bei der Bemessung der Beiträge relativ zu entlasten*“ (*ebd.*, Rn. 70 - eigene Hervorhebung).

⁸⁶⁴ Die Kommissionsmitglieder trafen am 13.12.2002 zu ihrer konstituierenden Sitzung zusammen. Die 26köpfige Kommission teilte sich in vier Arbeitsgruppen (Renten-, Kranken-, Pflegeversicherung sowie Querschnitt) auf, die jeweils eigene Beschlussvorlagen erstellten, welche danach die Grundlage für die Empfehlungen der Kommission bildeten. Jede Arbeitsgruppe bestimmte aus ihrer Mitte zwei Moderatoren. Für den Bereich der Pflegeversicherung waren dies Barbara Stolterfoht (Vorsitzende des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes - Gesamtverband e.V.) und Gitta Trauernicht (Mitglied des Nieder-

Vorschläge zur Weiterentwicklung und Gestaltung der Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung erarbeiten - ähnlich wie schon bei dem „Vorbild“, der sogenannten „Hartz-Kommission“, die zur Reform der Arbeitsförderung im Februar 2002 eingesetzt wurde und im Sommer ihre Empfehlungen noch in der Schlussphase der 14. Wahlperiode vorgelegt hatte.⁸⁶⁵ Mit der angekündigten Beauftragung der „Rürup-Kommission“ zur Weiterentwicklung der Sozialversicherung und damit auch zur Pflegeversicherung „rettete“ man sich inhaltlich in die nächste Legislatur.

Im Folgenden werden die parlamentarischen Entwicklungen und Auseinandersetzungen in Bezug auf die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung bis zum Ende der - durch die überraschend vorgezogenen Bundestagswahlen am 18.9.2005 um ein Jahr verkürzten - Legislatur und damit auch dem Ende der Rot-Grünen Regierung nachgezeichnet. Sie brachten zwar einiges an Ankündigungen mit sich - aber im Ergebnis blieb dann doch nur die „Mini-Reform“ übrig, die lediglich eine Beitragserhöhung Kinderloser in der Pflegeversicherung zum Inhalt hatte.

3.4.2 Koalitionsvertrag 2002

Unter den programmatischen Aussagen fand sich in den Koalitionsvereinbarungen vom 16.10.2002 für die zweite Legislatur⁸⁶⁶ zunächst die allgemeine Absicht, die sozialen Sicherungssysteme „zukunftsfähig machen“ zu wollen.⁸⁶⁷ Als unverzichtbar wurden Reformen benannt, um die Sozialversicherungsbeiträge nachhaltig zu senken.⁸⁶⁸ Es sollte geprüft werden, wie die Sozialversicherungssysteme mit Blick auf die demographische Entwicklung, die sinkenden Lohnquoten sowie die zunehmende Diskontinuität von Erwerbs- und Berufsbiographien bei Männern und Frauen weiter zu entwickeln sind. Generationengerechtigkeit, Nachhaltigkeit und Verlässlichkeit wurden als Ziele für einen modernen Sozialstaat formuliert.⁸⁶⁹

Die Pflegeversicherung wurde ausdrücklich allerdings nur an wenigen Stellen der Vereinbarungen angesprochen. Sie wurde zunächst als wesentlicher, ergänzender

sächsischen Landtags sowie Geschäftsführerin des Instituts für soziale Arbeit e.V.). Die Arbeitsgruppe Pflegeversicherung tagte sechs Mal, zuletzt am 20.6.2003 (*Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung* (2003b), S. 23 f., 26). Der Schlussbericht wurde am 28.8.2003 übergeben und offiziell veröffentlicht.

⁸⁶⁵ *Kommission „Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“*.

⁸⁶⁶ *Das Parlament* vom 21./28.10.2002, S. 17-24.

⁸⁶⁷ *Ebd.*, S. 17.

⁸⁶⁸ *Ebd.*, S. 18.

⁸⁶⁹ Siehe zuvor in diesem Kapitel die *Übersicht 4: Synopse der wesentlichen Aussagen zur Sozialversicherung insbesondere zur Pflegeversicherung* (Seite 223 f.).

Zweig der Sozialversicherung charakterisiert, der in seiner Leistungsfähigkeit erhalten bleiben sollte und weiter zu entwickeln war. Die Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung und die Rehabilitation sollten besser abgestimmt werden. Bestehende Konflikte zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung und Pflegeversicherung sollten aufgelöst, und es sollte für eine abgestimmte Aufgaben- und Finanzierungsverteilung gesorgt werden. Im Sinne einer ganzheitlichen Pflege sollten die Qualität und eine bedarfsgerechte Versorgungsinfrastruktur im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich gesichert werden. Die Rechte der Pflegebedürftigen sollten gestärkt werden. Auch wurde für die Pflegeversicherung die Umsetzung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts⁸⁷⁰ - fristgerecht bis Ende 2004 - angekündigt, nach dessen Vorgabe die Erziehung von Kindern bei der Beitragsbemessung zu berücksichtigen war.⁸⁷¹ Angekündigt wurde weiter die Erarbeitung von nationalen Pflegestandards. Insbesondere die Versorgung Demenzkranker wurde als wichtige Aufgabe benannt.⁸⁷²

Für Menschen mit Behinderungen wurden die Stärkung der Selbstbestimmung und die Prüfung der Fortentwicklung der Eingliederungshilfe angekündigt. Die Sozialhilfe sollte insgesamt reformiert werden - auch sollte die verbindliche Versicherungspflicht von Sozialhilfe Beziehenden in der Gesetzlichen Krankenversicherung sicher gestellt werden.⁸⁷³

3.4.3 Regierungserklärung

In seiner anschließenden Regierungserklärung stellte der Bundeskanzler Gerhard Schröder die Vereinbarungen der Koalition noch einmal im Parlament vor: Die vorgesehene Politikgestaltung für die anstehende 15. Legislaturperiode sei vor allem als Fortsetzung der vorangegangenen Legislatur zu verstehen.⁸⁷⁴ Als prioritär wurde von ihm dabei die Reform der Arbeitsmärkte benannt, für die bereits die Empfehlungen („Hartz-Kommission“) vorlagen und die nun umzusetzen waren.⁸⁷⁵ Konkretisierungen zu den angekündigten Strukturreformen, um die sozialen Sicherungssysteme zukunftsfähig zu machen⁸⁷⁶ und die Lohnnebenkosten zu senken, blieben jedoch ge-

⁸⁷⁰ Siehe zuvor *Fn.* 863.

⁸⁷¹ *Das Parlament* vom 21./28.10.2002, S. 21 f. .

⁸⁷² *Ebd.*, S. 22.

⁸⁷³ *Ebd.*, S. 21.

⁸⁷⁴ *Deutscher Bundestag - Plenarprotokoll 15/4*, S. 54.

⁸⁷⁵ *Ebd.*, S. 53.

⁸⁷⁶ *Ebd.*, S. 55.

nauso aus, wie jegliche Ausführung zu einer weiteren Entwicklung der Pflegeversicherung. Insgesamt blieb die programmatische Ansage eher ungenau und deckte sich in vielen Fällen mit den Aussagen der Koalitionsvereinbarungen bei erstmaliger Regierungsübernahme im Oktober 1998.

3.4.4 „Agenda 2010“ - sozial- und gesundheitspolitische Initiative der Regierung

Mit einiger Spannung wurde somit nach der - erneuten - Regierungsübernahme ab Herbst 2002 und verstärkt seit dem Jahreswechsel im Frühjahr 2003 die Ankündigung der konkreten Umsetzungspläne für die weitere Entwicklung der Regierungsarbeit erwartet. In der Regierungserklärung des Bundeskanzlers vom 14. März 2003,⁸⁷⁷ mit der er die programmatische Linie zur erforderlichen Verbesserung der Rahmenbedingungen für „mehr Wachstum und Beschäftigung“ skizzierte⁸⁷⁸ und die vielversprechend als „Agenda 2010“ angekündigt wurde, sollte der „Knoten platzen“. Erwartet wurden angesichts des Handlungsdrucks nach der - doch knappen - Wiederwahl der Regierung klare „Kanzlerworte“, mit denen die anstehenden Aufgaben und konkrete Maßnahmen benannt würden.

Doch wer Ankündigungen zur Pflegeversicherung erwartet hatte, wurde enttäuscht. Die Pflegeversicherung stand nicht auf der Agenda des Kanzlers. Allenfalls allgemeine Aussagen zu den Lohnnebenkosten wiesen auf die Absichten für die Entwicklung der Sozialversicherung insgesamt hin, wonach diese zum einen für die Arbeitnehmer zu untragbaren Lasten geworden seien und zum anderen bei den Arbeitgebern als Hindernis wirkten, mehr Beschäftigung zu schaffen.⁸⁷⁹ Im Besonderen galt seine Aufmerksamkeit der seinerzeit aktuellen Entscheidungssituation um die Änderungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung, für die wiederum ein langes Ringen um die Details zu erwarten stand.⁸⁸⁰ Die Suche nach Aussagen zur Pflegeversicherung in der „Agenda 2010“ blieb jedoch erfolglos.⁸⁸¹

⁸⁷⁷ Deutscher Bundestag - Plenarprotokoll 15/32, S. 2479-2493.

⁸⁷⁸ Ebd., S. 2479.

⁸⁷⁹ Ebd. .

⁸⁸⁰ Siehe dazu die folgende, gesonderte Übersicht 6: Die in der Regierungserklärung des Bundeskanzlers vom 14. März 2003 formulierten Handlungsbedarfe („bestehende Probleme“) und Lösungsvorschläge („Maßnahmen“) zu den „Reformen des Gesundheitswesens“, Seite 239.

⁸⁸¹ Siehe dazu die folgende Übersicht 5: Die in der Regierungserklärung des Bundeskanzlers vom 14. März 2003 formulierten sozialpolitischen Handlungsbedarfe („bestehende Probleme“) und Lösungsvorschläge („Maßnahmen“), Seite 237.

Übersicht 5: Die in der Regierungserklärung des Bundeskanzlers vom 14. März 2003⁸⁸² formulierten sozialpolitischen Handlungsbedarfe („bestehende Probleme“) und Lösungsvorschläge („Maßnahmen“)

Problem	Maßnahme
Hohe Lohnnebenkosten: Instrumente der sozialen Sicherheit führen zu Ungerechtigkeiten.	Leistungen des Staates kürzen , Eigenverantwortung fördern und mehr Eigenleistung von jedem Einzelnen private Vorsorge als zweite Säule der Altersversorgung und Alterssicherung Steuerreform entlastet die Bürger und Unternehmen um insgesamt 56 Milliarden Euro
Finanz- und Investitionskraft der Kommunen nachhaltig stärken	Beitrag zur Finanzierung des Flutopferfonds entfällt Steuervergünstigungsabbaugesetz und Abgeltungsteuer Von Zahlungen für die arbeitsfähigen Sozialhilfeempfänger entlasten Gemeindefinanzen grundlegend reformieren Mittel für kommunales Investitionsprogramm und private Wohnungsbausanierung über die Kreditanstalt für Wiederaufbau Für Kommunen mit besonderen Strukturproblemen und überdurchschnittlicher Arbeitslosigkeit die Zinskonditionen verbessern
Konjunkturelle Nachfrageimpulse fehlen	Die nächsten Stufen der Steuerreform mit einem Entlastungsvolumen von rund 7 Milliarden Euro am 1. Januar 2004 und von 18 Milliarden Euro am 1. Januar 2005 ohne Abstriche umsetzen Abgeltungsteuer auf Zinserträge einführen Gewinne aus Veräußerungen besteuern
Dynamisch wachsende Wirtschaft und eine hohe Beschäftigungsquote sind die Voraussetzungen für einen leistungsfähigen Sozialstaat	Jeder, der arbeiten kann und will, soll dazu auch die Möglichkeit bekommen Arbeitsmärkte für neue Formen der Beschäftigung und der Selbstständigkeit öffnen "Kapital für Arbeit" Bedingungen für die Vermittlung der Arbeitslosen verbessern Bundesanstalt für Arbeit umbauen Zeit- und Leiharbeit von bürokratischen Beschränkungen befreien gering bezahlte Jobs bis 800 Euro von Abgaben entlasten Möglichkeiten zur befristeten Beschäftigung verlängern, um ältere Arbeitslose wieder in Beschäftigung zu bringen Arbeitsmarkt über die Hartz-Reformen hinaus öffnen, Schwarzarbeit zurückdrängen und Bemühungen für genügend Ausbildungsplätze verstärken
Zielgenauigkeit von Sozial- und Arbeitslosenhilfe	Zuständigkeiten und Leistungen aus einer Hand

⁸⁸² *Deutscher Bundestag - Plenarprotokoll 15/32*. Sammlung der Aussagen in chronologischer Abfolge (eigene Darstellung und Hervorhebungen). Ausführungen zu den „Reformen des Gesundheitswesens“ siehe ergänzend in gesonderter, weiterer *Übersicht 6: Die in der Regierungserklärung des Bundeskanzlers vom 14. März 2003 formulierten Handlungsbedarfe („bestehende Probleme“) und Lösungsvorschläge („Maßnahmen“) zu den „Reformen des Gesundheitswesens“, Seite 239.*

Problem	Maßnahme
<p>Menschen, die arbeiten wollen und können, müssen zum Sozialamt gehen, während andere, die dem Arbeitsmarkt womöglich gar nicht zur Verfügung stehen, Arbeitslosenhilfe beziehen. Menschen, die gleichermaßen bereit sind zu arbeiten, bekommen Hilfen in unterschiedlicher Höhe</p>	<p>Arbeitslosen- und Sozialhilfe zusammenlegen einheitlich auf einer Höhe in der Regel dem Niveau der Sozialhilfe entsprechend Langzeitarbeitslosen, die eine Beschäftigung aufnehmen, befristet mehr als die bisherigen 15 Prozent der Transfers als Anreiz für die Aufnahme von Arbeit belassen Sanktionen bei Ablehnung zumutbare Arbeit - Zumutbarkeitskriterien verändern</p>
<p>Arbeits- und sozialrechtliche Beschäftigungshemmnisse</p>	<p>Kündigungsschutz in Kleinbetrieben mit mehr als fünf Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern öffnen: befristet und als Leih- und Zeitarbeiter Beschäftigte werden nicht auf die Obergrenzen für die Betriebe angerechnet Im Falle betriebsbedingten Kündigungen soll der Arbeitnehmer zwischen der Klage auf Weiterbeschäftigung und einer gesetzlich definierten und festgelegten Abfindungsregelung wählen können Statt Sozialauswahl nur nach starren Kriterien, wie Alter oder Dauer der Betriebszugehörigkeit, sollen in Zukunft die Prioritäten auch direkt zwischen Arbeitnehmervertretern und Arbeitgebern erarbeitet und verbindlich gemacht werden Die maximale Befristung von Arbeitsverhältnissen für Existenzgründer auf vier Jahre verdoppeln. Freistellung von den Pflichtbeiträgen an die Handwerks- und Industrie- und Handelskammern in den ersten vier Jahren Maßnahmen zur Bekämpfung der Schwarzarbeit</p>
<p>Mittelständische Unternehmen klagen über hohe Lohnnebenkosten und über bürokratische Vorschriften</p>	<p>Steuerrecht für Kleinstbetriebe radikal vereinfachen, die Buchführungspflichten reduzieren. Mit dem Small Business Act die Startbedingungen in die Selbstständigkeit verbessern Kreditbedingungen für die Unternehmen verbessern Nach zehn Jahren Berufstätigkeit sollen tüchtige und erfahrene Gesellen einen Rechtsanspruch auf die selbstständige Ausübung ihres Handwerks erhalten Der Chef eines Handwerksbetriebs braucht als selbstständiger Einzelunternehmer künftig keinen eigenen Meisterbrief mehr, sondern es reicht aus, einen Meister in seinem Handwerksbetrieb zu beschäftigen</p>
<p>Arbeitsrecht und Tarifverträge nicht ausreichend flexibel und ausdifferenziert für komplexe Volkswirtschaft im internationalen Wettbewerb</p>	<p>In den Tarifverträgen durch geeignete Regelungen flexible Rahmen schaffen, die den Betriebspartnern Spielräume bieten</p>
<p>Die weitaus größte Zahl unternehmerischer Misserfolge gehen auch auf krasse kaufmännische und strategische Fehler im Management zurück. Diese Fehler werden dann oft genug noch mit millionenschweren Abfindungen vergütet</p>	<p>In der bundesdeutschen Unternehmenskultur muss sich etwas bewegen und verändern</p>
<p>Rund 110 000 betriebliche Ausbildungsplätze fehlen</p>	<p>Ausbildungsplatzabgabe Jeder, der einen Betrieb mindestens fünf Jahre lang erfolgreich geführt hat, darf ausbilden Recht auf Ausbildung entspricht die Pflicht, zumutbare Angebote auch anzunehmen. Geschieht das nicht, wird das zu Sanktionen führen müssen.</p>

Problem	Maßnahme
<p>Altersaufbau, die Art und Dauer der Arbeitsverhältnisse verändern sich dramatisch - die Kosten von Sozialleistungen nicht länger dem Faktor Arbeit aufbürden Steigende, durchschnittliche Lebenserwartung bedeutet immer größer werdende Probleme für die Altersvorsorge</p>	<p>Ansprüche und Leistungen streichen Arbeitslosengeld für die unter 55-Jährigen auf zwölf und für die über 55-Jährigen auf 18 Monate begrenzen Rentenformel angesichts dieser Veränderungen neu fassen und entsprechend anpassen Renten so sicher wie möglich bei bezahlbaren Beiträgen Nullrunde für die Gehälter der Bundesminister und der Staatssekretäre</p>
<p>In keinem vergleichbaren Industrieland entscheidet die soziale Herkunft in so hohem Maße über die Bildungschancen wie in Deutschland Neues Interesse an naturwissenschaftlich-mathematischen Fächern wird gebraucht</p>	<p>Gemeinsame Strategie von Bundesregierung und Ministerpräsidenten der Länder um Standards zu setzen und die Defizite überwinden Ganztagsbetreuung Verstärkt in Bildung und Forschung investieren - Etat dieses Ministeriums erhöht Haushalte der großen Forschungsinstitutionen in den nächsten Jahren jährlich wieder um 3 Prozent erhöhen</p>

Übersicht 6: Die in der Regierungserklärung des Bundeskanzlers vom 14. März 2003⁸⁸³ formulierten Handlungsbedarfe („bestehende Probleme“) und Lösungsvorschläge („Maßnahmen“) zu den „Reformen des Gesundheitswesens“

Probleme im Gesundheitswesen	Maßnahme
<p>hohes Niveau der medizinischen Versorgung sichern Einnahmen und Ausgaben der Krankenkassen entwickeln sich weiter auseinander Beiträge zur Krankenversicherung unter 13 Prozent drücken</p>	<p>Reform der gesetzlichen Krankenversicherung</p>
<p>Zu hohe Lohnnebenkosten</p>	<p>für die soziale Absicherung bei Krankheit Leistungen des Staates kürzen, Eigenverantwortung fördern - mehr Eigenleistung</p>
<p>Zu hohe Kosten durch Über- und Fehlversorgung</p>	<p>kostentreibende Monopolstrukturen beseitigen. Das Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen hat sich überlebt Krankenkassen ermöglichen, Einzelverträge mit den Ärzten abzuschließen</p>
<p>Interesse der Patienten</p>	<p>klare Standards für Qualitätssicherung schaffen</p>
<p>Das deutsche Gesundheitssystem ist verkrustet und</p>	<p>Abbau von Verkrustungen - mehr Wettbewerb im System zulassen</p>

⁸⁸³ *Deutscher Bundestag - Plenarprotokoll 15/32*. Sammlung der Aussagen in chronologischer Abfolge (eigene Darstellung und Hervorhebungen). Hier expliziert: Ausführungen zu den „Reformen des Gesundheitswesens“ als gesonderte Übersicht.

Probleme im Gesundheitswesen	Maßnahme
vermachtet	350 unterschiedlichen Krankenkassen werden es nicht bleiben können
<p>Einnahmeverluste aufgrund hoher Arbeitslosigkeit Der medizinische Fortschritt Ältere zahlen im Durchschnitt weniger ein als sie an Leistungen in Anspruch nehmen Grundsatz: Alle erhalten die notwendige medizinische Versorgung, und zwar unabhängig von Alter und Einkommen. Am Solidarprinzip in der Krankenversicherung prinzipiell festhalten.</p>	<p>Leistungskatalog überarbeiten und Leistungen streichen Kernbereich der gesetzlichen Krankenversicherung neu bestimmen Belohnung der Eigenvorsorge bei der Zahnpflege sowie Zahnersatz und Zahnbehandlung weiterhin als Kassenleistung private Unfälle und Sportunfälle nicht aus Leistungskatalog herausnehmbar Krankengeld als klar abgrenzbarer Kostenblock aus Leistungskatalog herausnehmbar, führt zu überschaubarer Kostenbelastung für den Einzelnen durch eine private Versicherung versicherungsfremde Leistungen aus Leistungskatalog herausnehmen das Mutterschaftsgeld muss aus Steuern finanziert werden</p>
<p>zwei Ziele: hohe Qualität der Gesundheitsversorgung und kostenbewusstes Verhalten von Ärzten, Krankenkassen, Kliniken, Apothekern, Pharmaunternehmen, aber auch der Versicherten.</p>	<p>Zuzahlungen und Selbstbehalte halten Versicherte zu kostenbewusstem Verhalten an Eigenverantwortung: Instrumente wie differenzierte Praxisgebühren und Selbstbehalte nutzen. Menschen mit geringem Einkommen, Kinder, auch chronisch Kranke sind davon ausgenommen Erkenntnis: Prävention vorrangig - systematische Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens zur Kostensenkung im Gesundheitswesen Der elektronische Patientenausweis und die elektronische Krankenakte bis spätestens 2006 - kostenaufwendige Doppel- und Mehrfachversorgung werden damit vermieden und die Qualität von Behandlungen erhöht.</p>

3.4.5 Länderinitiative

Vom Bundesrat wurde im Juni 2003 eine Initiative Bayerns⁸⁸⁴ aufgenommen und als „Pflege-Korrekturgesetz“ im Bundestag eingebracht.⁸⁸⁵ In ihrer Stellungnahme stimmte die Bundesregierung dem formulierten Handlungsbedarf zu, bewertete allerdings die in der Bundesratsinitiative vorgeschlagene Umsetzung für zu „verwaltungsaufwendig“ und zugleich für zu wenig „zielführend“.⁸⁸⁶ Nach einem ablehnenden Votum der Vorlage des Bundesratsvorschlags im Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung⁸⁸⁷ fasste auch der Bundestag einen ablehnenden Beschluss dieses Entwurfs.⁸⁸⁸

3.4.6 Die Aussetzung der Reform

In der Folge nahm der Druck auf die Rot-Grüne Bundesregierung stetig zu. Die Notwendigkeiten für eine, die bestehende Pflegeversicherung grundsätzlich reformierende Änderung waren für alle Beteiligten - mit unterschiedlichen Prämissen und Prioritäten - offensichtlich. Lagen noch zu Beginn der zweiten Legislatur von Rot-Grün Gründe vor, die ein Abwarten bei der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nachvollziehbar erscheinen ließen, so entfielen diese nach und nach und verstärkten den Handlungsdruck nur noch mehr. Die Vorschläge der „Rürup-Kommission“ zur Gestaltung der Pflegeversicherung lagen seit August 2003 vor.

Für die angekündigte Gesundheitsreform waren alle Beteiligten von einem langwierigen parlamentarischen Prozess ausgegangen. Tatsächlich blieb dieser aber aus. Wie schon im Jahr 1994 kam es - überraschend - ganz anders. Durch Konsensrunden konnte in kurzer Zeit mit dem als „Lahnstein II“ gefeierten Gesundheitskompromiss⁸⁸⁹ ein Gesetzgebungsentwurf abgestimmt werden, der die Zustimmung der

⁸⁸⁴ Bundesrats-Drucksache 424/03.

⁸⁸⁵ Der Vorschlag bezog sich auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, mit der behandlungspflegerische Hilfsleistungen von der Gesetzlichen Krankenversicherung auf die Pflegeversicherung verlagert wurden. Angesichts begrenzter Leistungen der Pflegeversicherung bedeutet dies vielfach nicht zuletzt auch eine zunehmende Kostenbelastung in der Sozialhilfe - diese sollte mit der Bundesratsinitiative gemindert werden (*Bundestags-Drucksache 15/1493*, S. 1 f.).

⁸⁸⁶ So die Originalzitate - mit der Ergänzung, dass sie ihrerseits eine verwaltungsfreundliche und zielgenaue, der häuslichen Pflege förderliche, Gesetzesänderung prüfe (*Ebd.*, S. 8).

⁸⁸⁷ Gegen die Stimmen der Mitglieder der Opposition lehnten die Ausschussmitglieder in der abschließenden Beratung am 28.4.2004 den Entwurf ab (*Bundestags-Drucksache 15/3075*, S 8 f.).

⁸⁸⁸ Entsprechend dem Ausschussvorschlag wurde am 7.5.2004 in der zweiten Beratung des Deutschen Bundestages - ebenfalls gegen die Stimmen der Opposition - ein ablehnendes Votum vom Parlament beschlossen (*Deutscher Bundestag - Plenarprotokoll 15/109*, S. 9946).

⁸⁸⁹ In Erinnerung an den zuletzt im Jahr 1994 bei der Einigung über die Ausgestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung im Vorfeld des parlamentarischen Entscheidungsverfahrens in Lahnstein gefundenen Kompromiss (siehe in *Kapitel 2, Fn. 72 (Seite 40)*), mit dem der langwierige Verlauf im Gesetzgebungsverfahren abgewendet und ein umgehendes Inkrafttreten der Änderungen ermöglicht wurde. Seit-

notwendigen Mehrheiten sicherte.⁸⁹⁰

Damit war auch Zeit und Arbeitsressource gewonnen, um auf den weiteren Baustellen die reformerischen Maßnahmen zu formulieren und für den parlamentarischen Prozess - insbesondere für die Pflegeversicherung - auf den Weg zu bringen.

Doch zu einem Referentenentwurf kam es erst gar nicht. Kurz nachdem ein Arbeitspapier aus dem Hause Ulla Schmidts bekannt wurde, beendete der Bundeskanzler die Aktivitäten mit einem Machtwort.⁸⁹¹ Die für das Jahr 2004 erwartete und nun durch den schnellen Kompromiss in der Gesundheitsreform auch zeitlich überraschend möglich gewordene „große Pflegereform“ musste zurück in die Schublade.

In dieser Phase, in der die Änderungen der Pflegeversicherung auf dem Weg waren und sich die gewohnte Entwicklung des Gesetzgebungsverlaufs - beginnend mit den internen Abstimmungen (Koalitionsentwurf) - einstellen sollte, kam die Meldung über die Absage des Kanzlers völlig überraschend und beendete die beginnende Reformgesetzgebungsphase zur Pflegeversicherung auf - zunächst - unbestimmte Zeit. Damit war schon im Januar 2004 die Taktvorgabe klar, wonach es - zumindest in der Legislatur - nur „das Notwendigste“ an Gesetzgebungstätigkeit seitens der Regierung geben würde.

Bereits Ende 2003 wurde im Zuge der Änderungen in der Rentenversicherung ein Schritt zur Erhöhung der Beitragseinnahmen in der Pflegeversicherung vorgenommen. Seit dem 1.4.2004 müssen Rentenbezieher den vollen Beitrag zur Pflegeversicherung zahlen.⁸⁹² Ebenfalls zum Jahresende 2003 erfolgte der Beschluss, die Leistungen der Pflegeversicherung in das trägerübergreifende Persönliche Budget aufzunehmen.⁸⁹³

Ursprünglich war vorgesehen, im Zuge der geplanten Änderungen auch den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts zur Entlastung Kindererziehender in der

dem war eine solche Einigung der Parteien als gesundheitspolitischer Kompromiss nicht wieder erreicht worden.

⁸⁹⁰ Das *Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG)* wurde bereits im November 2003 verkündet und konnte in seinen wesentlichen Teilen zum 1.1.2004 in Kraft treten.

⁸⁹¹ *Gesundheit und Gesellschaft (G+G) - Blickpunkt*, 01/2004.

⁸⁹² Die Änderung erfolgte durch das *Zweite Gesetz zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze* (Artikel 6, S. 3015) und trat zum 1.4.2004 in Kraft (*ebd.*, Artikel 13 Abs. 4, S. 3017).

⁸⁹³ Die Vorschrift (§ 35a SGB XI) wurde durch das *Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch* (Art. 10 Nr. 5, S. 3058) mit Wirkung zum 1.7.2004 (*ebd.*, Art. 70 Abs. 2, S. 3071) eingeführt.

Pflegeversicherung umzusetzen.⁸⁹⁴ In der Schrittfolge wurde dazu nunmehr eingelenkt: Zunächst gelte es, *allein* das Urteil des Bundesverfassungsgerichts umzusetzen. „Im Laufe der Legislaturperiode werden wir dann die Pflegeversicherung in weiteren Schritten reformieren“,⁸⁹⁵ so die Sprachregelung für das angeplante Änderungsszenario. Alles weitere blieb jedoch unklar. Die Einschätzung ging dahin, dass erst in der folgenden Legislatur weitere und detailliertere Änderungen in der Pflegeversicherung geplant seien und die notwendige Reform der Pflegeversicherung so weiterhin ausgesetzt blieb.⁸⁹⁶

Eine umgehend anberaumte Aktuelle Stunde brachte am 30.1.2004 keine weiteren Erkenntnisse über die diesbezüglichen Planungen der Bundesregierung.⁸⁹⁷ Auch die Vertreter von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mochten sich mit der Minderung der Taktzahl bei den notwendigen Reformen in der Pflegeversicherung nicht abfinden und verfolgten - zumindest in den öffentlich gemachten Verlautbarungen - weiter das Ziel, noch im Jahr 2004 eine Dynamisierung der Pflegeleistungen und zusätzliche Hilfen für Demenzkranke zu beschließen. Schließlich war das Paket für die noch in dem Jahr geplanten Leistungsverbesserungen bereits geschnürt worden. Bestätigt wurde dem kleinen Koalitionspartner mit einer offiziellen Antwort aus dem Sozialministerium jedoch lediglich die vorgegebene Taktrate, wonach weiterhin und unverändert davon ausgegangen werde, dass zum 1. Januar 2005 lediglich die versprochene Entlastung der Familien beim Beitrag erfolge und die Leistungsverbesserungen erst danach stufenweise eingeführt würden.⁸⁹⁸

Damit zeichnete sich im April 2004 - rund zehn Jahre nach dem seinerzeit gefeierten

⁸⁹⁴ Dies hatte bis spätestens Ende des Jahres 2004 zu erfolgen (siehe oben 3.3.2 *Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Beitragsbemessung*, Seite 232).

⁸⁹⁵ So wurde die Bundesgesundheitsministerin in einer Informationspublikation zitiert (*Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung* (2004e), S. 3).

⁸⁹⁶ Das *Handelsblatt* vom 28.1.2004 zitierte eine Sprecherin des Sozialministeriums, wonach Schmidt nach dem Machtwort des Kanzlers bei der Fraktionssitzung der SPD am 27.1.2004 auf die ursprünglich geplante große Pflegereform im Jahr 2004 verzichten wolle und nur das Urteil des Bundesverfassungsgerichts umgesetzt werde. Über die anderen Punkte werde diskutiert, aber erst zu einem späteren Zeitpunkt entschieden.

⁸⁹⁷ Nachdem in Berlin die Aussetzung der Reform bekannt wurde, forderte die Fraktion der CDU/CSU über das parlamentarische Instrument der Aktuellen Stunde die Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, Ulla Schmidt, auf, - zumindest parlamentsöffentlich - Auskunft über das vorgesehene Verfahren sowie die vorgesehenen Tätigkeiten der Bundesregierung in Bezug auf die Reformierung der Pflegeversicherung zu geben (*Deutscher Bundestag - Plenarprotokoll 15/89*).

⁸⁹⁸ Um „Nachbesserungen“ bei der anstehenden Änderung zu erreichen, kündigten BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Verhandlungen mit der zuständigen Ministerin an. Sie konnten allerdings nur eine Zusage des Sozialministeriums erreichen, wonach die Finanzierbarkeit von Leistungsverbesserungen dort schon im nächsten Jahr geprüft werde (*Handelsblatt* vom 21.4.2004).

Kompromiss über die Pflegeversicherung - ab, dass auch in dieser Legislatur wiederum nur „pflichtenerfüllend“ agiert werden würde.⁸⁹⁹

3.4.7 Mini-Pflegereform?

Das „Notwendigste“ in der Pflegeversicherung unternehmend⁹⁰⁰ und zugleich die „Pflichten erfüllend“⁹⁰¹ legten die Fraktionen der Regierungskoalition im September 2004 einen Gesetzentwurf zur Erhöhung der Beiträge um 0,25 Prozentpunkte in der Pflegeversicherung für Kinderlose vor.⁹⁰² Aus der im Tenor des Urteils des Bundesverfassungsgerichts geforderten *Entlastung* von Eltern bzw. Kinder Erziehenden in der Pflegeversicherung wurde damit eine *Belastung* Kinderloser.⁹⁰³ Die so als reine Beitragserhöhung gestalteten Änderungsvorschläge wurden nun nur noch als „kleine Reform“ bzw. „Mini-Reform“ der Pflegeversicherung oder auch „Mini-Pflegereform“ öffentlich betitelt.⁹⁰⁴

Zunächst ergab sich jedoch innerhalb der Regierung das Problem, wie die Beitragszuschläge bei Arbeitslosen aufzubringen sind. Der Wirtschaftsminister, Wolfgang Clement, sprach sich dagegen aus, diese Zuschläge inklusive des mit der Erhebung verbundenen Verwaltungskostenaufwandes - es war in diesem Zusammenhang von einem zweistelligen Millionenbetrag die Rede - zusätzlich zu finanzieren. Eine Lösung wurde jedoch rasch gefunden und in den Beratungen des Ausschuss für Ge-

⁸⁹⁹ So gingen die Koalitionäre in die Sommerpause. Es bleibe "genügend Zeit, die Reform der Pflegeversicherung in Etappen durchzuführen", so die Aussage aus dem Ministerium während der Sommerpause (zitiert nach: *Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 6.8.2004*). Sie zeigt die Wahrnehmung der Gestaltungsverantwortung und damit die von dort zu erwartende Einschätzung bzw. Haltung zum Reformbedarf der Pflegeversicherung auf.

⁹⁰⁰ Notwendig war vor allem auch, die Pflegeversicherung mit ausreichenden finanziellen Mitteln auszustatten. Hier sollte das ursprünglich geplante und dann wieder abgesagte Reformwerk wirken. Wie in *Kapitel 3* gezeigt, führte das negative Saldo ab dem Jahr 1999 zu einem kontinuierlichen Abschmelzen der Rücklage - mit dem Jahresergebnis 2003 betrug die Rücklage nach einem rechnerischen Defizit von 0,69 Mrd. Euro nur noch 4,24 Mrd. Euro (siehe *Diagramm 5: Entwicklung der jährlichen Ausgaben, Einnahmen und Rücklagen der sozialen Pflegeversicherung insgesamt in Milliarden Euro bis 2004* (Seite 116)).

⁹⁰¹ Gemeint ist die Verpflichtung aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts (siehe zuvor *Fn. 894*) vom April 2001.

⁹⁰² Um dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2001 zu entsprechen, sollte - wie schon erwartet - der erhöhte Pflegebeitrag als „Beitragszuschlag für Kinderlose“ ab dem 1. Januar 2005 wirksam werden. Die Beitragsmehreinnahmen würden die Pflegeversicherung voraussichtlich um 0,7 Mrd. Euro entlasten (*Bundestags-Drucksache 15/3671*).

⁹⁰³ Es liegt auf der Hand, dass zwischen den beiden Optionen ein erheblicher, und für die Finanzierung der Pflegeversicherung relevanter, Unterschied besteht. Während eine „Entlastung Kinder Erziehender“ (wie vom Bundesverfassungsgericht gefordert) im Ergebnis einen geringeren Zufluss für das finanzielle Budget der Pflegeversicherung bedeutet hätte, würde eine Belastung „Kinderloser“ um weitere Pflegebeiträge das Budget erhöhen. Reine Freibetragsmodelle als Entlastung für Erziehende würden in der Pflegeversicherung zu Mindereinnahmen von knapp 400 Millionen Euro jährlich führen und die Rücklagen noch schneller abschmelzen lassen. Zur Begründung der Umsetzung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts im Gesetzentwurf siehe *ebd.*, S. 3-6.

sundheit und Soziale Sicherung - ebenfalls noch im September 2004 - als Ergänzung beschlossen:⁹⁰⁵ Die Bezieher von Arbeitslosengeld II wurden ausdrücklich ebenfalls⁹⁰⁶ von dem - ansonsten für alle Mitglieder ab dem 23. Lebensjahr verpflichtenden - Beitragszuschlag ausgenommen.⁹⁰⁷ Für die Bezieher von Leistungen nach dem Dritten Buch SGB wurde schlussendlich als Kompromissformel festgehalten, dass deren Beitragszuschlag für Kinderlose durch die Zahlung der Bundesagentur für Arbeit von 20 Mio. Euro jährlich an die Ausgleichskasse der sozialen Pflegeversicherung beglichen wird.⁹⁰⁸

Obwohl es nicht mehr zu inhaltlichen Änderungen kam, verzögerte sich die Verkündung des Gesetzes durch das ablehnende Votum im Bundesrat noch bis Dezember 2004. Der Einspruch wurde im Vermittlungsverfahren durch die Mehrheitsentscheidung des Deutschen Bundestages Ende November 2004 zurückgewiesen.⁹⁰⁹

Wie aus der Beitragserhöhung für Kinderlose, die vornehmlich der kurzfristigen Konsolidierung der Finanzen der Pflegeversicherung dienen sollte,⁹¹⁰ die vom Bundes-

⁹⁰⁴ Pache; *Handelsblatt* vom 20.9.2004.

⁹⁰⁵ *Bundestags-Drucksache 15/3837*, S. 4. Ebenfalls mit der Stimmenmehrheit der Mitglieder der Fraktionen der Regierungskoalition wurden die Anträge der Oppositionsparteien abgelehnt (*ibd.*, S. 7). Die CDU/CSU forderte eine „echte“ Entlastung Kinder Erziehender durch einen Beitragsnachlass von monatlich 5,00 Euro pro Kind, der durch eine - für alle Mitglieder wirksame - Beitragssatzerhöhung um 0,1 Prozent bis zur Beitragsbemessungsgrenze ohne Beteiligung des Arbeitgebers finanziert werden sollte. Die Regierung wurde aufgefordert, die Struktur- und Finanzierungsreform der Pflegeversicherung einzuleiten, um den demographischen und pflegerischen Herausforderungen für eine menschenwürdige Pflege gerecht zu werden (*Bundestags-Drucksache 15/3682*, S. 3). Die F.D.P. forderte einen das Kindergeld erhöhenden, aus Steuermitteln zu finanzierenden „Kinder-Bonus“ von jährlich 150,00 Euro pro pflegeversichertem Kind in den ersten drei Lebensjahren. Zusätzlich sollte eine grundlegende Reform der sozialen Pflegeversicherung mit dem Aufbau eines Kapitalstocks verbunden werden (*Bundestags-Drucksache 15/3683*, S. 3).

⁹⁰⁶ In dem Gesetzentwurf war bereits vorgesehen, vor dem 1.1.1940 Geborene sowie Wehr- und Zivildienstleistende von dem Beitragszuschlag auszunehmen (*Bundestags-Drucksache 15/3671*, S. 3).

⁹⁰⁷ Die Änderung - die eigentlich in der von Clement erklärten Nichtbereitschaft zu suchen war, die Beiträge aus dem Etat schultern zu wollen - wurde im Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung mit einem ansonsten unverhältnismäßigen Verwaltungskostenaufwand und dem Eingriff in das soziokulturelle Existenzminimum begründet (*Bundestags-Drucksache 15/3837*, S. 8).

⁹⁰⁸ Als Option wurde zusätzlich festgehalten, das die Bundesagentur für Arbeit hinsichtlich der übernommenen Beiträge wiederum auf die Leistungsbezieher Rückgriff nehmen kann (*Bundestags-Drucksache 15/3837*, S. 4). Gleichzeitig wurde dabei aber davon ausgegangen, dass die Agentur dies wegen der mit einem solchen Beitragsrückgriff verbundenen hohen Verwaltungskosten nicht unternehmen werde (*ibd.*, S. 7).

⁹⁰⁹ Als nicht zustimmungspflichtiges Gesetz konnte der Bundestag mit der Mehrheit seiner Stimmen (sogenannte „Kanzlermehrheit“) den vom Bundesrat am 26.11.2004 erhobenen Einspruch gegen das vom Bundestag beschlossene Gesetz in namentlicher Abstimmung am 26.11.2004 mit 303 Ja-Stimmen, 286 Nein-Stimmen und ohne Enthaltungen im Vermittlungsverfahren zurückweisen. Damit konnte das *Gesetz zur Berücksichtigung von Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung (Kinder-Berücksichtigungsgesetz - KiBG)* am 20.12.2004 verkündet werden und zum 1.1.2005 in Kraft treten.

⁹¹⁰ Dass es sich letztlich bei den Beitragserhöhungen um eine willkommene Verknüpfung zur lediglich finanziellen Aufschubregelung handelt, räumten die Initiatoren der Regelung während der Beratungen

verfassungsgericht geforderte Beitragsentlastung Kinder Erziehender wurde, las sich dann offiziell so:

„[...] Kinderlose Mitglieder [...] zahlen ab 1. Januar 2005 [...] einen Beitragszuschlag von 0,25 Beitragssatzpunkten [...]. Mitglieder, die Kinder haben oder gehabt haben, werden also in der sozialen Pflegeversicherung auf der Beitragsseite *relativ besser gestellt* als solche ohne Kinder.“⁹¹¹

3.4.8 Ankündigungspolitik am Vorabend der vorgezogenen Neuwahlen

Es folgte nun nur noch reine Ankündigungspolitik zum Auslaufen der zweiten Legislatur - dieses ereignete sich mit der vorgezogenen Bundestagsneuwahl sogar noch überraschend schneller, als eigentlich vorgesehen.

Auf der Klausurtagung in Wörlitz fand Mitte Januar 2005 eine Zwischenbilanz zur Regierungsarbeit statt, und es wurden Verabredung für das weitere Vorgehen getroffen. Zunächst tagten BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN noch allein, und die Stimmen wurden wieder lauter, sich für die Pflegeversicherung zu engagieren. Dann fand das gemeinsame Gespräch mit der SPD statt. Das Ergebnis, auf das sich die Koalitionäre für die weitere Regierungszeit schließlich verständigten, bestand darin, zunächst die noch anstehenden Landtagswahlen abzuwarten - als wichtig wurde vor allem das Wahlergebnis in Nordrhein-Westfalen angesehen.⁹¹² Erst danach sollte eventuell gehandelt werden. Die Bündnisgrünen gaben bei diesem „Zuwarten“ aus strategischen Gründen nach. Die Koalitionsspitzen verständigten sich darauf, erst im Herbst 2005 einen Zeitfahrplan erstellen zu wollen. Dies geschah auch mit Blick auf den dann schon wieder anstehenden Bundestagswahlkampf - zu dem Zeitpunkt war von einer vorgezogenen Wahl zu eben diesem Termin im Herbst 2005 noch keine Rede. So wurde die weitere Entwicklung der Pflegeversicherung weiter in Wartestellung gehalten. Der Bedarf war dabei unverändert präsent, vor allem der finanzielle Handlungsbedarf wurde deutlich gesehen. Es blieb also bei dem Minimalkompromiss der Beteiligten zwischen der vom Kanzler ausgegebenen Abwartehaltung und dem Handlungswillen von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Faktisch konnte sich der kleine Koalitionspartner in der Regierung also mit der Forderung nach raschen Reformanstren-

des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung durchaus ein: Eigentlich hätte eine allgemeine Beitragssatzerhöhung in der Pflegeversicherung erfolgen müssen - die Erhöhung des Beitrages für Kinder Erziehende sei ein erster Schritt (*Bundestags-Drucksache 15/3837*, S. 7).

⁹¹¹ *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung* (2004f) - eigene Hervorhebung.

⁹¹² Der Ausgang der Landtagswahl in Nordrhein-Westfalen sollte die Initialzündung für die Entscheidung geben, vorgezogene Neuwahlen zu initiieren: Unmittelbar nach der Wahlniederlage in Nordrhein-Westfalen am 22.5.2005 hatten der SPD-Vorsitzende Franz Müntefering und Bundeskanzler Gerhard Schröder die Absicht bekanntgegeben, Neuwahlen für den Bundestag anzustreben (*Klose*).

gungen für die Pflegeversicherung nicht durchsetzen.

Optionen für die Modellierung der Pflegeversicherung wurden durchaus auch in der SPD thematisiert. So wurde vorgeschlagen, eine Reform der Pflegeversicherung mit der Idee der Bürgerversicherung zu verbinden. Dazu brachte das Präsidiumsmitglied Andrea Nahles ein Impulspapier ein. Es sah vor,

- alle Einkommensarten in die Finanzierung (Beitragsaufbringung der Pflegeversicherung) einzubeziehen,
- die Pflege- in die Gesetzliche Krankenversicherung zu integrieren und
- parallel dazu einen Kapitalstock aufzubauen.

Das letzte, was seinerzeit dazu zum Planungsstand übermittelt wurde, war die Ankündigung vom SPD-Partei- und -Fraktionsvorsitzenden Franz Müntefering, noch im Jahr 2005 Gespräche über eine Reform führen zu wollen. Analog zum Konzept der Bürgerversicherung für die Gesetzliche Krankenversicherung sei die finanzielle Basis zu verbreitern.⁹¹³ Spätestens ab dem Jahr 2007 müsse mehr Geld in die Kassen fließen.⁹¹⁴ Die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt kündigte an, es werde noch vor dem Wahltermin ein Entwurf für die Reform der Pflegeversicherung vorgestellt werden.⁹¹⁵ Die Union antwortete darauf, dass keinesfalls Konsensverhandlungen wie bei der Gesundheitsreform vorstellbar seien. Auch werde es kein Einlenken geben, falls die Pflegeversicherung als „Probierfeld“ für ein „kleines Bürgerversicherungskonzept“ vorgesehen sei. Schnelle Leistungsverbesserungen lediglich als „Wahlgeschenke“ ohne schlüssige Finanzierung wurden ebenfalls abgelehnt.⁹¹⁶

Die wiederum auslaufenden Übergangsregelungen wurden im März 2005 noch einmal verlängert - nunmehr bis zum 30.6.2007.⁹¹⁷ Das war die letzte Aktivität der bei erstmaliger Regierungsübernahme mit ambitionierten Gestaltungsplänen zur Pflege-

⁹¹³ Ganz ähnlich machte im geschäftsführenden Bundesvorstand der SPD fünf Jahre zuvor Rudolf Dreßler als stellvertretender Vorsitzender der SPD-Bundestagsfraktion den Finanzbedarf der Pflegeversicherung deutlich. Seinerzeit war der Blick - noch eingeschränkter - auf die Frage gerichtet, ob politisch über eine Erhöhung der Beitragssätze zu entscheiden sei (*Dreßler*, S. 352).

⁹¹⁴ *Gesundheit und Gesellschaft (G+G) - Blickpunkt*, 03/2005.

⁹¹⁵ *Gesundheit und Gesellschaft (G+G) - Blickpunkt*, 06/2005. Vorgesehen sei dabei eine stufenweise Abschaffung der privaten Pflegeversicherung und der Übergang zur Bürgerversicherung. Hingegen schloss sie eine Zusammenführung der Pflegeversicherung mit der Gesetzlichen Krankenversicherung aus.

⁹¹⁶ *Thelen*.

⁹¹⁷ Die Übergangsregelungen zur Übernahme der medizinischen Behandlungspflege sowie die Regelung über die pauschalen Leistungsbeträge bei stationärer Pflege - die Pauschalbeträge blieben weiterhin unverändert (siehe oben *Fn. 856*) - waren zuletzt mit dem *PflEG* bis zum 31.12.2004 verlängert worden (siehe oben *Fn. 857*). Die Änderungen im SGB XI erfolgten erst im März 2005 durch das *Gesetz zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht* (Artikel 9a, S. 828).

versicherung angetretenen Rot-Grünen Regierung. Dieser Verlauf wies durchaus symptomatisch auf die Entwicklung der Pflegeversicherung hin.

3.5 Fazit der Rot-Grünen Regierungskoalition ab 1998: Gestaltung & Verharung

Die Tätigkeit der Rot-Grünen Bundesregierung zur Weiterentwicklung und Gestaltung der Pflegeversicherung lässt sich in zwei Phasen einteilen. Während die Regierungskoalition die erste Legislaturperiode in Bezug auf die Pflegeversicherung noch ambitioniert und regelungsfreudig anging (*Gestaltungsphase*), zeigte sie sich in der zweiten Legislatur reagierend und verharrend (*Verharrensphase*). In der Anfangsphase trugen die Aktivitäten noch die Handschrift von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und des bis Januar 2001 bündnisgrün geführten Gesundheitsministeriums. Diese Präsenz ging bereits zum Ende der ersten Legislatur zurück, während zugleich auch die Bedeutung des kleinen Koalitionspartners kontinuierlich abnahm. Intensiv steigerte sich diese Situation ab dem Jahr 2002 im Verlauf der zweiten Wahlperiode, in der sich die Aktivitäten des kleinen Koalitionspartners fast schon wie eine oppositionelle Rolle ausnahmen. Sehr zum Leidwesen der Bündnisgrünen wurden diese in ihrer - so zumindest öffentlich gemachten - Ambition, die bereits angekündigte, weitere Entwicklung der Pflegeversicherung voranzutreiben, „ausgebremst“ und dabei durchaus auch bis an die Grenzen dessen, was in einer Koalition ertragbar ist, getrieben.

Anders als im ersten Koalitionsvertrag, in dem das Thema Pflegeversicherung noch einen relativ großen Umfang einnahm und konkrete Maßnahmen angekündigt wurden, gerieten die diesbezüglichen Vereinbarungen in der zweiten Legislatur weniger umfassend.⁹¹⁸ Sichtbar ist in beiden Vereinbarungen anhand der allgemeinen Aussagen zur sozialen Sicherung - vor allem der Sozialversicherung -, dass die Beitragssatzstabilität die allumfassende Klammer für das Handeln und Wirken der Koalition sein sollte. Insbesondere für die Pflegeversicherung wurde konkret auf einen schmalen Finanzkorridor hingewiesen, der determinierend - mindestens planungsbegleitend - für die beabsichtigten bzw. geplanten Gestaltungsschritte (Politikformulierung) zu gelten hatte. War jedoch im Jahr 1998 noch explizit ein Gestaltungswillen trotz „begrenzter Finanzspielräume“ verabredet worden, wurde eine weitere Entwick-

⁹¹⁸ Siehe in diesem Kapitel *Übersicht 4: Synopse der wesentlichen Aussagen zur Sozialversicherung insbesondere zur Pflegeversicherung in den Koalitionsvereinbarungen der Jahre 1998 und 2002* (Seite 223 f.).

lung der Pflegeversicherung im Jahr 2002 mit den impliziten Vorgaben zur „Senkung der Sozialversicherungsbeiträge“ und die „Sozialversicherung auf den Prüfstand“ stellen zu wollen, bereits von vornherein deutlich eingeschränkt.⁹¹⁹ Deutlicher formuliert: Während zunächst noch finanzielle Handlungsspielräume für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gesehen wurden, wurden diese für die zweite Legislatur deutlich stärker begrenzt bzw. gänzlich ausgeschlossen.

Gestaltungsorientiert und ambitioniert fielen die Vereinbarungen der frisch gewählten Regierungskoalition zur Pflegeversicherung in ihrem ersten Koalitionsvertrag aus. Mit dem PQsG wurde ein stark inhaltlich-gestaltend orientiertes Regelwerk initiiert, das die Mängel der Pflege beseitigen und die Qualität der Pflege auf verbindlichere Weise regeln sollte. Die weiteren Aktivitäten ließen sich in dieser Gestaltungsphase hingegen eher zurückhaltender an. Die Ergänzungen des SGB XI durch das PfIEG waren stark von der verknüpften Mittelvorgabe determiniert. Auch lassen sich die seinerzeit ergänzten Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, zumal dem Umfang nach eher bescheiden und als Ermessensleistung ausgestaltet, allenfalls als ein erster Schritt in Richtung einer adäquaten Bearbeitung des Demenzproblems deuten. Insgesamt war die eingeschränkte Leistungserweiterung durch die Bereitstellung geringer zusätzlicher Mittel kaum geeignet, um dem bestehenden Handlungsbedarf entsprechen zu können.⁹²⁰ Eine wirksame Regelungsgestaltung kann angesichts der umfassenden Herausforderung intensiverer Betreuungsbedarfe - wie beispielsweise bei Demenz - nicht ohne eine systematische Überarbeitung der Pflegeversicherung auskommen und muss den Begriff der Pflegebedürftigkeit und das Feststellungsverfahren neu justieren. Mit diesen schwächer ausgestalteten Aktivitäten nahm die Intensität der gestalterischen Phase bereits ab, um danach in die Verharrensphase überzugehen. Das vom Budget dominierte PfIEG, das ursprünglich mit den Gestaltungsentwürfen aus dem grünen Gesundheitsministerium in einem Dreischritt von Änderungen in der Pflegeversicherung zur Qualität und zur Demenz sowie im Heimgesetz geplant und angelegt war, bildete insofern also nur noch den „Ausfluss“ dieser bereits mit dem PQsG im Jahr 2000 - quasi auf dem oberen Scheitelpunkt der Gestaltungsphase - angelegten und entwickelten Planungen zum zweiten ergänzenden Schritt in der Gestaltung der Pflege-

⁹¹⁹ Ebd. .

versicherung. Die bescheidenen und zur Lösung des „Demenzproblems“ in der Pflegeversicherung bewusst nicht hinreichend gestalteten Leistungsergänzungen durch das PfIEG müssen insoweit auch als außenwirksam orientierte Maßnahme mit Blick auf die anstehende Bundestagswahl im Jahr 2002 gesehen werden.

Als stärker gestalterisches Element kann in dieser Phase noch die vorgenommene Überarbeitung der Regelungen bei ehrenamtlicher Pflege gesehen werden, die - ebenfalls im PfIEG geregelt und an das PQsG anknüpfend diesen Prozess damit gleichsam einklammernd - nicht nur den Wandel des Verständnisses vom Pflegepflichteneinsatz zum Beratungseinsatz vollzogen, sondern insgesamt entscheidende weitere Impulse und Ausrichtung für die Qualität der in dieser Sphäre stattfindenden Pflege normierten.

Grundsätzlich lassen sich die Änderungen durch das 4. SGB XI-ÄndG in der vorangegangenen Korrekturphase ebenfalls als gestalterisch motiviert bezeichnen. Als erste gesetzliche Maßnahme nach Übernahme der Regierung durch die Koalition von SPD und BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN wurden durch die Neuregelungen jedoch in erster Linie zunächst Wahlversprechen für verbesserte Leistungen in der Pflegeversicherung erfüllt. Gleichwohl zeigte sich bereits zu dem Zeitpunkt die einschränkende Mittelvorgabe. So blieben die beschlossenen Korrekturen bzw. Ergänzungen durchaus hinter dem zurück, was zuvor - noch als Opposition - vorgeschlagen⁹²¹ wurde.⁹²² Auch mit Blick auf die zahlenmäßig nur wenigen Änderungen bildete diese Korrekturphase den Auftakt und den Übergang zur Gestaltungsphase.

Die zweite Legislatur von Rot-Grün war bis zur - dann vorgezogenen Bundestagswahl im Oktober 2005 - von einem Verharren in der (Weiter-)Entwicklung der Pflegeversicherung gekennzeichnet, was wiederum zu Spannungen innerhalb der Regierungskoalition führte. Retrospektiv kann die eingeschlagene Vorgehensweise seit dem Ende der ersten Legislatur ab Herbst 2002 als „Vertagungsszenario“ bezeichnet werden. Trotz und bei bekanntem Handlungsbedarf sowie bereits vorliegender Änderungsvorschläge stand die Pflegeversicherung nicht auf der Agenda des Bundes-

⁹²⁰ Wie seinerzeit von den Initiatoren ausdrücklich als Prämisse für die vorgeschlagenen Regelungen selbst formuliert (siehe in diesem Kapitel *Fn. 854, Seite 231*).

⁹²¹ Siehe dazu die Hinweise in diesem Kapitel unter *3.1.1 Sozialstaatliche Handlungsprämissen (Seite 225)*.

⁹²² Mit einem veranschlagten Mehrausgabenbedarf für die soziale Pflegeversicherung von 260 Mio. DM (15 Mio. DM im Bereich der privaten Pflegeversicherung) hielt sich der Kostenrahmen ebenfalls in bescheidenen Grenzen (*Bundestags-Drucksache 14/580, S.6*).

kanzlers, der dies angesichts der von der Ministerin vorgeschlagenen Gestaltungspläne mit seinem Machtwort im Frühjahr 2004 bekräftigte und endgültig machte. Mit den gleichwohl beschlossenen Beitragserhöhungen für Rentenbezieher und für Kinderlose sollte die Finanzsituation der Pflegeversicherung verbessert werden.

3.5.1 Nichthandeln trotz Handlungsbedarf und bestehender Handlungsmöglichkeiten

In der zweiten Legislatur stand nicht (mehr) die notwendige Befassung der Pflegeversicherung im Vordergrund. So war es bereits in den Koalitionsvereinbarungen deutlich gemacht worden und kam noch stärker in der Regierungserklärung zum Ausdruck, indem die „Agenda-Rede“ überhaupt nicht auf die Pflegeversicherung einging. Die zweite Amtszeit von Rot-Grün war deutlich von anderen sozialpolitischen Themen dominiert - allem voran die von der Regierung so gestaltete, grundsätzliche Systementscheidung zur Abschaffung der Arbeitslosenhilfe, die über Jahrzehnte als auskömmlichere und schonendere Bedürftigkeitsleistung quasi eine Art „bessere Sozialhilfe für ehemals versicherungspflichtig Beschäftigte“ realisierte und den Betroffenen - zumeist mit ergänzenden Wohngeldleistungen - die Sozialhilfe weitgehend „ersparte“. Bis zum Jahresende 2003 waren die sogenannten „Hartz-Gesetze I bis IV“ beschlossen, wobei die unter dem Begriff „Hartz-IV“ zum Jahresbeginn 2005 in Kraft gesetzte, neu eingeführte „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ den Abschluss bildete.

Im Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung konnte die Detaillierungsarbeit die Vorschläge der „Rürup-Kommission“ sowohl für die Reformmaßnahmen in der Gesetzlichen Krankenversicherung als auch für die Pflegeversicherung ab August 2003 berücksichtigen. Durch die überraschend umgehende Einigung im Bereich der Krankenversicherung bereits zum Jahresende 2003 wurde schon zu dem Zeitpunkt zusätzlich Ressource für die Pflegeversicherung frei. Angesichts eines ohnehin fort-dauernd bestehenden Handlungsbedarfs und der Aktualisierungen, die mit den Vorschlägen der „Rürup-Kommission“ vorlagen, wurden die Vorschläge zur Änderung der Pflegeversicherung entwickelt. Anhand der ministeriellen Pläne hätte direkt im Anschluss im Frühjahr 2004 der Einstieg ins Gesetzgebungsverfahren erfolgen können - was jedoch mit dem Kanzlerwort unterbunden wurde.

Der kleinere Koalitionspartner erkannte den im Januar 2004 „verordneten“ Regierungskurs an und folgte der Sprachregelung von einem geplanten, etappenweisen

Vorgehen in der Pflegeversicherung, bei dem zunächst die Beitragsregelung für Kinderlose geregelt werden sollte, um danach die weiteren Schritte anzugehen. Die Bündnisgrünen wollten die Koalition nicht gefährden und ihre Optionen auf eine entsprechende Festlegung bei der „Fahrplanbesprechung“ (Wörlitz) wahren. Mit der dort ein Jahr später, im Januar 2005, neuerlich vereinbarten Vertagung, um zunächst noch die Ergebnisse der Landtagswahlen abzuwarten, sah sich der kleine Regierungspartner in seinem Engagement fast schon in eine oppositionelle Rolle (zurück-)gedrängt. Er arrangierte sich in der Situation nunmehr mit der Hoffnung auf positive Wahlergebnisse, um in einer so gestärkten Partnerrolle innerhalb der Koalition die von den BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gewünschte Gestaltung der Pflegeversicherung forcieren zu können.

Nach der „Absage der Reform“ sah es zu Beginn des Jahres 2005 mit dem verabredeten Zeitplan zumindest danach aus, dass im Herbst 2005 das nächste Mal über eventuelle Maßnahmen im Bereich der Pflege zu entscheiden gewesen wäre.⁹²³ So bestand jedenfalls die bescheidene Hoffnung, zumindest im Vorgriff auf die Wahl ein „kleines Verbesserungsgesetz“ - wenigstens - ankündigen zu können. Es erschien handhabbar und praktikabel, den weiteren Handlungsbedarf für Änderungen erst danach umzusetzen. Aber daraus wurde aus den bekannten Gründen nichts. Seinerzeit deutete (noch) nichts darauf hin, dass den Handelnden zu dem Zeitpunkt eine mögliche oder geplante Vorverlegung des Wahltermins bewusst war.

3.5.2 Innerer Widerspruch des Handelns: Beitragserhöhung trotz ausdrücklich vereinbarter Beitragssatzstabilität

Den Bürgern seien nicht noch mehr Härten zumutbar - diese Absage des Regierungschefs der intern vorliegenden, öffentlich aber nicht bekannt gemachten Reformvorschläge entsprach vordergründig der für die Pflegeversicherung vereinbarten Priorität der Beitragssatzstabilität, wonach Beitragserhöhungen und zusätzliche Mittel für die Pflegeversicherung nicht vorgesehen werden sollten. Offenbar war genau dies im Entwurf vorgesehen und realistischerweise ging in der Gestaltungskonstellation zumindest an einer Mittelerhöhung - ob durch Beitragserhöhung oder auf andere Weise - kaum ein Weg vorbei. Tatsächlich bestand jedoch auch ohne die mit der abgesagten Reform möglich werdenden Mittelerfordernisse finanzieller Handlungsbedarf. Ohne grundsätzlich auf die bestehende Finanzgestaltung einwirken zu müssen

⁹²³ *Gesundheit und Gesellschaft (G+G) - Blickpunkt*, 01/2005.

und diese grundlegend neu zu justieren, geriet die Rot-Grüne Regierungskoalition mit den beschlossenen - selektiven - Beitragserhöhungen in einen Widerspruch zu den eigenen Vorgaben. Um das Negativsaldo auszugleichen, wurden Beitragserhöhungen für pflegeversicherte Rentner und auch für Kinderlose beschlossen. Argumentativ konnte dazu nur vorgetragen werden, dass es sich bei diesen „separaten“ Beitragsbelastungen jeweils nicht um eine *allgemeine* Beitragserhöhung handelte. Nach außen wurde auch nicht die Beitragserhöhung (ab 1.4.2004) kommuniziert, sondern die „angemessene“ Belastung der Rentner, die - anders als noch in der ursprünglich bewusst so gestalteten Handhabung - als potentiell „zeitnähere Nutznießer“ der Leistungen der Pflegeversicherung auch einen angemessenen Beitrag zahlen sollten (hier wurde also aus dem Argumentationsmuster der generationenbezogenen Beitragsaufbringung, wie sie in den Vorschlägen der „Rürup-Kommission“ postuliert wurden, geschöpft). Die Beitragserhöhung für kinderlos Versicherte ab 1.1.2005 ließ sich als „relative Beitragsentlastung“ der Kinder Erziehenden mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts begründen, das zwingend umzusetzen war. Auf diese Weise wurden mehr Einnahmen realisiert und eine allgemeine Beitrags-satzerhöhung - mit anschließender Beitragsentlastung für die Kinder erziehenden Versicherten - vermieden. Die Zusatzeinnahmen würden die Defizite aber nur für eine kurze Zeit und auch nur im Umfang des Defizitbetrages des Jahres 2003 ausgleichen können - die übrigen Defizite würden weiter anwachsen. Offenbar war dieses Manöver, das durch die „elegante“ Kombination der verpflichtenden Umsetzung des Bundesverfassungsgerichtsurteils aus dem Jahr 2001 mit der zwingenden Mittelakquise realisiert werden konnte, Ende des Jahres 2004 - und damit die Zeitvorgabe für die Umsetzung des Urteils maximal ausschöpfend - auch auf Zeitgewinn und mit Blick auf die anstehenden Wahlen angelegt. Weitere Belastungen durch eine Leistungsminderung oder Beitragserhöhung in der Pflegeversicherung wären in der zweiten Hälfte der zweiten Legislatur wenig populär gewesen.

3.5.3 „Muddling through“ im „Vorfeld der angekündigten Reform“

Realistischerweise zeigt sich in einer Gesamtbewertung also - spätestens mit Eintritt in die zweite Legislaturperiode - ein „muddling through“, ein „Durchwurschteln“ als sachfremde, von Wahlkalkül und taktischen Erwägungen getragenen Politik der Rot-Grünen Regierung bei der Pflegeversicherung. Die Ankündigung von Leistungsverbesserungen wurde im Frühjahr 2005 wahlstrategisch erst zum Ende der Legislatur

ab Herbst 2005 *in Aussicht gestellt*, um damit in den Bundestagswahlkampf gehen zu können.

Mit dem Verzicht auf eine grundlegende (Neu-)Gestaltung der Finanzierung und - statt dessen - dem Rückgriff auf die anfänglich noch auskömmliche Rücklage, spielte die Rot-Grüne Koalition „auf Zeit“, indem sie bewusst auf das Abschmelzen dieser Rücklage setzte. Handlungsaktivität wurde dazu gestalterisch nicht entfaltet - es konnte noch „zugewartet“ werden. Spätestens aber bei Eintritt in die zweite Legislatur ab dem Jahr 2002 war offensichtlich, dass die Mittel nicht - und immer weniger - ausreichen, um die notwendigen Ausgaben zu decken. Der Zeitgewinn wurde für mögliche Strukturplanung - zumindest in der Schlussphase - nicht genutzt.

Die beschlossene Beitragserhöhung für Kinderlose - wie zuvor schon für Rentner - konnte lediglich eine Verschiebung des finanziellen Handlungsdrucks über den Wahltermin hinaus bewirken, so dass erst danach (wieder) Handlungsdruck für die Gestaltungsverantwortlichen entstehen würde. Für den Fall einer Wiederwahl hätte die weitere Regierungsverantwortung in einer dritten Amtsperiode für die Pflegeversicherung bedeutet, dann - spätestens - Änderungen vornehmen zu müssen. Angesichts der Erfordernisse wäre - bei unveränderten Bedingungen - unabwendbar eine Neujustierung der Finanzierungssituation erforderlich geworden, was in der direktesten möglichen Umsetzungsform, sollen nicht aufwendige „Fremdfinanzierungen“ erfolgen, die Erhöhung der Beitragseinnahmen erzwungen hätte. Auch die denkbare und generell diskutierte systematische Änderung der sozialversicherungsrechtlichen Beitragsaufbringungsgestaltung - beispielsweise in Verbindung mit Elementen der Bürgerversicherung - hätte im Ergebnis letztlich eine solche Entscheidung notwendig gemacht. Es war bei dieser Perspektive durchaus schlüssig, diese Belastungen der potentiellen Wähler eher zum Beginn einer möglichen nächsten Amtszeit als zum Ende der laufenden Wahlperiode zu beschließen bzw. konkret anzugehen.

Mit den durchgeführten Aktivitäten der zweiten Legislatur „reagierten“ die Koalitionäre lediglich auf das notwendig zu unternehmende und blieben bei der Pflegeversicherung ansonsten defensiv. Reparierend und abwartend über die Zeit bringend angelegt und allenfalls kurzfristig regelnde, keinesfalls systematisch gestaltete Aktivität bestimmte das Pflegeversicherungsgeschehen, das insgesamt nicht entwickelt, sondern nur verwaltet wurde. In dieser Phase agierte die Rot-Grüne Bundesregierung

wie seinerzeit⁹²⁴ die abgelöste Regierung Kohl und „verschleppte“ die dringlich angezeigten reformerischen Maßnahmen in der Pflegeversicherung.

4 Kapitelfazit: Die Handlungslogiken der Pflegeversicherung

Als Fazit der bis hierher sequenzierten Entwicklungsetappen der Pflegeversicherung lassen sich erkennbare Handlungslinien nachzeichnen, die durchgehend für die Entwicklung der Pflegeversicherung maßgeblich waren und die Gestaltung weiter prägen. Dabei sind diese nicht isoliert, sondern im Zusammenspiel interdependent und interaktiv wirksam. Sie können gleichsam als Handlungsfolie der Pflegeversicherung bezeichnet werden. Mit diesen Handlungslogiken wird an die im zweiten Kapitel vorgenommene Charakterisierung angeknüpft, da die dort herausgearbeiteten systematischen Grundlagen diese handlungsleitenden Grundströmungen abbilden.

4.1 Das Wie, Wann und Warum der Pflegeversicherung

Prägend ist der Entwicklungsverlauf der Pflegeversicherung in ihrem Entstehen in den Phasen im ersten Abschnitt bis zur schlussendlich mit der „Feiertagsregelung“ zur Finanzierung der Leistungen gefundenen Einigung und dem auf dieser Grundlage im Mai 1994 beschlossenen Gesetz.

In den vorliegenden Bearbeitungen zur Ausdeutung des Politikprozessgeschehens der fast zwanzig Jahre andauernden fachlich, öffentlich und politisch geführten Diskussion um die sozialrechtlich nur unzureichend abgesicherte Situation bei Pflegebedürftigkeit eröffnet vor allem die Fragestellung: „Warum brauchte es diesen langen Zeitraum, bis schließlich eine gesetzliche Regelung geschaffen werden konnte?“ den Zugang zu einem, diesen Prozess abbildenden und beschreibenden Handlungsmuster.

Bereits der Vorschlag des Bundesverbandes der Arbeiterwohlfahrt aus dem Jahr 1976 richtete sich konkret auf die Aufteilung der aufzubringenden Kosten bei Pflegebedürftigkeit aus.⁹²⁵ Auf die politische Agenda geriet das Problem der Pflegebedürftigkeit - nunmehr als Finanzierungsproblem sichtbar und so wahrgenommen - erst durch die finanziellen Argumente der Kommunen.⁹²⁶ Dies erklärt, warum konkrete

⁹²⁴ Siehe dazu in diesem Kapitel unter 2.2 *Weitere Umsetzungsregelungen* (Seite 217).

⁹²⁵ Mit der schließlich gefundenen gesetzlichen Lösung wurde - fast zwanzig Jahre später - dieser frühe Vorschlag im Ergebnis weitgehend umgesetzt (*Arbeiterwohlfahrt Bundesverband*, siehe Fn. 725, Seite 205).

⁹²⁶ *Haug/Rothgang*, S. 5.

gesetzliche Vorschläge vornehmlich von den Bundesländern formuliert wurden. Ganz deutlich bewertete *Prinz* in seiner ökonomischen Bearbeitung im Jahr 1987 noch die Absicherung für den Fall der Pflegebedürftigkeit als ein reines Finanzierungsproblem - es sei nicht ein sozialpolitisches Problem im eigentlichen Sinne.⁹²⁷ *Igl* benannte im Jahr 1988 - nachdem das „Pflegethema“ auf die politische Agenda gekommen war - die seinerzeitigen Verzögerungsgründe, die bis dahin eine Lösung verhinderten: das - auch kostenrelevante - Problem, das „Risiko“ der Pflegebedürftigkeit leistungsrechtlich zu charakterisieren und tatbestandlich eindeutig zu fassen (Definitions- und Systematisierungsproblem),⁹²⁸ die ungeklärte Frage, welcher Träger zuständig werden sollte (Trägerzuordnung) sowie die fehlende Lobby der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, für die lediglich stellvertretend und wiederum mit eigenen, ggf. auch abweichenden Interessen u.a. die Träger der freien Wohlfahrtspflege oder kommunale Spitzenverbände auftraten.⁹²⁹ *Robert* konstatierte im Jahr 1992 eine unübersichtliche Konstellation der Akteure auf unterschiedlichen Akteursebenen:

„[...] Bestimmt wird die Auseinandersetzung um eine bessere Pflegesicherung in Deutschland von einer kaum überschaubaren Vielzahl von Akteuren mit z.T. stark voneinander abweichenden Interessen. [...]“⁹³⁰

Diese Interessenvielfalt wurde als ein Grund für die lange Entscheidungsfindungsphase benannt.⁹³¹

Haug/Rothgang beschrieben im Jahr 1994 diese Situation als zweigeteilte Diskussion „berührungsfrei“ nebeneinander verlaufender Diskurse - einer an der Klärung der Kostenträgerschaft interessierten finanzpolitischen und einer auf die Verbesserung der Versorgung abstellenden Diskussion.⁹³² *Meyer* deutete in seiner Arbeit im Jahr 1996 beide Interessenstränge als „zwei Seiten derselben Medaille“ von einem sozialpolitischem Motiv ausgehend und in der sozialpolitischen Problembearbeitung zusammen gehörend.⁹³³

In allen Fällen erklärt sich daraus jedoch nicht, warum der „Gesetzgeber“ nicht früher

⁹²⁷ *Prinz*, S. 280.

⁹²⁸ Zur sozialrechtlichen Definition eines Begriffes der Pflegebedürftigkeit, der vor allem zur Kostenabgrenzung bei den Leistungsverpflichtungen bei Krankheit entwickelt wurde, siehe *Meier* (1997a), S. 11 f. (mit weiteren Nachweisen).

⁹²⁹ *Igl* (1988).

⁹³⁰ *Robert*, S. 24.

⁹³¹ *Stöbener*, S. 118 f. .

⁹³² *Haug/Rothgang*, S. 1.

⁹³³ *Meyer*, S. 28 f. .

agiert hat. Im Gegenteil liegt der „Schlüssel“ zum Verständnis der diesem Verlauf zugrunde liegenden *Handlungslogik* gerade in der Umdeutung dieser Fragestellung. Es konnte so lange „zugewartet“ werden, weil der Kostendruck noch nicht so stark war. Es musste so lange nicht „problemlösend“ agiert bzw. eingegriffen werden, wie der damit verbundene Handlungsdruck noch handhabbar erschien.

So stellten auch *Rothgang/Vogler* im Zuge ihrer im Jahr 1998 veröffentlichten empirischen Untersuchung zu den Auswirkungen der zweiten Stufe der Pflegeversicherung auf die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen deutlicher und pointierter gefasst fest, dass die Entlastung der kommunalen Kostenträger letztlich das ausschlaggebende finanzpolitische Ziel für die Einführung der Pflegeversicherung war. Das sozialpolitische Ziel sei dabei lediglich propagiert und zur Legitimation der eigentlich finanzpolitischen Interessen benutzt worden. Erst das starke Motiv der zu erwartenden Finanzentlastungen konnte durch starkes Drängen der Kommunen, und vor allem der Bundesländer bewirken, dass die an den Parteikonkurrenzen auf Bundesebene zu scheitern drohende Pflegeversicherung doch realisiert wurde.⁹³⁴

Stöbener stellt diesen Ablauf ebenfalls in dieser Weise dar: Vor allem der finanzielle Handlungsdruck der Kommunen ließ die Akteure auf Lösungsmöglichkeiten drängen. Da diese Argumentation allein nicht platzierbar war, wurde sie von den maßgeblichen Akteuren um gesellschaftlich akzeptiertere Elemente „angereichert“. Die prekäre Situation des sozial nicht abgesicherten Pflegefallrisikos, die individuelle Situation und die Benachteiligung durch die damit verbundene Sozialhilfeabhängigkeit - die allesamt tatsächlich und sichtbar als Problem vorlagen - wurden vorgetragen, um das eigentliche Hauptinteresse an einer finanziellen Entlastung der Kommunen zu platzieren.⁹³⁵

Der Sozialhilfe kam bei Einführung der Pflegeversicherung somit die entscheidende Bedeutung zu - zielführend war das Interesse daran, die Hilfe zur Pflege, genauer: die aus der Hilfe zur Pflege resultierende Kostenbelastung⁹³⁶ zurückzudrängen.⁹³⁷ Für den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen stellt sich im Jahr 2005 ganz deutlich dar, dass die seinerzeit immens angestie-

⁹³⁴ *Rothgang/Vogler*, S. 8.

⁹³⁵ *Stöbener* (S. 45, 67) spricht dabei von „wertgeladener“ Thematisierung.

⁹³⁶ So ebenfalls (bereits im Jahr 1996) *Sievering*, S. 1 f. .

⁹³⁷ Siehe in *Kapitel 3* unter *5.4 Sozialhilfe als Regelfinanzierung vor allem bei stationärer Pflege* (Seite 184) sowie die dort aufgezeigten Finanzverläufe.

genen Kosten der Sozialhilfe das *Hauptargument* für die Verabschiedung der Pflegeversicherung waren.⁹³⁸

Die genutzte Gestaltung der Pflegeversicherung im Rahmen der Sozialversicherung⁹³⁹ bestätigt dieses Handlungsmuster zusätzlich. Die - zunächst naheliegend erscheinende - Frage, warum zum Zeitpunkt einer „ohnehin skeptischen Beurteilung des Sozialstaates eine sozialversicherungsrechtlich konzipierte Pflegeversicherung überhaupt eingeführt wurde“,⁹⁴⁰ obwohl das bestehende soziale (Ab-)Sicherungssystem mit den postulierten „Grenzen des Sozialversicherungsstaates“ als nicht mehr zeitgemäß bzw. nicht mehr erweiterbar schien, beinhaltet bereits die Antwort: Nicht *trotz* einer Grenzerreichung der sozialstaatlichen Betätigung - ob tatsächlich existent oder nur behauptet -, sondern *wegen* dieser Situation wurde die „Lösungsvariante Sozialversicherung“ gewählt. Denn sie ermöglicht auch und gerade in Zeiten knapper (oder verknappter) staatlicher Mittel - bzw. mangelnder Bereitschaft oder Möglichkeit zur Teilhabe bzw. Vorsorge - in kürzester Zeit eine funktionsfähige Leistungsinfrastruktur außerhalb des steuerfinanzierten Budgets. Keine andere Lösung wäre in der Lage gewesen, ein so umgehend für die Sozialhilfeausgaben kostenentlastendes Umsetzungskonzept zu realisieren. Auf keine andere Weise wäre eine so prompte, auch allgemein akzeptierte Kostenverlagerung vorstellbar gewesen.

