

Soziale Sicherheit

DIE SOZIALPOLITISCHE MONATSZEITSCHRIFT DER GEWERKSCHAFTEN

Bund-Verlag GmbH, Hansestraße 63 a, 51149 Köln

46. JAHRGANG · OKTOBER 1997 · HEFT 10

Die Wohltaten der Pflegekasse

Satt, sauber, still – Prozeßqualität im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes?

Von *Harry Fuchs*, Düsseldorf

I. Der Paradigmenwechsel von der aktivierenden, ganzheitlichen Pflege zur medizinisch-pflegerischen Leistung

Die Sozialhilfeträger, die Träger der freien Wohlfahrtspflege, aber auch die Länder haben über 40 Jahre hinweg in Deutschland gemeinsam das Ziel verfolgt, den Menschen im Alter – auch wenn sie pflegebedürftig geworden sind – die bestmögliche Lebensqualität sicherzustellen.

Daraus hat sich das Selbstverständnis der ganzheitlichen – das heißt, den ganzen Menschen mit Körper und Seele einbeziehenden –, aktivierenden Pflege entwickelt, die den Betroffenen nicht nur versorgt, sondern alle erforderlichen Maßnahmen einsetzt, um seine Selbstbestimmungsfähigkeit und Selbsthilfefähigkeit zu erhalten oder soweit wie möglich wieder herzustellen.

Das Pflegeversicherungsgesetz betont in § 8 die gemeinsame Verantwortung der Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen zur Gewährleistung leistungsfähiger pflegerischer Versorgungsstrukturen. Sie sollen die Bereitschaft zu einer humanen Pflege unterstützen und fördern sowie auf eine neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung hinwirken.

In großen Versammlungen und Kundgebungen beklagen jedoch derzeit Tausende von Pflegebedürftigen und Pflegefachkräften, daß sie bei der Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes zwar eine neue Kultur des Helfens erleben, die jedoch im Ergebnis inhuman erscheint und fast jede im Rahmen der ak-

tivierenden, ganzheitlichen Pflege zum Selbstverständnis gewordene mitmenschliche Zuwendung beseitigt.

Diese Bewertung des – unheilvollen – Wirkens der Pflegekassen wird von Vertretern der Wohlfahrtsverbände, aber auch der Kommunen und der Sozialhilfeträger in Anhörungen der Landtage, z. B. in Nordrhein-Westfalen (NRW) am 4. Juni 1997, oder Großveranstaltungen von unterschiedlichen Organisatoren (u. a. Wohlfahrtsverbände, Gewerkschaften, Selbsthilfegruppen) öffentlich bestätigt.

Es kann sich bei dieser bundesweiten Protestbewegung deshalb – entgegen der Bewertung verantwortlicher Mitarbeiter des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA) oder der Spitzenverbände der Pflegekassen – nicht allein um „interessengesteuerte, unverantwortlich aufgeputschte“ Beschäftigte oder Funktionäre von Einrichtungsträgern handeln. Diese dynamische Entwicklung, die insbesondere auch von Pflegebedürftigen getragen wird, spiegelt vielmehr das tägliche Leben und die Erfahrungen der Pflegebedürftigen, der Pflegepersonen und der Einrichtungsträger mit den Medizinischen Diensten (MDK) und den Pflegekassen wider.

Sie muß deshalb sehr ernst genommen werden, weil jetzt schon viele Menschen jegliches Vertrauen in den jüngsten Zweig der gesetzlichen Sozialversicherung, die Pflegeversicherung, verlieren. Auch wenn die Proteste regelmäßig in der Forderung gipfeln, das Pflegeversicherungsgesetz erneut zu ergänzen, liegen die Ursachen für die die Proteste auslösenden Entwicklungen weniger im Gesetz selbst, als in den

von den Spitzenverbänden der Pflegekassen erarbeiteten Durchführungsbestimmungen und der Umsetzung des Gesetzes durch die Pflegekassen, aber auch in den vom BMA im Rahmen der vielfältigen Zustimmungsvorbehalte aufgerichteten Schranken und Beschränkungen.

Schon das Sozialgesetzbuch, Teil XI (SGB XI), selbst übernimmt teilweise Strukturen, Verfahren und Organisationsformen, die im Bereich der kasernenärztlichen Versorgung oder der Krankenhäuser im Sozialgesetzbuch, Teil V, üblich – aber nicht unbedingt bewährt – sind, in das Pflegeversicherungsrecht.

Wesentlich dramatischer als diese formalen Ursachen wirkt sich jedoch im Pflegealltag die Tatsache aus, daß die Spitzenverbände und die sie beratenden Medizinischen Dienste zwar in den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien (PflRi) den Begriff der aktivierenden Pflege formal hochhalten, sich in den Begutachtungs-Richtlinien (BRi) für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit, aber auch z. B. bei der Qualitätsdefinition oder der Bewertung der leistungsgerechten Kostenrahmen längst auf ein akutmedizinisch geprägtes Pflegeverständnis reduziert haben, das sich zudem noch auf einen medizinisch-pflegerischen Methodeinsatz beschränkt. Damit werden – wie nachfolgend im einzelnen dargestellt – sowohl bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit erhebliche Hilfebedarfe ausgegrenzt, wie im Ergebnis die entsprechenden Leistungen verweigert.

Dabei handelt es sich durchweg um die auf altersbedingten kognitiven Störungen beruhenden Hilfen, die gerade bei der vollstationären Pflege im Rahmen der erforderlichen Pflegeleistungen (§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB XI) mit der Zielsetzung der eigenständigen Übernahme der Verrichtungen des täglichen Lebens (§ 14 Abs. 3 SGB XI) ausdrücklich vom Gesetzgeber zur Gewährleistung einer humanen Pflege und mitmenschlicher Zuwendungen in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung aufgenommen wurden.

Vor dem Hintergrund des kurativen Pflegeverständnisses der Pflegekassen werden diese Leistungen jedoch allenfalls für psychisch Kranke und seelisch Behinderte, nicht jedoch aus anderen Gründen Verwirrte akzeptiert oder reduzieren sich auf den Sachverhalt „soziale Betreuung bzw. Information des Betroffenen und seiner Angehörigen“, wenn sie nicht sogar als „andere Aktivitäten des täglichen Lebens“ völlig ausgegrenzt werden.

Das zwischen Pflegekassen und Einrichtungsträgern völlig gegensätzliche Verständnis von Pflege (kurative versus aktivierende ganzheitliche Pflege) führt für die Pflegebedürftigen und Pflegepersonen zu absolut unvertretbaren Bedingungen, die Auslöser für die bundesweite Protestbewegung sind. Es hilft wenig, wenn die Pflegekassen – z. B. vor dem Landespflegeausschuß oder dem Ausschuß für Gesundheit

und Soziales des Landtages NRW – erklären, daß sie selbstverständlich die in NRW bestehende hohe Qualität der Pflege erhalten wollen. Auf welche Qualität der Pflege bezieht sich diese Aussage denn? Auf die einer kurativ orientierten Pflege, die alle pflegerischen Methoden zur Bewältigung kognitiver Einschränkungen ausgrenzt, oder die einer aktivierenden, ganzheitlichen Pflege, die diese Methoden selbstverständlich beinhaltet?

In der Sitzung des Landespflegeausschusses des Landes NRW sprachen zwar alle Pflegekassen und Einrichtungsträger gemeinsam von Pflege – in der Sache ob ihres unterschiedlichen Pflegeverständnisses jedoch völlig aneinander vorbei. Dieser Beitrag soll die vorhandene Problemlage verdeutlichen, die dahinterstehenden Ursachen aufzeigen und dazu dienen, diesen unerträglichen Zustand alsbald zu beenden.

