

Soziale Sicherheit

DIE SOZIALPOLITISCHE MONATSZEITSCHRIFT DER GEWERKSCHAFTEN

Bund-Verlag GmbH, Hansestraße 63 a, 51149 Köln

45. JAHRGANG · JANUAR 1996 · HEFT 1

Pflegeversicherung – eine sozialpolitische Bilanz

Teilhabe und Zugang zu den Leistungen als Bestandteil von Pflegequalität

Von Harry Fuchs, Düsseldorf

Um die Frage der Wechselwirkungen von Pflegequalität und Kosten nach Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes (PflegeVG) beantworten zu können, muß man zunächst daran erinnern, daß das Pflegeversicherungsgesetz nicht darauf abzielt, für das Risiko der Pflege und die Situation Pflegebedürftiger eine umfassende Regelung mit einer vollständigen Sicherung zu treffen. Das Gesetz zielt lediglich darauf ab, die soziale Absicherung von Pflegebedürftigen umfassend zu verbessern. (BT-Drucksache 12/5262, Abschnitt A, Ziff. I, 1. Absatz, Seite 61). Danach verbleiben bereits nach der Zielsetzung des Gesetzes weiterhin Versorgungslücken. Es ergeben sich im Verhältnis zur bisherigen Verantwortung nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) neue und zusätzliche Schnittstellen mit erheblichen bisher nicht gekannten Problemen.

Danach liegt bereits in der einschränkenden Zielsetzung des PflegeVG eine erhebliche Beschränkung der Pflegequalität für diejenigen, die

- keine Leistungen nach dem PflegeVG erhalten können, weil sie von diesem Gesetz nicht erfaßt werden,
- nur Teilleistungen nach dem PflegeVG beziehen und im übrigen die Kosten selbst tragen oder ersatzweise weiterhin Leistungen nach dem BSHG beziehen müssen.

Nach den Regelungen des BSHG vor Inkrafttreten des PflegeVG hat die Hälfte der Pflegebedürftigen keine Pflegeleistungen erhalten. Dies sollte sich mit der Einführung der Pflegeversicherung entscheidend ändern. Danach sollten allen versicherten Pflegebedürftigen Leistungen zur Verfügung stehen, die so ausgestaltet sind, daß nur noch ein Teil der Pflege-

bedürftigen wegen der pflegebedingten Aufwendungen auf Sozialhilfe angewiesen ist (BT-Drucksache 12/5262, S. 73, vorletzter Satz).

Es ist deshalb zweifelsfrei, daß die Sozialhilfeträger neben der Pflegeversicherung weiterhin in erheblichem Umfang Leistungen erbringen müssen. In welchem Maße die Pflegeversicherung die gesamten Kosten einer Pflege trägt oder diese Kosten gemeinsam von Pflegekassen, Sozialhilfeträgern und/ oder eigenen Leistungen der Pflegebedürftigen aufzubringen sind, wird nicht durch den Gesetzgeber, sondern durch die Gestaltung der Durchführungsbestimmungen zum PflegeVG (Richtlinien usw.) geregelt.

Gleichwohl hat bereits der Gesetzgeber selbst mit der im Verhältnis zu früheren Entwurfsfassungen vorgenommenen Verschlechterung der Definition der Pflegestufe I des § 15 PflegeVG ca. 465 000 Pflegebedürftigen den Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung verwehrt, die zwar mehrfach in der Woche, jedoch nicht mindestens einmal täglich Hilfebedarf nachweisen. Die Pflegequalität dieser Pflegebedürftigen wird durch das PflegeVG auf das Maß begrenzt, das aus dem eigenen Einkommen finanzierbar ist, d. h. in vielen Fällen auf „Null“ gesetzt.

Eine weitere drastische Beschränkung des Zugangs zu den Leistungen der Pflegekassen folgt aus der Erhebung des Maßes der Hilfebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK).

Nach § 14 PflegeVG wird die Pflegebedürftigkeit im Sinne des PflegeVG durch folgende Kriterien bestimmt:

- Vorliegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung mit der Folge einer
- Einschränkung der gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, mit der Notwendigkeit, dafür
- in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe zu bedürfen.