In der Schlussphase, die zur Einigung über die Pflegeversicherung führte, zeigten sich die Entscheidungen als weitgehend „inhaltsfrei“ vom eigentlichen Thema. Getrieben vom wachsenden Handlungsdruck der zunehmenden Sozialhilfeausgaben ging es den Akteuren in den Parteien auf Bundesebene auf der Basis eines inhaltlich weitgehend festgelegten Programms nun nur noch - von inhaltlicher Gestaltung bereits abgelöst - darum, eine respektable Kompromissformel zur Finanzierung der Leistungen bei Pflegebedürftigkeit zu finden. Die in immer kleineren Partei- und Interessenzirkeln diskutierten Lösungen bis hin zu der dann schlussendlich faktisch von einzelnen Personen vereinbarten „Feiertagslösung“ zeigten sich als Verhandlungs-

⁹³⁸ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Gutachten 2005), S. 372.

⁹³⁹ Zunächst als „vorläufiger Einstieg“ mit der Erweiterung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung (siehe in diesem Kapitel unter 1.3 *Vorläufige Einstiegsphase*, Seite 206) und dann mit der Entscheidung für eine sozialversicherungsrechtlich verfasste Pflegeversicherung (siehe in diesem Kapitel unter 1.4 *Entscheidung für ein Sozialversicherungsgesetz*, Seite 208).

⁹⁴⁰ Stöbener, S. 1.

vorgänge, die mit den Inhalten der Pflegeversicherung nichts mehr zu tun hatten.⁹⁴¹

Die letztlich nicht sachinhaltlich auf das eigentliche Thema bezogene Beschlussphase zur Einsetzung der Pflegeversicherung, die Sachfremdheit - ja geradezu Beliebigkeit einer Entscheidung „um jeden Preis“ - zeigt *Meyer* in seiner Deutung auf: Für ihn stellte sich die erfolgte Einigung als Verhandlungsergebnis über ein bis zur letzten Verhandlungsminute in der Schwebelage befindliches Projekt⁹⁴² dar, welches hauptsächlich zustande kam, um die den Wählern bereits gegebenen Versprechen einzulösen. Nur die Ahnung, es käme bei einer Nichteinigung zu Vertrauensverlusten, habe die Unterhändler nach Entscheidungen suchen und - letztlich auch - finden lassen. Sowohl CDU als auch SPD - so *Meyer* - waren in dieser Situation letztlich „zum Erfolg verdammt“.⁹⁴³ Die Parteien, vor allem aber die Bundesregierung, mussten sich handlungsfähig zeigen, um die Handlungslegitimität zu wahren.

Die tatsächlich seinerzeit zur Entscheidung für eine Pflegeversicherung führende Entwicklung lässt sich am schlüssigsten als Melange der prägenden, bis hierher entwickelten Handlungslogiken annähern.

Das Nichthandeln erklärt sich damit gerade aus dem Zusammenhang von erkanntem Handlungsbedarf und auch dem Willen, diesem zu entsprechen, während gleichzeitig der in den wachsenden Ausgaben der Hilfe zur Pflege abgebildete Bedarf zunehmenden Kosten- und damit Handlungsdruck erzeugt - der aber über lange Zeit noch ein Hinauszögern der Entscheidung ermöglichte: sowohl Ende 1991, als mit der „Stillstandslosung“ die weitere Befassung zurückgestellt wurde, und auch noch im Herbst 1993, als mit dem vom Bundestag beschlossenen Pflegeversicherungsgesetz bewusst eine Entscheidung im Vermittlungsausschussverfahren gesucht und damit eine Verzögerung in Kauf genommen wurde.⁹⁴⁴ Während der Kostendruck weiter

⁹⁴¹ Zum Verlauf dieser, für die Inkraftsetzung der Pflegeversicherung entscheidenden, „Kompromisslösung“ sowie zur Umsetzung siehe ausführlich *Meier* (1997a), S. 46 f., 79-88.

⁹⁴² So auch *Schulin*, der neben den Ausgestaltungsmöglichkeiten (privat- und sozialversicherungsrechtliche Lösung sowie Leistungsgesetz) eine vierte Option benennt: Gar nichts zu unternehmen und alles so zu belassen, wie es war (siehe zur Spannbreite der Möglichkeiten auch *Meier* (1997a), S. 7). *Schulin* bewertet die auf eine intensive Verhinderungshaltung der Wirtschaft zurückgehende und über die F.D.P. sowie Teile der CDU im parlamentarischen Prozess intensiv wirkende „Kompensationsdebatte“ insoweit als erfolgreich umgesetzt, als letztlich doch eine Regelung zustande kam (*ebd.*, S. XI f.).

⁹⁴³ *Meyer*, S. 168, 381.

⁹⁴⁴ Siehe in diesem Kapitel unter 1.4.2 *Die Finanzierungsfrage als Streitpunkt* (Seite 209).

stieg, verzögerte die Gestaltung⁹⁴⁵ der „Ausgleichsregelungen für die Unternehmen“, die „Kompensationsfrage“ den Abschluss der Entscheidungsphase weiter.

Auszuschließen ist, dass mit der Nichteinigung ein endgültiges Scheitern der Pflegeversicherung verbunden gewesen wäre. Dafür war der Handlungsdruck zu unausweichlich. Die Option auf weiteres Zuwarten war zu dem Zeitpunkt eng begrenzt und überdies deutlich strapaziert durch die bereits „bis an die Grenzen des Gesetzgebungsverfahrens getriebene“ Entscheidung.⁹⁴⁶ Zwingend war die Entscheidung für die Pflegeversicherung *zu dem Zeitpunkt und in der Form*, also kurz vor der Bundestagswahl 1994 und damit auch kurz vor dem Ende der Legislaturperiode mit der „Feiertagsregelung“, zwar nicht. Eine „Nichteinigung“ hätte jedoch - unabhängig vom Ergebnis der Bundestagswahlen - in der Folge bei weiter wachsendem Handlungsdruck, der sich als „Problem wachsender Kosten für die Hilfe zur Pflege“ zeigte, eine weitere bzw. neuerliche Befassung des „Pflegeproblems“ erforderlich gemacht, um mit einer solchen „Re“Formulierungsphase zu einer gesetzlichen Lösung zu gelangen.

4.2 Handlungslinien für die weitere Entwicklung der Pflegeversicherung

Diese Handlungsmuster, denen die Pflegeversicherung in den Phasen des ersten Abschnitts bis zu Verabschiedung des Gesetzes unterworfen war, wirkten auch im zweiten Abschnitt - ab Inkraftsetzen der Pflegeversicherung - für die weiteren Phasen der Entwicklung. Zunächst bis zum Regierungswechsel und auch darüber hinaus in der Zeit der Rot-Grünen Regierungskoalition ab Herbst 1998. Unabhängig von der Regierungskonstellation lassen sich damit die Handlungslinien konstatieren, die als Handlungslogik der Pflegeversicherung gelten können.

4.2.1 Auf bekannten Pfaden wandelnd: Pfadtreue

Bereits mit dem - zunächst noch vorläufigen - Einstieg⁹⁴⁷ über eine Erweiterung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung um die Leistungen bei Schwerpflegebedürftigkeit wurde der Pfad innerhalb der Sozialversicherung einge-

⁹⁴⁵ Geregelt werden sollte nicht (mehr), *wie* die Pflegeversicherung zu finanzieren war, sondern *wer* die Kosten zu tragen hatte - mit der Pflegeversicherung wurde nicht die *Finanzierbarkeit* sondern die *Finanzierung* geregelt (Meier (1997a), S. 121).

⁹⁴⁶ Gemeint ist die vom seinerzeitigen Regierungschef, Helmut Kohl, bewusst „einkalkulierte“ Ablehnung der vom Bundestag beschlossenen Pflegeversicherung in der „Kompensationsvariante“ vom September 1993 durch die Mehrheit der SPD-regierten Bundesländer im Bundesrat mit der Intention, frühestens im damit erwarteten Vermittlungsausschussverfahren nach Kompromissen zu suchen (siehe in diesem Kapitel *Fn. 764, Seite 211*).

⁹⁴⁷ Siehe in diesem Kapitel unter *1.3 Vorläufige Einstiegsphase, Seite 206*.

schlagen. Mit dem Gesetzesbeschluss wurde pfadtreu⁹⁴⁸ eine Gestaltung der sozialen Pflegeversicherung innerhalb des Sozialversicherungssystems gewählt. Diese pfadtreue Gestaltung gilt auch für die faktische Systemtrennung von sozialer und privater Pflegeversicherung, die ebenfalls fortgeführt wurde.⁹⁴⁹ Damit konnten für die soziale Pflegeversicherung die Vorzüge einer Regelung im Rahmen der Sozialversicherung genutzt werden, die keiner zusätzlichen Anschubfinanzierung bedarf, sofort umsetzbar und leistungsbereit ist und sich als allgemein akzeptiertes Konzept breiter Zustimmung gewiss sein konnte. Die weitere Entwicklung der Pflegeversicherung behielt dieses pfadtreue Konzept in mehrfacher Hinsicht bzw. in konsequent fortgeführter Pfadtreue bei: sowohl hinsichtlich der Einbindung in die Sozialversicherung und der in der Pflegeversicherung faktisch wirksamen Systemtrennung als auch mit den, auf der Basis des beschlossenen Gesetzes geänderten bzw. weiterentwickelten Regelungen ohne deren Revision.

4.2.2 Politikgestaltung: Kostendruck bzw. Mittelknappheit als Antriebs- und Gestaltungsfaktor

Der starke Handlungsdruck, der aus der finanziellen Belastung der Kommunen durch die Hilfe zur Pflege resultierte, zeigte sich auch nach Beschluss und Inkraftsetzen der Pflegeversicherung bei der Umsetzung des Gesetzes kaum verändert. Die erste gesetzgeberische Initiative, mit der durch einen neuerlichen Gesetzesbeschluss der Versuch der Sozialhilfeträger, die - dort weiter ausgabenbelastende - Bestandsschutzregelung⁹⁵⁰ nicht umzusetzen, abgewendet wurde, war diesem Kostendruck geschuldet. Auch die zur Einführung der zweiten Stufe der Pflegeversicherung mit dem „Feiertagskompromiss“ erfolgte Entscheidung, dass weitere Ausgleichsmaßnahmen für die Wirtschaft im Rahmen der Pflegeversicherung nicht erforderlich waren,⁹⁵¹ und die im Vorfeld des 1. SGB XI-ÄndG stattgefundene Auseinandersetzung um die Kostentragung der medizinischen Behandlungspflege⁹⁵² waren weniger inhaltlich-gestaltend motiviert, sondern entsprachen in erster Linie den Umsetzungserfordernissen und waren dabei wiederum finanziell determiniert.

⁹⁴⁸ Ein stehender Begriff in der Systemforschung, mit dem die Präferenz der national bzw. im jeweiligen System gefundenen Regelungen beschrieben wird, an ihren bestehenden, traditionell eingeschlagenen Systemlösungen festzuhalten (*Kaufmann*, S. 28, 324).

⁹⁴⁹ Siehe in *Kapitel 3* unter 3.8 *Fortgeführte Systemtrennung* (Seite 152) zu theoretisch einbezogener Privatversicherung, praktischer Unterschiedlichkeit und faktisch fortgeführter Systemtrennung.

⁹⁵⁰ Siehe in diesem Kapitel unter 2.1.1 *Umsetzung der Bestandsschutzregelung*, Seite 213.

⁹⁵¹ Siehe in diesem Kapitel unter 2.1.2 *Inkraftsetzen der zweiten Stufe der Pflegeversicherung*, Seite 213.

⁹⁵² Siehe in diesem Kapitel unter 2.1.3 *Erste inhaltliche Änderungsinitiative*, Seite 214.

Die immer wieder verlängerte Übergangsregelung der Kostenübernahme der medizinischen Behandlungspflege wie auch der pauschalen Übernahme der Leistungen bei vollstationärer Pflege⁹⁵³ gingen zunächst noch von einer komfortablen finanziellen Situation der Pflegeversicherung aus. Diese Situation veränderte sich ab dem Jahr 1999 deutlich, als zum Jahresende erstmals ein negatives Saldo aus den Rücklagen finanziert werden musste, welches von diesem Zeitpunkt an laufend zunahm.

Aus dem ursprünglich (an-)treibenden Kostendruck der Sozialhilfe wurde im neu geschaffenen, vorgelagerten System der Pflegeversicherung bereits nach kurzer Frist die Mittelknappheit, die das Handeln bestimmte. Zusätzlich wirkte trotz der mit der Pflegeversicherung erreichten Ausgabenminderung ab dem Jahr 2002 ein wieder - wenn auch von einem abgesenkten Niveau ausgehender aber gleichwohl - zunehmender Ausgabenbedarf der Hilfe zur Pflege.⁹⁵⁴

Die Rot-Grüne Regierungskoalition stellte ihr Handeln ebenfalls in den Kontext der Mittelknappheit und verordnete sich bei erstmaliger Übernahme der Regierungsgeschäfte im Herbst 1998 in den Koalitionsvereinbarungen selbst, keine weiteren Mittel einzusetzen. Während auf dem Höhepunkt der Gestaltungsphase jedoch dabei noch galt, die Pflegeversicherung *trotzdem* zu entwickeln, unterwarf sie sich in der zweiten Legislatur völlig und einzig diesem Handlungsdruck. So bildeten die gesetzgeberischen Maßnahmen in der Korrekturgesetzgebungsphase über die Gestaltungsphase bis zur Verharrensphase die gesamte Bandbreite eines von der finanziellen Handlungslogik geleiteten Handelns in der Pflegeversicherung ab, das vom Kostendruck bzw. der Mittelknappheit bestimmt wurde.

Das 4. SGB XI-ÄndG blieb hinter den zuvor noch entwickelten und eingebrachten Änderungsvorschlägen zurück. Das PQsG musste ohne zusätzlichen Mittelaufwand „mittellos“ umgesetzt werden, und das PflEG wurde bereits ausdrücklich unzureichend unter dem Diktum „nicht ausreichender“ Finanzmittel entwickelt. Die nachfolgenden Beitragserhöhungen markierten schließlich am anderen Ende dieses Handlungsrahmens ein ausschließlich auf die notwendige Mittelkonsolidierung der Pflegeversicherung gerichtetes Vorgehen, mit dem vornehmlich das drohende Abschmelzen der Rücklagen abgebremst und damit zugleich auch der wieder wachsenden

⁹⁵³ Zu beiden, wiederholt verlängerten Übergangsregelungen siehe in diesem Kapitel zuvor *Fn. 917 (Seite 247)*.

⁹⁵⁴ Siehe zu den Zahlenergebnissen und den Zusammenhängen in *Kapitel 3* die Übersichten und Ausführungen unter *5.6 Entwicklung seit Einführung der Pflegeversicherung (Seite 190)*.

Ausgabenbelastung in der Sozialhilfe begegnet werden sollte.

4.2.3 Sachfremdheit der Gestaltungsinitiativen bzw. der Weiterentwicklung des Gesetzes

Während sich die vom Kostendruck bzw. der Mittelknappheit (an-)getriebene Politik insoweit noch als „sachnah“ bezeichnen lässt, wie damit den in den Ausgabenbelastungen zum Ausdruck kommenden bestehenden Bedarfen entsprochen wurde, sind im übrigen überwiegend sachfremden Erwägungen als handlungsleitende Motive bei der Entwicklung und weiteren Gestaltung der Pflegeversicherung erkennbar. Dies gilt - wie beschrieben - für den Abschluss der ersten Phase, in der nach einem geklärten inhaltlichen Politikprogramm über die Pflegeversicherung letztlich die Finanzierungsfrage zur entscheidenden und zugleich auch widrigsten Hürde wurde, um das Programm als politischen Willen in ein Gesetz zu gießen und damit regelungsverbindlich wirksam werden zu lassen. Und das gilt in gleicher Weise für den Abschluss des zweiten Abschnitts (in der Verharrungsphase) für die reinen Beitragserhöhungsregelungen der Rot-Grünen Koalition zum Ende der - verkürzten - zweiten Legislatur.

Die Festlegung, die ärztlichen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege nicht aus dem Budget der Gesetzlichen Krankenversicherung zu bestreiten, um dort die Ausgabenbelastungen nicht weiter zu erhöhen, war systematisch unzutreffend zugeordnet. Es handelte sich um eine reine Kostenverteilungs- bzw. Kostenverlagerungsregelung, mit der der ohnehin eng budgetierte Rahmen der Pflegeversicherung zusätzlich belastet wurde. In ähnlicher Weise war auch die Einführung der Leistungen in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen vor allem „kostenverteilend“ motiviert⁹⁵⁵ - um die Situation der behinderten Menschen in den Einrichtungen ging es dabei nicht.⁹⁵⁶

Insoweit das PfIEG mit seinen Leistungsergänzungen mit Blick auf die Bundestagswahlen 2002 außenwirksam orientiert war, ist ein vornehmlich wahltaktisch angelegtes Handlungs- und Gestaltungsinteresse zu konstatieren. Gleiches gilt für die Phase der Verharrung, in der in dem „Vertagungszenario“ bewusst nicht agiert wurde, um mit den in Aussicht gestellten Reformankündigungen in einem „muddling through“

⁹⁵⁵ Nach deren Ausschluss als vertragsfähige Einrichtungen und der daraus wiederum resultierenden sogenannten „Umwidmungsproblematik“, die kaum zwei Jahr später in einer Entschließung „gerügt“, aber seinerzeit nicht weiter inhaltlich befasst wurde - siehe dazu in diesem Kapitel *Fn. 794 (Seite 216)* sowie *Fn. 808 (Seite 218)*.

⁹⁵⁶ Siehe dazu auch die Erklärungen zu der Beschlussempfehlung des Vermittlungsausschusses in *Deutscher Bundestag - Plenarprotokoll 13/107*.

über die Zeit zu kommen. Auch mit dem KiBG sollte durch die kurzfristig wirkende Erhöhung der Beitragseinnahmen ein „Zeitpuffer“ geschaffen werden, mit dem die notwendig anstehende Befassung um die Mittelsituation in der sozialen Pflegeversicherung in die nächste Legislatur hätte getragen werden können - die in Erfüllung des Urteils des Bundesverfassungsgericht geforderte Beitragsentlastung der Kinder erziehenden Versicherten wurde durch den Kunstgriff der „relativen Entlastung“ nur mittelbar erfüllt. Dies geschah mehr oder weniger „nebenbei“ und - unglücklich platziert ausschließlich für die Pflegeversicherung - auch ohne die ebenfalls mit dem Urteil beabsichtigte Initiative einer umfassenden, für die Sozialversicherung insgesamt geltenden Beitragsentlastungsregelung in Angriff zu nehmen.

4.2.4 Handlungslogik des Nichthandelns - Nichthandeln trotz bestehendem & erkanntem Handlungsbedarf

Wie schon die Entstehung der Pflegeversicherung insgesamt von einem jahrelangen Hinauszögern der Programmentscheidung geprägt war, setzte sich diese Grundlinie auch weiter fort. In und mit ihr verbinden sich die Handlungslinien - trotz bestehendem Handlungsdruck wurde das Handeln ausgesetzt bzw. verzögert. Als gänzlich sachfern angelegtes Handlungsinteresse zeigt sich dieses Nichthandeln markant an dem taktierenden Vorgehen der Regierungsverantwortlichen sowohl bei der Entwicklung als auch bei der Fortentwicklung der Pflegeversicherung. Zu dem Zeitpunkt, zu dem die „Stillstandslosungen“ der Regierungschefs ergingen, lagen seinerzeit jeweils fertige Programmentwürfe vor. In beiden Fällen wurde aus politisch-taktischem Kalkül die weitere Befassung ausgesetzt. Bundeskanzler Helmut Kohl suchte in der Entscheidungsphase zur Einführung der Pflegeversicherung den Koalitionsfrieden auf diese Weise zu wahren - ergänzt von der taktischen Anweisung: „Kompromisse erst im Vermittlungsverfahren“ und damit die Entscheidung (noch) weiter verzögernd.⁹⁵⁷ Bundeskanzler Gerhard Schröder beendete die Aktivitäten zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, um die damit verbundenen Belastungen nicht zu weiteren Popularitätsverlusten der Regierungsparteien und damit zu den befürchteten weiteren Verlusten bei den Landtagswahlen führen zu lassen - mit dem vordergründigen Argument, den Bürgern seien keine weiteren Belastungen zuzumuten. In beiden Fällen kann zumindest angenommen werden, dass die Regierungschefs - zunächst bei der Entwicklung der Pflegeversicherung, später bei den erforderlichen Reformen - ver-

⁹⁵⁷ Siehe in diesem Kapitel Fn. 761 (Seite 211).

suchten, die jeweils anstehende Programmentscheidung über die Zeit zu bringen, wenigstens aber in die nächste Legislatur zu tragen.

Auch die „Mittelknappheit“, der sich die Rot-Grüne Koalition schon bei Übernahme der Regierung verpflichtete, steht in der Handlungslogik des „Nichthandelns“. Durch den so eingeeengten Mittelkorridor wurden leistungsausgabensteigernd motivierte Änderungen von vornherein begrenzt. Dies zeigt sich an den mit dem 4. SGB XI-ÄndG und dem PflEG jeweils *nicht* vorgenommenen Änderungen, mit denen das erste Korrekturgesetz nach der Regierungsübernahme hinter den ursprünglichen, aber auch denkbaren weiteren Vorschlägen zurückblieb, und beim PflEG an dem bewussten Verzicht auf eine wirksame Regelung. Damit haben die Koalitionäre der Rot-Grünen Bundesregierung - zumal in der Anfangsphase mit passablen Mehrheiten ausgestattet - im Ergebnis auf eine mögliche, stärkere Gestaltung der Pflegeversicherung verzichtet.

Eine systematische „Nichtbefassung“ zeigt sich - durchgehend - auch in der „Dauervertagung“ der Kostenzuordnungsproblematik bei den Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege und der Kostengestaltung bei den Leistungssätzen für die stationäre Pflege. Dabei wurden die Verlängerungen jeweils erst zu dem Zeitpunkt beschlossen, zu dem die Übergangsregelungen ausliefen bzw. diese Frist bereits überschritten war. Von dieser Linie eines „von außen“ bestimmten Handlungsimpulses sind die meisten Änderungsaktivitäten in der Pflegeversicherung geprägt. Es wurde erst gehandelt, wenn dies jeweils durch „äußere Einwirkung“ geboten war. Und es wurde nur in dem jeweils notwendigen Umfang gehandelt - ohne weitergehende gestalterisch-inhaltliche Ambition. In diese Kategorie einer Maxime nach der „nur wenn und soweit dies erforderlich ist“ gehandelt wird, fallen - neben den „dauervertagten“ Kostenregelungen - die vornehmlich umsetzungsorientierten Änderungen zur Einführung der stationären Leistungen der Pflegeversicherung mit dem 1. SGB XI-ÄndG, aber auch schon die Initiative zur Durchsetzung der Bestandsschutzregelung - ebenso wie die nach der Aussetzung der Reform „dauerangekündigten“ Änderungen bei der Leistungsgestaltung der Pflegeversicherung. Mit der Einführung eines Beitrittsrechts sowie der „relativen Beitragsentlastung“ Kinder erziehender Versicherter wurden jeweils dazu ergangene Urteile des Bundesverfassungsgerichts umgesetzt - mit dem KiBG zum letztmöglichen Termin.

Zur grundsätzlichen Systematik der Nichtbefassung und damit zum weiterhin uner-

füllten Handlungsbedarf zählen vor allem die fortbestehende Sozialhilfeabhängigkeit der Leistungsbezieher, die grundsätzliche Befassung zur Mittelsituation in der sozialen Pflegeversicherung (inklusive der Entscheidung über die Fortführung der Systemtrennung von privater und sozialer Pflegeversicherung), das Leistungsdynamisierungserfordernis sowie das sich immer stärker abzeichnende Defizit einer nicht umfassend genug ausgestalteten Pflegebedürftigkeitsdefinition der Pflegeversicherung (Demenz). Diese Bereiche sind im Verlauf der Pflegeversicherung kontinuierlich unbearbeitet geblieben.

Sichtbar wird die grundsätzliche Handlungslinie der „Nichtbearbeitung“ nicht zuletzt auch an dem quantitativen Umfang der Änderungsgesetzgebung. So wurden - über den gesamten Verlauf gesehen - in der Pflegeversicherung nur wenige Änderungen überhaupt vorgenommen und dabei überwiegend auch nur wenige Vorschriften geändert. Eine Ausnahme bilden dabei nur das 1. SGB XI-ÄndG und vor allem das PQsG.

4.3 Prekäre Handlungslogik

Die einzelnen Phasen und Etappen der (Weiter-)Entwicklung der Pflegeversicherung sind - wie gezeigt - jeweils unterschiedlich stark von den einzelnen Handlungslinien geprägt, die ein gemeinsames Handlungsmuster bilden. Im Ergebnis lassen sich die handlungsleitenden Grundlinien zugespitzt als „prekäre Handlungslogik der Pflegeversicherung“ zusammenfassen, bei der das Nichthandeln die Grundregel ist. Wenn gehandelt wurde, dann in erster Linie kostengetrieben bzw. der Mittelknappheit entsprechend und nur soweit, wie dies geboten bzw. erforderlich erschien. Dabei wurde überwiegend sachfern und taktischen Überlegungen entsprechend agiert.

Dieses Vorgehen weist auf die eher nachrangige Bedeutung hin, die der Situation und den Handlungsbedarfen der Pflegeversicherung zugemessen wird. Der Regelungsbereich wird offensichtlich quantitativ als (noch) zu unbedeutend bewertet - trotz der zugleich bestehenden, erheblichen Kostenwirkung. Gleichwohl wird mindestens die zunehmende ökonomische Relevanz dazu führen, dass die Pflegeversicherung an Bedeutung zunimmt - ähnlich wie dies ab den 1980er Jahren für die Gesetzliche Krankenversicherung erkannt wurde.

Einstweilen bleibt die Pflegeversicherung von der prekären Handlungslogik gefangen und gelangt - derzeit noch - allenfalls als marginales sozialpolitisches Thema auf die

Agenda der Gestaltungsverantwortlichen. Das Regelungshandeln wird vom weiteren „Zuwarten“ geprägt bleiben, bei dem nicht die offensichtlichen Bedarfe, sondern erst daraus resultierende Kostenwirkungen mit den Auswirkungen auf das Budget der Pflegeversicherung wie auch auf die nachgelagerte Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) den Handlungsdruck erzeugen und zu Gestaltungsinitiativen führen. Wenn und solange die Kosten nicht überborden bzw. der Finanzierungsdruck nicht zwingend ist, kann und wird weiter „zugewartet“ werden.

Geradezu beispielhaft zeigen sich die in der prekären Handlungslogik verbundenen Handlungslinien im „muddling through“ der Rot-Grünen Regierung: Das Zuwarten trotz Handlungsdruck - vornehmlich in Gestalt des Kostendrucks wahrgenommen - traf nach der zum Stillstand gekommenen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung in der Verharrensphase offensichtlich auf einen unteren Bedarfssockel, der nicht mehr elastisch war und sich in einem stetig zunehmenden Mittelbedarf materialisierte. Gänzlich frei von inhaltlichem Volonté konnte dem nur durch eine kurzfristig wirksame Beitragserhöhung entsprochen werden - im Widerspruch zu der selbstverordneten Beitragssatzstabilität und mit dem Versuch, sich auf diese Weise über die anstehende Bundestagswahl in die nächste Legislatur zu retten.

4.4 Abweichende Handlungslogik

Neben den, die prekäre Handlungslogik ausmachenden Handlungslinien zeigten sich in der Entwicklung der Pflegeversicherung auch davon abweichende Initiativen.

Weitgehend sachfremd musste im Ergebnis zwar die mit dem PflEG eingeführte - bescheidene - Leistungserweiterung bleiben, die bereits deutlich „kostendominiert“ bewusst hinter dem eigentlichen Problem der von der Pflegeversicherung nicht berücksichtigten Hilfebedarfe bei Demenz zurückblieb - das Handeln war dabei aber immerhin *dem Ansatz nach inhaltsnah* orientiert. Mit den Änderungen durch das 4. SGB XI-ÄndG wurde zuvor aktiver auf bestehende Probleme - wenn auch ebenfalls in bescheidenem Umfang - eingegangen.

Ganz anders war das PQsG geprägt. In *deutlich abweichender Handlungslogik* wurde mit dem PQsG ein inhaltliches Programm initiiert, mit dem den Mängeln in der Pflege begegnet werden sollte und das ganz konkrete Elemente zu einer umfassenden Umsetzung der Qualitätssicherung enthielt. Dabei war es zwar nicht revisionistisch angelegt - die Änderungen folgten insoweit also dem Konzept der Regelungen

in der Pflegeversicherung ebenfalls pfadtreu und bauten auf dem vorhandenen Regelungswerk auf. Auch unterlag das PQsG dem Vorbehalt, ohne zusätzliche Mittelerhöhung auskommen zu müssen. Aber es war ein deutlich gestaltungsmotiviertes Handeln erkennbar, mit dem sach- und inhaltsnah erkannten Problemen der pflegerischen Versorgung entsprochen werden sollte.

Anhand der phasenweise dargestellten Verlaufsübersicht deutet sich die „Andersartigkeit“ des abweichend von den übrigen Phasen in der initiativ-gestaltenden Phase gelagerten PQsG an. Die Gestaltungsphase unterlag ebenso - wie durchgehend alle Phasen und Entwicklungen der Pflegeversicherung - zwar ebenfalls dem Kostenargument der Verknappungsvorgabe. Das PQsG war jedoch durch die ausdrücklich formulierte Verabredung *trotzdem* zu handeln, anders motiviert. Wenn auch insoweit als mittelloses Gesetz gestaltet, weicht die PQsG-Initiative dennoch deutlich von den Elementen der prekären Handlungslogik ab: Es wurde sachinhaltlich gehandelt und nicht „vertagt“ oder „abgewartet“.

Die Details des in abweichender Handlungslogik gestalteten PQsG, werden im folgenden *Kapitel 5* anhand der Strukturanalyse erschlossen.

Kapitel 5 Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - „Gesetz im Gesetz“

In diesem Kapitel wird das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) einer inhaltlichen Analyse unterzogen, um Bewertung und Einordnung zu ermöglichen. Die Ergebnisse dieses Kapitels bilden im Kontext der vorangegangenen Bearbeitung den Abschluss dieser Arbeit. Als (Zwischen-)Fazit werden die bis dahin in diesem Kapitel jeweils entwickelten (Zwischen-)Ergebnisse verdichtet und pointiert. Ein Gesamtfazit bringt die Erkenntnisse der in diesem Kapitel vorgenommenen Strukturanalyse abschließend in den Gesamtzusammenhang.

Mit diesem abschließenden Teil schließt sich damit der Kreis. In gleicher Weise, wie der Ablauf der Bearbeitung insgesamt angelegt ist, wird in diesem Kapitel zur Strukturanalyse des PQsG vorgegangen: Detailliert und konkretisierend werden die Regelungen der Pflegeversicherung zur Qualitätssicherung analysiert und systematisiert. Daran schließen sich die Darstellung des Politikverlaufs sowie die Bewertung - konkret auf das PQsG bezogen - an und fügen sich so als Schwerpunktbearbeitung zum „Gesetz im Gesetz“ in den (Gesamt-)Rahmen der Pflegeversicherung ein.

Da das PQsG als konsequente Ergänzung und Erweiterung der bestehenden Regelungen der Pflegequalität zur Qualitätssicherung konzipiert wurde, werden in einem ersten annähernden Schritt die bestehenden Regelungen für die weitere Analyse systematisiert. Das Qualitätssicherungssystem bestand seit Einführung der Pflegeversicherung in der seinerzeit dort normierten Grundkonzeption unverändert. Zur Erkundung der Regelungslage vor Inkraftsetzen des PQsG richtet sich der Blick auf das vom PQsG fokussierte Regelungsprozedere um die Pflegequalität und die Qualitätssicherung. Anzusetzen ist dabei zunächst bei der präambelhaften Formulierung anhand des gesetzgeberischen Willens, wie er in der „Urfassung“ des Pflegeversicherungsgesetzes (Pflege-VG) zum Ausdruck kommt. In den Blick genommen werden dazu die auffindbaren Ausführungen zur Qualität und Begründung(en) in der ursprünglichen, für die seinerzeit neu eingeführte Pflegeversicherung maßgeblichen

Fassung.

Zur Systematisierung des unübersichtlichen, aber beschreibbaren Regelungskomplexes werden die im Gesetz als Ausgangsbasis formulierte Verantwortlichkeitstrias und der daraus folgenden Regelungen im Detail als *drei Ebenen der Qualitätssicherung* entwickelt und eingeführt. Anhand dieser *Mechanik der Qualitätssicherung* werden die Defizite herausgestellt, die zugleich den Handlungsbedarf für eine notwendige Weiterentwicklung markieren.

In dem nachgezeichneten und pointierten Verlauf der Gesetzgebung des PQsG werden die Besonderheiten aufgezeigt, denen die Gesetzesentwicklung unterlag und in entscheidenden Teilen auf starken Widerstand der unionsgeführten Bundesländer stieß. Obwohl das Gesetz beschlossen wurde, kam es letztlich zu einem un abgeschlossenen Verlauf des PQsG, der innerhalb des Policy-Cycles als Politikverlauf mit „*offener Implementation*“ am treffendsten gekennzeichnet ist und damit auch charakterisierbar wird. Die Zusammenhänge, die *nachträglich* bewirkten, dass das mit dem PQsG beschlossenen Handlungsprogramm in wirkbestimmenden Teilen unerfüllt blieb, werden ebenfalls nachgezeichnet.

Die entscheidenden Regelungen werden in ihrem Entwicklungsverlauf fokussiert. Die Gestaltungen und auch Wandlungen werden hinsichtlich des Regelungscharakters systematisch nach den drei Ebenen der Qualitätssicherung „nachverfolgt“. Die mit dem PQsG beschlossenen ergänzenden und erweiternden Regelungen zur Qualitätssicherung werden detailliert dargestellt und in eine *Qualitätsmatrix* ein- und zugeordnet. Mit dieser Matrix wird die zuvor für die Zuordnung entwickelte systematische Basis der drei Ebenen der Qualitätssicherung um die mit dem PQsG ergänzten Regelungen erweitert und ermöglicht einen Vorher-Nachher-Vergleich. Eine Gesamtübersicht bündelt als Ergebnis die konkreten Regelungen der so abbildbaren *Qualitätsmatrix* der Pflegeversicherung nach diesen Ebenen, speziell bezogen auf die „Normadressaten“ und ihre jeweiligen Handlungs- und Kontrollpflichten sowie den jeweils vorgesehenen Sanktionsumfang. Durch farbliche Markierungen lassen sich die mit dem Handlungsprogramm des PQsG beschlossenen Erweiterungen ablesen - auch insoweit diese letztlich unerfüllt geblieben sind.

Im Gesamtfazit dieses Kapitels werden die Erkenntnisse zusammengeführt. In der gesamt würdigenden Analyse erfolgt eine Gesamtbewertung des Prozesses um das PQsG, das als „Gesetz im Gesetz“ oder als „mittellooses Gesetz“ charakterisiert und

eingeorde­net werden kann. Trotz erheblich umfangreicher Normänderungen ist mit dem PQsG, die Qualität keineswegs im SGB XI etabliert - von dem durchaus ambitionierten Handlungsprogramm des PQsG zur Wahrung von Mindeststandards zur Vermeidung von Pflegemängeln blieben allenfalls bescheidene Ansätze. Insbesondere ist für die letztlich „unerfüllte Programmatik“ des PQsG der besondere Entwicklungsverlauf prägend. Neben der durch die Ablehnung der Bundesratsmehrheit „zum Stillstand gebrachten“ Implementation sind aber auch immanente Schwächungen des Handlungsprogramms bereits bei der Konzeption des PQsG wie auch bei der weiteren Gestaltung der Regelungen der Qualitätssicherung - unterschiedlich ausgeprägt auf den drei Ebenen - zu konstatieren.

Die ehrenamtliche Pflege mit dem Pflegegeld findet sich - außerhalb der vertraglich gestalteten Sphäre der Pflegeversicherung liegend - als gesonderter Bereich geregelt. Wegen des erheblichen quantitativen Bedeutungsumfanges für die Pflegeversicherung wird dieser Bereich, der in der Praxis die größte Rolle spielt, hier hinsichtlich des Entwicklungsverlaufs der für diese Leistungssphäre anders und gesondert geltenden Qualitätsregularien gesondert dargestellt. Dies ist systematisch auch deshalb geboten, weil zum Pflegegeld keine Änderungen durch das PQsG selbst erfolgten, es jedoch gleichwohl zu relevanten Änderungen kam. Um der praktischen Bedeutung des Pflegegeldes gerecht zu werden, widmet sich eine ausführliche Darstellung inklusive einer exegetischen Darstellung der Entwicklung der „Pflegegeldregelung“ gesondert und ausdrücklich diesem Regelungsbereich.

1 Die Regelungslage vor dem PQsG: Bestehende Qualitätssicherungsregelungen der Pflegeversicherung

Die Auswertung der Gesetzesbegründung zeigt die seinerzeitigen Verhandlungsprioritäten im Vorfeld der einzuführenden Pflegeversicherung auf, bei denen architektonische und vor allem Finanzierungs- bzw. Kostentragungsaspekte eine Rolle spiel(t)en - weniger hingegen die Qualitätsaspekte der Pflegeversicherung. Im Allgemeinen Teil der Begründung zur Einführung der Pflegeversicherung wurde der Qualität - anders als beispielsweise dem „Ausgleich der Belastungen der Wirtschaft“ - kein eigener, spezifischer Teil zugeordnet. So wurde die Qualität der Pflegeleistungen zunächst lediglich im Zusammenhang mit dem Wirtschaftlichkeitsaspekt und der

Beitragsstabilität und dort nachgeordnet benannt.⁹⁵⁸ Eine weiterer Hinweis findet sich lediglich unter der Überschrift „Sicherstellung der Versorgung“. Allerdings wurde der Qualitätsaspekt dort wiederum nicht expliziert, sondern im Zusammenhang mit der Kündigungsmöglichkeit von Versorgungsverträgen erwähnt.⁹⁵⁹ Die Qualitätssicherung - so dort weiter - erfolgt durch Prüfungen der Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit der ambulanten und stationären Pflegeleistungen, zu denen den Landesverbänden der Pflegekassen die *Möglichkeit* gegeben wird.⁹⁶⁰

Das Gesetz definiert den Begriff der „Pflegequalität“ nicht. Im SGB XI findet sich keine Legaldefinition - an keiner Stelle werden im Gesetz selbst eindeutig, endgültig und abschließend „Qualität“ und „Qualitätssicherung“ festgelegt.⁹⁶¹ Vielmehr wurde schon bei Begründung der Pflegeversicherung vom Gesetzgeber ausdrücklich auf eine abschließende, exklusive Definition im Gesetz verzichtet⁹⁶² und den Kostenträgern und Leistungserbringern aufgegeben, dies in den zu treffenden Vereinbarungen zu konkretisieren und auszugestalten.

1.1 Zum Qualitätsbegriff

Qualität allgemein ist ein „technischer Begriff“ und kennzeichnet die „Beschaffenheit einer Sache“. Dieser Begriff wurde zunächst im Kontext der Produktion relevant. Für ein bestimmtes Produkt kann eine Beschaffenheit festgelegt werden, und das Maß der Zielerreichung bezeichnet das Maß an Qualität.

(Betriebs-)wirtschaftlich lässt sich Qualität in einem Kosten-Nutzen-Relationsschema als die Fähigkeit eines Produktes beschreiben, seine Zweckbestimmung mit gerings-

⁹⁵⁸ Die „Nachrangigkeit“ wird im Eingangstext zur Gesetzesbegründung auch redaktionell deutlich. Bei der Gestaltung der Pflegeversicherung - so die Auflistung dort unter der lfd. Nr. 4 - wurde Wert gelegt auf die Prinzipien des Wettbewerbs, der Wirtschaftlichkeit und der Leistungsfähigkeit der Leistungserbringer. Ganz an den Schluss dieser Aufzählung gestellt, findet sich schließlich auch der Hinweis auf die „Qualität und Humanität der Pflegeleistungen“ (*Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 3).

⁹⁵⁹ Danach können Versorgungsverträge mit unwirtschaftlich arbeitenden Pflegeeinrichtungen gekündigt werden, oder wenn die „[...] erforderliche Qualität der Pflege nicht mehr gewährleistet ist. [...]“ (*Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 83).

⁹⁶⁰ *Ebd.* Bemerkenswert auch die unsystematische Reihenfolge, in der zunächst auf die Kündigungsmöglichkeit hingewiesen wurde und erst danach auf die Qualitätssicherung.

⁹⁶¹ Der Begriff „Qualität“ findet sich im SGB XI an mehr als einhundert Stellen - er wird geradezu inflationär benutzt. Obwohl der Begriff Qualität so häufig in der Pflegeversicherung genutzt wird, bleibt er gleichzeitig im Gesetz erstaunlich unbestimmt und vom Gesetz selbst „ungeformt“.

⁹⁶² Zum Qualitätsanspruch, dem die ambulanten und stationären Einrichtungen in der Pflege nach dem Pflegeversicherung genügen müssen, wird erläutert: „[...] Die Anbindung an den jeweiligen Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse macht deutlich, daß dieser Qualitätsanspruch nicht statisch die derzeit geltenden Grundsätze der Pflege festschreibt, sondern daß die Einrichtungen die von ihnen zu erbringende Pflege gegebenenfalls der Entwicklung dieser Erkenntnisse anpassen müssen. [...]“ (*Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 92).

tem Kostenaufwand zu realisieren. In dieser Weise erlangte der Qualitätsbegriff in Unternehmen in den 40er und 50er Jahren des vergangenen Jahrhunderts Bedeutung. Eine Erweiterung dieser Kosteneffizienzdefinition zu einem prozesshaften Vorgang - in dem Qualität nicht als statische, sondern als dynamische Größe gefasst wird - erfolgt, wenn bestimmte beschreibbare und spezifizierte Anforderungen als Standard für ein zu erreichendes Qualitätsmaß spezifiziert werden. „Schlechte“ oder mangelnde Qualität besteht dabei in dem Umfang, wie die Anpassung an den (beweglichen) Standard nicht in dem erforderlichen Maß stattfindet.

Daraus ergeben sich allgemein zunächst folgende Kriterien für Qualität:⁹⁶³ Eine beschreibbare Beschaffenheit, die anhand des „Erfolges“, dem Zielerreichungsgrad, damit auch messbar ist. Die Zielformulierung richtet sich an der „Kundenanforderung“ aus. Sie ergibt sich aber eben auch aus einer Kosten-Nutzen-Relation, bei dem der erreichte Erfolg im Verhältnis zum dafür erforderlichen bzw. eingesetzten Aufwand steht. Ganz grundsätzlich ergeben sich - übergeordnet - weitere Anforderungen für die Zieldefinition aus normativen Quellen (Gesetze sowie untergesetzliche Regelungen). Auf einen Punkt gebracht, lässt sich damit die Frage „Was ist Qualität?“ bis hierher mit dem Satz beantworten: „Qualität bedeutet die Erfüllung der Kundenanforderungen zu optimalen Preisen“.⁹⁶⁴

Eine weniger kostenbezogene Formulierung lautet: „Erfüllung vereinbarter Anforderungen zur dauerhaften Kundenzufriedenheit“.

1.1.1 Qualitätssicherung - Qualität als messbare Größe

Um Qualität messen zu können, werden einheitliche Qualitätsstandards entwickelt und festgelegt. Qualitätssicherung kennzeichnet den Prozess, diese Standards zu erreichen, die erreichten Standards zu wahren, aber zugleich auch laufend weiterzuentwickeln. Zu dem Prozess gehört somit insgesamt eine Systematik, die über Standarddynamisierung neue Qualitätsstandards definiert und diese wiederum erreichbar zu machen bzw. umzusetzen sucht.

Der gesamte Prozess - von der dynamischen Festlegung der Standards, ihrer Wahrung bis hin zur Weiterentwicklung derselben - wird als Qualitätsmanagement bezeichnet. Die Qualitätsprüfung wirkt als Korrektiv, um diesen Prozess zu optimieren und in dieser Richtung in Gang zu halten.

⁹⁶³ Weigert, S. 65 f. .

1.1.2 Der Qualitätsbegriff auf die Pflege bezogen

Der „Nichtfassbarkeit“ bzw. Vielfalt des Qualitätsbegriffes in der Pflege entspricht es, dass es eine Vielzahl von Qualitätsbeschreibungen gibt und eine Vielzahl von Pflegemodellen, die sich vor allem aus dem englischsprachigen Raum entwickelt haben. Der Begriff des Standards ist in allen Modellen enthalten, wenn die Qualität der Pflege überprüft werden soll. Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 1987 sind die drei Elemente für den Pflegestandard ein *professionell abgestimmtes Leistungsniveau*, das *bedürfnisorientiert* und *nachprüfbar* ist und somit die Mess- und Prüfbarkeit ermöglicht.⁹⁶⁵

Die Entwicklung von sogenannten „Expertenstandards“, mit denen Standards als Qualitätsinstrument in der Pflege festgelegt werden, erfolgte u.a. durch das Deutsche Netzwerk zu Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)⁹⁶⁶ sowie durch die Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen (BUKO QS). Während im DNQP im Rahmen des Modellprojekts „Qualitätsentwicklung von Pflege und Betreuung“ disziplinäre Standards (Qualitäts- und Wissensanspruch) ausschließlich von Pflegenden und für Pflegende entwickelt wurden, hat die BUKO QS einen interdisziplinären Ansatz, bei dem die pflegerische Betreuung im Zentrum steht.⁹⁶⁷

Bei Qualitätsstandards handelt es sich jedoch nicht um standardisierte Handlungsabläufe oder -richtlinien. Denn standardisierte Handlungsabläufe allein erhöhen nicht die Qualität der Pflege. Im Gegenteil gilt, dass sich die Güte nur am Bedarf messen lässt: „Jede pflegerische Maßnahme ist nur so gut, wie damit auf die Bedürfnisse, die Gewohnheiten und die sonstige individuelle Situation des Pflegebedürftigen eingegangen wird“.⁹⁶⁸

Bei der Pflege - die mit, zwischen und am Menschen geschieht und erlebt wird - handelt es sich um einen Interaktionsprozess, der in vorgegebenen sozialen Strukturen erfolgt und Qualität zum Ergebnis hat. Konstitutiv gilt dabei: Pflege ist in der Regel ein lang andauernder Prozess und nur ausnahmsweise eine Einmalhandlung. Für

⁹⁶⁴ Ebd., S. 67.

⁹⁶⁵ Bartholomeyczik, S. 21.

⁹⁶⁶ Das Deutsche Netzwerk zu Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) wurde 1992 im Zuge der europäischen Bemühungen um die Qualitätsentwicklung in der Pflege in Deutschland an der Fachhochschule Osnabrück errichtet. Vom DNQP wurde in Anlehnung an das Royal College of Nursing eine wissenschaftliche (evidence based) Methode entwickelt, um begründete Standards (inklusive ausführlicher Dokumentation für weitere Modifizierung) festzulegen (Bartholomeyczik, S. 22).

⁹⁶⁷ Bartholomeyczik, S. 23.

⁹⁶⁸ Ebd., S. 21 f. .

das Qualitätsmanagement, mit dem die angestrebte Qualität festzuschreiben und die erreichte Qualität sichtbar zu machen ist, ergibt sich daraus das Erfordernis ständiger Reflektion, um das Maß der Übereinstimmung zwischen dem was *ist* und dem was *sein soll*, feststellen zu können. Damit kann der Prozess bei Bedarf entsprechend gesteuert bzw. korrigiert werden.⁹⁶⁹

Um Pflegequalität zu beurteilen, wurde in den 1970er Jahren ein Stufenmodell der Pflegequalität diskutiert, in welchem graduell nach optimaler, angemessener, sicherer und gefährlicher Pflege unterschieden wird. Die heute gängige Unterteilung zur Bestimmung der Pflegequalität bezeichnet mit *Strukturqualität*, *Prozessqualität* und *Ergebnisqualität* drei Gruppen von Standards:⁹⁷⁰

- *Strukturqualität* beschreibt die Rahmenbedingungen von Pflege. Sie ist gekennzeichnet durch die Eigenschaften der eingesetzten personellen und materiellen Ressourcen, unter denen Versorgung, Betreuung und Pflege geleistet wird. Zur Strukturqualität zählen Organisationsform, Materialausstattung, Größe, Bau und Ausstattung einer Pflegeeinrichtung sowie die quantitative und qualitative Personalausstattung.
- *Prozessqualität* beschreibt die Art und den Umfang pflegerischen Handelns. Sie ist auf die pflegepraktischen Handlungen selbst bezogen. Zur Prozessqualität gehören Pflegeplanung, Pflegedokumentation und Kontrolle der Pflege ebenso wie die Entwicklung themenbezogener Pflegestandards.
- Das Ergebnis von Pflege (*Ergebnisqualität*) zeigt sich zum einen beim Pflegebedürftigen und zum anderen beim Personal. Das Pflegeergebnis ist gekennzeichnet durch den Pflegezustand des Gepflegten sowie durch das physische, psychische und soziale Wohlbefinden sowohl der Gepflegten als auch des Personals.

1.2 Qualität als allgemeiner Grundsatz in der Pflegeversicherung

Präambelhaft wurde - gleichsam als „Gesetz im Gesetz“ - die Qualität und die Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung formuliert. Sie zieht sich an vielen Stellen ausdrücklich und auch implizit durch - fast - die gesamten Vorschriften des SGB XI. Daher ist es zum Zweck dieser Strukturanalyse zur Bewertung sinnvoll, zunächst weniger juristisch-formal auf die einzelnen Regelungen abzustellen, sondern vielmehr - den Regelungsinhalt wiedergebend - das jeweilige Regelungsziel den Adres-

⁹⁶⁹ Schrems, S. 30-33.

⁹⁷⁰ Diese Qualitätsdimensionen wurden von Avedis Donabedian entwickelt.

saten zuzuordnen: Wer wird vom SGB XI in welcher Weise zur Qualität und Qualitätssicherung verpflichtet? In welcher Weise geschieht dies, welche Vorgaben und auch welche Ausnahmen finden sich dazu im SGB XI?

Im Gesetz erfolgt zwar ausdrücklich keine Definition für die „Qualität der Pflege“, gleichzeitig wird sie jedoch immanent und durchgehend als Aufgabe benannt. Die Vorschriften für Standards und Beschaffenheit der Leistungen bilden die normativen Qualitätsmaßstäbe als Grundsätze bei der Leistungserbringung. Sie gelten durchgängig für das gesamte Leistungsgeschehen. Auch wenn sie so nicht ausdrücklich unter dem Begriff Qualität gefasst sind, sind damit also schon grundsätzlich gesetzliche Normen für Qualität in der Pflegeversicherung vorhanden.

Bereits in der zweiten Vorschrift der Pflegeversicherung⁹⁷¹ wird als Maßstab für die Leistungen der Pflegeversicherung normiert,⁹⁷² dass diese den Pflegebedürftigen dabei helfen sollen, ein selbstbestimmtes und selbständiges Leben führen zu können, und auf den Erhalt bzw. die Wiedergewinnung ihrer eigenen Kräfte auszurichten sind. Das Niveau der Leistungen selbst wird im SGB XI allerdings - ebenfalls an vorderer Stelle - auf ein bescheidenes Maß festgelegt. Ähnlich, wie dies auch aus der Gesetzlichen Krankenversicherung bekannt ist, ist das „Maß des Notwendigen“ die einschlägige Norm für den Leistungsumfang: Als Grundsatz für die Leistungserbringung wird als „notwendiger Standard pflegerischer Leistungen“ normiert, dass diese wirksam und wirtschaftlich zu erbringen und nur im notwendigen Umfang in Anspruch zu nehmen sind.⁹⁷³ Dabei ist die Pflege human und menschenwürdig zu gestalten⁹⁷⁴ und nach „allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ - angepasst an den jeweiligen Stand der dazu vorliegenden Erkenntnisse - zu erbringen.⁹⁷⁵ Sie soll auch die Aktivierung der Pflegebedürftigen⁹⁷⁶ zum Ziel haben und ihre Kommunikationsbedürfnisse berücksichtigen.⁹⁷⁷

⁹⁷¹ § 2 Abs. 1 SGB XI.

⁹⁷² Eine Übersicht über die „Aufgaben und Ziele bei der Pflege“ findet sich beispielsweise in *Meier (1997a)*, S. 70.

⁹⁷³ § 4 Abs. 3 SGB XI. In der Gesetzesbegründung wird dazu - wiederum im Gefolge mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot - auf den Ausschluss übermäßiger Leistungen hingewiesen (*Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 91).

⁹⁷⁴ § 2 Abs. 1 und § 11 Abs. 1 SGB XI. *Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 92.

⁹⁷⁵ § 11 Abs. 1 SGB XI. Zu diesem dynamisch angelegten Qualitätsanspruch siehe zuvor *Fn. 962*.

⁹⁷⁶ Durchaus nicht ohne Widerspruch wird die aktivierende Pflege (§ 11 Abs. 1 SGB XI) bzw. Aktivierung des Pflegebedürftigen (§ 28 Abs. 4 Satz 1 SGB XI) im ersten Fall als Pflicht- und im zweiten Fall als „Soll“-Vorschrift im SGB XI genannt.

⁹⁷⁷ § 28 Abs. 4 Satz 2 SGB XI.

In der Begründung des Gesetzes finden sich zu der Sollbestimmung, die aber an der Stelle klar und ausdrücklich als Grundsatz für die zu erbringenden Pflegeleistungen genannt wird, ausführliche Hinweise. Danach umfasst die „aktivierende Pflege“:⁹⁷⁸

- Selbstständigkeit und Selbsthilfefähigkeit zu unterstützen;
- Pflegebedürftige zur Mithilfe bei Pflegeleistungen anzuleiten;
- aktivierende Maßnahmen beziehen körperliche Verrichtungen ebenso mit ein wie die hauswirtschaftliche Versorgung, die Organisation des Tagesablaufs und Gestaltung der Wohnung / des Pflegeheims;
- Angehörige sollen sich an der aktivierenden Pflege beteiligen;
- aktive Einbeziehung der Pflegebedürftigen in Rehabilitation und Prävention, um Pflegebedürftigkeit zu überwinden und den Pflegezustand zu bessern. Verschlimmerungen soll durch Ermunterung und Hilfestellung, geistige Anregung, selbständiges Essen statt passiver Nahrungsaufnahme vorgebeugt werden;
- der pflegebedürftige Mensch steht im Mittelpunkt. Dem entspricht eine Personen- und zuwendungsorientierte Pflege durch individuelles Vorgehen, persönliche Anteilnahme und Ansprache. Fähigkeiten, Gewohnheiten, Ängste und Wünsche sind zu berücksichtigen und die gesamte Persönlichkeit ist zu achten;
- auf Kommunikationsbedürfnisse ist einzugehen. Insbesondere ist auch Vereinsamungstendenzen durch Vermittlung von Gesprächsangeboten (u.a. mit ehrenamtlich Tätigen) entgegenzuwirken.

Diese Elemente aktivierender Pflege bzw. die Erbringung als aktivierende Pflege werden in der Gesetzesbegründung zur Einführung der Pflegeversicherung in den einzelnen Leistungsvorschriften wiederholt bzw. ausdrücklich noch einmal hervorgehoben: So beispielsweise bei der Pflegesachleistung,⁹⁷⁹ bei der Kurzzeitpflege⁹⁸⁰ und auch bei der stationären Pflege.⁹⁸¹

In einen inneren Widerspruch geraten diese „Qualitätsvorschriften“ durch die Ergänzung in der Gesetzesbegründung, die diesen damit sogar ausdrücklich benennt. Danach soll der so gekennzeichnete „Qualitätsstandard“ nicht durch den Wirtschaftlich-

⁹⁷⁸ Bundestags-Drucksache 12/5262, S. 108.

⁹⁷⁹ Ebd., S. 111.

⁹⁸⁰ Ebd., S. 115.

⁹⁸¹ Dort wird für die Kostenübernahme formuliert, dass die Pflegekasse den pflegebedingten Aufwand für die im Einzelfall erforderliche Grundpflege und u.a. der aktivierenden Pflege übernimmt (Ebd., S. 115).

keitsgrundsatz „negativ beeinflusst“ werden.⁹⁸²

Soweit die erste allgemeine Bestimmung qualitativer Art für die „Beschaffenheit der Leistungen“, die dem Prinzip nach allgemein und durchgehend die bestimmende „Grundregel“ für das Leistungshandeln im Rahmen der Pflegeversicherung darstellt.

1.3 Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Aufgaben

Im Gesetz ist zunächst die „pflegerische Versorgung der Bevölkerung“ als „gesamtsocietische Aufgabe“ benannt,⁹⁸³ die von den Ländern, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen zusammen mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung gemeinsam gewährleistet und insbesondere um weitere Versorgungsformen bei teilstationärer und Kurzzeitpflege wie auch der medizinischen Rehabilitation ergänzt wird. Auch soll die Bereitschaft zu humaner Pflege unterstützt und gefördert werden, um so eine „neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung“ zu bewirken. Allein diese präambelhafte Vorstellung, die ausdrücklich auch auf das Engagement ehrenamtlich Tätiger, Mitgliedern von Selbsthilfe- und sonstigen karitativen Organisationen setzt,⁹⁸⁴ bleibt ohne entsprechende Mittel und auch ohne klare Zuständigkeits- und Ablaufregelungen letztlich „wohlfeile“ Vorgabe, die ohne weitere, konkretisierende Umsetzungsregelungen gänzlich unverbindlich bleibt.

1.3.1 Zuordnungs- und Verantwortlichkeitstrias

Daher findet sich in der Gesetzesbegründung⁹⁸⁵ an dieser Stelle eine „Zuordnungs- und Verantwortlichkeitstrias“, in der die Zuständigkeiten wie folgt zugewiesen werden:

- Länder: Pflicht auf ausreichende pflegerische Infrastruktur hinzuwirken;
- Pflegekasse: Sicherstellung der Versorgung ihrer Versicherten;
- Pflegeeinrichtung: Konkrete Versorgung im Einzelfall.

In den weiteren Vorschriften des SGB XI werden diese als „Aufgaben der Länder“, „Aufgaben der Pflegekassen“ und „Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen“ ge-

⁹⁸² *Ebd.*, S. 92. Die Widersprüchlichkeit liegt dabei auf der Hand: Sowohl der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit als auch die konstitutiv vorgegebene Beitragssatzstabilität geben - zwingend - eine Budget- und Wirtschaftlichkeitsgrenze vor, die damit auch die Grenze dessen markiert, bis zu der die wünschenswerten Standards aktueller medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse umgesetzt werden können.

⁹⁸³ § 8 Abs. 1 SGB XI.

⁹⁸⁴ Siehe dazu Begründung in *Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 92.

⁹⁸⁵ *Ebd.*, S. 92.

fasst.

1.3.2 Länder- und Bundesaufgaben

Die Bundesländer sind für eine effektive pflegerische Infrastruktur verantwortlich.⁹⁸⁶ Die pflegerische Versorgungsstruktur muss leistungsfähig, zahlenmäßig ausreichend und wirtschaftlich sein.⁹⁸⁷ Insgesamt bleibt dieser Auftrag relativ konturlos, da die Länder in eigener Regie die vom SGB XI verordnete Verantwortlichkeit landesrechtlich regeln und überdies die dafür zur Verfügung stehenden Mittel der Höhe nach unbestimmt bleiben.⁹⁸⁸

An den Bund (so der Titel)⁹⁸⁹ ist - in ministerieller Zuständigkeit - die Aufgabe gerichtet, regelmäßig über die Entwicklung der Pflegeversicherung zu berichten. Auch ist ein Ausschuss für „Fragen der Pflegeversicherung“ einzusetzen, der die Bundesregierung berät und Empfehlungen zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Pflegeversicherung entwickelt.⁹⁹⁰ Über den Umsetzungsstand dieser Empfehlungen ist ebenfalls zu berichten. Im Idealfall bietet sich dem Gesetzgeber damit die Handlungsgrundlage für eine Fortentwicklung der Pflegeversicherung - auch in Bezug auf die Qualität der Pflege.

Als Ermächtigungsgrundlage, eingreifend zu handeln und insoweit auch verpflichtend, finden sich im Gesetz die an die Ministerien gerichteten Möglichkeiten zur Ersatzvornahme in den Fällen, in denen die vom Gesetz vorgeschriebenen Vereinbarungen von den jeweils Verpflichteten nicht realisiert werden. Hinzu kommen aufsichtsrechtliche Aufgaben, die sowohl auf Landes- als auch auf Bundesebene wahrzunehmen sind sowie Funktionen als Verordnungsgeber.

1.3.3 Aufgaben der Pflegekassen

Die Pflegekassen sind dafür verantwortlich, die pflegerische Versorgung ihrer Versicherten sicherzustellen. Sie „wirken darauf hin“, dass Mängel der pflegerischen Versorgungsstruktur beseitigt werden. Dazu sollen sie örtliche und regionale Arbeitsge-

⁹⁸⁶ Dazu sind landesweite oder regionale Pflegeausschüsse einzurichten (*Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 92).

⁹⁸⁷ § 9 SGB XI.

⁹⁸⁸ Zu den Details der Länderverantwortlichkeiten, insbesondere mit Blick auf die unkonkret gebliebene Finanzierungsregelung, siehe die Hinweise in *Kapitel 2* zu den Investitionskosten (*3.4.2 Die Investitionskosten*, Seite 54).

⁹⁸⁹ § 10 SGB XI.

⁹⁹⁰ Ein - allerdings bescheiden-ernüchternder - Bericht über die Tätigkeit des seinerzeitigen Bundespflegeausschusses findet sich beispielsweise im Zweiten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (*Bundestags-Drucksache 14/5590*, S. 128).

meinschaften bilden.⁹⁹¹ Diese Vorschrift knüpft an die bereits geschilderte Länderverantwortung an und kann - zumindest theoretisch - als Korrektiv fungieren. Etwa, wenn die Länder ihren diesbezüglichen Verpflichtungen nicht, oder nicht im notwendigen Umfang nachkommen. Im Idealfall kann diese Vorschrift auch Handlungsgrundlage für die Pflegekassen sein, „anwaltlich“ im Interesse der Versicherten bzw. der Gepflegten aufzutreten und zu agieren.

Auch haben die Pflegekassen nach dem SGB XI die Aufgabe, die für die Pflegebedürftigen zur Verfügung stehenden Hilfen zu koordinieren,⁹⁹² um die Hilfetätigkeiten störungsfrei und nahtlos zu verzahnen.⁹⁹³

Der Sicherstellungsauftrag wird gesetzlich weiter konkretisiert: Die Legaldefinition verpflichtet die Pflegekassen ausdrücklich dazu, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, die dem „allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ entspricht.⁹⁹⁴ In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, dass dieser Standard „medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ festgelegt wird, um die Qualität der Pflegeleistungen zu sichern.⁹⁹⁵

1.3.4 Pflichten und Aufgaben der Pflegeeinrichtungen

Die Pflegeeinrichtungen versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen. Während Pflegekassen und Leistungserbringer gemeinsam im Interesse der Pflegebedürftigen bei der Leistungserbringung dem „allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ verpflichtet werden, gilt die Ergänzung, wonach die Pflege auch die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel hat, verbindlich nur für die Pflegeeinrichtungen. Die für die Leistungserbringung allgemein als „Soll-Vorschrift“ normierte „aktivierende Pflege“⁹⁹⁶ ist - nach der Komposition des SGB XI - also für die Pflegeeinrichtungen in der konkreten Pflegehandlung verpflichtend. Die Pflegeeinrichtungen haben zudem eine „humane und menschenwürdige Pflege“ zu gewähr-

⁹⁹¹ § 12 Abs. 1 SGB XI.

⁹⁹² *Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 93. Als Beispiele einer abgestimmten, optimalen Versorgung, die von den Pflegekassen zu koordinieren ist, werden für das reibungslose Zusammenwirken ärztlicher Behandlung, rehabilitativer Maßnahmen, Behandlungs- und Grundpflege sowie hauswirtschaftlicher Versorgung genannt: Zusammenwirken von stationärer und ambulanter Pflege, bei der vorübergehend unterbrochenen häuslichen Pflege; Vermeidung langer Wegezeiten durch den Einsatz ortsnaher Pflegeeinrichtungen, beispielsweise auch durch die einheitliche Leistungserbringung durch eine Pflegekraft, wenn sowohl Leistungen der Kranken- als auch der Pflegekasse (Behandlungs- und Grundpflege) zu erbringen sind (*ebd.*).

⁹⁹³ § 12 Abs. 2 SGB XI.

⁹⁹⁴ § 69 Satz 1 SGB XI.

⁹⁹⁵ *Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 108.

⁹⁹⁶ § 28 Abs. 4 SGB XI - siehe auch zuvor *Fn.* 976.

leisten.⁹⁹⁷

1.3.5 Die Landespflegeausschüsse

Landespflegeausschüsse sind nach dem SGB XI ausdrücklich vorgeschrieben.⁹⁹⁸ In diesen länderweise zu bildenden Gremien wird die eingangs postulierte breite Zuständigkeit für die Ausführung des Gesetzes auf Landesebene realisiert. Das Gremium bildet sich im Kern⁹⁹⁹ aus Vertretern der Pflegekassen, einschließlich des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und der Pflegeeinrichtungen, sowie einem Vertreter der Landesbehörde. Zusätzlich gehören dem Ausschuss auch jeweils ein Vertreter der überörtlichen Sozialhilfeträger, des Verbandes der privaten Krankenversicherungsunternehmen und der kommunalen Spitzenverbände im Land an.

Die zuständige Landesbehörde übernimmt die Geschäftsführung der Ausschüsse. Landesrechtlich kann durch Rechtsverordnung Näheres über die soweit vom Gesetz vorgegebene Struktur hinsichtlich der Details der Binnenorganisation (u.a. Zahl, Bestellung, Amtsdauer der Vertreter, Aufwandsentschädigungen und Gebühren) geregelt werden.

Die Landespflegeausschüsse beraten über Fragen des Betriebs und der Finanzierung von Pflegeeinrichtungen, sie geben Empfehlungen zum Aufbau und zur Weiterentwicklung des regionalen Versorgungssystems, zur Pflegevergütung, zu der Art und Weise der Berechnung von Entgelten (Unterkunft und Verpflegung) sowie zu der Berechnung von Zusatzleistungen ab. Bescheidenerweise können solche Empfehlungen nur einvernehmlich abgegeben werden. Diese Empfehlungen wiederum sind von Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen „angemessen zu berücksichtigen“. Sie haben also wirklich nur beratenden und empfehlenden Charakter.

Damit ist die so angelegte Tätigkeit der Landespflegeausschüsse also eher auf die Verwirklichung der breiten regionalen Basis der Zuständigkeiten in „gemeinsamer Verantwortung“ gerichtet, um als Kommunikations- und Austausch- sowie Abstimmungsplattform zu dienen. Aus diesem Grund ist die Regelung auch in dieser Form - quasi ergänzend zu § 8 SGB XI - normiert.¹⁰⁰⁰ Zu sehen ist natürlich der Ort für diese

⁹⁹⁷ § 11 Abs. 1 Satz 2 SGB XI.

⁹⁹⁸ § 92 SGB XI.

⁹⁹⁹ Die Vorschrift weist dies mit „insbesondere“ aus (§ 92 Abs. 2 Satz 1 SGB XI).

¹⁰⁰⁰ Die Ausschüsse treten mit dem Zweiten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung erstmals stärker in Erscheinung, wenn dort länderweise wiederholt über ihre Empfehlungen berichtet wird und Beratungsergebnisse referiert werden (*Bundestags-Drucksache 14/5590*, S. 208-217).

Vorschrift, die sich im vierten Abschnitt des Achten Kapitels - das ursprünglich und bis dato mit „Pflegevergütung“ benannt ist - mit Pflegevergütungen und Investitionskosten befasst. Ursprünglich vor allem mit Blick auf die mit Inkraftsetzen der Pflegeversicherung erforderliche Realisierung der pflegerischen Infrastruktur hatte der Gesetzgeber die Zusammenarbeit von Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen und Ländern im Auge. Die Landespflegeausschüsse wirken als informelle Beratungsgremien zur Abstimmung und Vorbereitung von Lösungen für anstehende Probleme - so die gesetzgeberische Begründung seinerzeit.¹⁰⁰¹ Den Ländern wurde (via Verordnungsermächtigung) die Gestaltungsverantwortlichkeit übertragen und dabei lediglich ein grober Ausgestaltungsrahmen vorgegeben.

Die Ausschussregelung soll auch an die Tätigkeit des, die Bundesregierung beratenden, Bundes-Pflegeausschusses ankoppeln. In der Gesetzesbegründung war daran gedacht, Erkenntnisse und Vorlagen aus den Landesausschüssen dorthin zu tragen, um diese so auf bundesgesetzlicher Ebene aufnehmen und weiterentwickeln zu können.¹⁰⁰²

1.4 Organisatorische Umsetzung

Soweit die allgemeinen Grundsätze, wie sie in der Pflegeversicherung durchgehend für das *Leistungshandeln* Gültigkeit haben (sollen). Qualität lässt sich konkret nur in der Umsetzung denken und erfassen, also im Leistungs- und damit im Pflegehandeln. Für ein Leistungsgesetz steht dabei die Leistungsgewährung im Vordergrund. Im Zentrum der Leistungsgewährung steht der *statusbegründende Versorgungsvertrag*. Mit ihm werden zugleich auch alle leistungshandelsnotwendigen Verabredungen festgelegt, soweit sie nicht durch das Gesetz selbst bereits eindeutig vorgegeben sind - wie beispielsweise die Leistungshöhe. Für die qualitativen Aspekte im übrigen Leistungsgeschehen hingegen gilt das nicht. Da es keine Legaldefinition gibt und laut Gesetz die Qualität in die Vereinbarungen hineinzuiinterpretieren, gleichsam „hineinzvereinbaren“ ist, kommt es entscheidend auf diese „versorgungsvertragliche“ Ebene an.¹⁰⁰³

¹⁰⁰¹ Bundestags-Drucksache 12/5262, S. 149.

¹⁰⁰² Ebd., S. 92, 149.

¹⁰⁰³ Für den Bereich der ehrenamtlich geleisteten Pflege, der systematisch ein eigenes, vom „vertragsbasierten Pflegeleistungsgeschehen“ zu unterscheidendes Regelungssystem in der Pflegeversicherung bildet, siehe detailliert in diesem Kapitel unter 1.6 *Die ehrenamtliche häusliche Pflege als „Sonderfall“ der Qualitätssicherung* (Seite 291).

1.4.1 Vom Sicherstellungsauftrag über den Versorgungsvertrag zur Qualität

Nach dem Vorbild der zweiseitigen Verträge für den Krankenhausbereich¹⁰⁰⁴ wurde ein landesweites materielles Pflegevertragsrecht geschaffen¹⁰⁰⁵ und installiert. In den im Siebten Kapitel geregelten Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern legt der erste Abschnitt fest, dass die Pflegekassen den gesetzlichen Auftrag haben, die pflegerische Versorgung durch Verträge mit den Leistungserbringern sicherzustellen.¹⁰⁰⁶ Ziel ist die zweckmäßige, wirksame und wirtschaftliche Versorgung.

1.4.2 Der Versorgungsvertrag und die Rahmenverträge

Der Versorgungsvertrag knüpft an den Sicherstellungsauftrag der Pflegekasse(n) an. Er verbindet den Auftrag der Pflegekasse mit der Pflicht der Leistungserbringer und wird zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Trägern der Pflegeeinrichtungen geschlossen. Mit dem Versorgungsvertrag erlangen die Pflegeeinrichtungen die Zulassung - aber auch die Pflicht - zur Versorgung der Versicherten. Die zugelassenen, zur Versorgung verpflichteten Pflegeeinrichtungen haben einen Versorgungsauftrag und erhalten dafür einen Vergütungsanspruch.¹⁰⁰⁷

Die qualitativen Anforderungen, die Einrichtungen erfüllen müssen, um als Pflegeeinrichtung nach dem SGB XI als „zulassungsfähig“ zu gelten¹⁰⁰⁸ und damit den „statusbegründenden“¹⁰⁰⁹ Versorgungsvertrag abschließen zu können, sind bescheiden: Die geleistete pflegerische Versorgung muss in erster Linie leistungsfähig und wirtschaftlich sein.¹⁰¹⁰ Neben einer ausreichenden, gleichmäßigen und konstanten Pflege muss die Pflegeeinrichtung die Leistungen unter Verantwortung *einer* ausgebildeten leitenden Pflegefachkraft in der „gesetzlich gebotenen Qualität“ erbringen können. Laut Gesetzesbegründung gehört dazu, dass sie imstande sein muss, den Pflegebedarf zu bestimmen, den vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erstellten Pflegeplan auszuführen und eine Pflegedokumentation zu führen.¹⁰¹¹

Um eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung sicherzustellen,

¹⁰⁰⁴ § 112 SGB V.

¹⁰⁰⁵ Bundestags-Drucksache 12/5262, S. 139.

¹⁰⁰⁶ Sicherstellungsauftrag (siehe zuvor Fn. 994)

¹⁰⁰⁷ § 72 Abs. 4 SGB XI.

¹⁰⁰⁸ § 71 SGB XI.

¹⁰⁰⁹ Bundestags-Drucksache 12/5262, S. 135.

¹⁰¹⁰ § 72 Abs. 3 Satz 1 SGB XI. Soweit und solange diese Voraussetzungen erfüllt sind, besteht sogar ein Anspruch auf den Abschluss eines Versorgungsvertrages (*ebd.* zweiter Halbsatz).

¹⁰¹¹ Bundestags-Drucksache 12/5262, S. 134.

schließen die Pflegekassen mit den Pflegeeinrichtungen auf Landesebene gemeinsame und einheitliche Rahmenverträge ab, die für die Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen unmittelbar verbindlich sind.¹⁰¹² Damit wird eine landesverbandliche Aufgabe der Pflegekassen im Gesetz vorgegeben. Empfehlungen zum Inhalt der Rahmenverträge *sollen* von den Spitzenverbänden der Pflegekassen - insofern und soweit also ebenfalls eine gesetzlich vorgegebene bundesverbandlichen Aufgabe - und den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene abgegeben werden.¹⁰¹³ Das Gesetz selbst gibt vor, dass in den landesverbandlich zu treffenden Rahmenverträgen mindestens

- der Inhalt der Pflegeleistungen sowie bei stationärer Pflege die Abgrenzung zwischen den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung und den Zusatzleistungen,
- die allgemeinen Bedingungen der Pflege einschließlich der Kostenübernahme, der Abrechnung der Entgelte und der hierzu erforderlichen Bescheinigungen und Berichte,
- die Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen,
- die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege,
- die Abschläge von der Pflegevergütung bei vorübergehender Abwesenheit (Krankenhausaufenthalt, Beurlaubung) des Pflegebedürftigen aus dem Pflegeheim,
- der Zugang des Medizinischen Dienstes und sonstiger von den Pflegekassen beauftragter Prüfer zu den Pflegeeinrichtungen,
- die Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen,¹⁰¹⁴
- die Grundsätze zur Festlegung der örtlichen oder regionalen Einzugsbereiche der Pflegeeinrichtungen, um Pflegeleistungen ohne lange Wege möglichst orts- und bürgernah anzubieten,

geregelt sein müssen.¹⁰¹⁵ Konkreter wird die Vorgabe nicht. Hier ist sozusagen das

¹⁰¹² § 75 Abs. 1 SGB XI. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung wird bei diesen Rahmenverträgen beteiligt.

¹⁰¹³ § 75 Abs. 5 SGB XI (in der Fassung vor PQsG). Auch hierbei ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (hier: der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen) zu beteiligen.

¹⁰¹⁴ In der ursprünglichen Fassung, die ansonsten unverändert geblieben ist, war an dieser Stelle zudem noch die Verteilung der Prüfungskosten geregelt.

¹⁰¹⁵ § 75 Abs. 2 SGB XI.

Zentrum der mindestens erforderlichen Standards als Minimalvoraussetzung der Rahmenvorgaben für die Verträge. Bei Nichteinigung über die Rahmenverträge wird deren Inhalt auf Antrag einer Partei von der Schiedsstelle¹⁰¹⁶ festgelegt.¹⁰¹⁷

Für die Verträge selbst wird in der Gesetzesbegründung korrespondierend dazu bzw. ähnlich für die Bestandteile der Versorgungsverträge vorgegeben, dass diese nach Art, Inhalt und Umfang festzulegen sind. Und es ist eine Verabredung verbindlich darüber zu treffen, welche Leistungen für welche voraussichtliche Zahl der Versicherten mit welchem Betreuungsbedarf zu erbringen sind.¹⁰¹⁸ Im Gesetz selbst fanden sich in der Fassung bis vor dem Inkrafttreten des PQsG darüber hinaus keine weiteren, speziellen Vorgaben für die Ausgestaltung der Versorgungsverträge.

Mit dem Versorgungsvertrag wird hinsichtlich der festgelegten bzw. festzulegenden Qualitätsanforderungen der Pflege ein Mindeststandard fixiert. Im Vordergrund stand seinerzeit vor allem die Prämisse, überhaupt eine Pflegeeinrichtungsinfrastruktur zu realisieren.

1.4.3 Versorgungsverträge mit sonstigen Leistungserbringern

Zur Umsetzung des Sicherstellungsauftrages durch die Pflegekassen sind auch Versorgungsverträge mit sonstigen Leistungserbringern vorgesehen, die nicht Pflegeeinrichtungen sind bzw. nach dem SGB XI nicht als solche gelten (können).¹⁰¹⁹

Von vornherein als besondere und nur im Ausnahmefall mögliche Versorgungsform ist die häusliche Pflege durch Einzelpersonen normiert.¹⁰²⁰ Damit sind Pflegende bezeichnet, die weder als Pflegeeinrichtung auftreten (können) noch ehrenamtlich Pflegende (als Angehörige, Verwandte oder Freunde) sind. Diese professionell Pflegenden stehen nach der Systematik des SGB XI zwischen diesen beiden Sphären. Daher war für diese Personen - als Sonderfall innerhalb der Pflegeversicherung - die Vertragsregelung als Sonderregelung ebenfalls zu normieren. Es handelt sich quasi um eine besondere Form zusätzlicher Versorgungsverträge der Pflegekassen mit

¹⁰¹⁶ Diese wird von den Landesverbänden der Pflegekassen und den Vereinigungen der Einrichtungsträger länderweise paritätisch besetzt. Die Schiedsstelle (§ 76 SGB XI) hat die Aufgabe, Rahmenvertragsregelungen festzulegen und Vergütungen festzusetzen, wenn sich Beteiligten nicht über eine Vereinbarung einigen können.