Bundes- und Landespolitik, aber auch die Selbstverwaltung der Pflegekassen sind dringend aufgerufen, die bei der Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes eingetretene Fehlentwicklung, weg von der aktivierenden, ganzheitlichen Pflege, hin zu einem akutmedizinisch geprägten Pflegeverständnis, unverzüglich zu beenden und in den Durchführungsbestimmungen zum SGB XI entsprechende Klarstellungen zu veranlassen.

II. Der ganzheitliche, aktivierende Ansatz des Pflegeversicherungsgesetzes

Der dem Wortlaut der §§ 14, 43 SGB XI entsprechende, ganzheitlich aktivierende Pflegeansatz wurde in den Richtlinien der Spitzenverbände über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinie, PflRi) vom 7. November 1994 zutreffend wie folgt beschrieben:

Nach Ziffer 2 der PflRi ist durch aktivierende Pflege anzustreben,

- vorhandene Selbstversorgungsfähigkeiten zu erhalten, und solche, die verlorengegangen sind, zu reaktivieren,
- bei der Leistungserbringung die Kommunikation zu verbessern,
- daß geistig und seelisch Behinderte, psychisch Kranke und geistig verwirrte Menschen sich in ihrer Umgebung und auch zeitlich zurechtfinden.

In Ziffer 3.3 PflRi wird kein Zweifel daran gelassen, daß Pflegebedürftigkeit auch dann gegeben ist, wenn der Pflegebedürftige die Verrichtungen zwar motorisch ausüben, jedoch deren Notwendigkeit nicht erkennen oder nicht in sinnvolles, zweckgerichtetes Handeln umgesetzt werden kann (z. B. bei Antriebs- und Gedächtnisstörungen, verminderter Orientierung in der Wohnung oder Umgebung, bei Ver-

wechsellernen oder Nichterkennen vertrauter Personen sowie bei Störungen der emotionalen Kontrolle).

In Ziffer 3.5 PflRi wird als Ziel der Pflegehilfen – soweit wie möglich – die eigenständige Übernahme der Verrichtungen durch die pflegebedürftigen Personen beschrieben. Bei der Beurteilung, ob und gegebenenfalls in welcher Form Hilfe benötigt wird, soll das häusliche und soziale Umfeld des Pflegebedürftigen berücksichtigt werden.

Unterstützung bei den pflegerelevanten Verrichtungen des täglichen Lebens soll nach Ziff. 3.5.1 PflRi bedeuten, noch vorhandene Fähigkeiten bei den Verrichtungen des täglichen Lebens zu erhalten und zu fördern sowie den Pflegebedürftigen zu helfen, verlorene Fähigkeiten wieder zu erlernen und nicht vorhandene zu entwickeln (aktivierende Pflege).

Nach diesen Definitionen der Pflegebedürftigkeits-Richtlinien müßte die Durchführung der Pflegeversicherung völlig problemfrei verlaufen, sind doch

- die aktivierende Pflege als selbstverständliches Ziel beschrieben,
- zweifelsfrei gestellt, daß nicht nur die Folgen körperlicher Einschränkungen, sondern auch die Folgen kognitiver Störungen, und zwar unabhängig davon, ob sie durch psychische Erkrankungen, geistig und seelische Behinderungen oder auch nur altersbedingt verursacht sind, Pflegebedürftigkeit auslösen,
- der gesamte Aufwand für die Erhaltung oder Wiederherstellung der Selbsthilfe- und Selbstbestimmungsfähigkeit als Bestandteil der aktivierenden Pflege Gegenstand der Pflegehilfen und damit sowohl des Begriffs der Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) als auch der Pflegeleistungen (§ 43 Abs. 2 Satz 2 SGB XI).

Die Praxis der Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes durch die Pflegekassen ist jedoch weit entfernt von den mit dem Wortlaut des SGB XI übereinstimmenden Regelungen der Pflegebedürftigkeits-Richtlinien. Wie ist ansonsten die Feststellung des Vertreters des Verbandes der Kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen NRW in der Anhörung des Arbeits-, Gesundheits- und Sozialpolitischen Ausschusses des Landtags NRW am 4. Juni 1997 (Ausschußprotokoll 12/581 – Seite 15) zu erklären, daß „aufgrund der Neuregelungen des SGB XI für den Personenkreis der altersversorgten Einwohner NRWs eine eklatante Unterversorgung drohe“. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff des Pflegeversicherungsgesetzes sei primär auf die somatische Pflege ausgerichtet. Die für den Personenkreis der gerontopsychiatrisch veränderten Menschen unabdingbaren Leistungen der Anleitung, der Beaufsichtigung, der Überwachung und der psychosozialen Betreuung würden daher nur erfaßt und damit finanziert, wenn sie in einem unmittelbaren Zusammenhang mit einer somatischen Pflegebedürftigkeit

stünden. Dies sei aber bei dem Personenkreis der Altersverwirrten, der 50 bis 60 v. H. der in den Einrichtungen lebenden Menschen ausmache, häufig nicht oder nur in untergeordnetem Umfang der Fall.

Der Vertreter der kommunalen Altenhilfeeinrichtungen verwendet – wie die Pflegekassen – für altersverwirrte Menschen synonym den Begriff der gerontopsychiatrisch veränderten alten Menschen, obwohl die Mehrzahl der Altersverwirrten nicht an einer psychiatrischen Erkrankung leidet. Abgesehen davon beschreibt er jedoch zutreffend, daß sich die Pflegekassen von der im SGB XI und – wie eingangs zitiert – auch noch in den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien enthaltenen ganzheitlichen, aktivierenden Pflege zugunsten einer somatisch geprägten kurativen Pflegephilosophie verabschiedet haben. Diese Entwicklung steht im krassen Gegensatz zu dem im § 2 SGB XI verankerten Grundsatz der Selbstbestimmung.

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen nämlich den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs – auch in vollstationären Einrichtungen – ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Der Gesetzgeber verpflichtet ausdrücklich dazu, die von den Pflegekassen zu gewährenden Hilfen darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte wiederzugewinnen oder zu erhalten. Die nachfolgend beschriebene Praxis der Pflegekassen und der MDK, gerade den dazu erforderlichen Hilfebedarf schon bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit auszugrenzen und die auf diese Zielsetzung abstellenden pflegerischen Methoden nicht als Aufgabe und Leistungen des Pflegeversicherungsgesetzes zu empfinden, ist mit den zwingenden Vorgaben des § 2 SGB XI nicht zu vereinbaren und rechtswidrig.

III. Unzureichende Prüfung der Leistungsvoraussetzungen

Nach § 14 SGB XI ist leistungsberechtigt nur derjenige, der

- wegen Krankheit oder Behinderung
- in den gewöhnlichen regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer eingeschränkt ist und
- in erheblichem oder höherem Maß der Hilfe bedarf.

Zur Konkretisierung des Hilfebedarfs verweist § 14 Abs. 1 auf § 15 SGB XI, der sich für die Zuordnung zu den drei Pflegestufen jeweils auf eine bestimmte Hilfemenge stützt. Der zeitliche Pflegeaufwand ist nach § 15 Abs. 3 SGB XI jedoch in der Verordnung nach § 16 und den Richtlinien nach § 17 SGB XI zu regeln. Die §§ 14/15 SGB XI folgen damit im wesentlichen dem Urteil des Bundessozialgerichts vom

30. September 1993 (4 RK 1/92) zur Definition des Begriffs der Schwerpflegebedürftigkeit im Sinne des § 53 Abs. 1 SGB V a.F. Der Gesetzgeber hat die in diesem Urteil mit 18 Tatbeständen enthaltene Beschreibung der Verrichtungen des Grundbedarfs und des hauswirtschaftlichen Versorgungsbedarfs fast unverändert in § 14 Abs. 4 SGB XI aufgenommen.

