

Große Anfrage

der Abgeordneten Deniz Celik, Sabine Boeddinghaus, Dr. Carola Ensslen,
Olga Fritzsche, Norbert Hackbusch, Stephan Jersch, Metin Kaya,
Cansu Özdemir, Dr. Stephanie Rose, David Stoop, Heike Sudmann
und Insa Tietjen (DIE LINKE) vom 22.09.22

und Antwort des Senats

Betr.: Kommerzialisierung des Pflegesektors: Auswirkungen, Strukturen, Qualität

Rund ein Fünftel aller pflegebedürftigen Menschen in Deutschland lebt heute in Pflegeheimen; vier Fünftel werden zu Hause versorgt, oft durch pflegende Angehörige mit Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes. Mit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 ist der Pflegebereich für private Unternehmen geöffnet worden. Während zunächst private Pflegeheime meist als eigentümergeführte Einrichtungen hinzukamen, entdecken seit einigen Jahren Unternehmen und Anleger die Möglichkeiten auf dem Markt. Internationale tätige Konzerne vermuten in der Pflege ein lukratives und krisensicheres Geschäft. Es gibt auf dem Pflegemarkt nun multinationale Pflegekonzerne, die zunächst in einem europäischen Land als kleines Unternehmen starten und dann mehr und mehr Einrichtungen auch in anderen Ländern aufkaufen. Daneben gibt es noch Private-Equity-Fonds, denen es maßgeblich um Renditen und Gewinne geht. Hier werden Einrichtungen aufgekauft, um sie dann nach einigen Jahren mit möglichst großem Profit wieder abzustoßen. Auch als Immobilie sind Pflegeeinrichtungen begehrt, da sie ein zukunftsicheres Investment mit vergleichsweise hohen Renditen darstellen. Es sind professionelle Anleger wie Fonds, Versicherungen und Private-Equity-Firmen aus dem In- und Ausland, die investieren.

Die Renditen und Gewinne der Unternehmen müssen erwirtschaftet werden und es gibt Anzeichen dafür, dass dies auch häufig im Bereich des Personaleinsatzes geschieht. Es ist anzunehmen, dass in privaten (oft internationalen Konzernen angehörenden) Einrichtungen möglicherweise überdurchschnittlich häufig personelle Unterversorgungen bestehen sowie strukturelle Mängel durch eine mangelnde Qualitätssicherung in den Einrichtungen. Gewerbliche Einrichtungen arbeiten häufig mit einer hohen Quote an Zeit- und Leiharbeit, es wird eine fehlende Nachhaltung der Pflegequalität festgestellt, ebenso wie fehlende Schulungen oder mangelnde Dokumentationen. Auch wechselt das Personal vergleichsweise häufig, was immer wieder zu Phasen mit einem Mangel an Personal führt, der sich vor allem dort auswirkt, wo Pflegebedürftige besonders abhängig sind. Die Profitorientierung kann aber auch auf Kosten des Pflegepersonals gehen, welches unter diesen Umständen an die Grenzen der Belastbarkeit, physisch wie auch psychisch, gebracht wird. In Zeiten des Fachkräftemangels, aber auch angesichts einer grundsätzlichen Sozialstaatsdebatte, steht infrage, inwieweit besondere Modelle der Kommerzialisierung des Pflegesektors tragfähig sind im Hinblick auf die zu Pflegenden, die Pflegenden und ob sie den Beitragszahlenden die bestmöglichen Rahmenbedingungen bieten.

Wir fragen den Senat:

Zur Beantwortung der Fragen wurden Informationen und Daten der zuständigen Behörden, des Sozialhilfeträgers, der Pflegekassen beziehungsweise des Medizinischen Dienstes Nord sowie aus der Pflegestatistik ausgewertet. Die Eigentumsverhältnisse an Pflegeeinrichtungen werden nicht statistisch erfasst, sodass die Zuordnung zur vorgegebenen Kategorisierung, soweit diese für die zuständige Behörde klar erkennbar ist, vorgenommen wurde. Der Senat hat von einer Befragung der Einrichtungen abgesehen, da diese zur Auskunft über die gewünschten Sachverhalte nicht verpflichtet werden können und somit nur unvollständige und nicht überprüfbare Rückmeldungen erfolgt wären.