¹⁰¹⁷ § 75 Abs. 3 SGB XI (in der Fassung vor PQsG). Diese - in der Gesetzesbegründung als „Ersatzvornahme durch die unabhängige Schiedsstelle“ titulierte - Regelung unterstreicht die Dringlichkeit der durch die Verpflichtung der Selbstverwaltung zu realisierenden, wirksam-wirtschaftlichen pflegerischen Versorgung (*Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 139).

¹⁰¹⁸ *Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 135 f. .

¹⁰¹⁹ §§ 77, 78 SGB XI.

Einzelpersonen. Der Zweck dieser Regelung erschließt sich u.a. durch die Situation bei der Einführung der Pflegeversicherung, die auch davon geprägt war, zunächst über vertragliche Regelungen die pflegerische Versorgung der Versicherten möglichst überall sicherstellen zu müssen - wie auch grundsätzlich die Konstruktion des „Sicherstellungsauftrags“ dieser organisatorischen Aufgabe verpflichtet war, und so den verpflichtenden Tätigkeitsimpuls an die - überall präsente - Kasseninfrastruktur delegierte. Mit den im Gesetz vorgesehenen weiteren, gesonderten Versorgungsformen sollte Situationen entsprochen werden können, in denen Pflegedienste nicht ausreichend oder nicht geeignet ausreichend vorhanden sind - daher auch die Subsidiarität dieser Einzelregelung, mit der die Versorgungsangebote der Pflegedienste¹⁰²¹ durch gezielt eingesetzte wohnortnahe Hilfen ergänzt werden können.¹⁰²² Im „Notfall“ besteht für die Pflegekasse so eine Ermächtigung, gleichwohl ihrem Sicherstellungsauftrag nachkommen zu können bzw. diesen zu erfüllen - erforderlichenfalls auch, indem sie selbst Pflegefachkräfte einstellt.

Sehr deutlich wurde in der besonderen Vorschrift der Rahmen spezifiziert, in dem die Pflegekassen Einzelverträge schließen können. Die Anforderungen - sie ähneln dem bisher auch schon genannten - sind dazu ausdrücklicher gefasst: Inhalt, Umfang und Vergütung sowie die Prüfung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit müssen im Einzelvertrag geregelt sein.

Werden im Rahmen der ebenfalls ermöglichten Versorgungsmöglichkeit Pflegekräfte „bei Bedarf“ bei der Pflegekasse als Angestellte beschäftigt,¹⁰²³ gelten für diese jedoch wiederum die gleichen Vorgaben wie bei den Pflegediensten. Sie haben also quasi einen „kasseninternen“, arbeitsvertraglich festgelegten Versorgungsauftrag - dabei jedoch keine Sonderstellung gegenüber den übrigen Pflegeeinrichtungen.¹⁰²⁴

Ebenfalls aus dem Sicherstellungsauftrag ergeben sich die von den Spitzenverbänden der Pflegekassen mit den Leistungserbringern bzw. deren Verbänden zu schließenden Verträge über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln.¹⁰²⁵ In den Verträgen - so gebietet die Regelung - sind Grundsätze und Maßstäbe für die

¹⁰²⁰ § 77 Abs. 1 SGB XI.

¹⁰²¹ Ambulante Pflegeeinrichtungen - legaldefiniert in § 71 Abs. 1 SGB XI.

¹⁰²² Zu diesem „Erforderlichkeitsansatz“ siehe Begründung in *Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 140.

¹⁰²³ § 77 Abs. 2 SGB XI.

¹⁰²⁴ *Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 140.

¹⁰²⁵ § 78 SGB XI.

Wirtschaftlichkeit und die Qualität der Pflegehilfsmittelversorgung zu regeln.

1.5 Qualitätssicherung

Die einzig ausdrückliche Vorschrift der Pflegeversicherung zur Qualitätssicherung wurde „im Gespann“ mit der - vorangestellten - Vorschrift über die Wirtschaftlichkeitsprüfungen als letzter Abschnitt des Kapitels Sieben („Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern“) unter dem Titel „Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Qualitätssicherung“ gefasst.¹⁰²⁶ Mit dieser Kernvorschrift zur Qualität¹⁰²⁷ wurde ebenfalls an den Sicherstellungsauftrag¹⁰²⁸ angeknüpft. Die Regelungen im Vierten Abschnitt sollten dazu beitragen, die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Pflege zu gewährleisten. Dazu erhielten die Landesverbände der Pflegekassen die *Befugnis*, beides von sich aus prüfen zu lassen.¹⁰²⁹ Um eine ständige Sicherung der Qualität und ein einheitliches System der Qualitätsprüfung zu realisieren - so die seinerzeitige Begründung dieser Vorschrift¹⁰³⁰ -, wurden folgende Maßnahmen normiert:¹⁰³¹

- Die Selbstverwaltung der Beteiligten ist verpflichtet, auf Bundesebene Grundsätze für die Qualität, Qualitätssicherung und für das Verfahren zu vereinbaren.
- Die (zugelassenen) Pflegeeinrichtungen werden verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen.
- Die Landesverbände der Pflegekassen haben nach der Qualitätsprüfung die Möglichkeit, auf die Beseitigung festgestellter Mängel hinzuwirken.
- Als letztes Mittel ist die Kündigung des Versorgungsvertrages vorgesehen.

1.5.1 Grundsätze und Maßstäbe für die Qualitätssicherung - was wird kontrolliert

Die Spitzenverbände¹⁰³² haben gemeinsam und einheitlich auf Bundesebene Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität, die Qualitätssicherung und für das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflege zu

¹⁰²⁶ § 80 SGB XI.

¹⁰²⁷ Die Vorschrift in § 80 SGB XI über die Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung war wesentlich inspiriert von der mit dem GRG bereits in der Gesetzlichen Krankenversicherung eingeführten Qualitätssicherungsverpflichtung für den Krankenhausbereich („Qualitätssicherung in der stationären Versorgung“, § 137 SGB V - bis heute grundsätzlich wenig veränderte und lediglich erweiterte Vorschrift, jetzt mit dem Titel „Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern“).

¹⁰²⁸ Siehe zuvor in *Fn. 994 (Seite 280)*.

¹⁰²⁹ *Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 132.

¹⁰³⁰ *Ebd.*, S. 141.

¹⁰³¹ *Ebd.* .

vereinbaren. Diese sind im Bundesanzeiger zu veröffentlichen¹⁰³³ und für die Pflegekassen wie für die Pflegeeinrichtungen verbindlich.¹⁰³⁴

Der Aufbau der Vereinbarungen für die ambulante und die stationäre Pflege ist weitgehend identisch gestaltet. Unterteilt sind diese nach Grundsätzen, Leistungserbringern, Qualitätsmaßstäben, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen.¹⁰³⁵ Inhaltlich werden in den Grundsätzen¹⁰³⁶ die Ziele der Leistungserbringung formuliert, die Ebenen der Qualität nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität benannt sowie die Verfahren, Methoden und Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Unter dem Punkt Qualitätsmaßstäbe werden diese genauer, jeweils bezogen auf die stationäre und ambulante Leistungserbringung, beschrieben. Für die Maßnahmen zur Qualitätssicherung sind jeweils die Träger der Pflegeeinrichtung (eigen-)verantwortlich und müssen diese auf Anforderung der Landesverbände nachweisen. Zum Verfahren ist lediglich notiert, dass dann eine Prüfung einzuleiten ist, wenn dies von einer Pflegekasse als notwendig angesehen wird.¹⁰³⁷

Inhaltlich gehen die Vereinbarungen insgesamt nicht über die gesetzlich bereits normierten Vorgaben hinaus bzw. stellen keine Weiterentwicklung der gesetzlichen Ziele

¹⁰³² In der ursprünglichen Fassung des § 80 Abs. 1 SGB XI war die Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenversicherung nicht vorgesehen.

¹⁰³³ Die Spitzenverbände der Pflegekassen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und die Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene haben lt. *Bekanntmachung der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen* vom 21.10.1996 sowie *Bekanntmachung der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege* vom 31.5.1996 (an gleicher Stelle finden sich ebenfalls die Bekanntmachungen zur *teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege)* sowie zur *Kurzzeitpflege*) entsprechende Vereinbarungen getroffen.

¹⁰³⁴ § 80 Abs. 1 SGB XI. Für den Fall, dass diese Vereinbarungen nicht zustande kommen, war vorgesehen, diese durch Rechtsverordnung unter Zustimmung der Länderkammer festzulegen (§ 80 Abs. 5 SGB XI, in der Fassung bis zum PQsG).

¹⁰³⁵ In den Vereinbarungen zur stationären Pflege sind zusätzlich noch „Gemeinsame Konsultationen über Qualitätsfragen“ zwischen den Pflegekassen, ihren Landesverbänden und dem Träger der Pflegeeinrichtung erwähnt, bei denen ein Vertreter der Heimselbstverwaltung beteiligt werden soll (*Bekanntmachung der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen*, S. 12042).

¹⁰³⁶ In den Vereinbarungen zur stationären Pflege wird in der Präambel hervorgehoben, dass eine qualifizierte, ganzheitliche Pflege und Versorgung sichergestellt werden soll (*ibd.*, S. 12041). Neben der Unbestimmtheit dieses Begriffes ergeben sich auch regelungssystematisch Probleme dieser so isoliert, nur für den stationären Bereich, formulierten Anforderung, wie Wiese ebenfalls konstatiert und entsprechenden Konkretisierungsbedarf anmeldet (*ibd.*, S. 57).

¹⁰³⁷ Dies findet sich so in allen Vereinbarungen über die gemeinsamen Grundsätze (*Ebd.*, siehe *Fn.* 1033).

dar¹⁰³⁸ und bleiben insbesondere hinsichtlich des Verfahrens der Qualitätsprüfung redundant.

Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen müssen sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen beteiligen. Sie haben - auf Verlangen der Landesverbände der Pflegekassen - dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (oder den von den Landesverbänden bestellten Prüfern) die Prüfung der Qualität, der Versorgungsabläufe und der Pflegeergebnisse zu ermöglichen.¹⁰³⁹

1.5.2 Grundsätze der Spitzenverbände zur Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste - wie wird kontrolliert

Die externe Qualitätssicherung, wie sie für die Pflegeeinrichtungen über den § 80 SGB XI gilt und die vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung durchgeführt wird, wurde zunächst in Form einer vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erstellten Arbeitshilfe „MDK-Konzept zur Qualitätssicherung in der Pflege“ realisiert. Damit wurde bereits frühzeitig ein beratungsorientierter Prüfansatz erarbeitet, der ein Konzept zum Prüfverfahren, zu den Prüfinhalten sowie deren Evaluation enthält und auch die Prüfkompetenz umfasst (die Qualitätssicherung der Qualitätsprüfer sozusagen). Anhand praktischer Erfahrungen optimiert und weiterentwickelt lag seit Oktober 2000 ein Leitfaden zur einheitlichen Umsetzung der Qualitätsprüfungen in der ambulanten und stationären Pflege nach § 80 SGB XI vor. Dieser stellte eine Erweiterung durch aktualisierte pflegfachliche und -wissenschaftliche Erkenntnisse mit einer Schwerpunktverlagerung von der Struktur- zur Prozess- und Ergebnisqualität dar.¹⁰⁴⁰

Diese Arbeitshilfe, quasi als intern für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung konzipierte Durchführungsanweisung, entstand aus dem praktischen Erfordernis der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, Prüfungen durchführen zu müssen. Die zunächst „nur“ als Handlungsempfehlung entwickelten Prüfungsgrundsätze zur praktischen Durchführung der Prüfungsverpflichtungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung wurden formalrechtlich mit der Einfügung des § 53a SGB XI auf rechtsverbindliche Füße gestellt. Danach legen die Spitzenverbände der Pflegekassen Richtlinien u.a. über die Zusammenarbeit mit den Medi-

¹⁰³⁸ So auch *Wiese* (S. 61). In der Gesamtbewertung der Vereinbarungen konstatiert sie einen geringen Konkretisierungsgrad („erste vorsichtige Konkretisierungen“) der Maßnahmen zur Qualitätssicherung, der den Einrichtungen weitgehende Gestaltungsfreiheit einräumt (*ebd.*, S. 69 f.).

¹⁰³⁹ § 80 Abs. 2 SGB XI, in der Fassung bis zur Änderung durch das PQsG.

zinischen Diensten und „zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung sowie über das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen“ fest.¹⁰⁴¹ Allerdings kam es erst im Jahr 2005¹⁰⁴² zur Veröffentlichung dieser Richtlinien.¹⁰⁴³

1.5.3 Sanktionen „ohne Biss“ (Regelungen „tun nicht weh“)

Die Pflegeeinrichtungen sind über das Ergebnis der stattgefundenen Prüfung¹⁰⁴⁴ zu informieren. Wurden Mängel der Qualität, der Versorgungsabläufe oder der Pflegeergebnisse festgestellt, entscheiden die Landesverbände der Pflegekassen über die zu treffenden Maßnahmen. Dies ist jedoch erst möglich, nachdem die Pflegeeinrichtung und die Trägervereinigung angehört wurden. In dem zu erstellenden Bescheid ist dem Träger der Einrichtung aufzugeben, die festgestellten Qualitätsmängel innerhalb einer angemessenen Frist zu beseitigen. Die Landesverbände können - nur gemeinsam - den Versorgungsauftrag kündigen, wenn dem nicht fristgerecht nachgekommen wird.¹⁰⁴⁵

Neben dem Erfordernis für die nur gemeinschaftlich mögliche¹⁰⁴⁶ Kündigung, gelten für einen Kündigungsvorgang weitere Anforderungen: So ist vor einer Kündigung ebenfalls das Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe herzustellen. Die einschlägige Vorschrift über die Kündigung von Versorgungsverträgen gebietet eine Kündigungsfrist von einem Jahr.¹⁰⁴⁷ Der Mangel muss so gravierend sein, dass die Leistungsfähigkeit als grundlegenden Voraussetzung der Zulassung zum Versor-

¹⁰⁴⁰ Bundestags-Drucksache 14/5590, S. 64.

¹⁰⁴¹ § 53a Satz 1 Nr. 1 und 4 SGB XI. Die Vorschrift wurde mit dem 1. SGB XI-ÄndG im Jahr 1996 eingefügt. Sie war ursprünglich als Änderung im Krankenversicherungsrecht vorgesehen (*Bundestags-Drucksache 13/3696*, S. 9, 18 f.). Mit den Änderungen der Empfehlungen des Vermittlungsausschusses wurde die Regelung dann dem Pflegeversicherungsrecht zugeordnet (*Bundestags-Drucksache 13/4688*, S. 3).

¹⁰⁴² In den *Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien - BRi)* vom 22.8.2001 (gültig ab/seit 1.1.2002) wurden umfassende Qualitätssicherungs-Richtlinien nach § 53 a Nr. 4 und 5 SGB XI angekündigt (S. 235). Bis zum Inkrafttreten eigenständiger am aktuellen Erkenntnisstand des Qualitätsmanagements auszurichtender Richtlinien nach § 53 a Nr. 4 SGB XI war die einheitliche Begutachtungspraxis gemäß der *BRi* zu gewährleisten, die zu diesem Zweck um einen - dem Umfang nach noch kurz gehaltenes - Kapitel E „Qualitätssicherungsverfahren“ (S. 295 f.) ergänzt wurden.

¹⁰⁴³ *Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinien - QPR)* vom 10.11.2005 (In Kraft seit 1.1.2006). Die QPR setzten die Empfehlung zur MDK-Anleitung vom 7.6.2000 außer Kraft. Zusätzlich veröffentlichte der *Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.* die Erhebungsbögen und die MDK-Anleitungen zur Prüfung der Qualität als Anlagen zu den QPR - jeweils für die ambulante (Anlage 1, 2005a) und für die stationäre Pflege (Anlage 2, 2005b):

¹⁰⁴⁴ Siehe zuvor *Fn. 1039*.

¹⁰⁴⁵ § 80 Abs. 3 SGB XI. In der Fassung bis zur Änderung durch das PQsG.

¹⁰⁴⁶ Auf dieses „Gemeinsamkeitserfordernis“ wird ausdrücklich auch in der Gesetzesbegründung hingewiesen (*Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 138).

¹⁰⁴⁷ § 74 Abs. 1 SGB XI.

gungsvertrag nicht mehr erfüllt wird bzw. nicht mehr erfüllbar ist.¹⁰⁴⁸ Gegen die so ausgesprochene Kündigung besteht Klagemöglichkeit vor den Sozialgerichten. Ein Vorverfahren ist dabei nicht vorgesehen. Auch hat eine solche Klage keine aufschiebende Wirkung.¹⁰⁴⁹

Nur in „schwerwiegenden Fällen“ ist eine fristlose, sofortige Kündigung möglich.¹⁰⁵⁰ In diesen Fällen hat die Pflegeeinrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern derart „gröblich verletzt“, dass es unzumutbar ist, den Vertrag aufrechtzuerhalten.¹⁰⁵¹ In der Vorschrift selbst wird ausgeführt, dass eine solch „gröbliche Pflichtverletzung“¹⁰⁵² insbesondere dann vorliegt, wenn Gepflegte durch das Verhalten der Pflegeeinrichtung zu Schaden kommen oder wenn die Einrichtung nicht erbrachte Leistungen gegenüber den Kostenträgern abrechnet.¹⁰⁵³ Pflegeheimen *kann* zudem fristlos gekündigt werden, wenn diesen nach dem Heimgesetz die Betriebserlaubnis entzogen oder der Betrieb des Heimes untersagt wurde.¹⁰⁵⁴

1.6 Die ehrenamtliche häusliche Pflege als „Sonderfall“ der Qualitätssicherung

Neben der bis hierher skizzierten Sphäre eines auf vertragliche Beziehungen und Verpflichtungen beruhenden Pflegehandelns und der daraus resultierenden Qualität wurde mit der Pflegeversicherung eine weitere Sphäre ehrenamtlicher Pflege etabliert. Die häusliche Pflege durch ehrenamtlich Tätige - meist Verwandte und/ oder Freunde - bildet außerhalb vertraglicher Beziehungen ohne Sicherstellungsauftrag und Versorgungsvertrag damit einen „Sonderbereich“ im System der Pflegeversicherung. Es handelt sich wiederum um eine Regelungsmaterie, die gleichsam als weiteres „Gesetz im Gesetz“ Qualität, Qualitätssicherung und das dazugehörige Verfahren eigens für diesen Bereich normiert und organisiert.

In den Regelungen über das Pflegegeld vereinigen sich die Elemente von Qualität,

¹⁰⁴⁸ § 74 Abs. 1 in Verbindung mit § 72 Abs. 3 SGB XI (siehe in diesem Kapitel *Fn. 1010, Seite 283*).

¹⁰⁴⁹ Die Klagemöglichkeit gegen die Ablehnung eines Versorgungsvertrages nach § 73 Abs. 2 SGB XI gilt gemäß § 80 Abs. 3 Satz 4 SGB XI im Kündigungsfall entsprechend.

¹⁰⁵⁰ § 80 Abs. 3 Satz 3 in Verbindung mit § 74 Abs. 2 SGB XI.

¹⁰⁵¹ § 74 Abs. 2 Satz 1 SGB XI.

¹⁰⁵² *Bundestags-Drucksache 12/5262, S. 138.*

¹⁰⁵³ § 74 Abs. 2 Satz 2 SGB XI.

¹⁰⁵⁴ § 74 Abs. 2 Satz 3 SGB XI. Die Gesetzesbegründung führt dazu ebenso treffend wie naheliegend - ja geradezu zwingend - aus, dass solche Einrichtungen keinesfalls weiterhin vertragsfähig im Sinne der Pflegeversicherung sein können (*Bundestags-Drucksache 12/5262, S. 138*).

Qualitätssicherung und dem dazugehörigen Prüfungs- und Sicherungsverfahren gesondert und nur auf diese Form der ehrenamtlichen Pflege Tätigkeit bezogen. Da hier jedoch die zentrale Ansteuerung über den Sicherstellungsvertrag zum Versorgungsvertrag zur Qualität in Ermangelung vertraglich begründeter Beziehungen nicht greifen kann, bedurfte es eines eigenen Regelungskreises mit eigenen Regelungen speziell und ausschließlich für den Bereich des Pflegegeldes.

1.6.1 Qualitätssicherung bei der ehrenamtlichen häuslichen Pflege

Zur Qualitätssicherung bei der ehrenamtlichen häuslichen Pflege ist zunächst festzuhalten, dass die Gestaltungs- und Entscheidungsverantwortlichen in ihrer Konzeption der seinerzeit neu einzuführenden Pflegeversicherung in dem Pflegegeld selbst einen Aspekt qualitativer Pflege insoweit sahen, als mit dieser Leistung, dem „Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen“, die Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen gestärkt würde.¹⁰⁵⁵ Da das Pflegegeschehen zugleich in einer Sphäre außerhalb der aus dem Sicherstellungsauftrag resultierenden Vertragsbeziehung stattfindet, ergab sich für die Qualitätssicherung der ehrenamtlich mit dem Pflegegeld geleisteten Pflege - nach dem Konzept und dem Verständnis der Pflegeversicherung - eine Sondersituation. Oder anders formuliert: Die aus dem Versorgungsauftrag resultierenden bzw. über diese vertragliche Beziehung für das Pflegegeschehen in durchaus aufwendiger Weise gestalteten Regelungen zur Qualitätssicherung mussten ohne eine solche vertragliche Grundlage für den Bereich der ehrenamtlichen Pflege gesondert geregelt werden - zumal dieser Bereich zugleich auch als Kernkonzeption für die Realisierung einer breiten Pflegeinfrastruktur¹⁰⁵⁶ vorgesehen war.

Ein anderer denkbarer Weg - wie etwa beim Arbeitgebermodell (Pflegeassistenz) - wäre eine Aufwertung dieses Pflegekonzeptes gewesen. Etwa, indem dafür ebenfalls eine weitere vertragliche Grundlage, ähnlich den ergänzend geregelten Beziehungen zu sonstigen Leistungserbringern, geschaffen wird, bei der auf eine Vereinbarung zwischen versorgungsverpflichteter Pflegekasse und dem Pflegenden oder aber direkt zwischen Gepflegten und Pflegenden abgestellt wird. Dieser Weg wurde jedoch nicht beschritten. Statt dessen wurde eine, nach wie vor so auch für eine Vielzahl

¹⁰⁵⁵ Zur Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung als leistungsgrundsätzlicher Qualitätsvorgabe, siehe in diesem Kapitel *Fn. 971 (Seite 276)*. Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers gestalten Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld ihre Pflegehilfen selbst (*Bundestags-Drucksache 12/5262, S. 112*).

dieser Pflegearrangements annehmbarere,¹⁰⁵⁷ Autonomie- und Privatsphäre eingerichtet.

Folglich musste dazu jedoch auf andere Weise die erforderliche und gewünschte Sicherung der Pflegequalität bzw. der Standards geregelt werden. Mit dem Ergebnis einer in dieser Pflegesphäre ausdrücklicher geregelten - und hoheitlich verordneten „Qualitätskontrolle“, um die notwendigen Standards prüfen und wahren zu können. Dabei war die ursprüngliche Konzeption - offenbar wegen des so eingeschätzten geringen Einflusses auf die Pflegehandlungen - aus Sorge, hier könnte nicht adäquat gesichert, eingewirkt und geprüft werden, von einem starken Kontroll- und Sanktionsgedanken geprägt.

1.6.2 Kontrolle und Sanktion beim Pflegegeld

Für das Pflegegeld ist als Qualitätsaspekt genannt, dass dieses nur gewährt wird, wenn die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellbar bzw. sichergestellt ist.¹⁰⁵⁸ Zur Qualitätssicherung der häuslichen, selbst sichergestellten Pflege kann auf die vertragsimmanente Einbindung nicht zurückgegriffen werden, weil die ehrenamtliche Pflege nicht im Vertragsverhältnis stattfindet (hier gibt es nur ein Verhältnis zwischen Pflegebedürftigem und Helfendem, nicht jedoch mit der Pflegekasse). Daher wird zur Qualitätssicherung der Kontrollbesuch („Pflegepflichteneinsatz“) eingesetzt¹⁰⁵⁹ - mit der Sanktionsmöglichkeit, das Pflegegeld zu versagen, wenn dieser nicht abgerufen, bzw. gegenüber der Pflegekasse nicht nachgewiesen wird.¹⁰⁶⁰

Weitere Elemente der Qualitätssicherung sind bei der ehrenamtlichen Pflege außerhalb des Regelungs- und Sanktionssystems von Versorgungsvertrag und -auftrag über die zugelassenen Pflegeeinrichtungen neben diesem „Kontrollbesuch“ auch in der Erst- und Wiederholungsbegutachtung durch den Medizinischen Dienst der

¹⁰⁵⁶ Siehe dazu die Ausführungen in Kapitel 3 unter 2.2.3 Ursachen für den Rückgang der ambulanten Pflegeleistungen (Seite 112).

¹⁰⁵⁷ Die Pflege im häuslichen Umfeld durch nahestehende Personen ist nach wie vor das überwiegend gewünschte Pflegearrangement - wenn auch mit rückläufiger Tendenz (Runde/Giese/Stierle, S. 67).

¹⁰⁵⁸ § 37 Abs. 1 SGB XI.

¹⁰⁵⁹ Bundestags-Drucksache 12/5262, S. 112.

¹⁰⁶⁰ Derzeit geregelt in § 37 Abs. 6 SGB XI. Diese Sanktionsregelung war von Beginn an vorgesehen, wie sich aus der seinerzeitigen Begründung ergibt (Bundestags-Drucksache 12/5262, S. 113), sie wurde aber erst mit den „Klarstellungen“ durch das 1. SGB XI-ÄndG ausdrücklich so im Gesetz normiert (siehe dazu die folgende Übersicht 8: Erste Änderung durch das 1. SGB XI-ÄndG - Entwurf und Begründung, Seite 296).

Krankenversicherung¹⁰⁶¹ sowie nicht zuletzt auch in den Pflegekursen für Pflegende zu sehen.

Mit dem vorgeschriebenen Pflegeeinsatz - so die seinerzeit in der Gesetzesbegründung formulierte Absicht - sollten die pflegenden Familienangehörigen durch den Einsatz professioneller Pflegekräfte entlastet und die Pflegequalität gesichert werden. Zunächst war dieser regelmäßige „Pflichteinsatz“ noch in kürzeren Zeitabständen vorgesehen.¹⁰⁶² Die Qualitätssicherung war darauf ausgerichtet, Defizite in der häuslichen Pflege frühzeitig entdecken und ihnen entgegenwirken zu können.¹⁰⁶³

1.6.3 Wandlung vom kontrollierenden Pflege-Pflichteinsatz zum unterstützenden Beratungseinsatz

Es überrascht in dieser diametral sich gegenüberliegenden Regelungslogik nicht, dass, insbesondere hinsichtlich des Verfahrens und der Sanktionen und damit insgesamt zur Ausgestaltung der Norm über das Pflegegeld zur Wahrung dieser - so von außen hoheitlich wirksamen konzipierten - Kontrolle, Änderungen in fast allen Novellen zur Pflegeversicherung (wenn dies auch über die Zeit gesehen, wenige waren) stattfanden. Hier wurde viel Eifer aufgewandt, um die Pflegestandards im Bereich der häuslichen Pflege zu wahren. Zugleich, das ist unbenommen, besteht angesichts des Umfangs der in diesem Bereich geleisteten Pflege dort auch ein hoher Regelungsbedarf und verstärkte Sensibilität - auch, um Problemen, wie etwa der Gewalt in der häuslichen Pflege, beikommen zu können. Dies nicht zuletzt auch mit Blick auf die mögliche und tatsächliche Überforderung der ehrenamtlich Pflegenden in ihrer Arbeit.

In der nachfolgenden exegetischen Zusammenstellung der Änderungen der Vorschrift(en) über den verpflichtenden Einsatz „professioneller“ Pflegedienste bei Bezug des Pflegegeldes für selbst beschaffte Pflegehilfen in § 37 SGB XI seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung zeigt sich die Wandlung vom kontrollierenden Pflege-Pflichteinsatz im Jahr 1995 zum unterstützenden Beratungseinsatz ab dem Jahr 2002.

¹⁰⁶¹ Bundestags-Drucksache 12/5262, S. 141.

¹⁰⁶² Siehe dazu sogleich in *Übersicht 7: Ursprüngliche Regelung des § 37 Abs. 3 SGB XI bei Inkraftsetzen des SGB XI durch das PflegeVG - Begründung und Schlussfassung nach zuvor mehrmaliger Änderung des Turnus der verpflichtenden Pflegeeinsätze* (Seite 295).

¹⁰⁶³ Rechtzeitig sollten beispielsweise Pflegehinweise und Informationen über weitere Leistungen (Pflegekurse, Tagespflege) dazu dienen, die häusliche Pflege weiterführen zu können und stationäre Pflege zu vermeiden (Bundestags-Drucksache 12/5262, S. 112).

Übersicht 7: Ursprüngliche Regelung des **§ 37 Abs. 3 SGB XI bei Inkraftsetzen des SGB XI** durch das PflegeVG - **Begründung und Schlussfassung** nach zuvor mehrmaliger Änderung des Turnus der verpflichtenden Pflegeeinsätze

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.
Bundestags-Drucksache 12/5262 vom 24.6.1993, S. 112 f.¹⁰⁶⁴

Änderungsvorschlag des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung

Bundestags-Drucksache 12/5952 vom 21.10.1993, S. 39

Begründung für die Regelung über den obligatorischen Pflegepflichteneinsatz beim Bezug von Pflegegeld (im Originalwortlaut):¹⁰⁶⁵

„Pflegebedürftige, die allein die Pflegegeldleistung beziehen, werden mit dieser Regelung verpflichtet, je nach dem Grad der Pflegebedürftigkeit **einmal im Quartal bei Stufe I, einmal im Monat bei Stufe II und einmal in der Woche bei Stufe III einen Pflegeeinsatz** einer zugelassenen Pflegeeinrichtung, z. B. einer Sozialstation, in Anspruch zu nehmen. Diese regelmäßige Einschaltung professioneller Pflegekräfte dient der Entlastung der pflegenden Familienangehörigen und sichert die **Qualität** der häuslichen Pflege. Defizite in der häuslichen Pflege können frühzeitig entdeckt und ihnen entgegengewirkt werden. Die Pflegefachkraft, die beispielsweise rechtzeitig eine gesundheitliche Überforderung der Pflegeperson bemerkt, kann durch Beratung und Hilfestellung, durch Hinweise auf Pflegekurse, Tagespflege usw. auf eine Entlastung der Pflegeperson hinwirken, damit die häusliche Pflege weiterhin ermöglichen und die Aufnahme des Pflegebedürftigen in einer stationären Einrichtung verhindern.

Der Pflegebedürftige hat den entsprechenden Pflegeeinsatz nachzuweisen, indem er der Pflegekasse eine Rechnung über die Kosten des Einsatzes vorlegt.

Kommt er seiner Nachweispflicht nicht nach, wird das Pflegegeld gekürzt. Auf den Nachweis hin erhält der Pflegebedürftige die Kosten des Einsatzes insoweit erstattet, als ihm wieder das volle Pflegegeld ausgezahlt wird.“¹⁰⁶⁶

Für die - seinerzeit noch als § 33 SGB XI vorgesehene - Regelung über das „Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen“ schlug der Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung eine **geringere Frequenz der verpflichtenden Pflegeeinsätze** vor (im Originalwortlaut):

„[...] Der mit der gesetzlichen Regelung angestrebte Zweck, die Sicherung der **Qualität** der häuslichen Pflege, lässt sich auch bei verlängerten Intervallen erreichen. Pflegebedürftige, die mehr als die in Absatz 3 aufgeführten Pflegeeinsätze benötigen, sollten von der Kombinationsleistung (§ 34) Gebrauch machen.“¹⁰⁶⁷

§ 37 Abs. 3 SGB XI (= Artikel 1 § 37 Abs. 3 i.V.m. 68 Abs. 1 und 2 PflegeVG) in der ab 1.4.1995 geltenden Fassung

Bundesgesetzblatt, Teil I, vom 28.5.1994, S. 1025, 1070

Satz 1 „**Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Abs. 1 beziehen, sind verpflichtet,**

1. **bei Pflegestufe I und II mindestens einmal halbjährlich,**
2. **bei Pflegestufe III mindestens einmal vierteljährlich**

einen Pflegeeinsatz durch eine Pflegeeinrichtung, mit der die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, abzurufen.

¹⁰⁶⁸Satz 2 **Die Kosten des Pflegeeinsatzes werden dem Pflegebedürftigen von der Pflegekasse auf Nachweis unter Anrechnung auf das Pflegegeld erstattet.“**

¹⁰⁶⁴ Als wort- und inhaltsgleicher Entwurf der Bundesregierung kurz darauf eingebracht (*Bundesrats-Drucksache 505/93*).

¹⁰⁶⁵ die in „ „ gefassten Textstellen entsprechen dem Originalwortlaut der Begründung (aktuelle Rechtschreibung angepasst).

¹⁰⁶⁶ *Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 112 f. .

¹⁰⁶⁷ *Bundestags-Drucksache 12/5952*, S. 39. Das ursprünglich vorgesehenen Intervall in der Pflegestufe I einmal vierteljährlich, Pflegestufe II einmal monatlich sowie Pflegestufe III einmal wöchentlich wurde mit der Ausschussempfehlung zunächst auf halbjährlich, vierteljährlich und monatlich verlängert. Im zweiten Vermittlungsverfahren (*Bundestags-Drucksache 12/7323*, S. 3) erfolgte die dann letztlich durch das PflegeVG mit § 37 Abs. 3 SGB XI (siehe rechte Spalte) in Kraft gesetzte Turnusregelung.

¹⁰⁶⁸ Die als Satz „zahl“ eingefügten Satznummerierungen sind nicht Bestandteil des Originaltextes, sondern hier redaktionell zur Übersicht eingefügt

Übersicht 8: Erste Änderung durch das 1. SGB XI-ÄndG - Entwurf und Begründung

Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.
Bundestags-Drucksache 13/3969 vom 6.2.1996, S. 4

Begründung
Bundestags-Drucksache 13/3969 vom 6.2.1996, S. 13

Artikel 1 Nr. 13.

§ 37 wird wie folgt geändert:

b) In Absatz 3 wird Satz 2 durch folgende Sätze **ersetzt**:

~~Satz 2 „Die Kosten des Pflegeeinsatzes werden dem Pflegebedürftigen von der Pflegekasse auf Nachweis unter Anrechnung auf das Pflegegeld erstattet.“~~

Satz 2 „Die Pflegeeinsätze dienen der Sicherung der **Qualität** der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und Beratung der häuslich Pflegenden.

Satz 3 Die Vergütung des Pflegeeinsatzes ist von dem Pflegebedürftigen zu tragen.

Satz 4 Sie beträgt in den Pflegestufen I und II 30 Deutsche Mark und in der Pflegestufe III 50 Deutsche Mark.

Satz 5 Die Pflegedienste haben mit Einverständnis des Pflegebedürftigen der zuständigen Pflegekasse die bei dem Pflegeeinsatz gewonnenen Erkenntnisse zur **Qualität** der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung mitzuteilen.

Satz 6 Die Spitzenverbände der Pflegekassen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung.

Satz 7 Ruft der Pflegebedürftige den Pflegeeinsatz nicht ab oder wird das Einverständnis nach Satz 4 nicht erteilt, hat die Pflegekasse das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.“

Zur Begründung dieses ersten Änderungsvorschlags wird ausgeführt: Die geänderte Regelung verdeutlicht die Zielsetzung der Pflege-Pflichteinsätze und konkretisiert die damit verbundenen Pflichten. Die bisherige Formulierung führte zu „Missverständnissen“ hinsichtlich der Zielsetzung der Pflege-Pflichteinsätze und zu Umsetzungsproblemen.

Das Verfahren wird mit dem Änderungsvorschlag nunmehr klar(er) geregelt: Pflegebedürftige haben aus ihrem Pflegegeld den Pflege-Pflichteinsatz zu finanzieren. Es kann ein Pflegedienst nach eigener Wahl beauftragt werden. Die Höchstgrenzen für die Vergütung sollen „[...] sicherstellen, dass Pflegebedürftige nicht mit überhöhten Kosten belastet werden.“. Die Beträge sind im Hinblick auf die im Rahmen der Pflichteinsätze zu erbringenden Leistungen „[...] angemessen festgesetzt.“.

Die Mitteilung an Pflegekassen und Pflegebedürftige, zu der die Pflegedienste verpflichtet sind, „[...] sollte Hinweise über eine Veränderung des Pflegezustandes oder der Pflegesituation des Pflegebedürftigen enthalten sowie die Einschätzung des Pflegedienstes über mögliche Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation. Die Mitteilung ist nur mit Einverständnis des Pflegebedürftigen zulässig. Weist der Pflegebedürftige nicht nach, dass er den notwendigen Pflegeeinsatz abgerufen hat oder erteilt er dem Pflegedienst nicht den Auftrag zur Mitteilung an die zuständige Pflegekasse, wird das Pflegegeld gekürzt.“¹⁰⁶⁹

¹⁰⁶⁹ Siehe Hinweis in Fn. 1065.

Übersicht 9: Erste Änderung durch das 1. SGB XI-ÄndG - Änderungen des Ausschusses und Schlussfassung

Änderungsvorschlag des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung

Bundestags-Drucksache 13/4091 vom 13.03.1996, S. 7

Artikel 1 Nr. 13.

§ 37 wird wie folgt **geändert**:¹⁰⁷⁰

b) In Absatz 3 wird Satz 2 durch folgende Sätze ersetzt:

~~Satz 2 „Die Kosten des Pflegeeinsatzes werden dem Pflegebedürftigen von der Pflegekasse auf Nachweis unter Anrechnung auf das Pflegegeld erstattet.“~~

Satz 2 „Die Pflegeeinsätze dienen der Sicherung der **Qualität** der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und Beratung der häuslich Pflegenden.

Satz 3 Die Vergütung des Pflegeeinsatzes ist von dem Pflegebedürftigen zu tragen.

Satz 4 Sie beträgt in den Pflegestufen I und II **bis zu 30 Deutsche Mark** und in der Pflegestufe III **bis zu 50 Deutsche Mark**.

Satz 5 Die Pflegedienste haben mit Einverständnis des Pflegebedürftigen der zuständigen Pflegekasse die bei dem Pflegeeinsatz gewonnenen Erkenntnisse zur **Qualität** der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung mitzuteilen.

Satz 6 Die Spitzenverbände der Pflegekassen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung; **der Pflegebedürftige erhält vom Pflegedienst eine Durchschrift der Mitteilung**.

Satz 7 Ruft der Pflegebedürftige den Pflegeeinsatz nicht ab oder wird das Einverständnis nach Satz 4 nicht erteilt, hat die Pflegekasse das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen."

§ 37 Abs. 3 SGB XI in der ab 15.6.1996 geltenden Fassung

Bundesgesetzblatt, Teil I, vom 24.6.1996, S. 831

Satz 1 **Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Abs. 1 beziehen, sind verpflichtet,**

1. bei Pflegestufe I und II mindestens einmal halbjährlich,

2. bei Pflegestufe III mindestens einmal vierteljährlich einen Pflegeeinsatz durch eine Pflegeeinrichtung, mit der die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, abzurufen.

Artikel 1 Nr. 14.

§ 37 wird wie folgt **geändert**:

b) In Absatz 3 wird Satz 2 durch folgende Sätze ersetzt:

Satz 2 „**Die Pflegeeinsätze dienen der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und Beratung der häuslich Pflegenden.**

Satz 3 **Die Vergütung des Pflegeeinsatzes ist von dem Pflegebedürftigen zu tragen.**

Satz 4 **Sie beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 30 Deutsche Mark und in der Pflegestufe III bis zu 50 Deutsche Mark.**

Satz 5 **Die Pflegedienste haben mit Einverständnis des Pflegebedürftigen der zuständigen Pflegekasse die bei dem Pflegeeinsatz gewonnenen Erkenntnisse zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung mitzuteilen.**

Satz 6 **Die Spitzenverbände der Pflegekassen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung; der Pflegebedürftige erhält vom Pflegedienst eine Durchschrift der Mitteilung.**

Satz 7 **Ruft der Pflegebedürftige den Pflegeeinsatz nicht ab oder wird das Einverständnis nach Satz 4 nicht erteilt, hat die Pflegekasse das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.**"¹⁰⁷¹

Der Ausschuss **begründete** die in der Beschlussempfehlung von ihm vorgeschlagenen Änderungen¹⁰⁷² wie folgt:¹⁰⁷³

Zur Änderung im Satz 4: „Die Regelung verdeutlicht, dass es sich bei den im Gesetz vorgesehenen Vergütungsbeiträgen nicht um Fest-, sondern um Höchstbeträge handelt, die durch Vereinbarung unterschritten werden können. Damit wird mehr Wettbewerb in diesem Bereich ermöglicht.“¹⁰⁷⁴

Zur Änderung im Satz 6: „Durch die Änderung [...] soll dem legitimen Interesse der Pflegebedürftigen Rechnung getragen werden, von dem Inhalt der Mitteilung Kenntnis zu erhalten.“¹⁰⁷⁵

¹⁰⁷⁰ Änderungen der Ausschussempfehlungen gegenüber dem Entwurf sind **fett** gedruckt.

¹⁰⁷¹ Im Satz 7 fällt der fehlerhafte Verweis auf Satz 4 - statt zutreffenderweise auf Satz 5 - auf. Es handelt sich dabei um ein „redaktionelles Versehen“ (Udsching, S. 188).

¹⁰⁷² Bundestags-Drucksache 13/4091, S. 41 f.

¹⁰⁷³ Siehe Hinweis in Fn. 1065.

¹⁰⁷⁴ Bundestags-Drucksache 13/4091, S. 62.

¹⁰⁷⁵ Die Ausschussbefassung brachte nur diese geringfügige Änderungsvorschläge (wie markiert und ausgeführt). Im darauf folgenden Vermittlungsverfahren - Anrufung des Vermittlungsausschusses durch den

Übersicht 10: **Abgelehnter** Änderungsentwurf für ein 3. SGB XI-ÄndG der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und **Begründung**

Änderungsentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Bundestags-Drucksache 13/8681 vom 6.10.1997, S. 2	Begründung Bundestags-Drucksache 13/8681 vom 06.10.1997, S. 3
<p style="text-align: center;">Nr. 2</p> <p>In § 37 wird folgender Absatz 4 angefügt:</p> <p>"(4) Die Pflegekasse kann auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung von der Verpflichtung nach Absatz 3 Satz 1 befreien oder die hierin vorgesehenen Zeiträume für die Abrufung eines Pflegeeinsatzes angemessen verlängern, wenn anzunehmen ist, dass die Qualität der häuslichen Pflege auch ohne oder mit selteneren Pflegeeinsätzen gewährleistet ist."</p>	<p>In der Begründung dieses Änderungsvorschlags, der sich ausschließlich auf die Regelung der Pflegepflicht-einsätze bezieht, wird anerkannt, dass die Pflegeein-sätze der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und Beratung der häuslichen Pflegenden dienen sowie vielfach eine wert-volle Hilfe für die Gewährleistung der häuslichen Pflege sind.</p> <p>Es wird jedoch nach dem Sinn dieser Pflegeeinsätze gefragt, wenn eine selbständige Qualitätskontrolle durch die pflegebedürftige Person oder deren Angehö-rige möglich ist. Viele Pflegebedürftige empfinden die von ihnen selbst zu zahlenden Pflegeeinsätze als Ein-schränkung ihrer Selbstbestimmung, da sie der Weiter-gabe der hierbei gewonnenen Erkenntnisse an die Pflegekasse zustimmen müssen. „Insbesondere pfl-egebedürftige Behinderte empfinden diese Pflegeein-sätze als Eingriff in ihre Intimsphäre sowie als Miss-achtung ihrer Kompetenz, selbständig die Pflegequalität überprüfen zu können. Die Eltern behinderter pfl-egebedürftiger Kinder verstehen diese Pflegeeinsätze zudem oft als Misstrauen gegenüber ihrer täglichen Pflege.“</p> <p>Die vorgeschlagene Öffnungsklausel bietet die Mög-lichkeit „[...] in geeigneten Fällen von der Verpflichtung zum Abruf von Pflegeeinsätzen abzusehen um dem be-rechtigten Anliegen nach Selbstbestimmung Geltung zu verschaffen. [...] oder jedenfalls den Zeitraum, innerhalb derer regelmäßig Pflegeeinsätze abgerufen werden müssen, zu verlängern.“</p> <p>„Dies dient zugleich der Verwaltungsvereinfachung bei den Pflegekassen, die in den hierzu geeigneten Fällen die Abrufung der Pflegepflicht-einsätze nicht überwa-chen, diese nicht vergüten und die Vergütung nicht vom Pflegegeld abzuziehen brauchen.“</p> <p>Erforderlich bleibt aber “[...] dass die Qualität der häu-slichen Pflege auch bei einer Befreiung oder Lockerung der Verpflichtungen nach Absatz 3 gesichert ist und dies aufgrund festgestellter Tatsachen angenommen werden kann.“¹⁰⁷⁶</p>

Bundesrat (*Bundesrats-Drucksache 228/96*) - kam es zu keinen weiteren Änderungen (*Bundestags-Drucksache 13/4688*).

¹⁰⁷⁶ Dazu wurde ergänzend eine Erweiterung in § 17 Abs. 1 Satz 1 SGB XI vorgeschlagen, mittels der die Richtlinien der Pflegekassen auch Näheres zu der vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nach dem neuen § 37 Abs. 4 SGB XI (hierzu Nummer 2) möglichen Empfehlung bestimmen können, Betroffene von der Inanspruchnahme der Pflegepflicht-einsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI zu be-freien oder die Zeiträume, innerhalb derer die Einsätze abgerufen werden müssen, zu verlängern. Ins-besondere kann festgelegt werden, in welchen Fällen der MDK eine solche Empfehlung geben sollte (*Bundestags-Drucksache 13/8681, S. 2 f.*). Siehe Hinweis in *Fn. 1065*.

Übersicht 11: **Abgelehnter** Änderungsentwurf für ein 5. SGB XI-ÄndG der Fraktion SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und **Begründung**

Änderungsentwurf der Fraktionen SPD und
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Bundestags-Drucksache 13/9772 vom 4.2.1998, S. 3

Begründung
Bundestags-Drucksache 13/9772 vom 4.2.1998, S. 4

Artikel 1
In § 37 Abs. 3 Satz 3 werden die Wörter "von dem
Pflegebedürftigen" durch die Wörter "von der zuständi-
gen Pflegekasse" **ersetzt**.

Begründung: Mit der Übertragung der Finanzierung der Pflege-Pflichteinsätze auf die Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen „[...] soll eine höhere Akzeptanz der Pflege-Pflichteinsätze erreicht werden, die als Instrument der Kontrolle und **Qualitätssicherung** bei der häuslichen Pflege sowie zur Beratung und Hilfestellung der häuslich Pflegenden uneingeschränkt erhalten bleiben müssen.“. „Die bisherige Finanzierung der Pflege-Pflichteinsätze [...] durch den Pflegebedürftigen hat zu einer Verringerung des je nach Pflegestufe gewährten Pflegegeldes mindestens einmal halbjährlich bis zu 30 DM (Pflegestufe I und II) oder einmal vierteljährlich bis zu 50 DM (Pflegestufe III) geführt.“

„[...] Das Gesetz führt zu Mehrausgaben in der sozialen Pflegeversicherung in Höhe von rd. 70 Mio. DM und in der privaten Pflicht-Pflegeversicherung in Höhe von unter 5 Mio. DM jährlich. Gemessen am Gesamtvolumen der voraussichtlichen Ausgaben im Jahr 1997 von rd. 30 Mrd. DM sind die Mehrausgaben von so geringer Bedeutung, dass mittelbare Auswirkungen auf die Wirtschaft auch nicht zu erwarten sind. Vor diesem Hintergrund ist auch nicht mit Auswirkungen auf Einzelpreise sowie das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, zu rechnen. [...]“¹⁰⁷⁷

¹⁰⁷⁷ Siehe Hinweis in Fn. 1065.

Übersicht 12: *Zweite Änderung* durch das **4. SGB XI-ÄndG** - Entwurf, Begründung und Schlussfassung

Änderungsentwurf der Bundesregierung
Bundestags-Drucksache 14/580 vom 19.3.1999, S. 4

§ 37 Abs. 3 SGB XI in der ab 1.8.1999 geltenden Fassung
Bundesgesetzblatt, Teil I, vom 26.7.1999, S. 1656

Satz 1 **Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Abs. 1 beziehen, sind verpflichtet,**

1. bei Pflegestufe I und II mindestens einmal halbjährlich,

2. bei Pflegestufe III mindestens einmal vierteljährlich einen Pflegeeinsatz durch eine Pflegeeinrichtung, mit der die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, abzurufen.

Satz 2 **Die Pflegeeinsätze dienen der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und Beratung der häuslich Pflegenden.**

Artikel 1 Nr. 2

§ 37 wird wie folgt **geändert**:

Satz 3 **„Die Vergütung des Pflegeeinsatzes ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen Versicherungsunternehmen, zu tragen.**

Satz 4 **Sie beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 30 Deutsche Mark und in der Pflegestufe III bis zu 50 Deutsche Mark.**

Satz 5 **Die Pflegedienste haben mit Einverständnis des Pflegebedürftigen der zuständigen Pflegekasse die bei dem Pflegeeinsatz gewonnenen Erkenntnisse zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung mitzuteilen.**

Satz 6 **Die Spitzenverbände der Pflegekassen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung; der Pflegebedürftige erhält vom Pflegedienst eine Durchschrift der Mitteilung.**

Satz 7 **Ruft der Pflegebedürftige den Pflegeeinsatz nicht ab oder wird das Einverständnis nach Satz 4 nicht erteilt, hat die Pflegekasse das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.“¹⁰⁷⁹**

Nr. 2
§ 37 wird wie folgt **geändert**:¹⁰⁷⁸

b) In Absatz 3 Satz 3 werden die Wörter "von dem Pflegebedürftigen" durch die Wörter "von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen Versicherungsunternehmen," ersetzt.

Satz 3 ~~Die Vergütung des Pflegeeinsatzes ist von dem Pflegebedürftigen~~
von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen Versicherungsunternehmen,
zu tragen.

In ihrem ersten Gesetz zur Pflegeversicherung als 1998 neu gewählte Bundesregierung schlug die Koalition die Änderung¹⁰⁸⁰ somit erneut¹⁰⁸¹ vor und **begründete** diese in gleicher Weise mit der höheren Akzeptanz der Pflege-Pflichteinsätze die als Instrumente der Kontrolle und **Qualitätssicherung** bei der häuslichen Pflege sowie zur Beratung und Hilfestellung der häuslich Pflegenden uneingeschränkt erhalten bleiben müssen.¹⁰⁸² Die Mehrausgaben der Maßnahmen des 4. SGB XI-ÄndG insgesamt wurden nunmehr in der sozialen Pflegeversicherung mit rd. 260 Mio. DM und in der privaten Pflege-Pflichtversicherung in Höhe von unter 15 Mio. DM jährlich quantifiziert - bei konstatierten Gesamtausgaben im Jahr 1997 von rund 30 Mrd. DM.¹⁰⁸³

¹⁰⁷⁸ Markierungen: Die durch die Neufassung **wegfallenden**, **geänderten** und unveränderten Textstellen.

¹⁰⁷⁹ Der fehlerhafte Verweis wurde nicht berichtigt (vgl. *Fn. 1071*).

¹⁰⁸⁰ Der Ausschuss für Gesundheit empfahl diese Änderung unverändert zum Beschluss (*Bundestags-Drucksache 14/1203*, S. 4), die damit unverändert in dieser Form zum Gesetzesbeschluss gelangte (das 4. SGB XI-ÄndG musste kein Vermittlungsverfahren durchlaufen).

¹⁰⁸¹ Siehe zuvor *Übersicht 11*.

¹⁰⁸² *Bundestags-Drucksache 14/580*, S. 5.

¹⁰⁸³ *Ebd.*, S. 2.

Übersicht 13: Dritte Änderung durch das **PfIEG - Entwurf** und **Begründung**

Änderungsentwurf der Fraktionen SPD und
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Bundestags-Drucksache 14/6949 vom 24.9.2001, S. 4

Begründung

Bundestags-Drucksache 14/6949 vom 24.9.2001, S. 12-14

Artikel 1 Nr. 2

§ 37 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

Begründung für die Neufassung des gesamten Abs. 3 sowie der Anfügung von drei weiteren Absätzen 4 bis 6:

„(3) **Satz 1** Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben

1. bei Pflegestufe I und II einmal halbjährlich,

2. bei Pflegestufe III einmal vierteljährlich

eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht angestellte Pflegefachkraft abzurufen.

Satz 2 Die Beratung dient der Sicherung der **Qualität** der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden.

Satz 3 Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefeststellungsstellen.

Satz 4 Sie beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 16 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 26 Euro.

Satz 5 Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist, sind berechtigt, den Beratungseinsatz innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen.“

b) nach Absatz 3 werden folgende Absätze 4 bis 6 angefügt:

Satz 1 „(4) Die Pflegedienste sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefeststellungsstelle.

Satz 2 Die Spitzenverbände der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung.

Satz 3 Der beauftragte Pflegedienst hat dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt wer-

Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf, insbesondere jedoch deren pflegende Angehörige bedürfen in besonderer Weise der zusätzlichen Beratung und Hilfen im häuslichen Bereich, um den mit hohen physischen und psychischen Belastungen verbundenen Pflegealltag besser bewältigen zu können.

Der Pflegeeinsatz soll im Interesse aller Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen stärker als Beratungsbesuch ausgestaltet werden und durch die Vorgabe eines bundeseinheitlichen Standards eine **Qualifizierung** erfahren. Mit dem bisherigen Pflege-Pflichteinsatz werden die Möglichkeiten gezielter pflegefachlicher Beratung nicht im gewünschten Umfang genutzt, deswegen muss der Pflegeeinsatz von allen Beteiligten stärker als Beratungsbesuch begriffen und ausgestaltet werden.

Ein zu starker Kontrollcharakter des Pflegeeinsatzes wird nicht zuletzt durch das vom Pflegedienst an die zuständige Pflegekasse weiterzuleitende Formular bedingt, das die Rubrik „Pflege ist nicht gesichert“ enthält. Das Formular soll künftig stärker den Charakter einer Einsatzdokumentation bekommen. Es soll positiv aufgezählt werden, welche Vorschläge den Pflegebedürftigen und den pflegenden Angehörigen zur Erleichterung oder Verbesserung der Pflege gemacht wurden. „Aus diesem Bericht [...] können von der zuständigen Pflegekasse hinreichend Rückschlüsse gezogen werden, ob und gegebenenfalls welche Schritte im konkreten Einzelfall zu veranlassen sind.“

Zur **Qualifizierung** des Beratungsbesuchs sollen Empfehlungen zur qualitätsgesicherten Durchführung der Beratungsbesuche vereinbart werden. „Zur Qualitätssicherung gehört insbesondere, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie dem sich daraus ergebenden Hilfebedarf

Änderungsentwurf der Fraktionen SPD und
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Bundestags-Drucksache 14/6949 vom 24.9.2001, S. 4

den, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen.

Satz 4 Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird.

(5) Die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. beschließen gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen Empfehlungen zur **Qualitätssicherung** der Beratungsbesuche nach Absatz 3.

(6) Rufen Pflegebedürftige die Beratung nach Absatz 3 Satz 1 nicht ab, hat die Pflegekasse oder das private Versicherungsunternehmen das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.“

Begründung

Bundestags-Drucksache 14/6949 vom 24.9.2001, S. 12-14

des Pflegebedürftigen mitbringen. Zudem soll der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt werden. [...] Für die Hausbesuche bei demenziell erkrankten Pflegebedürftigen sollen möglichst Pflegefachkräfte mit gerontopsychiatrischer Zusatzausbildung eingesetzt werden. Sofern dies durch die zugelassenen Pflegedienste vor Ort nicht gewährleistet werden kann, können die Pflegekassen auch geeignete Pflegekräfte, die nicht Mitarbeiter zugelassener Pflegedienste sind, mit der Durchführung der Hausbesuche beauftragen. Allerdings dürfen diese Pflegekräfte nicht bei der Pflegekasse angestellt sein, um den Hausbesuchen nicht einen unerwünschten Kontrollcharakter zu geben.“

Mit der Neugestaltung des Pflegeeinsatzes bei Pflegegeldbeziehern kann in gewissem Umfang ein Case-Management sichergestellt werden, wenn regelmäßig zweckmäßige Optimierungen der Versorgungssituation im häuslichen Bereich und erforderliche weitergehende Hilfestellungen sowie Probleme in der täglichen Pflege und Betreuung besprochen werden.

Um die **Qualität** der häuslichen Pflege auch künftig zu sichern, können Bezieher von Pflegegeld auf einen Hausbesuch durch professionelle Pflegekräfte nicht verzichten. Die Qualifizierung dieser Beratungsbesuche Bereich ermöglicht, dass diese „[...] von den Betroffenen und ihren pflegenden Angehörigen stärker als bisher als eine Bereicherung ihres Pflegealltags erfahren werden können. [...]“¹⁰⁸⁴

Die im Entwurf vorgeschlagene Änderung der Vorschrift passierte den Ausschuss für Gesundheit unverändert.¹⁰⁸⁵

¹⁰⁸⁴ Siehe Hinweis in Fn. 1065.

¹⁰⁸⁵ Bundestags-Drucksache 14/7473, S. 6 f. .

Übersicht 14: *Dritte Änderung* durch das **PfIEG** - Hervorhebung der **Änderungen** durch die Neufassung und **geltende Fassung**

Änderungen durch das PfIEG gegenüber den seit 1.8.1999 (4. SGB XI-ÄndG) geltenden Regelungen Bundesgesetzblatt, Teil I, vom 20.12.2001, S. 3729

Artikel 1 Nr. 2

§ 37 wird wie folgt **geändert**:¹⁰⁸⁶

„(3) ~~Satz 1~~ **Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, sind verpflichtet haben**

1. bei Pflegestufe I und II ~~mindestens~~ **einmal** halbjährlich,
2. bei Pflegestufe III ~~mindestens~~ **einmal** vierteljährlich

~~einen Pflegeeinsatz~~ **eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit** durch eine ~~zugelassene~~ **zugelassene** Pflegeeinrichtung ~~,mit der die Pflegekasse einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht angestellte Pflegefachkraft abzurufen.~~

Satz 2 ~~Die Pflegeeinsätze dienen~~ **Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege** und der regelmäßigen Hilfestellung und ~~Beratung~~ **praktischen pflegfachlichen Unterstützung** der häuslich Pflegenden.

Satz 3 ~~Die Vergütung des Pflegeeinsatzes für die Beratung~~ **ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen.**

Satz 4 ~~Sie beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 30 Deutsche Mark 16 Euro~~¹⁰⁸⁷ **und in der Pflegestufe III bis zu 50 Deutsche Mark 26 Euro.**

Satz 5 **Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist, sind berechtigt, den Beratungseinsatz innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen.“**

„(4) ~~Satz 5 aus Abs. 3 Satz 1~~ **Die Pflegedienste sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Pflegeeinsatz-Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse zur Qualität der Pflegesituation und zur Notwendigkeit einer Verbesserung über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation**

§ 37 Abs. 3 SGB XI in der ab 1.1.2002 geltenden Fassung

Bundesgesetzblatt, Teil I, vom 20.12.2001, S. 3729

Artikel 1 Nr. 2

§ 37 wird wie folgt **geändert**:¹⁰⁸⁸

a) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) ~~Satz 1~~ **Pflegebedürftige, die Pflegegeld nach Absatz 1 beziehen, haben**

1. bei Pflegestufe I und II einmal halbjährlich,
 2. bei Pflegestufe III einmal vierteljährlich
- eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit** durch eine ~~zugelassene~~ **zugelassene** Pflegeeinrichtung ~~oder, sofern dies durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung vor Ort nicht gewährleistet werden kann, durch eine von der Pflegekasse beauftragte, jedoch von ihr nicht angestellte Pflegefachkraft abzurufen.~~

Satz 2 **Die Beratung dient der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege** und der regelmäßigen Hilfestellung und **praktischen pflegfachlichen Unterstützung** der häuslich Pflegenden.

Satz 3 **Die Vergütung für die Beratung ist von der zuständigen Pflegekasse, bei privat Pflegeversicherten von dem zuständigen privaten Versicherungsunternehmen zu tragen, im Fall der Beihilfeberechtigung anteilig von den Beihilfefestsetzungsstellen.**

Satz 4 **Sie beträgt in den Pflegestufen I und II bis zu 16 Euro und in der Pflegestufe III bis zu 26 Euro.**

Satz 5 **Pflegebedürftige, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nach § 45a festgestellt ist, sind berechtigt, den Beratungseinsatz innerhalb der in Satz 1 genannten Zeiträume zweimal in Anspruch zu nehmen.“**

b) nach Absatz 3 werden folgende Absätze 4 bis 6 angefügt:

Satz 1 **„(4) Die Pflegedienste sowie die beauftragten Pflegefachkräfte haben die Durchführung der Beratungseinsätze gegenüber der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen zu bestätigen sowie die bei dem Beratungsbesuch gewonnenen Erkenntnisse über die Möglichkeiten der Verbesserung der häuslichen Pflegesituation**

¹⁰⁸⁶ Markierungen: Die durch die Neufassung ~~wegfallenden~~, **geänderten** und unveränderten Textstellen.

¹⁰⁸⁷ Die Umstellung auf den Euro erfolgte bereits vorab mit dem „Gesetz zur Umstellung von Gesetzen und anderen Vorschriften auf dem Gebiet des Gesundheitswesens auf Euro (Achstes Euro-Einführungsgesetz)“ in Artikel 2 Nr. 3 b (ebd., S. 2703).

¹⁰⁸⁸ Markierungen: **Änderungen** durch die Neufassung.

Änderungen durch das PfIEG gegenüber den seit 1.8.1999 (4. SGBXI-ÄndG) geltenden Regelungen Bundesgesetzblatt, Teil I, vom 20.12.2001, S. 3729

tion dem Pflegebedürftigen und mit Einverständnis des Pflegebedürftigen dessen Einwilligung der zuständigen Pflegekasse **oder dem privaten Versicherungsunternehmen** mitzuteilen, **im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle.**

~~Satz 6 aus Abs. 3~~ Satz 2 Die Spitzenverbände der Pflegekassen **und die privaten Versicherungsunternehmen** stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung; ~~der Pflegebedürftige erhält vom Pflegedienst eine Durchschrift der Mitteilung.~~

Satz 3 **Der beauftragte Pflegedienst hat dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen.**

Satz 4 **Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird.**

(5) Die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. beschließen gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen **Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3.**

(6) ~~Satz 7 aus Abs. 3~~ **Rufen** der Pflegebedürftige den Pflegeeinsatz **die Beratung nach Absatz 3 Satz 1** nicht ab ~~oder wird das Einverständnis nach Satz 4 nicht erteilt~~, hat die Pflegekasse **oder das private Versicherungsunternehmen** das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.

§ 37 Abs. 3 SGB XI in der ab 1.1.2002 geltenden Fassung

Bundesgesetzblatt, Teil I, vom 20.12.2001, S. 3729

dem Pflegebedürftigen und mit dessen Einwilligung der Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen mitzuteilen, **im Fall der Beihilfeberechtigung auch der zuständigen Beihilfefestsetzungsstelle.**

Satz 2 **Die Spitzenverbände der Pflegekassen und die privaten Versicherungsunternehmen** stellen ihnen für diese Mitteilung ein einheitliches Formular zur Verfügung.

Satz 3 **Der beauftragte Pflegedienst hat dafür Sorge zu tragen, dass für einen Beratungsbesuch im häuslichen Bereich Pflegekräfte eingesetzt werden, die spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen.**

Satz 4 **Zudem soll bei der Planung für die Beratungsbesuche weitestgehend sichergestellt werden, dass der Beratungsbesuch bei einem Pflegebedürftigen möglichst auf Dauer von derselben Pflegekraft durchgeführt wird.**

(5) Die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. beschließen gemeinsam mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen **Empfehlungen zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche nach Absatz 3.**

(6) **Rufen** Pflegebedürftige **die Beratung nach Absatz 3 Satz 1** nicht ab, hat die Pflegekasse **oder das private Versicherungsunternehmen** das Pflegegeld angemessen zu kürzen und im Wiederholungsfall zu entziehen.“

1.6.4 Hohe Änderungsdynamik beim Pflegegeld

Bei der, über den gesamten Zeitverlauf seit Einführung, zahlenmäßig insgesamt doch geringen Zahl von Änderungsnovellen zur Pflegeversicherung, zeigt sich eine hohe Änderungsdynamik dieser Vorschrift. Die Regelung um das Pflegegeld wurde intensiv (weiter) entwickelt. Sie wurde fast bei jeder Novelle des Gesetzes geändert¹⁰⁸⁹ und dabei auch neu gefasst. Die Intensität, mit der die Pflegegeld-Vorschrift

¹⁰⁸⁹ So auch durch die in dieser Zusammenstellung nicht mehr berücksichtigten, jüngsten Änderungen durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegever-

befasst wurde, zeigt auch, wie stark sie immer wieder von Beginn an im Fokus des jeweiligen Regelungsgebers stand. Das ist mit Blick auf die konzeptionelle Bedeutung des Pflegegeldes für die Pflegeversicherung auch nicht so überraschend, zeigt sich daran doch die Philosophie sehr deutlich.¹⁰⁹⁰

Erkennbar ist im Verlauf der Änderungsentwicklung zunächst eine intensive Befassung bis zum endgültigen Beschluss über die Einführung der Pflegeversicherung in ihrer endgültigen Fassung. Dabei stand vor allem die Intervallregelung für die verpflichtende Inanspruchnahme des Pflegeeinsatzes in Rede - im Vergleich zur ursprünglich beabsichtigten Regelung wurden im Verlauf der Befassung längere Abstände empfohlen und in der endgültigen Fassung schließlich Intervalle beschlossen, die noch einmal deutlich verlängert waren (siehe *Übersicht 7* - gelbe Markierungen). Bereits in der ersten inhaltlichen und umfangreicheren Änderungsgesetzgebung durch das 1. SGB XI-ÄndG fanden vor allem Konkretisierungen und Richtigstellungen bzw. Klarstellungen ihren Weg in das Gesetz. Die ursprünglich zur Kontrolle der tatsächlich abgerufenen Pflichteinsätze und zur Sanktion bei Nichterfüllung lediglich in der Gesetzesbegründung - und nicht in der Vorschrift selbst - formulierten Handhabungen, wurden als klarer Gesetzesbefehl notiert (Nachweis des Pflegeeinsatzes und Kürzung des Pflegegeldes bei fehlendem bzw. nicht erfolgten Nachweis). Außerdem wurde die - absichtlich oder unabsichtlich - missverständlich bzw. unklar formulierte Kostentragung für den Pflegeeinsatz eindeutig gefasst. Damit war der gesetzgeberische Wille auch im Gesetz eindeutig lesbar formuliert, wonach die Pflegebedürftigen den Pflegeeinsatz allein zu finanzieren haben - auch der Kostenrahmen dafür wurde festgelegt (*Übersicht 8*, *Übersicht 9*). Die Änderungsinitiativen der Opposition, bei sichergestellter Qualität auf die Pflichteinsätze verzichten zu können bzw. diese gänzlich auszusetzen (*Übersicht 10*) sowie die Verlagerung der Kostentragung für die Pflichteinsätze zu Gunsten der Pflegebedürftigen (*Übersicht 11*) blieben zunächst (noch) fruchtlos bzw. wurden abgelehnt. Während der erste Vorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN nach dem Wechsel in die Regierungsverantwortung von der Rot-Grünen Bundesregierung nicht wieder aufgegriffen wurde, wurde der seinerzeitige gemeinsame Vorschlag der Fraktionen von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mit dem 4. SGB XI-ÄndG als dem ersten Änderungsge-

sicherung, S. 879 f.) zum 1.7.2008. Bis dahin war die ab 1.1.2002 geltende Neufassung der Vorschrift - wie zuvor in *Übersicht 14* dokumentiert - unverändert gültig.

setz dieser neuen Regierung zur Pflegeversicherung beschlossen. Die Kosten für die unverändert verpflichtenden Pflegepflichtleistungen sind seitdem von den Pflegekassen und - bei privat Pflegeversicherten - von den Versicherungsunternehmen zu tragen (*Übersicht 12*).

Mit dem PfLEG schließlich erfolgte die - bis dato - letzte Änderung dieser Vorschrift zum 1.1.2002 (*Übersicht 14*). In erheblichem textlichen Umfang wurden Änderungen und Ergänzungen als Neufassung vorgenommen, mit denen vor allem der Wandel vom kontrollierenden Pflichtleistung zum unterstützenden Beratungsbesuch vollzogen werden sollte. Dazu gehörte auch, fortan einen bundeseinheitlichen Standard für die Qualitätssicherung der Beratungsbesuche einzuführen. Mit der Neugestaltung des Pflegeeinsatzes kann lt. Gesetzesbegründung auch die Einführung eines Case-Managements bei Pflegegeldbeziehern „in gewissem Umfang“ umgesetzt werden (*Übersicht 13*). Zusätzlich wurden mit den Änderungen auch die privaten Versicherungsunternehmen stärker und verbindlicher in das Regelungsgeschehen eingebunden (*Übersicht 14*).

Insgesamt nimmt der Text der Vorschrift im Verlauf der Änderungsgesetzgebung dem Umfang und auch dem Inhalt nach deutlich zu. Aus ursprünglich nur zwei Sätzen wurden mit der ausführlicheren Fassung durch das 1. SGB XI-ÄndG bereits sieben Sätze. Eine weitere deutliche Zunahme des Textes und des Regelungsgehaltes erfuhr die Vorschrift knapp sechs Jahre später durch die Neufassung des gesamten Absatzes drei sowie der Anfügung der drei weiteren Absätze vier bis sechs durch das PfLEG. Sichtbar ist, dass der Text der Vorschrift laufend weiter und feiner gefasst wurde. Das ist ein durchaus üblicher Vorgang bei einem ganz neuen Gesetz, dessen Einzelvorschriften im Laufe der Zeit und anhand der Erfordernisse der praktischen Umsetzung zu detaillieren sind. Bei dieser Vorschrift kommt aber hinzu, auch das ist gut ablesbar, dass die Änderungen - neben dem eher technischen Änderungsbedarf - auch stark wirkenden Gestaltungsinitiativen entsprachen.

Zugleich zeigt sich in diesem - nicht über den Versorgungsvertrag geregelten - Bereich auch die Sensibilität, die der „Funktionalität“ zugemessen wird. Da nicht auf die vertragliche Regelungssphäre zurückgegriffen werden kann, ist ein stärker hoheitlich-gesetzlich geprägter, Normen gebietender und verbindlicher Kontrollrahmen von Be-

¹⁰⁹⁰ Siehe dazu den Hinweis in *Fn. 1056 (Seite 280)*.

ginn an gesteckt worden. Dieser war - in Ermangelung der Möglichkeit präzisierender oder konkretisierender vertraglicher Feingestaltung - an Ort und Stelle im Gesetz weiter zu entwickeln. Dort musste alles umfassend und abschließend geregelt sein bzw. werden. Das zeigt sich sehr deutlich bereits an dem anfänglichen Hin und Her zur festzulegenden Häufigkeit der Pflichteinsätze sowie an der seinerzeit umständlich-unklar gefassten Kostentragungsregelung, welche erst nach und nach und nur langsam zu einem klareren Kostenbekenntnis wandelte und erst viel später - durch eine klare Änderungsinitiative - in die Kostenverantwortlichkeit der Kassen bzw. privaten Krankenversicherungsunternehmen gestellt wurde.

Bei den Änderungen lässt sich auch eine pfadtreue Weiterentwicklung ablesen. Die Regelung(en) wurde(n) nicht vollständig geändert und neu gefasst, sondern es wurde auf dem bestehenden Regularium aufgebaut, daran angeknüpft ergänzt und geändert. Dabei ist insbesondere auch bemerkenswert, dass die vor Übernahme der Regierungsverantwortlichkeit von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN formulierten Änderungen der Opposition bereits zu dem Zeitpunkt an der bestehenden Regelung orientiert waren. Auch in der neuen Funktion als Regierungskoalition wurde - quasi in „doppelter Pfadtreue“ - an die eigenen Vorschläge angeknüpft und dabei in der (neuen) Verantwortlichkeit mit den gefassten Beschlüsse ebenso pfadtreu („Bewährtes bleibt“) weiter verfahren. Insbesondere wurde die sich bietende Gelegenheit nicht genutzt, grundsätzliche Änderungen durchzusetzen. Hinsichtlich des erforderlichen Mitteleinsatzes blieben die tatsächlichen Regierungsvorschläge auch hinter dem Möglichen - und zuvor auch so Vorgeschlagenem - zurück. Es wurden lediglich in der Anfangsphase der Rot-Grünen Regierungskoalition Wahlversprechen eingelöst. Später erfolgte dann - bis auf die Änderungsinitiative mit dem PfIEG zum Ende der Legislatur und zur anstehenden Neuwahl (Übergang von der Gestaltungs- zur Verhandlungsphase) - keine Gestaltungsinitiative mehr.

Auch über den Gesamtverlauf zeigt der Blick auf die erfolgten Änderungen diese Handlungslogik auf, grundsätzlich alles beim Bestehenden zu belassen: Die Änderung mit dem 1. SGB XI-ÄndG diente lediglich redaktionellen Erfordernissen, sie war nicht inhaltlich gestaltend ausgerichtet, wie die Text- und Inhaltsanalyse ergibt. Die Ursprünge der Regelung wurden beibehalten und der Regelungsgehalt blieb (unverändert). Gleiches gilt ähnlich für die Änderung mit dem 4. SGB XI-ÄndG insoweit als, bis auf die Änderung der Kostentragung, keine Modifizierungen vorgenommen wur-

den und damit die bestehende Regelung der Vorgängerregierung, also quasi die Urfassung der Vorschrift, noch fast vier weitere Jahre unverändert weiter Bestand hatte. Hingegen lässt sich für das PfIEG konstatieren, dass es sich mit den dort vorgenommenen Änderungen um inhaltliche Änderungen handelte, die gestalterisch motiviert waren und so auch in die Gesetzesänderung Eingang fanden bzw. umgesetzt wurden. Mit den Änderungen durch das PfIEG wurde - immer noch ausgehend von einem pfadtreu beibehaltenen Regelungssockel - sichtbar die Umsetzung eines gewandelten Verständnisses hinsichtlich des Pflegeeinsatzes bei der ehrenamtlichen häuslichen Pflege initiiert.

Nicht zuletzt lässt sich an den Übersichten ebenfalls gut ablesen, dass der Begriff der Qualität (grüne Markierungen) in der Vorschrift präsenter wird. Im Verlauf der vorgeschlagenen und umgesetzten Änderungen wird der Qualität in der ehrenamtlichen Pflege mehr Aufmerksamkeit gewidmet. Deutlich ist sichtbar, wie der Qualitätsbegriff immer weiter ausgeführt wird und sowohl in der Bedeutung als auch im Umfang zunimmt, einen größeren Teil der Regelung umfasst und auch bei den Begründungen mehr Raum greift. Das PfIEG zeigt sich hierbei als „Revision“ mit einer weitgehenden Neugestaltung bestehender Elemente sowie Ergänzungen zur Qualität.

Obwohl im Zuge des PQsG und durch das PQsG selbst keine Änderungen zum Pflegegeld erfolgten, zeigt sich im Verlauf deutlich der Bedeutungswandel vom „Pflegepflichteneinsatz“ zum „unterstützenden Beratungseinsatz“ - wenn auch vom Duktus immer noch kontrollierend. Dies deutete sich bereits im Zweiten Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung¹⁰⁹¹ im Frühjahr 2001 an. Die schließlich mit dem PfIEG nur wenig später im Gefolge des PQsG gefassten Regelungen „schließen“ diese Klammer. Offenbar sollte in dem bereits laufenden Verfahren des PQsG nicht unnötig eine weitere Änderung eingebracht werden und wurde deshalb - wenig später - „nachgelegt“.¹⁰⁹²

1.7 Fazit: Die Mechanik der Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung

Die seit Einführung der Pflegeversicherung unverändert beibehaltenen Regelungen

¹⁰⁹¹ Bundestags-Drucksache 14/5590.

¹⁰⁹² Die Hinweise auf den vom PQsG völlig unberücksichtigten Bereich der Qualität in der ehrenamtlichen Pflege erhielten das Ministerium und die Regierung erst nach erstmaliger Präsentation des Referentenentwurfs (siehe dazu in diesem Kapitel unter 2.2.5 *Kritik und Positionen der Verbände*, Seite 333). Auch „passten“ die vorgesehenen Änderungen besser in das Konzept des auf (bescheidene) Leistungsausweitung und -verbesserung gerichteten PfIEG - nunmehr schon mit Blick auf das bereits bevorstehende Ende der Legislaturperiode und die wieder anstehenden Bundestagswahlen.

zur Qualität zeigen sich weitgehend unsystematisch und weisen auf die geringe Bedeutung hin, die diesem Bereich - bis zur Änderungsinitiative mit dem PQsG - zugemessen wurde. Während einerseits Qualität über allgemeine Bestimmungen als genereller Grundsatz in der Pflegeversicherung normiert wird und dabei ausdrücklich keine Definition der Pflegequalität erfolgt, delegiert das Gesetz andererseits deren Konkretisierung an die zur Versorgung verpflichteten Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen (Verantwortlichkeitstrias). Die Realisierung der Pflegequalität erfolgt anhand gesetzlicher Rahmenvergaben mit den Versorgungsverträgen, die die Basis für das Leistungshandeln bilden.

Die geltenden Regelungen der Pflegeversicherung zur Qualität der pflegerischen Versorgung wurden fast ausschließlich für die „Vertragssphäre“ konzipiert und sind auf die Wahrung von Mindeststandards ausgerichtet, um die quantitative Verfügbarkeit geeigneter Pflegeangebote zu gewährleisten. Dies gilt insbesondere für den stationären Bereich. In dieser Regelungslogik sieht das Gesetz daher lediglich Maßnahmen zur Abwehr gefährdender Pflegeeinrichtungen vor, die zudem hinsichtlich ihrer Umsetzungswirksamkeit deutlich eingeschränkt sind. „Kundenzufriedenheit“ oder andere nachfragerrelevante Orientierungen spielen im Qualitätssicherungssystem der Pflegeversicherung keine Rolle.

