

Die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Pflege

Eckhard Cappell und Jörg Alexander Meyer

Die vielfältigen Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Pflege können in ihrer Bedeutung kaum unterschätzt werden. Die Autoren skizzieren die wichtigsten Konsequenzen.

Übersicht

Definition von Pflege im PflegeVG
Zu den Inhalten von Pflege
bzw. zur Pflegequalität
Informelle Pflege –
Pflege als solidarisches Handeln
Pflege als Beruf
Pflegewissenschaft und -forschung
Zusammenfassung

Definition von Pflege im PflegeVG

Wenn von Pflege die Rede ist, geht es zunächst darum, sich darüber zu einigen, worüber man spricht. Ansatzpunkte hierfür können sowohl das sprachliche Verständnis als auch explizite Definitionen sein. Ob es der Pflegewissenschaft nun gefällt oder nicht – Tatsache ist, daß sich der Gesetzgeber mit dem Pflege-Versicherungsgesetz (kurz: PflegeVG) erlaubt hat, ihren Gegenstand sozialrechtlich zu definieren. Diese Definition berührt zwar nur den Geltungsbereich des PflegeVG, also „nur“ die professionelle und informelle häusliche Pflege und die Pflege in Heimen, aber auch die Pflege in Krankenhäusern wird davon nicht unberührt bleiben. Betont sei, daß das Pflegeversicherungsgesetz nicht zwischen professioneller Pflege und derjenigen durch Familienangehörige etc. unterscheidet.

Wie definiert nun der Gesetzgeber „Pflege“ in der Pflegeversicherung?

Im PflegeVG findet sich keine Stelle die da lauten würde: „*Pflege im Sinne dieses Gesetzes ist ...*“. Wir finden aber eine Definition der Pflegebe-

dürftigkeit, in der gesagt wird, wessen jemand bedürftig sein muß, um als pflegebedürftig zu gelten. In § 14.3 SGB XI heißt es:

„Die Hilfe (...) besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung und Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.“

Pflege wird also als Unterstützung, Übernahme, Beaufsichtigung oder Anleitung bei oder von Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL, engl.: ADL) gefaßt. Damit befindet sich diese Definition prinzipiell auf der Höhe von gängigen Pflegebedürftigkeits-Messungs-Modellen. So sind die im Barthel-Index erfaßten Aktivitäten enthalten, wie auch die erweiterten IADL nach Lawton/Brody (1969). Obwohl der Gesetzgeber insofern an die bedürfnisorientierten Pflegedefinitionen von Roper et al., Henderson oder Krohwinkel anknüpft, ist sein Pflegebegriff enger als derjenige der Vorgenannten. Der entscheidende Unterschied liegt dabei nicht darin, daß pflegewissenschaftliche Verrichtungskataloge mehr physiologische Aktivitäten in den Blick nehmen als der Gesetzgeber (der z.B. die Aktivitäten Körpertemperatur regulieren sowie Ruhen und Schlafen unberücksichtigt läßt). Kritischer ist, daß der Gesetzgeber in seiner expliziten Begriffsdefinition (also in § 14 SGB XI) den Bereich der Kommunikation ausklammert, dem ja in der Pflegewissenschaft eine hervorragende Rolle eingeräumt wird.

Die Verengung pflegfachlicher Vorstellungen wäre weniger problematisch, wenn diese Engführung lediglich für das Feststellungsverfahren der Pflegebedürftigkeit Gültigkeit hätte. Tatsächlich dient aber der Katalog im PflegeVG nicht nur zur Bestimmung des Umfangs des Hilfebedarfs, sondern gleichzeitig zur Beschreibung der notwendigen Leistungen. Im ambulanten Bereich sind die von professionellen Pflegekräften zu erbringenden Leistungen der Pflegeversicherung mit den in der Schmalspurdefinition genannten Verrichtungen sogar weitgehend identisch (vgl. § 36.2 SGB XI). Dies hat Folgen.