Dies vorausgeschickt, beantwortet der Senat die Fragen teilweise auf Grundlage von Auskünften des Medizinischen Dienstes Nord, der Pflegekassen und des Sozialhilfeträgers wie folgt:

Senior:innen- und Pflegeeinrichtungen in Hamburg

1. *Wie viele Senior:innen- und Pflegeeinrichtungen gibt es aktuell in Hamburg?*
 - a) *Davon in öffentlicher Trägerschaft,*
 - b) *davon in Trägerschaft gemeinnütziger, wohlfahrtsstaatlicher Organisationen,*
 - c) *davon in gewerblicher Trägerschaft als Einzelstandort*
 - d) *davon in gewerblicher Trägerschaft eines überregional tätigen Unternehmens?*

Mit Stand 6. Oktober 2022 gibt es in Hamburg 145 zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen, davon

- a. in öffentlicher Trägerschaft: keine,
 - b. in Trägerschaft gemeinnütziger, wohlfahrtsstaatlicher Organisationen: 59,
 - c. in gewerblicher Trägerschaft als Einzelstandort: 52,
 - d. in gewerblicher Trägerschaft eines überregional tätigen Unternehmens: 34.
2. *Wie gestaltet sich die Eigentümerschaft der Pflegeimmobilien der in Fragen 1. a) bis d) genannten Einrichtungen?*

Die Eigentümerschaft der Pflegeimmobilien ist nicht bekannt. Siehe Vorbemerkung.

3. *Wer sind die Betreiber der unter Fragen 1. a) bis d) genannten Pflegeeinrichtungen und welche der Einrichtungen sind in Konzernträgerschaft und/oder in Trägerschaft von Fonds (bitte Konzerne und Fonds nennen)?*

Siehe Anlage 1. Über eine etwaige Konzern- beziehungsweise Fondstruktur liegen keine weiteren Informationen vor. Siehe auch Antwort zu 2.

4. *Wie viele privatwirtschaftlich geführte Senior:innen- und Pflegeeinrichtungen gab es im Jahr 1995 in Hamburg?*

Die Auswertung der Heimstrukturhebung 1995 weist 47 gewerbliche vollstationäre Pflegeeinrichtungen in Hamburg aus (Quelle: Daten zu den Hamburger Heimen für Ältere Menschen – Berichte und Konzepte aus der Altenhilfe Nummer 14, Tabelle 1, Stand November 1996, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales).

5. *Wie viele Betten haben die einzelnen Einrichtungen durchschnittlich? Bitte analog zu den Kategorien aus Fragen 1. a) bis d) differenzieren.*

Mit Stand 6. Oktober 2022 gibt es in Hamburg 16.836 Plätze laut Versorgungsvertrag in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen, davon

- a. in öffentlicher Trägerschaft: keine,

- b. in Trägerschaft gemeinnütziger, wohlfahrtsstaatlicher Organisationen: 6.822,
- c. in gewerblicher Trägerschaft als Einzelstandort: 5.555,
- d. in gewerblicher Trägerschaft eines überregional tätigen Unternehmens: 4.459.

6. *Wie gestaltet sich die Personalausstattung in den Einrichtungen? Bitte analog zu den Kategorien aus Fragen 1. a) bis d) differenzieren.*

Ein aussagekräftiger Indikator bezüglich der Personalausstattung ist die Ausschöpfung der Personalrichtwerte gemäß Hamburger Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI als Quote. Sie gibt das Verhältnis von Personal-Ist zu Personal-Soll an. Zugrunde gelegt werden Vollzeitäquivalente in der pflegerischen Versorgung. Gemäß den Ergebnissen der jeweils letzten Anlass- oder Regelprüfungen liegt die durchschnittliche Ausschöpfung der Personalrichtwerte bei Einrichtungen

- a. in öffentlicher Trägerschaft: siehe Antwort zu 1. a) bis 1. d),
- b. in Trägerschaft gemeinnütziger, wohlfahrtsstaatlicher Organisationen bei 103 Prozent,
- c. in gewerblicher Trägerschaft als Einzelstandort bei 111 Prozent,
- d. in gewerblicher Trägerschaft eines überregional tätigen Unternehmens bei 108 Prozent.

7. *Wie hoch ist der Anteil Pflegekräfte je Heimbewohner:innen (Schlüssel Pflegekraft : Pflegebedürftige) durchschnittlich in den Senior:innen- und Pflegeeinrichtungen?*

Gemäß aktueller Pflegestatistik (Stichtag 15. Dezember 2019) kommen auf 16.276 Pflegebedürftige (inklusive Kurzzeitpflege) 10.610 beschäftigte Personen in Pflege und Betreuung.

8. *In wie vielen Einrichtungen gibt es Hinweise auf eine überdurchschnittlich geringere Personalausstattung mit Fachpflegekräften, bei wie vielen Einrichtungen geht das mit einer gleichzeitig überdurchschnittlich höheren Ausstattung mit Hilfskräften einher?*

Ein aussagekräftiger Indikator bezüglich der Personalausstattung mit Pflegefachkräften ist die Fachkraftquote zum Stellen-Soll, die über 50 Prozent liegen sollte. Gemäß den Ergebnissen der jeweils letzten Anlass- oder Regelprüfungen beträgt die Zahl der Einrichtungen mit einer Fachkraftquote unter 50 Prozent

- a. in öffentlicher Trägerschaft: siehe Antwort zu 1. a) bis 1. d),
- b. in Trägerschaft gemeinnütziger, wohlfahrtsstaatlicher Organisationen: 20,
- c. in gewerblicher Trägerschaft als Einzelstandort: 11,
- d. in gewerblicher Trägerschaft eines überregional tätigen Unternehmens: 16.