1.7.1 Die drei Ebenen der Qualitätssicherung

Trotz vieler Fundstellen im Gesetz bleibt der Kern der gleichzeitig durchgängig geforderten „Pflegequalität“ unkonkretisiert und ungenau. Um die bestehenden Qualitätssicherungsregelungen der Pflegeversicherung zu operationalisieren, lassen sich diese in drei Ebenen der Qualitätssicherung strukturieren:

Die Basis bilden dabei auf der ersten Ebene die *Qualitätsregelungen*, die sich hinsichtlich ihrer Ausrichtung wiederum in drei Kategorien unterteilen lassen. Zunächst finden sich allgemeine, die Beschaffenheit der Leistungen spezifizierende Grundnormen, die „*unadressiert*“ sind. Als „*allgemein adressierte*“ Qualitätsregeln richten sich die Obliegenheiten für das Leistungsgeschehen an die Zuständigen im Rahmen der Verantwortlichkeitstrias und darüber hinaus. „*Konkret adressiert*“ sind schließlich die Regelungen, mit denen das Leistungshandeln von Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen konkret normiert wird.

Auf der zweiten Ebene der Qualitätssicherung lassen sich die Regelungen zur *Kontrolle der Qualitätsregelungen* der Pflegeversicherung danach zusammenfassen, was

in welcher Weise von wem zu kontrollieren ist. Die dritte Ebene umfasst die *Sanktionsregelungen* bei Nichteinhaltung der Qualitätsregeln.

Die Regelungsdetails dieser *drei Ebenen der Qualitätssicherung* der Pflegeversicherung sind nach Art, Umfang und Adressaten sowie den jeweiligen Rechtsgrundlagen im abschließenden Teil dieses Kapitels zusammengefasst. Die dort mit den nach diesen Ebenen gegliederten Übersichten entwickelte „Qualitätsmatrix“ bildet die Grundlage, um die Änderungen durch das PQsG insgesamt nachzuvollziehen und so einen Gesamtüberblick über die geltenden Regelungen zur Qualitätssicherung zu ermöglichen.¹⁰⁹³

1.7.2 Defizite der Qualitätssicherungssysteme

Die immanenten Qualitätsregeln des SGB XI, die gleichsam einem „Gesetz im Gesetz“ als durchgehend geltendes Gebot qualitativer Leistungsgewährung gestaltet wurden, beziehen sich durchaus ambitioniert auch auf mehr als ein Mindestmaß und die Verhinderung von schweren Mängeln. Die gebotene laufende Fortentwicklung, wonach die Leistungen bzw. die Pflege „dem jeweils anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Entwicklung entsprechen“ müssen, ist eine innovative Vorgabe, mit der ein dynamischer Prozess des sich ändernden Pflegewissens anerkannt und einbezogen wird. Auch die bereits in der Gesetzesbegründung explizierte „aktivierende Pflege“ als bindende Vorschrift unterstreicht diesen fortschrittlichen Ansatz. Nicht zuletzt sind auch die zahlreichen adressierten Qualitätsregeln geeignet, um auf dieser (ersten) Ebene ein wirksames Konzept für die Qualität der Pflege in der Pflegeversicherung zu realisieren.

Allerdings werden diese engagierten und wohlklingenden Vorgaben bereits innerhalb dieser Ebene auf „das Maß des Notwendigen“ reduziert. So wird das Gebot qualitativer Pflege faktisch auf das „im Rahmen des Budgets Mögliche“ begrenzt. Angesichts weitgehend pauschalierter Leistungshöhen, die nicht veränderbar sind, erscheint der Hinweis darauf, dass keine darüber hinausgehenden Leistungen erbracht werden sollen,¹⁰⁹⁴ zunächst obsolet. Dennoch ist er an dieser Stelle und in diesem Kontext bemerkenswert, weist er doch mit diesem „Übermaßverbot“ auf die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung als vorrangigem Maßstab für den pflegerischen Standard

¹⁰⁹³ Siehe *Übersicht 15 bis Übersicht 17* unter 4.1 Die „Qualitätsmatrix“ der Pflegeversicherung und ihre Erweiterung durch das PQsG auf den Seiten 370 bis 376.

¹⁰⁹⁴ Siehe dazu *Fn. 973 (Seite 276)*.

hin. Gänzlich im Widerspruch zu den ambitionierten Normen geraten die Qualitätsregeln der Pflegeversicherung durch die Regelungen zur Sicherung und Durchsetzung der so vorgegebenen Qualität der Pflege. Die Sicherung der Qualität wurde offensichtlich nur in einem Maße für erforderlich gehalten, das allenfalls auf die Verhinderung besonderer, deutlich die Mindeststandards unterschreitender Missstände gerichtet ist.

Ohne regelmäßige Kontrollen bleibt die Einhaltung der Qualitätsvorgaben, sowohl der gesetzlichen als auch der vertraglich vereinbarten Mindeststandards, beliebig. Die obligatorisch nur „anlassbezogen“ vorgesehene Kontrolle ist hinsichtlich dieses „Anlasses“ unbestimmt. Ohne weitere Konkretisierung wird somit lediglich eine „Aufälligkeitsgrenze“ markiert, an der die Pflegekasse die Prüfung der Pflegeeinrichtung einzuleiten hat. Mit diesem weitgehend unregelmäßigen Verfahren - ohne eine verpflichtende regelmäßige und alle Pflegeeinrichtungen umfassende „Qualitätskontrolle“ - blieb als einziges Mess- und Bewertungsinstrument für die Qualität der pflegerischen Tätigkeit in den Einrichtungen die interne Arbeitsanweisung des für die praktische Prüftätigkeit vor Ort zuständigen Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.

Mit der als Sanktionsregelung einzig vorgesehenen Kündigungsmöglichkeit wird auf ein abgestuftes, vertragsstrafliches Verfahren - wie es eigentlich für die in der „Vertragssphäre“ angelegten Regelungen naheliegend gewesen wäre - verzichtet. Vor allem aber wurde auch die Möglichkeit positiver Sanktionen ausgeschlossen. Damit fehlt es an einer wirksamen Steuerungsmöglichkeit zur Durchsetzung der Qualitätsnormen.

Aber selbst die Kündigung als „Letztsanktion“ ist überaus schwach ausgestaltet: Auch wenn es nach Beachtung aller Voraussetzungen (Anhörung, ausgebliebene Nachbesserung) tatsächlich und rechtswirksam zu einer solchen Kündigung kommen sollte, führt dies bei einer fristgerechten Kündigung frühestens nach einem Jahr zum Ende des Versorgungsvertrages. Die Pflegeeinrichtungen sind vertraglich gebunden und kraft Versorgungsvertrag verpflichtet, ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen. Kommen sie dem „hartnäckig“ nicht in dem gebotenen Umfang nach (konsequente Unterschreitung des Mindeststandards), droht ihnen maximal das Ende der Abrechnungsmöglichkeit. Natürlich ist es eine empfindliche Einschränkung,¹⁰⁹⁵ wenn ein

¹⁰⁹⁵ So der Hinweis in der seinerzeitigen Gesetzesbegründung (*Bundestags-Drucksache 12/5262*, S. 138).

Träger seinen entscheidenden Zugangsstatus verliert, doch er musste nach einem derart notwendig gewordenen bzw. verursachten Kündigungsverfahren noch nicht einmal für die entstandenen Kosten einstehen, die sich u.a. durch die erforderliche Vermittlung der Pflegebedürftigen an geeignete Pflegeeinrichtungen ergeben. Der „vertragsverletzende“ Träger muss auch kein Bußgeld zahlen und wird noch nicht einmal an den Kosten des von ihm verursachten aufwendigen Verwaltungsverfahrens beteiligt. Die Beendigung des Versorgungsvertrages durch Kündigung bewirkt keinen dauerhaften Ausschluss. Grundsätzlich besteht nach der Kündigung die Möglichkeit, einen (neuen) Versorgungsvertrag abzuschließen - bei (wieder) vorliegenden Voraussetzungen hat der Träger darauf sogar (wieder) einen Anspruch.

Überdies stellt die Kündigung lediglich eine Option dar und ist als „Kann-Regelung“ in das Ermessen der Landesverbände gestellt. Das Gesetz selbst gebietet keine Handlungspflicht, selbst bei schwerwiegenden Verstößen nicht. Geradezu befremdlich mutet es an, wenn sogar die im Falle des Entzugs der Betriebserlaubnis eigentlich zwingende, sofortige Beendigung des Versorgungsvertrages in den Sanktionsregularien der Pflegeversicherung lediglich als Option („Kann-Regelung“) vorgesehen ist. Keineswegs führen der Verlust der Konzession oder die Einstellung des Betriebes zwingend oder automatisch zum Wegfall der Zulassungsvoraussetzungen in der Pflegeversicherung.

Insgesamt zeigt sich auf den Ebenen der Qualitätssicherung eine abnehmende Regelungsintensität und Wirkung. Die Kontroll- und Sanktionsregelungen stehen im Widerspruch zu den umfangreichen Qualitätsregeln der Pflegeversicherung und bleiben deutlich hinter diesen zurück. Das Qualitätssicherungssystem ist damit insgesamt daran orientiert, ein Niveau der Mindeststandards sicherzustellen - geprägt von der Notwendigkeit, vor allem eine funktionsfähige Infrastruktur sicherzustellen. Unter der Maxime, dass eine unter Qualitätsaspekten auf einem unteren Mindestniveau gesicherte und realisierte pflegerische Versorgung besser ist als gar keine pflegerische Infrastruktur, wird mit der „Letztsanktion“ lediglich „pflichtgemäß“ eine Reaktionsmöglichkeit auf „Extremfälle“ geschaffen. Die bestehenden und auffällig gewordenen Missstände - die die Spitze des Eisbergs darstellen - wären ansonsten nicht möglich und erklärbar.

Für die schwierige Phase, in der die Versorgung bei Einführung der Pflegeversiche-

rung flächendeckend zu realisieren war, erscheint eine solche Handhabung noch nachvollziehbar. Mit der Einführung der stationären Leistungen, spätestens jedoch nach der Anlaufphase ist kritisch zu konstatieren, dass die notwendige Weiterentwicklung des Qualitätssicherungssystems der Pflegeversicherung unterblieb, nachdem sich eine pflegerische Infrastruktur im Sinne des von der Pflegeversicherung verordneten, materiellen Pflegevertragsrechts etabliert hat. Die einschlägigen Vorschriften blieben unverändert, obwohl die Optionen für eine leistungentsprechende Fortentwicklung der Qualitätssicherung im SGB XI angelegt (Richtlinien, Ersatzvorbehalte ministerieller Weisungen) sind.

Es bleibt ein Qualitätssicherungssystem, in dem die „erforderliche Qualität“ - und damit die vom Gesetz geforderte Qualität - als gegeben postuliert wird, wenn die Pflege über die Versorgungsverträge von leistungsfähigen und wirtschaftlich arbeitenden Einrichtungen übernommen wird.

Der Hinweis auf die Menschenwürde¹⁰⁹⁶ - mehrfach im Gesetz und in der Begründung - als Standard für die Pflege verunsichert und beunruhigt geradezu. Denn die Menschenwürde ist nicht weniger als selbstverständliche Grundprämisse allen Handelns, die allein schon aus der Verfassung resultiert. Die Verantwortlichen waren sich seinerzeit offenbar darüber bewusst, dass sie mit den nicht wirksam gestalteten Qualitätssicherungsregelungen - gekennzeichnet durch beliebige Kontrolle und fehlende Durchsetzungswirkung -, vornehmlich einem verknüpften Budget gehorchend, letztlich die Gefahr setzen, dass die formulierten „Pflegeanforderungen“ nicht in der vom Gesetz geforderten Weise umgesetzt werden würden. Die wiederholte Nennung lässt sich als Versuch deuten, implizit der Situation zu begegnen, dass die so leistungsgesetzliche Verfasstheit einer Pflegeversicherung menschenunwürdige Verhältnisse in der Pflege nicht abwenden kann.

1.7.3 Der „Sonderbereich“ der ehrenamtlichen Pflege

Die ehrenamtlich geleistete häusliche Pflege, in der die weitaus überwiegende Zahl der Pflegebedürftigen versorgt werden, ist hinsichtlich der Qualitätsregularien in der Pflegeversicherung eigenständig geregelt und bildet einen eigenen, von den in der „Vertragssphäre“ geregelten Qualitätsnormen unabhängigen Bereich.

Die Regelungsintensität und -verbindlichkeit auf den drei Ebenen der Qualitätssiche-

¹⁰⁹⁶ Siehe dazu Fn. 974 (Seite 276).

rung ist in der Sphäre der ehrenamtlichen Pflege in genau umgekehrter Reihenfolge verteilt. Bis zu den Änderungen durch das PfIEG fand sich auf der ersten Ebene („Qualitätsregelungen“) keinerlei weitergehende Vorgabe für die Qualität der Pflegehandlungen. Allenfalls gelten mit der einzigen Vorgabe der in „geeigneter Weise“ selbst sichergestellten bzw. sicherzustellenden Pflege die allgemeinen und unadressierten Grundlagen der Pflegeversicherung. Der sogenannte „Pflegepflichteneinsatz“ ist kontrollierend darauf ausgerichtet, Defizite zu erkennen und durch Beratung oder Hilfestellung die häusliche Pflege weiter zu ermöglichen und stationäre Leistungen abzuwenden. Dies hat auch regelmäßig stattzufinden. Die Wiederholungsbegutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ergänzen die so verbindlich geregelte Sicherung der Qualität (2. Ebene „Qualitätssicherung durch Kontrolle“). Zur Einhaltung dieses verbindlichen Verfahrens wird der unterbliebene - nicht nachgewiesene - Pflegepflichteneinsatz mit der Kürzung des Pflegegeldes bis hin zu dessen gänzlichen Wegfall sanktioniert (3. Ebene „Sanktionen“).

Im Bereich der ehrenamtlichen Pflege wurde - bis zu den Änderungen durch das PfIEG - von dem Verständnis ausgegangen, dass die Qualität durch den Pflegepflichteneinsatz entsteht. An den Regelungen zur ehrenamtlich geleisteten Pflege und zum Pflegegeld werden im Vergleich zu den vertraglich begründeten Pflegeleistungen die Logiken der Qualitätssicherung des SGB XI offenbar. Anders als dort, werden beim Pflegegeld sehr intensiv die Mindeststandards der Pflege abgesichert. Durch den verbindlich-obligatorischen Prüfeinsatz mit entsprechender Sanktionierung für den Fall, dass dieser nicht wie vorgeschrieben abgerufen wird, finden sich im Vergleich zu den vertraglich regulierten, auf dem jeweiligen Versorgungsvertrag beruhenden Pflegeleistungen beim Pflegegeld ungleich stärkere Steuerungselemente.

Was in dem auf vertraglichen Grundlagen beruhenden Pflegehandeln zwischen Sicherstellenden und Versorgenden (Pflegekasse und Pflegeeinrichtung) nicht vorgesehen war - bzw. diesen vertragsschließenden Parteien selbst zur Regelung überlassen wurde - findet beim Pflegegeld statt: Jeder Gepflegte ist verpflichtet, bis zur Änderung der einschlägigen Vorschrift mit Wirkung zum 1.8.1999 sogar auf eigene Kosten, den Pflegepflichteneinsatz (zu Kontrollzwecken und zugleich zur Wahrung der Mindeststandards professioneller Pflege) abzurufen - so die Ursprungskonzeption

der Regelung.¹⁰⁹⁷ Und es wurde ein ausführliches Kontrollverfahren (Bestätigung über stattgefundenen Pflichteinsatz an die Pflegekasse) vorgegeben. Ebenso eindeutig wurde als Sanktion normiert, dass im Falle der Nichterfüllung (Pflegepflichteseinsatz wird nicht „abgerufen“) der Leistungsbezug gemindert bzw. gänzlich versagt wird. Solch eine Handhabung wäre für die „pflichtwidrigen“ Vertragspartner („Vertragssphäre“) in gleicher Weise gestaltbar gewesen. Statt dessen blieb dort das Verfahren im Gesetz unreguliert, um im Detail von den Ausführenden ausgehandelt zu werden. Lediglich für den Fall der Unterschreitung - soweit erkannt - der Mindeststandards geben die Normen (auch nur) die Möglichkeit vor, die als unhaltbar erkannten Zustände abstellen zu können. Innerhalb der Vertragssphäre wurde keine obligatorische Pflichtkontrolle vorgesehen (was beim Pflegegeld der Beratungseinsatz wäre bei Pflegeeinrichtungen ein regelmäßig-obligatorischer Kontrollbesuch durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung). Auch war kein Entzug oder Minderung der Leistungen bzw. der Vergütung bei Nichterfüllung der Kontrollobligationen vorgesehen.

2 Politikformulierung und Handlungsprogramm

Das weitgehend unwirksam ausgestaltete Qualitätssicherungssystem der Pflegeversicherung, das auch seit Einführung der stationären Leistungen im Jahr 1996 nicht weiterentwickelt wurde, war wenig geeignet, um die Missstände in der pflegerischen Versorgung zu vermeiden. Die zunehmend publik gemachten Mängel in der Pflege bildeten den Ausgangspunkt für die mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) initiierte Handlungs- und Gestaltungsinitiative.

2.1 Problemwahrnehmung

Durch die bis dato vorgenommenen Prüfungen zur Qualitätssicherung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung wurden anhand dieser Erkenntnisbasis die Mängel in der Pflege und die entsprechenden Berichte darüber bestätigt. Dies konstatierte so auch die neu gewählte Regierungskoalition und nahm die Hinweise auf. Zwar könnten Einrichtungen durchaus sogar einen hohen Standard bei der Qualitätssicherung in der Pflege vorweisen, überwiegend bestehen jedoch Defizite. Diese wurden durch die Pflegeversicherung stärker sichtbar. Als Mängel wurden gerügt:

¹⁰⁹⁷ Die sich dann wandelte - siehe in diesem Kapitel zuvor unter 1.6.3 *Wandlung vom kontrollierenden Pflege-Pflichteseinsatz zum unterstützenden Beratungseinsatz* (ab Seite 294) sowie die dazugehörigen Übersichten (ab Seite 295).

1098

- Pflegekonzepte werden mangelhaft umgesetzt;
- keine aktivierende, auf Ressourcen und Potentiale der Pflegebedürftigen abgestimmte Pflege;
- unbefriedigende Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkräfte - kein aktuelles pflegefachliches Wissen.
- Als besondere Problembereiche wurden benannt: Dekubitusprophylaxe und -therapie, Inkontinenzversorgung, Umgang mit Medikamenten, Defizite bei Ernährung und Flüssigkeitsversorgung.

Erschreckend auch der Befund, dass ein erheblicher Teil¹⁰⁹⁹ der - geprüften - Einrichtungen¹¹⁰⁰ überhaupt nicht die vom SGB XI geforderten Mindeststandards erreichte und etwaige qualitätsgerechte Versorgung nicht leistete, geschweige denn für entsprechende Verbesserungsmaßnahmen zugänglich war. Diese Einrichtungen stellen für die Pflegebedürftigen eine unmittelbare Gefahr dar.¹¹⁰¹

Ursachen für die Defizite - so das Fazit - wurden im Management- und Leitungsbe-
reich der Einrichtungen gesehen sowie beim Qualifikationsniveau der Pflegenden
bzw. bei der Personalausstattung.¹¹⁰² Vielfach bestehe ein unzureichendes internes
Qualitätsmanagement, das erst noch am Anfang stehe.¹¹⁰³ Die Qualitätsprüfung und
Kontrolle der Pflegeeinrichtungen ist nicht durchgängig sichergestellt.¹¹⁰⁴ Zudem er-
folgt die Mehrzahl der ambulant erbrachten Leistungen außerhalb des SGB XI und ist
damit Prüfungen nicht zugänglich. Ebenfalls ungeprüft blieben teilstationäre Einrich-
tungen (von denen es ohnehin nur wenige gibt), da der Schwerpunkt der Prüftätigkeit
eindeutig im vollstationären Bereich liegt.¹¹⁰⁵

Zusammengenommen bedeuten diese Ergebnisse in einer ersten, näheren Bewer-

¹⁰⁹⁸ Bundestags-Drucksache 14/5590, S. 62.

¹⁰⁹⁹ Bis zu einem Fünftel der geprüften Einrichtungen - also mit Voranmeldung und ganz überwiegend als Anlassprüfung - werden den Anforderungen des SGB XI, den Vereinbarungen lt. Versorgungsvertrag und damit ihrem Versorgungsauftrag nicht gerecht (*ebd.*, S. 99).

¹¹⁰⁰ Es handelte sich ausschließlich um zugelassene Einrichtungen. Dazu zählten auch die Einrichtungen, mit denen kraft Bestandschutz (§ 72 Abs. 3 SGB XI) ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen gilt und die auf diese Weise quasi in die Zulassung „hineingerutscht“ sind.

¹¹⁰¹ Bundestags-Drucksache 14/5590, S. 20.

¹¹⁰² *Ebd.*, S. 20 f. .

¹¹⁰³ Eine Länderübersicht der „Maßnahmen und Aktivitäten zur Sicherung und Weiterentwicklung einer qualitäts- und leistungsgerechten Versorgung“, oft in Zusammenarbeit mit den Landespflegeausschüssen, bzw. von diesen und von dort initiiert, findet sich ebenfalls im Zweiten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (*ebd.*, Anlage 11, S. 147-152).

¹¹⁰⁴ *Ebd.*, S. 21.

tung allerdings auch, dass in der gesamten Zeit bis Ende des Jahres 1999 mit etwa 4.000¹¹⁰⁶ vorgenommenen Qualitätsprüfungen weniger als ein Fünftel der insgesamt rund 22.000 ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen¹¹⁰⁷ durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung - überwiegend anlassbezogen¹¹⁰⁸ - überprüft wurden. Die „Auffälligkeitsprüfungen“ bewirken naturgemäß eine zusätzliche Ergebnisunschärfe, da auf diese Weise ein Prüfbedarf immer dann nicht erkannt werden konnte, wenn Mängel - aus welchen Gründen auch immer - nicht auffällig wurden oder nicht auffällig genug waren, um wahrgenommen zu werden.¹¹⁰⁹ Insgesamt konnte zu dem Zeitpunkt mit den vorliegenden Erkenntnissen der tatsächliche Umfang bestehender Mängel in der pflegerischen Versorgung nicht beziffert werden. Der „Mängelbefund“ lieferte insoweit also nur eine annähernde Einschätzung, deren Verifizierung frühestens mit einer umfassenden Prüfungstätigkeit realisierbar wäre. In dem Fall käme hinsichtlich der Aussagekraft der Prüfergebnisse noch hinzu, dass eine annähernd genaue Abbildung der tatsächlichen Verhältnisse nur durch eine durchgehend unangemeldete und in der pflegealltäglichen Wirklichkeit stattfindende Vor-Ort-Begehung möglich ist. Mit den uneinheitlichen Ergebnissen lagen schon wenige bzw. keinerlei strukturierten Erkenntnisse zur Umsetzung der Qualitätsforderungen der Pflegeversicherung vor.

Auch insgesamt zeigt sich, dass zur Implementierung der Qualitätsmaßnahmen an ambulanten und stationären Einrichtungen nur wenig verfügbare Empirie vorliegt.¹¹¹⁰ Über die Wünsche und die Zufriedenheit der Heimbewohner ist - bis heute¹¹¹¹ - wenig bekannt. Es besteht derzeit noch wenig Wissen darüber, wie Qualitätssicherung

¹¹⁰⁵ *Ebd.*, S. 64 f. sowie Details dazu in Anlage 12 (*ebd.*, S. 153 f.).

¹¹⁰⁶ Bis Ende des Jahres 1999 insgesamt etwa 1.822 (davon bis Jahresende 1998 ca. 900) Qualitätsprüfungen im ambulanten und 2.166 (davon bis Jahresende 1998 ca. 600) im stationären Bereich (*ebd.*, S. 64).

¹¹⁰⁷ Stand im Jahr 2000 lt. *ebd.*, S. 21.

¹¹⁰⁸ In Baden-Württemberg fand dagegen mit einer von der Bundesvorgabe abweichenden Konzeption die Totalerhebung aller 880 dort zugelassenen Pflegeeinrichtungen bis August 1999 statt (*ebd.*, Anlage 12, S. 153). Auskunft über einen desolaten Zustand geben die Zahlen aus Mecklenburg-Vorpommern. Dort wurden seit Inkrafttreten der stationären Leistungen - also seit dem Frühjahr 1996 - bis Ende Januar 2000 in 18 Einrichtungen Qualitätsprüfungen durchgeführt. Bei fast der Hälfte dieser Prüfungen (in acht Fällen) ergaben sich Beanstandungen, die zu Auflagen führten (*ebd.*).

¹¹⁰⁹ Das Prozedere des von der Pflegekasse einzuleitenden Prüfverfahrens - „wenn dies als notwendig angesehen wird“ - ist nach den einschlägigen Regelungen unbestimmt (siehe dazu in diesem Kapitel unter 1.5.1 *Grundsätze und Maßstäbe für die Qualitätssicherung - was wird kontrolliert*, Seite 287).

¹¹¹⁰ *Bundestags-Drucksache 14/5590*, S. 63.

¹¹¹¹ So konstatiert der *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* (2005) einen (Pflege)forschungsbedarf, um die Zufriedenheit als Indikator für Pflegequalität eindeutig zu identifizieren (*ebd.*, S. 396 f.). Auch insgesamt mangle es bisher an nutzerdefinierten Qualitätskriterien, für deren Entwicklung das erforderliche empirische Basiswissen noch ausstehe (*ebd.*, S. 484 f.).

zu funktionieren hat. Bei externen Qualitätssicherungsangeboten und -maßnahmen herrscht mit einer Vielfalt von Prüfsiegeln und -zertifikaten¹¹¹² Diversität. Auch die Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ist eine externe Qualitätsprüfung, die ebenfalls genutzt werden kann. Für die interne Qualitätssicherung wird in den Einrichtungen - zumeist als Standard bei engagierten und großen Trägern etabliert - auf Qualitätsbeauftragte, Qualitätszirkel und Handbücher zurückgegriffen.

2.2 Gesetzgebungsverlauf

2.2.1 Eckpunktepapier vom 28.2.2000

Nachdem Mitte des Jahres 1999 mit dem 4. SGB XI-ÄndG in der Pflegeversicherung die erste reparierende und Wahlversprechen einlösende Änderung der neuen Regierungskoalition beschlossen und auf den Weg gebracht war, kam es in der Folge zur ersten inhaltlichen Gestaltungsinitiative.

Den öffentlichen Ausgangspunkt fand die Gesetzgebungsinitiative der Rot-Grünen Regierung zur Pflegequalität in dem Ende Februar 2000 veröffentlichten Eckpunktepapier zur „Sicherheit und Weiterentwicklung der Pflegequalität“.¹¹¹³ Zu diesem Zeitpunkt war die neue Koalition etwa eineinhalb Jahre in der Regierungsverantwortung. Im Eckpunktepapier wurden die wesentlichen Elemente der vorgesehenen Änderungen in vier Schwerpunkten skizziert. Eine Terminabfolge fand sich in der Ankündigung nicht.

In den Eckpunkten wurde versucht, die bestürzenden Befunde vor allem aus den Pflegeheimen, wie sie von den Medien berichtet wurden, aufzugreifen und zugleich herauszustellen, dass innerhalb der Branche durchaus auch gelingend und unter großem Engagement der in der Pflege tätigen Menschen beispielhaft gute Pflegearbeit geleistet wird. Aus dieser Wahrnehmung wurden weniger strafend-sanktionierende Regulierungen entwickelt. Zur Entwicklung von Pflegequalität, so der weitere Aspekt, der die tragende Grundphilosophie des Regelwerkes ausmachte, könne diese nicht von außen „hineinkontrolliert“ werden. Statt dessen sei (weiter) auf die eigenverantwortliche Umsetzung zu setzen und dabei wiederum verstärkt auf die für die Pflege Zuständigen: Die Pflegequalität müsse aus der „Eigenverantwortung der Einrichtungsträger und aus der Mitverantwortung der Leistungsträger“ ent-

¹¹¹² Bundestags-Drucksache 14/5590, S. 63.

¹¹¹³ Sozialpolitische Umschau Nr. 4 vom 28.2.2000 (36/2000).

wickelt werden.¹¹¹⁴

Die Sicherung und Erweiterung der Pflegequalität wurde als eines von mehreren Zielen benannt. Weitere Ziele des im Eckpunktepapier vorgestellten Gesetzentwurfs für das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) waren die Stärkung der Eigenverantwortung der Pflegeselbstverwaltung, die auch besser mit der Heimaufsicht kooperieren sollte und - nicht zuletzt¹¹¹⁵ - die Stärkung der Verbraucherrechte. Im Einzelnen wurden die vorgesehenen Pläne aus dem Ministerium wie folgt - unterteilt nach den vier Schwerpunkten - vorgestellt:

Unter der Überschrift „*Stärkung der Eigenverantwortung der Pflegeselbstverwaltung*“ wurde im *ersten Schwerpunkt* die neu einzuführende obligatorische („verbindliche“) Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (LQV) als Element benannt, mit dem zum einen die von der Pflegeeinrichtung erwarteten Leistungen „nach der Art und der voraussichtlichen Entwicklung des zu betreuenden Personenkreises definiert“¹¹¹⁶ und zum anderen die dafür notwendigen Mittel (Personal- und Sachmittel) vertraglich abgesichert werden.¹¹¹⁷

Zu den Wirkelementen zur Vermeidung von Mängeln sollte auf der Ebene der LQV folgende Systematik dienen:¹¹¹⁸ Kraft bestehender Vereinbarung muss die Pflegeeinrichtung bzw. deren Träger in einem Personalabgleich nachweisen, dass das lt. LQV als notwendig und ausreichend anerkannte Personal tatsächlich verfügbar ist und auch bestimmungsgemäß eingesetzt wird, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass dies so nicht geschieht. Die Versorgung der Heimbewohner müsse jederzeit sichergestellt sein. Dies ist auch bei Personalengpässen oder -ausfällen durch „geeignete Maßnahmen“ sicherzustellen.

Weiter sollten die aus den LQVn gewonnenen Daten für einen einzuführenden bundesweiten Pflegeheimvergleich bereit gestellt und eingesetzt werden. Dadurch sollte Transparenz geschaffen und das tatsächliche Angebot anhand von Versorgungsstruktur, Leistungen und Preisen vergleichbar werden. Nach der Vorstellung des mi-

¹¹¹⁴ *Ebd.*

¹¹¹⁵ Die Präsentation zu diesem Schwerpunkt nahm tatsächlich den meisten Umfang im Eckpunktepapier ein (*ebd.*).

¹¹¹⁶ Dies käme „insbesondere“ - so die bemerkenswerte Ergänzung an der Stelle - demenzkranken Pflegebedürftigen zugute (*ebd.*), deren Betreuungsbedarfe (noch) nicht ausreichend von der Pflegeversicherung berücksichtigt werden (können).

¹¹¹⁷ *Ebd.*

¹¹¹⁸ *Ebd.*

nisteriellen Vorschlags sollten sich mit den LQVn auch Rückwirkungen auf künftige Zulassungen neuer Pflegeeinrichtungen ergeben. Zur ohnehin bestehenden Verpflichtung, die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit zu gewährleisten, wurde zudem vorgesehen, dass sich die Pflegeeinrichtungen und ihre Träger auf ein „umfassendes Qualitätsmanagement“ verpflichten müssen, welches „auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet“ ist.

Bemerkenswert ist in der Prosa des Papiers aus dem Ministerium: Die gesetzlich normierte Vorgabe - ja das Grundelement der Pflegeversicherung -, wonach nicht der Bedarf, sondern die (verfügbaren) Mittel die Leistungen bestimmen,¹¹¹⁹ wurde dort genau gegenläufig formuliert. Die Leistungen seien nicht nach „Kassenlage“ zu bestimmen, sondern „entsprechend dem ausdrücklichen Willen des Gesetzgebers ausschließlich nach Bedarf und Notwendigkeit“.¹¹²⁰

Im *zweiten Schwerpunkt* des Eckpunktepapiers wurde unter „*Sicherung, Weiterentwicklung und Prüfung der Pflegequalität*“ ausgeführt, dass ein umfassendes Qualitätsmanagement auch die Entwicklung moderner Personalbemessungsverfahren zur Realisierung erhöhter Ergebnisqualität beinhaltet.

Die Ermächtigung für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, Prüfungen regelmäßig oder nach Bedarf an Ort und Stelle in ambulanten wie in stationären Pflegeeinrichtungen durchzuführen, wurde mit einer „Kooperationsklammer“ versehen. Danach sollte grundsätzlich zuvor eine Absprache mit der Heimaufsicht erfolgen. Auch „Anlassprüfungen“ sollten nur „im Zusammenwirken“ mit der Heimaufsicht möglich sein. Örtliche Prüfungen in Pflegeheimen sollten zudem grundsätzlich nur in Absprache mit dem Heimträger zulässig sein. Im Bereich der ambulanten Pflege erhielt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung die Befugnis, ambulante Pflegedienste bei ihrem Einsatz im häuslichen Umfeld (Wohnung) zu beraten und zu prüfen. Erforderlich sollte dafür jedoch stets die Zustimmung der Pflegebedürftigen (Gepflegten) sein.

Es wurden differenziertere Sanktionsmöglichkeiten bei festgestellten Mängeln geregelt: Neben der Kündigung des Versorgungsvertrags sollte nun auch die rückwirkende Kürzung der vereinbarten Pflegevergütungen möglich werden, soweit bereits ver-

¹¹¹⁹ Siehe dazu ausführlich in *Kapitel 2* unter *4.3.3 Ausgabenbegrenzung durch strikte gesetzliche Budgetvorgaben (Seite 95)*.

¹¹²⁰ *Sozialpolitische Umschau* Nr. 4 vom 28.2.2000 (36/2000).

gütete Leistungen nicht oder mangelhaft erbracht wurden. Der Kürzungsbetrag ist jeweils an die Pflegebedürftigen oder sonstigen Kostenträger zurückzuzahlen.

Als innovatives Element wurde in den Eckpunkten vorgeschlagen, Qualitätsprüfungen in Trägerverantwortung zuzulassen. Damit sollte gesetzlich an die bereits in einigen Häusern systematisch durchgeführten Selbstprüfungsverfahren angekoppelt werden. Praktisch war vorgesehen: Die Pflegekassen (Spitzenverbandsregelung) sollten einer „Trägervereinigung auf Bundesebene“ erlauben können, die ihr zugeordneten Einrichtungen eigenverantwortlich zu prüfen. Eine solche Vereinbarung sollte nur mit Trägervereinigungen möglich sein, die Partei einer Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI sind und ein erprobtes Qualitätsmanagementkonzept nachweisen können, das mindestens den Anforderungen des Pflegeversicherungsrechts entspricht. Die Details dazu sollte eine Qualitätssicherungsvereinbarung zwischen den Beteiligten regeln. Vorgesehen war die Verpflichtung, die bei der trägereigenen Prüfung gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen mindestens einmal jährlich in einem Bericht für die Landesverbände der Pflegekassen zusammenzufassen. Prüfungen nach dem Heimgesetz oder durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung wären durch diese Maßnahmen nicht ausgeschlossen gewesen.

Im *Schwerpunkt drei* („Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht“) wurde erläutert, dass die Kooperation zwischen der Heimaufsicht und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung durch gegenseitige Information und Beratung, koordinierte Tätigkeit, Vermeidung unnötiger Doppelprüfungen und anonymisierten, den Datenschutz des Personals beachtenden Datenaustausch als ein gemeinsames Anliegen zusammen mit der Novelle des Heimrechts realisiert wird. Die Prüfer informieren sich über ihre jeweiligen Ergebnisse und können im Einzelfall auch direkt handeln. Die „Regie“ wurde der Heimaufsicht zugewiesen. Das Eingreifen bei gefährdenden Pflegebedingungen sollte nicht durch bürokratische Hemmnisse verzögert werden.

Im *vierten Schwerpunkt* wurden schließlich die vorgesehenen Änderungen zur „*Stärkung der Verbraucherrechte*“ vorgestellt. Die Rechte als „Marktteilnehmer“ sollten gewahrt und gestärkt werden. Dabei wurden die Grundprinzipien der Pflegeversicherung¹¹²¹ aufgenommen und weiter konkretisiert: Trotz Abhängigkeit sollen Pflegebedürftige ein selbstbestimmtes Leben führen können. Sie sollen soweit wie möglich ihr

¹¹²¹ Siehe dazu in diesem Kapitel unter 1.2 *Qualität als allgemeiner Grundsatz in der Pflegeversicherung* (Seite 276).

Leben in der Einrichtung selbst gestalten können. Beratungsangebote sollen Ängste nehmen und unbürokratisch Hilfe vermitteln. Bereits vorhandene und bekannte Verbraucherschutz Elemente sollten auch in der Pflegeversicherung verankert werden. Im einzelnen wurden dafür folgende Maßnahmen vorgeschlagen:

- Die Pflegekasse benennt jedem ihrer versicherten Pflegebedürftigen - spätestens mit dem Leistungsbescheid - eine Vertrauensperson, die sachkundig und ortsnah als Ansprechpartnerin in allen pflegerelevanten Fragen zur Verfügung steht.
- Die Pflegekassen müssen - auf Antrag der betroffenen Heimbewohner - eine andere geeignete Einrichtung vermitteln, wenn die bisherige wegen festgestellter schwerwiegender und nicht behebbarer Mängel unzumutbar ist. Gleiches gilt bei schwerwiegenden Mängel einer Einrichtung in der ambulanten Pflege, wenn diese vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung festgestellt werden. Träger von Pflegeeinrichtungen haften in diesen Fällen für die entstehenden Kosten, soweit sie die Mängel zu vertreten haben.
- Der von den Pflegebedürftigen in Pflegeheimen gewählte Heimbeirat soll durch die Mitwirkung bei der Vorbereitung der Pflegesatzverhandlungen gestärkt werden: Der Heimträger muss den Heimbeirat rechtzeitig vor Vergütungsverhandlungen anhören und informieren, wenn eine Erhöhung der Pflegesätze oder der Entgelte für die Unterkunft und die Verpflegung beabsichtigt ist. Dem Heimbeirat muss ermöglicht werden, schriftlich Stellung zu nehmen. Diese Stellungnahme ist den Vertragsparteien vorzulegen und muss in den Verhandlungen angemessen berücksichtigt werden. Auch muss der Heimträger jeden Bewohner und den Heimbeirat unverzüglich über die Art, Höhe und Geltungsdauer der vereinbarten Pflegesätze sowie der Entgelte (Unterkunft und Verpflegung) informieren. Eine Erhöhung der Pflegesätze oder der Entgelte über den vereinbarten Vergütungsrahmen hinaus ist selbst dann unwirksam, wenn die Bewohner dem zustimmen. Diese Mitwirkungsrechte der Heimbewohner gelten für die LQV entsprechend.¹¹²²
- Für die ambulante Pflege wird vorgeschrieben, dass der Pflegedienst den Gepflegten den Pflegevertrag aushändigt, in dem die Art, der Ort und der Inhalt der Leistungen, inklusive der mit den Kostenträgern nach dem SGB XI vereinbarten Vergütung, für jede Leistung bzw. Komplexleistung beschrieben sein muss. Eine höhere, als nach dem SGB XI vereinbarte, Vergütungen darf den

¹¹²² Weitere Verbraucherschutzregelungen zum individuellen Heimvertrag wurden im Heimrecht vorgesehen, darunter u.a. die, wonach die Aufnahme und der Verbleib von Sonderzuwendungen (geldwerte Zuwendungen, Darlehen) der Bewohner unabhängig sein muss.

Pflegebedürftigen nicht berechnet werden.

In einem weiteren Papier, das teilweise wortgleiche Passagen des Eckpunktepapiers enthält, wurde vom Ministerium die Absicht angekündigt, Demenzkranke besser zu versorgen und dafür - als ersten Schritt - insbesondere die Tagespflege zu fördern.¹¹²³ Kernpunkt der Ankündigungen war eine finanzielle Entlastung durch den Wegfall der Verrechnung mit häuslichen Pflegeleistungen für einmal wöchentliche Tages- der Nachtpflege, wenn erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung festgestellt wurde.¹¹²⁴

2.2.2 Referentenentwurf vom 27.4.2000

Nach weiterer hausinterner Befassung folgte knapp zwei Monate später der inhaltlich konturiertere Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit. Darin wurden die beabsichtigten Änderungen konkretisiert, den jeweiligen Vorschriften zugeordnet, und es fanden sich ausführlichere Hinweise und Begründungen zu den vorgesehenen Regelungen im Einzelnen. Zum Teil fanden sich auch schon deutliche Änderungen gegenüber den Vorschlägen des Eckpunktepapiers.

Auf der formalen Ebene der Gesetzgebung bildete der Referentenentwurf den ersten Schritt der Politikformulierung. In dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vom 27. April 2000 wurden auf gut einhundert Seiten erhebliche Änderungen des SGB XI (Artikel 1 und 2) sowie die Ergänzung einer Vorschrift des Apothekergesetzes (Artikel 3) vorgeschlagen. Ein abschließender Artikel 4 regelte das Inkrafttreten der beabsichtigten Änderungen.¹¹²⁵

Im Vergleich zum vorangegangenen Eckpunktepapier wurden die mit dem beabsichtigten Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen vorab in den Kontext der Koalitionsvereinbarungen gestellt, in denen - so die Begründung der Initiative - u.a. die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität und die Stärkung der Verbraucherrechte als Vorhaben verabredet wurden.¹¹²⁶

Hervorgehoben wurde in dem Referentenentwurf die geänderte Position der Leis-

¹¹²³ *Sozialpolitische Umschau* Nr. 4 vom 28.2.2000 (37/2000).

¹¹²⁴ Damit wurden die Änderungen durch das PfIEG angekündigt, die dort umgesetzt wurden. Die „Zusätzlichkeit“ wurde jedoch nicht durch eine Sonderregelung in der Vorschrift über die Tages- und Nachtpflege realisiert (§ 41 Abs. 3 SGB XI blieb unverändert), sondern durch den mit dem PfIEG neu eingefügten § 45 a SGB XI, der damit nur für diesen Personenkreis der „besonders Betreuungsbedürftigen“ gilt.

¹¹²⁵ *Bundesministerium für Gesundheit* (2000a).

¹¹²⁶ *Ebd.*, S. 1, 31.

tungsberechtigten, die - kraft gezahlter Beiträge - zu souveränen Verbrauchern geworden sind. Durch die Pflegeversicherung gelangen sie zu beitragsfinanzierten, sozialversicherungsrechtlichen Ansprüchen. Eine neu entstehende „Verbrauchersouveränität“ überlagert „das häufig als beschämend empfundene Gefühl der Abhängigkeit von staatlicher Fürsorge“. ¹¹²⁷ Betont wurde in diesem Zusammenhang weiterhin, dass damit auch stärker nach der Angemessenheit von Heimentgelten für die jeweiligen Leistungen gefragt wird. Die noch im Eckpunktepapier leitende Argumentation der Missstände in der Pflege und die fehlende Qualität wurde im Referentenentwurf mit den Kosten für die Heimentgelte in Verbindung gebracht.

Auch im Referentenentwurf wurde wieder der „Spagat“ unternommen und bei konstatierten, „unerträglichen“ Missständen zugleich auf die hervorhebenswerte gute Pflegearbeit hingewiesen, die ebenfalls stattfindet. Das zur Lösung vorgestellte Instrumentarium behielt unverändert den Ansatz der „nicht Hineinprüfbarkeit“ bei. ¹¹²⁸ Die Erläuterungen wurden in „Qualitätssicherung“ sowie „Verbraucherrechte“ unterteilt. Unter der ersten Überschrift fanden sich - nunmehr in drei Schwerpunkten - die Details zur „*Stärkung der Eigenverantwortung der Pflegeselbstverwaltung*“, „*Sicherung, Weiterentwicklung und Prüfung der Pflegequalität*“ sowie „*Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht*“. ¹¹²⁹ Der Schwerpunkt vier zur Verbrauchersouveränität - im Eckpunktepapier noch unter „Stärkung der Verbraucherrechte“ gefasst - fand sich im Referentenentwurf zum PQsG so nicht mehr, weil die für das Heimgesetz vorzusehenden Änderungen dort und mit weiterer, eigenen Vorlage zu gestalten waren. ¹¹³⁰ Statt dessen fanden sich die für die Pflegeversicherung relevanten und vorgesehenen Regelungen nun unter der zweiten Überschrift „Verbraucherrechte“. ¹¹³¹ Die mit den Änderungen verbundenen Kosten wurden (noch) nicht beziffert: Die Mehr- oder Minder Ausgaben seien „von so geringer Bedeutung“, dass keine Auswirkungen auf die Ein-

¹¹²⁷ *Ebd.*, S. 1, 31 f. . Unausgesprochen ist in dieser Formulierung der Vergleich zu der zuvor als Alimentation (wiewohl ebenfalls als Anspruch, so doch steuerfinanziert) gewährten Hilfe zur Pflege in den Fällen, in denen die eigenen Mittel zur Finanzierung der Pflege nicht ausreich(t)en. Da die „neuen“ Ansprüche der Pflegeversicherung diese jedoch nicht ablösen oder ersetzen konnten und in der gewählten Konzeption auch nicht sollten (Teilkaskokonzept), wurde vermutlich auf diesen ergänzenden Hinweis verzichtet, um es mit der gewählten Formulierung bei der Andeutung belassen zu können.

¹¹²⁸ *Ebd.*, S. 2, 32.

¹¹²⁹ *Ebd.*, S. 33-42.

¹¹³⁰ Das Heimgesetz (HeimG) wurde einer weitgehenden Revision unterzogen (*Bundestags-Drucksache 14/5399*). Da es durch das *Dritte Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes* fast vollständig geändert wurde, erfolgte anschließend eine *Bekanntmachung der Neufassung des Heimgesetzes*.

¹¹³¹ *Bundesministerium für Gesundheit* (2000a), S. 42-45.

zelpreise und das Verbraucherpreisniveau zu erwarten seien.¹¹³² Im Referentenentwurf wurde noch auf die ebenfalls angekündigte Verbesserung bei der Förderung der Tagespflege zur besseren Versorgung demenzkranker Menschen hingewiesen.¹¹³³

Die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (LQV) wurde innerhalb des *ersten Schwerpunkts* in der Begründung des Referentenentwurfs zum PQsG hinsichtlich der Regelungsabsicht näher erläutert, weiter spezifiziert, zugeordnet und in einen Kontext gebracht: Vorbild sei die Reform des Bundessozialhilfegesetzes von 1995, mit der die Mitverantwortung der Leistungsträger sichergestellt wurde. Mit der Nachweisbarkeit leistungsgerechter Pflegesätze sollten die Gepflegten und sonstige Kostenträger (Eigenanteile, Sozialhilfe) finanziell entlastet werden. Es wurde klargestellt, dass die LQV nicht als weiterer, zusätzlicher Vertragstyp zu sehen ist, sondern als Bindeglied zwischen Versorgungsvertrag und Vergütungsvereinbarung konzipiert ist. Denn im Pflegeversicherungsrecht sind sowohl im Versorgungsvertrag (für die Zulassung) und in der Vergütungsvereinbarung (für die Vergütung) bereits die von der Einrichtung zu erwartenden Leistungen und Qualität zu definieren. Die LQV bietet den Vertragspartnern somit auch formal die Möglichkeit, inhaltliche Bestimmungen der erwarteten Leistung und deren Qualität „in einer beide Verträge verbindenden Absprache ‚vor die Klammer‘ zu ziehen“.¹¹³⁴ Als Argumente für die Einführung einer LQV wurden vorgetragen:¹¹³⁵ Mit der LQV könne der Versorgungsauftrag flexibel und zeitnah an eine geänderte Belegungs- und Leistungsstruktur angepasst werden, ohne dabei den Versorgungsvertrag (und damit die Zulassung) in Frage zu stellen bzw. angehen zu müssen.¹¹³⁶ Die Zulassung und damit die Finanzierungsgrundlage bleibe unangetastet, was für die Träger wirtschaftliche Sicherheit bedeute und für die Kostenträger eine zuverlässigere Ausgabenplanung. Die vertraglichen Festlegungen in der LQV böten eine konkrete Grundlage für die „wirtschaftliche“ Beurteilung bestehender oder

¹¹³² Bundesministerium für Gesundheit (2000a), S. 3.

¹¹³³ *Ebd.*, S. 31. Dieser Passus entfiel in der folgenden Gesetzentwurfassung - es erfolgte eine Regelung mit dem PflEG (siehe zuvor in Fn. 1124).

¹¹³⁴ Bundesministerium für Gesundheit (2000a), S. 34-36.

¹¹³⁵ Die ausführlichen Erläuterungen und die „Vorteilsargumentation“ finden sich im „Besonderen Teil“ der Begründung zu den Einzelvorschriften, hier: der neu einzufügende § 80a SGB XI (*ebd.*, S. 56-62).

¹¹³⁶ Dazu wurde insbesondere auch auf die Pflegeeinrichtungen hingewiesen, die kraft Bestandsschutzregelung oft ohne konkrete Definition ihres Versorgungsauftrages tätig sind. Für diese Einrichtungen wäre eigentlich eine Generalrevision erforderlich, um in diesen Fällen zu aktualisierten Versorgungsverträgen gelangen zu können. Mit der einzuführenden LQV könne diesem Erfordernis entsprochen werden, ohne alle auf Bestandsschutz beruhenden Versorgungsverträge beenden zu müssen, um Neuverhandlungen zu erzwingen (*ebd.*, S. 57).

geforderter Pflegevergütungen. Auch trügen sie dazu bei, den jährlich entstehenden Aufwand zu minimieren, mit mehr als zweitausend Einrichtungen über die Vergütungen verhandeln zu müssen. Mit der LQV werde ein vereinfachtes Vergütungsverfahren ermöglicht, das in der Begründung als „Postkartenverfahren“ bezeichnet wurde. Zusammengefasst - so die Ausführungen im Referentenentwurf weiter - werde mit den LQVn so auch die Verhandlungsqualität optimiert.

Im Zusammenhang mit den bereits in den Eckpunkten formulierten Anforderungen an die Träger von Pflegeeinrichtungen erforderlichenfalls den bestimmungsgemäßen Einsatz des Personals nachzuweisen (Personalabgleich), wurde als Problem - wie es auch insgesamt für das Vertrags- und Vergütungsrecht besteht - erkannt, dass es (noch) keine allgemein anerkannten Maßstäbe für die Personalbemessung in Heimen gibt. Personalbemessungsverfahren wie „Plaisir“ oder „Persys“ befänden sich noch in der wissenschaftlichen Diskussion. Daher wurde als vorläufiger Orientierungsmaßstab für die Personalbemessung vorgeschlagen, Vereinbarungen über die Personalrichtwerte zu treffen. Diese sollten mindestens die Personalanzahlzahlen anhand des Verhältnisses der Mitarbeiter und Bewohner insgesamt und unterteilt nach wichtigsten Aufgabenbereichen (Pflege, Leitung und Verwaltung etc) berücksichtigen. Ebenfalls sollte mit einer Fachkraftquote für den Bereich der Pflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege der zusätzliche Anteil ausgebildeter Fachkräfte berücksichtigt werden. Die Pflegesatzkommission sollte zusätzlich für diese Personalrichtwertvereinbarung zuständig werden.

Im *zweiten Schwerpunkt* des Referentenentwurfs zeigte sich nun deutlicher der Ansatz der gesetzlichen Regelungen zur *Sicherung, Weiterentwicklung und Prüfung der Pflegequalität*.¹¹³⁷ Wieder erfolgte zunächst der Hinweis darauf, jetzt allerdings deutlicher, dass mit den Regelungen an geltendes Recht der Pflegeversicherung angeknüpft wird und sich die Vorschläge des Bundesministeriums für Gesundheit „auf eine behutsame Weiterentwicklung der Qualitätssicherungsvorschriften des SGB XI“ beschränken.¹¹³⁸ Hingewiesen wurde auf zu dem Zeitpunkt noch ungelöste Fragen bezüglich der

- Zutrittsrechte des Medizinische Dienst der Krankenversicherung zu den Pflegeeinrichtungen,

¹¹³⁷ Ebd., S. 37-40.

¹¹³⁸ Ebd., S. 37.

- Qualitätssicherung und -prüfung in Eigenverantwortung der Träger oder ihrer Verbände,
- Finanzierung der Qualitätsprüfungen sowie
- Zusammenarbeit mit der staatlichen Heimaufsicht.

Soweit der Auftakt, mit dem die bereits im Eckpunktepapier - noch ohne diesen Kontext - angesprochenen Punkte vorgestellt wurden. Auch erfolgte an dieser Stelle nunmehr ein Hinweis zur rechtlichen Konstruktion der beabsichtigten Regelungen und ihrer Systematik bzw. systematischen Einbindung in die Regelungssystematik der Pflegeversicherung. Da diese auf die bisher in § 80 SGB XI gefassten Regelungen¹¹³⁹ zugeschnitten wurden, wäre es zunächst naheliegend gewesen, die Erweiterungen dort auch ändernd und vor allem ergänzend zu notieren. Damit wäre dann diese Vorschrift allerdings auch immer länger und ausführlich-detaillierender geworden und hätte erheblich an Umfang zugenommen.¹¹⁴⁰ Daher wurde, ein aus den Grundregeln des § 80 SGB XI resultierender, konkretisierender und aufgefächerter Regelungsabschnitt in einem gesonderten, eigenen Kapitel gefasst.¹¹⁴¹

Die bereits im Eckpunktepapier angedeuteten Elemente zur Qualitätssicherung und -prüfung wurden „behutsam konkretisiert und ausdifferenziert“:¹¹⁴² So sollten die gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie des Verfahrens¹¹⁴³ um die Entwicklung eines umfassendes Qualitätsmanagements sowie moderner Personalbemessungsverfahren erweitert werden. Stärker eingebunden wurden dabei der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung. Hingegen sollte das Prüfverfahren abgetrennt und an anderer Stelle in Richtlinien zur Durchführung von Qualitätsprüfungen geregelt werden, die von den Spitzenverbänden der Pflegekassen vereinbart werden sollten.¹¹⁴⁴

¹¹³⁹ Siehe in diesem Kapitel unter *1.5 Qualitätssicherung (Seite 287)*.

¹¹⁴⁰ Ein Beispiel für eine solche Ausweitung - die dann quasi ein eigenes kleines Gesetz gebildet hätte - findet sich in der Gesetzlichen Krankenversicherung bei der Vorschrift über die Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 106a des SGB V).

¹¹⁴¹ Die Änderung wurde konkret wie folgt vorgesehen: Ein Elftes Kapitel wird eingeführt mit den §§ 112 bis (zu dem Zeitpunkt noch) 119 SGB XI. Die an der Stelle bis dato geregelten Bußgeldvorschriften werden in ein weiteres Kapitel verlegt (Zwölftes Kapitel).

¹¹⁴² *Bundesministerium für Gesundheit (2000a)*, S. 52-55.

¹¹⁴³ Siehe in diesem Kapitel unter *1.5.1 Grundsätze und Maßstäbe für die Qualitätssicherung - was wird kontrolliert (Seite 287)*.

¹¹⁴⁴ *Bundesministerium für Gesundheit (2000a)*, S. 55 sowie 91 f. . Zu den vorgesehenen Beratungs- und Prüfrichtlinien siehe sogleich *Fn. 1158*.

Die (bereits bestehende) Pflicht der Pflegeeinrichtungen, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen, sollte explizit erweitert werden: Die Qualität der Leistungen sollte in regelmäßigen Abständen nachgewiesen werden. Qualitätsnachweise wurden zum „zentralen Dreh- und Angelpunkt“ erklärt, die als „Bringschuld“ der Pflegeeinrichtungen durch Prüfstelle nachzuweisen waren.¹¹⁴⁵ Prüfstelle sollten vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, von unabhängigen, von den Landesverbänden akkreditierten, Sachverständigen sowie von den nach Bundes- oder Landesrecht anerkannten Zertifizierungsstellen - nach näherer Bestimmung in den Qualitätssicherungsvereinbarungen - erbracht werden können.¹¹⁴⁶ Damit sollte die bereits im Eckpunktepapier vorgesehene Möglichkeit trügereigener Prüfungen¹¹⁴⁷ ergänzt werden - in dieser erweiternd-allgemeinen Geltung wurden diese fortan als Prüfstelle bezeichnet.

Die Prüfstelle - so wurde weiter erläutert - sollten regelmäßig von den Einrichtungsträgern gegenüber den Landesverbänden zu erbringen sein. Dabei sollte der Träger wählen können, von welcher Organisation er sich prüfen lassen will. Damit werde bei den Prüfungen der Sachverständigen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ergänzt. Mit dem Testatfordernis sollte ein neues Instrument der externen Qualitätsprüfung und -sicherung eingeführt werden, mit dem die Einrichtungen stärker auf eine interne Qualitätssicherung und -verbesserung verpflichtet worden wären. Auch hätte mit dem Testat ein einheitliches und verlässliches Qualitätszertifikat vorgelegt, mit dem Einrichtungen ihre Tätigkeit nach außen hätten dokumentieren können.¹¹⁴⁸

Qualitätssicherung, so die Klarstellung, sollte vor Ort vorrangig durch Beratung und freiwillige Prüfungen erfolgen. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung wurde zu einer vertrauensvollen Zusammenarbeit verpflichtet, mit dem Ziel, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Einrichtungen für Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken.¹¹⁴⁹ Der im Eckpunktepapier vorgesehene, eingeschränkte Rahmen des Medizinischen Dienstes

¹¹⁴⁵ Bundesministerium für Gesundheit (2000a), S. 37 f. .

¹¹⁴⁶ Die Regelungen werden im Einzelnen im Besonderen Teil der Begründung erläutert (*Bundesministerium für Gesundheit* (2000a), S. 77-81).

¹¹⁴⁷ Zur vorgesehenen Möglichkeit trügereigener Prüfungen siehe in diesem Kapitel zuvor unter 2.2.1 *Eckpunktepapier vom 28.2.2000* (Seite 321).

¹¹⁴⁸ *Bundesministerium für Gesundheit* (2000a), S. 78.

¹¹⁴⁹ *Ebd.*, S. 38.

der Krankenversicherung zur Prüfung, ob die Leistungs- und Qualitätsanforderungen erfüllt sind, wurde hinsichtlich seiner Beteiligung an unangemeldeten Prüfungen konkretisiert: Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung sollte nur an den von der Heimaufsichtsbehörde nach dem Heimgesetz durchgeführten Prüfungen teilnehmen und dabei nur in Fragen zur Qualitätssicherung mitwirken dürfen.¹¹⁵⁰

In den Erläuterungen des Referentenentwurfs fanden sich ebenfalls weitere Hinweise auf die neu einzuführende Regelung über rückwirkende Leistungskürzungen. Insofern Leistungen nicht oder mangelhaft erbracht wurden, ist der vereinbarte oder festgesetzte Kürzungsbetrag anteilig an die Pflegebedürftige und deren Kostenträger zurückzuzahlen.¹¹⁵¹ Soweit war es bereits in den Eckpunkten formuliert. In den Hinweisen zur konkreten Umsetzung fand sich im Referentenentwurf nun jedoch ein überraschendes Detail: Danach sollten diese Kürzungen von den Kostenträgern „nur im Wege der Neuverhandlung geltend gemacht werden“ können.¹¹⁵² Zur Erläuterung wurde vorgetragen: Ein solches Vorgehen sei notwendig, weil die Pflegeeinrichtung auch nach Kürzung ihrer Vergütung in der Lage sein und bleiben müsse, das Klientel adäquat zu versorgen.¹¹⁵³

Die Kosten für die Qualitätsprüfungen (inklusive Testatprüfung sowie der unter Trägerverantwortung durchgeführten Prüfungen) sollten von den Trägern der geprüften Einrichtungen getragen und als Prüfgebühren in der nächstmöglichen Vergütungsverhandlung als Aufwand berücksichtigt werden. Die Art und die Höhe der Gebühren sowie das Erhebungsverfahren sollte von den Spitzenverbänden der Pflegekassen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände in einer Gebührenvereinbarung gemeinsam und einheitlich festgelegt werden. Sie hätten der ministeriellen Genehmigung bedurft. Bei Streitigkeiten über die Höhe und die Bemessung der Gebühren hätte - auf Antrag eines Beteiligten - die Schiedsstelle entscheiden sollen. Die Gebühren sollten durch eine Verordnung der Bundesregierung unter Zustimmung des Bundesrates festgelegt werden, wenn keine Vereinbarung zustande kommt. Über-

¹¹⁵⁰ Damit werde insbesondere deutlich gemacht, so die Begründung, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung keine ordnungspolizeilichen Funktionen hat (*ebd.*, S. 77). Unangemeldete Prüfungen aus eigenem Recht sollten somit für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ausdrücklich ausgeschlossen sein (*ebd.*, S. 83).

¹¹⁵¹ Als weitere Sanktionsmaßnahme neben der bis dato einzigen Möglichkeit der Kündigung als letzte Maßnahme - siehe zuvor in diesem Kapitel unter 2.2.1 *Eckpunkt Papier vom 28.2.2000* (Seite 320).

¹¹⁵² *Bundesministerium für Gesundheit* (2000a), S. 84.

gangsweise sollten bis dahin zahlenmäßig genau bezifferte Höchstbeträge¹¹⁵⁴ als Grundlage für die Bemessung der Gebühren gelten.¹¹⁵⁵

Mit den im Referentenentwurf vorgesehenen, von den Spitzenverbänden zu vereinbarenden¹¹⁵⁶ Beratungs- und Prüfrichtlinien zur Qualitätssicherung in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege sollte das Verfahren¹¹⁵⁷ zu einer bundeseinheitlichen und verlässlichen Durchführung der Qualitätssicherung normiert werden.¹¹⁵⁸ Ausgeführt wurde der Rahmen dessen, was insbesondere in den Richtlinien zu regeln ist - u.a. das Verfahren zum regelmäßigen Qualitätsnachweis der Pflegeeinrichtungen über die zu erbringenden Prüftestate. Auch diese Richtlinien sollten unter den Genehmigungsvorbehalt des Ministeriums gestellt werden. Des weiteren wurde festgelegt, dass die Erfahrungen und Erkenntnisse der Prüfer einmal jährlich vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen zusammenzufassen und den Spitzenverbänden der Pflegekassen sowie dem Bundesministerium für Gesundheit zu berichten sind.

Im *dritten Schwerpunkt* des Referentenentwurfs wurde für die *Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht* notiert, dass die Förderung der Zusammenarbeit von staatlichen Heimaufsichtsbehörden, Medizinischem Dienst der Krankenversicherung und Sozialhilfeträgern zusammen mit der Heimrechtsnovelle realisiert wird. Die - sachlich eigentlich zusammengehörenden - Regelungen für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung wurden aus „rechtspolitischen und rechtssystematischen Gründen“ durch die Änderung im SGB XI im „Stammgesetz“ gefasst.¹¹⁵⁹

Ergänzend zu den bereits in diesem Zusammenhang im Eckpunktepapier vorzufindenden Ausführungen wurde an der Stelle im Referentenentwurf zur Kostenträgerschaft konkretisiert, dass jede Institution jeweils ihre Kosten trägt. Die Pflegekassen und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung tragen die aus der Zusam-

¹¹⁵³ *Ebd.*

¹¹⁵⁴ Diese wurden in Artikel 2 gefasst (*ebd.*, S. 29). Die dort vorgesehenen Beträge beruhen auf „wirklichkeitsnahen Schätzungen der Praxis“ (*ebd.*, S. 100).

¹¹⁵⁵ *Ebd.*, S. 39 f. .

¹¹⁵⁶ Vorgesehen war, dass die Spitzenverbände der Pflegekassen die Richtlinien gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung beschließen.

¹¹⁵⁷ Abgetrennt von der bisherigen Regelungsgrundlage in den Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung, siehe zuvor in *Fn. 1144*.

¹¹⁵⁸ *Bundesministerium für Gesundheit* (2000a), S. 91-94.

¹¹⁵⁹ *Ebd.*, S. 41.

menarbeit mit der Heimaufsicht entstehenden Kosten. Eine Beteiligung an den Kosten der Heimaufsichtsbehörden ist ausgeschlossen. Durch Anordnungen der Heimaufsichtsbehörde entstehende Mehr- oder Minderkosten gehen, soweit diese dem Grunde nach vergütungsfähig sind, in die nächstmögliche Pflegesatzvereinbarung ein.¹¹⁶⁰

Der Schwerpunkt „*Verbraucherrechte*“ wurde durch die eigenständig gefassten Ausführungen in der Begründung des Entwurfs besonders hervorgehoben.¹¹⁶¹ Gesetzestechnisch verteilten sich die Regelungen auf mehrere Stellen, an die jeweils angeknüpft wurde. Es erfolgte also keine Änderung „aus einem Guss“ oder als eigenes Kapitel im SGB XI. Die Ausführungen im Referentenentwurf waren weitgehend mit den bereits im Eckpunktepapier unter dem „Schwerpunkt vier“ benannten Vorschlägen identisch.¹¹⁶²

2.2.3 Verständnis der Konstrukteure des PQsG

Quasi „aus erster Hand“ informierte Erwin Jordan, seinerzeit Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, Ende Mai 2000 über die Vorstellungen des geplanten PQsG anhand des Referentenentwurfs und über Details zu den in der Prosa bereits vorliegenden Regelungen. Zu dem Grundelement der „nicht Hineinkontrollierbarkeit“ von Qualität führte er aus, die Überlegungen seien von der Erkenntnis geleitet, nicht kontrollieren und strafen zu wollen, weil das nichts bewirke. Er sprach in diesem Zusammenhang auch davon, dass Qualität nicht in die Einrichtungen „hineingeprüft“ werden könne. Die Philosophie unterscheide sich - so führte er weiter aus - schon im Ansatz und damit beispielsweise grundsätzlich von dem bayerischen Entwurf eines Qualitätsprüfungsgesetzes, mit dem „auf eine Ausweitung der ordnungspolizeilichen Eingriffsfunktionen der staatlichen Heimaufsicht“ gesetzt werde.¹¹⁶³ Vielmehr verstünde sich die Initiative auch so, dass mit dem PQsG die Basis an der Qualitätsentwicklung beteiligt werden solle: Alle Mitarbeiter einer Einrichtung sollen hierarchieübergreifend mitwirken.¹¹⁶⁴

Der Ansatz der Konstrukteure des PQsG bestehe in dem Glaubenssatz, dass Qualität der pflegerischen Versorgung nur im partnerschaftlichen Miteinander der Ver-

¹¹⁶⁰ Ebd., S. 91.

¹¹⁶¹ Ebd., S. 42-45.

¹¹⁶² Siehe dazu in diesem Kapitel unter 2.2.1 Eckpunktepapier vom 28.2.2000 (Seite 318 f.).

¹¹⁶³ AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen, S. 4.

¹¹⁶⁴ Ebd., S. 5.

tragspartner erfolgreich gesichert und weiterentwickelt werden könne.¹¹⁶⁵

Die LQV beschrieb Jordan als das Kernstück des Gesetzgebungsvorhabens. Sie solle den Trägern dabei helfen, ihren Personal- und Sachaufwand geltend machen zu können. Die LQV mache dabei die Qualität zum Ausgangspunkt für Verhandlungen und Verträge¹¹⁶⁶ und diene auch als Instrument,¹¹⁶⁷ um eine Qualitätsdiskussion zu etablieren. Die verpflichtende Beteiligung der Heimbeiräte an den Vergütungsverhandlung stärke deren Verbraucherrechte.

2.2.4 Verzögerungen bei der Vorlage des Gesetzes

Während die Vorlage des Eckpunktepapiers und des dann ausführlicher gestalteten Referentenentwurfs im vorparlamentarischen Verfahren innerhalb der Exekutive mit der Vorbereitung aus der Regierung bzw. vorab in den impulsgebenden Ministerien zunächst rasch und zügig verlief, kam es im weiteren Verlauf zu Verzögerungen. Die Gründe waren - so ein Fachkommentar im Spätsommer 2000 - weniger in der fachlichen Abstimmung zu suchen. Vielmehr standen inhaltliche Abstimmungen zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesfamilienministerium aus. Die fehlende Abstimmung der ständig in Weiterentwicklung befindlichen Fassung der Referentenentwürfe - es waren derer ja zwei: Einmal die im Vordergrund stehenden Änderungen zur Qualität durch das PQsG und zum Weiteren die damit verbundene Novelle des HeimG - sei der Grund dafür, dass die Entwürfe noch nicht „kabinettsreif“ seien, um als Entwürfe der Bundesregierung in das eigentliche Gesetzgebungsverfahren münden zu können.¹¹⁶⁸

Fachlich wurden vom Bundesinnenministerium und dem Bundesjustizministerium verfassungsrechtliche Bedenken geäußert: Zum einen bei den vorgesehenen Begehungsrechten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Heimen, die in die Unverletzlichkeit der Wohnungen eingreifen. Und zum anderen zu der Frage, wie die Prüfer bestellt werden, die in den Heimen die regelmäßigen Qualitätsnachweise abnehmen sollten. Dabei stehe das verfassungsrechtliche Gebot in Rede, wonach staatlich beliehene Stellen hinreichend durch die unmittelbare Staatsverwaltung zu kontrollieren sein müssen.

Die aufgeworfene verfassungsrechtliche Problematik um die Begehungsrechte war

¹¹⁶⁵ So die Formulierung Jordans in seinem Redebeitrag (*ebd.*, S. 4).

¹¹⁶⁶ *Ebd.*, S. 3.

¹¹⁶⁷ *Ebd.*, S. 4.

von den Ministerien im September 2000 geklärt. Sie bewerteten die Begehungsrechte als verfassungsrechtlich zulässig - der Medizinische Dienst der Krankenversicherung könne auch unangemeldet und auch zur Nachtzeit vor Ort prüfen. Die Grenze des verfassungsrechtlich Zulässigen werde dafür voll ausgeschöpft.¹¹⁶⁹ Zum Aspekt der Beleihung (akkreditierte Prüfer) wurde zu dem Zeitpunkt zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und den für die verfassungsrechtliche Prüfung zuständigen Ministerien jedoch noch um eine Lösung gerungen - im Verlauf wurde folgender Weg anvisiert: Die Bestellung der Sachverständigen sollte durch eine zustimmungspflichtige Rechtsverordnung des Bundes auf Vorschlag der Verbände der Pflegekassen erfolgen und die Bestellten sollten einer Rechtsaufsicht (beispielsweise des jeweiligen Landes) unterworfen werden.¹¹⁷⁰ Mit diesen Verzögerungen - im Oktober 2000 lag noch kein abgestimmter Entwurf vor - wurde der ursprünglich vorgesehene Starttermin für das Gesetz zum 1.1.2001 bereits mehr als unwahrscheinlich.

2.2.5 Kritik und Positionen der Verbände

Allgemein wurde an dem Referentenentwurf kritisiert, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ im PQsG unbeachtet bleiben sollte bzw. nicht aufgegriffen wurde - im ambulanten Bereich wirke die Qualitätssicherung nur als Anhängsel.¹¹⁷¹

Kritisiert wurde intensiv die durch das Gesetz erwartete Zunahme des bürokratischen Aufwandes für Pflegekassen wie -einrichtungen gleichermaßen - auch wurden inhaltliche Details bemängelt. So wurde u.a. eine „Zwickmühle“ darin gesehen, dass mit den Änderungen mehr Personal vorgeschrieben werde, zugleich aber keine zusätzlichen Mittel vorgesehen seien. Letztlich bringe das Gesetz nur einen höheren Verwaltungsaufwand. Die beabsichtigte Qualität sei aber „zum Nulltarif“ nicht zu haben.¹¹⁷²

Dies war auch die Position des *Paritätischen Wohlfahrtsverbandes*: Den Mehraufwand für das obligatorische Qualitätsmanagement bezifferte der Verband auf 1,6 Mrd. DM. Diese Mehrkosten verschwenden Ressourcen, die sinnvoller für die Pflege eingesetzt werden sollten. Letztlich führe die Kostenmehrbelastung dazu, dass die

¹¹⁶⁸ Gesundheitspolitischer Informationsdienst, S. 1.

¹¹⁶⁹ Ebd., S. 2.

¹¹⁷⁰ Ebd.

¹¹⁷¹ So die Hinweise aus dem Plenum anlässlich der Vorstellung des geplanten PQsG anhand des Referentenentwurfs durch den Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit, Erwin Jordan, auf der Veranstaltung „AOK-Forum-Gesundheitspolitik 2000 „Zukunft der Pflege - Qualität sichern“ am 23.5.2000 in Hannover. Siehe dazu auch den Bericht in: *CARE konkret* vom 2.6.2000.

¹¹⁷² Hons. Er zitiert dabei Martin Raabe, Vorsitzender des Verbandes der evangelischen Altenhilfe in Niedersachsen.

Zusatzkosten bei den Menschen eingespart werden (Löhne der Pflegenden/ Leistungen für Gepflegte), da das PQsG für die Aufbringung der Kosten vorsehe, dass diese keine oder gar senkende Wirkung auf die Preise haben sollen. Die mit dem PQsG vorgesehenen Dokumentations- und Zertifizierungspflichten, Hygienebestimmungen und auch die Kontrollen bzw. deren Ausweitung beseitigen nicht die „strukturellen Mängel“.¹¹⁷³

Eindeutig und auch wenig überraschend wurde vom *Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen* (MDKN) gefordert, die Pflegequalität stärker zu kontrollieren. Nach den dort vorliegenden Ergebnissen zeigten von 250 Qualitätsprüfungen in Niedersachsen ein Drittel unangemessene und gefährdende Pflege auf. Die Schlussfolgerung daraus kann nur lauten: Unangemeldete Kontrollen sind sinnvoller, als diese den Trägern bzw. den Einrichtungen zu überlassen. Auch eine interne Qualitätssicherung ist erforderlich. Sie ist Aufgabe der Leitung und darf und soll nicht nebenbei miterledigt werden.¹¹⁷⁴ Offen bleibe die Frage, wie die Zertifizierung eines Qualitätsnachweises zustande kommen solle.¹¹⁷⁵ Aus dem *AOK-Bundesverband* kam der bemerkenswerte Hinweis, dass sich das Gesetz bzw. die vorgeschlagenen Änderungen ausschließlich auf den Bereich der professionellen Pflege beziehen und damit zahlenmäßig nur einen kleinen Teil der Pflegesituationen erreichen. Das Gesetz sollte alle Pflegesituationen erfassen. Auch die ehrenamtliche Pflege, die zu dem Zeitpunkt die weitaus überwiegende Pflegesituation darstellte (von den seinerzeit 1,3 Mio. Pflegebedürftigen wurden 900.000 ehrenamtlich gepflegt), solle ebenfalls von den beabsichtigten qualitativen Verbesserungen umfasst werden - es fehlt an der Unterstützung der ehrenamtlichen Pflege. Im übrigen erfolgte der Hinweis, wonach die Gesetzesänderung des beabsichtigten PQsG systematisch falsch ansetze. Es sei eine umfassende Reform der Pflegeversicherung erforderlich, anstatt mit einem Änderungsgesetz an der Qualität zu laborieren. Insoweit seien die im SGB XI bereits vorhandenen Qualitätssicherungsinstrumente ausreichend und müssten nur

¹¹⁷³ Gefordert wurde von Ulrich Schneider, Hauptgeschäftsführer des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, den Entwurf zurückziehen und statt dessen den Verwaltungsaufwand in der Pflegeversicherung zu verringern, die Situation der Demenzkranken (stärker) zu berücksichtigen und das Entgeltsystem am tatsächlichen Bedarf auszurichten (*Nachrichten Parität*).

¹¹⁷⁴ So Josef Post, Leiter des Referates Pflege beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen (MDKN) (*Hons*).

¹¹⁷⁵ *CARE konkret* vom 2.6.2000.

ernsthafter genutzt werden.¹¹⁷⁶

In einer gemeinsamen Presseerklärung¹¹⁷⁷ des *Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen* und den Verbänden der *Ersatzkrankenkassen* zum Referentenentwurf wurde u.a. bemängelt, dass die mit dem Entwurf vorgesehenen Regelungen ihr beabsichtigtes Ziel, die Qualität der Pflege zu stärken und zu verbessern, nicht erreichen. Eine externe Qualitätssicherung dürfe nicht - wie im Gesetz vorgesehen - in eine interne Veranstaltung der Trägerverbände umfunktioniert werden. Nicht zuletzt zum Schutz vor Qualitätsmängeln wurde das Recht auf unangemeldete Prüfungen gefordert.

In ausführlicher Form nahm sich der *Deutsche Verein* der vorgelegten Vorschläge an.¹¹⁷⁸ Ganz an den Beginn der Analyse wird ein bemerkenswerter systematischer Aspekt vorangestellt: Qualitätsregelungen sollten dem Verständnis und der Grundkonstruktion des Sozialgesetzbuches folgend vor die Klammer gezogen und im Allgemeinen Teil geregelt werden, da sie nicht ausschließlich für die Pflegeversicherung Geltung haben. Bei den vorgeschlagenen Änderungen des SGB XI wurde ein Übermaß an Einzelregelungen ausgemacht, die nicht zur Verbesserung der Qualität führten und zudem erhöhten Verwaltungsaufwand bedeuten. Eine sachgerechte Zuordnung von Leistungs- und Vertragsrecht sei nicht vorhanden. Durch unklare Begrifflichkeiten werden neue Auslegungsprobleme geschaffen. Auch die Einschränkung der Selbstverwaltung von Pflegekassen und Sozialhilfeträgern wurde als übermäßig und nicht geboten bewertet.

Im Detail wurde u.a die Anbindung der LQV an den Versorgungsvertrag als fehlerhaft bemängelt. Die LQV lasse sich nicht im Bestandsschutz der Einrichtung sinnvoll regeln. Für den ambulanten Bereich gehe sie zudem ins Leere, da - anders als bei stationären Leistungen - ambulante Dienste keine umfassende Betreuung erbringen. Der Begriff „Qualitätsmanagement“ könne ohne Definition nicht genutzt werden. Die beabsichtigte Neuregelung des § 80 SGB XI sei nicht erforderlich. Es komme mit ihr nicht zu einer Verbesserung in der Qualität der Pflege. Die Regelungen zu qualitätssichernden Maßnahmen seien bisher in den Rahmenverträgen festgelegt und dies

¹¹⁷⁶ Hons zitiert den Leiter der Abteilung Pflege beim AOK-Bundesverband, Harald Kesselheim.

¹¹⁷⁷ *Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen/Verband der Angestellten-Krankenkassen/AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband.*

solle so beibehalten werden. Die vorgesehene Verordnung zur Regelung der Pflegevergütung sei überregulierend und schwäche die Eigenverantwortung der Selbstverwaltung. Der Abschluss von Personalrichtwertvereinbarungen sei nur als Übergangslösung sinnvoll und die dazu vorgesehene Vorgabe von Richtwerten wurde als obsolet bewertet, da es sich um ein in dieser Form längst praktiziertes Verfahren der Vereinbarungspartner handelt. Die Regelungen über die Mitwirkung Pflegebedürftiger bei der Gestaltung der Vergütungssätze gehören systematisch nicht in das SGB XI. Für ein Verfahren für einen Pflegeheimvergleich sei noch (genauer) zu klären, welche Daten vergleichbar zu erheben sind. Die Vorschrift über die Qualitätsnachweise wurde für entbehrlich angesehen, da die bisherigen Qualitätsvereinbarungen ausreichend seien. Die Regelung über die Prüfstelle sei zu starr, es müssten auch andere Möglichkeiten für die erforderlichen Qualitätsnachweise vorgesehen werden. Auch fehlten die in diesem Zusammenhang anfallenden Kosten bei der Pflege.