„Um der Gefahr der Einsamkeit des Pflegebedürftigen entgegenzuwirken“, sollen zwar gemäß § 28.4 SGB XI bei der Leistungserbringung auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden, aber dies hat im ambulanten Sektor während der Hilfe bei den besagten Verrichtungen zu geschehen. Denn ein gesondert von den Pflegekassen bezahltes Zeitkontingent für reine Kommunikation (zum Klienten setzen und einfach nur reden) steht den professionell Pflegenden nicht zur Verfügung. Pointiert formuliert: Kommunikation wird zwar auch vom Gesetzgeber als wichtig angesehen, gilt aber nicht als Pflege im engeren Sinne. Während der Gesetzgeber die ambulanten Pflegeleistungen explizit in die enge Pflegedefinition des § 14 SGB XI gezwängt hat, werden in Bezug auf die vollstationäre Pflege die von den Pflegekassen bis zu den genannten Höchstbe-

tragen zu übernehmenden „*pflegebedingten Aufwendungen*“ bisher nicht näher spezifiziert (vgl. § 43 SGB XI). Das PflegeVG überantwortet die Klärung dieser Detailfrage in erster Instanz dem von den Pflegekassen dominierten Vereinbarungssystem.

Es scheint inzwischen aber festzustehen, daß im stationären Bereich sehr wohl Hilfen bei der persönlichen Lebensführung, also Leistungen aus dem weiten Feld der sozial-pflegerischen und kulturellen Betreuungsleistungen, zu den pflegebedingten Aufwendungen gerechnet werden (vgl. Deutscher Bundestag 1996). Der Katalog der allgemeinen Pflegeleistungen im stationären Bereich wird vermutlich in etwa um die folgenden Punkte ergänzt werden, die bereits für den teilstationären Bereich verabschiedet sind (vgl. Spik 1995a, 1995b):

- Hilfe und Beratung in persönlichen Angelegenheiten; z.B. Hilfe bei zu führender Korrespondenz und Terminabsprachen.
- Hilfe bei der Gestaltung des persönlichen Alltags; z.B. die Begleitung bei Spaziergängen, kreativ-musische Angebote, sozio-kulturelle Angebote, Angebote zur Förderung alltagspraktischer Fähigkeiten, z.B. durch Durchführung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten.
- Hilfen zur Bewältigung von Lebenskrisen, z.B. durch Einzelgespräche.
- Hilfe bei der Orientierung; dies umfaßt Maßnahmen, die der Orientierung zur Zeit, zum Ort, zur Person dienen, z.B. Realitäts-Orientierungs-Training, Gedächtnistraining.
- Hilfe zur Ermöglichung der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben; dies umfaßt z.B. die Organisation zur Durchführung von und Teilnahme an Veranstaltungen innerhalb und außerhalb der Pflegeeinrichtung; wobei Begleitungen zu Veranstaltungen außerhalb der Einrichtung nicht zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehören dürften.

Wenn dies so Gesetz würde, erfährt der enge Pflegebegriff im (teil-)stationären Bereich zwar eine Erweiterung, die Übereinstimmung der Pflegedefinition nach § 14 mit den Kassenleistungen im ambulanten Bereich machen gleichwohl deutlich,

daß der Gesetzgeber die oben aufgezählten Hilfen nicht zum „eigentlichen“ Kern der Pflege rechnet.