Innerhalb dieser Einrichtungen beträgt die Zahl der Einrichtungen mit einer Ausschöpfung der Personalrichtwerte von über 100 Prozent

- a. in öffentlicher Trägerschaft: siehe Antwort zu 1. a) bis 1. d),
- b. in Trägerschaft gemeinnütziger, wohlfahrtsstaatlicher Organisationen: 3,
- c. in gewerblicher Trägerschaft als Einzelstandort: 5,
- d. in gewerblicher Trägerschaft eines überregional tätigen Unternehmens: 9.

9. *Wie hoch ist in den in Fragen 1. a) bis d) genannten Einrichtungen der Anteil an in Zeit- und Leiharbeit Beschäftigten?*

Gemäß den jeweils letzten Ergebnissen der Regelprüfungen nach § 30 Absatz 8 Hamburgisches Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz (HmbWBG) liegt der Anteil von Leiharbeit gemessen in Vollzeitäquivalenten in der pflegerischen Versorgung bei Einrichtungen

- a. in öffentlicher Trägerschaft: siehe Antwort zu 1. a) bis 1. d),

- b. in Trägerschaft gemeinnütziger, wohlfahrtsstaatlicher Organisationen bei 4,85 Prozent,
- c. in gewerblicher Trägerschaft als Einzelstandort bei 11,16 Prozent,
- d. in gewerblicher Trägerschaft eines überregional tätigen Unternehmens bei 2,69 Prozent.

10. *In welchen der in Fragen 1. a) bis d) genannten Einrichtungen gibt es eine Personalvertretung/Betriebsräte?*

11. *Liegen dem Senat Informationen über die Entwicklung von Renditen der in Fragen 1. a) bis d) genannten Senior:innen- und Pflegeeinrichtungen beziehungsweise der Mutterkonzerne vor? Bitte Vergleichszahlen zwischen 1995 und 2022 angeben.*

Der zuständigen Behörde liegen dazu keine Informationen vor. Im Übrigen siehe Vorbemerkung.

12. *Wie beteiligt sich Hamburg an den Investitionskosten, die Pflegeheimbewohner:innen zu zahlen haben, seit 1995? Bitte nach Jahren angeben.*

Der Sozialhilfeträger als nachrangiger Kostenträger für die Hilfe zur Pflege (HzP) übernimmt im Einzelfall für die Hilfeempfangenden alle ungedeckten Kostenbestandteile des sogenannten Heimentgelts, dazu gehören auch die Investitionskosten. Aufschlüsselungen der unterschiedlichen Kostenbestandteile innerhalb der HzP werden statistisch nicht erfasst. Am 1. Juli 1996 wurde die Einkommensabhängige Einzelförderung (EEF) mit dem Hamburgischen Landespflegegesetz (HmbLPG) vom 20. Juni 1996 (HmbGVBl. S. 124) eingeführt. Durch die Gewährung eines Zuschusses nach § 6 HmbLPG sollte erreicht werden, dass die Inanspruchnahme von Sozialhilfe ausschließlich wegen der gesondert berechneten Aufwendungen nach § 82 Absätze 3 und 4 SGB XI vermieden wird. Die Abschaffung der EEF zum 30. Juni 2010 wurde auch damit begründet, dass mittlerweile die zahlreichen Sozialleistungen, die für die Übernahme von Teilen der Heimkosten infrage kommen und jeweils nach unterschiedlichen Voraussetzungen bewilligt und abgerechnet werden müssen, den bürokratischen Aufwand auf allen beteiligten Seiten erhöht und die Transparenz für die Pflegebedürftigen verringert haben. Eine individuelle Besitzstandsregelung wurde eingeführt. Sofern Bewohnerinnen und Bewohner keine HzP beziehen, kommt auch eine Beantragung von Wohngeld infrage.

Die Landesleistungen in der Pflege haben ihre gesetzliche Grundlage in § 9 SGB XI. Sie zielen auf die „Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur“. Hamburg verfügt über eine entsprechende Infrastruktur, sodass eine Förderung oder gar vollständige Übernahme von Investitionskosten Anreize für Investoren setzt, weitere Angebote zu schaffen, die dann unwirtschaftliche Auslastungsgrade in größerem Ausmaß mit sich bringen würden.

