

PFLEGEVERSICHERUNG

Mittelmaß als Richtwert

Eine Replik zum Standard-Pflegesatz-Modell (SPM)

Von Harry Fuchs, Düsseldorf

Mein Artikel „Die Wohltaten der Pflegekassen“ in dieser Monatszeitschrift (Soziale Sicherheit Nr. 10/1997) prüft die Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes durch die Spitzenverbände der Pflegekassen und das Bundesministerium für Arbeit (BMA) am Wortlaut und an der Zielsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Er kommt dabei zu dem Ergebnis, daß

- das von den Pflegekassen stringent angewandte, akut medizinisch ausgerichtete Verständnis von Pflege den aktivierenden, ganzheitlichen Ansatz des Pflegeversicherungsgesetzes einschränkt und einen negativen Paradigmawechsel bei Selbstverständnis und Qualität von ganzheitlicher Pflege befürchten läßt;
- der tatsächlich im Einzelfall erforderliche Hilfebedarf – definiert durch die Art der erforderlichen pflegerischen Methoden, deren Inhalt (Struktur- und Prozeßqualität) sowie deren Dauer (Intensität) – nicht festgestellt wird und damit erhebliche Zweifel bestehen, daß der Begutachtung Kriterien zu Grunde liegen, die den Anforderungen des Art. 3 Abs. 1 GG an angemessene und sachgerechte Differenzierung entsprechen; wobei in der Vergangenheit nicht die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtungen, sehr wohl jedoch die Gesundheitsamtsärzte im Auftrag der Sozialhilfeträger den Hilfebedarf oftmals wesentlich exakter beschrieben haben als derzeit der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK);
- als Folge der akut medizinischen Verengung des Pflegebegriffs erhebliche Hilfebedarfe zur Minderung, Beseitigung oder Adaption kognitiver Störungen bei der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen der §§ 14, 15 SGB XI ausgegrenzt werden;
- aus dem gleichen Grund das umfangreiche Hilfe- und Methodenspektrum (z. B. Orientierung, Mobilisierung, Stabilisierung, Motivation) zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Selbsthilfe- und Selbstbestimmungsfähigkeit (Anleitung im Sinne des § 14 Abs. 3 SGB XI) – abgesehen von einem geringen Anteil sozialer Betreuung und Information – nicht als Hilfebedarf akzeptiert wird;
- entsprechend der Nichtberücksichtigung dieser Hilfebedarfe bei der Prüfung der Leistungsvoraussetzungen nachfolgend auch im Bereich der Leistungserbringung wie auch der Preisgestaltung

das entsprechende Leistungsspektrum ausgeblendet wird;

- eine originäre Prüfung, ob in der Person des Pflegebedürftigen die Voraussetzungen für stationäre Pflege erfüllt sind, gar nicht stattfindet, sondern nach den Begutachtungsrichtlinien lediglich festgestellt wird, welche Bedingungen im Umfeld des Pflegebedürftigen die Durchführung ambulanter Pflege nicht mehr gestatten;
- bisher mangels konkreter Definition fast alle Voraussetzungen für die Vereinbarung leistungsgerechter Pflegesätze, aber auch für die Qualitätssicherung und die Wirtschaftlichkeitsprüfungen, fehlen.

Die Frage der unmittelbaren Finanzierung der von den stationären Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen durch Pflegesätze, insbesondere das von den Spitzenverbänden der Pflegekassen entwickelte sogenannte „Standard-Pflegesatz-Modell“ (SPM) wird dagegen in dem Artikel „Die Wohltaten der Pflegekassen“ eher beiläufig in die Betrachtung mit einbezogen, bildet jedenfalls kein tragendes Element des Artikels.

Medard Junge will in dieser Monatszeitschrift (Soziale Sicherheit, Nr. 1/1998) „eine Antwort“ zu diesem Artikel geben, geht aber bemerkenswerterweise auf die tragenden Elemente des Beitrages gar nicht ein. Statt dessen nutzt er die eher randständige Erwähnung des SPM dazu, dieses nochmals umfassend zu referieren und zu rechtfertigen. Damit die „Antwort“ von Junge in diesem Punkt nicht in den luftleeren Raum stößt, werden nachfolgend gerne die Thesen zum SPM nachgeliefert, auf die die „Antwort“ von Junge abzielen könnte, die jedoch in dem Basisartikel nicht enthalten waren.