Das Wesen sozialrechtlicher Definitionen besteht bekanntlich letztlich in der Festlegung, auf welche Art und Weise zu definierende soziale Benachteiligungen ausgeglichen werden sollen. Wer soll einen Anspruch auf welche Leistungen haben? Wer ist der Kostenträger? Im gegliederten Sozialsystem der Bundesrepublik, das ja anders als etwa dasjenige in der früheren DDR eine Vielzahl unterschiedlicher Kostenträger kennt, ist die letzte Frage von nicht zu unterschätzender Bedeutung (so spielte beim Streit um die Einführung der Pflegeversicherung das Interesse der Sozialhilfeträger nach Entlastung von den Pflegekosten eine treibende Rolle. Vor diesem Hintergrund ist es nun bemerkenswert, daß im stationären Sektor wohl auch die sogenannte „Behandlungspflege“ zu den, von den Pflegekassen getragenen Aufwendungen rechnen wird (während die häusliche Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 SGB V von der Pflegeversicherung explizit unberührt bleibt). Jedenfalls wollen die Bonner Regierungsparteien das PflegeVG in diesem Sinne klarstellen (vgl. CDU/CSU/FDP 1996, zum Hintergrund Cappell 1995). Aus pflegfachlicher Sicht mag man daran zwar begrüßen, daß auf diese Weise die scharfe sozialrechtliche Trennung zwischen Grund- und Behandlungspflege partiell durchbrochen wird. Tatsächlich wäre aber ein solcher „Erfolg“ (wenn es denn dazu kommen sollte) teuer erkauft. Denn da weder die im PflegeVG festgelegten Höchstbeträge ebenfalls angehoben werden, noch die Behandlungspflege bei der Einstufung der pflegebedürftigen Berücksichtigung findet, bedeuten die vorgesehenen Regelungen, daß mehr Leistungen aus einem unverändert großen Topf bezahlt werden müssen. Indem dergestalt der ökonomische Druck auf die Einrichtungen erhöht wird, verstärkt sich naturgemäß der Druck auf die dort betriebene Pflege.

Deutlich geworden ist, daß zwischen rechtlichen und pflegfachlichen Gegenstandsbeschreibungen der Pflege ein Spannungsverhältnis be-

steht. Rechtliche Setzung und gesellschaftliche Phänomene bedingen sich gegenseitig. Einerseits kann von rechtlichen Setzungen naturgemäß erwartet werden, daß sie Verhalten normieren. Insofern wird die professionelle Pflege nicht zuletzt aus finanziellen Gründen damit leben müssen, daß sich ihre Tätigkeit in der Praxis nicht sehr weit über den vom Gesetzgeber beschriebenen Rahmen hinausbewegen kann. Andererseits folgt das Recht den gesellschaftlichen Veränderungen, dem „Zeitgeist“ über kurz oder lang nach. Insofern ist die Pflege gefordert, ihren Gegenstand weiter zu definieren. Ob freilich überhaupt die eine Definition von Pflege gefunden werden kann, welche alle ihre – von der individuellen Erfahrung über die sozialen Bewertung bis zur sozialrechtlichen Einordnung reichenden – Dimensionen einzuschließen vermögen, bleibt abzuwarten.

Zu den Inhalten von Pflege bzw. zur Pflegequalität

Es wurde schon angedeutet, daß im PflegeVG auch etwas darüber gesagt wird, wie die pflegerische Hilfe erbracht werden soll; d.h. das Gesetz enthält in seinen allgemeinen Vorschriften Orientierungen zur gewünschten Pflegequalität. So findet sich an prominenter Stelle, das heißt gleich in § 2 SGB XI, der aus der Menschenwürde abgeleitete Grundsatz der Selbstbestimmung. Dort heißt es im ersten Satz: „*Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht.*“ Von einer „humanen“ die „Würde des Menschen“ beachtenden Pflege ist im übrigen auch in Zusammenhang mit der Benennung der Rechte und Pflichten von Pflegeeinrichtungen die Rede (§ 11.1 SGB XI). Den „angemessenen“ Wünschen bei der Gestaltung der Hilfe soll entsprochen werden (§ 2.2 SGB XI).