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 - PflRi) vom 7. November 1994 konkretisieren zwar die Kriterien Krankheit/Behinderung, Verrichtungen sowie die Art der Hilfen. Das für eine Leistung nach dem PflegeVG erforderliche Maß an Hilfen wird jedoch nur grob zeitlich bemessen und in der

Pflegestufe I	mit durchschnittlich 1,5 Std.,
Pflegestufe II	mit mindestens 3 Std.,
Pflegestufe III	mit mindestens 5 Std.

festgelegt.

Für die Leistungsgewährung und die Höhe der Leistungen kommt es deshalb entscheidend darauf an, daß sich der MDK im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Einzelfall dezidiert dazu äußert, welche Methoden und Verfahren der Pflege mit welchem Zeitaufwand erforderlich sind.

Das Bundessozialgericht hatte in seiner Entscheidung vom 30. September 1993 (Az. 3 RK 1/92) zu den in den Grundlagen vergleichbaren Regelungen des § 53 SGB V unmißverständlich festgestellt, daß zur Feststellung des Tatbestandes der Schwerpflegebedürftigkeit und zur Abgrenzung von den übrigen Pflegebedürftigen auch auf den erforderlichen Pflegeaufwand abzustellen ist, weil die Entscheidung, ob ein Hilfloser schwerpflegebedürftig ist, vom Umfang und der Intensität seines Hilfebedarfes abhängt, d. h. der Einschränkungen seiner Fähigkeiten, die regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (ATL) ohne fremde Hilfe vorzunehmen, ergänzend aber auch von dem mit dem vorgenannten Hilfebedarf nicht identischen Ausmaß an erforderlichen Hilfeleistungen, d. h. dem Betreuungsaufwand.

Das Bundessozialgericht unterscheidet danach für die Beurteilung der Art und des Maßes der Pflege(Hilfe)bedürftigkeit konsequent zwischen der Einschränkung der Fähigkeiten bei den ATL und dem – damit nicht identischen – Ausmaß an Betreuungsaufwand. Diese durch den Wortlaut des § 14 PflegeVG und die Rechtsprechung vorgegebene Differenzierung ist weder in den PflRi noch in der Begutachtungsanleitung „Pflegebedürftigkeit gemäß

SGB X“ für den MDK hinreichend nachvollzogen worden.

Die Begutachtungsrichtlinien stellen über sieben Seiten hinweg auf die Beurteilung der Fähigkeiten in bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL, Ziffer 4.3) ab, zur Frage der Bemessung des sich daraus ergebenden Ausmaßes an Hilfeleistungen wird dagegen nur festgestellt, daß es keine anerkannten allgemeingültigen Standards gebe, wie oft man sich z. B. täglich kämmt oder die Zähne putzt. Deshalb sei von den tatsächlichen individuellen Lebensgewohnheiten auszugehen, die der Antragsteller nachvollziehbar in seinem persönlichen Umfeld habe. Die konkrete Bemessung des jeweiligen Zeitaufwandes für die einzelnen Verrichtungen erfolge auf der Grundlage der eigenen medizinischen Erhebung des Gutachters durch Schätzung.

Ernsthaft diskutiert kann nicht bezweifelt werden, daß die Umsetzung des PflegeVG an dieser Stelle einen erheblichen rechtlichen und tatsächlichen Mangel aufweist. Auch der Begutachtungsvordruck bewertet über umfassende Passagen die Einschränkung der ATL, zum Ausmaß der Hilfe ist dagegen nur eine Ja/Nein-Aussage und eine Angabe zur „Häufigkeit pro Tag/Woche“, aber keine konkrete Aussage zum wirklichen Aufwand vorgesehen.

Wird das Maß der Hilfeleistungen, das sich aus den Einschränkungen der ATL ergibt, nicht allgemeingültig standardisiert und definiert, fehlt es an einer bundeseinheitlichen Grundlage für

- die Feststellung, ob und in welchem Umfang Pflegebedürftigkeit tatsächlich vorliegt (Leistungsvoraussetzungen),
- die Entscheidung über den Leistungsumfang,
- die Qualität der zu erbringenden Leistungen und damit auch der angemessenen Vergütung für die Leistungen,
- die Beurteilung der Leistungsqualität im Wettbewerb der Anbieter.