Grundlagen für die Gestaltung leistungsgerechter Pflegesätze fehlen

Nach § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB XI müssen die Pflegesätze leistungsgerecht sein. Sie müssen zudem nach Satz 4 a.a.O. einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen.

- Die Pflegesatzgestaltung (Preisbemessung) hebt danach einerseits auf die tatsächlich im Einzelfall erbrachte Leistung ab. Andererseits setzt sie das Bestehen eines Versorgungsvertrages voraus, in dem

der **Versorgungsauftrag** der jeweiligen Pflegeeinrichtung beschrieben ist. Der Gesetzgeber hat damit zwingend vorgegeben, daß das Preisbildungsverfahren sich individuell auf den jeweiligen Versorgungsauftrag/das jeweilige Versorgungsniveau der einzelnen Einrichtung und die Qualität der in dieser Einrichtung zu erbringenden Leistungen zu stützen hat. Damit sind abstrakte Preisbildungsverfahren, die den jeweiligen Versorgungsauftrag bzw. die individuelle Leistungsqualität nicht oder nur unzureichend aufgreifen können, mit geltendem Recht nicht zu vereinbaren.

Das **individuelle Leistungsniveau** einer Einrichtung ergibt sich gemäß § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB XI aus dem Versorgungsvertrag, mit dem Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§ 43 Abs. 2 SGB XI) als der jeweilige Versorgungsauftrag einer Einrichtung zwischen Pflegekassen und Einrichtungsträger festzulegen ist.

Bisher sind Versorgungsverträge, die diesem gesetzlichen Anspruch genügen und Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, das heißt das individuelle Leistungsspektrum einer Einrichtung, beschreiben, kaum vorhanden. Damit mangelt es jedoch flächendeckend an einer wesentlichen, vom Gesetzgeber als Voraussetzung für die individuelle Preisbildung nach § 84 Abs. 2 Satz 4 SGB XI angesehenen Grundlage.

Der **Inhalt der im Einzelfall zu erbringenden Pflegeleistungen**, für deren Preisbewertung das Pflegesatzverfahren ja durchgeführt wird, ist gemäß § 75 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB XI in Verträgen zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Vereinigungen der Einrichtungsträger zu regeln. Dazu sollen die Spitzenverbände beider Seiten auf Bundesebene nach Abs. 5 a.a.O. eine Empfehlung abgeben.

Es trifft zu, daß die Verbände der Einrichtungsträger die gemeinsame Empfehlung gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI nach der „siebenten“ Entwurfsfassung unterzeichnet haben. Wegen dieser Beteiligung jedoch zu unterstellen, daß die darin enthaltene „Leistungsbeschreibung ausreichend“ sei, verbietet sich schon deswegen, weil auf der nach dem SGB XI entscheidenden Handlungsebene, nämlich der Landesebene, bis heute bundesweit flächendeckend keine Rahmenverträge zustande gekommen sind.

Die Behauptung, daß es vor Einführung der Pflegeversicherung Leistungsbeschreibungen überhaupt nicht gegeben habe und es insoweit mehr als fraglich erscheine, mit welchem Inhalt Pflegeleistungen früher erbracht worden seien, zeugt nicht nur von einer gewissen Selbstüberschätzung, sie ist auch objektiv falsch. Bei der Beratung der Entwürfe des Pflegeversicherungsgesetzes im Unterausschuß des Deutschen Bundesrates wie auch in der sogenannten A-Länder-Kommission (Fachkommission der SPDgeführten Länder) war deutlich, daß es in allen Bundesländern über viele Jahre hinweg Leistungsbeschreibungen und -entwicklungen gegeben hat, die

ihre Vielfalt zum Teil auch aus unterschiedlichen sozial- und gesundheitspolitischen Grundüberzeugungen und Ansätzen gewonnen haben. Danach gab es eher zu viele verschiedene als keine Leistungsbeschreibungen. Dies drücken letztlich auch die bei den Personalschlüsseln zwischen den Ländern bestehenden Unterschiede aus, die zu einem erheblichen Teil durch unterschiedliche Philosophien, Konzepte und Leistungsbeschreibungen geprägt sind.