Nach § 28.4 SGB XI soll Pflege „*die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel haben, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und, soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten*

zurückzugewinnen.“ Aktivierung in diesem Sinne will der Gesetzgeber allerdings nicht mit medizinischer Rehabilitation verwechselt wissen. Diese geht nämlich als Leistung (insbesondere) der Krankenkassen kostenträgermäßig vor Pflege bzw. den Leistungen der Pflegeversicherung gemäß §§ 5, 31 SGB XI. Da im Pflegealltag die Maßnahmen von aktivierender und von rehabilitierender Pflege tendenziell deckungsgleich sind, zeichnen sich zwei denkbare Konsequenzen für die berufliche Pflege ab: eine schlechte und eine ganz schlechte. Die weniger gravierende Gefahr wäre „lediglich“ terminologischer Natur: der Begriff der „rehabilitativen Pflege“ müßte auf den Krankenhausbereich beschränkt werden (mit der unbefriedigenden Konsequenz, daß exakt die gleichen Tätigkeiten, ausgeführt im Heim oder in der Häuslichkeit von Pflegebedürftigen, als „aktivierende Pflege“ zu bezeichnen wären). Die eigentliche Gefahr besteht aber darin, daß das mit dem Begriff „Rehabilitation“ assoziierte Expertentum tendenziell für die therapeutische Berufe reserviert wird.

Aber weiter: Natürlich soll Pflege auch wissenschaftlichen Standards entsprechen. Im eigentlichen Gesetz ist zwar nicht explizit von „pflegewissenschaftlichen“ Standards die Rede, dieses wird aber in den späteren Ausführungsvereinbarungen nach § 80 nachgeholt (vgl. Spik 1995c).

Überhaupt enthalten die Ausführungsvereinbarungen nach § 80 aus der Sicht der Pflege eine Reihe erfreulicher Festlegungen. So wird hier nicht nur der Bereich der Dokumentation ganz stark gemacht (der im Gesetz selbst nur am Rande Erwähnung in § 85.3 findet). Auch der Pflegeprozeß selbst wird mit seinen Elementen als Grundlage von Qualität aufgefaßt.

Man kann dies so zusammenfassen, daß im Pflegegesetz und den Ausführungsbestimmungen eine Reihe von Grundsätzen aufgestellt werden, die eine patientenorientierte, systematische Pflege erwarten lassen. Ob sich aber die Pflegequalität durch die Regularien der Pflegeversicherung tatsächlich verbessert, hängt davon

ab, inwieweit die skizzierten Ziele sich trotz des konkurrierenden Ziels der Beitragssatzstabilität umsetzen lassen. Voraussetzung für das Erreichen der Zielsetzung „Beitragssatzstabilität“ ist ein verstärkter Wettbewerb. Die Erwartung des Gesetzgebers, daß sich selbst bei fixem Budget ein Mehr an Anbieterleistung für die Pflegebedürftigen herausholen läßt, beruht wesentlich auf dem Kalkül, daß die Leistungsanbieter bei gegebenen Preisen vor allem um die Qualität ihres Angebotes miteinander konkurrieren und dabei entsprechende Rationalisierungsreserven mobilisieren werden. (vgl. z.B. Vollmer 1994: 40).

Es liegen zwar noch keine wissenschaftlichen Ergebnisse über die Auswirkungen des PflegeVG auf das Dienstleistungsangebot vor, aber alle zur Verfügung stehenden Informationen deuten darauf hin, daß die Marktkräfte tatsächlich in produktiver Weise freigesetzt werden. In den Pflegeeinrichtungen findet gegenwärtig kaum etwas Geringeres als eine Revolutionierung bisheriger Arbeits- und Organisationsformen statt. Die vom PflegeVG transportierte Mischung aus wettbewerblichen und dirigistischen Elementen bewirkt zumindest, daß sich die Einrichtungsträger in einem bislang unbekanntem Maß um die Qualität ihres Dienstleistungsangebots sorgen. Zweifellos wird „Qualitätssicherung“, in den Pflegeeinrichtungen wohl auch 1996 wieder das Wort des Jahres sein – und das nun schon das dritte Mal in Folge.

