

6. Pflegeversicherung (M. Klünder)

Die Sozialgesetzgebung strukturiert die Bedingungen, unter denen die jeweils am Arrangement Beteiligten ihren Alltag organisieren, in vielfältiger Hinsicht. Dabei greifen verschiedene Rechte und Pflichten, Träger und Zuständigkeiten ineinander. Es gibt immer wieder Abgrenzungsprobleme zwischen der Kranken- und der Pflegeversicherung.

Im folgenden Abschnitt werden daher zuerst die für die vorliegende Arbeit relevanten Punkte der Krankenversicherung vorgestellt. Anschließend geben wir einen kurzen Überblick über die Ziele der Pflegeversicherung und beschreiben die wichtigsten Regelungen des Gesetzes für die häusliche Pflege. Es werden zunächst die Bedingungen dargestellt, die dazu berechtigen, Leistungen der Versicherung zu bekommen, danach werden der Leistungsumfang sowie die Leistungserbringer näher betrachtet. Im letzten Abschnitt werden die Konsequenzen der Regelungen für die häuslichen Pflegearrangements und die Selbstbestimmung der Betroffenen gezogen.

6.1. Abgrenzung des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) zum Krankenversicherungsgesetz (SGB V)

In der ambulanten Pflege wird zwischen Grund- und Behandlungspflege unterschieden. Die Grundpflege, zu der Waschen, An- und Auskleiden, Ernährung, Hilfe bei der Ausscheidung etc. gehören, wird bei Vorliegen einer Pflegestufe von der Pflegeversicherung bezahlt. Dagegen fällt die Behandlungspflege, die nur auf ärztliche Verordnung gewährt wird, in die Zuständigkeit der Krankenversicherung. Zur Behandlungspflege zählen Maßnahmen wie z. B. das Verabreichen von Medikamenten, Verbandwechsel, Spritzen. Auch Hilfsmittel wie Gehhilfen und Inkontinenzmaterial werden auf ärztliche Verordnung von den Krankenkassen gezahlt.

Die Abgrenzungen der Zuständigkeiten zwischen Kranken- und Pflegeversicherung sind immer wieder umstritten und führen im Pflegealltag dazu, dass die Finanzierungen von so wichtigen Dingen wie Anziehen von Kompressionsstrümpfen² oder Kontrollen des Blutzuckerspiegels unklar sind. Sie wirken sich weiterhin darauf aus, welche professionellen Pflegekräfte in ein Pflegearrangement kommen, weil das Durchführen der Be-

² Mit dem Gesundheitsreformgesetz ist inzwischen geregelt worden, dass ab 2004 die Krankenkassen das Anziehen der Kompressionsstrümpfe zahlen müssen, die Blutzuckerkontrollen bleiben umstritten.

handlungspflege examinierten Pflegefachkräften vorbehalten ist, während die Grundpflege auch von formal geringer Qualifizierten erbracht werden darf.

6.2. Das Pflegeversicherungsgesetz

Mit der Verabschiedung des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI)³ im Jahr 1994 sollte der Explosion der Kosten für die Pflege, die vor allem die Kommunen als Sozialhilfeträger nicht mehr tragen konnten, und der befürchteten Abnahme der Pflegebereitschaft in Familie und Netzwerken entgegengewirkt werden.

6.2.1. Leitgedanken

Mit dem neuen SGB XI werden nicht nur die Mitglieder der Pflegeversicherung gegen das (finanzielle) Risiko Pflegebedürftigkeit versichert, es finden sich, wenngleich nicht widerspruchsfrei, auch wesentliche Vorgaben über die Gestaltung der Pflege. So wird die pflegerische Versorgung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe charakterisiert, deren Ziel es sein müsse, eine "neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung" (§8 SGB XI) zu etablieren. Ohne die Zuarbeit der Angehörigen und anderer Ehrenamtlicher würde die Pflege in den meisten Fällen in der Tat nicht funktionieren, denn die Pflegeversicherung zahlt nicht die für die Versorgung anfallenden Kosten (Bedarfsprinzip), sondern einkommens-unabhängige Festbeträge. Anders als die anderen Zweige der Sozialversicherung ist sie also nur eine „Teilkasko“-Versicherung.

Das Ziel der Versorgung gemäß SGB XI beschränkt sich nicht auf die rein körperlichen Bedürfnisse, sondern den Pflegebedürftigen soll ein selbstbestimmtes, selbstständiges, würdevolles Leben ermöglicht werden (§2 SGB XI). Allerdings werden sie auch dazu verpflichtet, durch eine gesunde Lebensweise selbst zur Verhinderung bzw. Minderung ihrer Pflegebedürftigkeit beizutragen (§6 SGB XI). Weiterhin sieht das Gesetz ausdrücklich vor, dass dem Bedürfnis nach Kommunikation Rechnung getragen werden soll (§28 SGB XI).

In §3 SGB XI ist eine eindeutige Hierarchie der Pflegemaßnahmen festgelegt: Vor allem der ambulante Pflegebereich soll gestärkt und gestützt werden, um einer vor allem in den stationären Einrichtungen entstehenden weiteren Kostenexplosion vorzubeugen und somit die Krankenkassen und Kommunen finanziell zu entlasten. Häusliche Pflege, nach

³ Sie wurde als fünfter Zweig der gesetzlichen Sozialversicherung in das Sozialgesetzbuch aufgenommen.