Um diesen landsmannschaftlichen Unterschieden in einem föderalen System auch in Zukunft Rechnung tragen zu können, hat der Gesetzgeber die Regelungsverantwortung für die Inhalte der Pflegeleistungen auf der Landesebene angesiedelt. Die Vorstellung, „weil die soziale Pflegeversicherung eine an bundesgesetzlichen Regelungen ausgerichteter Zweig der Sozialversicherung“ sei, müßten die Pflegesätze und Entgelte nach „bundeseinheitlichen Strukturen vereinbart“ werden, steht in krassem Gegensatz zu der vom Gesetzgeber zwingend vorgesehenen föderalen Ausprägung der Leistungsgestaltung, Versorgungsstrukturentwicklung und -verantwortung. Die Pflegekassen maßen sich mit ihrer im SPM zum Ausdruck kommenden Absicht, über die Preisgestaltung zu bundeseinheitlichen Leistungen bzw. Versorgungsstrukturen zu kommen, eine zentralistische Kompetenz und Verantwortung an, die ihnen der Gesetzgeber mit der föderalen Ausgestaltung geradezu verweigert hat.

Letztlich enthält die Gemeinsame Empfehlung auf Bundesebene zu § 75 Abs. 5 SGB XI keine Leistungsbeschreibung. In § 1 dieser Empfehlung wird als „Inhalt der allgemeinen Pflegeleistungen“ schlicht der etwas konkretisierte Hilfebedarf wiederholt, den ein Pflegebedürftiger zur Erfüllung der Leistungsvoraussetzungen im Sinne des § 14 SGB XI nachweisen muß. Die Gleichsetzung des Hilfebedarfs im Sinne des § 14 SGB XI mit den Leistungen nach § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB XI verbietet sich jedoch rechtlich wie tatsächlich.

Der Unterschied zwischen Hilfebedarf (§ 14 SGB XI) und den Aufwendungen für die zur Versorgung erforderlichen Pflegeleistungen (§ 43 Abs. 2 SGB XI) ist nicht nur im Gesetzestext selbst bereits durch den Gesetzgeber ausgeprägt worden. Auch tatsächlich ergibt die Summe der zur Deckung des festgestellten Hilfebedarfs erforderlichen pflegerischen Methoden und Verfahren, deren Art, Umfang und Intensität, die Leistungen, zu denen die Pflegekassen Zuschüsse zu gewähren und deren Preise sie in Pflegesatzverhandlungen mit zu gestalten haben. Entgegen den Vorgaben des Gesetzgebers in § 75 Abs. 2 SGB XI sind jedoch gerade diese Leistungen, auf die sich die Preisbildungsverfahren beziehen sollen, bis heute nirgendwo beschrieben worden.

Zusammenfassend ist deshalb festzuhalten, daß die Pflegekassen unverändert die im Gesetz verankerten Voraussetzungen für die Vereinbarungen leistungs-

gerechter Pflegesätze bis heute nicht geschaffen haben.

Den Pflegekassen wurde durch das Pflegeversicherungsgesetz der Sicherstellungsauftrag für die Leistungsqualität übertragen. Diese ordnungspolitische Verantwortung verlangt von den Pflegekassen vorrangig die Definition der Leistungen einschließlich der sie tragenden Struktur- und Prozeßqualität. Da bisher weder die Leistungen noch die Struktur- und Prozeßqualitäten beschrieben sind, verhalten sich die Pflegekassen – entsprechend ihrer langjährigen Erfahrung als Krankenkassen ohne Sicherstellungsauftrag im Bereich der Akutversorgung – als Kostenträger, die über die Preisgestaltung Einfluß auf die Leistungen zu nehmen versuchen.