Es ist deshalb durchaus sachgerecht, die vom Bundessozialgericht in diesem Urteil für den Begriff der Schwerpflegebedürftigkeit geprägten Beurteilungsmaßstäbe auf den wesensgleichen Begriff der Pflegebedürftigkeit des § 14 SGB XI anzuwenden. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang insbesondere die Feststellung des Bundessozialgerichts, daß die Häufigkeit (Anzahl) von Pflegeeinsätzen für sich genommen unzulänglich und ein den Anforderungen des Artikels 3 Abs. 1 GG an angemessene und sachgerechte Differenzierungen nicht genügendes Kriterium zur Unterscheidung zwischen Schwerpflegebedürftigen und anderen Hilflösen ist. Denn die bloße Anzahl von Pflegeeinsätzen an einem Tag erlaube keinen Rückschluß auf das Ausmaß und die Intensität des Hilfebedarfes oder des Betreuungsumfanges. Derartige Differenzierungen setzten zumindest voraus, daß Art, Inhalt und Dauer der Pflegeeinsätze zueinander und zu einem objektiven Pflegebedarf in Beziehung gesetzt werden. Da sich § 15 Abs. SGB XI ebenfalls nur auf die Anzahl der Pflegeeinsätze – das heißt, das vom BSG gemessen an den Anforderungen des Artikel 3 Abs. 1 GG für nicht genügend erachtete Differenzierungskriterium – stützt, müßten die in § 15 Abs. 1 vorgesehene Verordnung nach § 16 SGB XI und die Richtlinien nach § 17 SGB XI die erforderliche qualifizierte Differenzierung nach Art, Inhalt und Dauer der Pflegeeinsätze zueinander und zu einem objektiven Hilfebedarf enthalten.

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung hat von der Verordnung zur Ermächtigung nach § 16 SGB XI bisher keinen Gebrauch gemacht. Die zu § 17 SGB XI beschlossenen Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien-BRi) halten auch in der derzeitigen jüngsten Fassung vom 21. März 1997 den zuvor referierten Anforderungen des Bundessozialgerichts in seinem Urteil vom 30. September 1993 nicht stand. Das BSG leitet aus Art. 3 Abs. 1 GG die Forderung ab, zunächst Art, Inhalt und Dauer der Pflegeeinsätze zueinander in Beziehung zu setzen. Dem würde Rechnung getragen, wenn der MDK im Einzelfall

- Art und Umfang der durch Krankheit und Behinderung verursachten Einschränkungen der sogenannten allgemeinen Verrichtungen des täglichen Lebens (ATL), das heißt zunächst den Grad (die Schwere) der Pflegebedürftigkeit und gemessen daran
- den tatsächlich erforderlichen Hilfebedarf definiert, durch die Art der erforderlichen pflegeri-

schen Methoden, deren Inhalt (Struktur- und Prozeßqualität) sowie deren Dauer (Intensität)

feststellen und dokumentieren würde.

Danach wäre der so für den Einzelfall definierte Hilfebedarf in Beziehung zu setzen zu einem objektiven Hilfebedarf. Dies ist der nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit *in der Regel* erforderliche, übliche und fachlich begründete Hilfebedarf.

Dieses für die Beurteilung von (Schwer-)Pflegebedürftigkeit vom BSG für erforderlich gehaltene Vorgehen erfordert eine Beschreibung (Standardisierung) der nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit in der Regel einzusetzenden pflegerischen Methoden, deren Struktur- und Prozeßqualität sowie deren Intensität. Es dürfte nicht ernsthaft bestritten werden können, daß der Umfang der Hilfen und der darauf basierende Pflegebedarf sowohl im Grundsatz als auch im Einzelfall unterschiedlich ausgeprägt sein muß, je nachdem, ob die Pflegebedürftigkeit vornehmlich auf

- Fertigungsstörungen,
 - Fähigkeitsstörungen,
 - einer Kombination beider Störungen
- beruht.

Die Begutachtungs-Richtlinien betonen völlig zu Recht, daß das schon nach den Prinzipien des Rechts und Sozialstaates besonders bedeutsame Gebot der sozialen Gerechtigkeit eine Gleichbehandlung vergleichbarer Sachverhalte erfordert. Genau diesem Prinzip entsprechen die Begutachtungs-Richtlinien jedoch nicht. Zunächst müßten zumindest einmal die verschiedenen Gruppen mit vergleichbaren Sachverhalten – z. B. nach den die Pflegebedürftigkeit bzw. ihren Schweregrad auslösenden Störungen – definiert werden. Bisher behandeln die Begutachtungs-Richtlinien völlig Unvergleichbares gleich. Sie verweigern eine nach Zielgruppen unterschiedliche Standardisierung mit der Begründung, daß es „keine anerkannten allgemein gültigen Standards gäbe, wie oft man sich z. B. täglich kämmt oder die Zähne putzt“ (Abschnitt 5, Unterabschnitt III, Ziff. 2 – Ermittlung von Art und Häufigkeit des jeweiligen Hilfebedarfs).

Statt dessen hat der Gutachter nach Ziff. 3 a.a.O. den Zeitbedarf zu erheben, den nicht professionelle Pflegepersonen im Sinne der Laienpflege benötigen würden. In der vorangegangenen Fassung der BRi (Stand 29. Mai 1995) wurde an gleicher Stelle zutreffender – und auch ehrlicher – festgestellt, daß der Gutachter den Zeitbedarf für die einzelnen Verrichtungen entsprechend den *medizinischen Voraussetzungen* – was alle nicht medizinischen, spezifisch pflegerischen Erfordernisse ausblendet – und den häuslichen Gegebenheiten zu schätzen hat. An dieser Praxis, daß der Gutachter den Hilfebedarf nach medizinischen Gegebenheiten (was sich in der Regel

in einer engen ärztlich-kurativen Betrachtung (fokussiert) schätzt, ändert auch die semantische Umschreibung des gleichen Vorganges in der Neufassung der BRi nichts. Damit ist zugleich belegt, daß das Begutachtungsverfahren der Pflegekassen nicht der Anforderung des BSG genügt, Art, Inhalt und Dauer der Pflegeeinsätze (des Hilfebedarfs) zueinander in Beziehung zu setzen. Der MDK schätzt lediglich den zeitlichen Umfang, definiert jedoch die Art der im Einzelfall erforderlichen pflegerischen Methoden, deren Prozeß- und Strukturqualität (Inhalt) und Intensität (Dauer) nicht konkret.

Ein etwaiger Hinweis, daß nach § 15 Abs. 3 SGB XI nur zu regeln sei, welcher zeitliche Aufwand in den Pflegestufen mindestens erforderlich ist, verkennt, daß der geforderte „zeitliche Pflegeaufwand“ nur die vom Gesetzgeber gewählte Darstellungsform für die Gewichtung von Art, Inhalt und Dauer der Pflegeeinsätze (des Hilfebedarfs) ist. Art, Inhalt und Dauer der Pflegeeinsätze müssen deshalb konkret erhoben werden, um den sich daraus ergebenden Zeitaufwand überhaupt definieren und subsumieren zu können. Die Festlegung eines abstrakten Zeitfaktors für einzelne Hilfearten wäre nur eine andere Darstellungsform für die vom Bundessozialgericht gemessen an Art. 3 Abs. 1 GG als unzureichende Differenzierung verworfene Anzahl von Pflegeeinsätzen an einem Tag.

Die Begutachtungs-Richtlinien beschreiben zwar in differenzierter Form, auf welche Weise, in welcher Ausdrucksform und in welcher Intensität die allgemeinen Verrichtungen des täglichen Lebens beeinträchtigt sein können. Die Feststellung des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs, der nach der Rechtsprechung des BSG als gleichwertiges und gleichwertiges Kriterium neben Krankheit/Behinderung und Einschränkung der ATL in die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit eingehen muß, wird dagegen unverändert auf einen Schätzvorgang des begutachtenden Arztes reduziert.