In der Praxis des MDK wird derzeit nach den Vorgaben der Richtlinien zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit das Maß der Einschränkungen der ATL entgegen der Rechtsprechung des BSG mit dem Ausmaß der Hilfeleistungen gleichgesetzt. Damit wird eines der eingangs genannten drei Kriterien für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit faktisch nicht erhoben und bewertet. Die nach dem äußeren Eindruck eines Mediziners, der pflegerisch weder hinreichend ausgebildet noch erfahren ist, vorgenommene Schätzung kann nicht ernsthaft als rechtlich ausreichende Grundlage für die Entscheidungsprozesse im Rahmen der PflegeVG angesehen werden. Es muß befürchtet werden, daß wegen dieser unzureichenden Ermittlung und Bewertung des als Folge der Einschränkungen der ATL erforderlichen Ausmaßes der Pflege(Hilfe)leistungen zum Teil Leistungen der Pflegeversicherung zu Unrecht verweigert

oder – bedingt durch eine falsche Einstufung nach § 15 PflegeVG – in unzureichender Qualität gewährt werden.

Durch die nicht standardisierte Definition der bei den jeweiligen Einschränkungen der ATL in der Regel erforderlichen und folglich auch von den Leistungen der Pflegekassen erfaßten Hilfeleistungen (Art, Umfang und Regelintensität) fehlt es an den entscheidenden Grundlagen für die Durchführung des gesetzlichen Auftrages zur Qualitätssicherung. Auf wissenschaftlicher Grundlage lassen sich nur solche Qualitäten sichern, die beschrieben sind. Die zu sichernden Qualitäten sind identisch mit dem Inhalt und Ausmaß der Hilfeleistungen. Da diese nicht beschrieben sind, läuft die Qualitätsvereinbarung gemäß § 80 SGB XI ebenfalls ins Leere.

Der Rückzug der Sozialhilfeträger

Die Praxis der Sozialhilfeträger nach Inkrafttreten des PflegeVG erfordert den Hinweis, daß die Pflegeversicherung ausschließlich Leistungen zur Pflege, nicht jedoch damit verzahnte sonstige Leistungen unseres Sozial- und Gesundheitswesens (z. B. Krankenbehandlung, Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben usw.) zu erbringen hat.

Unabhängig von Besitzstandsregelungen haben die Sozialhilfeträger ihre originären Aufgaben zu erfüllen und die in der Eingliederungshilfe-Verordnung zur Integration Behinderter in die Gesellschaft vorgesehenen Leistungen (z. B. § 19 EinglHVO – Hilfe zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft – usw.) neben den Leistungen der Pflegekassen zu erbringen.

Die dafür zuständigen Sozialhilfeträger sind in ihrer Verantwortung durch das PflegeVG in keiner Weise berührt oder gar entlastet. Die allgemeine Enge öffentlicher Haushalte, insbesondere der Kommunen, bewirkt offenkundig den Versuch, die sich aus den neuen Schnittstellen zwischen Sozialhilfe und Pflegeversicherung ergebenden Abgrenzungsmöglichkeiten zur Entlastung der eigenen Kassen zu nutzen. Leidtragende sind ausschließlich die Pflegebedürftigen, die trotz umfassender und vollständiger Rechtsgrundlagen durch verwerfliches Verwaltungshandeln die ihnen zustehenden Leistungen nur im Wege sozialgerichtlicher Streitverfahren durchsetzen können (z. B. sogenannte „Arbeitgebermodelle“).

An dieser Stelle wird zudem in unerträglicher Weise deutlich, wie die Sozialkultur in unserem Land zunehmend durch die angeblich unabweichlichen Finanzierungszwänge erdrückt wird und unser sozialer Rechtsstaat auch durch z. T. eindeutig rechtswidriges Verwaltungshandeln Schaden nimmt. Offenkundig ist zudem die Politik immer weniger in der Lage, die Verwaltung zu kontrollieren und die Rechtmäßigkeit des Verwaltungshandelns zu sichern.

Die Tatsache, daß die Kommunalverwaltungen den Kommunalparlamenten die Rechtswidrigkeit ihres

Verwaltungshandeln erläutern, mit Kostenzwängen begründen und die Parlamente einen solchen Zustand mehrheitlich hinnehmen, muß auch mit Blick auf das allgemeine Demokratieverständnis und die Prinzipien der Gewaltenteilung mehr als nachdenklich stimmen.