Wie - auch appellativ - wirksam bereits die durch das Gesetzesvorhaben öffentlich gemachte Diskussion zum Thema zugleich auch war, zeigt eine Empfehlung aus der Praxis an die Träger von Pflegeeinrichtungen. Spätestens jetzt - so die seinerzeitige Empfehlung - solle mit den vom Gesetz geforderten Qualitätssicherungsmaßnahmen begonnen werden und die Voraussetzungen für hochwertige Qualität geschaffen werden.¹¹⁷⁹

Mit dem *Berliner Memorandum zur Qualitätssicherung* erkannten Fachleute aus Wissenschaft und Praxis die gesetzgeberischen Bemühungen um die Qualitätssicherung und zur Minderung der Mängel in der Pflege an. Gleichzeitig wurde aber auch davor gewarnt, in übereilten Aktionismus zu verfallen. Insbesondere sollten die unzufriedenstellende Situation der Qualitätssicherung in der Pflege und die bekannt gewordenen Pflegeskandale nicht dazu führen, die Qualitätsentwicklung zu (ver-)bürokratisieren. Die Sicherung und Weiterentwicklung von qualitativer Pflege müsse als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden. Insbesondere komme es nicht allein auf die staatliche Intervention an, sondern darauf, die Einrichtungen und ihre Verbände sowie die Pflegenden (noch) stärker zu mobilisieren. Besondere Auf-

¹¹⁷⁸ Die Stellungnahme der Arbeitsgruppe „Pflege-Qualitätssicherungsgesetz“ des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge wurde am 21.6.2000 vom Vorstand verabschiedet (*Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge*, S. 225-229).

¹¹⁷⁹ Hofmann.

merksamkeit gelte dabei der Sozialhilfe, die (wegen des Teilkaskokonzepts der Pflegeversicherung) weiterhin „Dauerfinanzier“ der Pflege bleiben werde. Insgesamt gelte es, Qualität nicht nur isoliert für die Pflegeversicherung zu optimieren, sondern generell. Ganz im Verständnis und mit Blick auf die Verbraucherrechte müsse Qualität „vor die Klammer“ gezogen gedacht, verstanden und (allgemein)gültig werden. Eine auf den Personenkreis der Pflegeversicherung beschränkte Sichtweise sei nicht mehr angemessen und überholt. Die Autoren schlugen vor, einen Akkreditierungsrat einzurichten, der Qualitätsstandards entwickelt, Einrichtungen akkreditiert und Schulungen anbietet. Die Finanzierung dafür solle von den an der Pflege beteiligten Institutionen wie Kostenträgern, Einrichtungen bzw. ihren Verbänden - auch Berufsverbänden - aufgebracht werden.¹¹⁸⁰

2.2.6 Position und Verhalten der Opposition

Zu der bereits notierten inhaltlichen Unabgestimmtheit der Ministerien¹¹⁸¹ kam hinzu, dass bei den unionsgeführten Ländern und auch bei der CDU/CSU-Bundestagsfraktion die Positionsbestimmung im Herbst 2000 noch „in vollem Gange war“.¹¹⁸² Dabei war insbesondere auch noch nicht klar abgestimmt, ob beispielsweise das PQsG als „Verhandlungsmasse“ für eine Verständigung auf eine gemeinsame Rentenreform¹¹⁸³ einzusetzen sei. Uneinigkeit bestand im Unionslager auch darüber, ob die Zustimmung zu den vorgesehenen Änderungen von Leistungsverbesserungen für Demenzzranke abhängig zu machen sei. Dabei bestand zusätzlich das inhaltliche Problem, wonach zu dem Zeitpunkt ausgereifte Vorschläge für solche Leistungsverbesserungen auch noch nicht vorlagen - allerdings auch nicht bei der Regierung. Widerstände gab es bei den unionsgeführten Ländern zu den vorgesehenen Pflegeheimvergleichen (wohlmöglich dem Druck der Pflegeheimbetreiber nachgebend).¹¹⁸⁴

Nicht wenig Bedeutung für die „politische Großwetterlage“ kam seinerzeit der an tagespoltischer Brisanz zunehmenden Debatte um die Benzinpreise zu, die teilweise sogar die Rentendebatte überlagerte und damit auch das Thema „Pflegeversiche-

¹¹⁸⁰ Igl, u.a. (2000).

¹¹⁸¹ Siehe zuvor in diesem Kapitel unter 2.2.4 *Verzögerungen bei der Vorlage des Gesetzes* (Seite 332).

¹¹⁸² *Gesundheitspolitischer Informationsdienst*, S. 1.

¹¹⁸³ Auf die vorgesehene Absenkung des Rentenniveaus konnte die seinerzeitige Opposition zwar nicht einwirken. Die unionsregierten Länder konnten jedoch im Bundesrat auf die dort zu beschließenden Reformteile Einfluss nehmen (*Niejahr*). Die zustimmungspflichtigen Regelungen über die private Altersvorsorge und die Grundsicherung wurden abgelehnt und mussten - auf Initiative der Bundesregierung - im Vermittlungsverfahren nachverhandelt werden (*Doemens*).

¹¹⁸⁴ *Gesundheitspolitischer Informationsdienst*, S. 2.

rung“ (noch) weiter in den Hintergrund treten ließ.

Eine insgesamt noch nicht klar aufgestellte Position innerhalb der Opposition (Verkopplung mit Rentendebatte, Forderung nach Leistungsverbesserungen für Demenzkranke) führten somit ebenfalls zu einem holpernden Umsetzungsprozess auf dem Weg zur Regierungsvorlage.

2.2.7 Gesetzentwurf der Bundesregierung im November 2000

Ende des Monats wurde öffentlich gemacht, dass der Entwurf für das PQsG am 1. November 2000 von der Bundesregierung verabschiedet worden sei.¹¹⁸⁵ Mit der Vorlage des Gesetzentwurfs der Bundesregierung vom 10. November 2000 beim Bundesrat erfolgte der Eintritt in das offizielle Gesetzgebungsverfahren.¹¹⁸⁶ Seit der mit dem Eckpunktepapier angekündigten Verbesserung des Gesetzes zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität war inzwischen ein dreiviertel Jahr vergangen. Am 23. Februar 2001 gelangte der Gesetzentwurf mit der Stellungnahme des Bundesrates und der Gegenäußerung der Bundesregierung in den Bundestag.¹¹⁸⁷ Die interessierte Öffentlichkeit wurde vom Bundesministerium für Gesundheit zum Jahresende 2000 mit Informationen zum Gesetz, seinen Zielen und Schwerpunkten versorgt.¹¹⁸⁸

In der Gestaltung und in den einzelnen Schwerpunkten wurde im wesentlichen das bis dahin - ausgehend von den Eckpunkten und den Modifizierungen im Referentenentwurf - entwickelte Regelungsbündel präsentiert.¹¹⁸⁹ Die Schwerpunkte und Leitlinien beibehaltend, fallen gleichwohl einige Änderungen im Detail ins Auge. So wurde die ursprünglich vorgesehene Verpflichtung der Pflegekasse, jedem ihrer versicherten Pflegebedürftigen für alle pflegerelevanten Fragen Vertrauenspersonen¹¹⁹⁰ zu

¹¹⁸⁵ *Sozialpolitische Umschau* Nr. 450 vom 27.11.2000.

¹¹⁸⁶ *Bundesrats-Drucksache* 731/00.

¹¹⁸⁷ *Bundestags-Drucksache* 14/5395. Die Stellungnahme des Bundesrates bezog sich lediglich auf drei Änderungsvorschläge (*ebd.*, S. 49), die von der Bundesregierung zustimmend bewertet und in einem Fall ergänzt wurden (*ebd.*, S. 50). Diese Änderungen gelangten so allerdings erst mit den Empfehlungen des Ausschusses in das Gesetz (*Bundestags-Drucksache* 14/6308, S. 32) und wurden schließlich so unverändert beschlossen.

¹¹⁸⁸ *Bundesministerium für Gesundheit* (Hg.) 2000b. In dieser Informationsschrift finden sich ausführlich auch die betroffenen, zu ändernden Vorschriften als Kurzübersicht zu den Einzelregelungen aufgelistet (*ebd.*, S. 10 f.).

¹¹⁸⁹ Auch der Titel des Gesetzes blieb - seit der Nennung im Referentenentwurf - unverändert.

¹¹⁹⁰ Siehe in diesem Kapitel in der Auflistung 2.2.1 *Eckpunktepapier vom 28.2.2000* auf Seite 322 als erster Punkt.

benennen, im Gesetzesvorschlag nicht mehr aufgenommen.¹¹⁹¹ Ebenfalls entfiel die zuvor noch in dem zu ergänzenden, neuen § 80a SGB XI über die LQV vorgesehene Geltung für die ambulanten Pflegeeinrichtungen.¹¹⁹² Wie in der ministeriellen Abstimmungsphase zur Gestaltung des Regierungsentwurf absehbar,¹¹⁹³ wurde das ursprüngliche vorgesehene Verfahren, die Beleihungsrechte und das Verfahren zu den Qualitätsprüfungen über Richtlinien¹¹⁹⁴ zu regeln, wegen der erkannten verfassungsrechtlichen Probleme in einen Verordnungsrahmen gefasst.¹¹⁹⁵ Vorgesehen war, dass die „beteiligten Fachkreise“ - so wie sie zuvor zur Vereinbarung über gemeinsame Richtlinien bestimmt werden sollten - vor Erlass der Verordnung angehört werden sollten.¹¹⁹⁶ Auch der ursprünglich noch im Referentenentwurf als Vereinbarung zu regelnde „fortzuschreibende Pflegeheimvergleich“ wurde auf eine solche Verordnungsbasis (um)gestellt.¹¹⁹⁷

Beim Abschluss der Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung, wie auch bei den dazu abzugebenden Bundesempfehlungen, wird neben dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung nun auch der Verband der privaten Krankenversicherung beteiligt. Bei den Empfehlungen zum Inhalt der Rahmenverträge sollen fortan - so die weitere Ergänzung im Regierungsentwurf - unabhängige Sachverständige beteiligt werden. Auch sollen die Interessen der Pflegeberufe sowie der Behinderten

¹¹⁹¹ Statt dessen finden sich im Gesetzentwurf - jetzt unter Aufklärung und Beratung in § 7 Abs. 3 SGB XI gefasst - die bis dahin unter „Förderung des Wettbewerbs“ in § 75 Abs. 5 SGB XI normierte (und dort gestrichene), weitere Pflicht der Pflegekassen zur Vorlage einer Preisvergleichsliste. Die neue und erweiterte Fassung dieser Vorschrift sieht vor, den Pflegebedürftigen fortan regionale Leistungs- und Preisvergleichslisten der zugelassenen Pflegeeinrichtungen vorzulegen. Auch wird den Pflegekassen durch eine weitere Ergänzung ermöglicht, sich mit eigenen Verwaltungsmitteln an der Beratung anderer Träger zu beteiligen (§ 7 Abs. 4 SGB XI). Siehe dazu auch die Begründung im Gesetzentwurf (*Bundestags-Drucksache 14/5395*, S. 27).

¹¹⁹² Die Vorschrift wurde mit dem Titel „Leistungs- und Qualitätsvereinbarung mit Pflegeheimen“ (§ 80a SGB XI) nun allein für den stationären Bereich gefasst. Die noch zuvor beabsichtigte „Analogregelung“, wonach die LQV für ambulante Pflegeeinrichtungen „unter Berücksichtigung ihrer speziellen Leistungserfordernisse“ entsprechend gilt, wurde nicht in den Gesetzesvorschlag übernommen.

¹¹⁹³ Siehe in diesem Kapitel unter 2.2.4 *Verzögerungen bei der Vorlage des Gesetzes* auf Seite 333.

¹¹⁹⁴ Siehe dazu in diesem Kapitel zuvor die *Fn. 1144* sowie *1158* auf den *Seiten 327* und *318*.

¹¹⁹⁵ Aus den ursprünglich vorgesehenen „Beratungs- und Prüfrichtlinien zur Qualitätssicherung“ wurde die Vorschrift über die „Rechtsverordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen“ (§ 118 SGB XI), siehe dazu auch die ausführliche Begründung im Gesetzentwurf (*Bundestags-Drucksache 14/5395*, S. 45-47).

¹¹⁹⁶ *Bundestags-Drucksache 14/5395*, S. 47.

¹¹⁹⁷ In der Begründung des Gesetzentwurfs wurde argumentiert, eine Verordnungslösung sei erforderlich, weil eine im Krankenhausbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbare Situation („Krankenhausbetriebsvergleich“) durch Vereinbarung seit fast zwanzig Jahren fruchtlos blieb und deswegen eine Vereinbarungsregelung nicht der richtige Weg sein könne (*Bundestags-Drucksache 14/5395*, S. 36). Die ansonsten inhaltlich unveränderte Regelung sollte nun auch die unabhängigen Sachverständigen und Prüfstellen im Verfahren zur Erteilung der LQNe (§ 13 SGB XI) unterstützen (§ 92a Abs. 1 Nr. 2 SGB XI).

und der Pflegebedürftigen durch eine enge Zusammenarbeit mit deren Verbänden berücksichtigt werden.¹¹⁹⁸ Die Vorschrift über ein Personalbedarfsermittlungsverfahren wurde nunmehr als obligatorischer Bestandteil in den Rahmenverträgen geregelt.¹¹⁹⁹

Mit dem Regierungsentwurf wurde die Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie unabhängiger Sachverständiger bei den Vereinbarungen über die Grundsätze und Maßstäbe der Qualitätssicherung vorgesehen.¹²⁰⁰ Bereits im Referentenentwurf war dabei die Zusammenarbeit mit den privaten Krankenversicherungsunternehmen (Verband der privaten Krankenversicherung e.V.) und ebenfalls den Verbänden der Pflegeberufe, der Pflegebedürftigen sowie der Behinderten vorgesehen worden.

Die LQV erhielt gegenüber dem Referentenentwurf eine neue Struktur.¹²⁰¹ Deutlicher auf die Vertraglichkeit aufbauend wurde normiert, dass die LQV für die abzuschließende Pflegesatzvereinbarung vorausgesetzt und in der Regel mit der Pflegesatzvereinbarung gemeinsam abzuschließen ist. Der Abschluss einer LQV unabhängig von der Pflegesatzvereinbarung wurde nur noch als Option vorgesehen. Die Qualifizierung für den Personalabgleich war im Regierungsentwurf nicht mehr vorgesehen. Nunmehr erfolgt der Personalabgleich, wenn eine Vertragspartei¹²⁰² dies verlangt.¹²⁰³

¹¹⁹⁸ Lt. Gesetzesbegründung geschah die Einbeziehung der privaten Krankenversicherungsunternehmen als Beteiligte bei den Rahmenverträgen wie auch bei den Bundesempfehlungen auf deren eigenen Wunsch, um in das Verfahren nach dem SGB XI besser eingebunden zu sein (*Bundestags-Drucksache 14/5395*, S. 28, 30). Die Berücksichtigung unabhängiger Sachverständiger entsprach dem Wunsch, „die Rahmenempfehlungen auch wissenschaftlich besser abzusichern“. Die Verpflichtung der Beteiligten „zur engen Zusammenarbeit mit den Interessenverbänden der Pflegeberufe und der Betroffenen“ sollte diese bei der Erarbeitung der Rahmenempfehlungen besser einbeziehen (*ebd.*, S. 30).

¹¹⁹⁹ § 75 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 Nr. 3 SGB XI. Die ausführliche Begründung, wie bereits im Referentenentwurf - dort allerdings noch als Aufgabe der Pflegesatzkommission - entwickelt, findet sich in *Bundestags-Drucksache 14/5395*, S. 29.

¹²⁰⁰ § 80 Abs. 1 SGB XI. Auch in diesem Fall, so die Gesetzesbegründung, entspricht die Einbeziehung der Sachverständigen dem in den Verbändeanhörungen zum Referentenentwurf geäußerten Wunsch, wissenschaftlichen Sachverstand eingebunden zu wissen (*Bundestags-Drucksache 14/5395*, S. 31) siehe auch zuvor *Fn. 1198*.

¹²⁰¹ Siehe dazu ausführlich in der Gesetzesbegründung (*Bundestags-Drucksache 14/5395*, S. 31-34).

¹²⁰² Vertragsparteien sind lt. Legaldefinition in § 85 Abs. 2 SGB XI der Träger des Pflegeheimes, die Pflegekasse bzw. sonstige Sozialversicherungsträger sowie der Sozialhilfeträger.

¹²⁰³ § 80a SGB XI. In der gesetzlichen Regelung wurde nun nicht mehr detailliert, wie der Personalabgleich nachzuweisen ist. In der Begründung wurde auf die enge Verknüpfung der Regelung mit der Kürzungsmöglichkeit der Pflegevergütung bei Pflichtverletzungen (§ 115 Abs. 3 SGB XI) hingewiesen. Ohne die Personaldecke über Gebühr einzuschränken, soll die nun so gefasste Regelung über den Personalabgleich hauptsächlich eine Handhabe gegen pflichtwidrig missachtete Personalvorgaben bieten, bei denen finanziertes Personal nicht eingesetzt wird. Die Praxis der Prüfungen zeige, so in der Begründung weiter, dass bedenkliche Abweichungen bei Personalvorgaben vorkommen und damit ein Bedarf an einer Personalabgleichregelung bestehe (*Bundestags-Drucksache 14/5395*, S. 33 f.).

Vom umfangreichen und ausführlichen Regelungskanon zur „Mitwirkung der Pflegebedürftigen“ in Heimen fand sich im Regierungsentwurf zum PQsG nur noch ein Passus wieder: Die Beteiligung in Pflegesatzverhandlung soll in der Weise erfolgen, dass die schriftliche Stellungnahme des Heimbeirates vom Pflegeheim vor Aufnahme der Pflegesatzverhandlungen beizufügen ist. Dazu erfolgte ein Verweis auf die - nunmehr - im HeimG vorgesehene Regelung.¹²⁰⁴ Mit dieser Ergänzung - so der Hinweis in der Gesetzesbegründung - werde sichergestellt, dass den Partnern die Stellungnahme auch zugehe und „berücksichtigt werden könne“.¹²⁰⁵

Die im Referentenentwurf unter „Qualitätsnachweise“ gefasste Vorschrift¹²⁰⁶ wurde mit dem Regierungsentwurf in der Gestaltung deutlich geändert: Inhaltlich blieb dabei die vorgesehene Regelungsabsicht durch das nun allgemeiner gefasste Nachweisverfahren weiterhin umfasst, die Regelung wurde aber formal unter der Bezeichnung „Leistungs- und Qualitätsnachweise“ (LQN) auf andere Beine gestellt. Die LQN wurden in eine Legaldefinition gebracht und ihre Erteilung - wie vorgesehen¹²⁰⁷ - klar als „öffentliche Aufgabe“ benannt. Dazu erfolgte die Anbindung an die Verordnungsregelung in § 118 SGB XI.¹²⁰⁸ Das Testatverfahren, inklusive der trägereigenen Qualitätsprüfungen, wurde somit zu einem Prüfverfahren erweitert, in dem die Erteilung von LQN von anerkannten unabhängigen Sachverständigen oder Prüfstellen durchgeführt werden sollte. In der zu erlassenden Verordnung sollten sowohl die Voraussetzungen und das Verfahren der Prüfung als auch die Qualifikation der Prüfer geregelt werden.¹²⁰⁹

¹²⁰⁴ § 85 Abs. 3 Satz 2 (zweiter Halbsatz) SGB XI.

¹²⁰⁵ *Bundestags-Drucksache 14/5395*, S. 35. Als Pendant für die ursprünglich beabsichtigte Pflicht zur „angemessenen Berücksichtigung der Stellungnahme“ ist § 7 Abs. 4 HeimG in der ursprünglich von der Regierung vorgesehenen Fassung zu sehen, mit der der Träger „grundsätzlich verpflichtet“ wird, Vertreter des Heimbeirates zu den Verhandlungen hinzuziehen (*Bundestags-Drucksache 14/5399*, S. 7 und 24). Allerdings wurde diese Fassung einer direkteren Beteiligung abgeschwächt durch die vom Ausschuss vorgeschlagene (*Bundestags-Drucksache 14/6366*, S. 10) und so beschlossenen Änderung, wonach die Hinzuziehung nur „auf Verlangen“ vorgesehen ist. Mit dieser Änderung, die auf den Vorschlag des Bundesrates zurückgeht, sollte klargestellt werden, dass die grundsätzliche „Hinzuziehungspflicht“ entfällt, wenn von den Mitwirkungsrechten kein Gebrauch gemacht werden soll (*Ebd.*, S. 31).

¹²⁰⁶ Siehe in diesem Kapitel zuvor in *Fn. 1145* (Seite 318).

¹²⁰⁷ Siehe zuvor *Fn. 1194*.

¹²⁰⁸ *Bundestags-Drucksache 14/5395*, S. 40 f. . Die LQN sollten als „einrichtungsexternes Prüfinstrument“ dazu dienen, die einrichtungsinterne Qualitätssicherung zu dokumentieren (*ebd.*, S. 40).

¹²⁰⁹ Die ursprünglich zur Kostentragung für die Qualitätsberatungen und -prüfungen sowie für die Testatprüfungen vorgesehene, im Bundesanzeiger zu veröffentliche Gebührenvereinbarung sowie die übergangsweise im Referentenentwurf vorgesehene Gebährentabelle (siehe in diesem Kapitel zuvor unter 2.2.2 *Referentenentwurf vom 27.4.2000* (Seite 329)) wurde mit dem Regierungsentwurf durch eine Kostenregelung ersetzt, wonach die geprüften Pflegeeinrichtungen u.a. die Kosten der LQN tragen sollten, die wiederum als Aufwand der Einrichtungen bei den Vergütungsvereinbarungen zu berücksichtigen

Eine weitere Stärkung erfuhr der Medizinische Dienst der Krankenversicherung mit dem Regierungsentwurf hinsichtlich seiner Prüfbefugnisse. Die Konkretisierung seiner Prüftätigkeit wurde nun „offensiver“ gefasst: In Erfüllung des Prüfauftrages besteht die Berechtigung und die Verpflichtung, zugelassene - ambulante wie stationäre - Pflegeeinrichtungen jederzeit unangemeldet zu prüfen.¹²¹⁰ Die Einschränkung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, nur „angekündigte Prüfungen“ durchführen zu können, entfiel damit im Regierungsentwurf gegenüber dem im Referentenentwurf vorgesehenen Prozedere ebenso wie die Gebundenheit an die Heimaufsicht bei unangemeldeten Prüfungen. Es blieb aber bei den eingeschränkt möglichen Prüfungen zur Nachtzeit. Diese sollten als Ausnahme nur statthaft sein, wenn ansonsten das Prüfziel nicht erreichbar ist.¹²¹¹ Im Rahmen der Prüfung wurde eine Einschränkung des Grundrechts auf die Unverletzlichkeit der Wohnung insoweit als gerechtfertigt normiert, als dies zur Gefahrenabwehr den Zugang zur Wohnung - auch ohne Zustimmung - des Bewohners erforderlich macht.¹²¹² Damit wurde dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung die Prüfung jederzeit und an jedem Ort ermöglicht, wobei dieser stets den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz¹²¹³ bei den von ihm vorgesehenen Prüfungsmaßnahmen zu beachten hat.

Bei der vorgesehenen Sanktion über die Minderung der Pflegevergütung¹²¹⁴ lässt sich im vorgelegten Gesetzentwurf und seiner Begründung ein neuerlicher, weiterer Deutungswandel feststellen: Anders als noch mit dem Referentenentwurf geplant - dort war ja bereits überraschend das Detail eingefügt worden, wonach Kürzungen nicht rückwirkend erfolgen können - wurde mit dem Regierungsentwurf festgelegt,

gewesen wären (§116 Abs. 1 SGB XI). Die Höhe der Prüfkosten sollte - ohne dass dies weiter begründet wurde (*Bundestags-Drucksache 14/5395*, S. 44) - im Rahmen einer Verordnungsermächtigung geregelt werden können (§ 116 Abs. 4 SGB XI).

¹²¹⁰ § 114 SGB XI.

¹²¹¹ Tagsüber können beispielsweise die Anzahl der Nachtwachen oder auch die Fixierung/Sedierung der Pflegebedürftigen sowie die Flüssigkeitszufuhr nicht kontrolliert werden - diese Beispiele wurden so in der Gesetzesbegründung genannt (*Bundestags-Drucksache 14/5395*, S. 42).

¹²¹² Wie ebenfalls bereits im Vorfeld als Ergebnis der ministeriellen Abstimmung so angekündigt (siehe dazu zuvor in diesem Kapitel unter 2.2.4 *Verzögerungen bei der Vorlage des Gesetzes* (Seite 332)).

¹²¹³ Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung hat bei der Wahrnehmung seiner Rechte stets zu prüfen, so die Gesetzesbegründung, ob im Einzelfall eine weniger belastende Maßnahme vorzuziehen ist - beispielsweise wenn Qualitätsmängel von erfahrenen Prüfern auch bei angemeldeten Prüfungen erkannt werden können. Weiter wird in den Ausführungen ausdrücklich noch einmal darauf hingewiesen, dass Prüfungen - vor allem, wenn sie unangemeldet stattfinden - nur als nachgeordnetes Qualitätssicherungsinstrument in Frage kommen sollen. In erster Linie sollen die Prüfungen beratungsorientiert sein (*Bundestags-Drucksache 14/5395*, S. 42).

¹²¹⁴ Kürzungsbetrag nach § 115 Abs. 3 SGB XI.

dass die Kürzungsbeträge (auch) nicht (mehr) „im Weg der Neuverhandlung“¹²¹⁵ und damit ausdrücklich nicht über die Vergütungen refinanziert, sondern „als Sanktion aus trügereigenen Mitteln“¹²¹⁶ realisiert werden. Aus der ursprünglich vorgesehenen Kürzung wurde somit ein Rückzahlungsbetrag. Weiter abweichend und damit hinter der ursprünglich vorgesehenen Gestaltung zurückbleibend, soll im Vorfeld zwischen den Vertragsparteien Einvernehmen über den Kürzungsbetrag hergestellt werden. Für die im Falle der Nichteinigung von der Schiedsstelle getroffene Entscheidung besteht weiterhin Klagemöglichkeit - diese ist nun aber (ebenfalls abweichend vom bisher vorgesehenen Prozedere, siehe oben) mit *aufschiebender Wirkung* ausgestattet. Diese prozessuale Schwächung blieb im Gesetzentwurf ohne nähere Begründung.¹²¹⁷

Die Schutzregelung bei häuslichen Pflegeverträgen wurde im Regierungsentwurf um die Pflicht des Pflegedienstes ergänzt, der zuständigen Pflegekasse eine Verschlechterung des Zustandes des Pflegebedürftigen anzuzeigen.¹²¹⁸

In dem vorgelegtem Gesetzentwurf fanden sich erstmals auch Angaben über die mit den vorgesehenen Änderungen verbundenen Kosten. Für die Einführung der LQV wurde ein „einmaliger Verwaltungsmehraufwand“ in Höhe von 10 Mio. DM veranschlagt - die „nachfolgenden Anpassungen der LQV“ würden zu geringen Mehrkosten führen. Für die regelmäßig zu erbringenden LQN hingegen wurden die Aufwendungen insgesamt, d.h. für alle Einrichtungen, mit jährlich 40 Mio. DM beziffert. Diese sollten „in die Pflegesätze einkalkuliert“ werden.¹²¹⁹ Gleichzeitig wurde davon ausgegangen, dass die vorgesehenen Änderungen Minderausgaben bei den Kostenträgern bewirken. Die LQVn würden zu einer besseren Transparenz der Pflegesätze und damit zu einer Vergleichbarkeit von Preis und Leistung führen. Auch würden die praktisch kaum durchgeführten Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch detailliertere Leistungsbeschreibungen wieder als Instrument möglich und damit wirksam. Mit dem obligatorischen Qualitätsmanagement werde die Wirtschaftlichkeit der Betriebsführung

¹²¹⁵ Siehe dazu in diesem Kapitel *Fn. 1152 (Seite 329)*.

¹²¹⁶ *Bundestags-Drucksache 14/5395*, S. 43. Ein prospektiver Kürzungsbetrag, so die Begründung, berge die Gefahr, dass das Personal nicht finanzierbar sei. Die Pflegeeinrichtung müsse jedoch in der Lage bleiben, die Versorgung zu gewährleisten (*ebd.*).

¹²¹⁷ *Ebd.*

¹²¹⁸ Zur Begründung siehe *ebd.*, S. 47.

¹²¹⁹ *Ebd.*, S. 3. Was - bei unveränderter Budgetlage - natürlich zunächst nichts anderes bedeutet hätte, als dass diese „Mehrkosten“ jeweils mit den vereinbarten Pflegesätzen „zu schultern“ gewesen wären.

in den Einrichtungen erhöht.¹²²⁰

2.2.8 Änderungen des Entwurfs durch den Ausschuss für Gesundheit

Nach der ersten Lesung im Parlament wurde der Regierungsentwurf für das PQsG - zusammen mit dem Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU - im März 2001 an den Ausschuss für Gesundheit zur federführenden Beratung überwiesen, der seine Beratungen Ende Mai 2001 abschloss¹²²¹ und Mitte Juni seinen Bericht und die Beschlussempfehlung vorlegte.¹²²²

Der kurzfristig formulierte und im Ausschuss für Gesundheit eingebrachte Änderungsantrag der Fraktion der PDS¹²²³ wurde mehrheitlich abgelehnt. Mit ihm wurde gefordert, bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nicht den verrichtungsbezogenen allgemeinen Hilfebedarf, sondern den Pflegebedarf (Beaufsichtigung, Anleitung und Betreuung) besonders zu berücksichtigen.¹²²⁴ Ebenfalls abgelehnt¹²²⁵ wurde der Gesetzentwurf der Fraktion von CDU/CSU vom März 2001, der in einem Teil in die gleiche Richtung ging: Die Situation Demenzkranker in der Pflegeversicherung sollte durch die - zumindest teilweise - Berücksichtigung allgemeiner Betreuungsbedarfe gebessert werden. Auch wurde die Verlagerung der Kosten der medizinischen Behandlungspflege in der stationären Versorgung auf die Gesetzliche Krankenversicherung vorgeschlagen.¹²²⁶ Abgewiesen wurde dabei auch¹²²⁷ der diesem vorausgegangene Antrag von Abgeordneten sowie der Fraktion von CDU/CSU, mit dem die Regierung bereits im Juni 2000 zur Vorlage eines „geeigneten“ Gesetzentwurfes für die notwendige Weiterentwicklung der Pflegeversicherung aufgefordert werden sollte.¹²²⁸ Die Regierungsfractionen legten - quasi als Antwort - ihrerseits einen Antrag vor, mit

¹²²⁰ *Ebd.*, S. 48. Durch die Änderungen - davon wurde weiter ausgegangen - werde es zu keinen spürbaren Kostenwirkungen kommen (Siehe dazu in diesem Kapitel zuvor *Fn. 1132 (Seite 325)*).

¹²²¹ Neben einer bereits auf Grund der vorliegenden Anträge (*Bundestags-Drucksache 14/4391* sowie *Bundestags-Drucksache 14/3506*) stattgefundenen Anhörung am 15.11.2000 fand im „Hauptsacheverfahren“ zu den vorliegenden Gesetzentwürfen der Regierung (*Bundestags-Drucksache 14/5395*) und der CDU/CSU (*Bundestags-Drucksache 14/5547*) zur Pflegeversicherung die Anhörung der Sachverständigen am 4.4.2001 statt (*Bundestags-Drucksache 14/6308*, S. 29 f.).

¹²²² *Bundestags-Drucksache 14/6308 (Ebd.)*, S. 6 zu den Beschlussempfehlungen).

¹²²³ Ebenfalls in *ebd. 14/6308*, auf S. 34 f. als Anlage. Dieser Änderungsantrag wurde (erneut) als *Bundestags-Drucksache 14/6329* zur zweiten Beratung eingebracht. Dort mit einer erweiterten Begründung (*ebd.*, S. 2)

¹²²⁴ *Bundestags-Drucksache 14/6308*, S. 34.

¹²²⁵ *Ebd.*, S. 29 f. .

¹²²⁶ *Bundestags-Drucksache 14/5547*. Dieser Entwurf eines „Pflege-Leistungs-Verbesserungsgesetzes“ wurde im Anschluss an den Regierungsentwurf zum PQsG vorgelegt und konkretisierte sozusagen die - seinerzeit/zunächst - noch unverbindlich gehaltene Aufforderung an die Regierung, einen Gesetzentwurf vorzulegen.

¹²²⁷ *Bundestags-Drucksache 14/6308*, S. 30.

dem sie im Oktober 2000 ankündigten, dem bestehenden Handlungsbedarf durch drei Gesetzentwürfe zu entsprechen.¹²²⁹ Dieser Antrag wurde mit der Mehrheit der Stimmen dieser Fraktionen angenommen.¹²³⁰ Hinsichtlich der abgelehnten Vorschläge zur Verbesserung der Situation der Demenzkranken führten die mehrheitlich vertretenen Mitglieder der Regierungsfractionen von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN aus, dass sie den bestehenden Handlungsbedarf in gleicher Weise sehen. Die bestehenden Defizite würden jedoch mit einem weiteren Gesetzentwurf abgebaut werden.¹²³¹

Der Regierungsentwurf für das PQsG wurde vom Ausschuss für Gesundheit weitgehend unverändert zum Beschluss empfohlen. Neben den vom Bundesrat vorgeschlagenen und von der Bundesregierung ebenfalls befürworteten Änderungen,¹²³² wurden nur noch wenige inhaltliche Änderungen vorgeschlagen.¹²³³ Sie dienten u.a. zur Klarstellung und besseren Systematisierung und nahmen teilweise auch Anregungen aus den Anhörungen auf. Ergänzt wurde die als Verordnungslösung gestaltete Regelung über den Pflegeheimvergleich um die Option, wonach die Interessenvertreter der Kostenträger und der Einrichtungsträger im Rahmen der zu erfolgenden Anhörung eigene Vorschläge für die zu erlassende Verordnung vorlegen können.¹²³⁴ In gleicher Weise wurde auch die Regelung über die Rechtsverordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen ergänzt.¹²³⁵ Auf Anregung der Spitzenverbände der Pflegekassen wurde der, in der Vorschrift über die Grundsätze der Qualitätssicherung geregelte, Prüfumfang auch auf den Bereich der häuslichen Krankenpflege¹²³⁶ erweitert.¹²³⁷ Ebenfalls auf eine Anregung der Spitzenverbände ging die Änderung zurück, wonach die ursprünglich nur für den Fall der Verschlechterung des Zu-

¹²²⁸ Bundestags-Drucksache 14/3506.

¹²²⁹ Bundestags-Drucksache 14/4391. Bei diesen drei Gesetzen handelte es sich um das PQsG zur Verbesserung der Qualität der Pflegeleistungen, die Änderung des HeimG sowie das PflEG für eine verbesserte Versorgung dementer Menschen in der Pflegeversicherung.

¹²³⁰ Bundestags-Drucksache 14/6308, S. 30.

¹²³¹ *Ebd.*, S. 30 f. . Die Regierungskoalition kündigte damit erneut die Ende September 2001 vorgelegte (Bundestags-Drucksache 14/6949) - bescheidene - Initiative an: Mit dem PflEG erfolgte aber systematisch keine „Erweiterung“ des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (§§ 14, 15 SGB XI). Statt dessen wurde eine „spezielle Leistungskategorisierung“ in einem weiteren, fünften Abschnitt (§§ 45a bis 45c SGB XI) normiert.

¹²³² Siehe dazu die Ausführungen in diesem Kapitel zuvor in *Fn. 1187 (Seite 338)*.

¹²³³ Bundestags-Drucksache 14/6308 (*ebd.*, S. 7-27 zur Zusammenstellung der Beschlüsse).

¹²³⁴ § 92a Abs. 5 Satz 2 SGB XI (zur Begründung siehe *ebd.*, S. 32).

¹²³⁵ § 118 Abs. 3 Satz 2 SGB XI (zur Begründung siehe *ebd.*). Siehe dazu auch zuvor *Fn. 1196 (Seite 333)*.

¹²³⁶ § 37 SGB V.

¹²³⁷ § 112 Abs. 3 Satz 3 SGB XI (zur Begründung siehe *Bundestags-Drucksache 14/6308, S. 32*).

stands vorgesehene Berichtspflicht des Pflegedienstes gegenüber der Pflegekasse nun allgemein bei jeder wesentlichen Veränderung des Zustandes besteht.¹²³⁸

Schließlich wurde auch eine Änderung des Zeitplans vorgesehen. Das Inkrafttreten der PQsG wurde auf den 1.1.2002 terminiert, um sicherzustellen, dass es parallel mit dem HeimG in Kraft treten konnte.¹²³⁹

2.2.9 Abgelehnte Länderinitiativen

Im Kontext des beim Bundesrat eingebrachten Regierungsvorschlags zum PQsG beantragten die Länder Bayern und Sachsen im Bundesrat, den Entwurf grundlegend zu überarbeiten. Zur Betreuung in den Heimen sei eine ausreichende Personalausstattung erforderlich und die Kosten der Behandlungspflege seien von der Pflegeversicherung in die Gesetzliche Krankenversicherung zu verlagern.¹²⁴⁰ Dieser Antrag wurde in der Länderkammer abgelehnt. Auch eine „Sechs-Länder-Initiative“,¹²⁴¹ die in der Schlussphase des Gesetzgebungsverfahrens erfolgte, scheiterte mit ihrem Antrag auf Anrufung des Vermittlungsausschusses im Bundesrat.¹²⁴²

Die unionsmotivierten Änderungen waren damit (zunächst) erledigt. Den sechs Ländern gelang es mit ihrer Initiative im Bundesrat nicht, die Befassung und den Beschluss des Gesetzentwurfs zu verhindern.

2.2.10 Beschluss und Verkündung des PQsG

Der Regierungsentwurf wurde mit den vom Ausschuss für Gesundheit empfohlenen Änderungen am 21. Juni 2001 beschlossen.¹²⁴³ Nach diesem Beschluss im Bundestag und der Zustimmung im Bundesrat am 13. Juli 2001 erfolgte im September 2001 die Verkündung im Bundesgesetzblatt,¹²⁴⁴ mit der das PQsG zum 1.1.2002 in Kraft treten konnte. Vom Beginn der Initiative mit den Eckpunkten Ende Februar 2000 bis

¹²³⁸ § 120 Abs. 1 Satz 2 SGB XI (zur Begründung siehe *ebd.*, S. 33).

¹²³⁹ *Ebd.*

¹²⁴⁰ *Bundesrats-Drucksache 731/2/00.*

¹²⁴¹ Die sechs Länder waren Baden-Württemberg, Thüringen, Sachsen, Bayern, Saarland und Hessen.

¹²⁴² Durchaus nicht unspektakulär, wie das Plenarprotokoll der Sitzung - ausgerechnet an einem Freitag den 13. - zeigt. Denn erst nach nochmaligem Nachfragen ergab sich das „erwartete“ ablehnende Votum der Ländervertreter (*Deutscher Bundesrat - Plenarprotokoll 766, S. 354*).

¹²⁴³ Das PQsG wurde mit der Regierungsmehrheit beschlossen (*Deutscher Bundestag - Plenarprotokoll 14/176, S. 17323*). Der für die zweite Beratung vorgelegte Antrag der PDS (siehe zuvor *Fn. 1223*) wurde ebenfalls abgelehnt (*Deutscher Bundestag - Plenarprotokoll 14/176, S. 17323*). In der den Beschlüssen vorangegangenen Aussprache wurde auch der erhebliche Widerspruch aus der Union deutlich. Die Vorstellungen über den Weg zu mehr Pflegequalität lägen „meilenweit auseinander“ (*ebd.*, S. 17317). Der Behauptung, es bestehe für das PQsG eine „große Mehrheit“ im Bundesrat, wurde ausdrücklich widersprochen und ergänzt, das werde auch noch sichtbar werden (*ebd.*, S. 17323).

¹²⁴⁴ *Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - PQsG) vom 9.9.2001.*

zum - endgültigen - Beschluss des PQsG Mitte Juli 2001 vergingen etwa eineinhalb Jahre - bis zum Inkrafttreten der Regelungen fast zwei Jahre.

2.3 Fazit zum Gesetzgebungsprozess des PQsG

Durch die Änderungen des PQsG wurde neben weiteren Änderungen mit dem Elftem Kapitel vor allem die „Qualitätssicherung“ als eigener Bereich des SGB XI und somit hervorhebend - wenn auch als letztes inhaltliches Kapitel der Pflegeversicherung - eingefügt. Das PQsG richtete sich mit seinen Änderungen und Ergänzungen allein auf die Vertragssphäre. Damit waren die Regelungen auf den Bereich der voll- und teilstationären Leistungen sowie der Pflegesachleistungen zugeschnitten, in dem weniger Leistungsbezieher (wiewohl mit zunehmender Tendenz) bei einer zugleich intensiveren Kostenwirkung (vor allem bei der stationären Pflege) von der Pflegeversicherung umfasst werden.¹²⁴⁵ Mit den ausdrücklich an die bestehenden Regelungen anknüpfenden Ergänzungen des PQsG wurde so die Dominanz der in der Vertragssphäre geltenden Qualitätsregeln der Pflegeversicherung fortgeschrieben. Die in der ehrenamtlichen Sphäre geleistete Pflegetätigkeit blieb hingegen vom PQsG unberücksichtigt.

2.3.1 Zum Verlauf

Mit dem Eckpunktepapier zeigten die Gestaltungsverantwortlichen ihre Handlungsbereitschaft an, angesichts bestehender Mängel die Pflegequalität zu sichern und zu erweitern. Das Papier, das die Regelungsinitiative ankündigte, hatte damit vor allem Verlautbarungscharakter. Die mit den Eckpunkten formulierten Pläne stehen insoweit für die *erste Phase des Politikzyklus*, in dem die Problemwahrnehmung stattfindet und die die Problemformulierung zum Ergebnis hat. Im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens blieben die im Eckpunktepapier grundlegend formulierten Ausgangspunkte und Gestaltungselemente bei der weiteren Detaillierungsarbeit prägend. Dazu zählt, mit den Regelungen des PQsG auf das bestehende Qualitätssicherungssystem der Pflegeversicherung aufzubauen und dabei auf die eigenverantwortliche Umsetzung der in diesem System zum Handeln Verpflichteten „Pflegeleistungsakteure“ zu setzen. Konkret wurden in den Eckpunkten bereits die verbindlichen LQVn benannt und der einzuführende Pflegeheimvergleich sowie ein verpflichtendes Qualitätsmanagement, inklusive moderner Personalbemessungsverfahren. Auch sollten

die Prüfbefugnisse des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und Innovationen beim Prüfverfahren konkret geregelt werden. Nicht zuletzt war mit den Rückforderungsbeträgen bei festgestellten und nicht behobenen Mängeln auch schon eine abgestufte Sanktionsmöglichkeit vorgesehen. Die von den Pflegediensten auszuhändigenden Pflegeverträge blieben von Beginn an fast unverändert fester Bestandteil der PQsG-Regelungsinitiative.

Mit dem Referentenentwurf wurden die zuvor im Eckpunktepapier vorgestellten Planungen konkretisiert. Die LQVn erfuhren Erweiterung und Konkretisierung. Sie bedurften offenbar der Klarstellung hinsichtlich der Regelungsabsicht, denn es wurden im Referentenentwurf vor allem auch die Vorteile der als Bindeglied zwischen Versorgungsvertrag und Vergütungsvereinbarung vorgesehenen LQV ausführlich vorgestellt. Neben der Konturierung wurde mit der Sammlung der vorgetragenen „Pro-Argumente“ für die einzuführende LQV geworben. Ähnlich werbend nahm sich der Hinweis im Referentenentwurf aus, wonach die bestehenden Qualitätssicherungsvorschriften der Pflegeversicherung mit der Gesetzesänderung durch das PQsG behutsam weiterentwickelt und darüber hinaus keine wesentlichen Änderungen vorgenommen werden sollten. Dies wurde mit dem Referentenentwurf auch deutlich bei der konkreten Gestaltung der Vorschriften, die inhaltlich kaum verändert aus der bis dato geltenden „Basisvorschrift“ des § 80 SGB XI lediglich redaktionell in den neuen Regelungsabschnitt des Elften Kapitels zur Qualitätssicherung übertragen wurden. Ebenso behutsam wurden das gewünschte „umfassende Qualitätsmanagement“ sowie das „moderne Personalbemessungsverfahren“ in die Konkretisierungszuständigkeit im Rahmen der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung gelegt. Der verpflichtend als einheitliches und verlässliches Qualitätszertifikat vorgesehene regelmäßige Nachweis über Prüftestate erweiterte die als Innovation für das Prüfverfahren in den Eckpunkten bereits formulierte Möglichkeit trügereigener Prüfungen. An dieser Stelle wurde im Referentenentwurf die zuvor skizzierte Regelungsabsicht nicht nur konkretisiert, sondern weiter entwickelt - auch hinsichtlich des dazugehörigen Regulariums (Verfahren, Prüfkosten etc.). Bereits im Referentenentwurf war vorgesehen, über die von den Spitzenverbänden der Pflegekassen zu vereinbarenden „Beratungs- und Prüfrichtlinien“ ein bundeseinheitliches Qua-

¹²⁴⁵ Zu den quantitativen Anteilen der Leistungsbezieher und Leistungsausgaben siehe die Diagramme und Ergebnisse in *Kapitel 3* unter 2.2 *Anzahl der Leistungsbezieher und Verteilung nach Leistungsarten* (Seite 110) sowie 2.4.1 *Ausgaben unterteilt nach Leistungsarten* (Seite 119).

litätsprüfungsverfahren zu etablieren, in dem auch das konkrete Verfahren zur Testaterteilung geregelt werden sollte. Schwächend zeigte sich hingegen auf der Sanktionsebene, dass die Kürzungen der Vergütung für die nicht oder mangelhaft leistenden Pflegeeinrichtungen nicht mehr rückwirkend erfolgen, sondern nur noch über die Neuverhandlungen geltend gemacht werden sollten. Auch die Konkretisierungen der Prüfungsbefugnisse des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sahen im Referentenentwurf weitere Einschränkungen vor und eine stärkere Betonung des Beratungsauftrages.

Für die mit dem Regierungsentwurf eingeleitete Politikformulierung wurden in der *zweiten Phase des Politikzyklus* die Elemente der Problemformulierung noch einmal justiert und fundiert und zum Teil auch neu geordnet. Die LQV wurde deutlicher auf die Vertraglichkeit aufbauend an die Pflegesatzvereinbarung gebunden und ausschließlich auf die Pflegeheime bezogen. Diese wurden dazu verpflichtet, jederzeit und - anders als noch zuvor vorgesehen - unabhängig von etwaigen Erfordernissen und detaillierenden Vorgaben wie dieser Nachweis zu erfolgen hat, „auf Verlangen“ den bestimmungsgemäßen Einsatz des Personals durch einen Personalabgleich nachzuweisen. Die Grundzüge des bereits im Referentenentwurf entwickelten Kontrollinstruments regelmäßiger Qualitätsnachweise wurden als tragendes Konzept der mit dem PQsG vorgesehenen Instrumente zur Qualitätssicherung in Form der LQN als allgemeiner gefasstes Konzept weiter konturiert. Mit der Anbindung an die im Regierungsentwurf auf eine Verordnungslösung umgestellten Beratungs- und Prüfvorschriften - in gleicher Weise wie zuvor in der „Richtlinienkonzeption“ - blieb es dabei, dass die vorgesehenen obligatorischen Qualitätskontrollen über die regelmäßig nachzuweisende Leistungserbringung zunächst noch der „Materialisierung“ bedurfte. Auch nach einem Gesetzesbeschluss blieb die Umsetzung der LQN abhängig von der zuvor unter Zustimmung des Bundesrates zu erlassenden Verordnung.¹²⁴⁶ Deutlich gestärkt wurde die im Referentenentwurf zuvor abgeschwächte Rolle des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung mit dem Regierungsentwurf, der mit der offensiven Formulierung des Prüfauftrages die zunächst vorgesehenen Einschränkungen wieder zurücknahm und die für wirksame Prüfungen erforderliche, unangemeldet und jederzeit mögliche Prüfung der Pflegeeinrichtungen weitgehend zuließ.

¹²⁴⁶ Auch für den über eine zu erlassende Verordnung „anzuordnenden“ Pflegeheimvergleich (§ 92a SGB XI) gilt dieses „Materialisierungserfordernis“.

Umgedeutet wurde mit dem Regierungsentwurf die „Kürzungsregelung“, die nun für nicht adäquat tätige Pflegeeinrichtungen einen Rückzahlungsbetrag vorsah und die Sanktionsregelung abermals abschwächte. Neben dem vorgesehenen Prozedere, bei dem zunächst Einvernehmen über den Betrag angestrebt werden soll, bedeutet vor allem die prozessuale Schwächung durch die mit aufschiebender Wirkung ausgestattete Klagemöglichkeit eine praktisch weitgehende Wirkungslosigkeit der ursprünglich vorgesehenen Sanktionsnorm.

2.3.2 Das - vorläufige - Politikergebnis

Das - wie sich noch zeigen sollte - *vorläufige* Politikergebnis stellte wie beabsichtigt und angekündigt eine behutsam erweiterte Gestaltung des bestehenden Qualitätssicherungssystems der Pflegeversicherung dar. Statt einer Neuordnung wurden im Ergebnis die in der Pflegeversicherung von Beginn an unverändert bestehenden „Instrumente“ auf den drei Qualitätsebenen mit dem PQsG - im Verlauf der Politikformulierung durchaus noch mit Wandlungen - angereichert:

Die *Qualitätsregeln auf der ersten Ebene* wurden im wesentlichen durch die *allgemein adressierten* Elemente der LQV, des Qualitätsmanagements sowie der Personalbemessung ergänzt. Auch die eingeführte Verpflichtung der Pflegedienste, den Pflegekassen „Änderungen des Zustandes“ der Gepflegten mitzuteilen und die gesetzlichen Vorgaben zum Inhalt des ambulanten Pflegevertrages zählen zu dieser Ebene. Die *konkret adressierten Qualitätsregelungen* wurden erweitert um die Pflicht der Pflegedienste, den ambulanten Pflegevertrag jeweils auszuhändigen. Die Pflegekassen müssen auf Antrag der Pflegebedürftigen bei schwerwiegenden Mängeln in der stationären Versorgung ein adäquates Pflegeheim vermitteln. Als Sollvorschrift wurde der Medizinische Dienst der Krankenversicherung nach seinen Möglichkeiten zur Beratung der Pflegeeinrichtungen bei der Qualitätssicherung bestimmt.

Auf der (zweiten) *Ebene der Qualitätskontrolle* wurde die Regelprüfung - zu realisieren über die noch zu erlassende Verordnung über die „Beratungs- und Prüfvorschriften“ der LQN - ergänzt und die Prüfbefugnis als Verpflichtung und Berechtigung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Rahmen des - weiterhin unverändert „anlassprüfungsgebunden“ - Prüfauftrages normiert. Zu den weiteren, durch das PQsG ergänzend vorgesehenen Kontrollinstrumenten zählen der Pflegeheimvergleich und die vom Pflegeheim auf Verlangen in einem Personalabgleich nachzuweisende Einhaltung der LQV.

Die mit dem PQsG ergänzten *Sanktionsregelungen* (dritte Ebene der Qualitätssicherung) sehen verpflichtend vor, die vereinbarten Pflegevergütungen entsprechend der Vertragsverletzung durch die Pflegeeinrichtung zu kürzen. Die Pflegeeinrichtung muss für die Kosten einstehen, die bei einem von ihr zu verantwortenden, notwendig gewordenen Wechsel des Anbieters entstehen. Speziell für den Bereich der ambulanten Pflege wurde der Pflegekasse als „Kann-Regelung“ ermöglicht, Pflegediensten die weitere Betreuung (vorläufig) zu untersagen, wenn vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung schwerwiegende Pflegemängel festgestellt wurden. Pflegebedürftige können den ambulanten Pflegevertrag innerhalb von zwei Wochen nach dem ersten Pflegeeinsatz jederzeit fristlos ohne weitere Voraussetzungen kündigen. Diese zur Stärkung der Rechte der Pflegebedürftigen eingeführte Schutzregelung ist ebenfalls zur Sanktionsebene zu zählen, da sie neben der „Mängelabwehr“ auch die Möglichkeit stärkt, auf die aus der Kundenzufriedenheit resultierende Pflegequalität einzuwirken.

Die bereits anhand der *drei Ebenen der Qualitätssicherung* der Pflegeversicherung nach Art, Umfang und Adressaten sowie den jeweiligen Rechtsgrundlagen entwickelte „*Qualitätsmatrix*“¹²⁴⁷ wird in den zusammenfassenden, nach diesen Ebenen gegliederten Übersichten um die Regelungen des PQsG ergänzt. Die mit dem PQsG beschlossenen Änderungen sind farblich gestaltet, um die Änderungen insgesamt nachvollziehen zu können und zugleich einen Gesamtüberblick über die geltenden Regelungen zur Qualitätssicherung zu ermöglichen.¹²⁴⁸

2.3.3 Defizite des beschlossenen Handlungsprogramms

Auch mit dem PQsG blieb die aus der Mittelbegrenzung auf das im Rahmen des Budgets Möglichen resultierende Einschränkung der formal anspruchsvollen Anforderungen des SGB XI an die Qualität der Pflege bestehen und determinierte so weiterhin ein auf die Wahrung von Mindeststandards gerichtetes Qualitätssicherungssystem. Der Widerspruch, in dem die Qualitätsregelungen der Pflegeversicherung durch unwirksam ausgestaltete Regelungen zur Kontrolle und ihrer Durchsetzung standen, wurde durch das PQsG nur teilweise aufgelöst. Das PQsG war unverändert an pflegerischen Mindeststandards ausgerichtet und sah mit den ergänzten Elemen-

¹²⁴⁷ Siehe in diesem Kapitel unter 1.7.1 *Die drei Ebenen der Qualitätssicherung*, Seite 309.

¹²⁴⁸ Siehe *Übersicht 15 bis Übersicht 17* unter 4.1 *Die „Qualitätsmatrix“ der Pflegeversicherung und ihre Erweiterung durch das PQsG* auf den Seiten 370 bis 376.

ten im Grunde lediglich erweiterte Möglichkeiten vor, um schweren Pflegemängeln deutlicher begegnen zu können. Damit wurde das Instrumentarium auf der Ebene der Beendigung unhaltbarer Zustände stärker auf die Verhinderung besonderer, deutlich die Mindeststandards unterschreitender Missstände gerichtet, die offensichtlich geworden waren.

Der im Referentenentwurf mit dem Hinweis¹²⁴⁹ auf die Koalitionsvereinbarungen eher als „Eigenwerbung“ zu verstehende Begründungs- bzw. Rechtfertigungsansatz für die Gesetzesinitiative traf zwar nicht vollständig zu. Durch die dort allgemein gehaltene Formulierung konnte diese Begründung bzw. Verknüpfung aber genutzt werden, ohne dass dies „unlauter“ gewesen wäre bzw. hätte wirken können. Zugleich wurde mit dem Rückbezug auf die Koalitionsvereinbarungen aber auch die dort konkret handlungseinschränkende Mittelknappheit für die Änderungspläne konstitutiv.¹²⁵⁰

Bereits von vornherein vergab sich der Entwurf die Option einer nachhaltig wirkenden, vor allem auch wirksam werden könnenden qualitativen Verbesserung der Pflegequalität, indem diese mit dem PQsG resignierend als „nicht hineinkontrollierbar“ bewertet wurde. Prägend bzw. von starker Wirkung auf die Gestaltung des PQsG muss hierbei auch die - mit der Koalitionsvorgabe selbst aufgestellte und begrenzende - Prämisse eines engen finanziellen Handlungsrahmens gesehen werden. Die aus den Änderungen des PQsG - vornehmlich auf der Kontrollebene - resultierenden Mittelverordnungen sollten ohne zusätzliche finanzielle Mittel innerhalb des bestehenden Budgets erbracht werden. Bemerkenswerterweise wurde dabei auch der innere Widerspruch - ebenfalls von Beginn an - durchgängig formuliert und somit fortgeführt, wonach die Bedarfe nicht vom Budget begrenzt sein sollten.¹²⁵¹

Bei dem bereits im Eckpunktepapier angekündigten und somit von Beginn an vorgesehenen „Instrument“ der LQV war zunächst unklar, was die Regelung beabsichtigen sollte. Gleichwohl wurde es erklärtermaßen zu einem zentralen Element der Reform erhoben. Erst mit dem Referentenentwurf wurde klargestellt, dass es sich ledig-

¹²⁴⁹ Siehe zuvor *Fn. 1126 (Seite 318)*.

¹²⁵⁰ Siehe dazu zuvor im *Kapitel 4* unter *3.1.2 Regierungsprogramm für die Entwicklung der Pflegeversicherung (Seite 225)*. Die seinerzeitigen Koalitionsvereinbarungen zur Pflegeversicherung können durchaus als ambitioniert bezeichnet werden. Das ist kein Widerspruch zu den einschränkenden Hinweisen zuvor. Denn zumindest im Vergleich zu den weiteren Vereinbarungen, stellten die dort formulierten Pläne durchaus den ambitioniertesten Handlungsplan zur Weitergestaltung der Pflegeversicherung dar.

¹²⁵¹ Siehe in diesem Kapitel zuvor (*Fn. 1119, Seite 318*) sowie die in ähnlicher Weise bereits bei Gesetzlegung in einem inneren Widerspruch formulierte Anforderung, der vom Budgeterfordernis unbeschädigt zu leistenden Pflege (siehe *Fn. 982, Seite 278*).

lich um eine Ergänzungsregelung handelt, um im weiteren Verlauf konkretisierende Erläuterungen „nachzulegen“ und für dieses Regelungsdetail zu werben. Im Kern handelt es sich bei den LQV um ein Gestaltungsdetail, mit dem die Verbindlichkeit erhöht und eine klarere und eindeutige Bindung an die vereinbarten Festlegungen bzw. Vorgaben, die sich aus dem Versorgungsvertrag und den Pflegesatzvereinbarungen ergeben, realisiert werden soll. Zu den Inhalten des zu vereinbarenden Versorgungsvertrages wurde schon in der Gesetzesbegründung zur Einführung der Pflegeversicherung vorgegeben, dass diese den erforderlichen pflegerischen und sonstigen Betreuungsumfang der zu versorgenden Versicherten und die erforderliche Ausstattung zu berücksichtigen haben.¹²⁵² Die Anforderungen der LQV stellen insofern eine Detaillierung dieser Grundanforderungen dar, um die Vertragsgestaltung klarer zu regeln, aber insbesondere auch, um Maßnahmen wie den Personalabgleich oder die ggf. erforderliche Kürzung der Pflegevergütungen tragfähiger zu gestalten. Erst in diesem Kontext entfalten sie ihren tatsächlichen Regelungszweck. Dieser wurde - so ist kritisch anzumerken - auf den Bereich der stationären Leistungen beschränkt, während für den ambulanten Bereich mit dem PQsG auf adäquate Vorgaben verzichtet wurde.

Der Versuch, über gesetzlich vorgebbare Normen zu einer stärkeren Konturierung der Standards und ihrer Durchsetzung bzw. Realisierung - auch durch stärkere, entschiedenerere Sanktionierung - zu gelangen, wurde insoweit mit dem PQsG allenfalls „halbherzig“ unternommen. Die Gestaltungsinitiative verzichtete (weiter) darauf, selbst konkrete Qualitätsstandards gesetzlich vorzugeben und das regelmäßige Kontrollverfahren zu regeln. Vorgesehen war zunächst, dieses Regularium im Rahmen der Selbstverantwortung über zu beschließende Richtlinien von den Spitzenverbänden der Pflegekassen¹²⁵³ selbst festzulegen zu lassen - möglichst im Einvernehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen. Erst durch die Fassung im Regierungsentwurf wurde diese „Gestaltungszuständigkeit“ an die Bundesregierung übertragen, die ermächtigt wurde, konkrete Vorgaben über die Verordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen zu erlassen.

Gleichwohl wurden auf der Kontrollebene erkannte und bestehende Defizite aufge-

¹²⁵² Bundestags-Drucksache 12/5262, S. 135 f. .

¹²⁵³ Unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger, der kommunalen Spitzenverbände sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.

griffen. Mit dem vorgegebenen Nachweisverfahren der LQN wurde zumindest ein regelmäßiges Kontrollverfahren vorgesehen, dass freilich zu seiner Wirksamkeit der (noch) zu beschließenden Verfahrensdetaillierungen durch die Verordnung bedurfte. Dieser „Realisierungsvorbehalt“ wurde zwar seinerzeit nicht als widrig angesehen - die zu erlassende Verordnung sowie die dafür erforderliche Zustimmung des Bundesrates schienen den Gesetzesinitiatoren seinerzeit eher als eine reine Formsache zu gelten -, konnte sich aber als Problem erweisen, wenn die in der Gesetzesbegründung fraglos vorausgesetzte Umsetzung der Verordnung zum Inkraftsetzen des damit verbundenen Prüf- und Kontrollregulariums an der versagten Zustimmung des Bundesrates scheitern würde. Dadurch, dass die - im Gesetzentwurf zum „zentralen Dreh- und Angelpunkt“ erklärten - LQN mit dieser Verordnungsermächtigung verwoben und verbunden waren, blieb das Konzept für ein regelmäßiges Kontrollinstrumentarium des PQsG von dieser Zustimmung abhängig und „suspendierbar“ - trotz des beschlossenen PQsG konnte es somit zur faktischen Wirkungslosigkeit bestimmt werden. Gleiches galt für die ebenfalls als Verordnungslösung gestaltete Anordnung des Pflegeheimvergleichs. Dieses Wagnis wurde entweder nicht gesehen oder eben bewusst eingegangen.

Neben der Abhängigkeit von der zum wirksam werden erforderlichen, nach dem PQsG noch zu beschließenden Verordnung sahen die beschlossenen Regelungen des PQsG somit zugleich auch die Chance vor, das Manko eines bis dato defizitären, weitgehend ungeregelten und beliebigen Kontrollverfahrens zu beenden, mit dem lediglich die „Auffälligkeitsgrenze“ markiert werden konnte. Immerhin wurden mit dem PQsG verbindlich die im Rahmen des Prüfauftrags für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorgesehenen Kontrollbefugnisse konkretisiert und die - wenn auch in (zu) langen Zeitabständen von drei Jahren - obligatorische Berichterstattung über die Ergebnisse der Prüfungstätigkeit SGB XI etabliert.

Auf der Sanktionsebene ist zunächst zu konstatieren, dass auf die ebenfalls grundsätzlich in Erwägung zu ziehende Option positiver Sanktionen von Beginn an verzichtet wurde. Dies überrascht insofern, als für die Ausgangssituation zutreffend erkannt und ausgeführt wurde, es seien nicht nur Mängel festzustellen, sondern im Gegenteil auch sehr wohl engagierte und gute Pflege. Eine Belohnung oder ein positives Anreizsystem wäre in dieser Situation durchaus ein weiteres, wirksames Steuerungselement. Dafür hätte jedoch auch ein Bewertungsverfahren inklusive einer zu-

ständigen Prüfinstanz installiert werden müssen, was zu seiner Umsetzung fraglos einen weiteren Mitteleinsatz erforderlich machen würde. Ansatzweise mag ein solches Gestaltungselement in der zunächst geplanten Option trägereigener, eigenverantwortlicher Prüfungen gesehen werden, mit dem die Träger bzw. diejenigen Einrichtungen insofern für ihre vorbildlich praktizierten Eigenprüfungen belohnt worden wären, als diese darauf hätten zurückgreifen können, während andere Träger und Einrichtungen zur Umsetzung dieser Regelungsvorgabe erst noch einen zusätzlichen Aufwand hätten betreiben müssen. Allerdings - und das zeigt die Sensibilität und die zum gelingenden Wirken erforderliche Umsicht bei der Konzeption solcher Regelungen auf - hätte insbesondere auch die Gefahr „beliebiger“ Zertifizierung gedroht, mit der sich Heime von Pflichtkontrollen „quasi“ hätten freikaufen können. Durch ein ansonsten von Kontroll- bzw.- Prüfregelungen unflankiertes Verfahren freiwilliger und selbstverantworteter Prüfung hätte zugleich die weitere Gefahr bestanden, eine genau gegenteilige Wirkung zu erzielen. Kontraproduktiv würde sich etwa das Ergebnis zeigen, wenn beispielsweise Anbieter, die kapitalstark genug sind, sich die Zertifizierung leisten zu können, eben genau diese Mittel durch Einsparungen bei ihren „Kunden“ verfügbar machen oder zuvor gemacht haben. In diesen Fällen würde sich der gänzlich unerwünschte Effekt einstellen, dass sich Anbieter nicht nur mit einem nicht zutreffenden Zertifikat „freikaufen“ könnten, sondern dies auch noch auf Kosten und zu Lasten der Versorgung der Pflegebedürftigen unternehmen.

Die anfänglich auf der Sanktionsebene vorgesehene Maßnahme, vertragswidrigen Leistungserbringern deren Vergütungen entsprechend der Schlecht- oder Nichtleistung über eine Rückerstattungsregelung zu kürzen, wäre eine wirksame und im Grunde auch nicht weniger als naheliegende Steuerungsoption gewesen, um als Negativsanktion die Selbstverständlichkeit der einzuhaltenden versorgungsvertraglich bestehenden Pflichten durchzusetzen. Auf eine solche - vertragsgestalterisch dem Grunde nach ohnehin selbstverständliche - Regelung, wie ebenfalls die Kostentragungspflicht bei zu vertretenden Mängeln, bereits im bestehenden Qualitätssicherungssystem verzichtet zu haben, ist ohnehin schon fragwürdig gewesen. Spätestens ab dem Zeitpunkt - wie beschrieben - als der anfänglich noch plausible Grund entfallen war, prioritär eine funktionierende Infrastruktur für die pflegerische Versorgung schaffen zu müssen, lässt sich diese Unzulänglichkeit nicht mehr rechtfertigen.

Der Wirkungsgrad der ursprünglich vorgesehenen Kürzungsregelung wurde jedoch

in jeder Phase der Gesetzesentwicklung sukzessive „herabgestuft“ bis hin zu dem schließlich beschlossenen Prozedere, das vor allem hinsichtlich seiner prozessualen Umsetzbarkeit eine weitgehend von ihrer Durchsetzungskraft befreite und somit faktisch wirkungslose Sanktion zum Ergebnis hatte. Mit dem so geschwächten und degradierten Regelungskonzept trat mit dem PQsG im Ergebnis neben das bestehende Instrument der „Letztsanktion“ lediglich ein seiner Natur nach eben so schwach ausgestaltetes weiteres Element auf der Sanktionsebene hinzu, mit dem diese Ebene - trotz einer im Gesetz normierten, nun auch gestaffelten aber eben weitgehend nur theoretischen Sanktionsmöglichkeit - insgesamt weiter „herabgeregelt“ bleiben musste. War der Fokus der Sanktionsebene bis zum PQsG nur auf die mindestens erforderlichen Handlungsmöglichkeiten bei Pflegemängeln gerichtet, konnte dieser mit der zusätzlichen Kürzungsregelung in der mit dem PQsG beschlossenen, deutlich eingeschränkten Praktikabilität kaum erweitert werden. De facto mussten die so angelegten Regelungen - weiterhin - untauglich dabei bleiben, wenigstens die pflegerischen Mindeststandards abzusichern bzw. durchzusetzen.

Mit der fortgesetzten Schwächung der ursprünglich beabsichtigten Kürzungsregelung wurde offenbar dem Druck nachgegeben, dass aus einer ausgesprochenen und durchgesetzten Kürzungsmaßnahme Nachteile bei der pflegerischen Versorgung oder gar deren Wegfall resultieren könnte. So jedenfalls liest es sich in der Gesetzesbegründung, in der für den „Schwenk“ geltend gemacht wurde, eine Minderung der Pflegevergütung würde sich insbesondere im Personalbudget der Pflegeeinrichtung auswirken und habe damit automatisch eine Schwächung der Pflegequalität zur Folge. Dies war bereits der Ansatz mit dem nach dem Grundsatz „lieber schlechte Pflege als gar keine Pflege“ das Qualitätssicherungssystem bei Einführung der Pflegeversicherung mit einem „unscharfen“ Sanktionsinstrument ausgestattet wurde. Der Normgeber rückte jedoch auch bei der Gestaltung des PQsG nach und nach von seiner ursprünglichen Absicht ab und ließ im Ergebnis eine „heruntermodellerte“ Kürzungsregelung zurück. Mit dem Verzicht auf eine wirksame Sanktionsregelung blieb auch das PQsG in dieser Handlungslogik gefangen, die grundsätzlich nur zum Zweck einer prioritär zu schaffenden pflegerischen Infrastruktur in den Anfängen der Pflegeversicherung zu rechtfertigen war. Zu einem späteren Zeitpunkt bedeutet eine solche Herangehensweise stets, dass die nicht auf der ersten und zweiten Ebene der Qualitätssicherung realisierte Pflegequalität unregulierbar, beliebig und nicht einfor-

derbar bleibt.

Diese im Ergebnis mit dem PQsG beschlossene „Unfertigkeit“ auf der Sanktionsebene blieb in der Logik der Regelungsinitiative gleichwohl schlüssig. Es entsprach durchaus dem zugrunde gelegten Konzept, die Kürzungsregelung in einer kaum noch wahrnehmbaren Bedeutungslosigkeit und damit überwiegend nur noch symbolisch wirksam modelliert zu haben. Die in der Prosa deutlich gemachte Intention, die ein partnerschaftliches Miteinander der Umsetzungsverantwortlichen propagierte, setzte darauf, dass die Pflegequalität aus und in den Einrichtungen entwickelt wird. Die Betonung lag also vor allem auf der ersten Ebene der Qualitätssicherung (Qualitätsregeln) sowie der daran anknüpfenden Beratungs- und Prüfregelungen auf der zweiten Ebene (Kontrolle). Wenn dort - so ist in dieser, dem PQsG zugrundegelegten Logik zu schließen - keine Pflegequalität entsteht, kann sie auch nicht mehr auf der dritten Ebene (Sanktion) in das System „hineinsanktioniert“ werden. Das ist zwar in sich schlüssig, jedoch zugleich auch das anfänglich entscheidende Manko in der konzeptionellen Ausgestaltung des PQsG.

Denn es lässt sich ja gleichwohl das eine unternehmen und insoweit auch die gesetzestreu bzw. im Sinne des Gesetzes agierenden Pflegeeinrichtungen in ihrem Wirken unterstützen und befördern und zugleich für die Fälle der nicht den Vorgaben der Pflegeversicherung, d.h. nicht den Vereinbarungen des Versorgungsvertrages entsprechenden „Mangelleistung“ ein dementsprechendes Sanktionierungssystem gestalten. Allein darauf zu setzen, Mängel ließen sich einvernehmlich im gegenseitigen Benehmen der Akteure beseitigen, war angesichts der vorliegenden Befunde fahrlässig und dem Verständnis der Pflegeversicherung widersprechend. Die durchaus ambitionierten Gestaltungsansätze des PQsG wurden auf dieser Ebene entscheidend geschwächt. Mit dem Verzicht auf wirksame (Sanktions-)Regelungen zur Durchsetzung der qualitativen Mindeststandards sowie der im Ergebnis auf der Sanktionsebene beschlossenen Fortführung weitgehender Wirkungslosigkeit blieb die an den Regelungsgeber gerichtete Verpflichtung, hierfür den - gesetzlich regulierten - Mindestrahmen zu garantieren, auch mit dem PQsG weiter unerfüllt. Die bereits im Zusammenhang mit dem schwach ausgestalteten Konzept der „Letztsanktion“ ausgeführten Defizite (keine weiteren Strafen, etc.) blieben ebenfalls vom PQsG unbearbeitet. Auch die mit dem PQsG hinzugefügte, mehr als selbstverständliche Kostentragungsregelung bei zu vertretenden Mängeln, konnte in diesem weiterhin ge-

schwächten Wirkungszusammenhang lediglich „letztinstanzlich“ zum Tragen kommen. Nicht mehr und nicht weniger.

Hingegen bot die als „Negativsanktion“ vorgesehene Möglichkeit, bei festgestellten schwerwiegenden Mängeln ambulanten Pflegediensten die Betreuung Pflegebedürftiger vorläufig zu untersagen - zumal ohne weitere prozessuale Schwächung bei der Umsetzung - durchaus ein potentiell wirksames Instrument, um in dem Bereich wenigstens auffällige Defizite in der pflegerischen Versorgung abzuwehren. Ebenfalls dem Grunde nach positiv zu bewerten ist die - wenn auch der Ebene des Verbraucherschutzes zu verortende - Schutzregelung ambulant versorgter Pflegebedürftiger, mit der die „Kundenrechte“ auf der Vertragsebene gegenüber den Pflegediensten gestärkt werden sollen. Gleichwohl kann diese Maßnahme nur ein erster Schritt auf dem Weg zur Verwirklichung der wünschenswerten Stärkung der Autonomie - im Sinne der vom SGB XI grundlegend geforderten Selbstständigkeit und Selbstbestimmung - der auf fremde Hilfe Angewiesenen sein. Denn die im diesem Verständnis gehaltene Stärkung als „Marktteilnehmer“ bedarf weiterer flankierender Gestaltung. So sind die zur Wahrnehmung eigener Interessen im Kontext der einzuführenden eigenverantwortlichen Pflegebudgets aber auch insgesamt die für entsprechende Verhandlungsgestaltung erforderlichen Rahmenbedingungen hinsichtlich der „faktischen Gebrauchsmöglichkeit“ eigener Rechte zu befördern.

Insgesamt zeigt sich mit Blick auf die „Regelungsmatrix der Qualitätssicherung“ eine von den Erweiterungen durch das PQsG lediglich auf der Kontrollebene (zweite Ebene) wirklich optimierte Gestaltung. Zwar gebietet die gesetzliche Normierung eines regulierten und vor allem regelmäßigen Prüfverfahrens eigentlich nicht mehr als eine Selbstverständlichkeit - im Vergleich zum bis dato bestehenden System der Qualitätssicherung der Pflegeversicherung stellte die *vorgesehene* Leistungs- und Qualitätsnachweispflicht (LQN) der Pflegeeinrichtungen gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen jedoch eine wirkliche qualitative Ergänzung dar.

3 Implementierungsdefizite und -probleme

Zugleich wurden die LQN als wesentliches Instrument auf der Kontrollebene mit dem Handlungsprogramm des PQsG als „offener Implementationsstrang“ beschlossen - der letztlich unerfüllt blieb.

3.1 Gescheiterter Verordnungsentwurf

Die Vertreter der Spitzenverbände von Pflegekassen und Verbänden der Leistungserbringer legten dem Bundesgesundheitsministerium bereits im Januar 2002 einen gemeinsamen Vorschlag für die zu erlassende Rechtsverordnung vor. Auf der Grundlage des im April 2002 vom Ministerium erstellten Referentenentwurfs¹²⁵⁴ wurde die „Verordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen (Pflege-Prüfverordnung - PflegePrüfV)“ im Juni 2002 von der Bundesregierung beschlossen und dem Bundesrat zur Zustimmung zugeleitet.¹²⁵⁵ Die eingebrachte PflegePrüfV wich an einigen Stellen von dem Vorschlag im Referentenentwurf zur PflegePrüfV ab. Insbesondere wurde zur Qualitätsprüfung und zur Erteilung von LQN statt der ursprünglich lediglich als Hinweis vorgesehenen Prüfempfehlungen eine verbindlich anzuwendende Prüfhilfe normiert, die wesentlich an der „MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI“¹²⁵⁶ in der ambulanten und stationären Pflege orientiert war. Die notwendige Zustimmung durch die Länderkammer schien nun nur noch eine reine Formsache zu sein, so dass allgemein der Erlass der Pflege-Prüfverordnung ohne wesentliche Änderungen noch innerhalb der laufenden Legislaturperiode erwartet wurde.

Doch es kam zu Verzögerungen - der Entwurf wurde nicht zeitnah befasst. Erst am 27. September 2002 gelangte die Pflege-Prüfverordnung in der ersten Sitzung nach der Bundestagswahl auf die Tagesordnung der Länderkammer. Der Gesundheitsausschuss und der Ausschuss für Familie und Senioren hatten empfohlen, der Verordnung - mit wenigen Änderungen - zuzustimmen.¹²⁵⁷ Darüber hinaus schlug der federführende Gesundheitsausschuss eine Entschließung vor, wonach sicherzustellen sein, dass die vorgesehenen Qualitätsprüfungen die zur Verbesserung der Qualität erforderliche, intensivierete Beratung von Pflegeeinrichtungen nicht beeinträchtigen und auch die Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nicht verzögert würden.¹²⁵⁸ Dennoch erhielt die PflegePrüfV im Bundesrat (dann doch) nicht die erforderliche Zustimmung.¹²⁵⁹ Auch wies die Länderkammer mehrheitlich die Option zurück, eine Kompromisslösung gemeinsam mit dem Bundesministerium zu suchen.

¹²⁵⁴ Bundesministerium für Gesundheit (2002).

¹²⁵⁵ Bundesrats-Drucksache 588/02.

¹²⁵⁶ Siehe in diesem Kapitel in Fn. 1040, Seite 280.

¹²⁵⁷ Bundesrats-Drucksache 588/1/02, S. 1-4.

¹²⁵⁸ Ebd., S. 4.

¹²⁵⁹ Deutscher Bundesrat - Plenarprotokoll 780, S. 456 (Bundesrats-Drucksache 588 02).

Die Länder Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Hessen, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen forderten in einer Protokollerklärung¹²⁶⁰ eine grundlegende Überarbeitung des Gesetzes. Bereits bei dem Beschluss über das PQsG seien die Weichen falsch gestellt worden - der übermäßige bürokratische Aufwand sei abzulehnen. Für die unionsgeführten Länder war insbesondere der Leistungs- und Qualitätsnachweis nicht tragbar, da er in keinem Verhältnis zu seinem Nutzen stehe. Die im SGB XI vorgesehene Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die Heimaufsichten seien ausreichend.