Das Begutachtungsverfahren genügt deshalb nicht den Anforderungen, die das Bundessozialgericht bereits an die Beurteilung des Begriffs der Schwerpflegebedürftigkeit gestellt hat und ohne Zweifel an die der Pflegebedürftigkeit stellen wird. Die Begutachtungs-Richtlinien in der Fassung vom 21. März 1997 versuchen, der in diesem Beitrag geäußerten Kritik mit dem neuen Abschnitt 5, Unterabschnitt V, zu begegnen, der Verrichtungen im Sinne der Pflegeversicherung definiert und Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung vorgibt.

Tatsächlich werden jedoch lediglich für die Grundpflege zu den im § 14 Abs. 4 SGB XI genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens Zeitkorridore definiert. Welche Leistungen im Sinne des § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB XI bzw. welche pflegerischen Verfahren und Methoden, mit welcher Prozeßqualität und Intensität Gegenstand der Grundpflege und damit auch der Zeitkorridore sein sollen, wird in den

BRi dagegen nicht definiert. Die Tatsache, daß Abweichungen von den Zeitkorridoren im einzelnen zu begründen sind, wird aus verfahrensökonomischen Gründen während der Begutachtung dazu führen, daß die Gutachter sich durchweg im Rahmen der Zeitkorridore bewegen werden. Im Ergebnis führt dies dazu, daß nicht der erforderliche Hilfebedarf die Zeitkorridore, sondern die Zeitkorridore den Hilfebedarf definieren.

Nach Auffassung des Bundessozialgerichts ist eine Bewertung der Pflegebedürftigkeit mit Blick auf die Anforderungen des Art. 3 Abs. 1 GG nur dann sachgerecht differenziert, wenn sie den tatsächlichen Hilfebedarf im Einzelfall – was für die vollstationäre Pflege nicht nur die Laienhilfe im häuslichen Umfeld, sondern die tatsächlich erbrachte professionelle Hilfe in den Einrichtungen bedeutet – mit dem nach Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit in der Regel erforderlichen Hilfebedarf in Beziehung setzt. Auch die derzeitige Fassung der BRi gewährleistet dies nicht. Der im Einzelfall wirklich erforderliche Hilfebedarf wird nicht erhoben. Statt dessen wird eine abstrakte Zeitgröße, die fachlich zudem nicht begründbar ist, an die Stelle des tatsächlichen Bedarfs gesetzt.

Nach den BRi beruhen die Zeitkorridore auf der mehrjährigen Gutachtertätigkeit erfahrener Pflegefachkräfte und Sozialmediziner. Dies sagt nichts zur fachlichen Begründetheit und rechtlichen Vertretbarkeit dieser Zeitkorridore aus. Da die MDK entsprechend der ärztlichen Ausbildung und Erfahrung ausschließlich ein kuratives Pflegeverständnis praktizieren – und diesem Verständnis folgend als Pflegefachkräfte vorwiegend Krankenschwestern mit einem den Ärzten vergleichbaren (kurativen) Erfahrungshorizont eingestellt haben –, werden während der Begutachtung durch den MDK der gesamte Hilfebedarf und alle pflegerischen Verfahren und Methoden ausgeblendet, die nicht Gegenstand des kurativen Pflegeverständnisses sind.

Die absolute Beschränkung auf ein kuratives Pflegeverständnis ist u. a. dokumentiert durch eine Arbeitsgruppe von Pflegefachkräften und Ärzten der MDK-Gemeinschaft, die 1994 einen Abgrenzungskatalog „Grund- und Behandlungspflege, hauswirtschaftliche Versorgung“ erarbeitet hat, in dem unter aktivierender Pflege zwar die Förderung und Sicherung der Selbsthilfefähigkeit vorangestellt wird, nachfolgend jedoch nur alle *körperlichen* Verrichtungen einbezogen werden. Nur bei *psychisch* Kranken soll auch die Aktivierung zu elementaren Verrichtungen und das Training elementarer Fertigkeiten Bestandteil der aktivierenden Pflege sein. Unter Anleitung Betroffener und Angehöriger wird für nicht psychisch Kranke lediglich die Information verstanden, während bei psychisch Kranken auch das konkrete Erarbeiten/Vermitteln, das heißt aktives Handeln als Gegenstand der Anleitung gesehen wird.

Es ist danach nur folgerichtig, wenn die Beschreibung der – rein körperbezogenen Verrichtungen – im Orientierungsrahmen der Begutachtungs-Richtlinien wie die Beschreibung eines Reinigungsprogramms für Gegenstände oder Tiere, nicht jedoch wie die Beschreibung aktivierender, ganzheitlicher Pflege von Menschen anmutet.

Das auf das Selbstverständnis der Akutmedizin beschränkte Pflegeverständnis zieht sich wie ein roter Faden durch alle Regelwerke zur Durchführung des Pflegeversicherungsrechts. Über die Begutachtungs-Richtlinien führt es jedoch unmittelbar zur Leistungsverweigerung bzw. Leistungsbegrenzung, die allerdings nicht durch das SGB XI begründet ist.

Daß z. B. Maßnahmen zur Förderung der Kommunikation als integraler Bestandteil der Grundpflege unabdingbare Voraussetzung dafür sind, weiterführende Methoden mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme von Verrichtungen überhaupt praktizieren zu können, hat sich den Spitzenverbänden der Pflegekassen bisher nicht erschlossen. Die Begutachtungs-Richtlinien stellen ausdrücklich fest, daß derartige Maßnahmen – dort als „andere Aktivitäten des täglichen Lebens“ klassifiziert – „nach dem Gesetz“ keine Berücksichtigung finden und deshalb auch bei der Begutachtung nicht zu berücksichtigen sind.

Im Gegensatz dazu sieht das Gesetz in § 14 Abs. 3 SGB XI in Verbindung mit § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB XI während der vollstationären Pflege ausdrücklich alle erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtungen mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme der ATL vor. Während in Ziff. 3.5.3 PflRi als Zielgruppe der Leistungen im Rahmen der Beaufsichtigung oder Anleitung neben den geistig und seelisch Behinderten bzw. psychisch Kranken noch ausdrücklich geistig verwirrte Menschen, unabhängig von der Ursache für ihre Verwirrtheit, genannt werden, sind diese Hilfeleistungen in den BRi vorrangig auf psychisch Kranke und geistig Behinderte beschränkt.

Es wird ausdrücklich festgestellt, daß die Hilfeleistungen Beaufsichtigung und Anleitung in den Zeitkorridoren für „normale“ Pflegebedürftige nicht enthalten sind und für psychisch Kranke und seelisch Behinderte zusätzlich berücksichtigt werden können, aber begründet werden müssen. Damit werden alle Pflegebedürftigen, die nicht wegen einer psychischen Erkrankung oder einer seelischen Behinderung, sondern ausschließlich aus altersbedingten Gründen oder wegen einer anderen Erkrankung (z. B. Hirndurchblutungsstörungen als Folge eines Diabetes) an kognitiven Störungen leiden – dies sind nach Aussage des Vertreters der Kommunalen Einrichtungen im Landtag NRW 50 bis 60 v. H. aller vollstationär Pflegebedürftigen –, die erforderlichen Pflegehilfen verweigert. Weil der erforderliche Hilfeaufwand bei der Beurteilung des Hilfeumfanges nach § 14 Abs. 1 SGB XI in diesen Fällen gar nicht erst erhoben wird, dürften auch die Zuordnungen zu den Pflegestufen

nach § 15 SGB XI in einer nicht überschaubaren Zahl von Fällen rechtlich zweifelhaft, wenn nicht gar rechtswidrig sein.

IV. Die systematische Leistungsverweigerung nach dem Grundsatz ambulant vor stationär!

Nach § 3 SGB XI soll die Pflegeversicherung mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege gehen ebenfalls der vollstationären Pflege vor. Dieser im Interesse der Pflegebedürftigen liegende und gesundheitsökonomisch richtige Ansatz wird in Ziff. 4.4 der PflRi konkretisiert. Danach ist bei der Beantragung von vollstationärer Pflege *zusätzlich zu prüfen*, ob häusliche oder teilstationäre Pflege, z. B.