Leistungsvoraussetzungen und Pflegequalität

Das PflegeVG gestaltet den Anspruch auf häusliche Pflegeleistungen eindeutig nicht im Sinne einer vollen Übernahme der Kosten der erforderlichen Pflege durch die Pflegekassen, sondern lediglich als Kostenbeiträge der Pflegekassen zu den Pflegekosten.

Nach der Begründung zum PflegeVG geht der Gesetzgeber davon aus, daß die ambulanten Leistungen „in der Regel zur Deckung des Pflegebedarfes ausreichen“. Bei höherem Pflegebedarf seien die Aufwendungen hierfür vom Sozialhilfeträger und dem BSHG zu übernehmen.

Die Begründung zu § 36 PflegeVG übersieht jedoch, daß die in § 13 PflegeVG definierten hohen Voraussetzungen, die erfüllt werden müssen, um überhaupt Leistungen der Pflegekassen erhalten zu können, bereits Kosten verursachen, die über den Beträgen liegen, die mit den Sätzen des § 36 Abs. 3 PflegeVG finanziert werden können. Danach ist es bereits durch Struktur und Inhalt des PflegeVG kaum denkbar, daß selbst in der Pflegestufe I eine Vollkostendeckung durch die Pflegekassen auch nur in wenigen Einzelfällen erreichbar wäre.

Nach § 15 Abs. 1 PflegeVG können die Pflegekassen Leistungen nur gewähren, wenn der Pflegebedürftige Pflege

- in der Pflegestufe I = mindestens 1x täglich 2 Verrichtungen = 30 Pflegeeinsätze zuzüglich mindestens 2x wöchentlich hauswirtschaftliche Verrichtungen = 8 hauswirtschaftliche Einsätze, d. h. insgesamt = 38 Einsätze,
- in der Pflegestufe II = mindestens 3x täglich mindestens = 80 Pflegeeinsätze zuzüglich mindestens 2x wöchentlich = 8 hauswirtschaftliche Einsätze = d. h. mindestens 98 Einsätze,
- in der Pflegestufe III = rund um die Uhr, d. h. mindestens alle 4 Stunden (6x) = 180 Pflegeeinsätze zuzüglich mindestens 2x wöchentlich = 8 hauswirtschaftliche Einsätze, d. h. mindestens 188 Einsätze

benötigt.

Nur wenn der Pflegebedürftige durch Begutachtung des MDK diesen Pflegeaufwand nachweisen kann, hat er überhaupt einen Anspruch auf Leistungen der Pflegekassen.

Die Vertreter der Pflegekassen, aber auch des Bundesministeriums für Arbeit (BMA), verkünden zu

den Auseinandersetzungen zwischen den Leistungsanbietern und den Pflegekassen über die angemessene Leistungsvergütung vollmundig, daß sie ihre Aufgabe darin sehen, für möglichst viele Pflegebedürftige über die Kostenverhandlungen eine Vollkostendeckung für die Pflegeleistungen zu bewirken, die der Pflegebedürftige nachweisen muß, um überhaupt Leistungen der Pflegekassen erhalten zu können.

Die nachfolgende Analyse des Kosten-Leistungs-Gefüges zeigt, daß diese Zielsetzung völlig irrelevant ist. Sie ist nur verständlich unter dem Aspekt, daß eine politische Zielsetzung – möglichst wenig Sozialhilfe – mit Macht realisiert werden muß, obwohl die gesetzlichen Regelungen dies faktisch ausschließen und dies eindeutig zu Lasten der Qualität der Pflege und damit der Pflegebedürftigen geht, denen man doch angeblich helfen will.

Ginge man – entgegen der gesetzlichen Regelung – davon aus, daß die Kostenanteile der Pflegekassen nach § 36 Abs. 3 PflegeVG die Vollkosten der Pflegeleistungen abdecken müßten, dann stünden für die Pflegebedürftigen, deren Pflegeaufwand gerade so hoch ist, daß sie die Voraussetzungen für eine Pflegeleistung nach § 15 Abs. 1 PflegeVG erfüllen, pro Einsatz

in der Pflegestufe I	750 DM	: 38 =	19,74 DM
in der Pflegestufe II	1 800 DM	: 98 =	18,36 DM
in der Pflegestufe III	2 800 DM	: 188 =	14,89 DM

zur Verfügung.