Mit der Ablehnung wurde deutlich, dass die seinerzeit in der „Sechs-Länder-Initiative“ vorgetragene Ablehnung¹²⁶¹ keineswegs „erledigt“ war und den Koalitionären - die „ihr“ PQsG schon unter Dach und Fach sahen - wieder auf die Füße fiel. Die versagte Zustimmung bedeutete quasi einen nachträglichen Rückschlag (Niederlage) für die Gesetzesinitiative. Denn mit der unerfüllt bleibenden Prüfregelung entfiel immerhin ein wesentliches Kompositionselement (seinerzeit als „Dreh- und Angelpunkt“ bezeichnet), das nicht weniger als eine regelmäßige Zertifizierung der Qualität in der Pflegeversicherung gewährleisten und auf der „zweiten Ebene der Qualitätssicherung“ das neue Kontrollregularium sein sollte. Nicht zuletzt bedeutete die mit der ausgesetzten Einführung entfallende regelmäßige Erbringung der LQN auch, dass die dafür zu kalkulierenden Kosten der Einrichtungen in Höhe von 40 Mio. DM wegfielen.¹²⁶²

3.2 Reformulierungsinitiative: Geplante Novelle durch ein 5. SGB XI-ÄndG

Nach der unerwarteten Ablehnung der Pflege-Prüfverordnung im Bundesrat erfolgte im Juni des Folgejahres 2003 der nächste Schritt. Das Ministerium wählte dabei aber nicht den Weg, einen neuerlich überarbeiteten Verordnungsentwurf vorzulegen, sondern schlug ein Änderungsgesetz vor.

3.2.1 Handlungsbedarf und Referentenentwurf

In dem Referentenentwurf für ein 5. SGB XI-ÄndG wurde zunächst auf das drohende Leerlaufen der Regelung über die LQN hingewiesen:¹²⁶³ Es sei Rechtssicherheit zu schaffen, da diese mit dem beschlossenen und in Kraft gesetzten PQsG ab Jahresbeginn 2004 für Pflegeeinrichtungen zum Abschluss von Vergütungsvereinbarungen

¹²⁶⁰ Deutscher Bundesrat - Plenarprotokoll 780, S. 463.

¹²⁶¹ Siehe in diesem Kapitel zuvor 2.2.9 *Abgelehnte Länderinitiativen* (Seite 346).

¹²⁶² Siehe in diesem Kapitel *Fn. 1219* (Seite 343).

obligatorisch werden sollten.¹²⁶⁴ Inhaltlich wurde vom Ministerium nunmehr ein geändertes Verfahren vorgeschlagen, bei dem die bisherige Regelung über die LQN vollständig wegfallen sollte. Statt dessen sollte die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, auf Verlangen die Prüfung der Qualität und der Leistungserbringung zu ermöglichen,¹²⁶⁵ um den Passus erweitert werden, wonach „spätestens alle drei Jahre“ ein Qualitätsnachweis zu führen ist. Dieser Nachweis, so die Option, könne auch ohne die Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung bzw. der von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen durch „ein geeignetes Prüftestat“ geführt werden.¹²⁶⁶ Ergänzend sollten in dem Fall auch weiterhin Stichprobenprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung möglich sein.¹²⁶⁷ An Stelle der wegfallenden Vorschrift über die LQN war ein ausführlich vorgegebenes Verfahren zur Durchführung der Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorgesehen, dessen Details durch Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen beschlossen werden sollten.¹²⁶⁸ Mit dem Wegfall der LQN sollte die Vorschrift des SGB XI über die Pflege-Prüfverordnung „verschlankt“ werden.¹²⁶⁹ Die Ermächtigung der Bundesregierung, mit Zustimmung des Bundesrates eine Rechtsverordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen zu erlassen, sollte gleichwohl, nun jedoch ohne weitere Detailregelungen beibehalten werden.¹²⁷⁰

Der Vorschlag für ein 5. SGB XI-ÄndG gelangte über die Entwurffassung des Ministeriums jedoch nicht mehr hinaus.

3.2.2 Politikergebnis

Das Ministerium war mit seinem Entwurf eines 5. SGB XI-ÄndG zu dem Zeitpunkt somit bereit, ein weiteres „Kernelement“ der ursprünglichen PQsG-Philosophie preis-

¹²⁶³ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003a), S. 1.

¹²⁶⁴ Seit dem PQsG geregelt in § 113 Abs. 5 SGB XI.

¹²⁶⁵ § 112 Abs. 3 SGB XI (ursprünglich in § 80 Abs. 2 Satz 2 und 3 SGB XI gefasste und mit dem PQsG leicht erweiterte Regelung).

¹²⁶⁶ Als „Steuerungsinstrument“ mag die ebenfalls geänderte Kostenregelung gesehen werden: Die in § 116 SGB XI vorgesehene Übernahme der Kosten für die LQN nach § 113 SGB XI sollte nur für optionale Testatprüfung anfallen, während die „Regelprüfung“ durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bzw. der von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen von (zusätzlichen) Kosten frei bleiben sollte (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003a), S. 10).

¹²⁶⁷ Zur ausführlicheren Erläuterung dieses ausdrücklich als Kernvorschrift bezeichneten Änderungsvorschlags siehe Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003a), S. 16 f. .

¹²⁶⁸ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003a), S. 7-9 sowie 18 f. .

¹²⁶⁹ § 118 SGB XI.

zugeben bzw. umzuwidmen und sich dem „zusätzlichen“ LQN-Instrument mit einem direkt an die Qualitätsprüfung gekoppelten Nachweis - der damit allerdings auch eine automatische Turnusregelung beinhaltet hätte - „zufrieden zu geben“. Gleichzeitig wurde damit auch anerkannt, dass das PQsG in seiner ursprünglich beabsichtigten Regelungskonzeption hinsichtlich der LQN faktisch nicht durchsetzbar war - auch und vor allem mit Blick auf die aus Sicht der Regierungskoalition dramatisch geschwächte Position im Bundesrat. Damit haben sich letztlich die Stimmen durchgesetzt, die dem Gesetzgeber dies - eigentlich von Beginn an - als unnötige und unerwünschte Überregelung vorgehalten¹²⁷¹ hatten. Die externe Prüfung blieb damit reduziert auf das was vorher galt - eine regelmäßige obligatorisch-zertifizierende Prüfung blieb weiterhin ausgeschlossen. Weiterhin blieb es bei einem weitgehend beliebigen und unregulierten Verfahren, das vornehmlich Anlassprüfungen vorsieht. Mit den Ergänzungen des PQsG wurden lediglich die Prüfbefugnisse des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung konkretisiert und die regelmäßige Berichterstattung auf der Ebene der Spitzenverbände etabliert. Mit dem Scheitern der Reformulierungsinitiative zeigte sich endgültig, dass es im Rahmen des PQsG nicht gelungen ist, ein regelmäßiges Qualitätsprüfungsverfahren für die Leistungsanbieter in der Pflegeversicherung zu justieren.

3.3 Der „Runde Tisch Pflege“

Der „Runde Tisch Pflege“ wurde im Oktober 2003 eingerichtet.¹²⁷² Die „Initiative für mehr Qualität und Sicherheit in der Pflege“ sollte binnen zwei Jahren als informelle und beratende Plattform - Verantwortliche aus Politik von Bund, Ländern und Kommunen, von Kosten- und Einrichtungsträgern, aus Pflegeberufen sowie Betroffene einbeziehend - praxis- und handlungsorientierte Vorschläge zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung erarbeiten.¹²⁷³ Die ausdrücklich außerhalb des „offiziellen Gesetzgebungsverfahrens“ entstehenden Vorschläge sollten auf der „Basis der vor-

¹²⁷⁰ Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003a), S. 20.

¹²⁷¹ Siehe beispielsweise *Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe*.

¹²⁷² Der Runde Tisch Pflege wurde offiziell am 14.10.2003 von der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Renate Schmidt, und der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, Ulla Schmidt, einberufen (*Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 67). Die Ministerien förderten die Arbeit des Runden Tisches finanziell. Die Geschäftsstelle des Runden Tisches Pflege wurde beim Deutschen Zentrum für Altersfragen eingerichtet.

¹²⁷³ *Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 67. Auch der *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* sah angesichts des zu konstatierenden Mangels an nutzerdefinierten Qualitätskriterien und dem noch zu erfüllenden Bedarf an empirischen Basiswissen für den Runde Tisch die Aufgabe, die Qualität der Pflege *offensiv zu verbessern* (*ebd.* (2005), S. 485).

handenen Finanzmittel“ rasch umsetzbar sein.¹²⁷⁴ Doch schon bei einem ersten Zwischentreffen im Frühjahr 2005 zeigten sich die Schwierigkeiten, einheitliche und konsensfähige Ergebnisse zu entwickeln.¹²⁷⁵ Im September 2005 wurden die Empfehlungen des Runden Tisches vorgestellt,¹²⁷⁶ die u.a. die Änderung bundesgesetzlicher Vorschriften, die Verbesserung der Verwaltungspraxis von Heimaufsicht und Medizinischem Dienst der Krankenversicherung sowie zum Abbau von internem Verwaltungsaufwand in den Einrichtungen enthielten. Der seinerzeit bis zum Jahresende 2005 angekündigte Beschluss über die Empfehlungen in einem Abschlussplenum fand nicht (mehr) statt.

Auch wenn der Runde Tisch Pflege nicht im direkten Zusammenhang mit dem PQsG steht, kann die ministerielle Initiative im Oktober 2003 doch auch im Lichte der unerfüllten Implementationsstränge gesehen werden. Ausdrücklich als informelles Gremium „unabhängig vom Gesetzgebungsverfahren“ installiert, mag hier der Versuch gesehen werden, zumindest auf fachpraktischer Ebene Diskussion und Kooperation zu ermöglichen, um die unerfüllte Implementation zu kompensieren. Zumindest an die für die pflegerische Versorgung Verantwortlichen richteten die Ministerien (vornehmlich das für die Gestaltung der Pflegeversicherung zuerst verantwortliche Bundesministerium für Gesundheit) damit das Signal, die fortdauernd angekündigte Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ernsthaft und wirksam zu betreiben. Die Empfehlungen des Runden Tisches Pflege - so Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt - sollten u.a. als Basis für die seinerzeit noch zum Herbst 2005 anvisierte Reform der Pflegeversicherung dienen. Doch diese, nach der abgesagten Reform bereits zum Jahresbeginn 2004, neuerlich angepeilte Zielperspektive fiel schon allein wegen der dann - eben so - überraschend angesetzten Neuwahl erst einmal wieder aus.

3.4 „Überregelung“ des Systems?

Aus der Praxis wurde die gesetzgeberische Maßnahme zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements zwar fachlich als richtig begrüßt, jedoch auf

¹²⁷⁴ Bundestags-Drucksache 15/4125, S. 67.

¹²⁷⁵ So kritisierten die Pflegeverbände, dass sie allein verantwortlich gemacht werden sollten. Forderungen nach Selbstbestimmung und Privatheit - beispielsweise im Doppelzimmer eines Heims - könnten in der Praxis kaum realisiert werden (*Richter*).

¹²⁷⁶ Die Arbeit des Runden Tisches erfolgte in vier thematischen Arbeitsgruppen: Arbeitsgruppe I: Stationäre Betreuung und Pflege, Arbeitsgruppe II: Ambulante Betreuung und Pflege, Arbeitsgruppe III: Entbürokratisierung und Gesetzgebung sowie Arbeitsgruppe IV: Charta für pflegebedürftige Menschen. Die Empfehlungen wurden am 12.9.2005 auf einer Fachtagung u.a. durch das Deutsche Zentrum für Altersfragen als Geschäftsstelle des Runden Tisches Pflege vorgestellt.

das angesichts der schwierigen personellen Ausstattung in den stationären Einrichtungen bestehende Problem der Umsetzung hingewiesen. Vielfach binde die Implementierung eines internen Qualitätssicherungssystems die zeitlichen und finanziellen Ressourcen. Die Erfüllung der Dokumentationspflichten binde kostbare Zeit, die dann für die eigentliche Pflege fehlt. Und oft erfolgt die Dokumentation lediglich zu dem Selbstzweck, den Anforderungen des Gesetzes genüge zu tun.¹²⁷⁷ Der Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe ermittelte, dass nur noch 62 Prozent der Arbeitszeit der Pflegenden auf die „praktische Pflege“ entfällt.¹²⁷⁸ Die Umsetzung der vom Gesetz intendierten Regelungen läuft damit vielfach leer.

Hier wäre das wenig zielführende Ergebnis der Regelungsvorgaben tatsächlich vielfach, dass eine „drittklassige Pflege erstklassig beschrieben“¹²⁷⁹ wird.

Die LQN waren - wie weitere Elemente des PQsG auch - als das vorhandene Instrumentarium unnötig doppelnd und bürokratisierend kritisiert worden. Die Elemente der Überbürokratisierung wurden zu Beginn des Jahres 2006 in einem Antrag noch einmal zusammengefasst angesprochen.¹²⁸⁰ Darin wurde u.a. kritisiert, dass für das Betreiben einer Pflegeeinrichtung - so die Antragsteller - „hunderte Vorschriften relevant“ seien. Zwar sei die Struktur und auch die Prozessqualität geregelt, nicht hingegen die Ergebnisqualität. Bis dato - so in dem Antrag weiter - solle ein hohes Qualitätsniveau über Gesetze und Verordnungen „in die Einrichtungen quasi hineinreguliert“ werden. Die Pflegeeinrichtungen würden ebenso wenig als Dienstleister betrachtet wie Pflegebedürftige als Kunden oder Nachfrager. Prüfungen fänden unabgestimmt und unkoordiniert statt und seien oftmals weniger sachlich orientiert, sondern von persönlicher Willkür der Prüfenden bestimmt. Nach den bestehenden Regelungen werde mit der Pflegedokumentation in den Einrichtungen „überdokumentiert“, ohne dass diese Dokumentation zielführend sei und zumeist nur der (vermeintlichen) haftungsrechtlichen Absicherung diene.¹²⁸¹ Zu den ebenfalls seit und mit dem PQsG initiierten und gesetzlich verfassten Mitwirkungs- und Informationsrechten wurde ein vernichtendes Urteil formuliert: Diese wirkten faktisch gar nicht - ohne dass damit

¹²⁷⁷ Graber-Dünow fordert in diesem Zusammenhang eine Überprüfung bürokratischer Vorschriften sowie die dafür erforderlichen personellen und finanziellen Mittel, um zu verhindern, dass Pflegedokumentation und Pflegeplanung von einem unverzichtbaren Element der Qualitätssicherung zum Selbstzweck degradiert werden und damit die Qualitätsentwicklung behindern (*ebd.*, S. 28).

¹²⁷⁸ Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V., S. 3 (zitiert nach Graber-Dünow, S. 28).

¹²⁷⁹ Bundestags-Drucksache 14/6308, S. 31.

¹²⁸⁰ Bundestags-Drucksache 16/672, S. 1 f. . Siehe dazu auch *Das Parlament* vom 6.3.2006.

wirkliche Mitbestimmungsrechte einhergehen, werde in der Praxis tatsächlich nur der Aufwand gesteigert. Die Bewohner seien dementsprechend verunsichert. Konkret wurde u.a. gefordert, die Praxistauglichkeit des mit dem PQsG eingeführten Instrumentariums zu prüfen - als mögliche zu streichende Elemente wurden in dem Antrag die LQN und LQV benannt.¹²⁸² Hinsichtlich der Vorgehensvorschläge waren die Hinweise in dem Antrag stark von den vorliegenden Arbeitsergebnissen des Runden Tisches Pflege inspiriert.

Der Runde Tisch Pflege¹²⁸³ hatte bereits im Herbst 2005 in seinen Empfehlungen zu den LQVn Stellung genommen: Sie seien durch die detaillierten Leistungsbeschreibungen zwar grundsätzlich zur Entbürokratisierung geeignet, doch fehle es an der Umsetzung. Nur wenigen Vertragsparteien sei es bis dato gelungen, die Versorgungsverträge durch die Beschreibungen der Leistungen und ihrer Qualität zu konkretisieren. Ohne vereinbarte Leistungskataloge und Ausstattungsmerkmale für Pflegeeinrichtungen fehle die Grundlage für aussagekräftige LQVn. Der Runde Tisch Pflege empfahl daher, die LQVn *in dieser Form* als unnötige Bürokratie abzuschaffen, da sie ihr mit dem Gesetz intendiertes Ziel nicht erreicht und sich in der Praxis nicht bewährt hätten.¹²⁸⁴ Weiterhin wurde von der Arbeitsgruppe III zur „Entbürokratisierung der Pflege“¹²⁸⁵ empfohlen, die Inhalte der Prüfungen durch die Heimaufsicht und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung eindeutig abzugrenzen und aufeinander abzustimmen.¹²⁸⁶ Da es keinen vergleichbaren Prüfkatalog für alle Heimaufsichtsbehörden gibt, bewerten der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die Heimaufsicht vielfach den gleichen Sachverhalt unterschiedlich. Der Runde Tisch Pflege schlug daher zur Harmonisierung dieses Systems öffentlich-rechtlicher Prüfungen ein einheitliches und abgestimmtes Verfahren vor, wonach die obligatorische jährliche Prüfung der Heimaufsicht als „Basisprüfung“ vorgenommen wird. Deren Ergebnisse sollten dann die Grundlage für den vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung festzulegenden Bedarf für dessen Prüftätigkeit bil-

¹²⁸¹ Bundestags-Drucksache 16/672, S. 2.

¹²⁸² Ebd., S. 3.

¹²⁸³ Siehe zuvor in diesem Kapitel unter 3.3 Der „Runde Tisch Pflege“, Seite 362.

¹²⁸⁴ Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.) Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege 2005, S. 30.

¹²⁸⁵ Siehe oben (Fn. 1276, Seite 362)

¹²⁸⁶ Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.) Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege 2005, S. 5-7. Die Vorschriften des mit dem PQsG eingeführten § 117 SGB XI werden in der Praxis noch nicht ausreichend abgestimmt angewandt bzw. diese Vorschrift über die Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht sei noch nicht wirksam genug gefasst.

den.¹²⁸⁷ Bei der externen Qualitätsprüfung - so die Empfehlungen des Runden Tisches weiter - sei das jeweilige interne Qualitätsmanagement zu berücksichtigen. Klar definierte Qualitätsanforderungen und einheitliche Nachweisbogen könnten widersprüchliche Anforderungen und Anordnungen der Prüfinstanzen vermeiden.¹²⁸⁸ Auch sollten allen ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen nachvollziehbare und überprüfbare Kriterien für die Pflegedokumentation an die Hand gegeben werden, die in Abstimmung mit den Prüfkriterien des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu erarbeiten und zu verabschieden sind. Damit solle die vielfach anzutreffende Über- und Mehrfachdokumentation ohne handlungsleitenden und fachpraktischen Sinn vermieden werden.¹²⁸⁹ Zudem wies der Runde Tisch Pflege auch darauf hin, dass es bis dato noch keine ausreichend systematisierten und gesicherten Erkenntnisse über den Umfang des bürokratischen Aufwandes in der Pflege gibt. Die Klagen der Praxis über zuviel Bürokratie seien auch durch Mängel in der internen Arbeitsorganisation verursacht.¹²⁹⁰

3.5 Offen gebliebene Implementation

Die offene Implementation führte zu einem unerfüllten Handlungsstrang, der sich auch nach Inkrafttreten des PQsG nicht (mehr) erfüllen ließ. Sukzessive scheiterte das auf der Kontrollebene als wesentliches Instrument vorgesehene Handlungsprogramm an der versagten Verordnung des Bundesrats (PflegePrüfV), an der nicht weiter verfolgten Reformulierungsinitiative (für ein 5. SGB XI-ÄndG) und schließlich durch die nicht durchwirkende, „außerparlamentarisch“ auf der Fachebene angesiedelte Initiative des „Runden Tisches Pflege“. Im Spätherbst 2004 konstatierte die Bundesregierung in ihrem Dritten Bericht zur Entwicklung der Pflegeversicherung ernüchtert einen ins Stocken geratenen Umsetzungsprozess des PQsG.¹²⁹¹ Im Gefolge des PQsG kann der offene Implementationsstrang in diesem Verlauf erst mit dem Ende der Rot-Grünen Regierung nach der Bundestagswahl im Herbst 2005 endgültig

¹²⁸⁷ *Ebd.*, S. 6 f. .

¹²⁸⁸ *Ebd.*, S. 9.

¹²⁸⁹ *Ebd.*, S. 15-20. Zur Bündelung der vielfältigen Ansätze und Aktivitäten zur Weiterentwicklung von Pflegedokumentationssystemen schlug der Runde Tisch Pflege vor, einen Expertenstandard „Dokumentation des Pflegeprozesses“ zu erstellen und legte dazu als Handlungsempfehlung einen von ihm entwickelten Leitfaden vor (*ebd.*, S. 17-20).

¹²⁹⁰ *Ebd.*, S. 10. Der Runde Tisch Pflege wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sich die Leistungserbringer in der Pflege als Sozialunternehmen verstehen sollen und führte die aus seiner Sicht dafür wichtigen Elemente auf (*ebd.*, S. 11-14).

¹²⁹¹ *Bundestags-Drucksache 15/4125*, S. 28. Auch die Verordnung über einen Pflegeheimvergleich (§ 92a SGB XI) stand weiter aus.

als unerfüllt und die damit verbundene Handlungsinitiative insoweit als beendet angesehen werden.

In dieser Phase, in der eine Überarbeitung im Zuge der anvisierten nächsten Reform der Pflegeversicherung angekündigt und erwartet wurde, verdichteten sich im Frühjahr 2004 die Zeichen für eine Überarbeitung der Pflegeversicherung kurzzeitig, um kurz danach wieder zurückgenommen zu werden. Das ganze Jahr 2004 hindurch gelangten - wenig vertrauenserweckende - Signale aus Regierungskreisen an die Öffentlichkeit, wonach in der Taktfolge nach der Umsetzung der „Mini-Reform“ (das KiBG) ab dem Jahr 2005 für eine anstehende Überarbeitung der Pflegeversicherung wieder Raum wäre. Diese wurden - im Frühjahr 2005 - auch mit Blick auf die zweite Halbzeit der Legislatur und die sich abzeichnende Neuwahl etwas verstärkt. Deutlich wurde der im Rahmen der Verordnungsermächtigung zu regelnde Pflegeheimvergleich ausgeschlossen - die Umsetzung des vom Ministerium vorgeschlagenen 5. SGB XI-ÄndG sei noch unabgestimmt.¹²⁹² Mit der überraschend vorgezogenen Bundestagswahl im Herbst 2005 entfiel dann jedoch jegliche Option auf eine mögliche Ausgestaltung.

Für die Pflegekassen, vor allem aber für die Einrichtungen war in dieser Zeit gänzlich unbestimmt, wie das mit dem PQsG vorgesehene externe Prüf- und Nachweisverfahren zu gestalten sein würde bzw. welche Maßgaben dabei zu gelten haben. Viele Träger verfuhrten in dieser ungeklärten Situation nach ihren internen Regelungen - soweit vorhanden - weiter: so lange, so die Erwartungshaltung, bis eine entsprechende Handhabung gesetzlich geregelt sein würde. Insgesamt mussten die Einrichtungen damit über vier Jahre auf eine Regelung und eine angekündigte Umsetzung des Prüfungsverfahrens warten - und dann noch ergebnislos.

Für die unvorhersehbare Konstellation nach der vorgezogenen Bundestagswahl war damit für den Bereich der Pflegeversicherung bis auf weiteres kein weiterer Gestaltungsimpuls mehr zu erwarten. Es ist also eine ähnliche Verharrensituation wie schon im Jahr 2002¹²⁹³ zu konstatieren. Und es folgte mit der Regierungsbildung im Herbst 2005 eine ähnlich überraschende „Weitermachtsituation“, bei der sich die

¹²⁹² So die Hinweise der Bundesgesundheitsministerin zu den Fragen im Zusammenhang mit der nach Ablauf des Jahres 2004 für die Träger relevanten Frage, wie diese sich nun zu der unerfüllten Regelung über die LQN zu verhalten haben bzw. was zu erwarten sei (*durchblick*).

Bundesgesundheitsministerin als Siegerin fühlen durfte. Konnte sie doch ihr Ressort - fast als ob nichts geschehen sei - weiterführen. Für die Pflegeversicherung und ihre Entwicklung allerdings war erst einmal trotz der praktisch unveränderten Ressortsituation wieder eine „Auszeit“ angesagt. Wirklich konkrete Pläne im Falle einer - überraschend dann aber so eingetretenen - Weiterführung der Geschäfte waren nicht vorhanden bzw. nunmehr in den Kontext der neuen „großen Koalitionskonstellation“ zu bringen.

4 Die Regelungslage nach dem PQsG: Erweiterung des Qualitätssicherungssystems der Pflegeversicherung

Mit dem durch das PQsG beschlossene Handlungsprogramm wurde das bestehende Qualitätssicherungssystem der Pflegeversicherung erweitert. Die Ergänzungen beziehen sich ausschließlich auf den Bereich der „vertragsrechtlichen Sphäre“ der stationären und ambulanten Pflege - der Bereich der ehrenamtlich geleisteten Pflege blieb von den Änderungen durch das PQsG unberührt. Eine Gesamtübersicht führt die Regelungen zusammen und ermöglicht in der Darstellungsweise, die Änderungen auf den drei Ebenen der Qualitätssicherung nach ihrer Umsetzung nachzuvollziehen.

4.1 Die „Qualitätsmatrix“ der Pflegeversicherung und ihre Erweiterung durch das PQsG

Die folgenden Übersichten (*Übersicht 15 bis Übersicht 17*) geben Auskunft über das bestehende Qualitätssicherungssystem der Pflegeversicherung nach Beendigung des mit dem PQsG beschlossenen und initiierten Implementationsstrangs. Sie versammeln insoweit die in diesem Kapitel entwickelten Ergebnisse hinsichtlich des bestehenden Qualitätssicherungssystems der Pflegeversicherung vor dem PQsG und die Erweiterungen durch das PQsG, wie sie sich endgültig darstellen. Damit werden die Ergebnisse aus der in diesem Kapitel bearbeitungsleitenden „Fragentrias“: „*Wer ist wozu (und woraus) wie verpflichtet? Wer überwacht, kontrolliert und sanktioniert in welcher Weise?*“ auf den dazu entwickelten drei Ebenen der Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung mit den „Erweiterungen“ durch das PQsG nach Wirkkategorien (horizontale Ebene) - und damit die aktuell geltende Regelungslage des SGB XI zur Qualitätssicherung - zusammengefasst.

¹²⁹³ Ulla Schmidt blieb Ministerin und erhielt nach der Neubildung der Regierung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung zusätzlich auch die Ressorts Rentenversicherung und die Be-

Die drei Übersichten bilden auf der horizontalen Ebene die jeweiligen konkreten Normen ab und richten sich dabei prioritär nach den Adressaten der Regelungen aus. Die Verlaufsebene der hier entwickelten und nachgezeichneten Änderungen und Erweiterungen durch das PQsG ist auf den drei Ebenen und in den drei Übersichten jeweils durch farbliche Markierungen (blau und grau bzw. blass angedruckt) gekennzeichnet und bildet damit insgesamt das derzeit geltende Qualitätssicherungssystem als Qualitätsmatrix der Pflegeversicherung ab.¹²⁹⁴

Innerhalb der ersten horizontalen Ebene (*Übersicht 15*) werden die Qualitätsregeln nach „*adressierten*“ (und insoweit *spezifischen*) sowie „*unadressierten*“ (und somit allgemeingültigen) Normen unterteilt dargestellt.

hindertenpolitik aus dem ehemaligen Arbeitsministerium (*Winkelmann*).

¹²⁹⁴ Die sich ab dem 1.7.2008 durch das *Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung* ergebenden Änderungen sind in den Übersichten - entsprechend dem hier maßgeblichen Untersuchungsrahmen - nicht berücksichtigt.

Übersicht 15: Allgemeine und spezifische **Qualitätsregeln** des SGB XI (1. Ebene)¹²⁹⁵

(Norm-)Adressaten	Handlungspflichten
<i>allgemeine Qualitätsregeln - nicht adressiert</i>	
Allgemeine (Grund-)Anforderungen an die Beschaffenheit von Leistungen	Leistungen <i>sollen</i> Pflegebedürftigen helfen, ein selbstbestimmtes, selbständiges und menschenwürdiges Leben zu führen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB XI)
	Hilfen <i>sind</i> auf Wiedergewinnung oder Erhalt der Kräfte Pflegebedürftiger <i>auszurichten</i> (§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)
	Pflege <i>soll</i> Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel haben, um Fähigkeiten zu erhalten und wieder zu gewinnen. Kommunikationsbedürfnisse <i>sollen</i> berücksichtigt werden (§ 28 Abs. 4 SGB XI)
	Leistungen <i>müssen</i> wirksam und wirtschaftlich sein und sind insbesondere auf das Maß des Notwendigen beschränkt („Wirtschaftlichkeitsgebot“), § 29 Abs. 1 Satz 1 SGB XI
<i>spezielle Qualitätsregeln - allgemein adressierte Obliegenheiten für das Leistungsgeschehen</i>	
Bundesländer	sind <i>verantwortlich</i> für leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende und wirtschaftlich pflegerische Infrastruktur (§ 9 Satz 1 SGB XI)
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung	<i>Berichtspflicht</i> (dreijähriger Turnus, erstmals im Jahr 1997) über die Entwicklung der Pflegeversicherung, den Stand der pflegerischen Versorgung und die Umsetzung der Empfehlungen des Ausschusses für Fragen der Pflegeversicherung gegenüber den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes (§ 10 Abs. 4 SGB XI)

¹²⁹⁵ Die geltenden Regelungen der „Qualitätsmatrix“ in der Pflegeversicherung: **Farblich markiert sind die mit dem PQsG beschlossenen, geltenden Änderungen und Erweiterungen durch das PQsG.** Grau bzw. blass angedruckt sind die mit dem PQsG beschlossenen und zur Implementation vorgesehenen, jedoch unerfüllt gebliebenen Regelungen.

(Norm-)Adressaten	Handlungspflichten
Versicherte, Pflegebedürftige	Versicherte <i>sollen</i> durch eigene Bemühungen Pflegebedürftigkeit vermeiden und <i>müssen</i> bei Pflegebedürftigkeit an den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und der aktivierenden Pflege mitwirken, um Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern („Eigenverantwortung & Mitwirkung“), § 6 SGB XI
Pflegekassen	<i>müssen</i> auf „mangelfreie Versorgungsstruktur“ hinwirken - <i>stellen</i> pflegerische Versorgung ihrer Versicherten <i>sicher</i> (§ 12 Abs. 1 SGB XI), <i>koordinieren</i> und <i>verzahlen</i> die Hilfen (12 Abs. 2 SGB XI) <i>müssen</i> bedarfsgerechte, gleichmäßige dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten gewährleisten („Sicherstellungsauftrag“) § 69 Satz 1 SGB XI, und durch Versorgungsverträge, Vergütungsvereinbarungen sowie LQV erfüllen (§ 69 Satz 2 SGB XI)
Landespflegeausschüsse	„ <i>können</i> “ - nur einheitlich - u.a. zum Aufbau und zur Entwicklung des Versorgungssystems <i>beraten</i> und <i>empfehlen</i> (§ 92 SGB XI)
Landesverbände der Pflegekassen, Trägervereinigung (ambulant und stationär) auf Landesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. im Land	<i>schließen</i> gemeinsam und einheitlich <i>Rahmenverträge</i> , um wirksame und wirtschaftliche pflegerischer Versorgung sicherzustellen (§ 75 Abs. 1 SGB XI) - Mindestanforderungen u.a.: Inhalt der Leistungen, allgemeine Bedingungen der Pflege, Maßstäbe und Grundsätze personeller Ausstattung, <i>Personalbemessungsverfahren</i> , Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Pflege (§ 75 Abs. 2 SGB XI)
Spitzenverbände Pflegekassen und Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sowie unabhängiger Sachverständiger gemeinsam mit der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger	<i>sollen</i> Rahmenvertragsinhalte <i>empfehlen</i> (§ 75 Abs. 6 SGB XI)

(Norm-)Adressaten	Handlungspflichten
<p>Spitzenverbände Pflegekassen, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger, Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, unabhängiger Sachverständiger in Zusammenarbeit mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V., den Verbänden der Pflegeberufe, der Verbände behinderter Menschen und der Pflegebedürftigen</p>	<p>vereinbaren gemeinsame, einheitliche Grundsätze und Maßstäbe zur Sicherung von Qualität und Qualitätssicherung sowie zur Entwicklung einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (§ 80 Abs. 1 SGB XI)</p>
<p>Landesverband der Pflegekasse und Träger der Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste und Pflegeheime) im Einvernehmen mit örtlich oder überörtlichem (je nach Zuständigkeit) Sozialhilfeträger im Land</p>	<p>Versorgungsvertrag muss Art, Inhalt und Umfang der von den Pflegeeinrichtungen für die Versicherten zu erbringenden allgemeinen Pflegeleistungen nach § 4 Abs. 2 SGB XI festlegen (§ 72 Abs. 1 Satz 2 SGB XI) Versorgungsvertrag nur möglich, wenn Pflegeeinrichtung „zulassungsfähig“ = Anforderungen des § 71 SGB XI erfüllend, leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung sicherstellt sowie einrichtungsinternes Qualitätsmanagement vorweist - insoweit besteht ein Anspruch auf den Abschluss eines Versorgungsvertrages (§ 72 Abs. 3 Satz 1 SGB XI)</p>
<p>Pflegekassen, Träger des Pflegeheims, zuständiger Sozialhilfeträger</p>	<p>LQV für Abschluss von voll- und teilstationären Pflegesatzvereinbarungen seit 1.1.2004 vorausgesetzt (§ 80a Abs. 1 SGB XI). In LQV festzulegende Leistungs- und Qualitätsmerkmale sind insbesondere: Struktur und Entwicklung des zu betreuenden Personenkreises, Art & Inhalt der Leistungen sowie Personalausstattung inkl. Qualifikation der Mitarbeiter (§ 80a Abs. 2 SGB XI)</p>
<p>Pflegekasse, Einzelperson</p>	<p>Einzelverträge zur häuslichen Pflege müssen Inhalt, Umfang, Prüfung Qualität & Wirtschaftlichkeit der Leistungen regeln (§ 77 SGB XI)</p>
<p>Pflegedienst</p>	<p>Verpflichtung gegenüber dem Pflegebedürftigen (häusliche Pflege), diesen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit entsprechend der in Anspruch genommenen Leistungen zu pflegen und hauswirtschaftlich zu versorgen (Pflegevertrag). Jede „wesentliche Veränderung des Zustandes des Pflegebedürftigen“ ist der zuständigen Pflegekasse unverzüglich mitzuteilen (§ 120 Abs. 1 SGB XI)</p>

(Norm-)Adressaten	Handlungspflichten
	Der Pflegevertrag (häusliche Pflege) <i>muss</i> wenigstens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die mit den Kostenträgern vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex gesondert beschreiben. Höhere Vergütungen dürfen den Pflegebedürftigen nicht berechnet werden (§ 120 Abs. 3 und 4 Satz 2 SGB XI)
<i>spezielle Qualitätsregeln - konkret an die jeweils Verantwortlichen adressiertes Leistungshandeln</i>	
Pflegekassen, Pflegeeinrichtungen und Pflegebedürftige	<i>haben darauf hinzuwirken</i> , Leistungen wirksam, wirtschaftlich und im notwendigen Umfang in Anspruch zu nehmen (§ 4 Abs. 3 SGB XI). Nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechende Leistungen können von Pflegebedürftigen <i>nicht beansprucht</i> , von Pflegeeinrichtungen <i>nicht bewirkt</i> und von Pflegekassen <i>nicht bewilligt</i> werden (§ 29 Abs. 1 Satz 2 SGB XI)
Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen	<i>haben</i> Leistungserbringung nach allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse <i>sicherzustellen</i> § 28 Abs. 3 SGB XI
Pflegeeinrichtungen	„Pflicht“, aktivierender, humaner Pflege und Menschenwürde nach allgemein anerkanntem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse (§ 11 Abs. 1 SGB XI) Voraussetzung für Zulassung: <i>leistungsfähige & wirtschaftliche</i> pflegerische Versorgung (ausreichend, gleichmäßig, konstant durch wenigstens eine Pflegefachkraft als Leitung) § 71 SGB XI
Pflegekasse(n)	<i>stellen</i> in Verträgen Leistungen nach Art, Umfang und Vergütung <i>sicher</i> , die die Beitragseinnahmen nicht übersteigen (§ 70 Abs. 1 SGB XI) - ansonsten unwirksam (70 Abs. 2 SGB XI) <i>muss</i> Leistungsbeziehern <i>Leistungs- und Preisvergleichsliste</i> der im Einzugsbereich zugelassenen Pflegeeinrichtungen übermitteln, <i>die mindestens die festgelegte LQV sowie die Vergütungsvereinbarung enthält</i> . Zugleich ist eine <i>Beratung</i> über die individuell angezeigten Pflegeleistungen <i>anzubieten</i> (§ 7 Abs. 3 SGB XI)

(Norm-)Adressaten	Handlungspflichten
Pflegekasse, Pflegebedürftige (ggf. Beteiligung Sozialhilfeträger)	Bei festgestellten schwerwiegenden und kurzfristig nicht behebbaren Mängeln in der stationären Pflege <i>auf Antrag</i> der Pflegebedürftigen <i>verpflichtet</i> , geeignete Pflegeeinrichtung zu vermitteln (§ 115 Abs. 4 SGB XI)
Pflegedienst	<i>muss</i> dem Pflegebedürftigen und der Pflegekasse unverzüglich den Pflegevertrag (häusliche Pflege) aushändigen (§ 120 Abs. 2 Satz 1 SGB XI)
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung	„ <i>soll</i> im Rahmen seiner Möglichkeiten“ Pflegeeinrichtungen zur Qualitätssicherung beraten um Qualitätsmängeln vorzubeugen und Qualitätsverantwortlichkeiten der Einrichtungen stärken - <i>kein Anspruch auf Beratung</i> (§ 112 Abs. 4 SGB XI)

Übersicht 16: **Kontrolle** der Qualitätsregeln des SGB XI (2. Ebene)¹²⁹⁶

(Norm-)Adressaten	Kontrollpflichten
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Landesverbände der Pflegekassen (keine klare Benennung der Normpflicht)	„ <i>Anlassprüfungen</i> “ als Einzelprüfungen, Stichproben und vergleichende Prüfungen (§ 112 Abs. 3 Satz 1 SGB XI) der Versorgungsabläufe, Pflegeergebnisse und Abrechnungen (§ 112 Abs. 3 Satz 2 SGB XI). Bei stationäre Pflege auch Unterkunft- und Verpflegungsleistungen und Zusatzleistungen <i>sowie medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung</i> (112 Abs. 2 zweiter Halbsatz SGB XI) umfasst. Maßstab für die Beurteilung der Qualität der Leistungen sind die <i>Gemeinsamen Grundsätze</i> (§ 80 Abs. 1 SGB XI) sowie - für die Pflegeheime - die <i>LQVn</i> (§ 80a SGB XI) § 112 Abs. 1 Satz 2 SGB XI

¹²⁹⁶ Die geltenden Regelungen der „Qualitätsmatrix“ in der Pflegeversicherung: **Farblich** markiert sind die mit dem PQsG beschlossenen, geltenden Änderungen und Erweiterungen durch das PQsG. Grau bzw. blass angedruckt sind die mit dem PQsG beschlossenen und zur Implementation vorgesehenen, jedoch unerfüllt gebliebenen Regelungen.

(Norm-)Adressaten	Kontrollpflichten
<p>Medizinischer Dienst der Krankenversicherung</p>	<p><i>Berechtigung & Verpflichtung</i> zur jederzeitigen Prüfung der Leistungs- und Qualitätsanforderungen an Ort & Stelle - angemeldet und unangemeldet - in Wahrnehmung des Prüfauftrages aus § 112 Abs. 3 SGB XI (§ 114 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Bei Prüfungen der Heimaufsicht ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zu <i>beteiligen</i> & dabei auf Qualitätssicherung beschränkt (§ 114 Abs. 4 SGB XI)</p>
<p>Medizinischer Dienst der Krankenversicherung</p>	<p><i>verbindliches Verfahren</i> bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen - QPR (§ 53a Satz 1 Nr. 4 SGB XI)</p>
<p>Pflegeheim</p>	<p><i>muss</i> „auf Verlangen“ den bestimmungsgemäßen Einsatz des nach der LQV vorgesehenen Personals durch einen <i>Personalabgleich</i> nachweisen</p>
<p>Pflegeeinrichtungen</p>	<p>sind <i>verpflichtet</i>, den Landesverbänden der Pflegekassen regelmäßig (zweijähriger Turnus vorgesehen, ab 1.1.2004) die erbrachten Leistungen und deren Qualität nachzuweisen (LQN), 113 SGB XI - ab 1.1.2004 besteht ein <i>Vergütungsanspruch</i> nur bei vorliegendem LQN (§ 113 Abs. 5 SGB XI). Sind <i>verpflichtet</i>, regelmäßig Qualität der Leistungen nachweisen (§ 112 Abs. 2 erster Halbsatz SGB XI)</p>
<p>Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Landesverbände der Pflegekassen (keine klare Benennung der Normpflicht)</p>	<p>„<i>Regelprüfung</i>“ durch regelmäßiges & einheitliches Prüfverfahren für Qualitätsprüfungen nach näherer Bestimmung der zu erlassenden Beratungs- und Prüfvorschriften (VO), § 118 SGB XI</p>
<p>Von den Spitzen- oder Landesverbänden der Pflegekassen gemeinsam beauftragte Stelle(n)</p>	<p>Durch Rechtsverordnung der Bundesregierung <i>kann</i> mit Zustimmung des Bundesrates ein <i>Pflegeheimvergleich angeordnet</i> werden, bei dem die Pflegeheime länderbezogen, insbesondere nach leistungs- und Belegungsstrukturen, ihrer Pflegesätze und Entgelte sowie der gesondert berechneten Investitionskosten einzeln miteinander zu vergleichen sind (§ 92a Abs. 1 und 2 SGB XI). Seit 1.1.2006 in gleicher Weise ein <i>Pflegedienstvergleich</i> möglich (§ 92a Abs. 8 Satz 2 SGB XI)</p>

(Norm-)Adressaten	Kontrollpflichten
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen	<i>Pflicht</i> , den Spitzenverbänden der Pflegekassen, dem BMGS sowie den zuständigen Landesministerien regelmäßig (erstmalig zum Jahresende 2003, danach alle drei Jahre) über die Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften, die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen, Erkenntnisse zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu berichten (§ 118 Abs. 4 SGB XI)

Übersicht 17: **Sanktionsregelungen** bei Nichteinhaltung der Qualitätsregeln des SGB XI (3. Ebene)¹²⁹⁷

(Norm-)Adressaten	Sanktionsumfang
Landesverbände der Pflegekasse nach Anhörung des Trägers der Pflegeeinrichtung unter Beteiligung des zuständigen Sozialhilfeträgers	<i>entscheiden</i> über erforderliche Maßnahmen zur Beseitigung von Mängeln und Fristsetzung („Mängelbescheid“) 115 Abs. 2 Satz 1 SGB XI
Pflegekasse mit vertragsverletzender Pflegeeinrichtung	Pflegevergütung <i>ist</i> entsprechend der Vertragspflichtverletzung <i>zu kürzen</i> - Einvernehmen ist zwischen den Vertragsparteien <i>anzustreben</i> (§ 115 Abs. 3 Sätze 1 und 2 SGB XI)
Pflegekasse, vertragsverletzende Pflegeeinrichtung, Schiedsstelle	Bei Nichteinigung über Kürzungsbetrag entscheidet die Schiedsstelle <i>auf Antrag</i> einer Vertragspartei (§ 115 Abs. 3 Satz 3 SGB XI)
vertragsverletzende Pflegeeinrichtung, Sozialgerichte	<i>Klagemöglichkeit</i> gegen Kürzungsbetrag mit <i>aufschiebender Wirkung</i> (§ 115 Abs. 3 Satz 4 SGB XI)

¹²⁹⁷ Die geltenden Regelungen der „Qualitätsmatrix“ in der Pflegeversicherung: **Farblich** markiert sind die mit dem PQsG beschlossenen, geltenden Änderungen und Erweiterungen durch das PQsG. Grau bzw. blass angedruckt sind die mit dem PQsG beschlossenen und zur Implementation vorgesehenen, jedoch unerfüllt gebliebenen Regelungen.

(Norm-)Adressaten	Sanktionsumfang
<p>vertragsverletzende Pflegeeinrichtung</p>	<p>Festgelegter Kürzungsbetrag <i>ist</i> an die Pflegekasse aus eigenen Mitteln <i>zurückzuzahlen</i> „Rückzahlungsverpflichtung als Bußgeld“ (§ 115 Abs. 3 Sätze 5 und 6 SGB XI). <i>Kostentragung</i> bei erforderlich gewordener Vermittlung in eine andere ambulante oder stationäre Einrichtung (<i>Kostenhaftung</i> bei zu vertretenden Mängeln gegenüber Pflegebedürftigen und deren Kostenträgern) § 115 Abs. 4 - 6 SGB XI</p>
<p>Landesverbände der Pflegekasse gemeinsam</p>	<p><i>können</i> den Versorgungsvertrag bei nicht fristgerechter Beseitigung der festgestellten Mängel kündigen - in schwerwiegenden Fällen auch fristlos (§ 115 Abs. 2 Satz 2 SGB XI)</p>
<p>Pflegekasse, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (ggf. Beteiligung Sozialhilfeträger)</p>	<p>Bei festgestellten schwerwiegenden Mängeln in der ambulanten Pflege <i>kann</i> die weitere Betreuung des Pflegebedürftigen <i>auf Empfehlung</i> des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung vorläufig untersagt werden. In diesen Fällen <i>verpflichtet</i>, geeigneten Pflegedienst zu vermitteln (§ 115 Abs. 5 SGB XI)</p>
<p>Pflegebedürftige</p>	<p>Der Pflegevertrag (häusliche Pflege) <i>kann</i> ohne Angabe von Gründen innerhalb von zwei Wochen nach dem ersten Pflegeeinsatz fristlos gekündigt werden (§ 120 Abs. 2 Satz 2 SGB XI)</p>

Sichtbar ist in der Zusammenschau der zuvor im Text entwickelten Ergänzungen, dass mit dem PQsG im Ergebnis die Qualitätsmatrix der bestehenden Qualitätsregeln in der Pflegeversicherung um eine übersichtliche Menge an Änderungen erweitert wurde.

Die allgemeinen Anforderungen an die Beschaffenheit von Leistungen auf der ersten Ebene unter den nicht adressierten Qualitätsregeln blieben gänzlich unverändert. Bei den allgemein adressierten Qualitätsregeln lasen sich hinsichtlich des Adressatenkreises eine Erweiterung - insbesondere um die Einbeziehung der privaten Versicherungsunternehmen - feststellen sowie inhaltlich die Ergänzung der Handlungspflichten um das Qualitätsmanagement und das Personalbemessungsverfahren. Den Schwerpunkt bilden die mit dem PQsG verpflichtenden LQVn der stationären Einrichtungen. Für die Pflegedienste wurden die „pflegevertragskonkretisierenden“ Obliegenheiten bei häuslicher Pflege ergänzt. Das konkret an die Verantwortlichen adressierte Leistungshandeln wurde nur um wenige Elemente ergänzt: Erweiterung der von den Pflegekassen vorzulegenden Leistungs- und Preisvergleichsliste um die LQV und die Vergütungsvereinbarungen; die Verpflichtung, auf Antrag eine geeignete Pflegeeinrichtung zu vermitteln, wenn schwerwiegende und kurzfristig nicht behebbare Mängel in der stationären Pflege festgestellt wurden (eine vergleichbare Regelung findet sich in der ambulanten Pflege in der Verknüpfung mit der als Ermessensregelung gestalteten „vorläufigen Untersagung“ der weiteren Betreuung des Pflegebedürftigen auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung bei schwerwiegenden Mängeln, die dann¹²⁹⁸ verpflichtend die Vermittlung eines geeigneten Pflegedienstes nach sich zieht) sowie die ohne Verpflichtung normierte Beratung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, um Pflegemängeln vorzubeugen und zur Stärkung der Qualitätsverantwortlichkeit der Pflegeeinrichtungen.

Auf der Kontrollebene lassen sich quantitativ erhebliche Erweiterungen des Regelungsprozederes ablesen. Hinsichtlich dieses Umfangs wurden diese jedoch durch die ausgebliebene Implementation (grau bzw. blass angedruckt) erheblich geschmälert. Es blieben eine Konkretisierung der Prüfregularien und -möglichkeiten für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung - die im Vergleich zu den zuvor unge-

¹²⁹⁸ Da diese Verpflichtung der Pflegekasse ausschließlich in der Verknüpfung mit der auf der Sanktions-ebene anzusiedelnden Maßnahme ausgestaltet ist, findet sich diese gemeinsam mit der Sanktion dort notiert (siehe *Übersicht 17: Sanktionsregelungen bei Nichteinhaltung der Qualitätsregeln des SGB XI (3. Ebene)*, Seite 376).

regelten Verfahren insoweit als Stärkung zu sehen sind - sowie die festgelegte Berichtspflicht die sich über den unimplementierten Bereich der Beratungs- und Prüfvorschriften auf die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und die dabei gewonnenen bzw. entwickelten Erkenntnisse zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung bezieht. Da das als zentrales Element auf dieser Ebene vorgesehene Regelkontrollinstrument der LQN nicht wirksam werden konnte, kommt den geänderten und erweiterten Regelungen für den Einsatz des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung eine deutlich höhere Bedeutung zu. Faktisch stellen sie die einzig umgesetzte Erweiterung der Kontrollebene durch das PQsG dar und bleiben insoweit die einzige Möglichkeit, um die unimplementiert gebliebene Regelprüfung sowie das dazu zu regelnde Verfahren zu kompensieren. Das bedeutet einen erheblich gesteigerten Bedeutungszuwachs des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung hinsichtlich seiner Rolle und seiner Funktion. Gleichwohl bleibt es für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung unverändert auch dabei, dass er selbst nicht handlungsautonom ist, sondern stets an den Prüfungsauftrag gebunden bleibt.

Ebenso wie für die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung bedeutet die schwache Qualitätssicherungsstruktur in der Pflegeversicherung, an der mit dem PQsG nur wenig geändert wurde, auch einen Bedeutungszuwachs für die Gestaltungsaufgaben und Kommunikationsmöglichkeiten innerhalb der Verantwortlichkeitstrias mit ihren vorgelagerten Kommunikationsstrukturen, wie sie insbesondere in den Landespflegeausschüssen vorgesehen sind.

Auf der Sanktionsebene zeigt zunächst die Zahl der farblichen (blauen) Markierungen ein erhebliches Maß an Ergänzungen durch das PQsG an. Alle diese Änderungen sind auch in Kraft getreten. Hinsichtlich ihrer Implementation sind die umfangreichen Regeln, mit denen auf vertragsverletzende Einrichtungen eingewirkt werden soll, jedoch in ihrer *praktischen Wirkung* deutlich eingeschränkt. Die Minderung der Pflegevergütung als - dem Grunde nach - selbstverständliche Maßnahme bei festgestellten und nicht behobenen Mängeln bei der Erbringung von Pflegeleistungen kann praktisch kaum wirken. Ursache dafür ist - wie sich aus der Detailregelung des Sanktionsprozederes anhand der aufgeführten Normen ergibt (*Übersicht 17*) - die prozessuale Schwächung bei der Durchsetzung einer solchen Sanktion, die ein anzustrebendes Einvernehmen, ein Schiedsstellenverfahren bei Nichteinigung sowie die Klagemöglichkeit mit aufschiebender Wirkung vorsieht. Darüber hinaus wirkt sich eine unangefochtene oder durchgesetzte Sanktion nicht pflegevergütungsmindernd aus,

sondern ist wie ein „Bußgeld“ zu bewirken. Ebenfalls prozessual schwächend zeigt sich die Praxis der Sozialgerichte, in einem Klageverfahren - wenn es dazu gekommen ist - die von der Pflegekasse ausgesprochene Sanktion nicht zu bestätigen.¹²⁹⁹

Die grundsätzlich sinnvolle Ergänzung des Sanktionsrepertoires durch die Verpflichtung, die vereinbarte Pflegevergütung entsprechend der Vertragspflichtverletzung zu kürzen, kann - anders als sich das zunächst in der Vorschrift liest - in der mit dem PQsG beschlossenen Form nicht von den Pflegekassen als Regelinstrumentarium eingesetzt werden. Sie ist *in der derzeitigen Fassung* genau so wenig wirksam, wie die bereits bestehende Sanktionsregelung der Letztsanktion durch die Kündigung des Versorgungsvertrages und bleibt somit für die Praxis weitgehend untauglich. In der mit dem PQsG beschlossenen Form zeigt sich die Kürzungsvorschrift gar in einer sich widersprechenden Weise: Einerseits obliegt den Pflegekassen im Sanktionsfall die Kürzungsverpflichtung, andererseits wird die „regelgemäße“ Umsetzung dieser Pflicht erheblich erschwert und damit faktisch weitgehend verunmöglicht. Das mag im Sinne des kooperativen Ansatzes der Konstrukteure des PQsG sein, die auf diese Weise das unmissverständliche Signal an die Verantwortlichen setzen, es nicht zu dieser Situation kommen zu lassen. Doch dies geht hinsichtlich der Voraussetzungen und Bedingungen fehl. Denn eine solche vertragsstrafliche Regelung richtet sich nicht an die vertragstreue Einrichtung, sondern an eine Einrichtung, die die versorgungsvertraglichen Mindestobliegenheiten nicht erfüllt (hat). Ein taugliches Steuerungskonzept muss, wenn die Minderung der Vergütung als Sanktionsmittel eingesetzt werden soll, diese auch gegenüber der vertragspflichtverletzenden Einrichtung durchsetzen. Als differenzierendes Element könnte - ähnlich wie dies im Kündigungsverfahren vorgesehen ist - ein „Mängelbescheidverfahren“ vorgeschaltet werden. Ohne ein adäquat ausgestaltetes Verfahren zur Durchsetzung von Mindeststandards bleiben beratungsresistente Anbieter weiterhin unerreicht - in der derzeitigen Regelungsgestaltung können Pflegeeinrichtungen unterhalb des Mindeststandards, bei und trotz festgestellter Mängel, weiter agieren und ein eingeleitetes Kürzungsverfahren über eine lange Zeit bis zum Klageverfahren und wohlmöglich auch darüber hinaus überstehen. Weder werden die auf fremde Hilfe angewiesenen Leis-

¹²⁹⁹ Von der Wirkungslosigkeit auf dieser Ebene berichtet aktuell *Wagner* und zitiert dazu Peter Pick vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen: Es sei derzeit sehr schwer für die Pflegekassen, Einrichtungen bei mangelhafter Pflege die Zahlungen zu verweigern, da die Gerichte mehr Rücksicht auf die Weiterführung des Geschäftsbetriebs nehmen als auf die Situation der Pflegebedürftigen.

tungsbezieher über die festgestellten Mängel informiert noch wird der Versorgungsvertrag davon berührt. Die Kostenhaftung der Einrichtungen bei zu vertretenden Kosten im Falle eines notwendig werdenden Wechsels der Einrichtung stellt im Grunde genommen auch nur eine obligatorische Restitution der Pflegebedürftigen und deren Kostenträgern dar, die in den bestehenden Regelungen der Pflegeversicherung unverständlicherweise nicht vorgesehen war und insoweit mit dem PQsG nur nachgeholt wurde.

4.2 „Sanktionsdilemma“ in der Pflegeversicherung?

Die Erweiterung der Handhabe bei schweren Mängeln in der pflegerischen Versorgung zeigt einerseits die Defizite der Pflegeversicherung zur Abwehr mangelhafter und gefährdender Pflege auf, zum anderen zeigen sich jedoch die mit dem PQsG ergänzten Normen in dieser Hinsicht bedenklich „zurückhaltend“. Zwar wurde mit der Ergänzung durch das PQsG eine umgehende und wirkungsvolle Handlungsoption der Pflegekasse ermöglicht - diese besteht bei festgestellten schwerwiegenden Mängeln jedoch nur im Bereich der ambulanten Pflege gegenüber den Pflegediensten. Auch mutet die schwache Ausgestaltung, angesichts der Schwere der Mängel die Untersagung der weiteren Betreuung lediglich als Ermessensregelung - und nicht verpflichtend - vorzusehen, durchaus irritierend an. Für den stationären Bereich sehen die Erweiterungen des PQsG lediglich vor, dass erst auf Antrag der Pflegebedürftigen eine Verpflichtung der Pflegekasse besteht, eine geeignete Pflegeeinrichtung zu vermitteln.

In dieser Konstellation weist die zu einem rhetorischen Versatzstück „heruntermodellierte“ Kürzungsregelung allerdings auf einen weiteren Zusammenhang hinsichtlich der Steuerungsmöglichkeiten zur Wahrung von Mindeststandards bei der pflegerischen Versorgung hin: Wohlmöglich kann „mangels Masse“ eine vertragsstrafliche Regelung in der Pflegeversicherung gar nicht greifen - so jedenfalls der Begründungszusammenhang anlässlich der im Gesetzgebungsverfahren vorgetragenen Argumentation, wonach eine Minderung der Pflegevergütung wiederum zu Defiziten in der pflegerischen Versorgung führen könne und deshalb zu modifizieren sei. In diesem Verständnis bliebe jedoch jede „Kürzungssanktion“ letztlich im Defizitkonzept der finanziellen Unterdeckung der Pflegeversicherung gefangen und damit wäre die faktische Unwirksamkeit dieses Steuerungsansatzes für die Pflegeversicherung erklärt. Die mit dem PQsG - offenbar nach diesem Verständnis - beschlossene Rege-

lung führt das der Pflegeversicherung immanente System der Unterdeckung hinsichtlich der Steuerungsmöglichkeit für eine mindeststandardlich gesicherte Pflege ad absurdum: Werden die Sanktionen durchgesetzt, fällt die notwendige Versorgung für die Pflegebedürftigen weg - werden sie nicht umgesetzt, geschieht dies immer um den Preis, dass mangelhaft stattfindende Pflege nicht vermeidbar ist. In beiden Fällen kann in dieser Konstellation weder die Pflegequalität gesteuert und noch nicht einmal mangelhafte Pflege vermieden werden - beides entwickelt sich ungesteuert und damit beliebig. In der Quintessenz folgt damit die - auch mit der „Kürzungsregelung“ des PQsG unveränderte - Regelungslogik weiter dem Prinzip „lieber schlechte Pflege als gar keine Pflege“.

Für das so gezeichnete „Sanktionsdilemma“ des Qualitätssicherungssystems der Pflegeversicherung bestehen trotz geringer Mittel Handlungsmöglichkeiten. Ein möglicher Handlungsansatz bestünde - wenn auch nicht als „Ausweg“ - darin, tatsächlich die im Konzept des PQsG postulierte Stärkung der „Verbrauchermacht“ auf dieser Ebene zu befördern. Die Wahl der Versicherten, der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen käme einer „faktischen Sanktion“ gleich. Die Entscheidung für oder gegen eine Einrichtung beinhaltete zugleich auch beide Elemente der Sanktion: Fällt die Wahl zugunsten einer Einrichtung aus, entspricht dies einer „Positivsanktion“ - entsprechend kommt die von den Pflegebedürftigen getroffene Entscheidung gegen eine Einrichtung faktisch einer Minderung des Budgets der „abgewählten“ Einrichtung gleich. Unabdingbar wäre aber bei einem solchen - auch emanzipierenden - Ansatz, dafür auch die Voraussetzungen zu schaffen: Neben benutzbaren Informationen für die Auswahl müsste eine wirksame Kontrollebene bestehen und die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen müssten für alle „Nachfrager“ - in gleicher Weise benutzbar und transparent - verfügbar sein.¹³⁰⁰ Erst die so realisierte, tatsächliche Wahlmöglichkeit ermöglicht den „Kunden“ auf dem „Pflegermarkt“ eine zielorientierte Entscheidung. Insofern können die - allerdings wiederum nur auf den Bereich der ambulanten Pflege begrenzt vorgenommenen - Ergänzungen des PQsG zur Vertragstransparenz und zur Kündigungsmöglichkeit als Ansätze für erste Schritte auf diesem Weg gesehen werden.

Die Probleme eines solchen „marktförmigen“ Konzepts liegen auf der Hand bzw. zeigen sich bereits anhand der Marktregeln, die auf dem „Pflegermarkt“ ohnehin gelten

¹³⁰⁰ Gefragt ist ein transparentes, benutzbare Ergebnisse lieferndes Zertifizierungs- und Prüfwesen, das - in einem Wort - wirksam ist.

und stark an der individuellen Mittelverfügbarkeit orientiert sind.¹³⁰¹ Angesichts eines subventionierten Systems bedürfen sie dauerhaft der Regulierung und der verlässlichen Gewährleistung von Mindeststandards - was wiederum auf das Ursprungsproblem führt. Gleichwohl bestehen innerhalb des Systems der Pflegeversicherung dafür Möglichkeiten, die Handlungsautonomie der auf fremde Hilfe Angewiesenen zu stärken¹³⁰² - auch und gerade unter Berücksichtigung, dass es sich bei der Pflege nicht um eine „marktförmige“ Dienstleistung handelt, die in einem „regulären Markt“ von „souveränen Kunden“ nachgefragt wird. Hier muss also der Schutz vor unerwünschten Marktwirkungen konstitutiv sein.

Ein eigener Ort für die Pflege¹³⁰³ könnte dabei helfen, diese Anforderungen im Sinne der Pflegebedürftigen zu unterstützen und böte zudem Entwicklungsmöglichkeiten, um die Standards der Pflegeversicherung im dynamischen Prozess der Definition von Pflegequalität (stärker) an der Kundenzufriedenheit auszurichten. Auch könnte dort der notwendige Entwicklungsdruck entstehen bzw. erzeugt werden, um die Einwirkungs- und Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen der Verantwortlichkeits- und Zuständigkeitstrias im Dialog zu optimieren.

4.3 Qualitätssicherung versus Mittelknappheit

In den Beratungen zum PQsG wurde durchgehend von allen Beteiligten deutlich die Einsicht formuliert - mit unterschiedlichen Akzentuierungen -, dass die Mittelknappheit die Qualität der Pflege beeinträchtigt.¹³⁰⁴ So formulierten die Regierungsfractionen seinerzeit, sie werden ein im Rahmen der Pflegeversicherung finanzierbares Konzept zum Abbau der qualitativen Defizite in der Pflege vorlegen. Die Oppositionsparteien wurden deutlicher: Die CDU/CSU benannte das Problem, dass die Leistungen der Pflegeversicherung für die Schwerstpflegebedürftigen nicht ausreichend seien. Die Erfordernisse der täglichen Rundumpflege Demenzkranker erfordern einen zusätzlichen Mitteleinsatz (der mit „rund 1 Mrd. DM“ beziffert wurde). Die FDP argumentierte von der anderen Seite: Die mit dem PQsG erforderlichen Aufwendungen von 40 Mio. DM, die im Rahmen der bisherigen Vergütungssätze finanziert wer-

¹³⁰¹ Natürlich findet beispielsweise der Wettbewerb vor allem um den „erwünschten“ Patienten, Versicherten oder eben auch Pflegebedürftigen statt (Meier (1997a), S. 113 f.).

¹³⁰² Nicht zuletzt sind sowohl das (Aus-)Wahlrecht der erwünschten Einrichtung als auch das Ziel, Pflegebedürftige aktiv in ihrer Selbständigkeit und Selbstbestimmtheit zu stärken, geltende Grundprinzipien der Pflegeversicherung (§ 2 SGB XI).

¹³⁰³ Meier (1997d).

¹³⁰⁴ Bundestags-Drucksache 14/6308, S. 30 f. .

den sollten, führten zu einer Minderung der Pflegequalität. Ganz deutlich formulierte es die PDS: Eine Verbesserung der Situation der Qualität in der Pflege ist ohne mehr Personal nicht möglich - dies wiederum bedeutet einen höheren Mitteleinsatz. Der Entwurf der Regierung setze das Geld an der falschen Stelle ein - statt zur Verbesserung der Pflege wird es zur Bürokratisierung verwendet. Damit haben im Prinzip alle Fraktionen dieses Problem bei ihren Beratungen erkannt, so gesehen und benannt - jedoch anderes mehrheitlich beschlossen.

Offenbar erzwingt die Mittelknappheit im Pflegeversicherungs-System im Ergebnis einen Qualitätsbegriff, der sich nur an Mindeststandards ausrichten kann - dies durchaus auch entgegen der im SGB XI normierten Qualitätsregeln. Damit wird in der Pflegeversicherung ein spezifischer Fokus für die Qualität in der Pflegeversicherung bewirkt: Im Ergebnis führt dies zu einer Verschiebung des Qualitätsstandards, wonach primär die Realisierung der Leistungsverpflichtungen mit knappen Mitteln zu gewährleisten ist. Dies bedeutet aber nicht zugleich auch die Prämisse, die Zufriedenheit der Leistungsbezieher zum Maßstab zu nehmen, sondern in den Blick gerät vorrangig das Kostenargument. Es kommt auf diese Weise zu einer Umdeutung des faktischen Qualitätsbegriffes in der Pflegeversicherung, nach dem die Mindeststandards bei den Einrichtungen zu einer Managementorientierung führen und so die Zufriedenheit der Leistungsträger erfüllen.¹³⁰⁵

5 Kapitelfazit: Das mittellose Gesetz im Gesetz

Die in diesem Kapitel entwickelte Regelungssystematik des Qualitätssicherungssystems der Pflegeversicherung zeigt deren erhebliche Schwächen in ihrer Ursprungskonzeption vor den Änderungen des PQsG auf. Diese Qualitätsmatrix der Pflegeversicherung wurde mit dem PQsG um wenige Ergänzungen erweitert und blieb, wie die zusammenfassenden Übersichten und die weiteren Ausführungen in diesem Kapitel deutlich zeigen, im Ergebnis nach dem PQsG weitgehend in ihrer defizitären Ausgestaltung bestehen. Dabei blieb das PQsG bereits in der Intention hinter dem Möglichen und Erforderlichen zurück. Das Setzen auf Vereinbarungen, das unrevidierte Fortschreiben des Verfahrens und die auf Kooperation setzende Gestaltung schwächten die - so ausdrücklich behutsam angelegten - Erweiterungen des Qualitätssicherungssystems. Vor allem erfuhren die beschlossenen Regelungen durch die versagte Implementation entscheidende Nachteile. Faktisch ergab sich eine weitge-

¹³⁰⁵ Griep/Renn, S. 422.

hende Fortschreibung des bestehenden, beliebigen, unregelmäßig kontrollierten und weitgehend uneingeforderten Qualitätssicherungssystems der Pflegeversicherung.

An die Stelle des ausgebliebenen Prüfverfahrens muss ein in seiner Kontrollbefugnis stärker ausgestatteter Medizinischer Dienst der Krankenversicherung treten. Es bleibt das konstitutive Problem der Pflegeversicherung, mit wenigen Mitteln (Budget) zumindest das Notwendige an Versorgung zu realisieren. Die Abwehr von Pflegemängeln bleibt in der Pflegeversicherung somit ein Dauerproblem. Pflegequalität bleibt, von der Pflegeversicherung ungesteuert ohne wirksame Regulierung weitgehend beliebig, abhängig von den Standards der Häuser bzw. der Einrichtungen. Weiterhin bleibt für die Pflegeversicherung als Grundlinie bestimmend, einer schlechten Pflege den Vorzug zu geben, bevor gar keine Pflege (mehr) möglich ist. Dabei gelingt es mit dem Instrumentarium der Qualitätssicherung nicht, in der Pflegeversicherung einen Mindeststandard zu gewährleisten, in dem Mängel in der pflegerischen Versorgung zuverlässig ausgeschlossen sind.

5.1 Das „Gesetz im Gesetz“

Die Qualität stellt in mehrfacher Hinsicht ein „Gesetz im Pflegeversicherungsgesetz“ dar: Zum einen, weil diese bei der Leistungsgewährung *konstitutiv durchgängig geboten* ist. Zum anderen, weil ein eigenständiger Regelungskreis - wiederum zu unterteilen nach den beiden Sphären von vertraglich basierter und ehrenamtlicher Pflege - spezielle Normen für die Qualitätssicherung vorgibt, die wiederum in weitere Detailregelungen münden.

Das PQsG bildet als eigenständiges Änderungsgesetz in der Pflegeversicherung ebenfalls ein „Gesetz im Gesetz“, da es sich auf das sich eigenständig als immanentes Grundprinzip der Pflegeversicherung und als Basisnorm der Leistungserbringung durch die Regelungen des SGB XI ziehende „Grundgesetz der Pflegeversicherung“ bezieht.

Im Kontext und im Vergleich zu den weiteren Änderungsgesetzen in der Pflegeversicherung nimmt das PQsG durchaus auch eine Sonderstellung ein. Die - nach Einführung des SGB XI - ergangenen Änderungsgesetze sind charakterisierbar als Korrektur- und Anpassungsgesetze sowie - beispielsweise mit dem PfIEG - als Leistungserhöhungsgesetz. Das PQsG hingegen unternahm mit dem vorgesehenen Handlungsprogramm eine gestalterisch-inhaltliche Initiative, die ganz gezielt und bewusst auf den Fokus „Mängel mindern“ gerichtet war und damit auch darauf, die Qualitäts-

standards erhöhen. Dabei war die *Initiative gestalterisch*, während sich das PQsG im Ergebnis - angesichts der nur geringen Umsetzung der vorgesehenen Programmatik - wiederum in die bestehende Handlungslogik der Änderungsgesetzgebung in der Pflegeversicherung einreicht.

Ein weiterer Blick richtet sich auf die gesetzgeberische Pfadtreue. Auch das PQsG wurde als „Gesetz im Gesetz“ auf der Grundlage bestehender Regelungen und innerhalb der systematischen Vorgabe von diesen ausgehend und erweiternd entwickelt. Hinsichtlich des in abweichender Handlungslogik angelegten Programms kann das PQsG damit als besonderes Gesetz - gleichsam als „Gesetz zwischen den Gesetzen“ - bezeichnet werden.

5.2 Das „mittellose Gesetz“

Das PQsG blieb in mehrfacher Hinsicht ein „mittelloses Gesetz“ - sowohl durch die Vorgabe, keine weiteren Mittel einsetzen zu wollen, als auch durch die fehlenden Möglichkeiten, die aus der Nichtumsetzung des vorgesehenen Handlungsprogramms, das darüber hinaus von Beginn an hinter den Möglichkeiten zurückblieb, resultierten. Insoweit stellte sich das mittellose Gesetz als „unerwünschtes“ Gesetz dar. Das Handlungsprogramm des PQsG sollte sich an der Prämisse ausrichten, dass Qualität nicht in das System „hineinprüfbar“ sei. Doch genau dies ist letztlich das Ergebnis, wenn auch in der Form, dass allein der Medizinische Dienst der Krankenversicherung übrig blieb, um im Rahmen seines Prüfauftrages die Qualität in die Pflege „hineinzukontrollieren“. Damit hat sich das Politikergebnis gegen das ursprüngliche Handlungsprogramm des PQsG gewandt. Ob die Annahme der „Nicht-hineinprüfbarkeit“ durch ein geregeltes Verfahren im Qualitätssicherungssystem der Pflegeversicherung zutrifft, muss mit den Ergebnissen des PQsG weiter offen bleiben. Auf eine entsprechende Falsifizierung oder Verifizierung wartet das Qualitätssicherungssystem der Pflegeversicherung auch weiterhin.

5.3 Die Defizite des PQsG

Zu den Defiziten des PQsG zählt, eine mögliche Sanktionswirkung von Regelungen bereits von vornherein verworfen zu haben und zugleich auf ein kooperatives Konzept zu setzen - ohne dabei Positivsanktionen vorzusehen. Dabei wurde eine Tradition aufgegriffen, die seit dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) eigentlich als „unwirksam“ einzuordnen ist und „überwunden“ schien. Das Beharrungsinteresse der Akteure, an die sich die Regelungen richten, ist - nicht erst seit dem GRG - bekannt. Eben-

falls bekannt ist, dass dem nur durch eine regelungsfreudige Initiative wirksam begegnet werden kann. Für die innerhalb der vom Handlungsprogramm des PQsG fokussierten Mängel in der Pflege konnte ein auf Kooperation angelegtes Konzept nicht fruchtbar sein. Da die vom PQsG vorgesehenen Steuerungselemente auf der Kontrollebene nicht zum Einsatz kommen konnten bzw. unimplementiert blieben und auf der Sanktionsebene von einer wirksamen Gestaltung abgesehen wurde, kann anhand dieser Änderungen keine Aussage über die Steuerungswirkung getroffen werden. Die auf ein nichtsanktionierendes Regelungssystem setzenden, mangelhafte Pflege leistenden Einrichtungen lassen sich nur durch ein klar und entschieden sanktionierendes Reglement erreichen. Konsequenterweise auf diese mangelhafte Pflege gerichtete Sanktionsregelungen sind die einzige Möglichkeit, um über das Regelungssystem der Pflegeversicherung mindestens standardmäßig eine mangelfrei gewährleistbare Pflege so weit wie möglich zu realisieren.

Bei der Umsetzung musste auch klar sein, dass die von der Ländermehrheit nicht gewollten Regelungen, gegen diese, sich im Länderparlament manifestierende Opposition nicht durchsetzbar sein würden. Gerade die Verknüpfung eines entscheidenden und einen Kernbereich des PQsG tragenden Teils der umzusetzenden Regelungen an eine nachträglich über die erforderliche Zustimmung des Bundesrates zu beschließende Verordnung bleibt letztlich nicht nachvollziehbar: Das Politikergebnis in Form eines Gesetzesbeschlusses über eine noch zu erlassende Verordnung stellt stets eine Vorläufigkeit insofern dar, als sich die - in der Vorgabe schon konturierte - Regelung über die zu erlassende Verordnung erst noch weiter zu konkretisieren und erst in dieser Form zur Wirkung kommen kann. Erst mit einer Verordnung erfolgt somit die Realisierung des Politikergebnisses. Und erst mit der beschlossenen Verordnungsregelung kann sich gleichsam das bereits als Gesetzesbeschluss vorliegende Politikergebnis erfüllen - quasi in Form einer „nachholenden Politikformulierung“. Das als zentrales Element der Regelungen des PQsG mit den LQN beschlossene regelmäßige Prüfverfahren konnte erst wirksam werden, wenn die vorgesehenen Detailregelungen zum Prüfverfahren sowie zur Erteilung der LQN durch die zu erlassende Verordnung geregelt waren. Ohne diese Verordnungsregelung blieb die Regelung - obwohl mit dem PQsG grundsätzlich angelegt - unwirksam. Durch diese Verknüpfung blieb damit allerdings auch das gesamte, mit dem PQsG beschlossene, Nachweis- und Kontrollverfahren ausgesetzt. Ein - ohne weitere nachvollziehbare Erklärungen - Fauxpas, der in einer ernsthaft angelegten Initiative grundsätzlich nicht

vorkommt.

Neben dieser - zumindest fahrlässig eingegangenen - Gefahr der Nichtumsetzung wurden die auf der Sanktionsebene vorgesehenen Regelungen zunächst von vornherein durch die Gestaltungslogik der „Nichtineinkontrollierbarkeit“, mit der a priori die Sanktionsebene als „überflüssig“ erklärt wurde, geschwächt und dann - in dieser Logik - im Gesetzgebungsverlauf weiter in ihrer möglichen Wirksamkeit abgeschwächt. Doch genau auf diese Ebene kommt es für die mangelhaft leistenden Anbieter an - sie werden von den Regelungen ansonsten nicht erreicht. Auf dieser Ebene ist nur ein regelmäßiges Prüf- und Kontrollverfahren mit entsprechenden Sanktionen tauglich - und deshalb auch erforderlich, um eine Mängelminderung über die gesetzlichen Regelungen der Pflegeversicherung zu realisieren.

5.4 Ausblick: Was bleibt vom PQsG?

Trotz Pflegeversicherung, trotz der immanenten Qualitätsanforderung bei der Leistungsgewährung, der Qualitätssicherung und der - nach wie vor nicht regelmäßig und umfassend vorgesehenen - Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung ist die Pflegeversicherung mit ihrem auf den Mindeststandard ausgerichteten Ansatz bis heute unverändert nicht in der Lage, mangelhafte Pflege zu vermeiden. Dies dokumentieren so schon der erste, wie auch der aktuelle Bericht¹³⁰⁶ des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen über die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen und der Austausch auf der Fachebene - beispielsweise auf Tagungen.¹³⁰⁷ Auch die in dem - mit Sorge - zu lesenden Band von Claus Fussek und Sven Loerzer versammelten Befunde geben einen - vorsichtig formuliert - ernüchternden Eindruck von der seit Jahren bestehenden Mangelsituation.¹³⁰⁸

Es mag als Sinnbild für die Pflegeversicherungspolitik gelten: Die beschlossenen Regelungen fanden sich nach dem beschlossenen PQsG seit dem Jahr 2002 im SGB XI ohne wirksam geworden zu sein.¹³⁰⁹

Die Vorschläge gingen sogar so weit, das PQsG zurücknehmen zu wollen. Es war nur konsequent, die unerfüllt gebliebenen Vorschriften des PQsG wieder aus dem SGB XI streichen zu wollen, wie es ein im Frühjahr 2006 im Bundesrat vorgelegter

¹³⁰⁶ *Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2007).*

¹³⁰⁷ *Eisenack.*

¹³⁰⁸ *Fussek/Loerzer.*

¹³⁰⁹ Dieser Status wurde erst mit den jüngsten Änderungen durch das *Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung* beendet, mit dem die unwirksamen Regelungen zum 1.7.2008 aus dem SGB XI gestrichen wurden.