So begrüßenswert die neue Transparenz und Effizienz der Einrichtungen im allgemeinen für die Pflegebedürftigen ist, bringt sie doch für manchen Hilfeempfänger Nachteile. Alle Hilfeleistungen, die früher auf dem Kulanzwege erbracht worden sind, dürften künftig der klaren Kostenstellenrechnung bzw. der immer ausgefeilteren Einsatzplanung zum Opfer fallen. Die Prognose ist nicht sehr gewagt, daß die Standardversorgung in einem Alten- und Pflegeheim nicht mehr alle bisher erbrachten Leistungen enthalten wird. Die unter Kostendruck stehenden Träger werden einen Teil ihrer psychosozialen und therapeutischen Angebote einstellen, auslagern oder nur noch als privat zu finanzierende Zusatzleistung anbieten.

Informelle Pflege – Pflege als solidarisches Handeln

Ziel der Pflegeversicherung war und ist eine neue Kultur des Helfens (vgl. zur Geschichte der Pflegeversicherung Meyer 1996). Das Leitbild stellt die häusliche Pflege durch Angehörige oder andere Laien dar, die durch finanzielle Anreize und professionelle Entlastung zu stützen ist. Man wird die Entwicklung abwarten müssen, aber es zeichnet sich u.E. ab, daß die ambulante Strategie des Gesetzgebers aufgehen kann. Wo bislang Angehörige und andere informell Pflegenden keine oder nur eine geringfügige Honorierung erhalten haben, fließen jetzt Gelder. Insgesamt hat das PflegeVG mit seiner ersten Stufe dafür gesorgt, daß rund eine halbe Million Pflegebedürftiger zum ersten Mal Leistungen erhält. Die Laienpflege wird zum einen durch positive Anreize verstärkt, nämlich durch Pflegegeld, Renten- und Unfallversicherungsschutz und Pflegekurse sowie durch Verbesserung gerade der punktuellen professionellen Hilfen (Kurzzeitpflege, Tagespflege). Zum anderen bleibt sie allerdings auch dadurch notwendig, weil der Leistungsrahmen der Pflegeversicherung so eng gesteckt worden ist, daß sich mit den von der Versicherungsleistungen für keine Leistungsart und keine Leistungsstufe eine ausschließlich professionelle Hilfe finanzieren ließe. Nach wie vor hält der Gesetzgeber also an negativen Sanktionen fest.

Pflege als Beruf

Die im Grunde keineswegs neue Absicht des Gesetzgebers, die Laienpflege zu stärken, hat, zu Ende gedacht, eine Reihe von Konsequenzen für die berufliche Pflege (verstanden hier als Ausübung von Pflege oder von diesem Bereich nahestehenden Tätigkeiten durch Menschen, die dazu eine Ausbildung erhalten haben und dafür bezahlt werden).

Das Positive zuerst: Der Gesetzgeber weist dem Begriff der Pflegefachkraft einen hohen Stellenwert zu. Die Anerkennung einer Pflegeeinrichtung durch die Pflegekassen ist an das Vor-

handensein einer Pflegefachkraft als Pflegedienstleitung gekoppelt (§ 71 SGB XI). Nach den vereinbarten Qualitätsgrundsätzen werden nach einer Übergangszeit an die Qualifikation der Pflegefachkraft hohe und höchste Anforderungen gestellt (z.B. Abschluß einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden oder der Abschluß einer Ausbildung im Pflegemanagement an einer Fachhochschule oder Universität). Zugleich wurden die Aufgaben für Leitungskräfte recht präzise definiert (vgl. Spik 1995 c).

Für Pflegefachkräfte erweitert sich das Berufsfeld. Neu ist die Tätigkeit als Gutachterin beim Medizinischen Dienst der Kassen (MDK). Zahlenmäßig fällt diese Erweiterung zwar nicht sehr ins Gewicht, eröffnet jedoch individuell interessante Perspektiven und erhöht sicherlich insgesamt das Image der Berufsgruppe. Die Einstellungspraxis der Medizinischen Dienste soll sehr unterschiedlich sein, es wird sich erst noch zeigen, wie sich Pflegekräfte in diesem ärztlich dominierten Bereich etablieren werden. Weitere Betätigungsfelder bei den Pflegekassen entstehen punktuell in den Bereichen Patienten- und Angehörigenberatung.