Pflegekassen in der Kostenträger-Rolle

Dabei belegt *Junge* mit seiner Rechtfertigung des SPM eindrucksvoll, daß die tatsächliche Leistungsqualität und der individuelle Leistungsauftrag einer Einrichtung durch abstrakte Preisbildungsverfahren nicht nur unzureichend reflektiert, geschweige denn konstruktiv im Sinne der konzeptionellen und qualitativen Gestaltung beeinflußt werden kann. Wie alle abstrakten Preisbildungsverfahren entfaltet das SPM zudem eine mehrfach nivellierende Wirkung auf durchschnittlichem Niveau und damit mittelfristig keine qualitative Angleichung nach oben, sondern – im Gegenteil – nach unten: Diese Wirkung ist bei dem größten Kostenvolumen des Pflegesatzes, den Personalkosten, schlüssig zu demonstrieren:

In der Verantwortung der Länder (Grundlage: Bundessozialhilfegesetz – BSHG –) gewährleisteten sogenannte Personalschlüssel über ein bestimmtes Bewohner-/Pflegekraftverhältnis eine Regelausstattung mit Personalmitteln. In den meisten Bundesländern bestanden mehrere Schlüssel je nach Aufgabenstellung bzw. Struktur einer Einrichtung bzw. Zusammensetzung und Schweregrad der Pflegebedürftigen bzw. Pflegebedürftigkeit. Die Personalschlüssel sagen danach nichts über die in einer Einrichtung tatsächlich vorgehaltene Pflegequalität, sehr wohl jedoch etwas zu den finanziellen Rahmenbedingungen aus, auf denen sich Pflegequalität tatsächlich entwickelt. Die Veränderung dieser Rahmenbedingungen hat deshalb immer zugleich auch unmittelbare Auswirkungen auf die Entwicklung der tatsächlichen Pflegequalität.

Schon die bloße Umorientierung des tatsächlichen Personalschlüssels einer Einrichtung auf den Mittelwert der verschiedenen Personalschlüssel eines Landes hätte als Folge der mit der Durchschnittsbildung verbundenen Nivellierung für die Mehrzahl der Einrichtungen die Orientierung auf ein niedrigeres Personalkostenniveau und damit eine Veränderung der Rahmenbedingungen für die Pflegequalität bedeutet. Diese Auswirkungen treten in ungleich größerem Umfange als Folge der Bildung eines bundesweiten

mittleren Personalschlüssels ein, wie er dem SPM zu Grunde liegt.

Das SPM bildet quasi aus dem vorgefundenen Kostengefüge einen bundesweiten Mittelwert, an dem das tatsächliche Kostengefüge einer Einrichtung gemessen wird. Während die verhandelnde Einrichtung ihren Versorgungsauftrag und ihre tatsächlichen Leistungen sowie deren Qualität im Regelfalle dokumentiert nachweisen können dürfte, ist der durch das SPM gebildete Maßstab ausschließlich mathematisch begründet und hat keinerlei Bezug zu definierten Leistungen oder Qualitäten.

Da bisher weder die Leistungen und deren Qualität noch die Versorgungsaufträge der Einrichtungen regelhaft beschrieben sind, ja nicht einmal Einvernehmen darüber besteht, welches Verständnis von Pflege der Versorgungsstrukturentwicklung zu Grunde zu legen ist, bestehen derzeit keinerlei Grundlagen, auf denen auch nur annähernd ein Maßstab für eine leistungsgerechte Preisbildung geschaffen werden könnte. Bis auf weiteres kann deshalb ein und dieselbe Leistung ebenso wie das damit verbundene Preisgefüge als qualitativ bedarfsgerecht oder auch als völlig unzureichend dargestellt werden. Beides kann richtig sein. Solange die vom Gesetzgeber verlangten konkreten Leistungsbeschreibungen ebenso wenig vorliegen wie die dazugehörigen Qualitätsmerkmale, ist eine zutreffende Bewertung nicht möglich.