Geht man von der vom BMA in den Pflegebedürftigkeitsrichtlinien (PfIRi) vom 7. November 1994 durchgesetzten zeitlichen Gewichtung des Pflegeaufwandes von mindestens

1,5 Std. durchschnittlich täglich in Pflegestufe I
= 45 Std. mtl.

3,0 Std. mindestens täglich in Pflegestufe II
= 90 Std. und mehr mtl.

5,0 Std. mindestens täglich in Pflegestufe III
= 150 Std. und mehr mtl.

aus, so ergibt sich bei Annahme eines 30-Tage-Monats für die Pflegeleistungen ein Entgelt pro Stunde von

16,66 DM in Pflegestufe I,

20,99 DM in Pflegestufe II,

18,66 DM in Pflegestufe III.

Stellt man dem den effektiven Stundenlohn (ohne Lohnnebenkosten und Arbeitgeberanteile) einer 30jährigen Pflegefachkraft mit zwei Kindern in der Vergütungsgruppe V A BAT (niedrigste Vergütung einer Pflegefachkraft) gegenüber, so ergibt sich bei 1577 Brutto-Arbeitsstunden (204,7 Arbeitstage) jährlich ein Stundenlohn in Höhe von 34,78 DM. Bezogen auf die jährliche Netto-Arbeitszeit von 1378,3 Std. (nach Abzug von Wochenenden, Feier-

tagen, Urlaubs- und Krankheitszeiten) beträgt der Stundenlohn sogar 39,79 DM.

Dabei wurden noch keine Zeiten für Aus-, Fort- und Weiterbildung, sonstige Verteilszeiten usw. berücksichtigt. In dieser Betrachtung bleiben auch die Arbeitgeberkosten (Lohnnebenkosten), Fahrkosten sowie Overheadkosten (Einsatzleitung, Abrechnung usw.) unberücksichtigt.

Der Vergleich des der Pflegeversicherung nach § 36 PflegeVG für Pflegestunden zur Verfügung stehenden Kostenbeitrages mit den tariflichen Stundenvergütungen der Pflegefachkraft zeigt auf einen Blick, daß die Pflegeversicherung bereits dann, wenn ein Pflegebedürftiger gerade den Pflegeaufwand nachweist, der als Leistungsvoraussetzung erforderlich ist, in der Regel weniger als die Hälfte der dafür erforderlichen tariflichen Stundenvergütung an Leistungen gewähren kann.

Das bedeutet im Ergebnis, daß entweder

- in allen Fällen neben der Pflegeversicherung der Pflegebedürftige mit eigenen Mitteln oder ersatzweise der Sozialhilfeträger eintreten muß oder
- die Pflegesachleistungen qualitativ so drastisch abgesenkt werden müssen, daß weniger als die Hälfte des Pflegeaufwandes nicht die Qualität einer Pflegefachkraft, sondern Pflegehilfskräfte erfordern und demzufolge mit einem wesentlich niedrigerem Entgelt vergütet werden können.

Geht man davon aus, daß der 15minütige Einsatz einer Pflegefachkraft bereits ohne Lohnnebenkosten ca. zehn DM kostet (vgl. o. g. Berechnung), stehen für die restlichen 45 Minuten Einsatzzeit für Hilfskräfte ebenfalls in der

Pflegestufe I nur 6,66 DM

Pflegestufe II nur 10,00 DM

Pflegestufe III nur 18,66 DM

zur Verfügung. Im Ergebnis müßten Hilfskräfte danach für einen Stundenlohn in

Pflegestufe I von nur 8,88 DM

Pflegestufe II von nur 13,33 DM

Pflegestufe III von nur 11,55 DM

beschäftigt werden. Es ist offenkundig, daß es sich um Löhne unterhalb jeglichen Tarifgefüges, ja sogar unterhalb der Sätze handelt, die heute bereits von den Kirchen und karitativen Organisationen als Entschädigung für ehrenamtliche Hilfestellungen erbracht werden.