Positiv ist sicher auch, daß Krankenpflege und Altenpflege auf gleicher Ebene zusammenrücken; die Unterscheidung von pflegerischem und sozialpflegerischem Beruf wird insofern obsolet. Wenn es denn bei der Absicht der Regierungsparteien bleibt, daß der Begriff der Pflegefachkraft nicht doch noch durch die Einbeziehung der Fachkräfte aus dem Behindertenbereich verwässert wird (vgl. CDU/CSU/FDP 1996, Meyer 1995), ist das Berufsfeld auf der Fachkräftebene klarer als bisher.

Vielleicht kommen wir auf diesem Weg auch der nötigen Reform der Pflegeausbildung etwas näher.

Aber keineswegs alle Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die berufliche Pflege sind positiv. Die im Geltungsbereich des SGB XI angesagte Rationalisierung mag für die „Kunden“ einen besseren Service bringen. Für das Pflegepersonal wird die Arbeit in jedem Fall dichter und anstrengender. Teilweise auch eintö-

niger. Im ambulanten Bereich wird dies ganz deutlich. Wurde hier bisher der Zeitaufwand ohne wirksame Kontrolle durch den Kostenträger erstattet, werden jetzt Festpreise für Leistungsgruppen vereinbart. Diese Form ermöglicht dem Pflegeunternehmen die Möglichkeit, einen maximalen Erlös durch schnelle Abarbeitung der Komplexe zu erzielen. Daß zumal unter Konkurrenzbedingungen auf die Mitarbeiter in dieser Weise eingewirkt wird, scheint unvermeidlich. Die Pflegekraft vor Ort merkt jedenfalls, daß die Nischen knapp werden.

Das zweite Problem besteht darin, daß weder das PflegeVG, noch seine Ausführungsbestimmungen und -vereinbarungen konkrete Anforderungen an den Personalkörper von Pflegeeinrichtungen richtet – abgesehen natürlich von den Anforderungen an die leitende Pflegefachkraft. Der Begriff der (geeigneten) „Pflegekraft“ ist letztlich für alle Interpretationen offen, da die Aufzählung der Berufsgruppen in den Qualitätsgrundsätzen durch das Wörtchen „insbesondere“ eingeleitet wird und insofern nicht nur die dort genannten enthält (Spik 1995c: Ziff. 3.1.3.2). Völlig klar wird das weitgehende Fehlen personeller Mindeststandards, wenn es in den Empfehlungen zu den Rahmenverträgen gemäß § 75.2 SGB XI heißt, daß der Anteil der Pflegeleistungen, der durch geringfügig Beschäftigte erbracht wird 20 Prozent „möglichst“ nicht übersteigen sollte (Spik 1995d: § 18).

Damit könnte eine Arbeitsteilung realisiert werden, die – zumal aus der Perspektive der Berufsangehörigen – höchst kritisch zu sehen ist: wenige Fachkräfte, die Pflege feststellen, planen, organisieren und dokumentieren und viele, z.T. geringfügig Beschäftigte ohne jegliche Ausbildung, die relativ preiswert die praktische Tätigkeit am und mit dem Pflegebedürftigen verrichten. Die „Grundpflege“ – wir verwenden hier bewußt diesen Begriff, statt des von Sovinski (1995) und anderen vorgeschlagenen Begriffs der „direkten Pflege“ – gilt dem Gesetzgeber im Prinzip als Jedermann- und Jederfrau-kompetenz. Dieses ist nur konsequent, wenn man bedenkt, daß der Gesetzgeber den Angehörigen von Pflegebedürftigen

zutraut, die Pflege im Prinzip auch ohne professionelle Unterstützung sachgerecht durchzuführen. Offensichtlich sehen das die Angehörigen etc. selbst nicht anders; denn trotz der verbesserten professionellen Hilfemöglichkeiten wählen nach wie vor 80 Prozent der in ihrer Häuslichkeit gepflegten die Geldleistung, d.h. sie sind der Meinung, daß sie die Pflege gänzlich ohne professionelle Unterstützung durchführen können.