SPM ohne Bezug zu Leistungen und Qualitäten

Junge meint, die in § 84 Abs. 2 SGB XI geforderte Einteilung in drei Pflegeklassen bedeute, daß auf der einen Seite Leistungen definiert werden müßten und auf der anderen Seite Festlegungen erforderlich sind, welcher zeitliche Bedarf in den drei Pflegeklassen anfällt. Abgesehen davon, daß der Leistungsbeschrieb bisher fehlt, ergibt sich die Verpflichtung zu zeitlichen Festlegungen des Pflegebedarfs als Preisbemessungsgrundlage aus dem Gesetz nicht verpflichtend. § 84 SGB XI erwartet lediglich, daß im Regelfall die Pflegestufen gemäß § 15 SGB XI zu Grunde gelegt werden. § 15 Abs. 1 SGB XI nimmt die Zuordnung in die Pflegestufen nach der Häufigkeit des Hilfebedarfs vor. § 15 Abs. 3 SGB XI sieht – es geht immerhin um die Konkretisierung der Leistungsvoraussetzungen – zwar die Regelung eines Mindestzeitaufwandes zur Begründung von Leistungsansprüchen vor. Als Grundlage der Preisbemessung sind „Mindestzeitwerte“ im Sinne der Zugangsvoraussetzungen jedoch ungeeignet, weil damit der Zeitaufwand für die erbrachte Leistung – und um deren Preisgefüge geht es bei der Pflegesatzgestaltung – auch nicht annähernd zutreffend zu fassen ist. Letztlich spricht die Streichung des in § 89 Abs. 3 SGB XI enthaltenen Kriteriums des „erforderlichen Zeitaufwandes“ als Grundlage der Preisbildung für die ambulante Pflege dafür, daß der Gesetzgeber die

Preisgestaltung in der ambulanten und stationären Pflege einheitlich nach dem Kriterium Leistungsgerechtigkeit/Leistungsinhalt und nicht nach Zeitfaktoren gestaltet sehen will.

SPM verhindert marktwirtschaftlichen Preiswettbewerb

Ein Ziel des Pflegeversicherungsgesetzes ist es, die Marktteilnahme der Leistungsanbieter über Qualität und leistungsgerechte Preise im Wettbewerb zu steuern.

Das SPM ist jedoch – da es als Folge der bundesweiten Durchschnittsbildung im wahrsten Sinne des Wortes von einem mittleren Maß ausgeht – ohne jeden Bezug zu einer konkret definierten Qualität. Die auf dieser Grundlage abgeschlossenen Pflegesatzvereinbarungen belegen deshalb nicht, daß qualitative Pflege zu einem niedrigen Preis möglich ist. Sie belegen nur, daß im Zweifel jeder Anbieter in der Lage ist, zu einem vorgegebenen Preis eine bestimmte Pflegeleistung zu erbringen. Die Prüfung, ob es sich dabei um die geforderte Pflegequalität handelt, setzt entsprechende, auf Art, Inhalt und Umfang der eingesetzten pflegerischen Methoden bezogene Qualitätsmaßstäbe voraus, die bisher nicht vorliegen.

Jeder Preiswettbewerb setzt eine exakte Beschreibung der Leistungen voraus (Leistungsverzeichnis), zu denen die Wettbewerber Preisangebote vorlegen sollen. Das SPM erwartet keinen leistungsorientierten Preiswettbewerb, sondern ein – kaum noch auf die Leistungen bezogenes – Preisangebot bezogen auf das bundesweit mittlere Kostengefüge und damit einen Kostenwettbewerb. Dies hat mit der im SGB XI geforderten Vereinbarung leistungsgerechter Pflegesätze wenig zu tun.

Das ausschließlich auf Kosten bzw. Kostenkomponenten und nicht auf Leistungen basierende SPM birgt im Gegensatz zur wettbewerbsorientierten Zielsetzung des Gesetzgebers die Gefahr in sich, das nicht auf Leistungen und Qualität beruhende Leistungsgefüge auf zunehmend niedrigerem Niveau statisch in die Zukunft fortzuschreiben.

Finanzielle Bedingungen für Pflege ständig verschlechtert

Wenn *Junge* mehrfach betont, die bisherige Qualität müsse doch derzeit noch weiter gelten, weil doch das bisherige Pflegesatzgefüge noch weiter gelte, dann übersieht er, daß sich die finanziellen Rahmenbedingungen für die Pflege und damit die Grundlage für die Pflegequalität seit 1993 zumindest statisch, in vielen Fällen auch tatsächlich rückläufig entwickelt haben.