In der aktuellen Diskussion um die Energiekosten setzt sich die Sozialbehörde dafür ein, dass Entlastungen, die in Privathaushalten greifen sollen, auch in Einrichtungen Anwendung finden, zum Beispiel Verbesserungen beim Wohngeld.

Ausgaben der Einkommensabhängigen Einzelförderung (EEF) siehe Anlage 2.

13. *Wie hoch ist der Eigenanteil für Bewohner:innen der Senior:innen- und Pflegeeinrichtungen in Hamburg durchschnittlich und wie hoch für Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft, in Trägerschaft gemeinnütziger, wohlfahrtsstaatlicher Organisationen, in gewerblicher Trägerschaft als Einzelstandort und in gewerblicher Trägerschaft eines überregional tätigen Unternehmens? Bitte Antwort im Vergleich zwischen 1995 und 2022.*

Der Eigenanteil ist für 1995 nicht zu ermitteln, da es keine allgemeine Information über die jeweilige Bewohnerinnen- und Bewohnerstruktur der einzelnen Pflegeheime und die individuellen Leistungsansprüche aus der Pflegeversicherung gibt, da der einrich-

tungseinheitliche Eigenanteil (EEE) erst mit dem Pflegestärkungsgesetz II eingeführt wurde.

Mit Stand 30. September 2022 liegt der Eigenanteil in zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen in Hamburg durchschnittlich bei 79,16 Euro am Tag für den pflegebedingten Eigenanteil, Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten, davon

- a. in öffentlicher Trägerschaft: entfällt,
- b. in Trägerschaft gemeinnütziger, wohlfahrtsstaatlicher Organisationen: 84,04 Euro,
- c. in gewerblicher Trägerschaft als Einzelstandort: 77,93 Euro,
- d. in gewerblicher Trägerschaft eines überregional tätigen Unternehmens: 72,40 Euro.

In diesen Angaben ist der nach jeweiliger Leistungsbezugsdauer gestaffelte individuelle Zuschlag nach § 43c SGB XI der Pflegeversicherung nicht berücksichtigt, der sich nur aus den Einzelfallakten der Sozialhilfeempfänger ermitteln ließe, dabei wären aber nicht die Selbstzahlenden einbezogen, sodass die hier genannten Beträge als maximale Beträge angesehen werden können, die noch eine individuelle Entlastung seitens der Pflegeversicherung erfahren. Bezüglich der Investitionskostenanteile in dieser Berechnung wurden mangels Informationen über die einrichtungsspezifischen Anteile von Sozialhilfeempfänger zu Selbstzahlenden nur die mit dem Sozialhilfeträger vereinbarten Investitionskosten nach § 76 in Verbindung mit § 76a SGB XII herangezogen. Für Selbstzahlende können die Einrichtungen nach § 82 Absatz 4 SGB XI höhere Investitionskosten in Rechnung stellen, wenn darüber entsprechende Mitteilungen an die Behörde erfolgt sind.

14. Welche Höhe betragen die von den Heimbewohner:innen zu zahlenden Investitionskosten (von – bis)?

Der durchschnittliche Investitionsbetrag, der mit dem Sozialhilfeträger vereinbart wurde, beläuft sich auf 17,82 Euro pro Tag und Platz. Die Preisspanne reicht von 6,07 Euro bis 23,50 Euro pro Tag und Platz. Der höchste nach § 82 Absatz 4 SGB XI mitgeteilte Investitionskostenbetrag liegt bei 33,56 Euro pro Tag und Platz. Siehe auch Antwort zu 13.

15. In welchen Heimen (Trägerschaft) werden die niedrigsten, in welchen die höchsten Investitionskosten von den Bewohner:innen getragen?

Der durchschnittliche Investitionsbetrag, der mit dem Sozialhilfeträger vereinbart wurde, in Einrichtungen, die sich in Trägerschaft gemeinnütziger, wohlfahrtsstaatlicher Organisationen befinden, beläuft sich auf 17,45 Euro pro Tag und Platz. Mitteilungen nach § 82 Absatz 4 SGB XI erfolgten nicht.

Der durchschnittliche Investitionsbetrag, der mit dem Sozialhilfeträger vereinbart wurde, in Einrichtungen, die sich in gewerblicher Trägerschaft als Einzelstandort befinden, beläuft sich auf 16,65 Euro pro Tag und Platz. Mitteilungen nach § 82 Absatz 4 SGB XI benennen durchschnittlich 21,42 Euro pro Tag und Platz.

Der durchschnittliche Investitionsbetrag, der mit dem Sozialhilfeträger vereinbart wurde, in Einrichtungen, die sich in gewerblicher Trägerschaft eines überregional tätigen Unternehmens befinden, beläuft sich auf 20,06 Euro pro Tag und Platz. Mitteilungen nach § 82 Absatz 4 SGB XI benennen durchschnittlich 24,95 Euro pro Tag und Platz.

