

## Häusliche Pflege nach der Reform

Interview mit einer leitenden Pflegekraft einer Sozialstation

Entgegen vollmundiger Ankündigungen der Regierungskoalition und hochgesteckter Erwartungen in der Gesellschaft und bei ambulanten Pflegediensten hat die Pflegeversicherung keineswegs zu einer Verbesserung der wirtschaftlichen Bedingungen ambulanter Pflege geführt. Im Gegenteil, durch die vom BMA aus fiskalpolitischen Gründen verordnete restriktive Begutachtungspraxis des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) und insbesondere durch die äußerst knapp bemessenen Vergütungen der Pflegeversicherung wurde eine quantitative und qualitative Verbesserung der personellen Ausstattung der häuslichen Pflege unterbunden. Zwar hat die Pflegeversicherung mittlerweile einen Überschuß von ca. 8 Mrd. DM angehäuft, dieser Einnahmeüberhang soll jedoch nicht – entgegen früherer Ankündigungen des zuständigen Ministers Blüm – für die Anhebung der äußerst knapp bemessenen Vergütungen verwendet werden. Nachdem sich der Bund von den 1995 angefallenen 6,7 Mrd. DM Überschuß bereits einen zinslosen Kredit in Höhe von 1,1 Mrd. DM bewilligt hat, gingen im Juni 1997 undementierte Meldungen durch die Presse, daß der Bundesfinanzminister diese Gelder in den Bundeshaushalt überführen möchte, um so der Erfüllung der Maastricht-Kriterien ein Stück näher zu kommen.

Im Zusammenhang mit der 3. Stufe der Gesundheitsreform verschärft sich die Situation der ambulanten Pflege aktuell weiter. Zwar wurde die ursprünglich geplante Verwandlung der häuslichen Krankenpflege in eine GKV-»Gestaltungsleistung« – und damit deren Freigabe zur Streichung aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen – durch zahlreiche Proteste und Demonstrationen verhindert, dennoch scheint sich aber derzeit ein Rückzug der Krankenversicherung aus der häuslichen Pflege zur Vermeidung bzw. Verkürzung von Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V zu vollziehen. Diesmal nicht als öffentlich kontrollierbare Satzungsänderung, sondern auf »informellem« Weg, über die gezielte Einflußnahme auf die Verwaltungspraxis der niedergelassenen Ärzte. Was bereits im Vorfeld der Verabschiedung als Befürchtung geäußert wurde, scheint – wie das nachstehende Interview anhand von Beispielen aus dem Alltag einer Sozialstation zeigt – Wirklichkeit zu werden. Die Schaffung eines neuen Sozialversicherungszweiges führt offenbar dazu,

daß sich nicht mehr nur zwei Institutionen – Sozialämter und Krankenkassen – sondern drei Sozialleistungsträger die Zuständigkeit und Finanzierungsverantwortung gegenseitig zuschieben. Wie das in der Eigenart von Bürokratien liegt, spielen die individuellen Bedürfnisse der von behördlichen Entscheidungen Betroffenen keine oder nur eine marginale Rolle. Im Vordergrund steht vielmehr die Frage, wie finanzielle Belastungen des jeweils eigenen Haushaltes vermieden werden können.

Wenn diese Entwicklungen bislang noch nicht zu großflächigen Mißständen in der ambulanten pflegerischen Versorgung geführt haben, so dürfte das in erster Linie dem Engagement der ambulant tätigen Pflegekräfte zu verdanken sein. Es sind vor allem Pflegekräfte und Sozialarbeiter in ambulanten Pflegeeinrichtungen, die durch ihren Einsatz versuchen, Versorgungsdefizite infolge einer »Politik der Verschiebebahnhöfe« der Sozialbürokratien aufzufangen. Dadurch kommt es aber zu einer Verlagerung wirtschaftlicher Risiken auf die Pflegeeinrichtungen. Sie treten in Vorleistung, ohne sicher sein zu können, die erbrachten Leistungen überhaupt vergütet zu erhalten. Beschäftigte in der häuslichen Krankenpflege werden so in einen Konflikt gezwungen: auf der einen Seite empfinden sie eine moralische Verpflichtung zur Versorgung der hilflosen Menschen, die sich an sie gewandt haben; auf der anderen gefährden sie, wenn sie dieser Verpflichtung ohne Kostenübernahme eines Sozialleistungsträgers zu oft und zu weitgehend nachkommen, die wirtschaftliche Existenz ihrer Pflegeeinrichtung, letztlich also ihre eigenen Arbeitsplätze. Die Frage bleibt: kann so eine ausreichende pflegerische Versorgung gewährleistet werden und wann kommt es zur Dekompensation?