Möglichkeit gestützt von Angehörigen und Nachbarn, wird der Vorrang vor teilstationären Lösungen gegeben. Erst wenn auch diese nicht mehr tragbar sind, kommt die (Teil-) Finanzierung der vollstationären Unterbringung in Frage. Die konkrete Ausgestaltung des Pflegeverhältnisses soll zwar nach den Wünschen der Betroffenen erfolgen, der Vorrang der häuslichen Pflege und die "Angemessenheit" der Wünsche sind aber jeweils zu beachten (§§2, 41, 42 SGB XI).

Die Regelungen des Pflegeversicherungsgesetzes sind weiterhin getragen von dem Gedanken, dass Kosten und Qualität der Versorgung am besten durch einen Markt zu regulieren seien. Ziel ist daher die Schaffung von Rahmenbedingungen, die die Entstehung eines solchen Pflegemarktes fördern. Die Leistungserbringer, im ambulanten Bereich also (neben den Angehörigen) die Pflegedienste, sind auf diesem Markt die Anbieter, die zueinander in Konkurrenz stehen. Den Pflegebedürftigen als LeistungsempfängerInnen ist die Rolle der KundInnen zudedacht, deren Kaufkraft durch die Leistungen der Pflegeversicherung hergestellt oder gestärkt wird. Um sie zu bekommen, müssen allerdings bestimmte Bedingungen erfüllt sein.

6.2.2. LeistungsempfängerInnen

Das Pflegeversicherungsgesetz definiert genau, wer als pflegebedürftig und wer als leistungsberechtigt gilt (§§14, 15 SGB XI). Die Pflegeversicherung ist nur für jenen Personenkreis zuständig, bei dem zu erwarten ist, dass der Zustand der Pflegebedürftigkeit länger als sechs Monate bestehen bleiben wird. Wer nun Leistungen erhalten möchte, stellt einen entsprechenden Antrag bei der Pflegekasse. Daraufhin wird das Begutachtungsverfahren eingeleitet, in dessen Verlauf ein Arzt oder eine Krankenschwester des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) die Pflegebedürftigen aufsuchen, befragen und beobachten. Wenn von den Pflegebedürftigen gewünscht, können auch Angehörige hinzugezogen werden. Der behandelnde Arzt oder die Ärztin müssen von der Schweigepflicht entbunden werden, so dass auch sie den GutachterInnen Auskünfte erteilen können.

Die Einstufung in die jeweilige Pflegestufe erfolgt je nach Ergebnis der Begutachtung. Grundlage ist das Ausmaß der Einschränkungen bei Verrichtungen in den Bereichen der Körperpflege (z. B. Waschen, Duschen, Baden, Darm- und Blasenentleerung), der Ernährung, der Mobilität (z. B. selbstständiges Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden) und im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung (z. B. Einkaufen, Kochen, Putzen, Wäschewaschen). Hierbei werden nur körperbezogene Aspekte berücksichtigt,

was zu einer Vernachlässigung von sozialkommunikativen Leistungen wie Betreuung, Begleitung und Beaufsichtigung führt.⁴ Im Gesetz (§15 SGB XI) werden drei verschiedene Pflegestufen (PS) unterschieden, die den Grad der Pflegebedürftigkeit repräsentieren:

- Pflegestufe I bekommen erheblich Pflegebedürftige, die täglich mindestens 90 Minuten der hauswirtschaftlichen Unterstützung und Grundpflege bedürfen, von denen mindestens 45 Minuten auf die Grundpflege (Körperpflege, An-/Auskleiden, Aufstehen und Zubettgehen, Nahrungsaufnahme, Ausscheidungen) entfallen müssen.
- Pflegestufe II bekommen schwer Pflegebedürftige, die täglich mindestens drei Stunden der Hilfe bedürfen, von denen wenigstens zwei Stunden auf die Grundpflege entfallen müssen.
- Pflegestufe III bekommen Schwerstpflegebedürftige, die täglich mindestens fünf Stunden Hilfe brauchen, davon wenigstens vier Stunden Grundpflege.

Dabei bleibt das Gesetz am Defizitmodell orientiert, weil – entgegen der Ziele Prävention und Rehabilitation – nur die Defizite Grundlage der Einstufungen sind. Sollte sich der Gesundheitszustand der/des Pflegebedürftigen verbessern, wird er/sie in eine niedrigere Pflegestufe eingestuft oder verliert sie sogar ganz.

Der Gesetzgeber legt also genau fest, wer Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung hat und begrenzt dadurch den Personenkreis der Leistungsberechtigten.

6.2.3. Leistungsumfang

Nach der Einstufung können Pflegebedürftige zwischen verschiedenen ambulanten Leistungsarten wählen:

Als Sachleistungen (§36 SGB XI) werden die bei Pflegediensten eingekauften Dienstleistungen professioneller Pflegekräfte bezeichnet. Voraussetzung ist, dass der Pflegedienst einen entsprechenden Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse hat, der ihn dazu berechtigt, die im einzelnen in Leistungskatalogen festgelegten Leistungen zu erbringen und abzurechnen. Mit den Sachleistungen, die direkt zwischen Pflegedienst und Pflege-

⁴ Am 1. Januar 2002 ist das Pflegeleistungsergänzungsgesetz in Kraft getreten. Es sieht vor, Betreuungsleistungen von bis zu 460,- €/Jahr zu erstatten. Anspruchsberechtigt ist, wer mindestens Pflegestufe 1 hat und bei dem zusätzlich ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung besteht. Der Bedarf wird vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) geprüft.

kasse abgerechnet werden, kann und soll nicht der gesamte Bedarf in der jeweiligen Pflegestufe finanziert werden. Weitere erforderliche Hilfen, die mit den Sachleistungen nicht vollständig finanzierbar sind, müssen beim Pflegedienst bezahlt oder anderweitig beschafft werden.