Der Verfasser hat im Auftrag des Sozialministers des Landes Rheinland-Pfalz federführend die Pflegesatzverhandlungen mit den Trägern der freien Wohl-

fahrtspflege für die Jahre 1993 bis 1995 geführt. Insgesamt wurde dabei ein Einsparvolumen von rund 60 Mio. DM erzielt. Davon waren – in den Verhandlungen konkret diskutiert – zielgerichtet Kostenarten und -volumen betroffen, deren Einsparung selbstverständlich zu Veränderungen sowohl der Organisation der Leistungserbringung wie auch der Bewirtschaftung geführt haben. Auf diese Weise sind seit 1993 innerhalb von fünf Jahren in den Ländern zwar unterschiedliche, im Ergebnis jedoch wirksame Maßnahmen zum Abbau früher im Rahmen des Selbstkostendeckungsverfahrens vorhanden gewesener Spielräume durchgeführt worden.

Wenn heute bei verschiedenen Einrichtungen Personal abgebaut wird, weil mit den verfügbaren Mitteln die Preissteigerungsrate nicht mehr erwirtschaftet und ausgeglichen werden kann, zeigt dies, daß der Prozeß der Abschaffung der Selbstkostendeckung nicht nur theoretisch, sondern auch tatsächlich abgeschlossen ist.

Natürlich haben die jetzt vermehrt auftretenden Finanzierungsprobleme ihre Ursachen nicht im SPM. Das SPM verhindert mit seiner abstrakten Preisbildung jedoch, daß durch eine leistungsbezogene Pflegesatzbildung die finanziellen Voraussetzungen für notwendige Weiterentwicklungsmaßnahmen geschaffen werden können. Im Gegenteil, wenn das SPM zudem noch mit dem Anspruch praktiziert wird, heute immer noch die negativen Auswirkungen der Selbstkostendeckung abbauen zu wollen, dann bewirkt es ganz unmittelbar finanzielle Rahmenbedingungen, die wahrnehmbar und spürbar negativ auf die Pflegequalität durchschlagen.

Pflegekassen müssen gesetzlichen Auftrag erfüllen

Stereotypen der Pflegekassen, wie der Hinweis auf die unverändert fortwirkenden negativen Auswirkungen der Selbstkostendeckung, die Ausrichtung der Anbieter von Pflegeleistungen auf Gewinn statt auf Pflegeoptimierung, die geringe Kosten-Nutzenorientierung der Leistungsanbieter oder der schmerzhafteste Verlust liebgehabter Gewohnheiten, tragen keineswegs zu der verbal gewünschten Versachlichung der Diskussion bei. Im Gegenteil – auf dem Hintergrund der enger gewordenen finanziellen Rahmenbedingungen und dem daraus in vielen Einrichtungen erwachsenden täglichen Zielkonflikt zwischen der von dem Einrichtungsträger und dem Pflegepersonal angestrebten und der finanziell noch machbaren Qualität, müssen derartige Stereotypen Verärgerung und Emotionen auslösen.

Solange die Pflegekassen ihrem gesetzlichen Auftrag als Inhaber des Sicherungsstellungsauftrages für die Qualität der Leistungen ausweichen und weder die Leistungen noch die dazu erforderliche Qualität regelhaft definieren, haben sie nicht einmal moralisch das Recht sich in Stereotypen über die Leistungsan-

bieter zu ergehen. Solange wie die Pflegekassen ihren gesetzlichen Auftrag nicht erfüllen, können auch die Pflegesatzverhandlungen nicht den Vertragsparteien ohne Belastung „durch sozialpolitische Eingriffe von außen“ überlassen bleiben. Die politische Verantwortung für die Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung liegt bei den Gesundheits- und Sozialministern der Länder und nicht bei den Pflegekassen. Wenn die Pflegekassen bei der Durchführung der ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben Anlaß zur Kritik bieten, ist es Aufgabe der politischen Verantwortung, diese Kritik aufzugreifen, zu prüfen und gegebenenfalls politisch, aber auch aufsichtsrechtlich einzugreifen. Dieses Selbstverständnis im Sinne demokratischer Gewaltenteilung als „sozialpolitischen Eingriff von außen“ zu qualifizieren, muß dazu veranlassen, das Selbstverständnis von Selbstverwaltung zu hinterfragen!