- aufgrund des *Pflegeumfanges*, nicht möglich ist oder
- wegen der individuellen Lebensverhältnisse nicht in Betracht kommt.

Das Wort „zusätzlich“ bezieht sich auf die in Ziff. 4.1 und 4.2 PflRi enthaltenen Kriterien für die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen im Sinne des § 15 SGB XI. Danach wird die Pflegebedürftigkeit ausschließlich nach „dem wöchentlichen Zeitaufwand“ beurteilt „den ein Familienangehöriger, Nachbar oder eine andere nicht als Pflegefachkraft ausgebildete Pflegeperson für alle für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Grundpflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und pflegeunterstützenden Maßnahmen benötigt“.

Die Beschränkung der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit auf den Aufwand, den nicht professionelle Pflegepersonen im häuslichen Umfeld haben, läßt sich weder

- unmittelbar aus dem Wortlaut des § 15 SGB XI noch
- aus der Verpflichtung des MDK, den Versicherten in seinem Wohnbereich zu untersuchen (§ 18 Abs. 2 SGB XI), noch
- aus der Tatsache ableiten, daß die Leistungen der Pflegeversicherung bei häuslicher Pflege die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung ergänzen (§ 4 Abs. 2 SGB XI).

Die Pflegekassen stellen diese Regelung mit Blick auf das Pflegegeld nach § 37 SGB XI als Vorteilsregelung zugunsten des Pflegebedürftigen dar, um auf diese Weise den angeblich im Verhältnis zur professionellen Hilfe höheren pflegerischen Aufwand nicht professioneller Pflegekräfte berücksichtigen zu können. Schon bei häuslicher Pflege können Art und

Umfang der Pflegebedürftigkeit einen pflegerischen Hilfebedarf bewirken, der nur von professionellen Pflegekräften leistbar ist und deshalb bei nicht professionellen Pflegepersonen gar nicht anfallen kann. Dies gilt erst recht für die vollstationäre Pflege. Es ist rechtlich mehr als bedenklich, daß die Pflege-Richtlinien den spezifisch professionellen Pflegeaufwand, insbesondere bei vollstationärer Pflege für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit, nicht berücksichtigen und die Begutachtungs-Richtlinien des MDK die Erfassung eines entsprechenden Aufwandes auch nicht vorsehen.

Für die vollstationäre Pflege ist dieses Vorgehen jedenfalls durch das SGB XI nicht gedeckt: Nach § 4 Abs. 1 Satz 2 SGB XI richten sich Art und Umfang der Leistungen nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit und danach, ob vollstationäre Pflege „in Anspruch“ genommen wird. Nach § 43 Abs. 2 SGB XI übernimmt die Pflegekasse in Höhe der dort genannten Beträge pflegebedingte Aufwendungen (Zuschußleistungen). Pflegebedingt sind nach Satz 2 a.a.O. die Aufwendungen für alle für die Versorgung der Pflegebedürftigen nach Art und Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtung. Die erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB XI sind für die vollstationäre Pflege identisch mit dem Hilfebedarf im Sinne der §§ 14, 15 SGB XI. Dies steht allein deshalb schon außer Frage, weil allein die Tatsache der Notwendigkeit vollstationärer Pflege für sich gesehen bereits einen Hilfebedarf begründen kann, der im häuslichen Umfeld gar nicht anfallen kann. Während der Pflegebedürftige im häuslichen Umfeld selbst bei erheblichen kognitiven Störungen nur im geringen Umfang räumliche Orientierungshilfen beansprucht, benötigen Pflegebedürftige auch ohne wesentliche kognitive Störungen ab Beginn einer vollstationären Pflege fast immer dauerhaft räumliche Orientierungshilfen. Weitere Beispiele des allein durch die Art der Unterbringung begründeten Pflegebedarfs können erfahrene Pflegefachkräfte jederzeit anfügen.

Die auch bei Beantragung vollstationärer Pflege ausschließlich auf den Umfang der Laienhilfe im häuslichen Umfeld abstellende Beurteilung der Kriterien für die Zuordnung zu den drei Pflegestufen grenzt systematisch einen beachtlichen Hilfebedarf aus, der ausschließlich bei vollstationärer Pflege anfällt. Es kann als sicher gelten, daß vor diesem Hintergrund in vielen Fällen die Einstufungen nach § 15 SGB XI zu niedrig vorgenommen werden oder sogar rechtswidrig Leistungen der Pflegeversicherung völlig verweigert werden. Die Pflege-Richtlinien verkehren den Grundsatz ambulant vor stationär nachgerade in sein Gegenteil. Weder nach den Pflege-Richtlinien noch nach den Begutachtungs-Richtlinien wird geprüft, ob die Voraussetzungen für vollstationäre Pflege gegeben sind und diese auch erforderlich ist. Es wird lediglich festgestellt, ob die Voraussetzungen für die Gewährung ambulanter Pflegehilfen gegeben

sind und diese aus den bereits eingangs genannten Gründen im heimischen Umfeld nicht mehr erbringbar sind.

Die Pflegekassen haben bis heute nicht definiert, welche „Besonderheiten des einzelnen Falles“ häusliche Pflege nicht in Betracht kommen lassen. Dies kann sowohl durch Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit, aber auch durch Art und Umfang der erforderlichen Hilfeleistungen, das heißt der eingesetzten pflegerischen Methoden, begründet sein. Im Einzelfall könnte sogar eine vollstationäre Pflege wirtschaftlicher sein, als die an sich ausreichende häusliche Pflege. Der Gesetzgeber hat deshalb die Abweichungen vom Grundsatz „ambulant vor stationär“ bewußt an die „Besonderheiten des einzelnen Falles“ geknüpft. Die Pflegekassen haben dies in Ziffer 4.4 PflRi ohne weitere Begründung rechtswidrig auf die „individuelle Lebenssituation“, das heißt auf Umfeldbedingungen und die Verfügbarkeit einer Pflegeperson, beschränkt und damit alle in der Person des Pflegebedürftigen, in Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit bzw. Art, Umfang und Ausprägung des Hilfebedarfs liegenden Tatbestände ausgegrenzt. Damit bewirkt der Grundsatz ambulant vor stationär im Ergebnis in vielen Fällen eine systematische Leistungsverweigerung, die durch das Pflegeversicherungsgesetz nicht begründet ist.

V. Leistungsgerechte Pflegesätze

Nach § 84 Abs. 2 SGB XI müssen die mit den Einrichtungsträgern zu vereinbarenden Pflegesätze leistungsgerecht sein. Sie müssen einem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. § 84 Abs. 2 Satz 2 SGB XI verlangt ausdrücklich, daß die Pflegesätze nach dem Versorgungsaufwand, den der Pflegebedürftige nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit benötigt, in drei Pflegeklassen einzuteilen sind. Danach wirkt die Bewertung des benötigten Pflegeaufwandes unmittelbar auf die Höhe der zu vereinbarenden Pflegesätze. Mit Blick auf das unterschiedliche Verständnis, das Pflegekassen und Einrichtungsträger von der Pflege und damit auch von dem benötigten Versorgungsaufwand haben, überrascht es nicht, daß die Protestbewegung sofort einsetzte, als das von den Spitzenverbänden der Pflegekassen entwickelte Standard-Pflegesatz-Modell (SPM) öffentlich wurde. Die gesetzliche Verpflichtung zur Vereinbarung leistungsgerechter Pflegesätze setzt voraus, daß die Leistungen, auf die sich die Pflegesätze beziehen, zunächst nach Art und Qualität definiert werden. Die Leistungsvereinbarung läuft der Preisvereinbarung voraus, gehört aber mindestens unmittelbar dazu.