Wünsche der Pflegebedürftigen, die in den vorgegebenen Leistungskomplexen nicht vorgesehen sind, werden grundsätzlich von den Pflegekassen als Sachleistungen auch nicht bezahlt. So ist beispielsweise psychosoziale Betreuung zwar als Leistungskomplex vorgesehen, allerdings ausdrücklich nicht über die Pflegekasse abzurechnen. Entsprechende Wünsche können nur gegen zusätzliche Bezahlung (privat) oder bei Personen mit geringem Einkommen durch die Hilfe zur Pflege nach BSHG⁵ erfüllt werden.

Die sogenannten Geldleistungen (§37 SGB XI) bezeichnen das Pflegegeld, das die Pflegebedürftigen je nach Pflegestufe selbst ausgezahlt bekommen, damit sie in ihrer selbstbestimmten Pflegeorganisation unterstützt werden. Ob sie das auch in angemessener Weise tun, wird durch Beauftragte der Pflegekasse regelmäßig (in Stufe I und II halbjährlich, in Stufe III vierteljährlich) bei den sogenannten Pflegepflichtensätzen nach §37 SGB XI kontrolliert. In der Regel werden diese auch als Beratungsbesuche bezeichneten Einsätze von Pflegefachkräften eines Pflegedienstes durchgeführt, die dabei auch die Qualität der zu Hause erbrachten Pflege sichern und ggf. Vorschläge zu ihrer Verbesserung machen sollen. Werden diese Beratungseinsätze von den Pflegebedürftigen nicht abgerufen, kann ihnen das Pflegegeld gekürzt oder entzogen werden.

Die folgende Tabelle 1 zeigt die Höhe der einzelnen Leistungen, die ein Pflegebedürftiger in den verschiedenen Pflegestufen in Anspruch nehmen kann:

Tabelle 1: Überblick über die Leistungshöhe in den verschiedenen Pflegestufen

Leistungsart	PS I	PS II	PS III
Sachleistung	384,- €/Monat	921,- €/Monat	1432,- €/Monat bes. Härtefälle: 1918,- €
Geldleistungen	205,- €/Monat	410,- €/Monat	665,- €/Monat

⁵ Die Leistungen nach BSHG können diejenigen beanspruchen, bei denen Einkommen und Vermögen nicht ausreichen, um selbst die Finanzierung des pflegebedingten Bedarfs abzusichern. Sie werden unabhängig von der Ursache des Hilfebedarfs nachrangig gegenüber Kranken- und Pflegeversicherung gewährt und orientieren sich am Bedarfsdeckungsprinzip. Ambulante Pflege nach dem BSHG kann auch dann in Betracht kommen, wenn der Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe I liegt, d.h. bei der sogenannten Pflegestufe 0.

Hierbei wird deutlich, dass der Wert der Sachleistungen rund doppelt so hoch ist wie der der Geldleistungen. Somit können sich die Pflegebedürftigen, die sich für das Pflegegeld entscheiden, für die Hilfe allenfalls erkenntlich zeigen, denn selbst auf dem grauen Markt genügen diese Summen nicht für die Bezahlung einer bedarfsgerechten Pflege. Eine bedarfsgerechte Versorgung erfolgt also weder bei Geldleistungs- noch bei Sachleistungswahl ohne finanzielle Eigenleistung oder ehrenamtliche Pflegebereitschaft der häuslichen Pflegepersonen.

Eine Kombination von Sach- und Geldleistungen ist möglich. Pflegebedürftige können sich, unter der Voraussetzung, dass sie die ihnen zustehenden Sachleistungen nicht in voller Höhe ausschöpfen, sowohl von einem Pflegedienst betreuen lassen als auch ein entsprechend gemindertetes Pflegegeld erhalten, um sich weitere Unterstützung zu organisieren (§38 SGB XI). Das Pflegegeld wird unter diesen Umständen um so viele Prozentpunkte gemindert wie die Sachleistungen in Anspruch genommen wurden. Die Abrechnung erfolgt zunächst zwischen Pflegedienst und Pflegekasse, die dann das anteilige Pflegegeld an die Pflegebedürftigen auszahlt. An die Entscheidung über die Art der gewählten Leistungen sind die Pflegebedürftigen jeweils sechs Monate lang gebunden.

Weitere Leistungen der Pflegeversicherung für die Pflegebedürftigen sind finanzielle Unterstützung bei Pflegehilfsmitteln (z. B. geliehenes Pflegebett, Verbrauchsmaterial bis max. 31,- € pro Monat,) und bei technischen Hilfen im Haushalt (z. B. Halterung für Frühstücksbrettchen). Weiterhin werden Zuschüsse zur pflegerechten Gestaltung des individuellen Wohnumfeldes (z. B. Schwellenentfernungen, Türverbreiterung) in einer Höhe von bis zu 2557,- € je Maßnahme übernommen. Dabei haben die Pflegebedürftigen aber in Abhängigkeit von der Höhe ihres Einkommens auch einen gewissen Eigenanteil zu leisten (§40 SGB XI).⁶

Das Gesetz enthält außerdem zwei Regelungen für besondere Situationen: Bei der Urlaubs- und Verhinderungspflege nach §39 SGB XI können Pflegebedürftige bei Urlaub oder anderen begründeten Ausfällen der Hauptpflegeperson eine Ersatzpflegekraft in Anspruch nehmen oder für maximal vier Wochen in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung gehen, wofür sie höchstens 1432,- € pro Jahr bekommen. Nach §42 SGB XI haben Pflegebedürftige weiterhin Anspruch auf maximal vier weitere Wochen Kurzzeitpflege pro Jahr (für höchstens noch einmal 1432,- €), wenn sie im Anschluss an einen Kranken-

⁶ Schließlich gibt es noch die Möglichkeit zu einer die häusliche Pflege ergänzenden Tages- oder Nachtpflege, für die in Abhängigkeit von der Pflegestufe wiederum pauschalierte Höchstbeträge gezahlt werden, die nicht kostendeckend sind.

hausaufenthalt noch nicht gleich wieder nach Hause können oder aus anderen Gründen die häusliche Versorgung zeitweise nicht möglich ist. Während dieser Zeiten wird kein Pflegegeld gezahlt. Zusätzlich werden bei der Inanspruchnahme der Kurzzeitpflegeeinrichtungen Zahlungen für Unterkunft und Verpflegung fällig. Letztlich bedeutet das, dass Urlaub oder Ausfall der häuslichen Pflegeperson in jedem Fall zusätzliche Kosten verursachen.