Es ist Aufgabe der Pflegekassen, leistungsgerechte Pflegesätze zu vereinbaren. Dabei ist die Höhe der

Zuzahlung bzw. der Verbleib in der Sozialhilfe kein Gestaltungskriterium für die Vereinbarung leistungsgerechter Preise. Der Gesetzgeber hat nie einen Hehl daraus gemacht, daß die Pflegeversicherung mit einem Zuschuß nur zur Verbesserung der Bedingungen Pflegebedürftiger beitragen, nicht jedoch das Risiko der Pflege umfassend ausgleichen kann. Ob und inwieweit dies gelingt, ist ausschließlich eine Frage des Umfanges der erforderlichen Hilfen, Art, Umfang und Intensität der dazu benötigten pflegerischen Methoden und Verfahren sowie der zu diesen Leistungen gefundenen Preise im Sinne wirtschaftlicher Betriebsführung.

Von der Erfüllung des Anspruchs des Versicherten, bedarfsgerechte Pflegeleistungen zu einem wirtschaftlich vertretbaren Preis und damit zugleich eine dem Gesetz entsprechende Konkretisierung des vom Pflegebedürftigen oder Sozialhilfeträger zu tragenden Eigenanteils zu erhalten, sind die Pflegekassen mit dem SPM weit entfernt. □

MELDUNGEN

Teure Gesetzesflut

Mit 180 Gesetzesänderungen in nur fünf Jahren hat die Bundesregierung die Krankenversicherung, Patienten sowie Anbieter von Gesundheitsleistungen belastet. Dies teilte der Bundestagsabgeordnete Hans *Büttner* Mitte März in Ingolstadt mit. Während der regionalen Gesundheitskonferenz der SPD-Fraktion warf *Büttner* insbesondere Bundesgesundheitsminister Horst *Seehofer* vor, in der Gesetzlichen Krankenversicherung, den Krankenhäusern und Arztpraxen für eine „wuchernde Bürokratie“ verantwortlich zu sein. Die Flut der Gesetzesänderungen sei selbst für Fachleute kaum mehr überschaubar und Ausdruck der „konfusen Gesundheitspolitik“ der Koalition. Mit ständig neuen Eingriffen in das Recht der Krankenversicherung würden die Verwaltungskosten der Krankenkassen in die Höhe getrieben. *Büttner* sieht darin eine Ursache dafür, daß die Gesundheitskosten in Deutschland 1997 erstmals wieder den langjährig stabilen Wert von acht bis neun Prozent des Bruttosozialprodukts überschritten haben.

Büttner stützt seinen Vorwurf auf eine Ausarbeitung des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages, die der SPD-Abgeordnete in Auftrag gegeben hatte. Danach wurden von 1993 bis einschließlich 1997 im Sozialgesetzbuch V (Gesetzliche Krankenversicherung) 178 Paragraphen verändert oder neu hinzugefügt sowie zwei Paragraphen gestrichen. Unter anderem traten in diesem kurzen Zeitraum neun Änderungsgesetze beim SGB V, das 1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz sowie das sogenannte Bei-

tragsentlastungsgesetz in Kraft. Das Resultat dieser „teuren Gesetzeswut“, so *Büttner*: 103 Paragraphen mußten verändert, hinzugefügt oder gestrichen werden.

CHH

Ab 1999: Euro ergänzt DM in der Sozialversicherung

Die Träger der Sozialversicherung wollen ab 1999 die Endbeträge in ihren Bescheiden in DM und Euro ausweisen. Das geht aus der Antwort der Bundesregierung auf eine parlamentarische Anfrage der SPD hervor. Danach wird die DM in der Übergangszeit der Währungsumstellung – von 1999 bis einschließlich 2001 – für die öffentliche Verwaltung die maßgebliche Rechnungseinheit bleiben. Vordrucke, Mahnungen, Bußgeld- oder Leistungsbescheide sollen weiterhin auf DM-Beträge ausgestellt werden. Es bestehe jedoch die Bereitschaft, zusätzlich die rechtsverbindliche DM-Summe in Euro umzurechnen und auszuweisen. Entsprechend dieser Praxis wollten auch die Träger der Sozialversicherung verfahren, heißt es in der Antwort der Bundesregierung. CHH