Der Gesetzgeber hat in § 43 SGB XI den Inhalt der vollstationären Leistungen in der Weise definiert, daß die Pflegekasse pflegebedingte Aufwendungen bis zu einem im Gesetz vorgegebenen Höchstbetrag übernimmt. Dabei sind pflegebedingt alle nach Art

und Schwere der Pflegebedürftigkeit für die Versorgung im Einzelfall erforderlichen Pflegeleistungen der Pflegeeinrichtungen. Danach erhält der Pflegebedürftige grundsätzlich eine auf seinen individuellen Pflegebedarf abgestellte Leistung, die jedoch der Höhe nach durch seine Zuordnung zu einer der drei Pflegekassen im Sinne des § 84 Abs. 2 Satz 3 SGB XI kategorisiert ist. Wie bereits zuvor zur Prüfung der Leistungsvoraussetzungen diskutiert, bedarf es danach auch für die Bemessung der Pflegesätze – und zwar bezogen auf die einzelne Einrichtung – der standardisierten Beschreibung der Leistungen und deren Qualitäten, die zur Versorgung des in einer Einrichtung in der Regel nachgefragten Pflegebedürftigen erforderlich sind. Der Leistungsbegriff und die Leistungsinhalte der Pflegeversicherung wurden in den Durchführungsbestimmungen nicht so hinreichend konkretisiert, als daß daraus unmittelbar die Basis für die Pflegesatzverhandlungen abgeleitet werden könnte. Die gemeinsamen Empfehlungen gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Pflege beinhalten im Abschnitt I lediglich eine Beschreibung des „Inhalts der allgemeinen Pflegeleistungen“, die als Grundlagen, für Preisverhandlungen mangels hinreichender Konkretisierung absolut unzureichend ist.

Gleichwohl enthält § 15 des Vertrags die Verpflichtung der Pflegeeinrichtung, in der Pflegedokumentation Angaben über „durchgeführte Pflegeleistungen“ aufzuzeichnen, wobei völlig offen ist, ob und auf welche Leistungen mit welchem Konkretisierungsniveau sich diese Pflicht bezieht oder ob etwa das gesamte pflegerische Handeln – z. B. im haftungsrechtlichen Sinne – gemeint ist, das üblicherweise in einer Pflegedokumentation als Mindeststandard ausgewiesen sein sollte. § 16 des Vertrages verlangt sogar einen Leistungsnachweis mit Art und Menge der Leistungen und Tagesdatum der Leistungserbringung, obwohl die Art der Leistungen, die auf diese Weise nachgewiesen werden sollen, nicht konkretisiert ist.

Auch die Auswertung der Kostenstellenrahmen nach der Anlage 5 der Pflege-Buchführungsverordnung (PBV) gestattet die Definition der Art der Leistungen nicht. Die auf der Grundlage der gemeinsamen Empfehlungen regional konkretisierten Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI beinhalten ebenfalls keine weiterführenden Erkenntnisse, was letztlich konkret unter „Leistungen“ zu verstehen ist, an die die Pflegesatzgestaltung nach § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB XI zwingend anknüpfen soll. Möglicherweise drückt dieses – in Anbetracht der sonst üblichen filigranen Regelungen – eher im Ungenauen Verbleibende gerade die Absicht der Pflegekassen aus, letztlich gar keine leistungsgerechten Pflegesätze verhandeln zu wollen.

In Hintergrundmaterialien der Spitzenverbände war bereits vor einiger Zeit zu lesen, daß der Bereich der

Vergütungsverhandlungen mit stationären Pflegeeinrichtungen Parallelen zu anderen Einrichtungen aufweise und deshalb für vollstationäre Einrichtungen analog dem Verfahren der Kostenverhandlungen mit Krankenhäusern verfahren werden könne. Bekanntlich ist gerade die Kostenverhandlung im Krankenhausbereich – auch nach Auffassung der Krankenkassen selbst – wenig leistungsgerecht. Budgets, Abteilungs Pflegesätze, ja selbst Fallpauschalen und Sonderentgelte in der heutigen Gestaltungsform stehen eher für das Gegenteil von Leistungsgerechtigkeit im Sinne des § 84 Abs. 2 Satz 1 SGB XI.

Prof. Dr. Günter *Neubauer*, München, hat für einen Spitzenverband der Pflegekassen einen Projektentwurf „Findung einer leistungsgerechten und angemessenen Vergütung für stationäre Pflegeeinrichtungen“ vorgelegt. Er schreibt in diesem Zusammenhang im Juni 1995: „Mit der Einführung der Pflegeversicherung und der geplanten Neufassung des Sozialhilfegesetzes wird den stationären Pflegeeinrichtungen ein Anspruch auf eine ‚leistungsgerechte Vergütung‘ für die Pflegeleistungen und auf ein angemessenes Entgelt für Unterkunft und Verpflegung eingeräumt. Wie dieser Anspruch einzulösen ist, darüber bestehen heute kaum praktische Vorstellungen.“

Diese Einschätzung ist offenkundig weiterhin zutreffend. Obwohl § 72 Abs. 1 Satz 2 SGB XI ausdrücklich vorschreibt, daß in den mit jeder einzelnen Pflegeeinrichtung einzugehenden Versorgungsverträgen Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen festzulegen sind, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Versorgungsvertrages zu erbringen sind, bestehen derzeit durchweg Verträge, die sich auf die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI beziehen, in denen die Leistungen gerade nicht konkretisiert wurden – getreu der insoweit übertragenen Einschätzung von Prof. Dr. *Neubauer*, daß offensichtlich bis heute keine konkreten Vorstellungen bestehen, was denn die zu erbringenden Leistungen nach Art und Umfang sowie Intensität der einzelnen pflegerischen Verfahren und Methoden sowie die erforderlichen Prozeßqualitäten eigentlich sind.

Auch die Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Einrichtungen vom 7. März 1996 sind an dieser Stelle nicht hilfreich, weil sie unter Ziff. 3.2 „Prozeßqualität“ keinerlei Aussagen zu den pflegerischen Methoden und Verfahren und deren Qualität enthalten, vielmehr Sachverhalte ausweisen, die teilweise unter die Strukturqualität fallen (z. B. Darstellung der vollstationären Einrichtung) oder im wesentlichen Verfahrens- und Organisationsfragen klären (Vorbereitung des Einzuges, Pflegeplanung, Pflegedokumentation, Pflegeteam, Dienstplanung und Vernetzung usw.). Weil danach bis heute nicht nur die Lei-

stungen, sondern damit verbunden insbesondere die Prozeßqualitäten nicht konkretisiert wurden, fehlen im Ergebnis auch alle Grundlagen für eine sachgerechte und wirksame Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 79 SGB XI und der Qualitätsprüfungen nach § 80 Abs. 2 SGB XI. Es gilt der einfache Grundsatz, daß man nichts sichern kann, wenn unklar ist, was es zu sichern gilt.

VI. Das Standard-Pflegesatzmodell (SPM)

Das SPM stellt in Ziff. 3.4 zu Recht fest, daß die zu vereinbarenden Pflegesätze und Entgelte nicht mehr die Funktion haben, individuelle Kosten zu ersetzen, sondern *definierte* Leistungen zu finanzieren.

Leider definiert das SPM diese Leistungen nicht, sondern verweist in Ziff. 4.2 auf den Entwurf der Bundesempfehlungen zu den Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 5 SGB XI, die – wie bereits erläutert – gerade keine für die Kostenverhandlungen hinreichend konkrete und damit sachgerechte Leistungsbeschreibung beinhalten.