6.2.4. Leistungserbringer

Die Leistungen der Pflegeversicherung können zum einen durch professionelle Pflegepersonen, die bei Pflegediensten angestellt sind und die Sachleistungen erbringen, oder durch private Pflegende erbracht werden. Im folgenden werden zunächst die Auswirkungen des SGB XI auf die professionellen Anbieter und anschließend auf die privaten HelferInnen, die möglicherweise das Pflegegeld erhalten, dargestellt.

6.2.4.1. Die Auswirkungen des SGB XI auf die Pflegedienste

Durch die Pflegeversicherung setzte ein Gründungsboom bei den privat-gewerblichen ambulanten Pflegediensten ein (RÜCKERT 1999: 339). Zusammen mit den freigemeinnützigen Pflegediensten stieg die Zahl der ambulanten Pflegeanbieter insgesamt von rund 4000 im Jahr 1992 (Angabe bei DIETZ 2002: 25) auf über 11 000 im Jahr 1998 (SCHNEEKLOTH/MÜLLER 2000: 89). Bei dieser Zählung sind nur Pflegedienste berücksichtigt, die durch einen Versorgungsvertrag gemäß §72 SGB XI mit den Pflegekassen berechtigt sind, Sachleistungen im Sinne des SGB XI zu erbringen. Die freie Auswahl der Pflegebedürftigen ist also auf die dementsprechend zugelassenen Dienste beschränkt. Der vom Gesetzgeber intendierte „Pflegemarkt“, auf dem Pflegebedürftige bzw. Angehörige einen Dienst auswählen können, ist aber zumindest hinsichtlich der Zahl der zur Verfügung stehenden Anbieter entstanden. Dieses im SGB XI in mehrfacher Hinsicht konzipierte Marktgeschehen⁷ soll durch Angebot und Nachfrage gesteuert werden. Selbstbestimmung wird dabei gleichgesetzt mit der Möglichkeit für Pflegebedürftige, zwischen verschiedenen Anbietern auszuwählen oder diese bei Unzufriedenheit zu wechseln.

⁷ Das ergibt sich z. B. aus folgenden Bestimmungen: Die Pflegebedürftigen sollen – unter Berücksichtigung der Angemessenheit ihrer Wünsche (§2 SGB XI) - frei wählen können, wie sie ihre Hilfen gestalten. Den Ländern und Kommunen obliegt es, für eine leistungsfähige, wirtschaftliche und ausreichende Angebotsstruktur zu sorgen (§§8, 9 SGB XI). Ausdrücklich wird der Wettbewerb der Anbieter gewünscht und gefördert und den Pflegekassen auferlegt, allen Leistungsberechtigten eine Vergleichsliste mit Leistungen und Preisen der Anbieter zukommen zu lassen (§7 SGB XI).

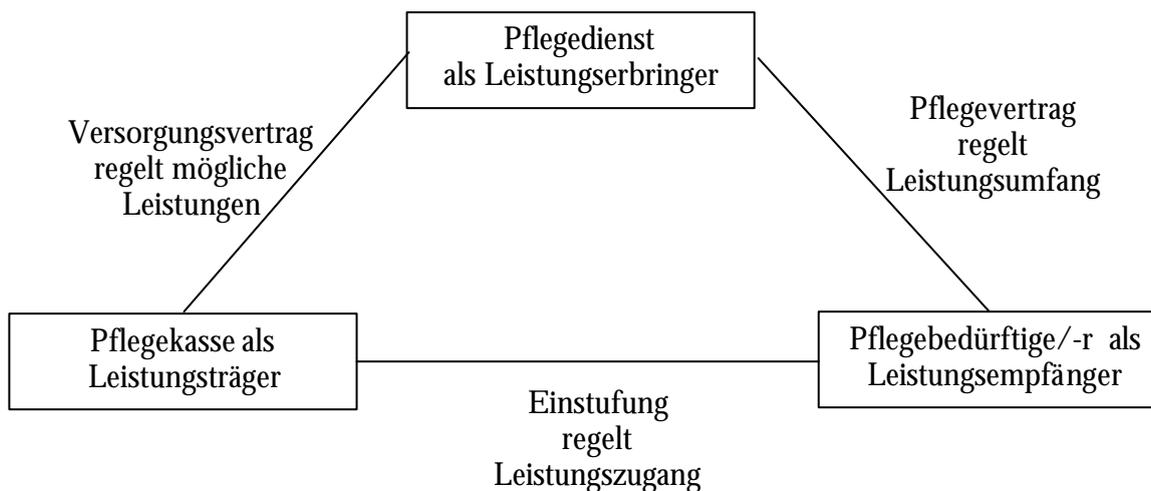
Abgesehen davon, dass Selbstbestimmung immer bestimmter Voraussetzungen bedarf, wenn alle über die gleichen Chancen zu ihrer Verwirklichung verfügen sollen, hinkt das intendierte Marktmodell bei näherer Betrachtung in verschiedener Hinsicht, denn wesentliche Regeln des freien Wettbewerbs und der Preisbildung werden auf dem Pflegemarkt nicht eingehalten (HEINEMANN-KNOCH 1997: 140). So entspräche es der Marktidee, dass sich Preise und Inhalte der Angebote nach der Nachfrage richten. Sie werden aber in Form von Rahmenvereinbarungen nach §75 SGB XI und Versorgungsverträgen gemäß §72 SGB XI zwischen Pflegekassen und –diensten ausgehandelt.