Gesetzvorschlag des Landes Baden-Württemberg vorsah.¹³¹⁰ In dem Vorschlag wurde argumentiert, die LQN hätten einen unverhältnismäßigen Aufwand bedeutet¹³¹¹ und für einen Pflegeheimvergleich bestehe kein zwingender praktischer Bedarf.¹³¹² Hingegen wurde konstatiert, die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, ein Qualitätsmanagement durchführen zu müssen,¹³¹³ habe sich in der Praxis bewährt und könne daher unverändert fortgelten.¹³¹⁴ Für die LQVn wurde jedoch vorgeschlagen, diese dem Inhalt nach auf ein Mindestmaß zu begrenzen.¹³¹⁵

Die Initiative des PQsG als völlig gescheiterte Reform zur Qualität anzusehen, wird der PQsG-Initiative allerdings nicht gerecht. So lässt sich durchaus konstatieren, dass zumindest die Aufmerksamkeit für das Thema aktiviert und damit verstärkt wurde. Dies nicht zuletzt auch durch die mit dem PQsG institutionalisierte regelmäßige Berichterstattung über die Ergebnisse der Prüftätigkeit des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, dessen Handlungsbefugnisse - beispielsweise die Begehungsrechte - mit den Änderungen und Konkretisierungen des PQsG klarer konturiert und auf eine gesetzliche Grundlage gestellt wurden, um der Prüfungstätigkeit einen klareren Rahmen zu geben. Wenn auch „ersatzweise“ zur Kontrollinstanz geworden, führt die damit gestiegene Bedeutung für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung auch zu einer intensiveren Gestaltung der Aktivitäten im Rahmen des Prüfauftrags - so werden u.a. die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) laufend weiter entwickelt.¹³¹⁶

Mit dem engagierten Ansatz der Regelungsinitiative stellt das PQsG innerhalb der Änderungsgesetze der Pflegeversicherung eine Besonderheit dar. Auch wenn davon im Ergebnis nicht viel geblieben ist bzw. wirksam werden konnte, so lässt sich doch innerhalb des geschwächten Regelungssystems immerhin auch eine Verschiebung der Auffälligkeitsgrenze bei Pflegemängeln konstatieren - neben der erhöhten Auf-

¹³¹⁰ U.a. Streichung der Vorschriften über die Verordnungsermächtigungen für den Pflegeheimvergleich (§ 92a SGB XI) und Prüfvorschriften (§ 118 SGB XI) sowie über die LQN (§ 113 SGB XI), inklusive weiterer, mit diesen Vorschriften verbundenen Regelungen (*Bundesrats-Drucksache 243/06*). Die Vorlage wurde den Ausschüssen zugewiesen (*Deutscher Bundesrat - Plenarprotokoll 821*, S. 110). Ein im Bundestag im Februar 2006 von der FDP eingebrachter Antrag fordert u.a. dazu auf, die Praxistauglichkeit des mit dem PQsG eingeführten Instrumentariums zu prüfen - als mögliche zu streichende Elemente werden LQN und LQV benannt (*Bundestags-Drucksache 16/672*, S. 3) - siehe zu diesem Antrag in diesem Kapitel bereits ausführlicher zuvor unter 3.4 „Überregelung“ des Systems? (Fn. 1280, Seite 364).

¹³¹¹ *Bundesrats-Drucksache 243/06*, S. 21.

¹³¹² *Ebd.*, S. 19.

¹³¹³ § 72 Abs. 3 Nr. 3 SGB XI.

¹³¹⁴ *Bundesrats-Drucksache 243/06*, S. 21

¹³¹⁵ *Ebd.*, S. 18.

¹³¹⁶ *Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen* (2007), S. 96-98.

merksamkeit (nicht zuletzt auch durch die redaktionelle Fassung der Regelungen in einem eigenen Kapitel des SGB XI) -, an die wiederum Vorschläge für eine transparentere und nutzbare Veröffentlichungsgestaltung der Prüfberichte anknüpfen.¹³¹⁷

Immerhin wurde im Ansatz das bisherige eindimensionale Sanktionsverfahren erweitert - dies müsste hinsichtlich seiner Umsetzungsmöglichkeit jedoch als tatsächlich nutzbares Konzept gestaltet werden. Auch die im Ansatz zu verzeichnenden „leichten Stärkungselemente“ der Pflegebedürftigen bedürfen der weiteren Entwicklung und Ausgestaltung, um wirklich als die „Kundensouveränität“ stärkende Regelungen gelten und genutzt werden zu können.

Ebenfalls muss gesehen werden, dass die im Verlauf der Befassung - wenn auch unimplementiert geblieben - um das PQsG und den „Runden Tisch Pflege“ entwickelten Elemente durchaus Impulse für die weitere Gestaltung der Pflegeversicherung liefern.¹³¹⁸

Eine Mittelerhöhung wird weder allein noch automatisch zu einem Qualitätssicherungssystem der Pflegeversicherung führen, das eine grundsätzliche Pflegemangelfreiheit garantiert und eine Qualitätsentwicklung der Pflege ermöglicht. Eine ernst genommene Umsetzung der immanenten Qualitätsanforderungen des SGB XI wird andererseits ohne zusätzliche Mittel nicht realisierbar sein: „Ohne Mittel - sowohl faktisch als auch finanziell - ist Qualität auch in der Pflegeversicherung nicht zu haben“. Die finanziellen Mittel müssen dabei jedoch nicht zuallererst (und allein) aus einer Beitragserhöhung resultieren, sondern können durchaus u.a. auch durch eine umgestaltete Finanzierung, die Nutzung von Effizienzsteigerungen sowie Optimierungen im Einrichtungsmanagement bewirkt werden.

¹³¹⁷ So vom Medizinischen Dienst der Krankenkasse ausdrücklich selbst vorgeschlagen (*ebd.*, S. 98) und auch im Gesetzesvorschlag (siehe sogleich *Fn.* 1318) für das *Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung* aufgenommen.

¹³¹⁸ Wie sich beispielsweise in dem Gesetzentwurf der Bundesregierung (*Bundestags-Drucksache 16/7439*) für das jüngste Änderungsgesetz in der Pflegeversicherung (*Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*) ablesen lässt - siehe dazu detailliert im folgenden *Kapitel 6* unter *4.4 In der aktuellen Änderungsgesetzgebung übernommene Elemente* (Seite 409).

Kapitel 6 Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz als mittelloses Gesetz im Gesetz - zu- sammenfassende Betrachtung und Aus- blick

In dieser zusammenfassenden Betrachtung werden die in den einzelnen Kapiteln entwickelten Ergebnisse noch einmal gebündelt und im Kontext pointiert, um die für die Regelungsinitiative des PQsG geltenden systematischen Ausgangs- und Umfeldbedingungen, den Verlauf als „Gesetz im Gesetz“ sowie das Ergebnis des PQsG in den Gesamtzusammenhang zu stellen.

Die Ergebnisse werden hier abschließend so zusammengeführt, dass deutlich wird, wie die Ausgangs- und Umgebungsbedingungen für die PQsG-Initiative gelagert waren und wie das PQsG in die Änderungsgesetzgebung(en) der Pflegeversicherung eingebettet war. Mit diesem Gesamtblick eröffnet sich einerseits im Detail die Andersartigkeit der Initiative. Andererseits zeigt sich das PQsG mit dem sich wandelnden Handlungsprogramm im Verlauf und dem Wandel der Regelungsdetails sowie der weitgehenden Fortschreibung des - mangelhaft bestehenden und fortgeführten - Qualitätssicherungssystems der Pflegeversicherung im Ergebnis von den bestehenden Handlungslogiken der Änderungsgesetzgebung in der Pflegeversicherung geprägt und - von dieser Prägung durchdrungen - ihr letztlich unterliegend. Trotz des PQsG-Änderungsgesetzes blieben inhaltlich im Ergebnis nur wenig Änderungen. Zu den Gründen für das Ausbleiben des Umsetzungserfolgs bietet die zusammenfassende Gesamtwürdigung Anhaltspunkte, die sowohl auf die bestehende (Mittel-)Situation der Pflegeversicherung (exogene Gründe) als auch auf die Konzeption und den Umsetzungsverlauf des PQsG-Änderungsgesetzes (endogene Gründe) verweisen.

Auf diese Weise in einer Gesamtbewertung zusammengebracht, bietet sich zudem ein ein- und zuordnender Ausblick auf das weitere Geschehen, das sich derzeit in einem neuen Politikzyklus um die nunmehr - nach Abschluss des parlamentarischen

Verfahrens in Kraft getretene - jüngste Gesetzesänderung¹³¹⁹ zur Pflegeversicherung in praktisch-konkreteren Bahnen zu entwickeln scheint. Die entsprechende Gesetzesinitiative der großen Koalition - verabredet noch im Sommer 2007 - lag zeitgleich mit der Schlussphase dieser Bearbeitung vor.¹³²⁰ Der Gesetzesvorschlag war im Januar 2008 in der Anhörungsphase befindlich - trotz erheblicher Differenzen in Detailpunkten zwischen den Koalitionären (und auch dem Bundesministerium für Gesundheit) konnte das Inkrafttreten wie vorgesehen zum 1.7.2008 realisiert werden.

Ähnlichkeiten und Anknüpfungen der aktuellen Gesetzesänderung an die seinerzeitige PQsG-Initiative sind unübersehbar. Inhaltlich lassen sich u.a. seinerzeit „verschüttete“ Elemente des PQsG und der vom Runden Tisch Pflege entwickelten Ergebnisse ausmachen. Die hier präsentierten Untersuchungsergebnisse bieten damit auch eine Anknüpfunggrundlage und Folie für weitere diesbezügliche systematisch-politikwissenschaftliche Untersuchungen. Offen muss beispielsweise weiter die Frage bleiben, ob es mit der neuerlichen Regelungsinitiative zu einer Umsetzung der vorgesehenen Kontrollregelungen und der zu initiierenden Verfahren zur Festlegung von Qualitätsstandards durch die dazu bestimmten Akteure kommen wird.

1 Ausgangsbedingungen - systematischer und politikprozessualer Kontext (Umgebung) des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes

1.1 Die Pflegeversicherung - Leistungsgesetz in modernisierender Sozialversicherungstradition

Die Einordnung und Charakterisierung - vor allem im Vergleich zur Gesetzlichen Krankenversicherung - zeigt die im Jahr 1995 neu eingeführte Pflegeversicherung als modernes und modernisierendes, sozialversicherungsrechtlich konstituiertes, aber (auch) leistungsgesetzlich ausgestaltetes Regelungssystem, das vor allem mittelverknappend angelegt ist. Die Pflegeversicherung fügt sich in die Tradition der Sozialversicherungen ein: Dem Wesen der Sozialversicherung entsprechen dynamische Regelungen, die laufend gestaltbar sind. Die stetige Wandelbarkeit ist gleichsam das „Erfolg“rezept. Einführung und auch der Wandel der Regelungen sind dabei überwiegend politisch instrumentalisiert und entsprechen weitgehend sachfremden Intentionen. Diese Analogie zeigt sich insbesondere am hier vorgenommenen Vergleich zur - fast einhundert Jahre zuvor eingeführten - Gesetzlichen Krankenversicherung,

¹³¹⁹ Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.

¹³²⁰ Bundestags-Drucksache 16/7439.

die seinerzeit zunächst aus anderen Zwecken als vorrangig zur (finanziellen) Absicherung im Krankheitsfall eingeführt wurde.

Mit der Pflegeversicherung sollte vor allem dem Kostendruck der Hilfe zur Pflege begegnet werden - was den langen Verlauf bis zur Einführung der Regelung erklärt. Die Regelungen im Detail sind zum einen der artifiziellen „Andersartigkeit“ von Pflegeleistungen gegenüber den Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung geschuldet und fügen sich zum anderen in die Tradition einer (be-)ständig im Wandel befindlichen Sozialversicherung ein. Mit den charakterisierbaren „Andersregelungen“ markiert die Pflegeversicherung diesen Wandel und entspricht ihm zugleich auch - die eingeführte Pflegeversicherung statuierte seinerzeit als „Element des Wandels“ die sich ändernde Tradition von Grundprinzipien, die eben nicht unveränderbar für alle Zeit Geltung behalten. Dies zeigt der „ex-post“ Blick auf die zwischenzeitlich übernommenen Regelungen der Pflegeversicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung und der dort inzwischen gesetzten, teilweise auch die seinerzeitigen Regelungen der Pflegeversicherung bereits wieder „überholenden“ Änderungen.

Inzwischen sind die seinerzeit noch als „sakrosankt“ wahrgenommenen traditionellen Elemente der Sozialversicherung, wie sie im Kern für die paritätische Beitragsaufbringung und die Selbstverwaltung wahrgenommen wurden - und auch entsprechende Wirkung erzeugten -, schon von dem „Vergleichssystem“ der Gesetzlichen Krankenversicherung eingeholt und überholt. Nach derzeitiger Regelungslage wird ab dem Jahr 2009 eine der Kernkompetenzen, die mit der von der Selbstverwaltung vorzunehmenden Beitragssatzfestlegung verbundene Haushaltsautonomie, von einem hoheitlichen „Mittelzuweisungssystem“ abgelöst werden - so wie es mit der Gestaltung der Pflegeversicherung bereits vorweggenommen wurde.

1.2 Die Pflegeversicherung als „vergrundsicherndes“ Leistungsgesetz

Die Entwicklung der unter der sozialen Vorsorge gefassten Sozialversicherungen in Richtung einer „Vergrundsicherung“, in der die Leistungsgesetze immer weniger den Bedarfen entsprechen bzw. die Leistungsniveaus (in der Rentenversicherung, im Recht der Arbeitsförderung und vor allem stark sicht- und spürbar auch in der Gesetzlichen Krankenversicherung) an eine untere Grenze der Mindestsicherung („Basisversicherung“) orientieren werden, wurde mit der Pflegeversicherung durch das „Teilkaskoprinzip“ erstmals explizit leistungsgesetzlich formuliert und im SGB XI konsequent umgesetzt.

Während einige dieser Wandlungselemente bereits in der Dynamik des sich modernisierenden Sozialversicherungsstaates mit der Pflegeversicherung seinerzeit vorgezeichnet wurden, blieben andere Elemente in der Tradition unverändert bzw. wurden sogar noch verstärkt. So wurde die Systemtrennung mit und in der Pflegeversicherung nicht nur erhalten, sondern - trotz zunächst anderer Lesart im Gesetz¹³²¹ - (noch) fortgesetzt: Die im SGB XI formulierte Systemtrennung zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung und insbesondere die Ausgestaltung der für die Verteilung der Leistungen einschlägigen Regelungen bewirkt faktisch sogar eine - deutlich sichtbare - Verstärkung der Unterschiede zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung. Auch die den Mittelzufluss bestimmenden Regelungen zur Beitragsbemessung wurden in der (sozialen) Pflegeversicherung unverändert übernommen. Damit wurden die systematischen Finanzierungsprobleme der Sozialversicherung auch in der (sozialen) Pflegeversicherung fortgeführt und auf eine mögliche und zeitgemäße Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage verzichtet.

1.3 Situation der Pflegeversicherung - bedarfskomprimierendes Leistungsgesetz

Für die soziale Pflegeversicherung besteht ein sich markant abzeichnendes „Zieldilemma“. Trotz der zur Abwendung ab dem Jahr 1990 drastisch steigender Ausgaben der Hilfe zur Pflege als vorgelagertes Sicherungssystem eingeführten Pflegeversicherung zeichnet sich für dieses ausgabenbegrenzte „Teilabsicherungssystem“ ab, dass es nicht nachhaltig wirkt. Deutlich wird dies an den wieder steigenden Ausgaben der Hilfe zur Pflege, die trotz des mehr als zehnjährigen Wirkens inzwischen in einem - ebenfalls - neu justierten Sozialhilfesystem („Auslagerung“ der Erwerbstätigen in die „Grundsicherung für Arbeitsuchende“) wieder den zweitgrößten Posten (nach der Eingliederungshilfe) ausmacht. Aus Sicht der Sozialhilfe haben die im Wirkungsgrad abnehmenden, als Zuschuss ausgestalteten „Teilkaskoleistungen“ der Pflegeversicherung vorerst nur einen „Puffereffekt“ auf die Ausgaben. Dieser wird, bei weiter zunehmendem Pflegebedarf und künftig in der Tendenz abnehmenden Ressourcen für eigene Mitteleinsätze der Pflegebedürftigen, immer weniger Wirkung entfalten können, sprich: Die steigenden Bedarfe werden unweigerlich noch schneller und noch direkter und damit in noch deutlich höherem Umfang wieder auf die Sozial-

¹³²¹ Eine Vorwegnahme mag auch an diesem „Wandlungselement“ insofern zu konstatieren sein, als die faktische (neue bzw. in anderer Weise daher kommende) Trennungslinie anhand der vordergründig als Systemannäherung auf den ersten Blick in ihrem tatsächlichen Wirkungsgehalt nicht erkennbar ist. So

hilfe zurückfallen. Aufgezeigt war in den zu diesem Aspekt präsentierten Details der Sozialhilfe, dass sich erheblicher (Um-)Gestaltungsbedarf für ein auch zukünftig wirksames Pflegeabsicherungssystem im Kontext der Sozialversicherung ergibt.

Deutlich zeichnet sich durch die nach einem „strengen Budgetprinzip“ gestaltete Ausgabensteuerung in der Pflegeversicherung eine „Bedarfskomprimierung“ ab, die auf einen unteren und nicht weiter komprimierbaren, ununterschreitbaren „Sockel“ gestoßen ist. In der derzeitigen Beitragsfinanzierungsgestaltung und ohne Finanzausgleich zur diametral anders verlaufenden Entwicklung in der privaten Pflegeversicherung reichen die Einnahmen der sozialen Pflegeversicherung immer weniger aus, um einen stetig sich steigernden Bedarf an Hilfeleistungen der sozial Pflegeversicherten zu entsprechen. Dabei ist um so erforderlicher, diesen Bedarf für die zukünftige Entwicklung abschätzen zu können - während gleichzeitig die Möglichkeiten dafür begrenzt sind. Allenfalls lassen sich Bedarfszahlen aus einer Fortschreibung der bisherigen Leistungszahlen indizieren und insoweit für die Planungen eines übersichtlichen Zeitkorridors für die Zukunft abschätzen.

Die durch die strikte Ausgabenbegrenzung erzwungene Grenzerreichung erfolgt durch eine „deduktive Bedarfssteuerung“ in durchaus bemerkenswerter Weise: Ohne dass dafür ein ausdrücklicher Normbefehl im SGB XI besteht oder herangezogen wird und ohne dass dabei die „Befehlskette“ nachvollziehbar ist, folgt das für die Leistungsvergabe (Mittelverteilung) entscheidende Einstufungsgeschehen gleichsam einem „stillschweigenden Imperativ“, der die Bedarfe an einen immer geringer werdenden Budgetrahmen „anpasst“ bzw. an diesem ausrichtet. Auf diese Weise werden bereits im „Vorfeld“ die ohnehin budgetierten Mittel „rationiert“, ohne dass dazu (sozial-)verwaltungsrechtliche oder andere hoheitliche Maßnahmen zu ergreifen sind - etwa in der Form, dass der Leistungsbescheid bei einem festgestelltem Bedarf mit der Begründung nicht ausreichend zur Verfügung stehender Mittel einen geringeren Leistungssatz ausweist, oder auf das verfügbare Regelungsinstrumentarium zurückgegriffen werden muss. Auch bedarf es keiner Eingriffe durch den Verordnungs- bzw. Gesetzgeber. Ein bemerkenswertes Ergebnis, denn auf diese Weise wirkt somit die im Gesetz angelegte Budgetsteuerung, ohne dass sie überhaupt sichtbar - gleichsam „offiziell“ - in Gang gesetzt werden muss.

Den steigenden Bedarfen ist bei Erreichen des Bedarfssockels als letztlich unaus-

gesehen wurde mit der Gestaltung der Pflegeversicherung diese Gestaltungslinie ebenfalls vorwegge-

weichliche Folge jedoch zu entsprechen. Die einfachste Form der Mittelerhöhung besteht dabei in einer Anhebung des Beitragssatzes¹³²² - selbstverständlich lassen sich auch weitere Möglichkeiten nutzen und einsetzen: Dazu zählen etwa die Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage und die Einbeziehung der privaten Pflegeversicherung in den Finanzausgleich, aber ebenso eine effizient gestaltete Vergabe der Mittel beispielsweise durch ein wirksames Qualitätssicherungssystem - vor allem aber durch die Vermeidung von Zahlungen an mangelhaft leistende Pflegedienstleister. Nicht zuletzt geraten bei einer Betrachtung unter Verknappungsgesichtspunkten die noch nicht einmal anfänglich ausgeloteten Potenziale einer Bedarfsminderung durch Prävention und Gesundheitsförderung intensiv(er) in den Blick.

Über eine Änderung der budgetierten Leistungssätze ließe sich ebenfalls auf die Relation von Bedarfen und Mitteln in der Pflegeversicherung einwirken. Eine Erhöhung erfordert zwangsläufig einen erhöhten Mitteleinsatz während eine Minderung noch umgehender auf die Sozialhilfe wirken würde. Die aktuell beschlossene Gesetzesänderung¹³²³ sieht in diesem „Zieldilemma“¹³²⁴ eine nach Leistungsarten und nach Pflegestufen gestaffelte „differenzierte Feinjustierung“ der Leistungssätze vor. Mit den vornehmlich auf die Pflegesachleistungen im ambulanten Bereich ausgerichteten Leistungserhöhungen¹³²⁵ wird offenbar versucht, eine Steuerungswirkung bei der Leistungsanspruchnahme anzulegen, um die Verlagerung in den stationären Bereich möglichst zu mindern und gleichzeitig den erforderlichen Mittelbedarfen „zielgenauer“ zu entsprechen.¹³²⁶

nommen.

¹³²² Wie es die aktuell in Kraft getretenen Gesetzesänderung (*Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*) nunmehr für alle sozial Pflegeversicherten ab dem 1.7.2008 vorsieht und wie es zuvor durch die partiellen Beitragssatzerhöhungen für Rentenbezieher im Jahr 2004 sowie im Jahr 2005 für kinderlos Versicherte bereits realisiert wurde.

¹³²³ *Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*.

¹³²⁴ Siehe dazu in *Kapitel 3* unter *6 Kapitelfazit: Befunde, Handlungsbedarf und Ausblick* (ab Seite 198).

¹³²⁵ Mit den Änderungen durch das *Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung* werden ab Mitte des Jahres 2008 in drei Schritten bis einschließlich zum Jahr 2012 bei den ambulanten Leistungen vor allem die Pflegesachleistungen in den Pflegestufen I und II angehoben - beim Pflegegeld sind geringere Erhöhungsbeträge vorgesehen, die sich dort angesichts des ohnehin geringeren Leistungsbetrages vornehmlich in der Pflegestufe I bemerkbar machen. In dem gleichen Zeitraum werden die Leistungen der stationären Pflege lediglich in der Pflegestufe III (im gleichen Umfang wie die Pflegesachleistung) angehoben - zusätzlich auch die Leistungsbeträge im Rahmen der sogenannten Härtefallregelung. Erst ab dem Jahr 2015 ist eine Dynamisierungsregelung - dann in einem dreijährigen Überprüfungsturnus - für die Leistungen vorgesehen (*Bundestags-Drucksache 16/7439*).

¹³²⁶ Da neben der objektiven Pflegebedürftigkeit als zweite Komponente die fehlenden oder nicht (mehr) vorhandenen bzw. schwindenden „Unterstützungsnetzwerke“ auf den zahlenmäßigen Bedarf wirken, zielen zudem offenbar auch die vorgesehene Explizierung des Pflegeberatungsanspruchs und die Einsetzung von Pflegeberatern sowie die Einrichtung von sogenannten „Pflegestützpunkten“ (*Bundestags-*

1.4 Handlungslogiken der Pflegeversicherung - prekäre Handlungslogik des Nichthandelns

Die Bestandsaufnahme der Ausgangsbedingungen für das PQsG zeigt weiter: Der nach Handlungslogiken entwickelte und systematisierte Politikverlauf der Pflegeversicherung entspricht der befundeten Situation der Pflegeversicherung, die durch mittelverknappende Bedarfskomprimierung gekennzeichnet ist. Scheinbar ganz auf das Selbstregelungskonzept der so installierten Pflegeversicherung setzend, wurde grundsätzlich nicht agiert. Das innerhalb der Systemlogik der Pflegeversicherung angelegte Budgetsystem funktioniert in bemerkenswerter Weise und lässt auch weiterhin eine weitgehende Inaktivität der Gestaltungsverantwortlichen zu. Bestehende und konstatierte Probleme werden nur soweit bearbeitet, wie sich dies als dringlich geboten darstellt. Chancen für die weitere Gestaltung und Entwicklung der Pflegeversicherung werden nicht genutzt - statt dessen erfolgt lediglich die Fortschreibung des Regulariums dort, wo dies gesetzlich erforderlich ist. Dies alles geschieht freilich zu Lasten der pflegebedürftigen und der sie pflegenden Menschen gleichermaßen, deren Bedarfe in der sozialen Pflegeversicherung in den Hintergrund gerückt und komprimiert werden („compression of Needs“).

Als Befund für den Politikverlauf lässt sich insoweit neben der *systematischen* Pfadtreue (in der die Pflegeversicherung innerhalb der Sozialversicherung konstituiert wurde) auch eine *immanente* Pfadtreue der Handlungslinien konstatieren, die sich als Kontinuität einer „prekären Handlungslogik“ der Pflegeversicherung zeigt. Diese führte - im Grunde von Beginn an (seit erstmaliger Problemwahrnehmung) - so spät wie möglich und weitgehend sachfern, vor allem in der Schlussphase deutlich sichtbar von anderen Interessen dominiert, zur Einführung der Pflegeversicherung und wurde so auch weiterhin innerhalb der bestehenden Pflegeversicherung fortgeführt: Die schon insgesamt bei ihrer Entstehung vom Nichthandeln und Abwarten geprägte Entwicklung der Pflegeversicherung, mit der das Gesetz bereits um eine Dekade verzögert wurde, wurde auch nach der beschlossenen und in Kraft gesetzten Pflegeversicherung fortgesetzt. Soweit gehandelt wurde, zeigt sich dieses überwiegend als ein „von außen“ aktiviertes Handeln, das in reiner Umsetzungstätigkeit pflichterfüllend und vornehmlich über den Kostendruck motiviert ist und dabei immer wieder

Drucksache 16/7439, S. 45-49) auf die Stärkung der ehrenamtlichen häuslichen Pflege, die als Basis-konzept der Pflegeversicherung von erheblicher Bedeutung ist (zur Wirkung des zunehmenden „häuslichen Pflegedefizits“ siehe in *Kapitel 3* unter 2.2.3 *Ursachen für den Rückgang der ambulanten Pflegeleistungen* (ab Seite 112).

auch taktisch hinausgezögert wurde. Pointiert lässt sich die aus der Ausgabenzunahme der Hilfe zur Pflege zur Pflegeversicherung führende und diese weiter bestimmende Handlungslogik wie folgt beschreiben: Aus dem Kostendruck (der Sozialhilfe) wird die Mittelknappheit in der Pflegeversicherung.

In eine als verwaltend und weniger gestaltend zu charakterisierende Tätigkeit der Gestaltungsverantwortlichen in Bezug auf die Pflegeversicherung trat mit dem Regierungswechsel ab Ende des Jahres 1998 ein Wandel ein. Zwar verfiel diese, zum Ende der ersten Legislatur bereits anfänglich als zaghaft zu bezeichnende Gestaltungsbereitschaft, die sich in der zweiten Legislatur zu einem „Stillstandszenario“ wandelt und in der in einem „muddling through“ wirklich nur die allernotwendigsten Maßnahmen unternommen wurden, in Verharrung. Doch die hier untersuchte Gesetzesinitiative des PQsG liegt in dem schmalen Zeitrahmen gestalterisch intendierter gesetzgeberischer Tätigkeit. Das PQsG markiert als „Gesetz zwischen den Gesetzen“ die intensivste Phase der Gestaltungsinitiative zur Pflegeversicherung. Zugleich unterlag es im Ergebnis als „Gesetz im Gesetz“ letztlich den prägenden Handlungsmustern der Pflegeversicherung.

1.5 Defizitäres und unentwickeltes Qualitätssicherungssystem der Pflegeversicherung

Die Regelungen der Pflegeversicherung zur Qualitätssicherung sind nach ehrenamtlicher und vertraglicher Sphäre unterschiedlich ausgestaltet. Während für den Bereich der ehrenamtlichen Pflege, in dem die meisten Pflegebedürftigen von ihren Angehörigen gepflegt werden, ein „Sonderbereich“ der Pflegeversicherung dem Umfang nach mit wenigen Regeln - vornehmlich über das Pflegegeld - einschlägig ist, beziehen sich die Normen der Pflegeversicherung zur Qualitätssicherung überwiegend auf die „vertragliche Sphäre“, in der zugelassene Pflegeeinrichtungen die Pflegeleistungen erbringen. Für diese zeigt sich ein widersprüchliches Bild. Die hier zur Erkundung und Durchdringung entwickelte Systematisierung nach „Ebenen der Qualitätssicherung“ zeigt theoretisch im Gesetz umfangreich und ambitioniert angelegte Qualitätsvorgaben, die als „erstes Gesetz im Gesetz“ wie ein „Grundgesetz der Pflegeversicherung“¹³²⁷ für die Leistungen der Pflegeversicherung durchgängig konstitutiv sind und denen das Leistungsgeschehen zu entsprechen hat. Die Qualitätsvorgaben beziehen sich auf die Beschaffenheit und Ausführung der Leistungen und richten

¹³²⁷ Siehe in Kapitel 5 (1.2 Qualität als allgemeiner Grundsatz in der Pflegeversicherung, ab Seite 275).

sich innerhalb der „Verantwortungstrias“ vor allem an die „Pflegevertragspartner“ (Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen), aber auch an die Bundesländer.¹³²⁸

Die zur Kontrolle und Durchsetzung dieser Vorgaben vorgesehene Systematik ist jedoch weitgehend unwirksam ausgestaltet. Mindeststandardlich ausgerichtet kann das Qualitätssicherungssystem der Pflegeversicherung diese nicht zuverlässig gewährleisten - und mehr noch: Es ist noch nicht einmal so ausgestattet, dass Mängel in der Pflege zuverlässig ausgeschlossen werden. Pointiert formuliert lässt sich die defizitäre „Mechanik der Qualitätssicherung“ so beschreiben: Die Pflegeversicherung stellt umfangreiche Anforderungen an die Qualität der Leistungen und ihre Erbringung, sorgt aber nicht für die Einhaltung bzw. Durchsetzung dieser Vorgaben. Der Regelung nach gelangt die pflegerische Qualität durch die Umsetzung des Versorgungsvertrages an die Menschen und in die Versorgung. Praktisch hingegen bleibt Qualität aber beliebig, da schon die wirksame Kontrolle fehlt. Die Kontrolle der geleisteten, umgesetzten Pflege findet ungeregt und auffälligkeitsorientiert statt. Mit einer weitgehend wirkungslos angelegten Sanktionsebene wird allenfalls eine „Auffälligkeitengrenze markiert“. Ein so nur auf die mindestens notwendige Abwehr gravierender Fälle mangelhaft tätiger Pflegedienstleister ausgerichtetes Regelungssystem war von Beginn an in der Grundkonzeption der Pflegeversicherung angelegt und blieb unentwickelt. Das nicht wirksam angelegte und unentwickelte Qualitätssicherungssystem der Pflegeversicherung steht damit ebenfalls in der prekären Handlungslogik des Nichthandelns.

Auf diese Weise kam dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung schon recht früh eine stärkere und zunehmende Bedeutung zu, da dieser aus dem ganz praktischen Erfordernis für seine Prüftätigkeit in der Praxis intern geltende Arbeitsanweisungen entwickelte, welche somit das einzige Mess- und Bewertungsinstrument für die pflegerische Qualität in den Einrichtungen darstellten.

Gleichzeitig bedeutet die von den Regelungen der Pflegeversicherung weitgehend unabhängige Gestaltung der Leistungserbringung auch, dass diese von den Leitungen bzw. dem jeweiligen Management der Pflegeeinrichtungen bestimmt wird, die somit über das Maß der Pflegequalität entscheiden.

¹³²⁸ Siehe im *Kapitel 5* die Ergebnisübersicht ab *Seite 368* (4.1 Die „Qualitätsmatrix“ der Pflegeversicherung und ihre Erweiterung durch das PQsG).

2 Wie der Pflege-Qualitätssicherungsgesetz-Initiative die Inhalte abhandeln kamen

2.1 Die Regelungsinitiative des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes

Die im Februar 2000 von der neu gewählten Rot-Grünen Bundesregierung aus dem Grünen Gesundheitsministerium initiierte Regelungsinitiative war innerhalb einer bis dato durchgehend und primär von einer prekären Handlungslogik des Nichthandelns geprägten Pflegeversicherung angelegt und fand ein Qualitätssicherungssystem der Pflegeversicherung vor, das in dieser Logik ebenso unentwickelt wie prekär bzw. unwirksam angelegt war. Erklärter Anlass der PQsG-Initiative waren die bekannt gewordenen Mängel in der Pflege, die abgestellt werden sollten. Anknüpfungspunkt der Regelungsinitiative war das bestehende Qualitätssicherungssystem der Pflegeversicherung unter der Losung „Sicherheit und Weiterentwicklung der Pflege“.

2.2 Zur Andersartigkeit der Pflege-Qualitätssicherungsgesetz-Initiative

In seiner abweichenden Handlungslogik war die Regelungsinitiative des PQsG neben einem aktiv gestalterisch und entwickelnd motivierten Ansatz somit auch der Gestaltungsabsicht nach anders ausgerichtet. Die Initiative richtete sich mit einem inhaltlich angelegten Programm bewusst an die Akteure und auf einen originären Regelungskomplex, der für Pflegeversicherung grundlegend ist. Dies geschah zwar ebenfalls - pfadtreu - innerhalb der Systemlogik durch auf bestehenden Regelungen aufbauende sowie erweiternde Änderungen. Diese hatten jedoch eine als bearbeitungsbedürftig erkannte, grundlegende Komponente der Pflegeversicherung im Fokus. Das Qualitätssicherungssystem der Pflegeversicherung umfasst einen relativ klar konturierbaren, eigenen Bereich der Pflegeversicherung - wenn auch die Regelungen im Detail unübersichtlich und zum Teil auch unsystematisch innerhalb der Pflegeversicherung angelegt wurden. Das PQsG war insofern also durchaus anders gelagert und auch anders steuernd - es weicht der Initiative und der Absicht nach in seiner Handlungsintention von den beschriebenen Szenarien der hier entwickelten Handlungslinien ab, die die Pflegeversicherung bestimm(t)en und mit denen vornehmlich die Weitergeltung bestehender Regelungen betrieben wurde bzw. die sich auf Regelungsdetails zur Leistungsgewährung bezogen.

2.3 Zur Systematik und zu den Inhalten der Pflege-Qualitätssicherungsgesetz-Initiative

Der Systematik nach bezieht sich das PQsG ausschließlich auf die vertragliche Sphäre - der ehrenamtliche Bereich blieb vom PQsG unberührt. Das inhaltliche Zent-

rum der Änderungen richtete sich innerhalb der Vertragssphäre vor allem auf die Kontrollebene (zweite Ebene) und an die Anbieter. Diese sollten in einem Regelverfahren, das im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens unter verfassungsrechtlichen und formalen Aspekten umgestaltet wurde, obligatorisch und regelmäßig über die Leistungs- und Qualitätsnachweise (LQN) ihre qualitative Befähigung der Leistungserbringung nachweisen. Mit diesem zentralen Element auf der Kontrollebene wäre eine Erweiterung des bestehenden, allein auffälligkeitsorientierten und anlassbezogenen aber ansonsten unregelmäßigen und beliebigen Kontrollverfahrens möglich gewesen. Ein solches regelmäßiges Nachweisverfahren wäre wiederum nicht mehr als eine - nachholende - Selbstverständlichkeit um dem faktisch weitgehend beliebig und unwirksam angelegten Qualitätssicherungsverfahren der Pflegeversicherung zu einer praktikablen Tragfähigkeit zu verhelfen.

Innerhalb der bis dato allein aus der Vertraglichkeit resultierenden ersten Ebene der Qualität sollten ergänzend mit den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) klarer die jeweiligen Verpflichtungen geregelt werden. Auch die mit den LQV konkretisierenden Ergänzungen auf der Vertragsebene wurden im Verlauf des PQsG weiter modelliert und konturiert. Auf der Sanktionsebene (dritte Ebene) wurden Restitutionsregelungen eingezogen, nach denen bei Schlecht- bzw. Nichtleistung (d.h. Schlecht- bzw. Nichterfüllung des Pflegevertrages) die gezahlten Pflegevergütungen zurückzuerstatten waren. Dem Grunde nach handelt es sich bei diesen Ergänzungen, die noch nicht einmal vertragsstrafliche Elemente vorsahen, um eine ebenso selbstverständlich nachholende Regelung, da damit ebenfalls ein Defizit der seit Fassung der Pflegeversicherung unentwickelten Qualitätssicherung ausgeglichen werden sollte.

2.4 Charakterisierung, Bewertung und Einordnung der vorgesehenen Änderungen

Im Grunde sahen die mit dem PQsG konzipierten Änderungen der Qualitätsregelungen in der Pflegeversicherung - ohnehin auf diese aufbauend bzw. diese ergänzend - als „behutsame Ergänzungen“ kaum mehr als Selbstverständlichkeiten vor und waren jedenfalls nicht als revisionistische, reformerische Maßnahmen konzipiert.

Bereits im Grundkonzept lassen sich - trotz der relativen „Harmlosigkeit“ der Vorschläge - konzeptionelle und inhaltliche Probleme feststellen. So kann mit einer Grundphilosophie des „Nichtineinkontrollierens“ - so einladend kooperativ diese Modellierung auch scheinen mag - schon anfänglich der Bereich, in dem mangelhafte und gefährliche Pflege stattfindet, nicht erreicht werden. Insoweit sie die Beendi-

gung der Pflegemängel zum Ziel hat, schwächte sich die Regelungsinitiative auf diese Weise selbst. Darüber hinaus waren für den Bereich der sicher gestellten und weiter zu entwickelnden Pflegequalität aber auch keine Positivsanktionen (Belohnung) vorgesehen.

Damit war bereits mit der Prämisse, „Qualität nicht in das System hineinregeln“ zu wollen, problematischerweise auch ein resignierender Ansatz verbunden, was die Wahrung und Entwicklung der Pflegequalität durch die Pflegeversicherung angeht. Verstärkend kommt hinzu, dass die Regelungsinitiative des PQsG durch die selbst auferlegte Mittelknappheit - ebenfalls schon anfänglich - in ihrem Handlungsrahmen begrenzt bleiben musste. Zwar sind (zusätzliche) Mitteleinsätze kein Automatismus, um die beabsichtigten Ziele zu erreichen, gleichwohl bedeutete die Mittelknappheit in der bereits verknappend und bedarfskomprimierend angelegten sozialen Pflegeversicherung auch die weitgehende Mittellosigkeit des als ausgabenneutrale Reform angelegten PQsG, um die Ziele um- und durchsetzen zu können.

Bei Lichte besehen konnte das PQsG schon in seiner Grundkonzeption keine die Pflegequalität erweiternde und/ oder verbessernde Wirkung erzielen und war überdies nur bedingt tauglich zur Abwehr schwerer und auffälliger Mängel, insoweit mit den Ergänzungen die „Auffälligkeitsgrenze“ deutlicher markiert wurde. Damit hatten sich die Initiatoren im Grunde schon recht früh von der Prosa einer verbesserten „Qualitätssicherung in der Pflege“ verabschiedet. Es blieb faktisch nur noch der Bereich der Mängelabwehr und dies ohne zusätzliche Mittel. Die gesetzgeberische Möglichkeit, mit dem PQsG innerhalb der Pflegeversicherung selbst verbindliche Qualitätsstandards zur Umsetzung vorzugeben - angesichts der Tatsache, dass die zahlreichen, innerhalb des Qualitätssicherungssystems der Pflegeversicherung bereits formulierten Qualitätsnormen¹³²⁹ weitgehend unwirksam blieben - wurde nicht genutzt.

2.5 Weiterer Verlauf und Abschwächung der Gesetzgebungsinitiative

Gleichwohl kam es bereits nach dem Referentenentwurf im Verlauf der Gesetzesentwicklung zu deutlichen Veränderungen innerhalb der Regelungsvorschläge. Diese nahmen im weiteren Verlauf zu und lassen sich auf den „Ebenen der Qualitätssicherung“ nachvollziehen. So entfielen zunächst die Verbraucherschutzregelungen zur

¹³²⁹ Siehe dazu ebenfalls die Übersicht(en) in *Kapitel 5* unter *4.1 Die „Qualitätsmatrix“ der Pflegeversicherung und ihre Erweiterung durch das PQsG* (ab Seite 368).

Pflegeberatung. In markanter Weise wurden vor allem die zur Durchsetzung erforderlichen Sanktionsregelungen faktisch weitgehend eliminiert. Gleichzeitig wurde mit den LQN eine klarere und regelmäßige Kontrolle der Pflegeeinrichtungen normiert. Doch dem PQsG kamen die Regelungsinhalte weiter nach und nach abhanden. Nach der weitgehenden Schwächung der Sanktionsregelungen blieben die Kontrollregelungen über die LQN - nunmehr als verbliebener Schwerpunkt der Regelungsinitiative - ohne Umsetzungsmöglichkeit, da diese unter dem Realisierungsvorbehalt der noch zu erlassenden Verordnungsregelung ohne die dafür erforderliche Zustimmung des Bundesrates blieben.

2.6 Ein- und Zuordnung der suspendierten Regelung - trotz in Kraft getretener Gesetzesänderungen des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes

So entstand für das PQsG eine paradoxe Situation: Der Gesetzesbeschluss erfolgte, nach einer zwischenzeitlich verzögerten Entwicklungsphase, in relativ kurzer Zeit - dies allerdings mit der Ländermehrheit im Bundesrat gegen den ausdrücklichen Willen einer nicht unbedeutenden Opposition von sechs Bundesländern. Und er erfolgte zu dem „Preis“, dass die entscheidende Komponente der Regelprüfung über die LQN u.a. mit einer Verordnungsregelung verklammert wurde, die noch zu erlassen war und die von der Zustimmung des Bundesrats abhängig blieb. Durch die versagte Zustimmung der Ländermehrheit kam der PQsG-Initiative somit letztlich auch noch der LQN als zentrales Element auf der Kontrollebene, sozusagen „nachträglich“ abhanden. Damit verfiel diese Regelung und mit ihr das verbliebene Zentrum des PQsG in „offene Implementation“.

In diesem Schwebezustand blieb die Umsetzung „abgeschlossen - nicht abgeschlossen“. Formal war dieser Zustand durch eine entsprechende, neuerliche Regelungs- bzw. Gesetzesinitiative heilbar. Faktisch wirkte jedoch schon die abnehmende Gestaltungsbereitschaft der Regierungskoalition. Dies kam für die Pflegeversicherung bereits deutlich in dem Koalitionsvertrag zum Ausdruck. Nachdem sich nach dem erfolgreich in kürzester Zeit vollzogenen Beschluss über das GMG¹³³⁰ doch noch ein überraschend zeitnah mögliches Zeit- und Handlungsfenster für die dauerangekündigte „Pflegereform“ geöffnet hatte, wurde diese ausdrücklich und kategorisch mit einem „Machtwort“ des Bundeskanzlers Gerhard Schröder ausgeschlossen. In dem „muddling through“ erfolgten in der Pflegeversicherung dann nur noch die notwendi-

¹³³⁰ Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG).

gen Maßnahmen. Dazu zählte nicht, die offene Implementation des PQsG zu beenden oder die Pflegeversicherung - auch mit Blick auf die mit dem Gesetzgebungsverfahren des PQsG offen gebliebenen und sichtbaren Handlungsbedarfe zur Mängelabwehr bzw. Qualitätssicherung - weiter zu entwickeln. Statt dessen wurden schnell wirkende Mittelzuflüsse durch die Beitragserhöhungen für Rentenbezieher und Kinderlose realisiert.

2.7 Formaler Abschluss des Schwebeszustandes - nach sechseinhalb Jahren

Im Grunde blieb die unerfüllte Regelung seit dem Inkrafttreten des PQsG vakant. Die beschlossene Regelung fand sich seitdem im SGB XI, ohne jedoch wirksam werden zu können - mit aller Unsicherheit und den damit verbundenen Problemen, die diese Vakanz für die Pflegepraxis bedeutete. Formal blieb dieser Zustand auch über die Regierungsneubildung nach der Bundestagswahl im Herbst 2005 hinaus bestehen und wurde erst mit den Änderungen durch das jüngste Änderungsgesetz in der Pflegeversicherung zum 1.7.2008 beendet.¹³³¹ Zugleich wurde das Kontrollverfahren in modifizierter Form mit dem Änderungsgesetz erneut zur Implementation gegeben - neben weiteren, inhaltlich identischen Elementen aus dem PQsG bzw. aus der Entwicklung im Zuge der seinerzeitigen Reformulierungsinitiative wurde auch ein obligatorisches Prüfverfahren beschlossen.¹³³²

3 Ergebnis und Bewertung des beschlossenen Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes

3.1 Ergebnis des Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - mangelhafte und unwirksame Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung wird fortgeschrieben

Mit dem PQsG konnten die Ziele, mangelhafte Pflege zu beenden, Pflegequalität zu sichern und weiter zu entwickeln, nicht erreicht werden. Das Qualitätssicherungssystem der Pflegeversicherung wurde *im Ergebnis* mit dem PQsG inhaltlich weitgehend unverändert fortgeschrieben. Wesentliche Regelungserfordernisse des weitgehend unwirksam ausgestalteten Regulationssystems der Pflegeversicherung zur Qualitätssicherung blieben somit „auf der Strecke“. Deutlich sichtbar ist dies an dem fortdauernden Befund über mangelhafte Pflegesituationen, wie er u.a. mit den Qualitätsbe-

¹³³¹ Die einschlägigen Regelungen über die LQN und zur Rechtsverordnung wurden erst mit dem *Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung* aufgehoben - also nach sechseinhalb Jahren.

¹³³² Zu den „übernommenen PQsG-Elementen“ siehe in diesem Kapitel unter 4.4 *In der aktuellen Änderungsgesetzgebung übernommene Elemente* (Seite 409).

richten des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen weiter aktuell vorliegt.¹³³³

3.2 Beschlossenes Pflege-Qualitätssicherungsgesetz im Kontext der Handlungslogiken der Pflegeversicherung

Während die *Initiative* eindeutig als inhaltlich-gestalterisch motiviert beschreibbar ist und in „abweichender Handlungslogik“ angelegt war, fällt das PQsG im (Politik-)Ergebnis deutlich hinter die ambitionierte Planung zurück und reiht sich - dem Ergebnis nach und nachdem der Regelungsinhalte weitgehend abhandelt gekommen waren - in die grundsätzlich und deutlich überwiegend von einer „Handlungslogik des Nichthandelns“ geprägte Änderungsgesetzgebung zur Pflegeversicherung ein. Wesentlich für dieses Ergebnis waren neben einem bereits - trotz engagierter Absichten - in der Vorgabe der Änderungsvorschläge hinter dem Möglichen zurückbleibenden Konzept, das auf die Umsetzung in kooperativer Zustimmung setzte, vor allem aber auch die im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens sukzessive in ihrer Wirksamkeit schwächer ausgestalteten Kontroll- und besonders die bis zur faktischen Wirkungslosigkeit „heruntergeregelten“ Sanktionsregelungen des PQsG. Die zur „nachholenden Implementation“ vorgesehenen Kontrollregelungen blieben ohne Zustimmung der Länderkammer unimplementiert bzw. konnten nicht in Kraft treten und bewirkten so, dass wesentliche Elemente des PQsG nicht umgesetzt wurden.

Auch verkehrte sich mit dem Ergebnis das beabsichtigte Handlungsprogramm letztlich in das Gegenteil. Obwohl beabsichtigt war, „Qualität nicht in die Pflegeeinrichtungen hineinprüfen“ zu wollen, verblieb wieder und weiter dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung allein die Aufgabe, genau dies im Rahmen seines Prüfauftrages unternehmen zu müssen, da es weiter an einem geregelten Kontrollverfahren mangelte.

3.3 Tauglichkeit des Pflege-Qualitätssicherungsgesetz-Konzeptes

Offenbar wollten die Initiatoren mit dem PQsG beides erreichen: Mängelabwehr, um schwere und auffällige Missstände in der Pflege zu beenden und gleichzeitig die Pflegequalität sichern und weiter entwickeln, also die pflegerischen Standards auf dem Mindestniveau zuverlässig zu gewährleisten und von diesem ausgehend weiter zu optimieren. Sie konnten in ihrer Initiative jedoch beides nicht klar genug ausdiffe-

¹³³³ Siehe in Kapitel 1 unter 1.1 Mängelberichte sinnbildlich für unwirksame Pflege-Qualitätssicherungsgesetz-Initiative (Seite 2).

renziert und nicht genügend voneinander unterschiedlich als Gestaltungs- und Regelungsstrang entwickeln.

Wenn auch der der Regelungsinitiative des PQsG innewohnende gestalterische Ansatz unbenommen ist, konnte die postulierte „Nichtineinkontrollierbarkeit“ von Pflegequalität dem erklärten Anspruch, Mängel in der Pflege zu beenden, nicht gerecht werden. Mit dem Ansatz, Pflegequalität mit dem PQsG nicht in das System „hineinkontrollieren“ zu wollen, wurde im Grunde wieder und weiter das Konzept verfolgt, dass sich die Pflegequalität (und damit zugleich die Gewährleistung mindeststandardlicher Pflege) in der „Pflegevertraglichkeit“ realisiert - sich also aus dem Pflegevertrag zwischen Pflegekasse und zugelassener Pflegeeinrichtung ergibt. Der Bereich der Mängelabwehr ist aber mit einem solchen Konzept, mit dem auf die Bereitschaft der Akteure gesetzt wird, sich in ihren Häusern bzw. in ihrem Verantwortungsbereich mindestens für die Gewährleistung mangelfreier Pflege zu engagieren, nicht erreichbar. Denn der in dem Bereich der oft ganz bewussten „Schlechtleister“ betriebenen Mangelpflege kann nur mit klaren und geschärften Regularien begegnet werden. Das bedeutet zur Gewährleistung mindeststandardlicher pflegerischer Bedingungen eben mit obligatorischen und einheitlichen Kontrollen arbeiten zu müssen. Die Regelungen hätten als ersten Schritt somit mindestens der Realisierung adäquater Kontrollen bedurft. Kontrolle allein vermag jedoch nicht, Mindeststandards zu gewährleisten - genau so wenig ist mit Kontrollen automatisch eine Weiterentwicklung der pflegerischen Standards verbunden. Für den Bereich der Mängelabwehr ist es unabdingbar, Kontrollen eben so obligatorisch mit entsprechenden Sanktionsregelungen zu verbinden. Selbst wenn es im weiteren Verlauf nach dem beschlossenen PQsG zur Einsetzung und Wirkung der LQN gekommen wäre, wären die vorgesehenen Sanktionsregelungen - die eine Fortschreibung der bestehenden Komplettkündigung und ergänzend eine vertragsstrafliche Komponente enthalten - kaum ausreichend geeignet, um den Anbietern beizukommen, die hartnäckig die mindestvertraglichen Voraussetzungen eines Pflegevertrages ignorieren. Dafür sind die in der Form gewählten und geltenden Sanktionsinstrumente zu milde und hinsichtlich des Verfahrens zu unwirksam ausgestaltet. Mit den vorgesehenen Regelungen des PQsG und dem „Nichtineinkontrollierbarkeitskonzept“ bleiben die Anbieter mangelhafter Pflege weiterhin aus ihrer Verantwortung entlassen.

Das Sanktionsinstrumentarium war, so wie es im Verlauf der Gestaltung des PQsG kontinuierlich heruntermodelliert wurde, zuletzt ein kaum taugliches Konzept - weder

zur beabsichtigten Mängelabwehr bzw. zur Wahrung pflegerischer Mindeststandards noch zur Weiterentwicklung der Pflege bzw. der Pflegequalität. Damit war das Konzept des PQsG in seiner Entwicklungsstufe beim Gesetzesbeschluss (also der Politikformulierung) kaum geeignet, um innerhalb der Pflegeversicherung das Qualitätssicherungssystem entscheidend weiter zu entwickeln. Es war jedoch vor allem auch weitgehend ungeeignet, um - wie beabsichtigt - den Mängeln in der Pflege beizukommen.

Auf der anderen Seite waren etwa Positiv- oder Anreizkonzepte auf der Sanktionsebene (dritte Ebene), etwa durch Positivsanktionen, nicht vorgesehen. Damit war also vom PQsG das Sanktionsinstrument für die Pflegedienstleister, die die Mindeststandards erfüllen und bei denen es um eine Weiterentwicklung der pflegerischen Standards geht, ebenfalls nicht entwickelt und wirksam genug gestaltet.

3.4 Das mittellose Gesetz - das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz, eine mittellose Reform

Trotz des als „ausgabenneutrale Reform“ beschlossenen „Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes“ (PQsG) blieb das Qualitätssystem weiter weitgehend in seinem unentwickelten Status gefangen. Die Defizite blieben mit den *beschlossenen* Änderungen durch das PQsG im Ergebnis weiter unbearbeitet. Ungesteuert und beliebig blieben die pflegerischen Standards wie schon zuvor weitgehend von der Pflegeversicherung unabhängig. Nicht einmal die Gewährleistung pflegerischer Mindeststandards konnte gesichert werden. Dies auch, weil darauf verzichtet wurde, diese beispielsweise im Gesetz selbst festzulegen.

Somit musste es für die Pflegeversicherung, und damit für die Gepflegten wie auch für die Pflegedienstleistenden, auch nach dem PQsG weiterhin bei der Maxime bleiben: „Lieber schlechte Pflege als gar keine Pflege“, mit der die „Schlechtleistung“ und der Mindeststandard das - undifferenzierte - Maß der Dinge bleiben. Die Fortschreibung der Prekarität ist nicht zuletzt auch dem problematischen Ansatz geschuldet, für Qualität keine (zusätzlichen) Mittel einzusetzen - wiewohl umgekehrt nicht gilt, dass der Mitteleinsatz - genau so wenig wie Kontrolle - allein automatisch zu Qualität führt.

4 Was bleibt von der Initiative des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes?

Als mittelloses Gesetz im Gesetz bleibt eine engagierte Regelungsinitiative zurück,

die sich mindestens den Mängeln in der Pflege annehmen wollte und die tatsächlich beschlossenen, aber unerfüllten Regelungen im SGB XI, die bis zur Ablösung durch die Änderungen der aktuellen Änderungsgesetzgebung Mitte 2008 diese Gestaltungsinitiative aufzeigen. Präsent ist dabei jedoch der *Handlungsbedarf* geworden und es wurden bereits *Möglichkeiten* aufgezeigt, wie in einem qualitativ unentwickelten Pflegeversicherungssystem Regelungen anzulegen sind, um eine wirksame Qualitätssicherung zu justieren.

Die Pflegeversicherung, aber vor allem das „Gesetz im Gesetz“, die Qualitätssicherung der Pflegeversicherung, befindet sich in einer Phase andauernder Implementierung. Mit dem jüngst beschlossenen Gesetz stehen einige Elemente des PQsG - in gewandelter Form - nach neuerlicher Politikformulierung wieder zur Implementation an.

4.1 Redaktionelle Aufwertung und Hervorhebung der Pflegequalität im SGB XI

Insgesamt ist mit der Einführung der Pflegeversicherung der Situation der Pflegebedürftigkeit in Deutschland mehr Aufmerksamkeit zugewachsen als es ohne die - wenn auch kostenorientiert dominierte - Regelung zu erwarten gewesen wäre. So findet sich - immerhin - der noch in der Gesetzesbegründung zur Einführung der Pflegeversicherung auch redaktionell nach- und untergeordnete Bereich der Qualitätssicherung nun zumindest in einer ausdrücklichen Nennung in den Pflegeberichten (eben unter dem Berichtsteil zum PQsG) wieder. Die mit dem PQsG innerhalb des SGB XI als eigenes Kapitel zur Qualitätssicherung vorgenommene Zuordnung - wenn auch als letztes Kapitel - bewirkt eine zumindest redaktionelle Bedeutungszunahme.

4.2 Immerhin - regelmäßige Pflegequalitätsberichterstattung

Da zumindest die Regelberichterstattung mit dem PQsG etabliert wurde, bleibt der (unerfüllte) Handlungsdruck sichtbar bzw. tritt regelmäßig (wieder) in Erscheinung. Die Auffälligkeitsgrenze ist insoweit in der fachlichen und vor allem auch in der öffentlichen Wahrnehmung „wahrnehmbarer“ bzw. präsenter, als sie es allein über das Verwaltungsverfahrensgeschehen im Zuge von Sanktionen wäre. Dies zeigt sich an dem jeweiligen Medienecho auf die zwischenzeitlich ergangenen Berichte, in denen drastisch aufgezeigt wird, dass sich nur wenig Verbesserung zeigt und damit unveränderter Handlungsbedarf bei den Mängeln und der Fehlversorgung in der Pflege be-

steht.

4.3 Bedeutungszuwachs des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung durch weitere Aufwertung seiner Rolle

Nachdem auch mit dem PQsG letztlich im wesentlichen die bestehende „unvollkommen“ ausgestaltete Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung fortgeschrieben blieb,¹³³⁴ fiel angesichts weiterhin ausstehender Regelinstrumentarien für die Kontrolle der Pflegequalität bzw. der Pflegeleistungserbringung insbesondere im stationären Bereich weiterhin dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung die Aufgabe zu, gleichwohl die Kontrollen vor Ort durchführen zu müssen. Mit dem PQsG wurden dafür die Befugnisse erweitert und der regulative Einsatzrahmen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung stärker konturiert.

Im Zuge des praktischen Handlungserfordernisses, mit eigenen Regelungen agieren zu müssen, wurden die Prüfreregularien des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung aufgebaut und ergänzt. Die erlassenen Prüfvorschriften bilden eine Art notdürftige Verortungsklammer für die unerfüllt bleibenden Qualitätsvorgaben des PQsG. Aufgefangen werden auf dieser Ebene die direkt an die Einrichtungen gerichteten und sie zur Einhaltung bestimmenden Nachweis- und Kontrollkriterien zur Etablierung pflegerischer Standards, wie es mit der weiteren Ausführung des beschlossenen PQsG vorgesehen war. Durch den Wegfall dieser Regelungsebene kommt nunmehr dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung die Aufgabe zu, hilfsweise auch die mit dem PQsG vorgesehenen Qualitätsstandards über das den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bindende Prüfreregularium gleichsam in die Einrichtungen „hineinzuprüfen“. So findet sich der Medizinische Dienst der Krankenversicherung nach dem PQsG in der Ergebnisprekarität mit einer gewachsenen Aufgabenverantwortlichkeit und damit einer Bedeutungszunahme seiner Rolle im Pflegegeschehen wieder. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung ist auf diese Weise - ohne das dies so im Gesetz vorgesehen ist - faktisch der in der Pflegeversicherung vorgegebenen Verantwortungstrias hinzuzuzählen.

4.4 In der aktuellen Änderungsgesetzgebung übernommene Elemente

Ansätze und Entwicklungen aus dem PQsG bzw. im Kontext der Entwicklung um das PQsG wurden in der aktuellen Gesetzesänderung - dem „Pflege-

¹³³⁴ Damit blieb es auch dabei, dass die von den Regelungen der Pflegeversicherung weitgehend unabhängige Gestaltung der Leistungserbringung von den Leitungen bzw. dem jeweiligen Management der Pflegeeinrichtungen bestimmt wird, die somit über das Maß der Pflegequalität entscheiden.

Weiterentwicklungsgesetz“ - aufgenommen.¹³³⁵

So findet sich in der aktuellen Gestaltungsvorlage u.a. die nach der ausgebliebenen Verordnung in der - seinerzeit nicht weiter verfolgten - Reformulierungsinitiative eines 5. SGB XI-ÄndG modifizierte Prüfrege lung im dreijährigen Turnus¹³³⁶ wieder.¹³³⁷ Offenbar sind die seinerzeit (weiter) entwickelten Vorschläge für das Änderungsgesetz in einer ministeriellen Kontinuität wieder aufgegriffen worden und nun - immerhin mit einem zeitlichen Abstand von mehreren Jahren - erneut in die Politikformulierung eingegangen.

Mit dem ausdrücklich benannten Anspruch auf Pflegeberatung durch Pflegeberater¹³³⁸ findet sich eine eben so deutliche wie bemerkenswerte Analogie zu dem seinerzeit in der PQsG-Initiative formulierten Regelungsvorschlag, wonach von den Pflegekassen eine Vertrauensperson als Ansprechpartner für alle pflegerelevanten Fragen zu benennen ist - dieser Vorschlag wurde seinerzeit im weiteren Verlauf der Gesetzesinitiative mit dem Regierungsentwurf nicht weiter geführt.¹³³⁹

Und auch Elemente des Runden Tisches Pflege wurden im vorliegenden Gesetzentwurf aufgenommen¹³⁴⁰ - teilweise mit expliziter Benennung des Runden Tisches

¹³³⁵ Wesentliche Elemente werden im Folgenden nur kurz benannt. Eine an diese Bearbeitung anknüpfende Detailanalyse kann (weiteren) Aufschluss über den genauen Wirkungs- bzw. Umsetzungsgrad der mit und vom PQsG sowie in dessen Gefolge (Runder Tisch Pflege, aber auch die seinerzeit vorliegende, dann jedoch „abgesagte“ Änderungsinitiative der Bundesgesundheitsministerin) bereits entwickelten Vorschläge hinsichtlich ihrer Übernahme - und auch der Weiterentwicklungen - im „Pflege-Weiterentwicklungsgesetz“ (*Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*) liefern.

¹³³⁶ Siehe in *Kapitel 5* zu dem zunächst vorgesehenen Turnus von zwei Jahren im Rahmen der Umsetzung der LQN nach näherer Bestimmung durch die Verordnung (in der *Übersicht 16*, unter 4.1 Die „Qualitätsmatrix“ der Pflegeversicherung und ihre Erweiterung durch das PQsG, ab Seite 368) und der dann, nach Versagung der Umsetzung unter Aufgabe des LQN-Konzeptes vorgeschlagenen, modifizierten Kontrollregelung in Form einer „Regelprüfung“ vornehmlich durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit einem dreijährigen Turnus (unter 3.2.1 *Handlungsbedarf und Referentenentwurf*, sowie, speziell zum Stichwort „Regelprüfung“, in *Fn. 1266*, Seite 361).

¹³³⁷ Vorgesehen ist im Rahmen des Prüfauftrages u.a. die Qualitätsprüfung „im Abstand von höchstens drei Jahren“ als „Regelprüfung“ (*Bundestags-Drucksache 16/7439*, S. 24).

¹³³⁸ Verknüpft mit den vorgesehenen sogenannten „Pflegestützpunkten“ (*Bundestags-Drucksache 16/7439*, S. 45-49 sowie (explizit zu dem Konzept der Pflegestützpunkte) S. 74-79).

¹³³⁹ Siehe dazu in *Kapitel 5* unter 2.2.7 *Gesetzentwurf der Bundesregierung im November 2000* sowie dort *Fn. 1190* (Seite 338).

¹³⁴⁰ In dem Entwurf für das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (*Bundestags-Drucksache 16/7439*) wird im Allgemeinen Teil der Begründung ausdrücklich auf die vom Runden Tisch Pflege erarbeitete Charta der Rechte der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen Bezug genommen und darauf hingewiesen, dass die von den Arbeitsgruppen des Runden Tisches Pflege erarbeiteten Vorschläge zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung in den Änderungsvorschlägen berücksichtigt werden (*ebd.*, S. 37). Insbesondere wird bei dem vorgesehenen Pflegeberatungsanspruch und der Einsetzung von Pflegeberatern auf das vom Runden Tisch Pflege empfohlene „Fallmanagement“ (S. 45) sowie auf die als problematisch bewerteten Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige - zu den vorgesehenen Pflegestützpunkten (S. 74) - eingegangen. Auch hinsichtlich der unter „Entbürokratisierung“ gefassten Vorschläge wird auf die Anregungen des Runden Tisches hingewiesen (S 43, 82).

Pflege und unter Bezugnahme auf dessen Empfehlungen.¹³⁴¹ In Teilen erfüllt sich somit der seinerzeit mit der Installation des Runden Tisches Pflege verfolgte Ansatz, angesichts ausbleibender Implementation, kompensierend gleichwohl umsetzungsrelevante Ergebnisse zu generieren, die in die nächste Gestaltungsinitiative eingehen sollten - wenn auch nunmehr deutlich später als angekündigt.¹³⁴²

5 Gesamtfazit zum Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - Verlauf und Ergebnis

5.1 Mindeststandardlichkeit als Qualitätsorientierung in der Pflegeversicherung

So wie bereits in dem zuvor pointierend entwickelten Zusammenhang, wonach die Mittelknappheit der Pflegeversicherung aus der Kostenbelastung der Hilfe zur Pflege resultiert,¹³⁴³ lässt sich nun erweitern und eben so pointierend formulieren: Die Mittelknappheit und die (daraus resultierende) Bedarfskomprimierung führen in der Pflegeversicherung zu einer Orientierung auf Mindeststandards („Mindeststandardlichkeit“) als Maß für die Entwicklung der Pflegequalität. Da das Leistungsgeschehen in der Pflegeversicherung vom Budgetprinzip geprägt ist, wonach sich die Mittel nicht am Bedarf ausrichten, sondern umgekehrt die verfügbaren Mittel auch bei zunehmenden Bedarf das Leistungsniveau bestimmen, müssen sich - in dieser Folge ganz konsequent - auch die pflegerischen Standards unweigerlich dieser Systematik der Mittelknappheit nachordnen. Das bedeutet eine Orientierung auf Mindeststandards, die mit den verfügbaren Mitteln zu realisieren sind. Daraus ergibt sich das Dilemma, dass die Gestaltungsverantwortlichen offenbar - ebenfalls weiter diesem Konzept folgend - auch weiterhin eher bereit sind, Mängel in der Pflege in Kauf zu nehmen, als keine Pflegeleistungsumsetzung stattfinden zu lassen („*lieber schlechte, als gar keine Pflege*“). Dies geht zum einen natürlich zu Lasten der Gepflegten, zum anderen resultiert daraus ebenfalls und weiterhin das Problem der Pflegenden, in ihrer Profession und dem Selbstverständnis zwischen dem Anspruch und dem Möglichen stets hin-und-hergerissen zu bleiben.

5.2 Sanktionsdilemma in der Pflegeversicherung!?

Die sukzessive Rücknahme bzw. Schwächung der ursprünglich vorgesehenen Sankti-

¹³⁴¹ Zu den seinerzeitigen Empfehlungen des Runden Tisches Pflege siehe in *Kapitel 5, Seite 365 f.* .

¹³⁴² Zum Runden Tisch Pflege als ausdrücklich außerparlamentarisch konzipierte, informelle und beratende Plattform siehe in *Kapitel 5* unter *3.3 Der „Runde Tisch Pflege“ (Seite 362 f.)*.

¹³⁴³ Siehe in diesem Kapitel unter *1.4 Handlungslogiken der Pflegeversicherung - prekäre Handlungslogik des Nichthandelns, Seite 397*.

onsregelungen legen die Annahme nahe, dass in der Pflegeversicherung wegen der Mittelknappheit, die mit der Bedarfskomprimierung eine untere Elastizitätsgrenze erreicht hat, eine sanktionierende Steuerung hinsichtlich der Pflegequalität gar nicht (mehr) möglich ist. Mit diesem behaupteten Sanktionsdilemma wurden die gemilderten Sanktionen hinsichtlich der Restitutionsregeln seinerzeit begründet. Damit wäre allerdings die Unmöglichkeit erklärt, mit der Pflegeversicherung auf die Versorgungsqualität einzuwirken. Doch das Gegenteil ist der Fall. Zunächst einmal ist dies schon daraus ersichtlich, dass es Pflegedienstleistern durchaus auch mit den verknüpften Mitteln der Pflegeversicherung gelingt, eine Versorgung entsprechend pflegerischer Standards zu gewährleisten. Des weiteren „entlarvt“ sich diese - insoweit auch zynisch anmutende - „Begründungstautologie“ schon an einer einfachen, rein zahlenmäßigen Überlegung: Eine Rückzahlung von Pflegevergütungen von nicht bzw. nicht ausreichend erbrachter Pflege würde dem verfügbaren Pflegebudget zugute kommen. Erst recht gilt dies für die Bereiche, in denen mangelhafte oder gar gefährliche Pflege stattfindet - für die aber nach der „Dilemmalogik“ gleichwohl die Pflegevergütungen und darüber hinaus auch die Folgekosten aufzubringen wären.

In diesem Sinne wäre eine regulierte und von der Pflegeversicherung zuverlässig gewährleistete pflegerische Versorgung das erste Mittel der Wahl, um angesichts geringer finanzieller Mittel die pflegerische Versorgung quantitativ wie qualitativ realisieren zu können. Ein *wirksames* „Qualitätssicherungsgesetz“ wäre, allein schon durch die Regelung von „Selbstverständlichkeiten“, wie einer durchgehenden und regelmäßigen Kontrolle mit entsprechend wirksamen Sanktionen, in der Pflegeversicherung so gesehen die wirksamste Möglichkeit um einer - ja ebenfalls prioritär geforderten - Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu entsprechen.

Allerdings ist dafür vorausgesetzt, dass tatsächlich auch der Regelungswille bei den Gestaltungsverantwortlichen besteht, dies so als Basis- und Regelkonzept in der Pflegeversicherung zu verankern. Eine Mittelerhöhung allein wird an den Defiziten der Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung und an den Mängeln in der Pflege per se nichts ändern. Es kommt darauf an, die (verfügbaren) Mittel wirksam zum Einsatz zu bringen. Insofern ist die mit der jüngsten Gesetzesänderung vorgenommene Mittelerhöhung - nunmehr als allgemeine Beitragssatzerhöhung, während sie zuvor separiert für Rentenbezieher und kinderlos Versicherte durchgeführt wurde - wiederum ohne direkten Einfluss auf die pflegerische Versorgung. Die zusätzlich verfügbaren Mittel können und werden sicherlich auch den Gepflegten zu gute kommen. Dies

bleibt aber beliebig und jedenfalls von der Pflegeversicherung unabhängig und ungesteuert. Zielführender wäre, die Mittel im Sinne einer Positivsanktion einzusetzen und - für den Bereich mangelhaft erbrachter Pflegeleistungen - konsequent die unnötigen Mittelabflüsse zu beenden.

5.3 Begründungsmelange für das Misslingen des Handlungsprogramms des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes

Da die in der *Grundkonzeption* des PQsG vorgesehene Stärkung der Kontroll- und Sanktionsebene im *beschlossenen* PQsG nicht (Kontrollebene) bzw. nicht so wie ursprünglich vorgesehen (Sanktionsebene) zum Regelungsbestandteil des Qualitätssicherungssystems der Pflegeversicherung wurden, kann gerade nicht darauf geschlossen werden, für derlei Ansätze wäre mit den Ergebnissen des PQsG deren Wirkungslosigkeit bestätigt. Im Gegenteil steht eine Verifizierung oder Falsifizierung einer solchen Annahme weiter aus, da die ursprünglich geplanten Programminhalte gar nicht zum Einsatz kommen konnten.

Was sich hingegen zeigt, ist das *insoweit* offensichtliche Versagen darin, einen entsprechenden Programmsatz wirksam auf den Weg zu bringen. Nicht mehr und nicht weniger. Ein Misslingen des PQsG lässt sich im Verlauf hinsichtlich des formulierten Handlungsprogramms zunächst angesichts der bereits anfänglich bestehenden Defizite, dann in der „Herabmodellierung“ und schließlich im Wegfall entscheidender Regelungselemente konstatieren.

Im Gesamtblick - und insoweit die hier entwickelten Teilergebnisse insgesamt und verbindend würdigend bzw. bewertend - kann ein Grund für den ausgebliebenen Erfolg der Regelungsinitiative vielleicht auch und gerade in ihrem engagierten, gestalterisch motivierten und inhaltlich ausgerichteten Ansatz selbst gesehen werden. Damit ergibt sich eine Melange an Erklärungsansätzen dafür, warum es - trotz und mit dem beschlossenen Änderungsgesetz - bei der Unentwickeltheit der Regelungen zur Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung blieb.

Möglicherweise war die dem PQsG zugrunde gelegte Philosophie der Nichthineinprüfbarkeit und das Setzen auf die gemeinsam-kooperative Entwicklung der Berücksichtigung den Umfeldbedingungen (Mittelverknappung, Nichthandeln) geschuldet und insoweit von den Initiatoren falsch eingeschätzt worden, als die Mängel der Pflege nur durch klare und zweifelsfrei regelnde Kontroll- und Sanktionsregeln zu beenden sind. Die Dynamik der Wandlung der vorgesehenen Regelungskonzepte und -

inhalte im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens wurde offenbar unterschätzt.

Zu der Fehleinschätzung der Ausgangs- und Umgebungsbedingungen sowie der Unterschätzung der Entwicklungsdynamik im Gesetzgebungsprozess kommt die Ungenauigkeit des Handlungsprogramms, das nicht klar genug danach konturiert war, die Abwehr von Mängeln klar abgetrennt von der Qualitätssicherung zu regeln. Darüber hinaus war die Regelungsinitiative ohne weiteren Mitteleinsatz konzipiert - sie sollte quasi „aus Bordmitteln“ realisiert werden. Insgesamt betrachtet ist zudem auch eine fehlende entschiedene Durchsetzung des Regelungswillens - insbesondere mit Blick auf die „ausgesetzte Implementation“ - zu konstatieren.

6 Ausblick

6.1 Wandlung - „modernisierte“ Systemgrenzen

Durch die Ankopplung der Pflege- an die Krankenversicherung zeichnet sich auch für die Pflegeversicherung eine Systemumstellung in der Form ab, dass die bis dato geltende systematische Trennung nach Personenkreisen (noch) stärker und ausgeprägter an den Einkommen(smöglichkeiten) organisiert werden wird. Nur vordergründig erfolgt damit die Überwindung der bisherigen traditionellen Systemtrennung - faktisch wird auf diese Weise eine neue, „zeitgemäße“ Systemgrenze etabliert. Ähnlich wie bereits in den Niederlanden¹³⁴⁴ praktiziert, steuert die bisherige klare Systemtrennung von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung auf eine systematische Angleichung zu, in der die Versicherten zwischen gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen wählen können. Dabei ist als Mindestsicherung eine Basissicherung gesetzlich vorgegeben - nach Bedarf und Interesse, vor allem aber nach den finanziellen Möglichkeiten können zusätzliche Tarife ergänzend hinzugenommen werden. Diese neue Systematik, die sich derzeit anbahnt und sukzessive an praktischer Bedeutung für die Versicherten zunimmt, hebt die bisherige systematische Trennung (nach der Zugehörigkeit zu einem Personenkreis bzw. zutreffender formuliert: nach der „Nichtzugehörigkeit“ zu einem versicherungspflichtigen Personenkreis) auf und „ersetzt“ diese bzw. löst sie durch eine faktische Trennung, vor allem nach Einkommenslagen, ab. Es wird minimal abgesicherte Personenkreise fortan in beiden Systemen geben. Die Gesetzliche Krankenversicherung erweitert sich um (Tarif-)Möglichkeiten, wie sie zuvor nur den privaten Versicherungsunter-

¹³⁴⁴ Ein Zwischenfazit der seit dem Jahr 2006 geltenden Systemumstellung in den Niederlanden findet sich beispielsweise bei *Blum*.

nehmen vorbehalten waren, und umgekehrt müssen Krankenversicherungsunternehmen Bedingungen für ihre Versicherungsangebote gewährleisten (Beitragsbegrenzung, Mindestbeiträge, Kontrahierungszwang ohne Risikozuschlag, Portabilität), wie sie bislang nur in der Gesetzlichen Krankenversicherung galten.

6.2 Stillstand - prekäre Handlungslogik(en) wirken weiter determinierend

Nüchtern betrachtet wird sich die Politikgestaltung in der hier anhand des Verlaufes nachgezeichneten *Handlungslogik* weiterentwickeln: Also grundsätzlich abzuwarten und nicht zu handeln bzw. erst zu handeln, wenn dies unvermeidbar ist und dann auch nur das Notwendigste unternehmend. In dieser „prekären Handlungslogik“ ist die entwickelnde Gestaltung in der Pflegeversicherung weiterhin nachrangig. Das vorliegende bzw. bestehende Konzept soll so weit weiter tragen, wie es irgend möglich ist.

Im System der Pflegeversicherung wird die aus der Mittelverknappung resultierende bzw. ihr entsprechende Bedarfskomprimierung fortgesetzt werden. Das Konzept einer nicht bedarfsdeckenden Basissicherung, die nach den individuellen Einkommensmöglichkeiten zusatzversichernd ergänzbar ist, wird in der Pflegeversicherung durch das „Teilkaskoprinzip“ bereits umgesetzt. Angesichts eines bereits systemimmanent angelegten „Mindestsicherungs-niveaus“ („Vergrundsicherung“), das mit den (wieder) zunehmenden Ausgabenbedarfen in der Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) eine mögliche Folge einer solchen Systemumstellung schon vorwegnimmt, lassen sich in der Pflegeversicherung Maßnahmen zur Mittelerhöhung erwarten - in einfachster Form durch die Anhebung des Beitragssatzes.¹³⁴⁵ Naheliegend ist in diesem Zusammenhang zudem die Zusammenlegung der bislang noch getrennt geregelten Finanzausgleichssysteme von privater und sozialer Pflegeversicherung.¹³⁴⁶

6.3 Perspektiven für die Qualitätssicherung in der Pflegeversicherung

Für die Qualitätssicherung ergibt sich realistischerweise somit das folgende Szenario: Angesichts einer weiterhin auf einem Defizitansatz konzipierten Pflegeversicherung bestehen unverändert dringlich die Aufgaben zur Finanzierung der notwendigen Leistungen bei weiter zunehmendem Bedarf. Qualität ist in dieser Konzeption das Kunststück, möglichst mit geringstem Mitteleinsatz die Mindeststandards für eine pflegerische Versorgung zu gewährleisten. Diesem Ansatz entspricht auch die neuer-

¹³⁴⁵ Wie bereits aktuell geschehen (siehe in diesem Kapitel *Fn. 1322, Seite 396*).

¹³⁴⁶ §§ 111 sowie 66 SGB XI.

liche Regelungsinitiative - mit einer nur vordergründig veranstalteten Mittelerhöhung durch die vorgenommene Beitragserhöhung. Auch die nur auf der Kontrollebene vorgesehene Änderung der insoweit neuimplementierten Regelkontrolle durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung entspricht diesem Ansatz. Denn ihr fehlen weiterhin die Möglichkeiten, um die Kontrollergebnisse adäquat zu sanktionieren (positiv wie negativ). Das Kontrollgeschehen - so es denn tatsächlich zur Umsetzung gelangt - bleibt dabei auf sich selbst bezogen. Die Verknüpfung mit einem noch zu regelnden Ampelsystem, an dem die „Kunden“ sich orientieren und insoweit „nachfragerisch“, kraft Nachfrage direkt auf das Management sanktionierend einwirken, birgt durchaus einen gewissen Charme - durch die mit ihr angelegte Einfachheit des Geschehens und den Bezug auf die Menschen -, birgt aber auch Umsetzungsprobleme. So bleibt dieser Ansatz erst einmal eine Idee. Hinzu kommt, dass letztlich der Medizinische Dienst der Krankenkassen keine unabhängige Pflegequalitätskontrollstelle ist und insbesondere nicht klar ist, wie sich seine Qualitätsbewertung an den Zufriedenheitserfordernissen und Wünschen der Gepflegten orientiert.