Statt dessen weist Ziffer 3.4 des SPM darauf hin, daß jede Form von Kostenerstattung (Abrechnungs- und Selbstkostendeckungssystem) ausnahmslos ausgeschlossen sei. Vertreter der Pflegekassen interpretieren dies in Sitzungen von Landespflegeausschüssen, Pflegesatzverhandlungen oder auf Protestveranstaltungen auch dahingehend, daß „man nunmehr die Altlasten des Selbstkostendeckungsprinzips aufarbeiten müsse“. Häufig wird in diesem Zusammenhang auch ein Kostensenkungsziel von bis zu 30 v. H. erwähnt. Offenkundig haben diese Vertreter der Pflegekassen übersehen, daß auch im Sozialhilferecht das Selbstkostendeckungsprinzip bereits 1993 abgeschafft wurde und die seitdem mehr oder weniger eingefrorenen Pflegesätze den „Aufarbeitungsprozeß“ bereits vollzogen haben. Die im Jahr 1997 vorgenommenen Entlassungen in Pflegeeinrichtungen sind nämlich in der Regel dadurch verursacht, daß die Einrichtungsträger bei unveränderten Pflegesätzen nicht mehr in der Lage sind, auch nur die allgemeine Preis- und Kostenentwicklung zu kompensieren.

Wesentliche Reserven – gleich welcher Art – sind nach fast fünf Jahren stagnierender Pflegesätze nicht mehr vorhanden. Die diesbezügliche Diskussion mancher Vertreter von Pflegekassen erscheint deswegen nicht nur sach-, sondern auch weltfremd.

Das SPM soll nach seiner Ziffer 4.1 u. a. auf folgenden Grundlagen beruhen:

- Ermittlung des Pflegestandards im Bundesgebiet,
- Berücksichtigung der gesetzlichen Grundlagen und der tarifvertraglichen Regelungen,

- Abstimmung der Ergebnisse mit erfahrenen Pflegefachkräften und dem MDS (Spitzenverband der MDK).

Dieser Beitrag bewertet nur diese Grundlagen, ohne deswegen die übrigen im SPM enthaltenen nicht auch für beanstandenswert zu halten. Daß z. B. die Ermittlung einrichtungsunabhängiger Kalkulationswerte im krassen Gegensatz zur gesetzlichen Verpflichtung steht, einrichtungsbezogene, leistungsrechte und damit auch auf den Kalkulationsgrundlagen der Einrichtungen basierende Pflegesätze zu vereinbaren, versteht sich von selbst.

Grundlage des SPM sind Vorarbeiten der IKK- und BKK-Bundesverbände sowie des Bundesverbandes der landwirtschaftlichen Krankenkassen, die 1996 unter der Bezeichnung „Standard-Pflegesätze für Pflegeheime (Median-Approximations-Berechnung)“ zusammengefaßt wurden. Dort heißt es in Ziffer 3, die normative Zielsetzung der Standardpflegesätze sei ausdrücklich, die zur Zeit existierenden Pflegestandards auch unter den Finanzierungsbedingungen des SGB XI insgesamt aufrechtzuerhalten. Um dies zu gewährleisten, werden nachfolgend die bisher auf der Ebene der Bundesländer festgelegten Personalschlüssel aufaddiert und ein Mittelwert gebildet. Abgesehen davon, daß dabei die bisher in den Ländern – bezogen auf verschiedene Pflegebedarfe und -standards – der Höhe nach unterschiedlich ausgeprägten und gewichteten Personalschlüssel im einzelnen unberücksichtigt blieben, kann dieses Verfahren nicht ernsthaft als „Ermittlung des Pflegestandards im Bundesgebiet“ bezeichnet, geschweige denn akzeptiert werden.

Abgesehen davon, daß weder die „tarifliche Arbeitszeit“ noch die Berechnung des Bruttoarbeitsentgelts nach den tariflichen Regelungen vorgenommen wurden, vielmehr nach einer Interpretation, die man dafür hielt, kann auch von der Berücksichtigung gesetzlicher Grundlagen keine Rede sein. Die Berechnungen gehen nämlich von einem Personalanteil von 40 v. H. Vollexaminierter und 45 v. H. Pflegehelfer sowie einem fünfzehnprozentigen Anteil Hilfspersonal aus.

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS)NRW sah sich deshalb veranlaßt, in einem Erlaß vom 27. Februar 1997 – II B 3 – 5403.2 – klarzustellen, daß die Heimpersonalverordnung uneingeschränkt als geltendes Recht weiter anzuwenden ist. Nach § 5 sei eine Fachkraftquote von mindestens 50 v. H. für betreuende Tätigkeiten einzuhalten, die nicht disponiert und daher grundsätzlich von allen Einrichtungen zu beachten sei.

Letztlich bestätigt die vorgenommene Abstimmung mit erfahrenen Pflegekräften und dem MDS nur, daß die dabei erzielten Ergebnisse geeignet erscheinen, die auf einem kurativen Pflegeverständnis beruhenden Leistungen ausreichend zu finanzieren. Damit wird im Umkehrschluß fast schon belegt, daß

es diese Zielvorgaben den Pflegeheimen bei einem weitergehenden, aktivierenden ganzheitlichen Pflegeverständnis keinesfalls ermöglichen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen.

Ähnlich geringen Aussagewert haben die dem SPM zugrunde liegenden Studien von *Ernst & Young* und *Arthur Andersen*, wie auch jüngere wissenschaftliche Untersuchungen verschiedener Universitäten, weil sie alle von einem akut-medizinisch geprägten, kurativen Pflegeverständnis ausgehen.

Bis heute existieren keine Untersuchungen über den Aufwand unter Berücksichtigung eines aktivierenden ganzheitlichen Pflegeverständnisses.

Das SPM ist nicht allein wegen seiner Ergebnisse und deren Auswirkungen auf die Lebenssituation Pflegebedürftiger in vollstationären Einrichtungen abzulehnen, sondern auch deswegen, weil es weder methodisch noch inhaltlich haltbar ist.

Rechtlich ist es nicht haltbar, weil es an Stelle der gesetzlichen Verpflichtung zur Vereinbarung leistungsgerechter Pflegesätze bundeseinheitliche Kostenrahmen definiert, das heißt das krasse Gegenteil.

Das SPM sieht nur zeitlich befristet einen Vergütungskorridor bzw. Toleranzniveaus zur Berücksichtigung individueller und regionaler Besonderheiten vor.

Da die Pflegesätze – so wörtlich – „auf der Grundlage des SPM zu vereinbaren sind“, hat das SPM nach Ablauf der zeitlich befristeten Übergangsregelungen den Charakter einer bundeseinheitlich verbindlichen Preisleitlinie, die sowohl im Sozialrecht wie im Kartellrecht keine Grundlage findet und deshalb rechtswidrig ist.

Daß die Pflegekassen trotz aller gegenteiligen Behauptungen das SPM anwenden werden, bestätigt der Beschluß des Gesamtvorstandes des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) vom 24. März 1997 über ein Schulungskonzept „Pflegesatzverhandlungen in der stationären Pflege“, in dem es in Ziffer 2 wörtlich heißt: „Das Vergütungssystem basiert auf der ... Empfehlung ... SPM.“

Der geschäftsführende Hauptvorstand der Gewerkschaft ÖTV hat deshalb die Sozial- und Gesundheitsminister der Länder als Rechtsaufsichtsbehörden über die Pflegekassen aufgefordert, den Pflegekassen die Anwendung des rechtswidrigen SPM zu untersagen.

VII. Heimpersonal-Verordnung

Wie bereits im Zusammenhang mit dem SPM erläutert, ist die Heimpersonal-Verordnung weiterhin zwingend geltendes Recht und anzuwenden.

Die Bundesregierung hat jedoch bei der Einbeziehung der Kurzzeitpflege in das Heimgesetz verhindert, daß die Heimpersonal-Verordnung auf die

Kurzzeitpflege übertragen wird. Es ist nicht auszuschließen, daß – gegebenenfalls über ein CDU-geführtes Land – über kurz oder lang – vergleichbar der Aufhebung der Pflegepersonalverordnung in der Akutversorgung – auch eine entsprechende Initiative zur Beseitigung oder Beschränkung der Heimpersonal-Verordnung eingebracht wird.

Die in der Vergangenheit im Rahmen des Sozialhilferechts für die Personalbemessung auf der Länderebene festgelegten bzw. fest vereinbarten Personalschlüssel verlieren am 31. Dezember 1997 mit dem Auslaufen der Übergangsregelung des Art. 49a PflegeVG endgültig ihre Wirkung.