16. Wie werden Pflegebedürftige vor Zahlungsverpflichtungen geschützt, denen keine Gegenleistung gegenübersteht?

Die Kostenträger (Pflegekassen und Sozialhilfeträger) verhandeln gemeinsam für alle Pflegebedürftigen die Vergütungssätze in der Pflege sowie für Unterkunft und Verpflegung, der Sozialhilfeträger allein die Investitionskosten für Pflegebedürftige im Leistungsbezug der Hilfe zur Pflege. Damit ist für die genannten Bereiche sichergestellt, dass vertragliche Gegenleistungen gegeben sind. Erfüllen die Pflegeeinrichtungen ihre Leistungen nicht im erforderlichen Umfang, ist mit der Rückforderungsregelung im § 115 Absatz 3 SGB XI eine Möglichkeit zur Vergütungskürzung eröffnet.

17. *Wie häufig gingen in den vergangenen fünf Jahren Beschwerden bei der Wohn-Pflege-Aufsicht ein? Bitte differenziert nach den Kategorien aus Fragen 1. a) bis d) angeben.*

Bei Einrichtungen

- a. in öffentlicher Trägerschaft: siehe Antwort zu 1. a) bis 1. d),
- b. in gemeinnütziger Trägerschaft: 303,
- c. in gewerblicher Trägerschaft als Einzelstandort: 257,
- d. in gewerblicher Trägerschaft eines überregional tätigen Unternehmens: 326.

18. *Wie häufig hat die Wohn-Pflege-Aufsicht in den vergangenen fünf Jahren anlassbezogene Prüfungen in den Senior:innen- und Pflegeeinrichtungen durchgeführt und wie oft wurden dabei Mängel festgestellt? Bitte differenziert nach den Kategorien aus Fragen 1. a) bis d) sowie Mängel zusätzlich differenziert nach Ergebnisqualität, Strukturqualität und Prozessqualität auflisten?*

Bei Einrichtungen

- a. in öffentlicher Trägerschaft: siehe Antwort zu 1. a) bis 1. d),
- b. in gemeinnütziger Trägerschaft: 414 Prüfungen, 467 festgestellte Mängel,
- c. in gewerblicher Trägerschaft als Einzelstandort: 265 Prüfungen, 259 festgestellte Mängel,
- d. in gewerblicher Trägerschaft eines überregional tätigen Unternehmens: 484 Prüfungen, 604 festgestellte Mängel.

Eine Unterteilung der Mängel nach Ergebnisqualität, Strukturqualität und Prozessqualität ist nicht möglich, da diese Differenzierung in der Prüfsystematik nicht vorgesehen ist und die Informationen dementsprechend nicht erhoben werden.

19. *Wann kann ein Versorgungsvertrag durch die Pflegekassen gekündigt werden, welche Prüfschritte werden dafür unternommen, welche Forderungen können bei Kündigung des Versorgungsvertrags durch die Pflegekasse erhoben werden?*

20. *Wie oft wurden in den letzten fünf Jahren von den Pflegekassen Versorgungsverträge gekündigt und aus welchem Anlass? (Bitte Antworten differenziert nach den Kategorien aus Fragen 1. a) bis d)).*

Der Versorgungsvertrag kann nach § 74 SGB XI von jeder Vertragspartei (Landesverbände der Pflegekassen und jeweilige Pflegeeinrichtung) mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Pflegekassen jedoch nur, wenn die zugelassene Pflegeeinrichtung nicht nur vorübergehend eine der folgenden Voraussetzungen aus den §§ 71 und 72 SGB XI nicht oder nicht mehr erfüllt:

- selbstständig wirtschaftende Einrichtung,
- Pflegebedürftige werden unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt,
- Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung,
- Anwendung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements,
- Anwendung aller Expertenstandards nach § 113a SGB XI,
- Ermöglichung der ordnungsgemäßen Durchführung von Qualitätsprüfungen,
- Übermittlung von Daten nach § 20a Absatz 7 des Infektionsschutzgesetzes,
- Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die Leistungen der Pflege oder Betreuung von Pflegebedürftigen erbringen, werden Gehälter gezahlt, die in Tarifverträgen oder kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen vereinbart sind, an die die jeweilige Pfl-

geeinrichtungen gebunden sind, die die Höhe der Entlohnung eines in Hamburg angewendeten Tarifvertrags oder des regional üblichen Entlohnungsniveaus nach § 82c SGB XI nicht unterschreiten.