In den Rahmenvereinbarungen, die zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und den Verbänden der Einrichtungsträger abgeschlossen werden, wird die Vergütung für Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen weitgehend auf Landesebene festgelegt, §75 SGB XI (KLIE 2001: 308). Es entstehen daher in Einzelheiten regionale und trägerabhängige Unterschiede, auch hinsichtlich der Preise und Zeitvorgaben, die aber insgesamt nicht zu grundsätzlichen Differenzen im Angebot führen.

Der Versorgungsvertrag determiniert Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen in sogenannten Leistungskomplexen (LK) oder Modulen, die von dem Pflegedienst während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind. Mit den Leistungskomplexen (LK) werden die Tätigkeiten der professionell Pflegenden detailliert in einzelne Arbeitsschritte untergliedert. Zusätzlich sind sie mit Zeitvorgaben versehen. So sind beispielsweise bei dem Leistungskomplex (LK) 2 „Kleine Morgen-/Abendtoilette“ innerhalb von 20 Minuten das Ausziehen, eine Teilwäsche, die Mund- und Zahnpflege, das Kämmen und das Wieder-Anziehen zu absolvieren (vgl. die Dokumentation der Zusammenstellung von Leistungskomplexen eines Berliner Pflegedienstes für seine MitarbeiterInnen in der Anlage B).

Damit legt der Versorgungsvertrag zwischen Leistungsträgern (Pflegekassen) und Leistungserbringern (Pflegediensten) schon wesentliche Spielräume für die Selbstbestimmung und die Autonomie Pflegebedürftiger fest, die in der (vertraglichen) Beziehung zwischen den Pflegebedürftigen als KundInnen und den Pflegediensten nicht ohne zusätzliche Kosten für die Pflegebedürftigen überschritten werden können (vgl. Abb. 1).

Abbildung 1: Vertragsbeziehungen bei Sachleistungswahl im SGB XI



Abhängig von der Auswahl der Leistungskomplexe ist es weiterhin nicht ungewöhnlich, dass mehrere professionelle Pflegepersonen eines Pflegedienstes an der Versorgung des Pflegebedürftigen beteiligt sind. Infolge der Kürzungen bei den Leistungsentgelten, die die Pflegedienste von den Kassen bekommen, hat sich die Arbeitsteilung zwischen Pflegefachkräften (Krankenschwester/-pfleger, AltenpflegerIn) und formal geringer Qualifizierten (Hauswirtschafts- oder Pflegehilfskräften) verschoben. Nur noch ausgewiesene behandlungspflegerische Verrichtungen wie Verbandswechsel, Injektionen etc. sowie die Pflegeplanung und die Fachaufsicht sind dem Fachpersonal vorbehalten. Die Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und die hauswirtschaftlichen Hilfen werden heute in der Regel von den (billigeren) formal gering qualifizierten KollegInnen⁸ erledigt (ZEMAN 1999: 382). Auch der Gesetzgeber geht davon aus, dass die Tätigkeiten einiger Leistungskomplexe von einer Pflegefachkraft ausgeführt werden, andere von einer hauswirtschaftlichen Fachkraft und wieder andere von „Nichtfachkräften“ erbracht werden können (KLIE 2001: 291). In der Folge kümmern sich einerseits wechselnde professionelle Pflegekräfte um die Versorgung der Pflegebedürftigen. Zum anderen hat sich dadurch aber auch die Häufigkeit und Dauer verändert, die die einzelnen professionellen Pflegekräfte in den Pflegearrangements verbringen.

Die professionellen Anbieter von häuslicher Pflege beklagen insgesamt nach Einführung der Pflegeversicherung Verschlechterungen: Geringere finanzielle Spielräume führen zu

⁸ Neben einjährigen Kranken- und Altenpflegehilfeausbildungen sind dies vor allem die sogenannten Basisqualifikationen, bei denen innerhalb von 200 Stunden Grundkenntnisse vermittelt werden. Einen einheitlichen Lehrplan für diese Kurse gibt es nicht.

Personaleinsparungen, der bürokratische Aufwand hat erheblich zugenommen, die tatsächlichen Pflegekosten würden nicht ausreichend finanziert (BARTHELME et al. 2002: 334), Zeitmangel verlagert den Schwerpunkt der Pflege weg von Ansätzen zu ganzheitlicher Pflege zurück zur Funktionspflege⁹, Pflegebedürftigkeit wird nunmehr nur noch nach medizinisch-pflegerischen Gesichtspunkten betrachtet – kurz: Die Schere zwischen Theorie und Praxis der Pflege hat sich weiter geöffnet (vgl. BRAUN/SCHMIDT 1997: 4f). Das Gesetz formuliert also einen hohen fachlichen Qualitätsanspruch (vgl. §§2, 8, 28 SGB XI), diktiert aber zugleich Arbeitsbedingungen, die ihn fast unerreichbar machen (BEIKIRCH-KORPORAL 2001: 407).