Im folgenden Auszüge aus einem Interview mit der Leiterin (L.) einer großstädtischen Sozialstation mit durchschnittlich ca. 150 Patienten, darunter viele hochbetagte Pflegebedürftige.

*JKM:* Sie sind vor einigen Jahren vom Krankenhaus in die ambulante Pflege gewechselt. Worin unterscheidet sich die Pflege in diesen beiden Bereichen?

*L.:* Die Situation der Patienten ist eine andere und die Möglichkeiten, personelle Engpässe aufzufangen, sind unterschiedlich. Man muß sich bewußtmachen, wie hilflos der Patient eigentlich ist, wie sehr er darauf wartet, daß eine Pflegekraft von draußen zu ihm nach Hause kommt. Wenn nun eine Kollegin krank wird und morgens um sieben Uhr anruft und sagt: »Ich kann heut' nicht zum Dienst kommen«, muß man

kurzfristig Patienten auf andere Pflegekräfte verteilen. Dabei kommt es vor, daß man es nicht schafft, zu einer bestimmten Uhrzeit bei einem Patienten zu sein, daß er also bis dahin nicht versorgt ist.

Dieses Auffangen ist im ambulanten Bereich viel schwieriger als im Krankenhaus. Dort sind immer wenigstens zwei Pflegekräfte auf Station und man weiß, man kann wenigstens das Nötigste machen, man hat zumindest nach dem Patienten gesehen, er bekommt ein Frühstück gereicht, selbst wenn man ihn etwas später wäscht. Dort ist also die Problematik nicht so groß, wie wenn ich ihn erst Stunden später versorgen kann und ich weiß: der Patient hat noch nicht einmal etwas zu trinken bekommen. Ich kann unter Umständen auch keinen Angehörigen benachrichtigen, weil der womöglich in einer anderen Stadt wohnt oder vielleicht verreist ist. Es kommt also eine ganz andere Problematik auf mich zu. Ich muß daran denken: wie geht's demjenigen jetzt, der liegt jetzt zuhause und wartet. Und ich kann nichts weiter machen, als ihn anzurufen: »Haben Sie keine Sorge, es kommt jemand, aber es kann leider erst in zwei Stunden sein«. In den zwei Stunden kann er womöglich noch in einer Windel liegen, die am Abend davor das letzte Mal gewechselt wurde. Das empfinde ich schon als sehr belastend, daß ich nicht sofort zur Stelle sein kann.

*JKM:* Hat sich die wirtschaftliche Situation der Sozialstationen durch das Pflegeversicherungsgesetz nach Ihrer Erfahrung eher verbessert oder verschlechtert?

*L.:* Ich würde eher sagen, daß sich die Situation verschärft hat. Auffällig ist, daß in letzter Zeit, ungefähr seit drei Monaten, verstärkt bei Patienten, die aus dem Krankenhaus entlassen wurden, von den Krankenkassen überprüft wird, ob die Pflegeversicherung zuständig sein könnte. Es wird nachgefragt, ob schon ein Antrag bei der Pflegeversicherung gestellt wurde, und wenn ja, dann wird der Antrag auf Krankenkassenleistungen abgelehnt. Die interessiert es nicht einmal, ob der Antrag durch ist. Die Folge ist, daß der Patient keine Kostenübernahme erhält.

Einige Krankenkassen haben auch Fragebögen zur Notwendigkeit der Verordnung häuslicher Krankenpflege an die Ärzte verschickt. Viele Ärzte fühlen sich dadurch in die Ecke gedrängt. Es wird zusätzlich mehrfach von den Kassen nachgefragt, ob denn auch *wirklich* Krankenhausbehandlung dadurch vermieden werden kann. Und wenn es nur um Grundpflege geht, ist es mir passiert, daß mir ein behandelnder Arzt gesagt hat: »Wenn es nur um Grundpflege geht, kann ich damit nicht begründen, daß ein Krankenhausaufenthalt vermieden wird.« Wenn

also der Patient hilflos zu Hause in seinem Bett liegt und nicht mehr allein hochkommt und gewaschen werden muß, dann geht's ihm so »gut«, daß er nicht ins Krankenhaus muß, und dann braucht er auch keine häusliche Pflege. Ich konnte nicht mehr machen, als mit der Pflegekasse Kontakt aufzunehmen. Die wiederum durften wegen des Datenschutzes nicht sagen, ob eventuell bereits eine Pflegestufe bewilligt wurde. Man hängt eigentlich mit dem Patienten gemeinsam in der Luft und überlegt: Wie kann die Betreuung weitergehen?

*JKM:* Was machen Sie in einem solchen Fall?