Dies gilt auch, wenn die Pflegeeinrichtung ihre Pflicht wiederholt gröblich verletzt, Pflegebedürftigen ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu bieten, die Hilfen darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten und angemessenen Wünschen der Pflegebedürftigen zur Gestaltung der Hilfe zu entsprechen. Vor Kündigung durch die Landesverbände der Pflegekassen ist das Einvernehmen mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe herzustellen. Die Landesverbände der Pflegekassen können im Einvernehmen mit den zuständigen Trägern der Sozialhilfe zur Vermeidung der Kündigung des Versorgungsvertrages mit dem Träger der Pflegeeinrichtung insbesondere vereinbaren, dass die verantwortliche Pflegefachkraft sowie weitere Leitungskräfte zeitnah erfolgreich geeignete Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen absolvieren und die Pflege, Versorgung und Betreuung weiterer Pflegebedürftiger bis zur Beseitigung der Kündigungsgründe ganz oder teilweise vorläufig ausgeschlossen sind.

Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Pflegekassen auch ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn die Einrichtung ihre gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber den Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern derart gröblich verletzt, dass ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist. Das gilt insbesondere dann, wenn Pflegebedürftige infolge der Pflichtverletzung zu Schaden kommen oder die Einrichtung nicht erbrachte Leistungen gegenüber den Kostenträgern abrechnet. Das Gleiche gilt, wenn dem Träger eines Pflegeheimes nach den heimrechtlichen Vorschriften die Betriebserlaubnis entzogen oder der Betrieb des Heimes untersagt wird.

In den letzten fünf Jahren erfolgten nach Meldung der Landesverbände der Pflegekassen in Hamburg keine wirksamen Kündigungen, sodass die etwaige Schließung in der letzten Konsequenz vermieden werden konnte.

21. Welche Maßnahmen und Prozesse folgen auf die Kündigung eines Versorgungsvertrages – gerade im Hinblick auf die Bewohner:innen und Mitarbeiter:innen – und was wird unternommen, um Versorgungspässe zu vermeiden?

Mit Beratungsangeboten durch den Medizinischen Dienst Nord und/oder Auflagenvereinbarungen wird bei regulärer Kündigungsfrist versucht, den oder die Kündigungsgründe bis zum Kündigungszeitpunkt aufzulösen. Ist dies nicht erfolgreich, so stehen Pflegeeinrichtung und Pflegekassen in der Versorgungspflicht für die Pflegebedürftigen mit allen erforderlichen Unterstützungen bis zum erfolgreichen Umzug in eine andere Pflegeeinrichtung, siehe auch Antwort zu 19. und 20.

Ambulante Pflege

22. Wie viele ambulante Pflegedienste gibt es in Hamburg

- a) in Trägerschaft eines Wohlfahrtsverbandes;*
- b) in gemeinnütziger Trägerschaft;*
- c) in gewerblicher Trägerschaft als Einzelstandort;*
- d) in gewerblicher Trägerschaft eines überregional tätigen Unternehmens?*

Mit Stand 30. September 2022 gibt es in Hamburg 407 zugelassene ambulante Pflegeeinrichtungen, davon

- a. in Trägerschaft eines Wohlfahrtsverbandes im Sinne der Mitgliedschaft des Trägers in einem Wohlfahrtsverband: 84,
- b. in gemeinnütziger Trägerschaft: 2,
- c. in gewerblicher Trägerschaft als Einzelstandort: 305,

d. in gewerblicher Trägerschaft eines überregional tätigen Unternehmens: 16.

23. Wie viele der in Frage 22. genannten Pflegedienste haben eine Personalvertretung/einen Betriebsrat? Bitte differenzieren und nach den Kategorien in 22. a) bis d) angeben.

Der zuständigen Behörde liegen dazu keine Informationen vor. Im Übrigen siehe Vorbemerkung.

24. Welche der in Fragen 22. a) bis d) genannten Pflegedienste (Trägerschaft) sind tariflich gebunden oder zahlen in Anlehnung an Tarif und welche vergüten außertariflich?

Seit dem 1. September 2022 sind gemäß § 72 SGB XI alle Pflegeeinrichtungen verpflichtet, das in Pflege und Betreuung beschäftigte Personal nach Tarif, in Anlehnung an einen Tarif oder nach regional üblichem Entlohnungsniveau, welches sich ebenfalls aus den tariflichen Bezahlungen herleitet, zu entlohnen, siehe auch Antwort zu 19. und 20.

25. Wie viele Beschwerden in Bezug auf die durch die in Fragen 22. a) bis d) genannten Pflegedienste erbrachten Pflegedienstleistungen sind in den vergangenen fünf Jahren beim Medizinischen Dienst (MD) eingegangen? Bitte differenzieren nach den Kategorien in Fragen 22. a) bis d).