Pflegevertrag

Wenn sich Pflegebedürftige nun für die Wahl der Sachleistungen und damit für einen von den Pflegekassen zugelassenen Pflegedienst entscheiden, müssen sie mit dem Pflegedienst einen Pflegevertrag gemäß §120 SGB XI schließen. In diesem Vertrag werden Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich Vergütungen für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex beschrieben. Auch die Kündigungsrechte sind hier festgehalten.

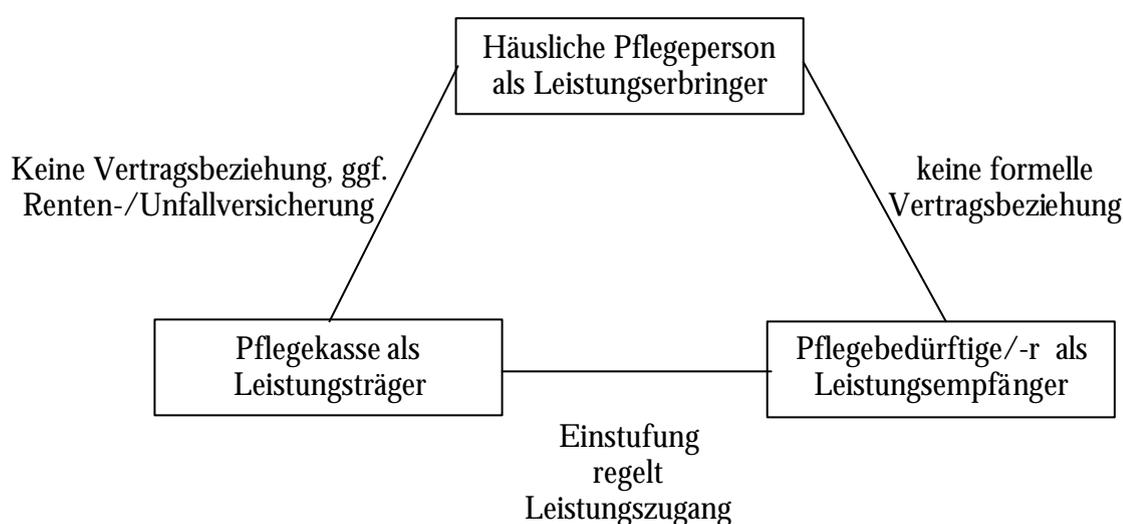
Im Pflegevertrag (vgl. Beispiel im Anhang C) ist ebenfalls festgelegt, dass die Pflegekraft bei jedem Einsatz dokumentieren muss, welche(-n) Leistungskomplex(-e) sie erbracht hat. Diese Pflegedokumentation liegt in der Regel bei den Pflegebedürftigen (es sei denn, eine sichere Aufbewahrung ist dort nicht mehr gewährleistet) und kann jederzeit eingesehen werden. Die Pflegebedürftigen müssen regelmäßig, entweder am Ende des Monats und/oder nach der Leistungserbringung, mit ihrer Unterschrift auf den entsprechenden Formularen bestätigen, dass die Tätigkeiten wirklich ausgeführt wurden, weil der Pflegedienst ansonsten kein Geld für die in Anspruch genommenen Pflegesachleistungen von der Pflegekasse bekommt.

⁹ Bei der ganzheitlichen Pflege werden alle Tätigkeiten möglichst von einer Pflegekraft erbracht, die den ganzen Menschen im Blick hat, während es bei der Funktionspflege für jede Verrichtung eine Spezialkraft gibt, deren Wahrnehmung sich jeweils vor allem auf ihren Bereich (z. B. entweder den Verband oder die Ernährung) konzentriert.

6.2.4.2. Die Auswirkungen des SGB XI auf die häuslichen Pflegepersonen

Entscheiden sich die Pflegebedürftigen für die Geldleistungen, werden sie in der Regel von Pflegenden aus ihrem privaten Umfeld unterstützt, diese sind dann die LeistungserbringerInnen (vgl. Abbildung 2)¹⁰. Im Gegensatz zu dem Versorgungsvertrag zwischen Pflegekasse und Pflegedienst gibt es hier zwischen den Pflegekassen und den privaten LeistungserbringerInnen keine vertraglichen Beziehungen. Der Umfang der zu erbringenden Leistungen wird zwischen dem Pflegebedürftigen und den häuslichen Pflegepersonen in der Regel nur mündlich ausgehandelt und durch Absprachen festgelegt.

Abbildung 2: Vertragsbeziehungen bei Geldleistungswahl im SGB XI:



Die Berührungspunkte zwischen dem formellen Pflegesystem und den informellen Pflegearrangements bestehen bei dieser Leistungswahl zum einen in den Begutachtungssituationen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und bei den Pflegepflichteneinsätzen nach §37 SGB XI. Zum anderen erhalten private Pflegepersonen ebenfalls Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz als Anreiz, die erforderliche Unterstützung zu leisten. So haben sie nach §44 SGB XI Anspruch auf eine Renten- und Unfallversicherung. Dieser Rentenanspruch im Sinne des Gesetzes gilt allerdings nur für diejenigen, die Pflegebedürftige nicht erwerbsmäßig mindestens 14 Stunden wöchentlich in ihrer häuslichen Umgebung betreuen (§19 SGB XI) und neben der Pflege höchstens 30 Stunde in der Woche erwerbstätig sind. Die Höhe der Rentenansprüche für häusliche Pflegepersonen hängt von den wöchentlich geleisteten Pflegestunden und der Pflege-

¹⁰ Im folgenden bezeichnen wir diese Pflegenden synonym als private, häusliche, informelle Pflegepersonen, unabhängig davon, ob sie mit den Pflegebedürftigen verwandt sind oder mit ihnen in einem Haushalt leben.

stufe ab. Bei diesen Berechnungen werden nur durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) festgestellte, notwendige Hilfeleistungen berücksichtigt. Damit können Pflegende pro Jahr Pfl egetätigkeit – nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums – eine monatliche Rente zwischen 5,92 € (Pflegestufe 1, neue Bundesländer) und 20,21 € (Pflegestufe 3, alte Bundesländer) erzielen (BMGS 2003: 29).