Zu erwähnen ist noch, daß über einen wichtigen Aspekt der Berufsausübung, die Ausbildungskosten, nichts gesagt wird. Dies erhöht die Problematik der Altenpflegeausbildung weiter.

Pflegewissenschaft und -forschung

Das PflegeVG bietet eine ganze Reihe von Fragestellungen, die wissenschaftlich zu untersuchen wären, und damit auch von Argumenten, um Forschung zu begründen. Das beginnt schon mit § 4.3 SGB XI, in dem alle Beteiligten verpflichtet werden, Leistungen wirksam und wirtschaftlich zu erbringen und in Anspruch zu nehmen. Ohne Frage steckt die Forschungsrichtung, die sich mit der Wirksamkeit von Pflegemaßnahmen im Kontext von Wirtschaftlichkeit beschäftigt, erst in den Kinderschuhen.

In § 7.1 SGB XI wird als eine Aufgabe der Versicherung festgeschrieben, bei ihren Versicherten auf eine „der Pflegebedürftigkeit vorbeugende Lebensführung hinzuwirken.“ Unseres Wissens gibt es zwar eine Präventionsforschung in der Medizin, die sich mit der Vorbeugung von Erkrankungen beschäftigt, Ergebnisse daraus lassen sich aber wohl nur sehr bedingt auf Pflegebedürftigkeit übertragen.

In § 11.1 erhalten die Pflegeeinrichtungen der Auftrag, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ zu pflegen, in § 69 entsprechend dieses Standes, die Versorgung ihrer Versicherten zu gewährleisten. Damit sind wohl in traditionellem Pflegeverständnis medizinische Erkenntnisse gemeint, aus denen sich

gewisse Schlüsse für die Pflege ergeben. Aber selbst dieses Themengebiet ist nicht systematisch untersucht.

In den Qualitätsgrundsätzen wird von einem „wissenschaftlich fundierten Instrumentarium ausgegangen, das die Art und Weise der Durchführung von Pflege anhand von Standards und Kriterien vorgibt“ (Spik 1995c: 1.3.2.1) – ein weiteres Betätigungsfeld für Pflegeforscher. Auch der in den Gemeinsamen Grundsätzen festgeschriebene Pflegeprozeß bedarf bestimmt noch einer weiteren wissenschaftliche Fundierung.

Schließlich sollte die Stärkung der häuslichen Pflege durch Laien Anlaß für die Pflegeforschung sein, sich auch diesem Feld zuzuwenden. Themen wie z.B. Pflegequalität und Qualitätssicherung in der informellen Pflege oder Auswirkungen von Geldleistungen in der Angehörigenpflege harren ihrer Bearbeitung.

Zusammenfassung

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß das PflegeVG zu einem Impulsgeber in allen Bereichen der Pflege werden kann. Es besteht die Chance, zu Verbesserungen in der Pflege zu kommen und die Gefahr, daß die Ansätze durch eine kostenfixierte Betrachtungsweise nicht aufgegriffen oder die Effekte aufgehoben werden und sich die Pflege sogar verschlechtert. Viel hängt von der Ausgestaltung durch die Leistungs- und Kostenträger ab und ist jetzt noch nicht zu beurteilen.