Sowohl die Verteilung der Anteile Pflegekraft zu Pflegehilfskraft nach dem Verhältnis 1:3, wie auch die sich dabei für die Pflegefachkräfte immerhin noch ergebenden Stundenlöhne (bei allen anderen Relationen wären diese noch niedriger) sind völlig unrealistisch.

Danach kann grundsätzlich kein Zweifel daran bestehen, daß die Pflegeversicherung mit den gesetzlich vorgegebenen Leistungsbeiträgen die Vollkosten einer qualifizierten Pflege in keinem Fall decken kann.

Es liegt nicht im Interesse der Pflegebedürftigen und schadet dem Ansehen der Pflege-/Krankenkassen, wenn sie gleichwohl den Eindruck erwecken, mit den Leistungen der Pflegeversicherung seien für eine große Zahl Pflegebedürftiger die Vollkosten der ambulanten Pflege zu decken. Dies ist um so weniger akzeptabel, als es sich um selbstverwaltete Körperschaften handelt, für deren Tun bzw. Unterlassen die Gewerkschaften eine wesentliche Mitverantwortung in der Selbstverwaltung tragen.

Daß die Sozialhilfeträger ihre mehr als 40jährigen Erfahrungen mit der Altenhilfe offenkundig ebenfalls nicht einbringen und die bis zum Inkrafttreten der PflegeVG von ihnen entwickelten, getragenen und bezahlten Qualitäts- und Pflegestandards nicht mehr vertreten, ist – auch mit Blick auf die leeren Kassen der Kommunen – sozialpolitisch nicht vertretbar.

Die Pflegekassen und Sozialhilfeträger versuchen gemeinsam in den Kostenverhandlungen mit den Leistungsanbietern Kostensätze durchzusetzen, mit denen in hohem Maße die Vollkosten der ambulanten Pflege gedeckt sein sollen, so daß nur noch in wenigen Fällen die Sozialhilfe zusätzlich eintreten muß. Da bereits die dargestellte Relation Leistungen/Lohnkosten/Einsatzzeiten die Pflegequalität begrenzt, führt jede weitere Absenkung der Pflegevergütung in den Kostenverhandlungen zwangsläufig zu einer weiteren Absenkung der Pflegequalität. Die SPD-geführten Länder hatten während der Beratungen des Gesetzentwurfes im Bundesrat in einer Entschließung bereits festgestellt, daß die Beschränkung der Leistungen auf eine bloße Grundversorgung eine grundsätzliche gesellschaftliche Weichenstellung ist, die gegen das Prinzip der Solidarität verstößt und einen großen Teil der Sozialhilfeberechtigten in der Sozialhilfe beläßt.

Das BMA und die Pflegekassen versuchen offenkundig, die zutreffende Feststellung der SPD-geführten Länder durch die Vereinbarung niedriger Kostensätze in den Verhandlungen mit den Leistungsanbietern auszuräumen und nehmen dabei eine drastische Beschränkung der Pflegequalität billigend in Kauf. Es irritiert, daß die von den SPD-geführten Ländern bereits während des Gesetzgebungsverfahrens dokumentierte Erkenntnis über die reine Zuschußfinanzierung und deren Wirkung auf die Pflegequalität nach Inkrafttreten des Gesetzes im Interesse der Pflegebedürftigen nicht zu einer machtvollen politischen Unterstützung der Wohlfahrtsverbände bei den Kostenverhandlungen zur Erhaltung der bedarfsgerechten Pflegequalität führt.

Den Anbietern von Pflegeleistungen muß im Interesse der betroffenen Pflegebedürftigen jede Unter-

stützung zur Vereinbarung eines Preisgefüges gewährt werden, das einerseits die Grundlage für eine qualitativ bedarfsgerechte Leistung bietet und andererseits berücksichtigt, daß die Pflegeversicherung ausschließlich Zuschüsse zu den Pflegeleistungen zahlt, die ggf. von den Sozialhilfeträgern zu ergänzen sind und nicht etwa für die in § 36 PflegeVG genannten Grundbeträge eine Vollkostendeckung sicherzustellen hat. Entgegen den vielfältigen öffentlichen Äußerungen der Pflegekassen liegen „Billigentgelte“, die zwangsläufig eine Minderqualität honorieren, nicht im Interesse der Pflegebedürftigen. Auch die Selbstverwaltung der Pflegekassen ist gefordert, diese Entwicklung und den nachgerade „vorauseilenden Gehorsam“ der Verwaltungen gegenüber dem BMA im Interesse der Pflegebedürftigen zu beenden.