Um in den Genuss der Renten- und Unfallversicherung zu kommen, müssen die häuslichen Pflegepersonen nicht nur die o. g. Anforderungen erfüllen, sondern auch von den Pflegebedürftigen gegenüber der Pflegekasse als Pflegepersonen benannt werden. Insofern formalisiert das SGB XI auch die informellen Pflegebeziehungen. Eine Absicherung der Pflegepersonen in der Arbeitslosen-, Pflege- und Krankenversicherung fehlt.

Schließlich bieten die Pflegekassen, z. T. auch in Zusammenarbeit mit anderen geeigneten Trägern (Wohlfahrtsverbände, Volkshochschulen etc.), spezielle, kostenlose Kurse an, damit sich die Pflegenden Kenntnisse zur Erleichterung und Verbesserung der Pflege und Betreuung aneignen können (§45 SGB XI). Sie dienen dazu, die Pflegeperson zu unterstützen und die Qualität der häuslichen Pflege zu verbessern. Darüber hinaus haben auch pflegende Angehörige Anspruch auf umfassende Beratung nach §37 SGB XI durch die Pflegekassen, die gleichzeitig dazu dienen, eine gewisse Qualität zu sichern.

Außer Beratung, Urlaubs- und Verhinderungspflege, Kurzzeitpflege für maximal zwei Mal vier Wochen für Ausfall bei Urlaub, Krankheit usw. (in denen kein Pflegegeld gezahlt wird, sondern im Gegenteil Zuzahlungen für die Versorgung der Pflegebedürftigen fällig werden, §§39, 42 SGB XI) und einem kleinen Rentenversicherungsanspruch stehen den pflegenden Angehörigen im SGB XI keine Entlastungen zu. Sie spielen sonst nur als Leistungserbringer eine Rolle, deren Arbeit zudem bei den Pflegepflichtentsätzen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) kontrolliert wird (§37 SGB XI), obwohl sie den weitaus größten Anteil der Pflegeleistungen erbringen (sollen) und die hohen Belastungen, auch für die ganze Familie, bekannt sind (vgl. zusfsd. BMFSFJ 2001: 115). Die so oft gerühmte Würdigung der Leistungen pflegender Angehöriger durch das SGB XI erweist sich also bei näherer Betrachtung als recht begrenzt. Art und Höhe der Leistungen sind nicht geeignet, auch nur annähernd vergleichbar mit einer Erwerbstätigkeit den Lebensunterhalt zu sichern. Die häusliche Pflege bleibt damit eine Domäne der Familien-, d. h. zumeist Frauenarbeit.

6.3. Einfluss des Pflegeversicherungsgesetzes auf die Selbstbestimmung und Steuerung

Wenn Personen die detailliert vorgeschriebenen Zugangsvoraussetzungen für die Pflegebedürftigkeit und den Leistungsbezug erfüllen, können sie sich entscheiden, ob sie Sach- oder Geldleistungen in Anspruch nehmen. Vergleicht man die Gestaltungs- und Handlungsspielräume, die die Pflegebedürftigen bei der jeweiligen Wahl haben, so kann man einen deutlichen Unterschied feststellen:

Der Gesetzgeber sieht zwar vor, dass sich die Pflegebedürftigen im Sachleistungssektor wie KundInnen auf einem Pflegemarkt verhalten. Dazu können sie aus einer Vielzahl von zugelassenen Leistungserbringern einen ihren Vorstellungen entsprechenden Pflegedienst wählen. Die Dienstleistung „Pflege“ erfordert jedoch ein besonderes Vertrauensverhältnis, denn die Pflegekräfte kommen in die Wohnung, an das Bett und an den Körper der Betroffenen. Bei dieser Dienstleistung kommen also weniger Preis-Leistungsvergleiche als vielmehr persönliche Präferenzen zum Tragen. Die Krisensituation und der eingeschränkte Aktionsradius bei eintretender Pflegebedürftigkeit verstärken noch die verbreiteten Informationsdefizite der Betroffenen und schränken so ihre Wahlmöglichkeiten weiter ein. Vielfach wird deshalb die Frage aufgeworfen, ob nicht sehr viele Betroffene unter anderem gerade durch ihre Pflegebedürftigkeit in ihrer Kundenrolle eingeschränkt sind. So weist VON HOERSCHELMANN (1997: 64f) nachdrücklich darauf hin, dass es für die alten Menschen oft ein so schmerzlicher Einschnitt ist, ihr selbstständiges Alltagsleben nicht mehr bewältigen zu können, dass das Eingeständnis der Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit oft lange hinausgeschoben wird. Die Schwelle, zu welchem Zeitpunkt dann tatsächlich Hilfe gesucht wird, ist deshalb individuell und schichtspezifisch ebenso variabel wie der konkrete Hilfe- und Unterstützungsbedarf. Solche Differenzen werden bei der Prüfung der Anspruchsberechtigung und Leistungszuteilung nach SGB XI nicht berücksichtigt. Bei den Pflegebedürftigen begleiten außerdem Ängste vor den Kosten, vor Abhängigkeiten, Belastungen und Fremdplazierung im Heim die Suche nach einer Lösung und beeinträchtigen die ohnehin ausgesprochen schwierige Suche nach umfassenden und sachlichen Informationen über Hilfsangebote. Ohne das Wissen über Rechte, Preise, Alternativen usw. kann von (kritischen) VerbraucherInnen, deren Bedürfnisse mittelfristig das Angebot der Pflegedienste regulieren, nicht die Rede sein.