Das PflegeVG enthält keine unmittelbare Verpflichtung zum Erlaß einer Folgeverordnung für die weggefallene Länderregelung bzw. einer Heimpersonal-Verordnung, etwa vergleichbar der gerade aufgehobenen Pflegepersonalverordnung im Akutbereich.

Die Pflegekassen haben nach § 69 SGB XI im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Standard medizinisch-pflegerischer Kenntnisse entsprechende Versorgung zu gewährleisten.

Auf Landesebene sollen in Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 2 SGB XI unter anderem Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtungen beschlossen werden. Dies korrespondiert mit § 92 SGB XI, wonach die Landespflegeausschüsse einvernehmlich Empfehlungen zur Pflegevergütung, die auch den gesamten Personalkostenaufwand enthält, abgeben können.

Der nordrhein-westfälische Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 SGB XI zur Kurzzeitpflege und vollstationären Pflege enthält zur personellen Ausstattung im Sinne des § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI lediglich in seinem § 23 die plakative Feststellung, daß die personelle Ausstattung der Pflegeeinrichtung eine bedarfsgerechte, gleichmäßige sowie fachlich qualifizierte, im übrigen dem im § 11 SGB XI geforderten Mindeststandard entsprechende Pflege auf der Grundlage der Qualitätsvereinbarung nach § 80 SGB XI – die, wie bereits ausgeführt, leider keine Aussagen zur Prozeßqualität der eingesetzten pflegerischen Methoden und Verfahren enthält – gewährleisten muß.

Konkret ist nur die in § 23 Abs. 2 des Vertrags enthaltene Forderung, daß nicht etwa der Anteil geringfügig Beschäftigter, sondern der von solchen Personen erbrachte Leistungsanteil möglichst 20 v. H. der Gesamtleistungen nicht überschreiten soll, wobei ehrenamtlich Tätige und Zivildienstleistende auf diesen Anteil nicht angerechnet werden. Zur fachlichen Qualifikation enthält § 23 Abs. 3 des Vertrags eine ähnlich plakative Semantik wie zur personellen Ausstattung an sich.

Es fällt schwer, in dieser mehr als allgemein gehaltenen Wiedergabe von plakativen Selbstverständnissen Maßstäbe und Grundsätze im Sinne des § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI zu erkennen.

Die Konkretisierung, was, bezogen auf die jeweilige Einrichtung, als wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsauftrag orientierte personelle Ausstattung anzusehen ist, dürfte danach letztlich durchweg erst im Pflegesatzverfahren nach § 85 SGB XI zwischen den Trägern des Pflegeheims und der Pflegekasse zu verhandeln und zu vereinbaren sein.

Da weder die Versorgungsaufträge in den Versorgungsverträgen nach § 72 SGB XI noch die zu erbringenden Leistungen und deren Qualitäten hinreichend konkret beschrieben sind, daß sie ernsthaft als Basis für die Verhandlung leistungsgerechter Pflegesätze gelten könnten, wird es bei den Pflegesatzverhandlungen bundesweit zu verallgemeinernden Zielvorstellungen der Pflegekassen, etwa im Sinne des SPM oder anderer abstrahierender Preisbildungsverfahren (Vergleichsaltenheime, Rahmenbudgets usw.), kommen.

Die Träger der Pflegeeinrichtungen können dem nur mit Erfolg begegnen, wenn sie die für die aktivierende, ganzheitliche Pflege tatsächlich erbrachten Leistungen vollständig und differenziert dokumentieren. Auf dieser Grundlage ist dann auch jeweils die für die Einrichtung notwendige personelle Ausstattung nach Umfang und Qualität zu bemessen, wobei die früher von den Ländern bzw. Sozialhilfeträgern definierten Personalschlüssel als Mindeststandard gelten können. Die Pflegekassen haben im SPM diese Personalschlüssel – allerdings als bundesweiten Mittelwert – ebenfalls zur Basis ihrer Betrachtung gemacht.

Auf der Grundlage umfassender und differenzierter Leistungsdokumentation kann die Forderung nach Pflegesätzen erhoben werden, die der bedarfsgerecht und wirtschaftlich tatsächlich erbrachten Leistung entsprechen. Die Pflegekassen werden sich auf dieser Grundlage dazu äußern müssen, welche der erbrachten und dokumentierten Leistungen sie für nicht bedarfsgerecht oder unwirtschaftlich halten, wenn sie ein zu niedriges Pflegesatzergebnis anstreben. Verweigern sie sich dieser Diskussion in der Einrichtung, werden sie sich ihr spätestens im Landespflegeausschuß nicht mehr entziehen können.

Die Gesundheitsminister der Länder werden nämlich im Rahmen ihrer politischen Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung nicht sehr lange eine Entwicklung ignorieren können, die die gemeinsam mit den Sozialhilfeträgern über 40 Jahre entwickelten Qualitätsstandards der aktivierenden, ganzheitlichen Pflege in kürzester Zeit beseitigt.

VIII. Zusammenfassung

Die Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes durch die Spitzenverbände der Pflegekassen und das BMA wird in vielen Bereichen den gesetzlichen Vorgaben nicht gerecht bzw. weicht in anderen Bereichen vom geltenden Recht ab.

Der in der Praxis stattfindende Paradigmenwechsel von der aktivierenden, ganzheitlichen Pflege zu akutmedizinisch ausgerichteten medizinisch-pflegerischen Leistungen ist insbesondere für die vollstationäre Pflege durch das Gesetz nicht vorgegeben. Im Gegenteil: Die Entwicklung steht im krassen Gegensatz zu dem im § 2 SGB XI verankerten Grundsatz der Selbstbestimmung sowie der Verpflichtung aus § 43 Abs. 2 SGB XI, während vollstationärer Pflege alle erforderlichen Pflegeleistungen zu bezuschussen.

Die unzureichende Prüfung der Leistungsvoraussetzungen durch den MDK findet im § 14 SGB XI keine Basis. Die Begutachtungs-Richtlinie zur Prüfung der Pflegebedürftigkeit entspricht in mehreren Punkten nicht den gesetzlichen Vorgaben mit der Folge rechtswidriger Leistungsbeschränkung oder Leistungsverweigerung.

Die aus dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ bei verschiedenen Fallgestaltungen eintretende systematische Leistungsverweigerung findet im Gesetz keine Stütze.

Bisher fehlen mangels konkreter Definition fast alle Voraussetzungen für die Vereinbarungen leistungsgerechter Pflegesätze, aber auch für die Qualitätssicherung und die Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Das Standardpflegesatzmodell schließt die Vereinbarung leistungsgerechter Pflegesätze nachgerade aus. Es ist zudem methodisch nicht haltbar und rechtlich unzulässig.

Da das Gesetz keine Regelungen enthält, die an die bisher auf Länderebene vereinbarten Personalschlüssel anknüpfen und der Forderung des § 75 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI, die Grundsätze und Maßstäbe der personellen Ausstattung in Rahmenverträgen zu gestalten, bisher so unkonkret nachgekommen wurde, daß es faktisch keine Maßstäbe gibt, wird die personelle Ausstattung durchweg in den Pflegesatzverhandlungen zu vereinbaren sein.

Das Ungleichgewicht und Machtgefälle zwischen den Verhandlungsparteien und die erkennbare Absicht der Pflegekassen zur pauschalen Kostendämpfung lassen bereits in kürzester Zeit eklatante Qualitätsverluste in den Pflegeeinrichtungen zum Nachteil der betroffenen Pflegebedürftigen befürchten.

Politik und Selbstverwaltung sind deshalb dringend aufgerufen, dieser Entwicklung ein alsbaldiges Ende zu bereiten und die Qualität der bedarfsgerechten aktivierenden, ganzheitlichen Pflege zum Maßstab des Handelns der Pflegekassen zu machen. □