Qualität der Pflegeleistungen

Vor dem Hintergrund der geschilderten Kosten-Leistungs-Situation ist es für die Pflegebedürftigen von nachgerade existentieller Bedeutung, die Qualität der Pflegeleistungen, die im Verlaufe eines Tages zu erbringen sind, im einzelnen zu beschreiben, um auf dieser Grundlage sowohl die Angemessenheit der dann zu vereinbarenden Kosten zu beurteilen, wie auch die Sicherung dieser Qualität gewährleisten zu können.

Nach § 80 PflegeVG sind zwischen den Kostenträgern und den Leistungsanbietern gemeinsame und einheitliche Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen zu vereinbaren.

Die „Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Qualitätssicherung nach § 80 SGB IX in der ambulanten Pflege“ stellen zwar in Ziffer 1.2 zutreffend fest, daß die Pflegequalität die Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität umfaßt. Die Prozeßqualität soll sich aber nur auf den Versorgungs- bzw. Pflegeablauf, d. h. auf das Verfahren, nicht jedoch auf die Prozeßqualität der Pflege selbst, d. h. den Umfang und die Intensität pflegerischer Methoden und Verfahren, beziehen. In Ziffer 3.2 wird deshalb folgerichtig nur die Prozeßqualität des Verfahrens der Pflege (Pflegeanamnese, Pflegeplanung usw.) konkretisiert.

Die Beteiligten haben danach bis heute den Auftrag des § 80 SGB XI hinsichtlich der Prozeßqualität nur für das Verfahren der Pflege, nicht aber für die Pflegeleistungen (= Ausmaß der Hilfeleistungen, vgl. oben) selbst umgesetzt.

Ansätze, die Prozeßqualität der Pflege zu beschreiben, finden sich in den während der Vergütungsverhandlungen vorgelegten modulhaften Beschreibungen der Leistungskomplexe bzw. Pflegeleistungen.

Die Konkretisierung des Pflegebedarfs und der zur Bewältigung dieses Pflegebedarfes einzusetzenden pflegerischen Verfahren bzw. Methoden und deren Intensität umschreibt exakt die Prozeßqualität, die nach § 80 SGB XI Gegenstand der Vereinbarung zur Qualitätssicherung hätte sein müssen.

Erst wenn diese Prozeßqualitäten zwischen den Beteiligten einvernehmlich definiert gewesen wären, hätte es eine vertretbare Grundlage bzw. einen Maßstab für Vergütungsverhandlungen gegeben.

Bei der derzeitigen Praxis, während der Vergütungsverhandlung die Leistungen und damit die Qualitäten zu beschreiben, bleibt naturgemäß die Qualität auf der Strecke, weil im Ergebnis der Preis die Qualität und nicht die Qualität den Preis gestaltet.

Es ist absolut unverständlich, daß sich die Leistungsanbieter, insbesondere die Wohlfahrtsverbände, die ja zugleich auch Interessenvertreter der Pflegebedürftigen sein wollen, auf ein derartiges Verfahren eingelassen haben, deren Ergebnis – kosten- und nicht bedarfsorientierte Qualitäten – von Anfang an feststeht.

Die erheblichen qualitativen Unterschiede der jeweils von den Kostenträgern bzw. Leistungsanbietern vorgelegten Leistungsmodule lassen jetzt schon keinen Zweifel mehr daran, daß im Rahmen von Kosten- bzw. Vergütungsverhandlungen eine bedarfsgerechte und fachlich haltbare Beschreibung der Prozeßqualitäten der Pflege nicht erreichbar ist. Bedauerlich ist, daß die Qualitätsvereinbarung frühestens zum 31. Dezember 1998 kündbar ist und zuvor keine Hoffnung besteht, zu einer wirklich dem Bedarf entsprechenden Beschreibung der Prozeßqualitäten der Pflege zu gelangen.