Wir erwarten daher, dass bei den Beteiligten an häuslichen Pflegearrangements Informationsdefizite über Angebote und Preise bestehen und dass die Pflegebedürfti-

gen gegenüber professionellen Anbietern nicht als kritische VerbraucherInnen auftreten.

Die Marktgläubigkeit im SGB XI wird allerdings durch die Sorge flankiert, ob und wie unter diesen Bedingungen eine angemessene Qualität der Pflege zu sichern sei. Deshalb sind verschiedene Mechanismen zur Qualitätskontrolle vorgesehen¹¹: Die Arbeit der ambulanten Pflegedienste wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) regelmäßig überprüft. Anders als bei den stationären Pflegeeinrichtungen, bei denen der Staat selbst in Gestalt der Heimaufsicht überwacht, ob die BewohnerInnen keinen Schaden nehmen, erfolgt die Qualitätskontrolle im ambulanten Bereich durch die Leistungsträger, also die Pflegekassen selbst. Interessenvertretungen älterer Menschen, wie sie z. B. durch den Heimbeirat in Alten- und Pflegeheimen vorgeschrieben sind, sind im ambulanten Bereich nicht vorgesehen.

Letztlich stehen sich also die gewinnorientierten Pflegeanbieter und die (bei Einhaltung medizinisch-pflegerischer Standards) auf Kostenersparnis ausgerichteten Pflegekassen gegenüber, die Betroffenen selbst stehen jeweils einzeln dazwischen und verfügen über keinerlei organisiertes Sprachrohr, um ihren Wünschen und Problemen Gehör zu verschaffen. Die Qualität in der (ambulanten) Pflege ist also vor allem ein Aspekt des Vertragsmanagements zwischen Anbietern und Kostenträgern (SCHMIDT 1999: 367).

Angesichts der Unübersichtlichkeit der Unterschiede zwischen den Anbietern und der besonderen Lebenssituation, die Pflegebedürftigkeit bedeutet, erwarten wir, dass es in den (Vertrags-)Verhandlungen mit den Pflegediensten für die Pflegebedürftigen schwierig ist, eigene Vorstellungen und Qualitätsansprüche durchzusetzen.

Bei der Wahl von Sachleistungen werden lebensweltliche, milieuspezifische und individuelle Besonderheiten in ein Korsett aus Leistungskomplexen gepresst. Art, Inhalt und Umfang der Leistungen sowie die dafür aufzubringenden Zeiten sind festgelegt und von den Pflegebedürftigen nicht oder nur sehr begrenzt zu beeinflussen.

Diese qualitativen und quantitativen Leistungsbegrenzungen im SGB XI verringern die Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Pflegebedürftigen, besonders dann, wenn ihnen Ressourcen für Alternativen fehlen oder sie nicht bereit sind, Kosten selbst zu tragen.

¹¹ Gemäß §8 SGB XI fallen der Aufbau und die Kontrolle von ambulanten und stationären Einrichtungen in den Zuständigkeitsbereich der Länder, Kommunen und Pflegekassen.

Hinzu kommt, dass professionell Pflegende in der Lebenswelt der Pflegebedürftigen tätig sind. Durch die Zergliederung der professionellen Pflege ist nicht nur ein neuer Akteur, sondern oftmals mehrere an den Aushandlungsprozessen beteiligt. Damit verändern sich die Spielregeln der Steuerung, an die sich Pflegebedürftige und häusliche Pflegepersonen anpassen müssen. Schriftliche Verträge und Leistungsbeschreibungen über zu erbringende Dienstleistungen, die von den Pflegebedürftigen nur in geringem Maße zu beeinflussen sind, drücken dem Pflegealltag ihren Stempel auf.

Wir erwarten daher, dass in einem durch professionelle HelferInnen erweiterten Pflegearrangement die Pflegebedürftigen in ihrer Selbstbestimmung eingeschränkt werden.

Anders sieht es dagegen aus, wenn die Pflegebedürftigen Geldleistungen wählen, weil hier ihre Gestaltungs- und Handlungsmöglichkeiten sehr viel größer sind. Sie können direkten Einfluss darauf nehmen, wer sie versorgt und wie und in welchem Umfang die Leistungen erbracht werden sollen. Durch die Entscheidung für die Geldleistungen bleibt der Kreis der Arrangementbeteiligten häufig auf lebensweltlich-vertraute PartnerInnen beschränkt und für die Betroffenen deshalb kalkulierbar. Der Gesetzgeber bietet einige Leistungen zur Entlastung der häuslichen Pflegepersonen an, um die Pflege zu Hause zu sichern.

Wir rechnen aber damit, dass diese nicht ausreichen, um langfristig die häusliche Pflege zu stabilisieren.

Ob die Zahlung der Geldleistungen an die Pflegebedürftigen dazu führt, dass sie in den häuslichen Pflegearrangements auch selbst über das Geld verfügen, oder ob das vielmehr ihre Angehörigen tun, bleibt zu untersuchen.

Wir erwarten, dass die Fähigkeit der Pflegebedürftigen zur Reziprozität¹² aufgrund von Geldleistungen gestärkt wird, so dass sie Hilfe und Pflege in ihrem privaten Umfeld selbstbestimmt „kaufen“ können.

¹² Reziprozität bedeutet Gegen- oder Wechselseitigkeit, hier ist die materielle Fähigkeit zu Gegenleistungen für erhaltene Hilfen gemeint.