*L.:* Ja, das ist sehr wackelig. Ich muß mich entscheiden, vor meinem eigenen Gewissen, wieweit pflege ich auf Risiko. So daß ich als Leitungskraft sage: »Gut, ich verantworte das. Wir gehen wenigstens mit einer Grundpflege hin.« Ich versuche dann abzuklären, wie es mit einem Selbstzahlervertrag aussieht. Wenn die Pflegeversicherung durch ist, bekommen die Patienten das Geld zurückerstattet. Aber die finanziellen Verhältnisse der Patienten sind oft nicht gerade gut, so daß sie natürlich Angst haben, daß Kosten auf sie zukommen. Und dann bin ich einfach in einer Zwickmühle: gehe ich jetzt das Risiko ein, eine Pflege durchzuführen, bei der ich Gefahr laufe, kein Geld zu bekommen. Das Problem ist, daß ich dem Träger gegenüber unter Umständen rechtfertigen muß, daß wir gepflegt haben und kein Geld dafür bekommen.

Wenn die Pflegekasse keine Pflegestufe bewilligt und ich weiß: da sind keine Vermögensverhältnisse, dann muß ich sehen, daß ich mich ganz schnell mit den einzelnen Sozialämtern auseinandersetze. Dann beginnt die »Mühle«: Sozialamt – Offenbarung der Einkommensverhältnisse der Kinder – Mutter/Vater möchte nicht, daß die Kinder mit herangezogen werden – usw. Da kommen sehr viele Ängste hoch: »Warum soll mein Sohn jetzt für mich zahlen? Der kann doch gar nichts dafür«. Das alles ist sehr schwierig und sehr zeitaufwendig.

*JKM:* Haben sie auch schon erlebt, daß solche Patienten letztendlich abgelehnt wurden?

*L.:* Ja. Wenn zum Beispiel der Patient vom Äußeren her und bei einer halben Stunde Begutachtung nicht so krank wirkt, er womöglich die Tür öffnen kann, sich hinsetzt und möglichst gut darstellt, also gar nicht so recht sagt, was Sache ist. Da erfolgt mindestens zu 25 % eine Ablehnung. Das Problem ist doch: die Patienten möchten ja gar nicht sagen, wie krank sie sind, sondern sie sagen vielmehr, was sie noch können.

Und wenn dann jemand in Pflegestufe Null eingestuft, also abgelehnt wird, muß das Sozialamt einspringen. Das Sozialamt wiederum hat ein Punktesystem, nach dem jede einzelne Pflegeetätigkeit mit Punkten bewertet wird. Und wenn nun jemand nach deren Bewertung über einen bestimmten Punktwert hinweg kommt, dann wäre das schon Pflegestufe 1, und dann sagt das Sozialamt: »Nee. Dann beantragen Sie mal bitteschön Pflegestufe 1 von der Pflegeversicherung«. Aber die Pflegestufe 1 wurde mir von der Pflegeversicherung abgelehnt.

*JKM:* Wenn das Sozialamt der Auffassung ist, daß ein bestimmter Patient eigentlich Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hat, kümmert sich das Sozialamt dann auch darum?

*L.:* Nein. Das müssen wir dann machen, wenn der Patient es nicht selber machen kann. Wenn wir die Ablehnung vorliegen haben, versuchen wir nochmal, ein Attest vom Hausarzt zu bekommen und dann im Namen des Patienten Widerspruch einzulegen. Die Patienten sind oftmals hilflos und haben Ängste in dieser Situation. Wir formulieren dann den Widerspruch und sprechen ihn mit dem Patienten durch. Er unterschreibt, wir legen das Attest bei und schicken das Ganze an die Pflegeversicherung. Die Chancen sind 50 : 50. Wenn er dann erneut abgelehnt wird, geht die Mühle von Neuem los: Gibt es Kinder – Antrag beim Sozialamt – usw. Das kostet alles Stunde um Stunde.

*JKM:* Und wer bezahlt Ihnen den Aufwand?

*L.:* Niemand. Das ist eine Serviceleistung der Station. Ich frage mich natürlich: inwieweit ist das vertretbar. Aber ich denke, ich muß das einfach machen, denn es ist im Sinne des Patienten.

*JKM:* Und während dieser Zeit pflegen Sie bereits?

*L.:* Ja. Zwar minimal, denn wir müssen auch für uns das Risiko klein halten. Weil ich nicht weiß: was bewilligt mir letztendlich das Sozialamt oder die Pflegeversicherung. Ich versuche dann mit den Mitarbeitern eine Zeitkalkulation zu machen: was ist jetzt unbedingt und am dringendsten erforderlich. Dann fällt eben im Moment der Haushalt runter. Oder wir schicken einen Zivildienstleistenden hin, damit er den Einkauf macht. Und wenn die Bewilligung kommt, wird sofort hochgefahren. Eine andere Möglichkeit habe ich nicht.