Mangels eindeutiger Definitionen der Prozeßqualitäten als Maßstab der Qualitätssicherung und zugleich wertfreier Grundlage der Kostenverhandlungen

gen ist heute schon abzusehen, daß in diesen Bereichen jeweils die sonstigen Instrumente und Verpflichtungen des Pflegeversicherungsgesetzes nicht sachgerecht greifen können, weil es an entscheidenden Grundlagen und Vergleichsmaßstäben mangelt. Auch die Frage, ob private Anbieter im Vergleich zu anderen Anbietern kostengünstiger und wirtschaftlicher anbieten, ist überhaupt nicht beantwortbar, solange keine zweifelsfreien Vergleichsmaßstäbe (Qualitäten, Standards für das Ausmaß der Hilfeleistungen) vorhanden sind, an denen das jeweilige Leistungsverhalten gemessen und bewertet werden könnte. Insoweit entbehrt auch die von den Pflegekassen ständig öffentlich wiederholte Erwartung, der Wettbewerb regelt das Preisgefüge, jeder Grundlage, weil es den Pflegekassen bis auf weiteres an den notwendigen Vergleichsmaßstäben für die Beurteilung und Beantwortung dieser Frage mangelt.

So wird zwar die Vergütung im Sinne des § 89 PflegeVG vielleicht leistungsgerecht sein, jedoch nur eine wirtschaftliche Betriebsführung des Pflegedienstes ermöglichen, der ein Versorgungsauftrag zugrunde liegt, bei dem die Qualitäten der Leistungen nicht bedarfsgerecht sind. Wenn die Trägervielfalt bedeutsamer ist als die Qualität und Versorgungssicherheit, ist diese Entwicklung nachvollziehbar, sie liegt jedoch nicht im Interesse der Pflegebedürftigen.

Der den Pflegekassen nach § 69 PflegeVG übertragene Sicherstellungsauftrag verpflichtet dazu, eine bedarfsgerechte und gleichmäßig dem allgemein anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung zu gewährleisten. Solange jedoch keine Qualitäten, insbesondere Prozeßqualitäten der Pflege, konkretisiert sind, an denen die Bedarfsgerechtigkeit gemessen werden kann, muß der Sicherstellungsauftrag als nicht erfüllt angesehen werden. □

BUCHBESPRECHUNG

Besser leben mit Schichtarbeit

Hilfen für Schichtarbeiterinnen und Schichtarbeiter

Mit einem Vorwort von Prof. Dr. *Knauth*. 52 Seiten; DIN A4, zweifarbig mit zahlreichen Abbildungen, Protokoll- und Arbeitsbögen; 4,- DM zzgl. individuelle Porto- und Verpackungskosten. Staffelpreise und Eindrucksmöglichkeiten auf Anfrage.

Arbeitnehmer/-innen im Schichtdienst gebührt, aufgrund der mit dieser Arbeitszeitform verbundenen großen gesundheitlichen und sozialen Belastungen, im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung besondere Aufmerksamkeit.

Die Schichtplangestaltung nach arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen stellt eine wesentliche Gesundheitsförderungsmaßnahme speziell für Schichtarbeiter/-innen dar. Nur wenig ist allerdings bis heute unternommen worden, um die Kompetenzen von Schichtarbeitern/-innen zur Bewältigung ihrer besonderen Lebensbedingungen zu verbessern. Dabei zeigt die Erfahrung,

daß es sowohl individuelle Unterschiede in den erlebten Belastungen durch Schichtarbeit gibt als auch Schichtarbeiter/-innen, die nicht unter den „typischen“ Beschwerden leiden – ein deutlicher Hinweis darauf, daß es sich lohnt, die Bewältigungsstrategien genauer unter die Lupe zu nehmen.

Diesen Ansatz verfolgt die Broschüre. Mit wissenschaftlich fundierten Hintergrundinformationen und zahlreichen praktischen Anregungen gibt sie wichtige Hinweise und Hilfen dazu, wie man sich z. B. günstigere Voraussetzungen für den Schlaf tagsüber schafft, Appetitstörungen begegnet oder wieder mehr aus seiner Freizeit macht. Protokoll- und Arbeitsbögen helfen dabei; zahlreiche Abbildungen sorgen dafür, daß das Ganze nicht zu „trocken“ wirkt.

Bestellungen/Anfragen an den Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Abt. Gesundheit, Ref.: Europäisches Informationszentrum, Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen. Fax: 02 01/ 179-10 14.