Vor dem Hintergrund, daß sich die Pflege von der Medizin lösen will und Pflege-theoretikerInnen die „Behandlungspflege“ unter der Rubrik „Mitarbeit bei ärztlicher Diagnostik und Therapie“ als „indirekte Pflege“ vom eigentlichen Kern der Pflege, den Hilfen bei den ATL, abspalten wollen, lassen die rechtlichen und empirischen Entwicklungen eine Überprüfung der berufsinternen Diskussionsresultate angezeigt erscheinen. Das teils pflege-theoretisch, teils berufsständisch begründete Ziel, den Bereich der ATL-Unterstützung als Domäne der professionellen Fachpflege zu reklamieren, ist nicht erreichbar. Eine nicht intendierte

Folge dieser Strategien könnte darin bestehen, daß die Schere zwischen „Eliten“ und „Bodenpersonal“ weiter auseinanderklafft. Im Geltungsbereich des PflegeVG zeichnet sich ab, daß eine schmale Führungsschicht hervorragend ausgebildete Pflegefachkräfte mit einem entsprechend hohen Berufsprestige ein Heer von angeleiteten Hilfskräften (an)leitet und kontrolliert.

Eckhard Cappell,

Dipl. Sozialwissenschaftler
und Krankenpfleger.

Behörde für Arbeit, Gesundheit und
Soziales, Abtl. Altenhilfe und Pflege,
Pf. 760106, 22051 Hamburg,

Jörg Alexander Meyer,

Dipl. Politologe
und Krankenpfleger.

Stadt Münster, Modellprojekt: Pflegeversicherung und Pflegemarkt (V/Pflege), Ludgeriplatz 2-6,
48151 Münster

Literatur

Cappell, Eckhard (1996): Von der Hilfe-
pflege zur Profession. Entstehung und
Entwicklung des Altenpflegeberufs. KDA
thema 110 (im Druck); Köln

Cappell, Eckhard (1995): Brennpunkt
Behandlungspflege. In: *Altenheim*, 34.
Jg., Nr. 10, S. 711-721

CDU/CSU/FDP (1996): Entwurf eines
Gesetzes zur Änderung des Elften Buches
Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (1.
SGB XI-ÄndG). BT-DRs, 3696 vom
6.2.1996 i.d.F. der Änderungen im
Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung
(Ausschußdrucksache 13/0513)

Deutscher Bundestag (1996): Drucksache
13/4091 v. 13.3.1996 (Beschlussempfehlung
und Bericht des Ausschusses für
Arbeit und Sozialordnung zu dem ... Entwurf
eines ersten Gesetzes zur Änderung
des Elften Buches Sozialgesetzbuch ...)

Meyer, Jörg Alexander (1995): Müssen
Pflegeeinrichtungen durch Pflegefachkräfte
geleitet werden? In: *Sozialer Fortschritt*,
44. Jg., Nr. 7, S. 177-178

Meyer, Jörg Alexander (1996): Der
Weg zur Pflegeversicherung – Akteure,
Positionen, Prozesse. Frankfurt am Main:
Mabuse

Spik – Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen (1995a): Gemeinsame Empfehlung gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI zur teilstationären Pflege. Entwurf vom 20.11.1995. Siegburg

Spik (1995b): Gemeinsame Empfehlung gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI zur Kurzzeitpflege. Entwurf vom 20.11.1995. Siegburg

Spik (1995c): Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB in der ambulanten Pflege. 10.7.1995, Bonn etc.

Spik (1995d): Gemeinsame Empfehlung gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 2 SHB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung

Sowinski, Christine (1995): Pflege-theoretische Überlegungen zur Strukturierung der Pflegepraxis. In: Dies. et al., *Theoriegeleitetes Arbeiten in Ausbildung und Praxis – ein Baustein zur Qualitätssicherung in der Altenpflege*. Köln: KDA, S. 36-51

Vollmer, Rudolph (1994): Externe Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege. In: *Qualitätsgleitetes Planen und Arbeiten in der Altenhilfe*. Dokumentation einer Fachtagung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe am 5. und 6. Mai 1994 in Bonn. (Forum, Bd. 25). Köln: KDA. S. 33-48