Realistischerweise wird es nicht darum gehen, Qualität zu verbessern oder zu sichern, sondern vielmehr darum, wie mit dem Mitteleinsatz grundlegende (Mindest-)Standards sicher gestellt werden können.

Die ausführliche Bestandsaufnahme und Analyse der Pflegeversicherung zeigt: Pflegeversicherung hat vorrangig andere existenzielle Konstitutions- und Entwicklungsprobleme. In dieser Situation ist an Qualität dabei zuletzt zu denken. Oder: Ob und wie Qualität bei einer Weiterentwicklung Thema sein kann, ist fraglich. Realistischerweise wird es eher und vorrangig zunächst um die Frage gehen müssen, wie in der derzeitigen Situation Mindeststandards erreicht werden können. Erst wenn dieser Standard mangelfreier Pflegeangebote zuverlässig im Qualitätssicherungssystem der Pflegeversicherung gewährleistet ist (Mangelfreiheit bzw. Gefährdungs- und Verletzungsfreiheit als untere Mindestanforderung) kann daran gegangen werden, diese durch das Regelungs- und Steuerungssystem der Pflegeversicherung zu sichern.

6.3.1 *Qualitätssicherung als Möglichkeit, um auf die Bedarfszunahme und die Mittelknappheit Antworten zu finden*

Wie hier am PQsG entwickelt, besteht die Chance bzw. die Herausforderung gleichwohl auch darin, Qualitätssicherung auch aus finanzieller Sicht als Möglichkeit zu begreifen, der Mittelknappheit bei und resultierend aus wachsenden Bedarfen zu entsprechen. Zum einen besteht diese Möglichkeit in ganz direkter, einfach nahelie-

gender und konkret greifbarer Weise darin, dass bei zuverlässig garantierten pflegerischen Standards und einem wirksamen Qualitätssicherungssystem derzeit noch unwirksam ausgezahlte Mittel an nicht bzw. defizitär (mangelhaft) tätige Pflegeeinrichtungen nicht in Betracht kommen bzw. ausgeschlossen sind und so auch die durch mangelhafte Pflege verursachten Folgekosten gar nicht erst entstehen können. Zum anderen stellen die in einem bestehenden Qualitätssicherungssystem erbrachten Pflegeleistungen eine nachhaltige Investition in eine präventive, gesundheitsförderliche und qualitätsgesicherte Pflege dar, die die Hilfebedarfe der auf Hilfe Angewiesenen mindern können und so auch die damit in der Pflegeversicherung verbundenen Kosten. Im Grunde müsste dafür das bereits in der Pflegeversicherung theoretisch angelegte Instrumentarium nur wirksam(er) reguliert werden. Wie gezeigt, bestehen die Vorgaben in der Pflegeversicherung dafür durchaus. Sie können derzeit nur (noch) nicht wirksam werden bzw. müssen durch adäquate Ausgestaltung der Regelungen zur Umsetzung und Durchsetzung gebracht werden. Dabei ist als Mindeststandard eine mangelfrei Pflege verbindlich und zuverlässig zu gewährleisten.

6.3.2 Pflegeversicherung als Wachstumsmarkt

Der Pflegeversicherung wird mehr und mehr Aufmerksamkeit als Wachstumsmarkt zukommen. Mit der *wachsenden Marktbedeutung* werden die damit verbundenen Probleme aber auch Möglichkeiten relevant. Zu den Problemen, die sich mit den Marktregeln ergeben, zählt sicherlich die Besorgnis, dass sich die Anbieter mit ihren Pflegeleistungen in erster Linie auf die „erwünschten Pflegebedürftigen“ - analog zu den „erwünschten Patienten“ in der Gesetzlichen Krankenversicherung - konzentrieren. Ebenfalls verstärkt sich mit dem Markt das Problem, dass die Leistungszahlungen ineffizient werden, sprich: dass Leistungsanbieter die Mittel unwirksam einsetzen. Aber dieses Problem besteht in der Pflegeversicherung - aus anderen, aber ähnlich gelagerten Gründen, bereits. Und schon jetzt nimmt die Frage an Bedeutung zu, wie sich dieses „Fehlinvestieren“ unterbinden lässt. Auch die auf fremde Hilfen Angewiesenen sind - in vielleicht noch intensiverer Weise als die auf die Gesundheitsleistungen angewiesenen behandlungsbedürftigen Kranken - eben keine „autonomen Nachfrager“. Dieses Herangehen auf dem Pflegemarkt ist - wie auch auf dem Markt der Gesundheitsversorgung - immer insoweit nur unterstellt und damit tatsächlich nicht wahr, wie eigene Gestaltungsspielräume verbleiben.

In dieser pessimistischeren Ausblickvariante würde sich die Situation, wie sie im Prinzip schon vor Einführung der Pflegeversicherung bestand, für die einkommens-

schwächeren Pflegebedürftigen, die nicht auf weitere Mittel (das meint auch die verfügbaren personalen Netzwerke wie Familie oder Freunde) zurückgreifen können, fortsetzen (weil vor allem die personalen Möglichkeiten abnehmen werden).

6.3.3 Kundensouveränität als Regulativ in der Pflegeversicherung!?

Der positive Blick auf das Marktgeschehen hingegen richtet sich auf eine an den Wünschen der Leistungsempfänger (Nachfrager) ausgerichtete Entwicklung der pflegerischen Standards. Fraglos muss dieser Markt dafür reguliert sein und durchgängig die Mindeststandards gewährleisten, wie dies aber mit einem staatlich verordneten Leistungsgeschehen möglich gemacht werden kann. Angesichts eines „Nicht-handelnsprogramms“ der dafür Verantwortlichen braucht es dafür zusätzlich einen „Motor“, um den derzeit ausschließlich am Kostendruck orientierten Handlungsdruck auch auf die Pflegequalität im Sinne der „Nachfrager“ zu richten.

Ein „eigener Ort für die Pflegeversicherung“ mit einer haushaltsverantwortlichen und gestaltungsfähigen Selbstverwaltung bringt dies auf den Punkt. Dort könnten jetzt die Pflöcke eingeschlagen werden, um die erforderlichen und geeigneten, den Bedürfnissen entsprechenden *Zufriedenheitsanforderungen* in der pflegerischen Versorgung zu gestalten. Es geht dabei auch um die zukünftige Versorgung der jetzt Beitragszahlenden.

Nicht zuletzt diesem Handlungs- und Entwicklungsbedarf in der Pflegeversicherung entspricht somit ein zukünftig wachsender und an Bedeutung zunehmender (Be-)Forschungsbedarf. Im Rahmen einer „Pflegesystemforschung“ können politikwissenschaftlich wichtige und wertvolle Beiträge geliefert werden. Wünschenswert wäre es, dies analog zum gesundheitswissenschaftlich multidisziplinären Ansatz bzw. in diesen eingehend und ihn erweiternd zu realisieren (Stichwort: „Public Health und Pflege“).

Kapitel 7 Literatur- und Quellenverzeichnis

Angesichts des Bearbeitungsgegenstandes der auch eine Vielzahl von Gesetzesdokumenten und Parlamentarischen Materialien umfasst, ist es sinnvoll, die sonst übliche Gesamtübersicht genutzter Literatur zu differenzieren. Gesondert ausgewiesen sind die „*Parlamentaria*“ (Drucksachen und Protokolle etc.), die *Rechtsgrundlagen* (Bundesgesetzblatt und weitere genutzte Gesetzestexte bzw. rechtliche Grundlagen) sowie die herangezogenen „*statistischen Materialien*“ (überwiegend aus dem Statistischen Bundesamt aber auch von weiteren Stellen).

1 Monographien, Zeitschriften etc.

- Alber, Jens 1992: Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise, Frankfurt am Main / New York.
- AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen 2000: AOK-Forum-Gesundheitspolitik 2000 „Zukunft der Pflege - Qualität sichern“ am 23.5.2000 in Hannover (Dokumentation), Hannover.
- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. 1976: Vorschlag zur Finanzierung der Pflegekosten, in: *Altenheim*, 4/1976, S. 67 f., Hannover.
- Badische Zeitung vom 2.11.1995: Behinderte sind ohne Pflegegeld, Freiburg im Breisgau.
- Bartholomeyczik, Sabine 2005: Es geht nicht um die Farbe des Waschlappens. Standards in der Pflege, in: *Dr. med. Mabuse - Zeitschrift im Gesundheitswesen*, Nr. 154, März/April 2005, S 20-23, Frankfurt am Main.
- Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung 2004: Fast 300 000 Empfänger von Pflegeleistungen in Bayern (Pressemitteilung, Az.: 141/2004/422/K), auf: http://www.statistik.bayern.de/presse/141_2004.html (download am 15.1.2005), München.
- Besche, Andreas 2003: Die Pflegeversicherung. Textausgabe mit einer ausführlichen Einführung, vierte Auflage, Köln.
- Blanke, Bernhard 1994: „Governance“ im Gesundheitswesen, in: Ders. (Hg.): *Krankheit und Gemeinwohl - Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin*, Opladen.
- Blanke, Bernhard (u.a.) 2000: *Sozialstaat im Wandel. Herausforderungen, Risiken, Chancen, neue Verantwortung. Wissenschaftliche Eingangsuntersuchung für das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen* (Hg.), Düsseldorf.
- Bley, Helmar / Kreikebohm, Ralf / Marschner, Andreas 2001: *Sozialrecht (Juristische Lernbücher, Band 7)*, Achte Auflage, Neuwied.
- Blüm, Norbert 1995: Die beste Nachricht seit Jahrzehnten, in: *Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.), Versicherungsschutz & Leistungen. Erläuterungen zur Sozialen Pflegeversicherung*, S. 3 f., Bonn.
- Blum, Kerstin 2008: Mit Schwung ins neue System, in: *Gesundheit und Gesellschaft (G+G) - Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft* (hg. vom AOK-Bundesverband), 1/2008, S. 18, Bonn.
- Bosbach, Gerd 2004: Die modernen Kaffeesatzleser, in: *Frankfurter Rundschau* vom 23.2.2004, S. 6 (Dokumentation), Frankfurt am Main.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2003: *Stellungnahme der Bun-*

- desarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) zum Referentenentwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI-Änderungsgesetz - 5. SGB XI-ÄndG) vom 21.7.2003, Münster.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hg.) 1991: Sicherung bei Pflegebedürftigkeit. Fakten und Argumente, in: sozialpolitische Informationen, Nr. 9 vom 9.8.1991, Bonn.
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hg.) 1992: Durchbruch zum Solidarmodell, in: sozialpolitische Informationen, Nr. 11 vom 14.7.1992, Bonn.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung / Federal Ministry of Labour and Social Affairs (Hg.) 2002: Social Security at a glance, Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit 2000a: Referentenentwurf vom 27.4.2000. Entwurf eines Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - PQsG), Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) 2000b: Informationen zum Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - PQsG). Zielsetzungen und Schwerpunkte, Dezember 2000, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit 2002: Referentenentwurf (Stand April 2002). Entwurf einer Verordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen (Pflege-Prüfverordnung - PflegePrüfV), Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003a: Referentenentwurf vom 17.6.2003. Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz - 5. SGB XI-ÄndG), Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.) 2003b: Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission vom 28.8.2003, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.) 2004e: Sozialpolitische Informationen 1/2004 vom 16.3.2004, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.) 2004f: Sozialpolitische Informationen 5/2004 vom 28.12.2004, S. 6, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2005a: Finanzergebnis der sozialen Pflegeversicherung 2004 positiver als erwartet (Pressemitteilung vom 16.3.2005), auf: http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/pflege/index_6980.php (download am 4.4.2005), Berlin.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (Hg.) 2003: Arbeits- und Sozialstatistik, in: Bundesarbeitsblatt (5/2003), S. 73 f., Berlin.
- Bundesverfassungsgericht 1 BvR 81/98 vom 3.4.2001 auf: http://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rs20010403_1bvr008198 (download am 20.4.2005).
- Bundesverfassungsgericht 1 BvR 1629/94 vom 3.4.2001 auf: http://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rs20010403_1bvr162994 (download am 20.4.2005)
- Bund-Länder-Arbeitsgruppe 1981: Der Bericht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Aufbau und Finanzierung ambulanter und stationärer Pflegedienste“, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 1981/2, S. 30-34, Frankfurt am Main.
- CARE konkret vom 2.6.2000: Qualitätssicherungsgesetz in der Diskussion, S. 4, Hannover.
- Dahesch, Keyvan 1996: Leere Versprechen, in: Die Zeit Nr. 12 vom 15.3.1996, S. 20.
- Das Parlament (hg. von der Bundeszentrale für politische Bildung), Nr. 44 vom 29.10.1993: 183. Sitzung des Deutschen Bundestages am 22. Oktober 1993: Zweite und Dritte Lesung des Pflege-Versicherungsgesetzes - „Zug auf falschem Gleis läuft zumindest in richtige Richtung“, S. 9-11, Bonn.
- Das Parlament (hg. von der Bundeszentrale für politische Bildung), Nr. 12-13 vom 25.3./1.4.1994: Debatte des Bundestages über die Pflegeversicherung in der 217. Sitzung am 11. März 1994, S. 2-5, Bonn.
- Das Parlament (hg. vom Deutschen Bundestag), Nr. 42-43 vom 21./28.10.2002: Der Koalitionsvertrag. Dokumentation der Vereinbarung zwischen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen über das Arbeitsprogramm der Bundesregierung in der 15. Legislaturperiode, S. 17-24, Berlin.
- Das Parlament (hg. vom Deutschen Bundestag), Nr. 10 vom 6.3.2006: Pflege von Bürokratie befreien,

- S. 19, Berlin.
- Der Spiegel vom 28.2.1994: Messer raus, Nr. 9/1994, S. 29, Hamburg.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge 1984: Sozialversicherungsrechtliche Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit - Einzelüberlegungen des Deutschen Vereins für eine Pflegeversicherung, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 1984/8, S. 277-284, Frankfurt am Main.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.) Geschäftsstelle Runder Tisch Pflege 2005: Runder Tisch Pflege. Arbeitsgruppe III - Entbürokratisierung (September 2005), auf: <http://www.dza.de/download/ErgebnisseRunderTischArbeitsgruppelll.pdf> (Datei erstellt am 7.9.2005, download am 4.5.2006), Berlin.
- Dietz, Berthold 2002: Die Pflegeversicherung. Ansprüche, Wirklichkeiten und Zukunft einer Sozialreform, Wiesbaden (Diss., Gießen, 2002).
- Doemens, Karl 2001: Bundesrat stimmt Privatrente nicht zu. Teil der Reform geht in den Vermittlungsausschuss, in: Frankfurter Rundschau vom 17.2.2001, S. 1, Frankfurt am Main.
- Donabedian, Avedis 1980: Explorations in quality assessment and monitoring. Volume I: The definition of quality and approaches to its assessment, Ann Arbor.
- Dreßler, Rudolf 2000: Pflegeversicherung und Gesundheitsreform, in: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Nr. 9/2000, September 2000, S. 351-353, Bonn.
- Droge, Regina 1994: Chronik der Pflegeversicherung 1993 - Der Schacher geht weiter, in: Der Gewerkschafter 2/94 (hg. von der IG Metall), S. 12 f., Frankfurt am Main.
- durchblick - Das Magazin des Verbandes Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (Hg.) 2005: Ulla Schmidt: LQN kann nicht umgesetzt werden, S. 4, Essen.
- Dye, Thomas R. 1976: Policy Analysis. What Governments Do, Why They Do It and What Difference it Makes, Alabama.
- Eckart, Wolfgang U. 1998: „... nicht ausschließlich im Wege der Repression“. Die Anfänge der deutschen Kranken-, Unfall- und Invaliditätsversicherung in der Ära Bismarck, in: Forum Wissenschaft (hg. vom Bund demokratischer Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler), Nr. 1 (Schwerpunkt Gesundheitsökonomie), Januar 1998, S. 27-30, Marburg.
- Eisenack, Marco: Die Würde hat keine Lobby. In den Heimen ist die Qualität der Pflege oft ungenügend - da sind sich Heimleiter, Politiker und Ärzte einig (Dokumentation: SZ-Forum Gesundheit „Pflegeheime - Wunsch und Wirklichkeit“), in: Süddeutsche Zeitung vom 5./6.4.2007, S. 34, München.
- Erlenkämper, Arnold 1993: Soziale Sicherheit und soziale Leistungen: Einführung in das Sozialrecht der Bundesrepublik Deutschland, Köln/Berlin/Bonn/München.
- Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 1.7.1992: Die Koalition nach langem Ringen über die Pflegeversicherung einig, S. 1.
- Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 20.12.1995: Zweite Stufe der Pflegeversicherung kommt, S. 15.
- Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 7.2.1996: Einigung im Streit über die Behandlungspflege, S. 1.
- Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 6.8.2004: Pflegeversicherung: "Ultimatives Fiasko", S. 14.
- Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 29.3.2006: Umverteilung zwischen Kassen erreicht Rekord, S. 5.
- Frankfurter Rundschau vom 29.6.1995: Bundestag appelliert an Sozialhilfe-Träger, S. 5.
- Frankfurter Rundschau vom 11.9.1995: Kriterium: Pflegebedürftigkeit. VGH entschied gegen 37jährigen Sozialhilfe-Empfänger, S. 13.
- Frankfurter Rundschau vom 30.11.1995: Wohlfahrtsverbände lehnen Änderungspläne ab, S. 4.
- Frankfurter Rundschau vom 18.1.1996: Pflege und Sozialhilfe verzahnen, S. 5.
- Frankfurter Rundschau vom 16.3.1996: Änderungsgesetz gegen Opposition beschlossen, S. 4.
- Frankfurter Rundschau vom 4.5.1996: Pflegeversicherung gebremst, S. 4.
- Fries, James. F. 1980: Ageing, Natural death and the Compression of Morbidity, in: The New England Journal of Medicine, 1980/3 (303), S. 130-135, Waltham.
- Fussek, Claus / Loerzer, Sven 2005: Alt und abgeschoben. Der Pflegenotstand und die Würde des Menschen, Freiburg im Breisgau.
- Gaserow, Vera 1998: Fischer ist eine Frau, in: die tageszeitung vom 16.2.1998, S. 13, Berlin.

- Gemeinsamer Vorschlag der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Freien Wohlfahrtspflege, des Deutschen Vereins sowie des Kuratoriums Deutsche Altershilfe 1983, in: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, 1983/3, S. 70 f., Frankfurt am Main.
- Gerlinger, Thomas 1997: Wettbewerbsordnung und Honorarpolitik. Die Neugestaltung der kassenärztlichen Vergütung zwischen Gesundheitsstrukturgesetz und „dritter Stufe“ der Gesundheitsreform (Reihe Mabuse-Verlag Wissenschaft, Nr. 37), Frankfurt am Main (zugl. Univ. Diss.).
- Gesundheit und Gesellschaft (G+G) - Blickpunkt. Der aktuelle gesundheitspolitische Newsletter der AOK (hg. vom AOK-Bundesverband), 01/2004, Januar 2004, S. 1, Bonn.
- Gesundheit und Gesellschaft (G+G) - Blickpunkt. Der aktuelle gesundheitspolitische Newsletter der AOK (hg. vom AOK-Bundesverband), 01/2005, Januar 2005, S. 2, Bonn.
- Gesundheit und Gesellschaft (G+G) - Blickpunkt. Der aktuelle gesundheitspolitische Newsletter der AOK (hg. vom AOK-Bundesverband), 03/2005, März 2005, S. 3, Bonn.
- Gesundheit und Gesellschaft (G+G) - Blickpunkt. Der aktuelle gesundheitspolitische Newsletter der AOK (hg. vom AOK-Bundesverband), 06/2005, Juni 2005, S. 2, Bonn.
- Gesundheitspolitischer Informationsdienst Nr. 29 vom 22.9.2000: Noch immer keine Regierungsentwürfe zur Pflege in Sicht. Fachlich nicht ausgereift und politisch nicht hinreichend bewertet, Bonn.
- Gladen, Albin 1974: Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Eine Analyse ihrer Bedingungen, Formen, Zielsetzungen und Auswirkungen (Wissenschaftliche Paperbacks 5. Sozial- und Wirtschaftsgeschichte, hg. von Hans Pohl), Wiesbaden.
- Graber-Dünow, Michael 2005: Qualität durch Bürokratie? Pflegequalität in Altenpflegeheimen, in: Dr. med. Mabuse - Zeitschrift im Gesundheitswesen, Nr. 154, März/April 2005, S. 26-28, Frankfurt am Main.
- Griep, Heribert / Renn, Heinrich 2002: Pflegesozialrecht. Ein Handbuch für Betroffene, Pflegeeinrichtungen und die juristische Praxis, dritte Auflage, Baden-Baden.
- Handelsblatt vom 7.2.1996: Monatelanger Koalitionsstreit um Behandlungskosten beigelegt, S. 6, Düsseldorf.
- Handelsblatt vom 28.1.2004: Schröder stoppt Schmidts Pflegereform, S. 4, Düsseldorf.
- Handelsblatt vom 21.4.2004: Grüne drängen auf höhere Pflegeleistungen Sozialministerin Schmidt soll ihre Reformpläne ändern, S. 6, Düsseldorf.
- Handelsblatt vom 20.9.2004: Verbände kritisieren Mini-Reform der Pflege. Kinderlosen-Zuschlag findet keine Unterstützung, S. 5, Düsseldorf.
- Hannoversche Allgemeine Zeitung vom 3.3.1994: SPD streitet sich um Pflege - Dreßler droht mit Niederlegung des Verhandlungsmandats, S. 5.
- Hannoversche Allgemeine Zeitung vom 11.3.1994: Die Pflegeversicherung tritt 1995 in Kraft - Nach drei Jahren Streit sind die Bonner Parteien einig, S. 1.
- Hannoversche Allgemeine Zeitung vom 17.5.1995: AWO-Aktion zur Pflege. Viele Anrufer reagieren verärgert, S. 12.
- Haug, Karin / Rothgang, Heinz 1994: Das Ringen um die Pflegeversicherung - ein vorläufiger sozialpolitischer Rückblick, in: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen (Heft 24) 1994, S. 1-30, Köln/Berlin/Bonn/München.
- Haustein, Thomas u.a. 2005: Ergebnisse der Sozialhilfe und Asylbewerberleistungsstatistik 2003, in: Wirtschaft und Statistik (hg. vom Statistischen Bundesamt), 3/2005 (April 2005), S. 225-241, Wiesbaden.
- Hessische / Niedersächsische Allgemeine vom 18.04.2005: Bis zu 300 000 Bürger sind nicht krankenversichert, S. 2, Kassel.
- Hofmann, Werner 2000: Qualität der Pflegeeinrichtung: Bringt die MDK-Begehung Mängel ans Tageslicht?, in: Pflegemanagement (Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege), März 2000, S. 185, Stuttgart.
- Hons, Jörn 2000: Neues Qualitätssicherungsgesetz soll Kontrolle der Alten- und Pflegeheime verbessern, aber auch die Mitsprache der Heimbewohner stärken. Pflegeverbände befürchten auch bürokratischen Mehraufwand, in: Ärzte-Zeitung vom 2.6.2000, S. 2, Neu-Isenburg.
- Igl, Gerhard 1988: Die verschleppte Reform der Sicherung für den Pflegefall in: Zentralblatt für Sozial-

- versicherung, Sozialhilfe und Versorgung (hg. von Kurt Pelzer), 10/1988, S. 289-299, Sankt Augustin.
- Igl, Gerhard 1992: Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, München.
- Igl, Gerhard / Beikirch, Elisabeth / Braun, Helmut / Braun, Ute / Giercke, Klaus Ingo / Klie, Thomas / Kühnert, Sabine / Naegele, Gerd / Schmidt, Roland / Wallrafen-Dreisow, Helmut 2000: Berliner Memorandum zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen, in: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Nr. 7/2000, Juli 2000, S. 276, Bonn.
- Jürgens, Andreas 1995, Die Minutenpflege wird zum Prinzip erhoben, in: Frankfurter Rundschau vom 22.11.1995, S. 12.
- Kaufmann, Franz-Xaver 2003: Varianten des Wohlfahrtsstaats. Der deutsche Sozialstaat im internationalen Vergleich, Frankfurt am Main.
- Klose, Dirk 2005: „Mit stetigem Vertrauen kann ich nicht mehr rechnen“. Der Bundestag folgt der Absicht des Bundeskanzlers, über eine gescheiterte Vertrauensfrage Neuwahlen zu erreichen, in: Das Parlament (hg. vom Deutschen Bundestag), Nr. 27 vom 4.7.2005, S. 1, Berlin.
- Kommission „Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“ 2002: Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt. Vorschläge der Kommission zum Abbau der Arbeitslosigkeit und zur Umstrukturierung der Bundesanstalt für Arbeit, Lahr.
- Krahmer, Utz 1998: Hilfe zur Pflege, in: Bundessozialhilfegesetz. Lehr- und Praxiskommentar, fünfte Auflage, S. 569-644, Baden-Baden.
- Krahmer, Utz 2004: Pflegebedürftigkeit und Sozialhilfe nach den neuen Vorschriften, Stuttgart (u.a.).
- Krug, Walter / Reh, Gerd 1992: Pflegebedürftige in Heimen, Bonn.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe - Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V. (Hg.) 1974: Gutachten über die stationäre Behandlung von Krankheiten im Alter und über die Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen (Bearbeitet von Hans Anger u.a.), Köln.
- Lamnek, Siegfried 2005: Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch, vierte Auflage, Weinheim/Basel.
- Lampert, Heinz / Althammer, Jörg 2001: Lehrbuch der Sozialpolitik (Springer-Lehrbuch), sechste Auflage, Berlin (u.a.).
- Lauterbach, K. W. / Lüngen, M. / Stollenwerk, B. / Gerber, A. / Klever-Deichert, G. 2005: Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung (Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln (IGKE)), auf: http://www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg/ga_buergerversicherung_pflege.pdf (download am 12.4.2005), Köln.
- Lütge, Friedrich 1970: Die Grundprinzipien der Bismarckschen Sozialpolitik, in: Beiträge zur Sozial- und Wirtschaftsgeschichte (aus dem Nachlass hg. von Eckart Schremmer), Stuttgart.
- Marburger, Horst 1991: Pflegeversicherung - zum aktuellen Stand der Diskussion, in: Zentralblatt für Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung (hg. von Kurt Pelzer), 6/1991, S. 166-171, Sankt Augustin.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. / Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. / AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. 2000: Gemeinsame Presseerklärung vom 6.7.2000. Pflegekassen und MDS fordern Nachbesserungen beim Pflege-Qualitätssicherungsgesetz. Referentenentwurf des BMG setzt falsche Akzente, Essen / Siegburg.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. 1998: Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 1998 (erstellt von Alexander Wagner und Lothar Lürken), auf: [http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/0/dde43bb0ce81fc8bc1256ec80039e3ef/\\$FILE/Pflegebericht_1998.pdf](http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/0/dde43bb0ce81fc8bc1256ec80039e3ef/$FILE/Pflegebericht_1998.pdf) (Datei erstellt am 9.4.2002, download am 20.12.2004), Essen.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. 2003: Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 2001/2002 (erstellt von Alexander Wagner und Uwe Brucker), auf: <http://www.mds-ev.org/download/Pflegebericht%202001-2002.pdf> (Datei erstellt am 14.10.2003, download am 20.12.2004), Essen.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hg.) 2004: Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 1. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI, Essen.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hg.) 2005a: Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege. Richtlinien/Erhebungsbogen/MDK-Anleitun-

- gen, Essen.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hg.) 2005b: Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. Richtlinien/Erhebungsbogen/MDK-Anleitungen, Essen.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hg.) 2007: 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege, Essen.
- Meier, Jörg 1996: BAföG - ein Gesetz wird liquidiert, in: Widersprüche - Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich, Heft 62 (Dezember 1996), S. 71-79, Offenbach.
- Meier, Jörg 1997a: Das pflegebedürftige Gesetz. Zur Bewertung und zur Bedeutung des Pflegeversicherungsgesetzes als neuestes Sozialleistungsgesetz, Frankfurt am Main.
- Meier, Jörg 1997b: Organisatorische Fragen und Probleme des Pflegeversicherungsgesetzes, in: Sozialmagazin (Die Zeitschrift für soziale Arbeit), Heft 12 (Dezember 1997), S. 26-31, Weinheim.
- Meier, Jörg 1997c: Grundgesetz und Ausbildungsförderung. Der Gehalt des Rechtsanspruchs auf BAföG, in: WSI-Mitteilungen (Monatszeitschrift des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts in der Hans-Böckler-Stiftung (Hg.)), 11/1997 (November 1997), S. 800-806, Düsseldorf.
- Meier, Jörg 1997d: Ein eigener Ort für die Pflegeversicherung, in: Dr. Med. Mabuse - Zeitschrift im Gesundheitswesen, Heft Nr. 106 (März/April 1997), S. 39-44, Frankfurt am Main.
- Meier, Jörg 1998: Die Privatisierung von Krankheit. Zur aktuellen Rechtslage in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Forum Wissenschaft (hg. vom Bund demokratischer Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler), Nr. 1 (Schwerpunkt Gesundheitsökonomie), Januar 1998, S. 18-21, Marburg.
- Meier, Jörg 1999: Jetzt gilt es: Gesundheitspolitische Hausaufgaben für die neue Bundesregierung, in: Widersprüche - Zeitschrift für sozialistische Politik im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich, Heft 72 (Juni 1999), S. 93-106, Bielefeld.
- Meier, Jörg 2001: Fortgesetzt ungerechte Bildungs- und Einkommensverteilung in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung und die 16. Sozialerhebung, in: spw - Zeitschrift für sozialistische Politik und Wirtschaft, 5/01, September/Oktober 2001 (Heft 121), S. 28 f., Dortmund.
- Meier, Jörg 2003: Gesundheit. Zufriedenes Leben (Buchbesprechung zu Kolip, Petra (Hg.) 2002: Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung, Weinheim), in: Sozialmagazin (Die Zeitschrift für soziale Arbeit), Heft 7-8 (Juli/August 2003), S. 83 f., Weinheim.
- Meyer, Jörg Alexander 1996: Der Weg zur Pflegeversicherung. Positionen - Akteure - Politikprozesse (Mabuse-Verlag Wissenschaft, Band 25), Frankfurt am Main (Diss., Marburg, 1996).
- Nachrichten Parität - Magazin des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes (Hg.) 2000: Neues Gesetz würde Milliardenkosten bringen (o.V.), 5/2000, S. 21, Frankfurt am Main.
- Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (Hg.) 2000: Stellungnahme des Deutschen Vereins zu dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - PQsG), Heft 8/2000, August 2000, S. 225-229, Frankfurt am Main.
- Niejahr, Elisabeth 2001: Zwölf Fragen zur Rente, in: DIE ZEIT, Nr. 5, vom 25.1.2001, S. 23, Hamburg.
- Pache, Timo 2004: Mini-Reform der Pflege bringt neuen Ärger für Koalition. Pflegekassen und Grüne gehen auf Distanz zu Kompromiss, in: Financial Times Deutschland vom 17.9.2004, S. 14, Hamburg.
- Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (Hg.) 2000: Reform des Gesundheitswesens Gesundheitspolitik ist Teil des Zukunftsprogramms, in: Sozialpolitische Umschau, Nr. 4 vom 28.2.2000, Berlin.
- Prinz, Aloys 1987: Pflegebedürftigkeit als ökonomisches Problem, Spardorf.
- Pritzkeleit, Ron 2004: Methoden zum Vergleich von Pflegebedürftigkeit. Eine Gegenüberstellung von Bundesländern unter der Verwendung von Raumkategorien (Kiel, Universität, Diss., 2004), Kiel.
- Prüfig, Katrin 1995: Krankheiten zwingen Frau zum Kämpfen, in: Frankfurter Rundschau vom 16.6.1995, S. 15.
- Richter, Eva 2005: Experten des Runden Tisches Pflege relativieren eigene Aussagen, in: Ärzte-Zeitung vom 22.9.2005, S. 3, Neu-Isenburg.

- Robert, Rüdiger 1992: Pflege im Alter. Eine ungelöste Aufgabe der Sozialpolitik. Zum Meinungsstreit über die Pflegeversicherung, München/ Hannover/ Berlin/ Weimar.
- Roloff, Juliane 2003: Demographischer Faktor (Reihe: Wissen 3000, hg. von Christina Knüllig), Hamburg.
- Roscher, Falk 1998a: Sozialhilfe nach der Besonderheit des Einzelfalles, in: Bundessozialhilfegesetz. Lehr- und Praxiskommentar, fünfte Auflage, S. 92-107, Baden-Baden.
- Roscher, Falk 1998b: Einsetzen der Sozialhilfe, in: Bundessozialhilfegesetz. Lehr- und Praxiskommentar, fünfte Auflage, S. 125-136, Baden-Baden.
- Roth, Günter / Rothgang, Heinz 2002: Pflegeversicherung und Sozialhilfe. Eine Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Pflegeversicherung hinsichtlich des Sozialhilfebezugs, in: Klie, Thomas / Buhl, Anke / Entzian, Hildegard / Schmidt, Roland (Hg.) 2002: Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen. Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und ihrem Reformbedarf (Schriftenreihe: Beiträge zur sozialen Gerontologie und Altenarbeit), S. 45-76, Frankfurt am Main.
- Rothgang, Heinz / Vogler, Anke 1998: Die Auswirkungen der 2. Stufe der Pflegeversicherung auf die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen. Eine empirische Untersuchung im Land Bremen (Reihe: Beiträge zur sozialen Gerontologie, Sozialpolitik und Versorgungsforschung, Band 7), Regensburg.
- Rothgang, Heinz 1997: Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse (Reihe: Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, Band 7), Frankfurt am Main/New York.
- Rothgang, Heinz 2001: Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklung in der Pflegeversicherung bis 2040 und mögliche Alternative Konzepte. Endbericht zu einer Expertise für die Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ des Deutschen Bundestags, in Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ Deutscher Bundestag (Hg.) 2002: Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik, Band V, Heidelberg.
- Rothkegel, Ralf 2000: Die Strukturprinzipien des Sozialhilferechts. Bestand, Bedeutung und Bewertung (Reihe: Arbeits- und Sozialrecht, Band 55), Baden-Baden.
- Rüfner, Wolfgang 1991: Einführung in das Sozialrecht (Schriftenreihe der Juristischen Schulung, Heft 53), zweite Auflage, München.
- Runde, Peter / Giese, Reinhard / Stierle, Claudia 2003: Einstellungen und Verhalten zur häuslichen Pflege und zur Pflegeversicherung unter den Bedingungen gesellschaftlichen Wandels. Analysen und Empfehlungen auf der Basis von repräsentativen Befragungen bei AOK-Leistungsempfängern der Pflegeversicherung (Reihe: „Rote Reihe“ (hg. von der Arbeitsstelle für Rehabilitations- und Präventionsforschung, Universität Hamburg), Band 26), Hamburg.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003, Bonn.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005, Bonn.
- Sawicki, Peter T. 2004: Zahngesundheit. Wenn putzen nichts nutzt, in: Gesundheit und Gesellschaft - Das AOK-Forum für Politik, Praxis und Wissenschaft (hg. vom AOK-Bundesverband), 3/04, S. 18 f., Bonn.
- Schmitt, Cosima 2005: Ackern auf volles eigenes Risiko, in: die tageszeitung vom 19.4.2005, S. 7, Berlin.
- Schoch, Dietrich / Brühl, Albrecht 2001: Sozialhilferecht. Fälle und Lösungen, dritte Auflage, Baden-Baden.
- Schoch, Dietrich 1999: Sozialhilfe. Ein Leitfaden für die Praxis, zweite Auflage, Köln.
- Schrems, Berta 2005: Qualität braucht Pflege. Stolpersteine in der Umsetzung von Qualitätsmanagementsystemen, in: Dr. med. Mabuse - Zeitschrift im Gesundheitswesen, Nr. 154, März/April 2005, S 30-33, Frankfurt am Main.
- Schubert, Klaus 1991: Politikfeldanalyse. Eine Einführung, Opladen.
- Schulin, Bertram 2003: Einführung, in: SGB XI. Soziale Pflegeversicherung. Textausgabe, fünfte Auflage, S. IX - XIX, München.
- Siegerist, Henry Ernest 1977: Von Bismarck bis Beveridge. Entwicklungen und Richtungen in der Gesetzgebung der Sozialversicherung, in: Erna Lesky (Hg.), Sozialmedizin. Entwicklung und Selbstverständnis (Wege der Forschung, Band 273), S. 186-214., Darmstadt. Original: "From Bismarck to Beveridge. Developments and Trends in Social Security Legislation", in: Bulletin of the History

- of Medicine 13 (1943), S. 365-388.
- Sievering, Oliver 1996: Pflegeversicherung. Allokative, meritorische und distributive Aspekte staatlicher Eingriffsmöglichkeiten, Frankfurt am Main, u.a. (zugleich Paderborn, Univ. Diss., 1996).
- Simon, Michael 2003: Pflegeversicherung und Pflegebedürftigkeit: Eine Analyse der Leistungsentwicklung in den Jahren 1997 bis 2001, zweite Auflage (Veröffentlichungsreihe der Evangelischen Fachhochschule Hannover, P03-001), Hannover.
- Socialdata - Institut für empirische Sozialforschung GmbH (bearbeitet von Werner Brög u.a.) 1980: Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger. Ermittlung der Repräsentativdaten und Situationsgruppenanalyse (Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit (Hg.), Band 80), Stuttgart.
- Sozialpolitische Umschau (hg. vom Presse- und Informationsamt der Bundesregierung) Nr. 4 vom 28.2.2000: Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität. Eckpunktepapier zum Pflege-Qualitätssicherungsgesetz vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegt (36/2000), Berlin.
- Sozialpolitische Umschau (hg. vom Presse- und Informationsamt der Bundesregierung) Nr. 4 vom 28.2.2000: Bessere Versorgung Demenzkranker. Eckpunktepapier zur Förderung der Tagespflege als erster Schritt vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegt (37/2000), Berlin.
- Sozialpolitische Umschau (hg. vom Presse- und Informationsamt der Bundesregierung) Nr. 450 vom 27.11.2000: Weiterentwicklung der Pflegeversicherung: Qualitätssicherung und Verbraucherrechte. Bundesregierung beschließt Gesetzentwurf, Berlin.
- Spiethoff, Jörg 2000: 4. SGB XI Änderungsgesetz: Leistungsverbesserungen in der Pflegeversicherung, in: Die BKK - Zeitschrift der Betrieblichen Krankenversicherung (hg. vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen), 1/2000, S. 38-41, Essen.
- Stöbener, Paul André 1996: Die Pflegeversicherung. Ein Lehrstück über Aushandlungsprozesse eines „sozialen Problems“ in der Sozialpolitik (Reihe: MenschenArbeit. Freiburger Studien (hg. von Michael N. Ebertz und Helmut Schwalb), Band 5), Konstanz.
- Stone, Deborah 1984: The Disabled State, Philadelphia.
- Süddeutsche Zeitung vom 8.2.1994: Kohl lehnt Chefgespräch ab - Vorschlag Blüms zur Pflegeversicherung zurückgewiesen, S. 11, München.
- Süddeutsche Zeitung vom 10.2.1994: Kompromiß zur Pflegeversicherung nicht in Sicht - Vermittlungsausschuß vertagt sich erneut, S. 12, München.
- Süddeutsche Zeitung. vom 26.2.1994: Erstmals Kompromiß zur Pflegeversicherung in Sicht - FDP signalisiert Entgegenkommen, S. 3, München.
- Süddeutsche Zeitung vom 28.2.1994: Liberale sehen Chance zur Einigung - Kinkel: Pflegeversicherung wird an uns nicht scheitern, S. 5, München.
- Süddeutsche Zeitung vom 4.3.1994, SPD bestreitet Zwist über Pflegeversicherung, S. 12, München.
- Thelen, Peter 2005: Müntefering macht Druck bei Pflegereform. Union gibt sich gesprächsbereit, lehnt aber Konsensverhandlungen mit der Regierung ab - Wissenschaftler fordern Privatisierung, in: Handelsblatt vom 27.1.2005, S. 6, Berlin.
- Transfer-Enquête-Kommission 1981: Das Transfersystem in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht der Sachverständigenkommission zur Ermittlung des Einflusses staatlicher Transfereinkommen auf das verfügbare Einkommen der privaten Haushalte, Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz.
- Udsching, Peter 2000: SGB XI. Soziale Pflegeversicherung. Kommentar, zweite Auflage, München.
- Verband der privaten Krankenversicherung e.V. 2004: Die private Krankenversicherung 2003/2004. Zahlenbericht, auf: <http://www.pkv.de/downloads/Zb04.pdf> (download am 10. 3. 2005), Köln.
- Wagner, Wolfgang 2007: Von Fehlern im Pflegeheim soll jeder erfahren. Anbieter wehren sich gegen Pläne der Koalition, Prüfberichte der Krankenkassen zu veröffentlichen, in: Frankfurter Rundschau vom 2.7.2007, S. 5.
- Weigert, Johann 2004: Der Weg zum leistungsstarken Qualitätsmanagementsystem. Ein praktischer Leitfaden für die ambulante, teil- und vollstationäre Pflege, Hannover.
- Weinlein, Alexander 2004: Auftakt zum weltweiten Einsatz. Vor zehn Jahren am 22. Juli 1994: Bundestag billigt Bundeswehreinätze auf dem Balkan und in der Adria, in: Das Parlament (hg. vom Deutschen Bundestag), Nr. 29/30 vom 12./19.7.2004, S. 24, Berlin.
- Wiese, Eva Ursula 2004: Pflegeversicherung und Pflegepraxis. Auswirkungen rechtlicher Regularien

auf die Pflege, Pflegequalität und Qualitätssicherung, Baden-Baden.

Windhoff-Héritier, Adrienne 1987: Policy-Analyse. Eine Einführung, Frankfurt am Main/New York.

Winkelmann Ulrike 2002: Ulla bleibt. Eine neue alte Ministerin setzt sich durch, in: Dr. med. Mabuse - Zeitschrift im Gesundheitswesen, 140 (November/Dezember 2002), S. 13-15, Frankfurt am Main.

Wirsching, Uwe 1991: Der Begriff der Pflegebedürftigkeit in Abgrenzung zum krankenversicherungsrechtlichen Krankheitsbegriff - Vorschlag einer einheitlichen Definition des Versicherungsfalles oder gesetzlichen Tatbestandsmerkmals, Bayreuth (Diss.).

Zipperer, Manfred 1989: Die Gesundheitsreform: Änderungen des Leistungsrechts, in: Die Krankenversicherung (hg. vom Bundesverband der Innungskrankenkassen), Januar/Februar 1989, S. 4-26, Bonn.

2 Quellen

Aufbruch und Erneuerung - Deutschlands Weg ins 21. Jahrhundert. Koalitionsvereinbarung zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Bonn, den 20. Oktober 1998, pdf-Dokument (51 Seiten o. S.), auf: <http://archiv.gruene-partei.de/gremien/rot-gruen/vertrag/vertrag-i.htm>, download am 20.10.2004.

Erneuerung - Gerechtigkeit - Nachhaltigkeit. Für ein wirtschaftlich starkes, soziales und ökologisches Deutschland. Für eine lebendige Demokratie. Koalitionsvereinbarung zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Berlin, den 16. Oktober 2002, pdf-Dokument (88 Seiten), auf: <http://www.bundesregierung.de/Anlage444120/Koalitionsvertrag+zwischen+SPD+und+Bündnis+90/Die+Grünen+vom+16.+Oktober+2002.pdf>, download am 20.12.2004.

2.1 Parlamentarische Materialien

2.1.1 Bundestags-Drucksachen

Bundestags-Drucksache 7/308 vom 13.3.1973: Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Bundessozialhilfegesetzes, Bonn.

Bundestags-Drucksache 10/1943 vom 5.9.1984: Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit, Bonn.

Bundestags-Drucksache 10/2609 vom 12.12.1984: Gesetzentwurf der Fraktion DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Finanzierung einer besseren Pflege (Bundespfleugesetz), Bonn.

Bundestags-Drucksache 10/6134 vom 9.10.1986: Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Leistungen bei Schwerstpflegebedürftigkeit (Pflegeverbesserungsgesetz), Bonn.

Bundestags-Drucksache 12/1156 (neu) vom 18.9.1991: Gesetzentwurf der Fraktion der SPD. Entwurf eines Gesetzes zur Einführung einer gesetzlichen Pflegeversicherung (Pflegeversicherungsgesetz), Bonn.

Bundestags-Drucksache 12/5262 vom 24.6.1993: Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz - PflegeVG), Bonn.

Bundestags-Drucksache 12/5952 vom 21.10.1993: Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß) zu den Entwürfen einer Pflegeversicherung, Bonn.

Bundestags-Drucksache 12/7323 vom 21.4.1994: Beschlussempfehlung des Ausschusses nach Artikel 77 des Grundgesetzes (Vermittlungsausschuß) - zu dem Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz - PflegeVG) - Drucksachen 12/5262, 12/5617, 12/5761, 21/5891, 12/5920, 12/5952, 12/6094, 12/6424, 12/6472, 12/6491 -, Bonn.

Bundestags-Drucksache 13/99 vom 15.12.1994: Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (PflegeVErgG), Bonn.

Bundestags-Drucksache 13/1845 vom 28.6.1995: Erste Beschlußempfehlung und erster Bericht des

- Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß) zu dem Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Drucksache 13/99 - Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (PflegeVErgG), Bonn.
- Bundestags-Drucksache 13/2207 vom 24.8.1995: Gesetzentwurf des Bundesrates. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, Bonn.
- Bundestags-Drucksache 13/2940 vom 8.11.1995: Beschlußempfehlung und Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß) zu dem Gesetzentwurf des Bundesrates - Drucksache 13/2207 - Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, Bonn.
- Bundestags-Drucksache 13/3696 vom 6.2.1996, Gesetzentwurf der CDU/CSU und FDP. Entwurf eines Ersten Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (Erstes SGB XI-Änderungsgesetz - 1. SGB XI-ÄndG), Bonn.
- Bundestags-Drucksache 13/4091 vom 13.3.1996, Beschlußempfehlung und Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. - Drucksache 13/3696 - Entwurf eines Ersten Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (Erstes SGB XI-Änderungsgesetz - 1. SGB XI-ÄndG). Zweite Beschlußempfehlung und zweiter Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß) zu dem Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Drucksache 13/99 - Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung des Pflege- Versicherungsgesetzes (PflegeVErgG), Bonn.
- Bundestags-Drucksache 13/4688 vom 22.5.1996: Beschlußempfehlung des Ausschusses nach Artikel 77 des Grundgesetzes (Vermittlungsausschuß) zu dem Ersten Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (Erstes SGB XI-Änderungsgesetz - 1. SGB XI-ÄndG), Bonn.
- Bundestags-Drucksache 13/5002 vom 19.6.1996: Gesetzentwurf der Gruppe der PDS. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Pflegeversicherungsgesetzes (PflegeVG-ÄndG), Bonn.
- Bundestags-Drucksache 13/8681 vom 6.10.1997: Gesetzentwurf der Abgeordneten Andrea Fischer (Berlin), Volker Beck (Köln) und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch - (Drittes SGB XI-Änderungsgesetz - 3. SGB XI-ÄndG), Bonn.
- Bundestags-Drucksache 13/8941 vom 6.11.1997: Gesetzentwurf des Bundesrates. Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI), Bonn.
- Bundestags-Drucksache 13/9528 vom 19.12.1997: Unterrichtung durch die Bundesregierung. Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Bonn.
- Bundestags-Drucksache 13/9772 vom 4.2.1998: Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz - 5. SGB XI-ÄndG), Bonn.
- Bundestags-Drucksache 13/9773 vom 4.2.1998: Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Sechsten Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Sechstes SGB XI-Änderungsgesetz - 6. SGB XI-ÄndG), Bonn.
- Bundestags-Drucksache 13/9816 vom 9.2.1998 Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Viertes SGB XI-Änderungsgesetz - 4. SGB XI-ÄndG), Bonn
- Bundestags-Drucksache 13/10312 vom 1.4.1998: Beschlußempfehlung und Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß); a) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung - Drucksache 13/9816 - Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Viertes SGB XI-Änderungsgesetz - 4. SGB XI-ÄndG); b) zu dem Gesetzentwurf der Abgeordneten Andrea Fischer (Berlin), Volker Beck (Köln) und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Drucksache 13/8681 - Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Drittes SGB XI-Änderungsgesetz - 3. SGB XI-ÄndG); c) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Drucksache 13/9772 - Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Fünftes SGB XI-Änderungsgesetz - 5. SGB XI-ÄndG); d) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Drucksache 13/9773 - Entwurf eines Sechsten Gesetzes zur Änderung

- des Elften Buches Sozialgesetzbuch (Sechstes SGB XI-Änderungsgesetz - 6. SGB XI-ÄndG); e) zu dem Antrag der Abgeordneten Irmgard Schewe-Gerigk, Andrea Fischer (Berlin), Rita Griebhaber und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Drucksache 13/9219 - Nichtanrechnung des Pflegegeldes als Einkommen der unterhaltsberechtigten Pflegeperson; f) Unterrichtung der Bundesregierung - Drucksache 13/9528 - Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Bonn.
- Bundestags-Drucksache 13/10330 vom 1.4.1998: Beschlußempfehlung und Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß); a) zu dem Gesetzentwurf des Bundesrates - Drucksache 13/8941 - Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI); b) zu dem Gesetzentwurf der Gruppe der PDS - Drucksache 13/5002 - Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Pflegeversicherungsgesetzes (PflegeVG-ÄndG), Bonn.
- Bundestags-Drucksache 14/580 vom 19.3.1999, Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch - 4. SGB XI-Änderungsgesetz (4. SGB XI-ÄndG), Bonn.
- Bundestags-Drucksache 14/1203 vom 22.6.1999: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuß) a) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Drucksache 14/407 - Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch 4. SGB XI-Änderungsgesetz (4. SGB XI-ÄndG) b) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung - Drucksache 14/580 - Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch 4. SGB XI-Änderungsgesetz (4. SGB XI-ÄndG), Bonn.
- Bundestags-Drucksache 14/3506 vom 6.6.2000, Antrag der Abgeordneten Ulf Fink, Eva-Maria Kors, Aribert Wolf, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU. Zukunft der sozialen Pflegeversicherung, Berlin.
- Bundestags-Drucksache 14/4391 vom 24.10.2000, Antrag der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung, Berlin.
- Bundestags-Drucksache 14/5130 vom 19.1.2001, Unterrichtung durch die Bundesregierung. Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung, Berlin.
- Bundestags-Drucksache 14/5395 vom 23.2.2001, Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - PQsG), Berlin.
- Bundestags-Drucksache 14/5399 vom 23.2.2001, Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes, Berlin.
- Bundestags-Drucksache 14/5547 vom 13.3.2001, Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Leistungen in der Pflege (Pflege-Leistungs-Verbesserungsgesetz), Berlin.
- Bundestags-Drucksache 14/5590 vom 15.3.2001, Unterrichtung durch die Bundesregierung. Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Berlin.
- Bundestags-Drucksache 14/5681 vom 28.3.2001, Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht der Bundesregierung über die Untersuchung zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin.
- Bundestags-Drucksache 14/6308 vom 19.6.2001, Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) 1) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung - Drucksache 14/5395 - Entwurf eines Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - PQsG) 2) zu dem Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU - Drucksache 14/5547 - Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Leistungen in der Pflege (Pflege-Leistungs-Verbesserungsgesetz) 3) zu dem Antrag der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Drucksache 14/4391 - Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung 4) zu dem Antrag der Abgeordneten Ulf Fink, Eva-Maria Kors, Aribert Wolf, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU - Drucksache 14/3506 - Zukunft der sozialen Pflegeversicherung, Berlin.
- Bundestags-Drucksache 14/6329 vom 20.6.2001, Änderungsantrag der Abgeordneten Dr. Ilja Seifert, Dr. Ruth Fuchs, Dr. Heidi Knake-Werner, Monika Balt, Dr. Klaus Grehn, Petra Bläss, Heidemarie Lüth, Pia Maier, Rosel Neuhäuser, Christina Schenk und der Fraktion der PDS zu der zweiten Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung - Drucksachen 14/5395, 14/6308 - Entwurf eines

- Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - PQsG), Berlin.
- Bundestags-Drucksache 14/6366 vom 21.6.2001, Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (13. Ausschuss) 1) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung - Drucksache 14/5399 - Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes 2) zu dem Antrag der Abgeordneten Klaus Haupt, Dr. Irmgard Schwaetzer, Ina Lenke, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der F.D.P. - Drucksache 14/5565 - Für ein aktives und mitbestimmtes Leben im Alter, Berlin.
- Bundestags-Drucksache 14/6949 vom 24.9.2001, Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz - PflEG), Berlin.
- Bundestags-Drucksache 14/7473 vom 14.11.2001, Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) 1. zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Drucksache 14/6949 - Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz - PflEG) 2. zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung - Drucksache 14/7154 - Entwurf eines Gesetzes zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz - PflEG) , Berlin.
- Bundestags-Drucksache 14/8800 vom 28.3.2002, Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“, Berlin.
- Bundestags-Drucksache 14/8822 vom 18.4.2002, Unterrichtung durch die Bundesregierung. Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesregierung, Berlin.
- Bundestags-Drucksache 15/28 vom 5.11.2002: Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung (Beitragssatzsicherungsgesetz - BSSichG), Berlin.
- Bundestags-Drucksache 15/1493 vom 28.8.2003: Entwurf eines Gesetzes zur Korrektur von Leistungsverschiebungen bei häuslicher Krankenpflege zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung (Pflege-Korrekturgesetz - PKG), Berlin.
- Bundestags-Drucksache 15/1514 vom 05.9.2003: Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch, Berlin.
- Bundestags-Drucksache 15/1515 vom 05.9.2003: Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Dritten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt, Berlin.
- Bundestags-Drucksache 15/2260 vom 16.12.2003, Beschlussempfehlung des Vermittlungsausschusses zu dem Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch - Drucksachen 15/1514, 15/1636, 15/1734, 15/1761, 15/1995 -, Berlin.
- Bundestags-Drucksache 15/3075 vom 5.5.2004, Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung (13. Ausschuss) a) zu dem Gesetzentwurf des Bundesrates - Drucksache 15/1493 - Entwurf eines Gesetzes zur Korrektur von Leistungsverschiebungen bei häuslicher Krankenpflege zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung (Pflege-Korrekturgesetz - PKG) b) zu dem Antrag der Abgeordneten Hilde Mattheis, Gudrun Schaich-Walch, Helga Kühn-Mengel, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD sowie der Abgeordneten Petra Selg, Irmgard Schewe-Gerigk, Volker Beck (Köln), weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Drucksache 15/2372 - Demenz früh erkennen und behandeln - für eine Vernetzung von Strukturen, die Intensivierung von Forschung und Unterstützung von Projekten c) zu dem Antrag der Abgeordneten Verena Butalikakis, Annette Widmann-Mauz, Andreas Storm, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU - Drucksache 15/2336 - Früherkennung, Behandlung und Pflege bei Demenz verbessern d) zu dem Antrag der

- Abgeordneten Detlef Parr, Dr. Dieter Thomae, Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP - Drucksache 15/228 - Für ein Gesamtkonzept zur Verbesserung der Früherkennung und Behandlung von Demenz, Berlin.
- Bundestags-Drucksache 15/3671 vom 3.9.2004, Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Berücksichtigung der Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung (Kinder-Berücksichtigungsgesetz - KiBG)), Berlin.
- Bundestags-Drucksache 15/3681 vom 6.9.2004, Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz, Berlin.
- Bundestags-Drucksache 15/3682 vom 6.9.2004, Antrag der Abgeordneten Andreas Storm, Annette Widmann-Mauz, Horst Seehofer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU. Familien entlasten statt Kinderlose bestrafen - Grundlegende Reform der Pflegeversicherung noch in dieser Wahlperiode einleiten, Berlin.
- Bundestags-Drucksache 15/3683 vom 7.9.2004, Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Dr. Heinrich L. Kolb, Dr. Dieter Thomae, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP. Familien spürbar durch einen Kinder-Bonus entlasten - Keine Beitragserhöhungen in der Sozialen Pflegeversicherung - Grundlegende Reform beginnen, Berlin.
- Bundestags-Drucksache 15/3837 vom 29.9.2004, Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung (13. Ausschuss) a) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN - Drucksache 15/3671 - Entwurf eines Gesetzes zur Berücksichtigung der Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung (Kinder-Berücksichtigungsgesetz - KiBG) b) zu dem Antrag der Abgeordneten Andreas Storm, Annette Widmann-Mauz, Horst Seehofer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU - Drucksache 15/3682 - Familien entlasten statt Kinderlose bestrafen - Grundlegende Reform der Pflegeversicherung noch in dieser Wahlperiode einleiten c) zu dem Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Dr. Heinrich L. Kolb, Dr. Dieter Thomae, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP - Drucksache 15/3683 - Familien spürbar durch einen Kinder-Bonus entlasten - Keine Beitragserhöhungen in der Sozialen Pflegeversicherung - Grundlegende Reform beginnen, Berlin.
- Bundestags-Drucksache 15/4125 vom 4.11.2004, Unterrichtung durch die Bundesregierung. Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Berlin.
- Bundestags-Drucksache 15/4192 vom 10.11.2004, Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (12. Ausschuss) zu der Unterrichtung durch die Bundesregierung - Drucksachen 14/8822, 15/345 Nr. 62 - Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesregierung, Berlin.
- Bundestags-Drucksache 15/4751 vom 26.1.2005, Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung (13. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung - Drucksache 15/4228 - Entwurf eines Gesetzes zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz), Berlin.
- Bundestags-Drucksache 16/615 vom 10.2.2006, Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Dr. Heinrich L. Kolb, Heinz Lanfermann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP - Drucksache 16/486 - Mögliche Mängel beim Krankenversicherungsschutz, Berlin.
- Bundestags-Drucksache 16/672 vom 15.2.2006, Antrag der Abgeordneten Heinz Lanfermann, Birgit Homburger, Daniel Bahr (Münster), Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP: Entbürokratisierung der Pflege vorantreiben - Qualität und Transparenz der stationären Pflege erhöhen, Berlin.
- Bundestags-Drucksache 16/3100 vom 24.10.2006 Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)), Berlin.
- Bundestags-Drucksache 16/7439 vom 7.12.2007, Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz), Berlin.

Bundestags-Drucksache 16/7772 vom 17.1.2008, Unterrichtung durch die Bundesregierung. Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Berlin.

2.1.2 Bundesrats-Drucksachen

Bundesrats-Drucksache 81/86 vom 7.2.1986: Gesetzesantrag des Landes Hessen. Entwurf eines Gesetzes zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflegeversicherungsgesetz), Bonn.

Bundesrats-Drucksache 137/86 vom 7.3.1986: Gesetzesantrag des Landes Rheinland-Pfalz. Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung der Pflegehilfen (Pflegehilfen-Neuregelungsgesetz), Bonn.

Bundesrats-Drucksache 138/86 vom 11.3.1986: Gesetzesantrag des Freistaates Bayern. Entwurf eines Gesetzes zur Absicherung des Pflegefallrisikos, Bonn.

Bundesrats-Drucksache 270/86 vom 4.6.1986: Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Leistungen bei Schwerstpflegebedürftigkeit (Pflegeverbesserungsgesetz), Bonn.

Bundesrats-Drucksache 367/90 vom 28.5.1990: Gesetzesantrag des Landes Baden-Württemberg. Entwurf eines Gesetzes zur Vorsorge gegen das finanzielle Pflegerisiko (Pflegevorsorgegesetz), Bonn.

Bundesrats-Drucksache 534/91 vom 12.9.1991: Gesetzesantrag der Länder Bremen, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Schleswig-Holstein. Entwurf eines Gesetzes zur Einführung einer Pflegeversicherung (Pflegeversicherungsgesetz), Bonn.

Bundesrats-Drucksache 505/93 vom 13.8.1993: Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflegeversicherungsgesetz - PflegeVG), Bonn.

Bundesrats-Drucksache 342/94 vom 22.4.1994: Beschluß des Deutschen Bundestages zum Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz - PflegeVG), Bonn.

Bundesrats-Drucksache 228/96 vom 3.5.1996: Beschluss des Bundesrates. Anrufung des Vermittlungsausschusses zu dem Ersten Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (Erstes SGB XI-Änderungsgesetz - 1. SGB XI-ÄndG), Bonn.

Bundesrats-Drucksache 481/97 vom 27.6.1997: Gesetzesantrag des Landes Nordrhein-Westfalen: Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI), Bonn.

Bundesrats-Drucksache 40/99 vom 22.1.1999: Gesetzesantrag der Länder Bayern, Baden-Württemberg. Entwurf eines Gesetzes zur Zukunftssicherung der Pflegeversicherung (Pflege-Zukunftssicherungsgesetz - PflegeZG), Bonn.

Bundesrats-Drucksache 731/00 vom 10.11.2000: Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - PQsG), Bonn.

Bundesrats-Drucksache 731/2/00 vom 20.12.2000: Antrag der Freistaaten Bayern, Sachsen. Entwurf eines Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - PQsG), Bonn.

Bundesrats-Drucksache 588/02 vom 20.6.2002: Verordnung der Bundesregierung. Verordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen (Pflege-Prüfverordnung - PflegePrüfV), Bonn.

Bundesrats-Drucksache 588/1/02 vom 13.9.2002: Empfehlungen der Ausschüsse. Verordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen (Pflege-Prüfverordnung - PflegePrüfV), Bonn.

Bundesrats-Drucksache 588/02 (Beschluss) vom 27.9.2002: Beschluss des Bundesrates. Verordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen (Pflege-Prüfverordnung - PflegePrüfV), Bonn.

Bundesrats-Drucksache 424/03 vom 18.6.2003: Gesetzesantrag des Freistaates Bayern: Entwurf eines Gesetzes zur Korrektur von Leistungsverschiebungen bei häuslicher Krankenpflege zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung (Pflege-Korrekturgesetz - PKG), Bonn.

Bundsrats-Drucksache 243/06 vom 31.3.2006 Gesetzesantrag des Landes Baden-Württemberg. Entwurf eines Gesetzes zur Entbürokratisierung der Pflege, Köln.

2.1.3 Stenographische Protokolle

Kaiserliche Botschaft vom 17. November 1881, in: Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Reichstages, V. Legislaturperiode, I. Session 1881/82, S. 2 (Eröffnungsrede am 17. November 1881), Berlin.

Deutscher Bundestag - Plenarprotokoll 12/223, Stenographischer Bericht der 223. Sitzung des Deutschen Bundestages am 22.4.1994, in: Verhandlungen des Deutschen Bundestages, 12. Wahlperiode, S. 19279-19340, Bonn.

Deutscher Bundestag - Plenarprotokoll 13/96, Stenographischer Bericht der 96. Sitzung des Deutschen Bundestages am 15.3.1996, in: Verhandlungen des Deutschen Bundestages, 13. Wahlperiode, S. 8539-8617, Bonn.

Deutscher Bundestag - Plenarprotokoll 13/107, Stenographischer Bericht der 107. Sitzung des Deutschen Bundestages am 23.5.1996, in: Verhandlungen des Deutschen Bundestages, 13. Wahlperiode, S. 9419-9424, Bonn.

Deutscher Bundestag - Plenarprotokoll 13/227, Stenographischer Bericht der 227. Sitzung des Deutschen Bundestages am 2.4.1998, in: Verhandlungen des Deutschen Bundestages, 13. Wahlperiode, S. 20844-20855, Bonn.

Deutscher Bundestag - Plenarprotokoll 14/176, Stenographischer Bericht der 176. Sitzung. Sitzung des Deutschen Bundestages am 21.6.2001, in: Verhandlungen des Deutschen Bundestages, 14. Wahlperiode, S. 17211-17387, Berlin.

Deutscher Bundestag - Plenarprotokoll 15/4, Stenographischer Bericht der 4. Sitzung des Deutschen Bundestages am 29.10.2002, in: Verhandlungen des Deutschen Bundestages, 15. Wahlperiode, S. 51-61, Berlin.

Deutscher Bundestag - Plenarprotokoll 15/32, Stenographischer Bericht der 32. Sitzung des Deutschen Bundestages am 14.3.2003, in: Verhandlungen des Deutschen Bundestages, 15. Wahlperiode, S. 2479-2493, Berlin.

Deutscher Bundestag - Plenarprotokoll 15/89, Stenographischer Bericht der 89. Sitzung des Deutschen Bundestages am 30.1.2004, in: Verhandlungen des Deutschen Bundestages, 15. Wahlperiode, S.7942-7960, Berlin.

Deutscher Bundestag - Plenarprotokoll 15/109, Stenographischer Bericht der 109. Sitzung des Deutschen Bundestages am 7.5.2004, in: Verhandlungen des Deutschen Bundestages, 15. Wahlperiode, S.9935-9946, Berlin.

Deutscher Bundestag - Plenarprotokoll 15/155, Stenographischer Bericht der 155. Sitzung des Deutschen Bundestages am 28.1.2005, in: Verhandlungen des Deutschen Bundestages, 15. Wahlperiode, S. 14479-14490, Berlin.

Deutscher Bundesrat - Plenarprotokoll 766, Stenographischer Bericht der 766. Sitzung des Deutschen Bundesrates am 13.7.2001, in: Verhandlungen des Deutschen Bundesrates, S. 323-447, Bonn.

Deutscher Bundesrat - Plenarprotokoll 780, Stenographischer Bericht der 780. Sitzung des Deutschen Bundesrates am 27. September 2002, in: Verhandlungen des Deutschen Bundesrates, S. 445-464, Bonn.

Deutscher Bundesrat - Plenarprotokoll 821, Stenographischer Bericht der 821. Sitzung. des Deutschen Bundesrates am 7. April 2006, in: Verhandlungen des Deutschen Bundesrates, S. 97-138, Köln.

2.2 Rechtsgrundlagen

2.2.1 Gesetzestexte

Bekanntmachung der Neufassung des Heimgesetzes vom 5.11.2001, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 57, vom 9.11.2001, S. 2970-2980, Bonn.

Bundessozialhilfegesetz (BSHG) vom 30.6.1961 in der Fassung der Neubekanntmachung vom 23.3.1994, in: Bundessozialhilfegesetz 2002. Textausgabe, 13. Auflage, S. 1-56, München.

- Drittes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 23.12.2003, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 65, vom 27.12.2003, S. 2848-2918, Bonn.
- Drittes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (3. SGB XI-Änderungsgesetz - 3. SGB XI-ÄndG) vom 5.6.1998, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 33, vom 12.6.1998, S. 1229, Bonn.
- Drittes Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes vom 5.11.2001, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 57, vom 9.11.2001, S. 2960-2970, Bonn.
- Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I), Allgemeiner Teil, vom 11.12.1975, in: Sozialgesetzbuch 2003. Textausgabe, 30. Auflage, S. 1-25, München.
- Erstes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (Erstes SGB XI-Änderungsgesetz - 1. SGB XI-ÄndG) vom 14.6.1996, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 30, vom 24.6.1996, S. 830-840, Bonn.
- Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), Gesetzliche Krankenversicherung, vom 20.12.1988, in: Sozialgesetzbuch 2003. Textausgabe, 30. Auflage, S. 333-558, München.
- Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15.6.1883, in: Reichsgesetzblatt (hg. vom Reichsminister des Inneren) 1883, Nr. 9, S. 73-104, Berlin.
- Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiG) vom 26.6.2001, in: Bundessozialhilfegesetz 2002. Textausgabe, 13. Auflage, S. 57-60, München.
- Gesetz zum Inkraftsetzen der 2. Stufe der Pflegeversicherung vom 31.5.1996, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 27, vom 7.6.1996, S. 718, Bonn.
- Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit vom 15.12.1995, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 65, vom 21.12.1995, S. 1724 f., Bonn.
- Gesetz zur Anpassung der Finanzierung von Zahnersatz vom 15.12.2004, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 69, vom 20.12.2004, S. 3445, Bonn.
- Gesetz zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften vom 16.2.2001, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 9, vom 22.2.2001, S. 266-287, Bonn.
- Gesetz zur Berücksichtigung von Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung (Kinder-Berücksichtigungsgesetz - KiBG) vom 15.12.2004, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 69, vom 20.12.2004, S. 3448, Bonn.
- Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27.12.2003, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 67, vom 30.12.2003, S. 3022-3071, Bonn.
- Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz - PfIEG) vom 14.12.2001, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 70, vom 20.12.2001, S. 3728-3733, Bonn.
- Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) vom 14.11.2003, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 55, vom 19.11.2003, S. 2190-2258, Bonn.
- Gesetz zur Neuregelung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse vom 24.3.1999, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 14, vom 29.3.1999, S. 388-395, Bonn.
- Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - PQsG) vom 9.9.2001, Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 47, vom 12.9.2001, S. 2320-2330, Bonn.
- Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22.12.1999, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 59, vom 29.12.1999, S. 2626-2656, Bonn.
- Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 10.12.2001, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 66, vom 14.12.2001, S. 3465-3471, Bonn.
- Gesetz zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung (Beitragssatzsicherungsgesetz - BSSichG) vom 23.12.2002, in: Bun-

- desgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 87, vom 30.12.2002, S. 4637-4643, Bonn.
- Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21.12.1992, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 59, vom 29.12.1992, S. 2266-2334, Bonn.
- Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz - PflegeVG) vom 26.5.1994, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 30, vom 28.5.1994, S. 1014-1073, Bonn.
- Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz - GKV-SolG) vom 19.12.1998, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 85, vom 28.12.1998, S. 3853-3863, Bonn.
- Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV- Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) vom 28.3.2007, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 11, vom 30.3.2007, S. 378-473, Bonn.
- Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28.5.2008, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 20, vom 30.5.2008, S. 874-906, Bonn.
- Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG), vom 20.12.1988, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 62, vom 29.12.1988, S. 2477-2597, Bonn.
- Gesetz zur Umstellung von Gesetzen und anderen Vorschriften auf dem Gebiet des Gesundheitswesens auf Euro (Achstes Euro-Einführungsgesetzes) vom 23.10.2001, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 54, vom 31.10.2001, S. 2702-2709, Bonn.
- Gesetz zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht (Verwaltungsvereinfachungsgesetz) vom 21.3.2005, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) vom 29.3.2005, Teil I, Nr. 18, S. 818-836, Bonn.
- Pflegeversicherungsgesetz Textausgabe (hg. vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung), 1994, Bonn.
- Pflegeversicherungsgesetz Textausgabe (hg. vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung), Juli 1996, Bonn.
- Pflegeversicherungsgesetz Textausgabe (hg. vom Bundesministerium für Gesundheit), April 2000, Bonn.
- Pflegeversicherungsgesetz Textausgabe (hg. vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung), Februar 2003, Berlin.
- Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII), Gesetzliche Unfallversicherung, vom 7.8.1996, in: Sozialgesetzbuch 2003. Textausgabe, 30. Auflage, S. 947-1050, München.
- Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX), Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, vom 19.6.2001, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 27, vom 22.6.2001, S. 1046-1140, Bonn.
- Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI), Soziale Pflegeversicherung, vom 26.5.1994, in: Sozialgesetzbuch 2003. Textausgabe, 30. Auflage, S. 1267-1350, München.
- Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII), Sozialhilfe, vom 27.12.2003, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 67, vom 30.12.2003, S. 3023-3054, Bonn.
- Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV), Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung, vom 23.12.1976, in: Sozialgesetzbuch 2003. Textausgabe, 30. Auflage, S. 237-325, München.
- Viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt vom 24.12.2003, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 66, vom 29.12.2003, S. 2954-3000, Bonn.
- Viertes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (4. SGB XI-Änderungsgesetz - 4. SGB XI-ÄndG) vom 21.7.1999, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 39, vom 26.7.1999, S. 1656, Bonn.
- Zweites Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) und anderer Gesetze vom 29.05.1998, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 32, vom 9.6.1998, S. 1188 f., Bonn.
- Zweites Gesetz zur Änderung des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom

27.12.2003, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 67, vom 30.12.2003, S. 3013- 3018, Bonn.

2.2.2 Richtlinien

Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien - PflRi) vom 7.11.1994 geändert durch Beschlüsse vom 21.12.1995 und vom 22.8.2001, in: Pflegeversicherungsgesetz Textausgabe (hg. vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung), Februar 2003, S. 176-189, Berlin.

Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinien - QPR) vom 10. November 2005, in: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. - MDS (Hg.) 2005: Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege. Richtlinien/Erhebungsbogen/MDK-Anleitungen, S. 7-13, Essen.

Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Anwendung der Härtefallregelungen (Härtefall-Richtlinien - HRi) vom 10.7.1995 geändert durch Beschlüsse vom 19.10.1995 und 3.7.1996, in: Udsching, Peter 2000: SGB XI. Soziale Pflegeversicherung. Kommentar, zweite Auflage, S. 450 f., München.

Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien - BRi) vom 21.3.1997 in der Fassung vom 22.8.2001, in: Besche, Andreas 2003: Die Pflegeversicherung. Textausgabe mit einer ausführlichen Einführung, vierte Auflage, S. 234-342, Köln.

Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz vom 22.3.2002, in: Besche, Andreas 2003: Die Pflegeversicherung. Textausgabe mit einer ausführlichen Einführung, vierte Auflage, S. 343-352, Köln.

2.2.3 Verordnungen

Siebente Zuständigkeitsanpassungs-Verordnung vom 29.10.2001, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 55, vom 6.11.2001, S. 2785-2875, Bonn.

Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2004 (Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2004) vom 9.12.2003, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 59, vom 16.12.2003, S. 2497 f., Bonn.

Verordnung zur Durchführung des § 17 Abs. 2 bis 4 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (Budgetverordnung - BudgetV) Vom 27. Mai 2004, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 27, vom 11.6.2004, S. 1055, Bonn.

Verordnung zur Durchführung des § 22 Bundessozialhilfegesetz (Regelsatzverordnung) vom 20. Juli 1962, in: Bundessozialhilfegesetz 2002, Textausgabe, 13. Auflage, S. 61-63, München.

Verordnung zur Durchführung des § 28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Regelsatzverordnung - RSV) vom 3. Juni 2004, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 27, vom 11.6.2004, S. 1067, Bonn.

Verordnung zur Durchführung des § 88 Abs. 2 Nr. 8 des Bundessozialhilfegesetzes, in: Bundessozialhilfegesetz 1999. Textausgabe, zehnte Auflage, S. 85 f., München.

Verordnung zur Durchführung einer Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege (Pflegestatistik-Verordnung - PflegeStatV) vom 24. November 1999, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 52, vom 29.11.1999, S. 2282 f., Bonn.

2.2.4 Bekanntmachungen

Bekanntmachung der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 31.5.1996, in: Bundesanzeiger (hg. vom Bundesministerium der Justiz), Nr. 152a, vom 15.8.1996, S. 3-6, Bonn.

Bekanntmachung der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der Kurzzeitpflege vom 31.5.1996, in: Bundesanzeiger (hg. vom Bundesministerium der Justiz), Nr. 152a, vom 15.8.1996, S. 11-14, Bonn.

Bekanntmachung der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der

teilstationären Pflege (Tages- und Nachtpflege) vom 31.5.1996, in: Bundesanzeiger (hg. vom Bundesministerium der Justiz), Nr. 152a, vom 15.8.1996, S. 7-10, Bonn.

Bekanntmachung der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 21.10.1996, in: Bundesanzeiger (hg. vom Bundesministerium der Justiz), Nr. 213, vom 14.11.1996, S. 12041 f., Bonn.

Bekanntmachung der Rechengrößen der Sozialversicherung für 2005, in: Bundesarbeitsblatt (hg. vom BMWA), 2/2005, S. 42 f., Berlin.

Bekanntmachung des Organisationserlasses des Bundeskanzlers vom 27. Oktober 1998, in: Bundesgesetzblatt (hg. vom Bundesministerium der Justiz) Teil I, Nr. 73, vom 3.11.1998, S. 3288 f., Bonn.

2.3 Statistische Materialien

Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) 2000: Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2000, Bonn.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004: Die soziale Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 2001 und 2002. Statistischer und finanzieller Bericht, auf: <http://www.bmgs.bund.de/downloads/PflegeversicherungBericht2001-2002.pdf> (pdf-Dokument vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung erstellt am 2.6.2004, download am 4.4.2005), Bonn.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004a: Pflegeversicherung. Versicherte der sozialen Pflegeversicherung nach Versichertengruppen und Geschlecht, auf: http://www.bmgs.bund.de/downloads/07-Versicherte_der_sozialen_PV_nach_Versichertengruppen_und_Geschlecht_.pdf (pdf-Dokument vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung erstellt am 16.6.2004, download am 4.4.2005).

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004b: Soziale Pflegeversicherung. Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) nach Altersgruppen und Geschlecht am 1.7.2003, auf: http://www.bmgs.bund.de/downloads/13-Versicherte_der_GKV_und_SPV_nach_Altersgruppen_und_Geschlecht.pdf (pdf-Dokument vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung erstellt am 16.6.2004, download am 4.4.2005).

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004c: Soziale Pflegeversicherung. Erledigung der Anträge auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit, auf: http://www.bmgs.bund.de/downloads/08-Erledigung_der_Antraege_auf_Feststellung_der_Pflegebeduerftigkeit.pdf (pdf-Dokument vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung erstellt am 16.6.2004, download am 7.4.2005).

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2004d: Pflegeversicherung. Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Altersgruppen, auf: http://www.bmgs.bund.de/downloads/05_-_LeistungsempfaengerAltersgruppen.pdf (pdf-Dokument vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung erstellt am 30.11.2004, download am 7.4.2005).

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2005b: Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (01/05), auf: <http://www.bmgs.bund.de/downloads/ZahlenFakten05.pdf> (pdf-Dokument vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung erstellt am 26.1.2005, download am 7.4.05).

Bundeszentrale für Politische Bildung 1994: Datenreport 1994, Bonn.

Statistisches Bundesamt 1995: Fachserie 13: Sozialleistungen, Reihe 2: Sozialhilfe, Berichtsjahr 1993, Stuttgart.

Statistisches Bundesamt Deutschland 2003: Vorausberechnung der Zahl der Pflegebedürftigen (S. 41), auf: <http://www.destatis.de/download/d/solei/pflstatvoraus2020.pdf> (download am 7.4.2005).

Statistisches Bundesamt. Zweigstelle Bonn (Hg.) 2004: Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 2003, auf: <http://www.destatis.de/download/veroe/pflege2003.pdf> (download am 7.4.2005), Bonn.

Statistisches Bundesamt. Zweigstelle Bonn (Hg.) 2005a: Bericht: Pflegestatistik 2003 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse, auf: <http://www.destatis.de/download/d/solei/bericht03deutschl.pdf> (download am 7.4.2005), Bonn.

Statistisches Bundesamt 2005b: Erste Ergebnisse der VGR-Revision 2005 für den Zeitraum 1991 bis 2004 (Pressemitteilung vom 28.4.2005), auf:
<http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2005/p1970121.htm> (download am 11.5.2005).