Mit Stand 30. September 2022 hat der Medizinische Dienst Nord übermittelt, dass ab 1. Januar 2018 insgesamt 193 Beschwerden bezüglich zugelassener ambulanter Pflegeeinrichtungen eingegangen sind, davon

- a. in Trägerschaft eines Wohlfahrtsverbandes im Sinne der Mitgliedschaft des Trägers in einem Wohlfahrtsverband: 16,
- b. in gemeinnütziger Trägerschaft: keine,
- c. in gewerblicher Trägerschaft als Einzelstandort: 169,
- d. in gewerblicher Trägerschaft eines überregional tätigen Unternehmens: 8.

26. Wie oft hat der MD bei den Pflegediensten aus Fragen 22. a) bis d) in den vergangenen fünf Jahren anlassbezogene Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI durchgeführt?

Mit Stand 30. September 2022 hat der Medizinische Dienst Nord übermittelt, dass ab 1. Januar 2018 insgesamt 16 anlassbezogene Qualitätsprüfungen von zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen durchgeführt worden sind, davon

- a. in Trägerschaft eines Wohlfahrtsverbandes im Sinne der Mitgliedschaft des Trägers in einem Wohlfahrtsverband: keine,
- b. in gemeinnütziger Trägerschaft: keine,
- c. in gewerblicher Trägerschaft als Einzelstandort: 14,
- d. in gewerblicher Trägerschaft eines überregional tätigen Unternehmens: 2.

27. Was war das Ergebnis der Prüfungen, wie oft wurden Mängel festgestellt und welche Mängel? Bitte differenziert nach den Kategorien in Fragen 22. a) bis d) beantworten.

28. Wie oft hat der MD bei den Pflegediensten aus Fragen 22. a) bis d) in den vergangenen fünf Jahren welche Maßnahmen veranlasst?

Der Medizinische Dienst Nord hat folgende Informationen übermittelt:

	c) in gewerblicher Trägerschaft als Einzelstandort	d) in gewerblicher Trägerschaft überregional
Mängel in der Behandlungspflege	32	8
Mängel bei der Beratung von pflegefachlichen Themen	31	6

	c) in gewerblicher Träger-schaft als Einzelstandort	d) in gewerblicher Träger-schaft über-regional
Mängel beim Thema Harninkontinenz	7	3
Mängel beim Thema Ernährung	25	6
Mängel beim Thema Mobilität	6	2
Mängel beim Thema Körperpflege	19	3
Mängel beim Thema Qualifikation der Mitarbeitenden	6	13
Abrechnungsauffälligkeiten	6	2

Quelle: Angaben des Medizinischen Dienstes Nord

Fazit und Prognose

29. *Lässt sich angesichts der Erfahrungen der letzten Jahre eine tendenzielle qualitative Differenz zwischen den Trägern der Senior:innen- und Pflegeeinrichtungen beziehungsweise der ambulanten Pflegedienste der genannten Kategorie erkennen?*

Nein.

30. *Wäre es nach Einschätzung des Senats möglich in der stationären, teilstationären und ambulanten Altenpflege auf kommunaler oder Landesebene nur Träger zuzulassen, die öffentlich, Träger der freien Wohlfahrtspflege oder gemeinnützig sind?*

Nein, da mit den Regelungen der §§ 71 und 72 SGB XI die Zulassungsbedingungen vom Bundesgesetzgeber vorgegeben sind. Im Übrigen siehe auch Antwort zu 19. und 20.

Träger der vollstationären Pflegeeinrichtungen in Hamburg

Öffentliche Trägerschaft: Siehe Antwort zu 1.

Gemeinnützige Träger
Agaplesion Bethanien Diakonie gGmbH
Albertinen-Haus gemeinnützige GmbH
Altenheimstiftung Flottbek-Nienstedten
Altersheim am Rabenhorst Wellingsbüttel gGmbH
ASB Sozialeinrichtungen (Hamburg) GmbH
Auguste-Viktoria-Stiftung
BHH Sozialkontor gGmbH
Diakonestiftung Alt-Hamburg
Diesterweg-Stiftung
DRK-Seniorenpflegeheim Eichenhöhe Wolckenhauer-Bahr gGmbH
Ernst und Claere Jung Stiftung
Ev.-Luth. Kirchenkreis Hamburg-Ost
Ev.-ref. Stiftung Altenhof
gemeinnützige Ev.-Luth. Bugenhagenhaus GmbH
Gemeinnützige Rumond-Walther-Haus GmbH
Georg-Behrmann-Stiftung
Gesellschaft für Diakonie in Hamburg-Volksdorf gGmbH
Hamburger Blindenstiftung
Hartwig Hesse Stiftung
Heerlein- und Zindler-Stiftung
Herbert Feuchte Stiftungsverbund gemeinnützige GmbH
Hermann und Lilly Schilling-Stiftung
K.D. Feddersen-Stiftung
Malteser Norddeutschland gemeinnützige GmbH
Malteser Pflegeeinrichtungen Hamburg gemeinnützige GmbH
Marie Kroos-Stiftung
Martha Stiftung Hamburg
Mathilde-Zimmer-Stiftung e.V.
Philipp F. Reemtsma Stiftung
Stiftung "Casse der Stücke von Achten"
Stiftung "Das Rauhe Haus"
Stiftung Anscharhöhe
Stiftung Eilbeker Gemeindehaus
Stiftung Freie Ev. Gemeinde in Norddeutschland
Stiftung für Altenhilfe St. Johannis
Stiftung Gast- und Krankenhaus
Stiftung Hanna Reemtsma-Haus
Stiftung Hospital zum Heiligen Geist
Stiftung Pflegeheim hamburgischer Wohnstifte
Stiftung Veteranenheim Deutscher Soldaten
Tabea Diakonie - Pflege Hamburg gGmbH
Wohnpark am Wiesenkamp gGmbH

Gemeinnützige Träger
Zinnendorf Stiftung

Gewerbliche Träger mit Einzelstandort:
alisea Domizil GmbH
Alten- und Pflegeheim Adalbert GmbH
Alten- und Pflegeheim Kinne GmbH
Altenheim "Villa Eilersweg" GmbH
Altenpension Philipps GmbH & Co. KG
ASH Haus Vitalis Lokstedt GmbH
Elbschloss Residenz Klein Flottbek GmbH
Fahrenkroen Seniorenpflege & Betreuungszentrum GmbH
Frank Wagner Holding Hanseatische Management GmbH
Frau Marion Scheffler
Haus Fangdieck Seniorenpflegepension Reissner GmbH
Haus Volksdorf Seniorenpflegegesellschaft mbH
Haus Wittenbergen GmbH
Parkdomizil am Bahrenfelder See Seniorenpflegegesellschaft mbH
Parkresidenz Greve & Co
Parkresidenz Greve & Co
Passat Pflegeresidenz GmbH
PFLEGEN & WOHNEN HAMBURG GmbH
Senioren- & Pflegeheim Margarethenhof GmbH
Senioren-Pflegepension Bärenallee D. Wurm GmbH
Seniorenpflegepension Haus Marienthal GmbH & Co KG
Senioren-Pflegepension Mützendorpsteed D. Wurm GmbH
Senioren-Zentren Geschwister Jensen GmbH
Stadtdomizil Altenpflege-Zentrum GmbH
Vereinigte Hamburger Wohnungsbaugenossenschaft
Wohnen, Betreuen, Pflegen GmbH
Wohnungsbaugenossenschaft Süderelbe eG

Gewerbliche Träger überregional tätiger Unternehmen:
Alloheim Senioren-Residenzen
compassio Holding GmbH
Convivo Holding
CURA GmbH
DOMICIL Senioren-Residenzen
DOREAFAMILIE
DSG Deutsche Seniorenstift Gesellschaft mbH & Co. KG
EMVIA LIVING Gruppe
HVVG Heimbetriebs- und Vermietungsgesellschaft mbH
Integra Seniorenimmobilien GmbH & Co. KG
K & S Dr. Krantz Sozialbau und Betreuung GmbH
Katharinenhof
KerVita GmbH

Gewerbliche Träger überregional tätiger Unternehmen:
Kursana GmbH
newcare Holding GmbH
Pro Seniore Consulting + Conception für Senioreneinrichtungen AG
Rosenhof Seniorenwohnanlagen
SenVital-Residenzen

Quelle: Daten der zuständigen Behörde

Ausgaben der Einkommensabhängigen Einzelförderung (EEE) pro Jahr

1996	14.993.000 Deutsche Mark (DM)	nur 2. Hbj.
1997	29.671.000 DM	
1998	35.597.000 DM	
1999	41.300.000 DM	
2000	26.316.000 Euro	
2001	25.053.000 Euro	
2002	25.832.000 Euro	
2003	27.607.000 Euro	
2004	28.899.000 Euro	
2005	29.601.642 Euro	
2006	30.941.942 Euro	
2007	32.492.267 Euro	
2008	33.959.101 Euro	
2009	35.626.581 Euro	
2010	22.722.628 Euro	ab 1. Juli 2010 nur noch für Besitzstandsfälle
2011	4.794.093 Euro	
2012	2.956.842 Euro	
2013	1.771.921 Euro	
2014	1.100.900 Euro	
2015	654.352 Euro	
2016	380.726 Euro	
2017	148.424 Euro	
2018	96.961 Euro	
2019	64.878 Euro	
2020	48.938 Euro	
2021	11.352 Euro	
2022	426 Euro	nur 1. Hbj.

Quelle: Haushaltspläne der FHH / Sozialhilfe-DataWarehouse (Einführung 2001)